

no/a.

AUTOR

AÑO



ESCUELA DE PSICOLOGÍA

INFLUENCIA DE LA TERAPIA OCUPACIONAL EN LA PREVENCIÓN DEL
DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE CAYAMBE.

Trabajo de titulación presentado en conformidad con los requisitos establecidos
para optar el título de Psicóloga mención Clínica

Profesor Guía

Mauricio Chipantiza

Autora

María José Aguilar

Año

2017

DECLARACIÓN DEL PROFESOR GUÍA

“Declaro haber dirigido este trabajo a través de reuniones periódicas con la estudiante María José Aguilar, orientando sus conocimientos y competencias para un eficiente desarrollo del tema escogido y dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Mauricio Xavier Chipantiza Saenz

Magister en Artes mención Psicología Clínica

C.I. 171086741-5

DECLARACIÓN DE PROFESORES CORRECTORES

“Declaramos haber revisado este trabajo, dando cumplimiento a todas las disposiciones vigentes que regulan los Trabajos de Titulación”.

Jaime Alberto Terán Ochoa
Magister en Gerencia de Salud
para el Desarrollo Local

C.I. 170799356-2

Javier Ricardo Toro Merizalde
Magister en Educación
C.I. 171263559-6

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DEL ESTUDIANTE

“Declaro que este trabajo es original, de mi autoría, que se han citado las fuentes correspondientes y que en su ejecución se respetaron las disposiciones legales que protegen los derechos de autor vigentes.”

María José Aguilar Bosmediano

C.I. 100356083-4

AGRADECIMIENTO

Le agradezco a Dios por haberme guiado y dado fortaleza a lo largo de mi carrera para salir adelante y por permitirme haber tenido una experiencia llena de aprendizajes. Agradezco a mi familia por todo su apoyo, a mis padres por ser mi ejemplo de esfuerzo y constancia, a mi hermano por acompañarme y ser parte de esta etapa, y a mi novio por su paciencia y respaldo hasta el final de mi carrera.

DEDICATORIA

Dedico este trabajo a mis padres, quienes con su esfuerzo y trabajo pudieron apoyarme de todas las maneras posibles para que yo pueda culminar mi carrera.

RESUMEN

La terapia ocupacional, una estrategia de intervención que ha ido posicionándose poco a poco como una de las herramientas terapéuticas usadas por diversidad de profesionales de la salud mental para la prevención primaria, secundaria y terciaria en pacientes geriátricos a nivel cognitivo, muestra que su eficacia se fundamenta en hacer uso de la ocupación, para mejorar la calidad de vida en adultos mayores de forma integral. De ahí que, el adulto mayor en el contexto actual de una sociedad activista, ha tratado de incorporarse a diferentes actividades por medio de la terapia ocupacional para así tener la oportunidad de mantenerse activo y lúcido para seguir enfrentando los retos que esta etapa evolutiva le presenta. Por tal razón, este estudio tiene como objetivo principal, el comprobar la influencia de la Terapia Ocupacional como método preventivo secundario en el deterioro cognitivo primario de adultos mayores. Es así que la metodología empleada para el alcance de este objetivo estará conformada por un enfoque cuantitativo, que cuenta con alcance descriptivo que permitirá especificar cuál es esta influencia. Además, el diseño empleado será cuasi-experimental, en donde la muestra que se usará serán adultos mayores entre 60 y 80 años de edad de un centro geriátrico público de la ciudad de Cayambe, es decir que esta muestra será probabilística ya que tendrá que ajustarse a los criterios de exclusión e inclusión establecidos previamente. Esta muestra será asignada en dos grupos, un grupo experimental y un grupo control, mismos que serán evaluados antes y después de la aplicación de la terapia ocupacional. Luego, el análisis de datos que se desarrollará será una comprobación de hipótesis tanto de una muestra y dos muestras, más una prueba de homogeneidad de la muestra. Entonces, con este análisis se podrá determinar si existe diferencias estadísticamente significativas para poder determinar si existe o no influencia de la terapia ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo. Sumado a esto, este estudio aportará de manera positiva con conocimientos teóricos que den apertura a estudios más profundos acerca de la eficacia de la terapia ocupacional en poblaciones geriátricas. Y finalmente, contará con una

propuesta de intervención que seguramente será de mucha utilidad para nuestro contexto ecuatoriano desde un enfoque psicológico.

Palabras clave: Terapia Ocupacional, Adultez Mayor, Deterioro Cognitivo, Prevención, Neuropsicología.

ABSTRACT

Occupational therapy, an intervention strategy that has been positioning itself slowly as one of the therapeutic tools used by many mental health professionals in primary, secondary and tertiary prevention in geriatric patients at a cognitive level, shows that its effectiveness is based on the use of occupation, to improve the quality of life in older adults in a comprehensive way. Hence, older adults in the current context of an active society, have tried to join different activities through the occupational therapy in order to have the opportunity to stay active and lucid to continue to face the challenges of this stage of development. For this reason, this study has as main objective, to prove the influence of Occupational Therapy as a preventive method in the primary cognitive decline in older adults. The methodology used for the scope of this objective shall be comprised of a quantitative approach, with scope of a descriptive nature that allow you to specify what is this influence. In addition, the design employed will be quasi-experimental, the sample that will be used will be older adults between 60 and 80 years of age of a public geriatric center of the city of Cayambe, that is to say that this sample will be probabilistic as it will need to be adjusted to the inclusion and exclusion criteria previously established. This sample will be assigned in two groups, an experimental group and a control group, which will be evaluated before and after the implementation of the occupational therapy. Then, the data analysis to be developed will be one sample and two samples t-tests plus a test of homogeneity of the sample. With this analysis it is possible to determine whether there is a statistically significant difference in order to ascertain whether or not the influence of occupational therapy in the prevention of cognitive decline. In addition to this, this study will contribute in a positive way with knowledge that open to more in-depth studies on the effectiveness of the occupational therapy in geriatric populations. And finally, with a proposal of intervention that will surely be very useful for our Ecuadorean context from a psychological approach.

Key words: Occupational Therapy, Adulthood, Cognitive Impairment, Prevention, Neuropsychology.

ÍNDICE

1. Introducción	1
2. Formulación del problema y justificación	4
3. Pregunta de investigación	8
4. Objetivos	8
4.1 Objetivo General.....	8
4.2 Objetivos Específicos	8
5. Marco Teórico Referencial y discusión temática.....	8
5.1 Antecedentes epistemológicos	8
5.2 La vejez y sus cambios	10
5.3 La Terapia Ocupacional.....	13
5.4 Eficacia de la Terapia Ocupacional.....	15
6. Hipótesis	19
7. Metodología del estudio	19
7.1 Tipo de enfoque, alcance y diseño	19
7.2 Muestreo/Participantes	21
7.3 Recolección de datos/Herramientas a utilizar	23
7.4 Pre-validación del instrumento	23
7.5 Procedimiento	25
7.6 Tipo de análisis	26
8. Viabilidad	27
9. Aspectos Éticos	28

9.1 Consentimientos o asentimientos informados.....	28
9.2 Tratamiento de la información.....	29
9.3 Autoreflexividad	29
9.4 Consecuencia de la Investigación.....	30
9.5 Devolución de resultados	30
9.6 Autorización para uso de test.....	31
9.7 Derechos de autor.....	31
10. Análisis de Estrategias de intervención	32
11. Cronograma.....	40
REFERENCIAS	46
ANEXOS	52

1. Introducción

El ser humano constantemente busca relacionarse y establecer un ambiente en donde pueda desarrollarse y potenciar aquellas capacidades físicas, cognitivas, emocionales, psicológicas y sociales, por ende el estar activo no solo representa ser productivo sino también competente y capaz.

De ahí que, la sociedad ha venido generando estigmas frente a la edad, haciendo que quienes se consideren “viejos” pasen a un estado de inactividad.

Por ejemplo Feldman (2007) menciona que, los adultos mayores lamentablemente son discriminados debido a los prejuicios que la sociedad en general mantiene con respecto a la edad. Entre estos prejuicios encontramos que las personas consideran que los adultos mayores no tienen dominio propio de sus facultades mentales, o que son sedentarios y pasivos; todo esto producto de que existe una visión en la que se hace cierta reverencia a la juventud y se menosprecia la vejez (pp. 593, 594 y 595).

Por lo cual, la Terapia Ocupacional es una de las formas modernas de intervenir en el ámbito de las ciencias de la salud, pues el trabajo y, en general, la ocupación son la base de la sociedad actual, a tal punto que se puede decir que la propia salud de los individuos se relaciona directamente con el trabajo, ya que no es posible disfrutar de una salud integral sin ejercer una ocupación que al individuo le resulte satisfactoria. De hecho, la salud se define como “un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad” (Ministerio de Salud Pública, 2014, p.12).

Por esta razón la Terapia Ocupacional (T.O.) ha tomado auge en la actualidad, formando parte de los recursos de intervención de diversas

profesiones; sin embargo; este tipo de terapia remonta hace algunos años, en los que profesionales de la salud como médicos, enfermeras, psiquiatras, entre otros, han hecho uso de la misma para mejorar el estado de salud de diversidad de pacientes.

Es así que en la historia de la T.O. se halla que su existencia remonta hace casi un siglo y de manera específica en Latinoamérica alrededor de cincuenta años. El precursor de esta terapia, WR Dunton es quien le da inicio de manera aun rudimentaria a esta nueva alternativa para generar un ambiente de cura a los “enfermos” mediante la ocupación; esta se basa inicialmente en técnicas del tratamiento moral (tratamiento alternativo al estilo manicomial en casas de reposo o asilos) que se inspiró en el humanismo religioso (Imperatore y Gómez, 2010, p.124).

Más tarde, aparece en la historia Benjamín Rush un psiquiatra norteamericano que empieza a usar la ocupación como tratamiento para enfermos mentales, definiendo así a la Terapia Ocupacional como aquellas actividades que puede realizar el ser humano para uso terapéutico, en donde pueda eludir problemas físicos y/o psicosociales para que así tenga la posibilidad de disfrutar de un mejor estilo de vida, ya que la actividad en los humanos era considerada por las culturas antiguas como parte esencial para ser felices, pues creían que era una especie de proceso curativo natural para el cuerpo y el alma, en donde usaban como método los juegos, la música y ejercicios físicos (Santos, 2005, pp. 179-180).

Por tal razón, conforme ha pasado el tiempo la terapia ocupacional no solo ha empezado a ocupar un lugar como terapia sino también como una profesión más, que trata de aportar de manera positiva y proactiva en la búsqueda de nuevas opciones de intervención con los pacientes.

Es por eso que, el trabajo investigativo que se presenta a continuación desarrollará temáticas tales como la definición de terapia ocupacional, sus

funciones y objetivos, historia y estudios que demuestren su eficacia; además, conceptos como que es la adultez mayor, el envejecimiento, los cambios que se produce en esta etapa evolutiva, deterioro cognitivo primario, la jubilación, prevención secundaria, entre otros; para que así se pueda obtener un panorama teórico que pueda explicar aquello que está relacionado con la investigación para así poder construir una base teórica que explique el porqué del estudio. En lo que respecta a la terapia ocupacional se hará énfasis en actividades que involucren el ejercicio físico (ejercicio, bailoterapia, danza), actividades manuales y reforzamiento cognitivo (rompecabezas, crucigramas, gimnasia mental), pues son el recurso más usado por los distintos estudios realizados en los que han demostrado la efectividad de la T.O. como método preventivo del deterioro cognitivo.

Con todo lo antes mencionado, entonces, el propósito de este estudio será poder establecer cuál es la influencia de la terapia ocupacional en aquellos adultos mayores que la realizan como método preventivo (producir mejoría) en el deterioro cognitivo primario. Todo esto para lograr obtener información real y adecuada a nuestro contexto que aporte con conocimiento, ya que no existen estudios en el Ecuador con respecto al tema y menos desde un enfoque psicológico.

Para esto, la investigación planteada se desarrollará desde un enfoque cuantitativo, en donde se ha establecido como hipótesis que la terapia ocupacional produce prevención secundaria en el deterioro cognitivo primario, para lo que se realizará un análisis descriptivo en un diseño cuasi-experimental; todo esto se trabajará con una población de adultos mayores entre 60 y 80 años que pertenecen a una institución pública en la ciudad de Cayambe. Estos serán sometidos a una evaluación pre y post-test por medio de la Evaluación Cognitiva Montreal para medir su nivel cognitivo tanto antes como después de la aplicación de la terapia, para entonces proceder al análisis de los datos y comprobar lo planteado.

Por lo cual, se ha establecido como objetivo general del estudio, el analizar la influencia de la terapia ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo primario en adultos mayores entre 60 y 80 años de edad; siendo los objetivos específicos , en primer lugar, medir el nivel cognitivo de los adultos mayores que realizan terapia ocupacional; luego, medir el nivel cognitivo de los adultos mayores que no realizan terapia ocupacional; y finalmente, comparar el nivel cognitivo entre ambos grupos.

2. Formulación del problema y justificación

Como se dijo anteriormente, mediante la siguiente investigación, se pretenderá entonces analizar la influencia de la terapia ocupacional como método preventivo, ya que se ha considerado que esta terapia alternativa y actual está teniendo un auge importante no solo en el área médica sino también psicológica, puesto que:

En estudios realizados en los años 90 en Gran Bretaña se concluyó que la atención de las personas de la tercera edad es del todo un campo impopular en la mayoría de las especialidades clínicas incluyendo psicología clínica, aéreas de rehabilitación física, ocupacional y trabajo social. Y, muy a pesar de que los ancianos son reconocidos como el segmento de población con mayores necesidades de atención y más desprotegidos, no existía un interés genuino por trabajar en dicho campo. (Duque, 2010, p. 19)

A causa de ello, es relevante que se estudie lo antes propuesto, ya que es usada en gran parte con el objetivo de mejorar la calidad de vida de la población antes mencionada a nivel social, cognitivo y emocional, permitiéndoles realizar de manera más autónoma sus actividades básicas de la vida diaria (ABVD).

Es decir que este estudio permitirá, establecer la diferencia cognitiva entre adultos mayores que realizan terapia ocupacional y quienes no la realizan. Esta diferencia se podrá observar a partir de la aplicación de terapia ocupacional,

misma que consta de actividades tales como ejercicio físico que incluye bailoterapia o danza, actividades manuales, en donde se busca un reforzamiento de motricidad fina, gruesa y del área cognitiva, además pintura, tejido, manualidades varias; y gimnasia cerebral.

Por otro lado, el adulto mayor en el contexto actual de una sociedad activista en la que se vive en estos días, ha tratado de incorporarse a diferentes actividades que le permitan sentirse parte útil de dicha sociedad, pero sobre todo que le den la oportunidad de mantenerse activo y lúcido para seguir enfrentando los retos que esta etapa evolutiva le presenta. Es así que Sánchez (2004) menciona que, la OMS “afirma que es posible que los estereotipos negativos de la vejez influyan en determinados aspectos de la salud mental de la población anciana, de forma que acaben convirtiéndose en profecías de autocumplimiento para muchas personas mayores” (p.1).

De ahí que, aquellas personas que atraviesan la etapa de la adultez mayor han buscado formas de mantenerse en actividad, para así establecer otro tipo de productividad en la sociedad que al parecer le cierra las puertas a otras oportunidades de crecimiento debido a los estereotipos antes mencionados.

En consecuencia, quienes forman parte de esta población emprenden actividades que pueden ser muy variadas, sin embargo ha tomado parte importante de la cotidianidad de los mismos, la realización de terapia ocupacional, la cual “(...) se orienta a que uno, desde los propios recursos, pueda ser tan independiente como sea posible en las actividades de la vida diaria que uno necesite o quiera realizar” (Mondaca, 2013, p.7).

Es así que los profesionales encargados de la salud mental y física ofrecen esta alternativa llamada terapia ocupacional, la cual ha representado parte fundamental en la prevención del deterioro cognitivo tanto primario como secundario y en la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores.

Por esta razón, el estudio e implementación de la T.O. es fundamental, ya que su función no solo es rehabilitadora sino también preventiva, permitiendo que las personas mayores puedan enfrentarse a esta nueva etapa llamada vejez de forma más independiente en la que puedan mantener sus destrezas cognitivas, sociales y emocionales (Corregidor, 2010, p.18).

Esto se evidencia en estudios que han manifestado la efectividad de dicha terapia; uno de ellos realizado en un centro llamado Our Lady's Hospice and Care Services, con adultos mayores de 65 años, en donde se comprobó que la T.O. produce mejoras en lo que respecta al rendimiento, funcionalidad de actividades básicas de la vida diaria, cognición, la satisfacción, la autoeficacia, entre otros (Devine y Usher, 2015, pp. 19-21).

Así mismo, se encontró que en una ciudad llamada Aguas Nuevas (España) en el año 2008, se realizó un proyecto llamado "Autonomía y Prevención en personas mayores", en el cual se aplicó terapia ocupacional (ejercicio físico, psicomotricidad, entrenamiento de funciones mentales, etc.) con el objetivo de potenciar y mantener a nivel funcional en áreas que involucren la cognición, la parte física, social e incluso mejorar posibles patologías; obtuvieron como resultados luego de una medición cuantitativa (Mini Mental) y cualitativa (entrevistas) que los adultos mayores que participaron del proyecto por 4 meses mejoraron en agilidad, flexibilidad, memoria, concentración, atención, aprendizaje, funciones ABVD, entre otros (Velasco, 2008, pp. 1-10).

Sumado a esto, en un estudio que se realizó en España en el 2010 acerca de la enfermedad de Alzheimer, se pudo comprobar que la T.O. se muestra como una alternativa de tratamiento altamente útil que genera mejoras en la prevención del deterioro cognitivo (Olazaran, et al., 2010, pp. 1-20).

Entonces, en base a lo antes mencionado se puede evidenciar que la T.O. es de suma importancia y que muestra cierta efectividad en el área geriátrica,

colocándose como una herramienta útil para la prevención en el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

Mas sin embargo, en otro estudio realizado en el 2014 en la ciudad de México en el cual se deseó comprobar la eficacia de la T.O. en 14 adultos mayores se obtuvo como resultado que dicha terapia no provocó ningún cambio significativo en los pacientes (Colunga, Reymundo y Valdes, 2014, pp. 28-41).

Por lo tanto, se considera relevante el estudio de esta terapia y su influencia en la prevención del deterioro cognitivo, puesto que al indagar en estudios que muestren los alcances de la misma se pudo evidenciar que no existen investigaciones centradas en la terapia ocupacional como tal en el Ecuador pese a que en la actualidad existe un alto grado de uso de la terapia por parte no solo de terapistas ocupacionales sino también de psicólogos.

Por lo cual, este estudio brindará aportes teóricos y descriptivos importantes para quienes a futuro hagan uso del mismo, pues este documento mostrará si la terapia ocupacional es una herramienta eficaz para ser usada por profesionales de la salud mental en aquellos pacientes que se hallan más vulnerables al deterioro cognitivo.

A causa de ello, esta terapia al ser más estudiada y analizada en nuestro contexto podrá proveer de información relevante en lo que respecta a recursos de intervención con población perteneciente al área de gerontología.

Además, brindará un aporte para esta población vulnerable ya que lamentablemente en ocasiones es el inicio de ciertas limitaciones que son propias de la edad y que por medio de la T.O. se podrán rehabilitar o en el mejor de los casos prevenir el deterioro de funciones ejecutivas elementales para la vida del ser humano.

Como se ha mostrado, entonces, no cabe duda que investigar acerca de la influencia de la T.O. es fundamental para la psicología actual, ya que

constantemente se halla en la búsqueda de nuevas alternativas para proporcionar soluciones eficientes ante nuevas problemáticas que cada población específica manifiesta, en este caso los adultos mayores, quienes requieren de este tipo de terapias para hacerle frente a la vejez.

3. Pregunta de investigación

¿Cuál es la influencia de la terapia ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo primario en adultos mayores entre 60 y 80 años de edad en un centro público para adultos mayores de Cayambe?

4. Objetivos

4.1 Objetivo General

Analizar la influencia de la terapia ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo primario en adultos mayores entre 60 y 80 años de edad en un centro público para adultos mayores de Cayambe.

4.2 Objetivos Específicos

- a) Medir el nivel cognitivo de los adultos mayores que realizan terapia ocupacional.
- b) Medir el nivel cognitivo de los adultos mayores que no realizan terapia ocupacional.
- c) Comparar el nivel cognitivo entre adultos mayores que realizan terapia ocupacional y los que no lo realizan.

5. Marco Teórico Referencial y discusión temática

5.1 Antecedentes epistemológicos

Dentro de la historia de la Terapia Ocupacional se registra en los libros que sus comienzos fueron desde muchos años atrás, más sin embargo su auge es un poco reciente.

Polinio, Durante y Noya citando a Cornelio Celso (14-37 d.C.), comentan que aquellas personas consideradas como “mentes trastornadas” al usar alternativas como la música, la conversación, la lectura, el ejercicio, entre otros, podrían aliviar de alguna manera su estado y mantener su salud. Más adelante en la historia entre los siglos XVIII y XIX se da un desarrollo de la psicología, anatomía y fisiología, en donde también la Terapia Ocupacional no pasó por desapercibida y también encontró su camino hacia el avance (2001, pp. 1-2).

Además, se halla que Benjamín Rush, psiquiatra norteamericano, fue el pionero precursor de la ocupación para ser usada como medio terapéutico del tratamiento moral. Otros autores como Philip Pinel (médico francés) director del Hospital de la Bicêtre, y William Tuke, (comerciante y filántropo inglés), también aportaron en Europa al desarrollo de este tipo de terapia en donde incluyeron los ejercicios y actividades manuales como parte del tratamiento para enfermos mentales. Estos autores divisaron que el uso de la ocupación podría ser empleado como el fundamento de la Terapia Ocupacional. También, se debe agregar que Adolf Meyer (médico psiquiatra) coloca los fundamentos filosóficos de la T.O., y otros autores como George Edward Barton, Eleanor Clarke Slagle, (enfermera y fundadora de la primera escuela de T.O. en Chicago en 1915) y William Rush Dunton Jr (médico psiquiatra) juntos fueron quienes dan inicio a la Sociedad Nacional para la Promoción de la T.O. y colocan a la ocupación como una forma de tratamiento para enfermos mentales (Santos del Riego, 2005, p.180).

Por otra parte, es importante destacar que estos autores en sus investigaciones realizadas para evidenciar la eficacia de la terapia ocupacional y establecer la teoría acerca de la misma, encontraron que los beneficios que muestra son diversos; sin embargo, en esta investigación se tomará en cuenta su

influencia a nivel cognitivo por lo que el área de la psicología con la que se relacionará el trabajo será con la neuropsicología, la cual no habla directamente de la terapia ocupacional ni contiene autores particulares que se hayan enfocado en ella, sino más bien que hace uso de esta como una alternativa dentro de sus procesos terapéuticos, puesto que existen evidencias anatómicas en las que proyecciones aferentes y eferentes que se encuentran en medio del cerebelo y la corteza cerebral se relacionan con el desarrollo cognitivo, por lo que las actividades manuales y recreativas se involucran en este desarrollo de la cognición (Colunga, Reymundo y Valdes, 2014, p.37).

Es decir que la epistemología en la que este trabajo se basará es en el positivismo, el área de neuropsicología y la Terapia Ocupacional como tal, ya que sus autores, fundadores, y promotores elaboraron su teoría acerca de la Terapia Ocupacional sobre dicha epistemología buscando aportar con conocimientos y sobre todo evidencias que se basan en la comprobación de fenómenos para proponer mejoras eficaces en la búsqueda de aliviar dolencias o mejorar la calidad de vida de las personas. Esto debido a que el positivismo quiere evaluar causas y efectos a fin de comprobar el fenómeno estudiado (Seguel, Valenzuela y Sanhueza, 2012, p.163).

Sumado a esto, es relevante también mencionar que la terapia ocupacional en nuestro contexto ecuatoriano, lamentablemente no cuenta con investigaciones con respecto a esta terapia como método preventivo secundario en el deterioro cognitivo primario de población mayor; más sin embargo, es una terapia y profesión que se ha tomado el campo de la salud física y mental para instaurarse como parte del tratamiento de pacientes de diversas edades, pero sobre todo de adultos mayores. Eso se pudo comprobar en la realización de las prácticas pre-profesionales en donde el método interventivo principal en el área geriátrica es la terapia ocupacional.

5.2 La vejez y sus cambios

La vejez, etapa a la cual el ser humano no puede escapar y que para muchos representa el final de un proceso, es conocida como un período en el que se producen muchos cambios que afectarán de manera significativa al adulto mayor. En otras palabras, esta puede considerarse como “la última etapa del ciclo de la vida donde se aprecia el resultado de todas las experiencias, transformaciones y aprendizajes vividos en las etapas anteriores, y donde se acepta la trayectoria de la vida con satisfacción” (Rodríguez, 2011, p.13).

Sin embargo, en esta etapa se producen muchos cambios tanto a nivel físico, psicológico y social, mismos que en ocasiones podrían afectar de manera poco positiva a la persona que lo atraviesa. Lo que principalmente representa interés para este apartado es el cambio cognitivo; según De León, Milían, Camacho, Arévalo, y Escartín (2009) mencionan que:

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco en el transcurso de la vida mientras que otras parecen incluso incrementarse; estos aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores (...) (p.2).

Por lo tanto, este cambio podría ocasionar modificaciones significativas tanto a nivel emocional, social y relacional puesto que es uno de los aspectos esenciales en la vida diaria en la que se involucra la memoria y el aprendizaje, facultades que en ocasiones se ven mermadas debido a que su velocidad de procesamiento y memoria de trabajo atraviesan un cambio que podría ser significativo.

Ahora, antes de dar paso a la descripción del tipo de deterioro que puede darse en la adultez mayor, se debe mencionar a que se refiere el área cognitiva y la función que esta desempeña.

La cognición es un término que se usa para referirse a “los procesos intelectuales superiores, como el pensamiento, la memoria, la atención y los procesos de percepción complejos (...)”, mismos que se conocen como procesos cognitivos que permiten el desarrollo de diversas actividades (Yankovic, 2014, p.1). De ahí que, se puede decir que las funciones cognitivas o funciones superiores, las cuales son propias de la especie humana abarcan aquellos procesos en los que los individuos ejecutan su actividad mental.

Estos procesos conforme avanza el tiempo, pueden verse modificados, ya sea por procesos naturales o por influencias externas que agraven la transformación natural y por ende se generen cambios.

Dentro de estos cambios, es menester mencionar una diferenciación importante entre lo que significa un envejecimiento primario y envejecimiento secundario, ya que esta investigación hará énfasis en tomar en cuenta al primero, pues la muestra que se desea usar para la comprobación de la hipótesis se caracteriza por este tipo de envejecimiento.

Al hablar de envejecimiento primario se hace referencia a todos aquellos cambios comunes e irreversibles que se dan producto del envejecimiento que ocurre a nivel físico y psicológico en las personas a medida que se hacen mayores (Feldman, 2007, p. 595). Por lo cual, el deterioro cognitivo que se presenta en este, es un deterioro natural que no incluye una patología como tal, sino más bien aquellos cambios en los que bien puede existir un declive o no.

En cambio, el envejecimiento secundario, se refiere a aquellos cambios que se dan en las personas en diferentes áreas como por ejemplo la física y cognoscitiva debido a enfermedades, hábitos de salud y otras características individuales que no se relacionan directamente con la edad (Feldman, 2007, p. 596). Es decir que el deterioro cognitivo secundario en cambio sí se relaciona con aspectos patológicos degenerativos en los que ya hay prevalencia de enfermedades como por ejemplo la demencia.

Sumado a esto, se puede decir que los cambios mencionados sobre todo podrían acentuarse cuando se da la jubilación, puesto que el estilo de vida que las personas están acostumbradas a vivir se ve envuelto en cambios radicales en los que sus actividades se reorganizan y en ocasiones se produce una inactividad considerable.

Según la Teoría de la Crisis se dice que podrían existir efectos negativos en la jubilación, ya que el trabajo es considerado como “un agente que produce integración social y refuerza aquellos sentimientos de integridad personal, y además es la fuente primaria de ingreso”, por lo cual al producirse la jubilación podría traer consecuencias socio – psicológicas en las que se evidenciaría la desvalorización social, la disposición de tiempo libre y la ausencia de socialización. Por tal razón, esto influye en la salud generando afecciones emocionales como depresión, ansiedad, entre otros, hasta incluso presentar varias enfermedades (Sirlin, 2007, p. 52).

A causa de ello, la terapia ocupacional representará un medio importante en el tratamiento u opciones que se brinda a la población de adultos mayores ya sea como método preventivo o paliativo frente a los cambios que esta etapa presenta y que se pueden ver acentuados debido a la inactividad que en ocasiones puede devenir producto de una jubilación o de estereotipos establecidos por parte del adulto mayor y del entorno.

5.3 La Terapia Ocupacional

Frente a la teoría presentada anteriormente existen alternativas mediante las cuales en la actualidad el adulto mayor podría tener opciones para prevenir este deterioro cognitivo que afecta también otras áreas de su vida.

Una de estas alternativas es la terapia ocupacional, esta es definida por la Federación Mundial de Terapeutas Ocupacionales como:

Una (...) disciplina cuyo objetivo general es la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación, en la que se toma la ocupación como medio que promueve el desarrollo, el mantenimiento y la recuperación de las capacidades, destrezas o aptitudes de un individuo, y como entidad que previene la enfermedad y la discapacidad, favorece la participación activa en el entorno social y promueve la calidad de vida (González, 2009, p.122).

Esta disciplina entonces, usa la ocupación como el principal método de intervención en el tratamiento tanto de personas que presenten patología o no la presenten en las diversas áreas de la vida de los individuos.

Por consiguiente, la terapia ocupacional ha sido usada terapéuticamente desde tiempos remotos puesto que desde “ (...) 2600 a.C. en China se pensaba que la enfermedad era generada por la inactividad orgánica y se utilizaba el entrenamiento físico, mediante una serie de ejercicios gimnásticos similares a los que hoy se conoce como Tai-Chi para promover la salud (...)” (Pérez, 2004, p.5).

Luego, la terapia ocupacional usa como base de su conocimiento todo aquello que le ha aportado ramas tales como la biología, la psicología y las ciencias médicas, además del estudio y análisis de la ocupación y su relación íntima con el ser humano (Alegre, 2010, p. 11).

Es por ello que, la terapia ocupacional puede ser definida también como una “praxis que aplica o utiliza la ocupación como agente, entidad o medio terapéutico, con el propósito de preservar, promover, mantener, restablecer y mejorar la salud o aliviar una situación penosa que afecta al bienestar del individuo” (Moruno y Romero, 2003, citados en Alegre, 2010, p. 11).

Por esta razón, se considera que la ocupación es la parte esencial de dicha terapia y puede ser definida como un “grupo de actividades que tiene un significado personal y sociocultural para las personas” (Alegre, 2010, p.12). Por ende, toda la teoría gira en torno a dicho término, pues “su importancia es tal, que

su uso como herramienta terapéutica para modificar el estado de salud es el elemento que la distingue claramente del resto de disciplinas rehabilitadoras” (Alegre, 2010, p.12).

Por ende, esta terapia puede ser considerada como una técnica preventiva ya que su función y objetivos se direccionan hacia ello.

Al hablar de prevención se hace alusión a aquellas “medidas destinadas no solamente a prevenir la aparición de la enfermedad, tales como la reducción de factores de riesgo, sino también a detener su avance y atenuar sus consecuencias una vez establecida” (OMS, 1998 citado en Julio, Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, p. 12).

Además, esta prevención puede darse a distintos niveles, entre ellos encontramos: el nivel primario, que se encarga de evitar el apareamiento de una enfermedad mediante un control de aquellos factores que pueden influir en el apareamiento de la misma ; el nivel secundario, en cambio busca un diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para abordar una enfermedad o fenómeno específico para impedir su progresión o mejorar las condiciones iniciales ; finalmente el nivel terciario, tiene como objetivo en cambio el tratamiento (enfermedad o situación) de forma más bien rehabilitadora (Vacarezza, Álvarez y Sosa, 2011, pp. 12-13).

Entonces, en base a las definiciones antes mencionadas sobre los niveles de prevención, este estudio se enfatizará en el nivel secundario, puesto que la muestra que formará parte de la investigación presentará como característica el tener un deterioro cognitivo leve (primario), para el cual se aplicará como tratamiento preventivo la terapia ocupacional, buscando así impedir que dicho deterioro avance y se dé una mejoría.

5.4 Eficacia de la Terapia Ocupacional

Así mismo, es importante conocer la efectividad de la Terapia Ocupacional, ya que el objetivo de este trabajo será comprobar si esta tiene influencia en la prevención del deterioro cognitivo primario en los adultos mayores, por lo que se describirá algunos estudios que muestren su eficacia.

Antes de empezar con los estudios, es pertinente mencionar que la T.O. según Mondaca (2013, p.8) produce beneficios que ayudan a mejorar capacidades físicas, cognitivas, emocionales y sociales para un mejor desempeño diario en quienes la practican, haciendo así que se reduzca posibles dependencias o enfermedades.

En un estudio realizado en un centro llamado Our Lady's Hospice and Care Services, en México muestra la eficacia de dicha Terapia, ya que esta tenía como objetivo evaluar el impacto de un programa de Terapia Ocupacional en adultos mayores de 65 años que se llevó a cabo por 12 semanas. Luego de aplicar esta terapia, se realizó la evaluación a nivel cuantitativo mediante cuestionarios que medían el rendimiento ocupacional, eficacia autónoma, satisfacción de vida, etc., y a nivel cualitativo mediante entrevistas a los pacientes para que cuenten su experiencia. Los resultados del estudio demostraron que la T.O. produce mejoras en el rendimiento, la satisfacción, autoeficacia, ansiedad y depresión (Devine y Usher, 2015, pp. 19-21).

Del mismo modo, en otra investigación realizada en España en el 2010 por Olazarán y colaboradores, en donde se deseó comprobar la efectividad de Terapias no farmacológicas (se toma en cuenta este estudio puesto que dentro de esta investigación usaron alternativas como estimulación cognitiva, ejercicio físico, música, actividades lúdicas, estimulación multisensorial, entre otros que forman parte de la Terapia Ocupacional) en la enfermedad de Alzheimer, realizaron una evaluación sistemática y meta-análisis de las mejores intervenciones con este tipo de terapia. Como resultados se encontró que esta alternativa de tratamiento fueron útiles, versátiles y potencialmente costo-efectiva y que además mejora las

manifestaciones clínicas en el deterioro cognitivo que se presenta en esta enfermedad (Olazaran, et al., 2010, pp. 1-20).

También, se encontró que en el 2008 en España se desarrolló un proyecto llamado “Autonomía y Prevención en personas mayores”, en este se aplicó terapia ocupacional, la cual incluía ejercicio físico, psicomotricidad, entrenamiento de funciones mentales, etc., con el objetivo de potenciar y mantener a nivel funcional en áreas que involucren la cognición, la parte física, social e incluso mejorar posibles patologías, para lo cual la población empleada fue adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo entre 60 y 65 años, con el objetivo de realizar intervención primaria, secundaria y terciaria. Como resultados obtuvieron que, luego de una medición cuantitativa (Mini Mental) y cualitativa (entrevistas) que los adultos mayores que participaron del proyecto por 4 meses mejoraron en agilidad, flexibilidad, memoria, concentración, atención, aprendizaje, funciones ABVD, entre otros (Velasco, 2008, pp. 1-10).

Hay que mencionar además que, la T.O. ha mostrado su efectividad porque está compuesta por actividades que han demostrado tener alta influencia en la prevención del deterioro cognitivo.

Así por ejemplo, se puede evidenciar en un estudio que presenta un meta-análisis de diversas investigaciones en donde muestra los beneficios que el ejercicio físico tiene en procesos mentales, de socialización, rendimiento y mejoramiento en la calidad de vida. Uno de los estudios tomados se llevó a cabo en Illinois, Estados Unidos, en donde se determinó que mientras mayor sea el ejercicio físico existe menor degeneración neuronal, puesto que la muestra usada (personas con 60 años de inactividad) tras realizar deporte por 45 minutos por tres veces a la semana, mejoraron notablemente habilidades mentales que tienen su declive con la edad (Ramírez, Vinaccia y Suárez, 2004, p. 69). También, se encontró ciertos estudios en los que se demostraron que “algunos procesos y habilidades cognitivas cerebrales en las personas mayores, eran mejores en las

personas que practicaban una actividad física que en aquellas que no lo hacían” (Ramírez, Vinaccia y Suárez, 2004, p. 69).

Pero, la parte más importante de estos estudios es que concluyeron en que la relación entre ejercicio físico y prevención del deterioro cognitivo se da debido a que “la actividad física provoca que el músculo segregue IGF-1, un factor de crecimiento similar a la insulina, que entra en la corriente sanguínea, llega al cerebro y estimula la producción del factor neurotrófico cerebral” (BDNF, mejora supervivencia de las neuronas) (Ramírez, Vinaccia y Suárez, 2004, p. 70).

Así mismo, en lo que respecta a la gimnasia cerebral, la cual es otra actividad que forma parte de esta terapia se pudo comprobar en un estudio realizado en México con una muestra de adultos mayores que tenían deterioro cognitivo leve y moderado que luego de ser expuestos a este programa de gimnasia cerebral por un tiempo de tres meses se pudo observar una disminución en el número de casos de deterioro cognitivo leve (Tirado, Sánchez, Chacón, Barrios, Reyes y Viveros, 2016, pp. 376-381).

Entonces, mediante esta investigación se desea analizar si realmente existe algún tipo de influencia de la T.O. en la cotidianidad del adulto mayor, especialmente a nivel cognitivo.

Finalmente, es importante recalcar que en la bibliografía encontrada con respecto a la terapia ocupacional, está desarrollada por profesionales que ejercen la medicina, o son especializados en terapia ocupacional, más sin embargo quienes en la actualidad la han tomado como un recurso que forma parte del repertorio de estrategias de intervención en el área geriátrica y otras áreas son los psicólogos clínicos, quienes acceden a este tipo de tratamiento para enfrentar esta etapa de la adultez mayor cuando se presentan fallas en la cognición, emoción y sociabilidad.

De ahí que Aroca (Psicóloga) y Hermida (Terapeuta Ocupacional) mencionen que en la Terapia Ocupacional la relación terapéutica la conforman el usuario, el terapeuta y la ocupación, este término es conocido como “uso consciente/terapéutico del yo”, el cual fue acuñado por el psiquiatra Jerome D. Frank en 1958, y sirve para establecer una diferencia entre la relación del profesional con el paciente en donde se da el uso de recursos tales como la personalidad, introspección, percepciones y juicio del profesional. Este término es utilizado por diferentes autores de la T.O., y la Asociación Americana de Terapia Ocupacional lo identifica como un modelo de intervención, y actualmente en España es un similar al concepto de relación terapéutica (2016, pp. 2-3).

6.- Hipótesis

Los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo primario, luego de realizar terapia ocupacional por 12 semanas, muestran que esta terapia tuvo influencia produciendo una prevención secundaria.

7. Metodología del estudio

7.1 Tipo de enfoque, alcance y diseño

7.1.1 Enfoque

El enfoque empleado en este trabajo será un enfoque cuantitativo debido a los objetivos planteados, por lo que las herramientas utilizadas serán enfocadas en este método para que así estos se puedan lograr.

Al decir enfoque cuantitativo se hace referencia a que se hace uso de recursos cuantitativos, es decir que es secuencial y probatorio, busca medir o comprobar un fenómeno en donde plantea un problema concreto, en este caso la influencia de la terapia ocupacional, y además deriva sus hipótesis de una revisión bibliográfica previa; en otras palabras este tipo de enfoque usa la recolección de datos para probar hipótesis, con base en la medición numérica y el análisis

estadístico, para establecer patrones de comportamiento y probar teorías (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, pp.4-9).

7.1.2 Alcance

En cuanto al alcance de la investigación este será un estudio descriptivo, ya que se pretende recolectar datos por medio de la aplicación de una herramienta psicométrica que describa la situación tal y como es, en este caso si la terapia tiene influencia en la prevención del deterioro cognitivo.

En otras palabras al hablar de un estudio descriptivo se hace referencia a que la finalidad de este tipo de investigaciones es “especificar propiedades y características importantes de cualquier fenómeno que se analice. Describe tendencias de un grupo o población”. (Hernández, Fernández Baptista, 2010, p. 92).

Además, este estudio será predictivo puesto que por medio de este se podrá preveer si la T.O. es efectiva como método preventivo secundario en el deterioro cognitivo primario.

“La investigación tipo pronóstico es aquella en la cual el propósito principal es “predecir” la dirección futura de los eventos investigados” (Hurtado, 1998, p.139).

7.1.3 Diseño

Para el logro de los objetivos planteados y la obtención de una respuesta a la pregunta de investigación planteada se realizará una comprobación de la hipótesis inicial con los resultados que arrojen los datos de pre-test y post-test entre adultos mayores que si realizan T.O. y quienes no la realizan.

Por lo tanto, el diseño empleado será cuasi-experimental, ya que las variables se “manipulan deliberadamente, o al menos, una variable independiente

para observar su efecto sobre una o más variables dependientes (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p.151).

Es importante además, mencionar que este estudio cuenta con dos variables, una de ellas es la variable dependiente, la cual es cuantitativa puesto que son aquellos datos numéricos que nos dará el test Moca; y una variable independiente que es una variable categórica, esta hace referencia a la terapia ocupacional, en la que existirá datos de quienes si la llevan a cabo y quiénes no.

7.2 Muestreo/Participantes

En primer lugar, se debe mencionar que el contexto en donde se desarrollará la investigación es en la ciudad de Cayambe, uno de los ocho cantones de la provincia de Pichincha, que queda ubicado al nororiente del Ecuador.

Según el INEC, en su censo realizado en el 2010 Cayambe cuenta con 85.5 mil habitantes, dentro de los cuales 51.1% son mujeres y el 48.9% son hombres. Además, el 45.5% es zona urbana y el 54.5% es zonal rural. Este cantón es conocido por tener un nivel socioeconómico que oscila entre escasos, medios y altos recursos, siendo predominante la clase media-baja. Al ser la mayoría de su población rural, la actividad económica más importante es la producción de rosas y la agricultura (INEC, 2010).

La población en donde se llevará a cabo la investigación es en un centro público de acogida en Cayambe que posee espacios alternativos en donde adultos mayores entre 60 y 80 años asisten a realizar terapia ocupacional. Esta población es variada en cuanto a escolaridad.

Al ser un estudio cuantitativo, la muestra será no probabilística, ya que la elección de los participantes se deberán ajustar a las características y los objetivos de la investigación (Hernández, Fernández Baptista, 2010, p. 176).

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Adultos mayores institucionalizados en centro público geriátrico de la ciudad de Cayambe	Adultos mayores que hayan realizado T.O.
Adultos mayores entre 60 y 80 años.	Adultos mayores que presenten alguna patología mental (esquizofrenia, trastornos de la personalidad) o física (enfermedades cardiovasculares, afecciones motrices) diagnosticada que impida su participación en el estudio.
Adultos mayores que hayan cursado únicamente la primaria.	
Adultos mayores que presenten deterioro cognitivo primario.	

Se debe mencionar que, los criterios de exclusión se colocaron con la finalidad de que los resultados del test no arrojen datos que alteren los resultados finales.

Es importante decir que, este estudio llevará a cabo además un emparejamiento para que los resultados del estudio reflejen consistencia y no deje incógnitas acerca de la eficacia de terapia ocupacional adjudicando la efectividad a otros factores.

Este emparejamiento permite “igualar a los grupos en relación con alguna variable específica, que puede influir de modo decisivo en la variable dependiente” (Hernández, Fernández y Baptista, 2010, p. 139). Hay que mencionar, que las variables específicas que se usarán en este estudio serán el género y la edad, en donde los grupos deberán contar con igual número de hombres y mujeres; y equidad en la edad.

Además, cabe aclarar que la edad de la población se escogió en base a las poblaciones usadas en los estudios antes mencionados, a pesar de que en nuestro país la tercera edad se considera a partir de los 65 años de edad.

7.3 Recolección de datos/Herramientas a utilizar

Para la recolección de datos se usarán un instrumento psicométrico llamado Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) (ANEXO 1), el cual mide el área cognitiva, específicamente el deterioro cognitivo leve.

Es así que el MOCA es considerado una herramienta que permite realizar un escaneo rápido del nivel cognitivo, en donde se puede verificar alteraciones cognitivas leves, para lo cual mide diferentes dominios cognitivos tales como atención y concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visoconstructivas, pensamiento conceptual, cálculo y orientación (Nasreddine, et. al., 2005, p.697).

Este test fue creado en 1996 por Ziad Nasreddine en Montreal, Quebec. El MOCA puede ser administrado en un tiempo de 10 minutos y evalúa sobre 30 puntos como el puntaje máximo que equivale a la normalidad, de manera más específica: mayor a 21 - sin compromiso cognoscitivo, entre 20 y 14 – déficit cognoscitivo leve, y menos de 14 – síndrome demencial. Además, en cuanto a su confiabilidad y validez en la versión original se tiene que cuenta con una sensibilidad del 100% y una especificidad del 80% para detectar déficit cognoscitivo leve (Nasreddine, et. al., 2005, p.698).

7.4 Pre-validación del instrumento

Como antes se mencionó, el instrumento utilizado para la medición cognitiva de los participantes de este estudio será la Evaluación Cognitiva Montreal, el cual ha demostrado mediante estudios que su validez y confiabilidad posee porcentajes altos.

Es así que en un estudio realizado en Colombia con una población de adultos mayores, en el que se buscaba comprobar la confiabilidad y validez de este instrumento obtuvieron como resultados que el MOCA en comparación con test como el MMSE (Mini Mental) muestra mayor sensibilidad y especificidad cuando se quiere identificar deterioro cognitivo leve y demencia en sus primeras fases (Pereira y Reyes, 2013, p. 44).

Sumado a esto, este test cuenta con traducciones a varios idiomas, entre ellos el español y con validaciones en países como Reino Unido, España, Portugal, Brasil, México, China, Corea, etc. (Pereira y Reyes, 2013, p. 44).

Por esta razón, se considera que la Evaluación Cognitiva Montreal es un instrumento de evaluación viable y confiable que ayudará a la obtención de datos acerca del nivel cognitivo de los adultos mayores que formaran parte de esta investigación.

Es importante recalcar que en el estudio realizado en Colombia se usó el MOCA en su versión en español creada por Lozano-Gallego en el 2009, en donde se evidenció una consistencia de 0,76 y una confiabilidad de 0,92 (Pereira y Reyes, 2013, p. 44).

Luego, en cuanto a la muestra usada en esta investigación se puede apreciar que en cuanto a escolaridad fue muy variada, teniendo personas tanto con una alta como con baja escolaridad, para lo cual usó las dos versiones del MOCA (A Y B), es decir para Alta Escolaridad y Baja Escolaridad, aquí se evidenció claramente que las personas con baja escolaridad tendían a mostrar resultados con un puntaje menor de aquellas que tenían mayor escolaridad a pesar de usar los respectivos test para cada grupo (Pereira y Reyes, 2013, p. 50).

Además, el Moca ha mostrado en otras investigaciones que posee mayor sensibilidad para la detección del deterioro cognitivo comparado con el MMSE

(Mini Mental) en pacientes geriátricos y con demencia (Rodríguez-Bores, Saracco, Escamilla y Fresán, 2014, P.518);

En esta investigación se hará uso del Moca B (Básico), ya que la escolaridad de la muestra es baja.

Procedimiento de pre-validación.- Para la pre-validación del instrumento, en primer lugar se elaboró una justificación (ANEXO 2) en la que se expuso la pertinencia del mismo. Luego, se solicitó la participación de los docentes Clara Cardoso y Tarquino Yacelga como pre-validadores del test. Una vez concertada la reunión se discutió sobre la pertinencia de este instrumento, en donde los docentes manifestaron que consideran que es adecuado para esta investigación puesto que es sencillo de aplicar, mide el área cognitiva de forma global (lo que se necesita en este estudio), es de libre uso, y tiene estudios en su versión en español que muestran confiabilidad y validez sólida frente a otros test.

Luego, los docentes procedieron a firmar el acta en la que quedó pre-validado el instrumento (ANEXO 3) que se usará en este estudio, es decir el MOCA.

7.5 Procedimiento

El contacto inicial con la muestra se logrará debido a que ya existió otro contacto anterior por medio de las pasantías realizadas; por ende, existe un conocimiento previo de la población y las personas a cargo de la misma. Sin embargo, se pedirá la autorización previa por parte de aquellas autoridades que estén a cargo para realizar el estudio. Cuando se dé el inicio de la aplicación de técnicas planteadas para alcanzar los objetivos de la investigación, en primer lugar, se llevará a cabo la aplicación del instrumento psicométrico (MOCA) de forma individual a las personas que realizan terapia ocupacional, para luego hacerlo con aquellas que no lo realizan; es decir que se llevará a cabo un pre-test en donde se pueda evidenciar el nivel cognitivo de los participantes para proceder

a elegir a quienes presenten un deterioro cognitivo leve. Antes de esto, se leerá y presentará el consentimiento informado al participante, en donde se ponga al tanto del estudio en el que está participando y que su identidad se mantendrá en el anonimato y que la información que brindará el test que están realizando solo tendrá fines académicos.

Luego, se llevará a cabo la asignación tanto del grupo control (quienes no realizarán T.O.) y el grupo experimental (quienes realizarán T.O.) para iniciar con la aplicación de la T.O al grupo experimental por un lapso de 12 semanas, el cual es el tiempo promedio que los estudios estipulan para poder observar resultados. Más tarde, una vez pasado el tiempo establecido se volverá a aplicar el test a ambos grupos, para lo cual también se procederá a presentar el consentimiento informado a cada participante. Entonces, una vez que se tenga estos resultados junto con los primeros se procederá a realizar el análisis de datos por medio de la prueba de hipótesis.

7.6 Tipo de análisis

El análisis de datos que se desarrollará al ser un estudio cuantitativo descriptivo será una comprobación de hipótesis.

Según Hernández, Fernández y Baptista:

(...) lo que el investigador hace por medio de la prueba de hipótesis es determinar si la hipótesis poblacional es congruente con los datos obtenidos en la muestra. Una hipótesis se retiene como un valor aceptable del parámetro, si es consistente con los datos. Si no lo es, se rechaza (pero los datos no se descartan). (2010, p.299)

Esta prueba de hipótesis será de 2 muestras y de una muestra. En la hipótesis de 2 muestras se compara las medidas iniciales y finales entre los grupos (Galindo, 2015, p. 303); es así que mediante este proceso se obtendrá una

primer y segunda medida para mostrar la similitud entre las muestras y evidenciar si existe una diferencia estadísticamente significativa entre los 2 grupos (experimental y control).

Luego, en la hipótesis de 1 muestra que se realizará con el grupo experimental busca comparar los valores de una medida estadística (Galindo, 2015, p. 294), para lo que se comparará los valores de la primera medición y la segunda y así encontrar si existe una diferencia estadísticamente significativa.

Sumado a esto, se realizará una prueba de homogeneidad para “averiguar si existe homogeneidad entre las dos muestras” (Galindo, 2015, p.288) que se presentan en el estudio, es decir el grupo control y el grupo experimental.

8. Viabilidad

La viabilidad de este estudio tiene un pronóstico positivo, pues al establecer todos aquellos recursos que son necesarios se evidencia que son factibles de conseguir por parte del investigador.

En primer lugar el acceso al grupo de estudio es viable puesto que ya se tuvo un contacto inicial tanto con los adultos mayores que serán parte del estudio como con las autoridades y profesionales que forman parte de esta institución pública. Este contacto se dio por medio de las prácticas pre-profesionales que la autora de esta investigación realizó, por lo que antes de terminarlas se obtuvo de manera anticipada la autorización para poder llevar a cabo el estudio.

Por otra parte, se cuenta con el apoyo de un tutor guía establecido por parte de la universidad, con el cual se tendrá las respectivas tutorías mediante el establecimiento de un horario de una vez por semana para ir controlando y haciendo las respectivas correcciones en el trabajo de titulación. Además, el tutor cuenta con una carrera a fin con el tema y cuenta con experiencia en la realización de estudios cuantitativos.

También, en lo que respecta a los recursos materiales este estudio es viable puesto que en el ámbito económico no requiere de una inversión grande, pues lo que se necesita son recursos de oficina como fotocopias, lápices y borradores. Además, los materiales para la T.O. y el sitio en donde se llevará a cabo la investigación están disponibles. Así mismo, en cuanto al traslado a la institución que se encuentra en la ciudad de Cayambe este será cubierto por la estudiante al igual que la retribución a los participantes que colaboren en el estudio.

Con todo lo antes mencionado, es importante que se ponga en conocimiento del lector que el estudio no puede ser tomado para establecer una generalización en cuanto a los resultados que arroje, puesto que la muestra poblacional no es representativa y se requeriría de un estudio más grande en cuanto a la muestra para establecer una teoría con respecto a la hipótesis planteada. En lo que respecta a las limitaciones del estudio, en primer lugar, está relacionada con el test que se empleará ya que pese a tener una traducción al español y haber demostrado una validez y confiabilidad sólidas, no está estandarizado a nuestro contexto por lo que los resultados pueden presentar su margen de error. Además, como anteriormente se manifestó el nivel de escolaridad influye altamente en los resultados por lo que se deberá ser cautelosos con la interpretación de los datos pues el deterioro cognitivo leve podría deberse a la baja escolaridad. Sin embargo y por esta razón se hará uso del MOCA Básico, es decir para baja escolaridad.

9. Aspectos Éticos

9.1 Consentimientos o asentimientos informados

Es importante mencionar que en esta investigación se usarán consentimientos informados para la aplicación de los test tanto en la pre y post evaluación. (ANEXO 4)

El uso de dicha herramienta se debe a que mediante esta los participantes conocen la naturaleza del trabajo en el que están siendo participes, y además autorizan el uso de la información para fines académicos de forma ética.

Es así que el consentimiento informado es crucial cuando se realizan estudios con seres humanos, ya que por medio de este se busca respetar su autonomía y derechos, además que se procede y ejercita la investigación en base a principios éticos (Cañete, Guilhem y Brito, 2012, p.122).

9.2 Tratamiento de la información

Luego, el tratamiento de la información que se obtendrá tanto a nivel bibliográfico y los datos que arrojen las evaluaciones (test) será hecho en base a procedimientos éticos, esto incluye basarse en lineamientos APA para aquella información obtenida de libros o artículos de revista para que así se guarde la autoría de los diferentes autores; por otro lado, la información obtenida de la aplicación de test será usada con fines académicos y los participantes autorizarán con anticipación por medio del consentimiento informado el uso de la misma; y la identidad de las personas se guardará en el anonimato si así lo desean, caso contrario se mencionará en el estudio.

9.3 Autoreflexividad

Por otra parte, es relevante mencionar que dicha investigación se consideró relevante estudiar debido a un interés personal que surge de trabajar con adultos mayores en un centro público de acogida para pacientes geriátricos, en donde se puede observar que la Terapia Ocupacional constituye uno de los pilares terapéuticos para tratar con dichos pacientes. Aquí se ha podido evidenciar que

dicha terapia ha tenido resultados beneficiosos en unos casos y en otros no, pero sobre todo se la realiza de manera informal y es usada por psicólogos clínicos que han optado por esta alternativa como parte de sus recursos para generar cambios significativos, rehabilitar o prevenir discapacidad en funciones ejecutivas fundamentales en los adultos mayores.

9.4 Consecuencia de la Investigación

Finalmente, es obvio que esta investigación tendrá consecuencias en el contexto en que se desea aplicar. Estas consecuencias pueden ser en su mayoría positivas, ya que permitirán en primer lugar, que se obtenga un panorama más claro y ajustado a la realidad ecuatoriana acerca de la influencia de la terapia ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo en los adultos mayores, lo cual generará probablemente nuevos estudios acerca de la misma o en otros casos la consideración de esta terapia de manera más formal en el área de psicología que se encarga de adultos mayores.

Más sin embargo, una consecuencia negativa podría ser que en la investigación se compruebe que la influencia es mínima o nula y esto genere duda de su eficacia y por ende de su aplicación; pero, para evitar lo antes mencionado si se diera el caso, se especificará que la población en la que se llevó a cabo el estudio no fue grande y por lo tanto si se desea tener un conocimiento más amplio en el que se pueda volver a comprobar la hipótesis se deberá realizar esta investigación en otros contextos.

9.5 Devolución de resultados

En un estudio es importante la obtención de resultados, mismos que no deben quedar reservados para el investigador y los lectores, sino también para aquellos que formaron parte de la investigación, es decir los adultos mayores y los

profesionales que trabajan realizando este tipo de terapia para mejorar la calidad de vida de forma integral en sus pacientes.

Por tal razón, una vez que se haya realizado todo el proceso de análisis de los datos, y se haya verificado y llevado a cabo las correcciones necesarias se hará una devolución de los resultados, en primer lugar por medio de un informe a las autoridades y profesionales correspondientes a la institución, para luego establecer una reunión con los participantes y hacerlos partícipes de los resultados.

Todo esto contribuirá de manera positiva para la institución y sobre todo para los pacientes, pues independiente de los resultados estos conducirán a que se realice las mejoras e intervenciones que consideren los profesionales para que esta terapia aporte positivamente en los adultos mayores.

9.6 Autorización para uso de test

El test Evaluación Cognitiva Montreal no ha sido estandarizado en Ecuador, pero si en otros países de Latinoamérica como Colombia, México, Chile, etc., por lo que se usará la versión en español de Eduardo Cisneros que es la adaptación disponible, y que no requiere de permisos para su uso.

Sin embargo, cabe recalcar que se realizará la solicitud de permiso por motivos éticos, ya que el uso de este test es de uso libre y no requiere obligatoriamente de un permiso oficial para emplearlo. (ANEXO 5)

9.7 Derechos de autor

Mediante este apartado, declaro que como autora intelectual del trabajo expuesto, en el cual se han respetado la información obtenida de otras fuentes mediante la utilización de normas APA, que me acojo al literal No. 13 del

reglamento de titulación en el cual se enfatiza que la propiedad intelectual de los trabajos de titulación pertenecerá a la Universidad de las Américas.

10. Análisis de Estrategias de intervención

Mediante este apartado, se podrá conocer aquellos recursos que investigaciones anteriores que tienen algo de similitud al estudio propuesto utilizaron para poder alcanzar sus objetivos y generar determinados cambios. Luego, se procederá a plantear una propuesta de intervención que se ajuste al contexto ecuatoriano en el área psicológica.

Para este análisis de intervención de estrategias se procederá a identificar estos recursos empleados mediante un esquema básico que nos permita dilucidar de forma concreta aquello que se usó para el logro de las metas propuestas. Entre las características a analizar tenemos: identificación del entorno del problema, análisis de las causas, factores y consecuencias del problema, sus objetivos, medios, técnicas y recursos; y la identificación del alcance de logros (como se evaluó).

En uno de los estudios mencionados al inicio del trabajo, en el cual se desarrolló T.O. en un centro en la ciudad de México, se puede notar en primer lugar que la investigación se da inicio bajo el conocimiento de que existe evidencia en la que se ha demostrado que aquellos programas que incluyen a la ocupación son eficaces con poblaciones de adultos mayores, ya que su alcance mejora de forma integral la salud de los mismos (Devine, 2015, p. 3). Esto debido a que la terapia ocupacional, haciendo uso de diversas actividades, métodos y técnicas con fines terapéuticos tiene como objetivo el prevenir enfermedades, rehabilitar o mejorar la condición de salud de los pacientes (Kielhofner, 2004, p.28). Luego, este estudio toma como base además que es necesario intervenir en una población vulnerable como los adultos mayores, puesto que debido al proceso evolutivo en el que se encuentran son propensos a experimentar declives en

ciertas áreas funcionales, y se impulsa producto de una observación de las necesidades que presentan los residentes del lugar

De allí, que se establezcan como objetivo el evaluar el impacto que tiene el mantener una ocupación constante en la cotidianidad de los adultos mayores; para lo cual establecieron actividades que se basaron en un programa llamado “Cuestiones de estilo de vida” para promocionar la salud por medio de la ocupación. Es así que su intervención cuenta con dos terapeutas ocupacionales, los cuales se encargaron de capacitar a los participantes para que realicen actividades programadas en las que ellos sean los autores principales de su desarrollo y mejora; por lo cual los resultados fueron positivos, mismos que se evaluaron al principio, en la mitad, al final de la investigación (12 semanas) y tiempo después del programa para así garantizar que los objetivos se cumplieron y se mantienen a largo plazo (Devine, 2015, p.3).

Esto evidencia que este programa de T.O. logro el alcance de sus metas por medio del empoderamiento de los participantes, ya que por medio de ello se logra que estos potencien su capacidad de tomar control sobre sus vidas (Zimmerman, 1988, citado en Rodríguez, 2009, p. 21), es decir que ellos mismos generan actividad en su cotidianidad, por lo que existe notables mejorías físicas, psíquicas, cognitivas, emocionales y sociales.

Luego, en otra investigación desarrollada en España en la que se realizó un meta-análisis de estudios que han usado terapias no farmacológicas (incluye T.O.) para atender la enfermedad de Alzheimer; en los cuales comparten en común el interés por ofrecer evidencia que demuestre que ante el deterioro cognitivo, sea este primario o secundario existen alternativas preventivas como la terapia ocupacional para buscar una mejoría notable frente al uso de fármacos (Olazaran, et al., 2010, pp. 3-4); proponen actividades tales como: estimulación cognitiva, ejercicio físico, música, actividades lúdicas, entrenamiento de ABVD, entre otras; mismas que fueron impartidas por terapeutas ocupacionales, enfermeras y

cuidadores entre períodos de 6 y 12 meses en los que mediante test (Mini Mental) pudieron determinar mejorías notables en los pacientes, pues hubo una disminución en la sintomatología que la enfermedad presenta. (Olazaran, et al., 2010, p. 5).

Esta investigación fue tomada en cuenta debido a que la T.O. demuestra efectividad en una patología degenerativa, lo cual conduce a confiar en la hipótesis planteada, es decir que esta podría prevenir un deterioro cognitivo primario. Todo esto entonces, parece confirmar que el ser humano tiene un diseño en el que inevitablemente requiere de mantenerse en actividad, y esta no debe ser detenida por creencias acerca de que avanzar en edad implica establecer un sedentarismo como estilo de vida; es así que Reily (1962) menciona que “el poder de actuar crea la necesidad de utilizar el poder y la falta de uso del poder conduce a disfunción e infelicidad” (citado en _Kielhofner, 2004, p.16).

Hay que mencionar además, que en la investigación bibliográfica llevada a cabo en este estudio se encontró uno muy similar desarrollado en México por un grupo de enfermeras que se plantean esta indagación producto de una necesidad de saber la efectividad de la T.O. en adultos mayores residentes de una institución geriátrica.

Las intervenciones que se realizaron aquí incluyeron una muestra pequeña, los cuales fueron expuestos a dicha terapia por un período de 6 meses. Para obtener sus resultados realizaron dos mediciones, antes y después de la terapia. Las actividades que se impartieron fueron: actividades manuales, deportivas, estimulación musical y actividades artísticas (Colunga, Reymundo y Valdes, 2014, p. 32).

Los resultados de dicha investigación mostraron que no hubo cambios significativos en el mejoramiento cognitivo, lo cual probablemente se haya debido a cuestiones metodológicas que tuvieron fuerte influencia. Al analizar estas cuestiones se evidencia que no contaron con un grupo control, lo que no permite

hacer comparaciones; luego, como característica de los participantes se halla que no cuenten con ningún tipo de deterioro cognitivo y que realicen T.O. por al menos 6 meses antes del estudio, lo cual podría ser la razón en la que la mejoría no fue significativa, pero cabe aclarar que hubo mejoría en casos específicos y en el resto se observó un efecto conservador por parte de la T.O. en el estado cognitivo.

Otra cuestión importante a mencionar es la evaluación, la cual también pudo ser de alta influencia en los resultados. Aquí se usó como recurso de medición el Mini Mental, y la muestra tuvo diferencias en cuanto a escolaridad.

Por lo cual, en la investigación propuesta aquí se tomó como instrumento la Evaluación Cognitiva Montreal ya que esta cuenta con esa diferenciación de escolaridad, y esto conduce a que los resultados sean más acercados a la realidad de la muestra.

Es por ello que los investigadores mencionan que según Ortiz Nava existen factores que pueden influir para que la T.O. no resulte efectiva, entre estos puede ser el nivel de escolaridad, estado de ánimo, cotidianidad de la persona y las condiciones en las que se desarrolla la terapia (2009, p. 25).

Por otro lado, volviendo a España tenemos que al implementar un proyecto de prevención del deterioro cognitivo y fomento de la autonomía en adultos mayores tiene como objetivo la mejora de los factores mencionados, para lo que intervienen por un tiempo de cuatro meses en el que emplea actividades propias de la terapia ocupacional. Este proyecto se basa en un “Programa de Activación” que es definido por Durante y Noya en el 2004, el cual tiene como objetivo el dar un servicio a los adultos mayores para que estos mejoren su calidad de vida mediante la participación en actividades saludables que les brinde satisfacción y estimulación (Velasco, 2008, p. 1).

Este proyecto fue dirigido hacia una comunidad específica, por lo que para su desarrollo se implicó a una trabajadora social que pudiera recabar información

de la población para entonces proceder a la selección de la muestra, y luego también se promocionó dicho proyecto. Un punto a favor de este proyecto, y el que probablemente potenció la efectividad de la T.O. como método preventivo fue el hecho de que dentro de su planificación se encontraba el impartir terapia ocupacional en el domicilio y realizar talleres psicoeducativos para la salud y asesoramiento a familiares o cuidadores.

Además, una buena práctica de este proyecto fue que al tener una muestra tan variada (con y sin deterioro cognitivo) se enfocó en realizar prevención en sus tres niveles, mismo que se realizó en un Centro de día Municipal de dicha ciudad (Albacete) en diferentes horarios (Velasco, 2008, p. 5). Finalmente para su evaluación de logros usaron un sin número de recursos cuantitativos (ejemplo: Mini Mental), pues midieron no solo el área cognitiva, sino también física, emocional y social, y también usaron recursos cualitativos (entrevistas) para evaluar nivel de satisfacción. Aquí pudieron encontrar datos satisfactorios, en los que los pacientes manifiestan una mejoría a nivel integral, y siendo específicos en nuestro interés en el área cognitiva se evidenció mejora en la concentración y memorización.

Entonces, una vez que se ha analizado las formas en que otras investigaciones intervinieron, es menester que se haga una propuesta que se ajuste a nuestro contexto, puesto que el objetivo de este trabajo es poder brindar un aporte teórico descriptivo consistente para que al menos se pueda obtener una base si se deseara emprender de forma experimental lo aquí propuesto.

Antes de empezar, se debe mencionar que la terapia ocupacional en el Ecuador no cuenta con investigaciones en donde se pueda evidenciar de manera formal desde cuando se estableció y que áreas hacen uso de la misma para tratamientos específicos en los pacientes.

Por tal razón, las propuestas en cuanto a estrategias de intervención con adultos mayores desde la terapia ocupacional serán basadas en las

investigaciones antes mencionadas y en propuestas de producción propia que vienen desde el área de experiencia de prácticas pre-profesionales con este tipo de población haciendo uso de la terapia ocupacional como estrategia para la prevención del deterioro cognitivo.

Primero, se debe mencionar que esta terapia en las investigaciones que se analizaron es impartida por lo general por terapeutas ocupacionales o profesionales de la salud como enfermeras, auxiliares, fisioterapeutas, etc.; sin embargo, este estudio propone que la intervención se realice de manera interdisciplinaria en donde el psicólogo realice su intervención en aquellos campos que se relacionan con la profesión puesto que tiene experticia en los mismos. En otras palabras se necesitará contar con un psicólogo clínico, un profesional en educación física y un terapeuta ocupacional, puesto que así la terapia se manejará de manera profesional todo el tiempo y no se dará lugar a la experimentación.

Por otra parte, las intervenciones que se proponen deberán realizarse en un período no menos de 12 semanas, puesto que los estudios nombrados establecen que este es el tiempo mínimo para poder observar resultados en los que ya se evidencia una prevención secundaria en el deterioro cognitivo, y para la prolongación de los mismos se deben mantener en el tiempo.

Luego, esta propuesta se basará en intervenciones estructuradas e informales, las cuales se acoplan al contexto y sobre todo a la muestra propuesta en este estudio; es decir que las primeras serán actividades organizadas que tengan como objetivo la prevención del deterioro cognitivo y las segundas serán actividades complementarias que tienen evidencia empírica sobre su influencia en la mejora cognitiva.

Es por ello que se dice que la terapia ocupacional está compuesta de varias actividades que juntas posibilitan que se pueda preservar, mantener, restablecer y mejorar la salud para así lograr alcanzar un bienestar integral de los pacientes (Moruno y Romero, 2004, p.8).

Entonces, las actividades que se desarrollaran en esta propuesta de intervención para lograr una prevención del deterioro cognitivo primario serán: ejercicio físico en la modalidad de Bailoterapia, el cual en dicho contexto (Cayambe) tiene mucha acogida por las personas adultas mayores puesto que según ellas, de esta forma pueden ejercitarse de una manera diferente, es decir bailando (esto se menciona en base al contexto, no existen investigaciones científicas sobre lo mencionado). También, incluirá actividades manuales como tejido, elaboración de detalles acorde a la ocasión, por ejemplo día de la madre, navidad, etc., arte terapia y gimnasia cerebral.

Estas actividades propuestas se derivan de las investigaciones antes estudiadas, pero con variaciones debido al entorno en las que se aplicará. Las actividades nombradas son las que llamaremos actividades estructuradas, pues son las que han demostrado eficacia en la prevención del deterioro cognitivo.

Se debe agregar que, como actividad informal se hará uso de la terapia recreativa. En esta se podrá incluir actividades como paseos u otras extracurriculares que complementaran la terapia ocupacional como son la musicoterapia y la fisioterapia. Es importante mencionar que esta proposición nace de las intervenciones ya establecidas por este centro, las cuales se realizan de manera periódica y se ha establecido como complemento a la T.O. y han demostrado tener acogida por parte de los adultos mayores.

Por consiguiente, las actividades serán asignadas de tal forma que los adultos mayores que acuden al centro con regularidad entre semana puedan recibir cada una de ellas sistemáticamente. Es decir que dos veces por semana recibirán ejercicio físico, una vez por semana actividades manuales, una vez gimnasia cerebral y finalmente un día asignado para terapia recreativa.

Por otro lado, el profesional psicólogo que intervenga deberá estar capacitado en esta área, pero sobre todo tener experiencia con población de adultos mayores; y además recibirá capacitación junto con el equipo de trabajo

para poder llevar a cabo la intervención. La capacitación se desarrollará de manera periódica cada tres meses por parte de especialistas en terapia ocupacional para que los profesionales se mantengan actualizados en cuanto a la intervención.

Si bien es cierto en los estudios no se menciona capacitaciones a los profesionales que imparten la T.O., en este caso se hace necesario debido a que esta terapia no es especialidad del psicólogo, y esto aportará de manera positiva para un mejor trabajo profesional, sumado a los conocimientos con los cuenta el psicólogo . Esta capacitación se podría realizar por medio de talleres prácticos en los que se instruya en conocimientos y estrategias para la aplicación eficaz de la T.O., para que así el servicio que se imparta permita que los adultos mayores se desarrollen en un espacio en el que puedan mantenerse activos a nivel físico, mental y social, y así afectar de manera positiva su salud y calidad de vida (López, 2008, citado en Carrascal y Solera, 2013, p.11).

En lo que respecta a la evaluación o instrumento usado, se puede decir que existe cierta ventaja puesto que el MOCA frente al Mini Mental que todas las investigaciones anteriores usaron para evaluar el nivel cognitivo tiene mayor confiabilidad y validez y las adaptaciones del mismo son más cercanas a nuestro contexto.

Ahora, en cuanto a la implicación que esta investigación podrá tener en nuestro contexto, se puede mencionar que, en primer lugar, está proporcionando información base para dar impulso a estudios experimentales sobre la T.O. desde una perspectiva psicológica, con lo cual actualmente no se cuenta. Cabe recalcar que esta investigación tiene como limitación la cantidad de la muestra, por lo que los próximos estudios deberán hacer uso de muestras más representativas y diversas.

Además, se puedan establecer protocolos de intervención no solo secundaria sino también primaria para aplicar la T.O. en varios centros en donde

se replique el estudio y se establezca como base de tratamientos para pacientes geriátricos a la terapia ocupacional.

Finalmente, una vez que se desarrollara la investigación y se aplicara las estrategias de intervención propuestas, también se puede implementar otras post-intervenciones que den más garantía al mantenimiento de los resultados obtenidos, es decir que la T.O. tenga alta influencia como método preventivo del deterioro cognitivo primario.

Entre estas se puede detallar por ejemplo el mantener esta propuesta no solo como un estudio, sino como un programa o proyecto como el que en una de las investigaciones se realizó, en la que se denominó “Cuestiones de estilo de vida” y en la que se capacitó a los pacientes para que ellos sean los autores principales de establecer una actividad continua mediante la terapia ocupacional (Devine, 2015, p.3). Esto podría darse de forma sistemática tanto con pacientes nuevos como con los antiguos.

Otra intervención que se podría aplicar si la hipótesis del estudio resultara cierta es el poder generar con un sustento teórico y práctico propuestas de talleres psico-educativos en aquellos centros que lo deseen dirigidos a pacientes y profesionales de la salud mental, en donde se haga una promoción de la salud física y psíquica por medio de la ocupación.

11. Cronograma

Actividades	Semana/Mes	Descripción
Tutoría	2/Marzo	Se realizará una revisión más profunda acerca del tema propuesto para abarcar información relevante. Revisión de

Contacto inicial con la muestra		<p>metodología y establecimiento de cronograma de actividades.</p> <p>Se confirmará con la institución y psicólogo a cargo para iniciar con la aplicación de los test a los adultos mayores que participarán en el estudio (que cumplen con criterios de inclusión)</p>
Tutoría Revisión del Test	3/Marzo	<p>Revisión del trabajo MET para establecer mejoras y cambios y se define como instrumento de recolección de datos MOCA-B.</p> <p>Se revisa el test a aplicar (MOCA-B) para que todo esté listo para su aplicación.</p>
Aplicación test	4/Marzo	Se llevará a cabo la primera aplicación del pre-test a adultos mayores de la institución para poder establecer el

Inicia aplicación de Terapia Ocupacional		grupo experimental y el grupo control.
Tutoría	1/Abril	Se trabaja sobre Formulación y Justificación del problema, y parte del marco teórico.
Tutoría Calificación Test	2/Abril	Revisión de avances del proyecto. Se trabaja sobre metodología, se define hipótesis y ciertos conceptos del marco teórico. Se calificará una primera parte de los pre-test aplicados.
Calificación Test	3/Abril	Se continúa y termina con la calificación del pre- test aplicado.
Tutoría Análisis de los datos	4/Abril	Revisión de avances del proyecto. Se continúa trabajando sobre metodología y pre- validación del instrumento. Se analizará los datos que se obtuvieron por

		medio de la aplicación del pre- test, y se procede a dividir los grupos (experimental y control)
Tutoría	1/Mayo	Revisión de avances del proyecto. Se trabaja en Justificación para la pre-validación del instrumento, metodología y marco teórico
Tutoría	2/Mayo	Se define análisis de datos que se empleará. Se entregan correcciones.
Terapia Ocupacional	3/Mayo	Se supervisa la aplicación de la terapia ocupacional
Tutoría	4/Mayo	Se realizan últimas correcciones del trabajo de titulación y se trabaja sobre estrategias de intervención.
Tutoría	5/Mayo	Se trabaja con las propuestas de estrategias de intervención, resumen

		y Abstrac; y los últimos detalles del proyecto para realizar la entrega del primer borrador del trabajo escrito.
Tutoría	1/Junio	Revisión general
Fin de Terapia Ocupacional	2/Junio	Se supervisa el desarrollo de la terapia en estas 12 semanas.
Aplicación de post-test Análisis de datos	3/Junio	Se aplica el post-test al grupo experimental y al grupo control. Se realiza la calificación del post- test. Luego, se procede a emplear como método de análisis la prueba de hipótesis para confirmar la misma.
Análisis de datos	4/Junio	Se continúa con el análisis de datos.
Elaboración de informe	5/Junio	Se elaborará un informe

<p>de resultados</p> <p>Entrega informe final del proyecto.</p>		<p>final en donde se evidencie y compare los resultados obtenidos por medio de la aplicación del pre- test y post-test para comprobar las hipótesis</p> <p>Se entrega y expone el proyecto con todos los resultados hallados.</p>
<p>Devolución de resultados</p>	<p>1/julio</p>	<p>Se realizará la entrega de un informe con los resultados del estudio a las autoridades de la institución junto con los participantes del estudio por medio de una presentación (exposición del trabajo).</p>

REFERENCIAS

- Alegre, J. (2010). Fundamentos teóricos de la terapia ocupacional. La ocupación en la vejez. En Corregidor, A., Duque, J., Fernández, J., Gómez, C., Huertas, E., Martínez, R., Mantilla, R., Moreno, A., Rodríguez, L., Sánchez, P. (Eds.) *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología, Bases conceptuales y aplicaciones prácticas* (pp. 11-18). España: Ergon.
- Aroca, B. y Hermina, N. (2010). *Relación Terapéutica en Terapia Ocupacional*. (Taller teórico – práctico). Recuperado de: <http://campus.usal.es/~psicologia/facpsi/wp-content/uploads/2016/05/Relaci%C3%B3n-terap%C3%A9utica-en-TO-Apuntes-taller-Educaterapia-5-marzo-USAL5.pdf>.
- Cañete, R., Guilhem, D. y Brito, K. (2012). Consentimiento informado: algunas consideraciones actuales. *Acta Bioethica*, 18 (1), 121-127. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/abioeth/v18n1/art11.pdf>.
- Carrascal, S. y Solera, E. (2013). Creatividad y desarrollo cognitivo en personas mayores. *Arte, Individuo y Sociedad*, 26 (1), 9-19. Recuperado de: <https://revistas.ucm.es/index.php/ARIS/article/viewFile/40100/41533>.
- Colunga, Z., Reymundo, M. y Valdes, M. (2014). Terapia ocupacional en el adulto mayor como estrategia para prevenir el deterioro cognitivo. *Revista electrónica de investigación en enfermería Fesi-UNAM*, 3 (6), 28-41. Recuperado de: [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/317-1675-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/317-1675-1-PB%20(1).pdf).
- Corregidor, A. (2010). Terapia ocupacional y personas mayores. Respondiendo a nuevos retos. *Revista de Terapia Ocupacional Galicia*, 9-304. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/mono/num3/mono3.pdf>.

- De León, R., Milán, N., Camacho, R., Arévalo, M. y Escartín, C. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*; 47 (3), 277-284. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>.
- Devine, M. y Usher, R. (2015). Effectiveness of an occupational therapy wellness programme for older adults living in long-term care. *International Journal of Integrated Care*. 15, 19-21. Recuperado de: <http://www.ijic.org>.
- Duque, J. (2010). Perspectiva ocupacional de las personas mayores. En Corregidor, A., Duque, J., Fernández, J., Gómez, C., Huertas, E., Martínez, R., Mantilla, R., Moreno, A., Rodríguez, L., Sánchez, P. (Eds.) *Terapia Ocupacional en Geriatría y Gerontología*, Bases conceptuales y aplicaciones prácticas (pp. 19-26). España: Ergon.
- Feldman, R. (2007). *Desarrollo Psicológico a través de la vida*. México: Pearson Educación de México.
- Galindo, E. (2015). *Estadística: métodos y aplicaciones*. Quito: Prociencia Editores.
- González, L. (2009). Hablemos de Terapia Ocupacional. *Unidad de Terapia Ocupacional en Pediatría. Hospital Quirón. Madrid. España*, 7(2) ,121-126. Recuperado de: http://appswl.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=80000490&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=51&ty=21&accion=L&origen=apccontinuada&web=www.apcontinuada.com&lan=es&fichero=v7n2a390pdf001.pdf&anuncioPdf=ERROR_publici_pdf.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. México D.F.: Mc GRAW-HILL/INTERAMERICANA EDITORES.

- Hurtado, J. (1998). *Metodología de la Investigación Holística*. Venezuela: Fundación Sypal.
- Imperatore, E. y Gómez, S. (2010). Desarrollo de la terapia ocupacional en Latinoamérica. *Escuela de Terapia Ocupacional*, 15 (12) ,123-135. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/10566-23384-1-PB.pdf.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2010). Resultados del censo 2010 de población y vivienda en el Ecuador, Fascículo Provincial Imbabura. Recuperado de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Manu-lateral/Resultados-provinciales/imbabura.pdf>.
- Julio, V., Vacarezza, M., Álvarez, C. y Sosa, A. (2011). Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. *Arch Med Interna*, (1) ,11-14. Recuperado de: <http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>.
- Kielhofner, G. (2004). *Terapia ocupacional: modelo de ocupación humana: teoría y aplicación*. Chile: Editorial Médica Panamericana.
- Ministerio de Salud Pública. (2014). Plan Estratégico Nacional de Salud Mental. Comisión de Salud Mental. Quito, Ecuador.
- Mondaca, M. (2013). *Terapia Ocupacional – lo que necesitas saber*. Federación Sueca de Terapia Ocupacional (FSA): Trydells. Recuperado de: http://www.arbetsterapeuterna.se/Global/Forlag/Arbetsterapi%20det%20du%20behover%20veta/arbetsterapi_detdubehoverveta_spanska.pdf.
- Moruno, P., y Romero, D. (2004). Terapia Ocupacional en Salud Mental: como entidad, agente y medio de tratamiento. *Revista Gallega de Terapia Ocupacional*, 1, 1-18. Recuperado de: <http://www.revistatog.com/num1/pdfs/num1art3.pdf>.
- Nasreddine, Z., Phillips, N., Bedirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I., Cummings, J., y Chertkow, H. (2005). The Montreal Cognitive

- Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool for Mild Cognitive Impairment. *J.Am.Geriatr.Soc.*, 53 (4), 695-699. DOI:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.
- Olazaran, J., Reisberg, B., Clare, L., Cuz, I., Peña, J. (...) y Muñiz, R. (2010). Eficacia de las terapias no farmacológicas en la enfermedad de Alzheimer: una revisión sistemática. *Dementia Geriatric Cognitive Disorders*, 30,161-178. DOI: 10.1159/000321458.
- Ortiz Nava, G. (2009). *Deterioro cognitivo en personas institucionalizadas de la tercera edad. Un estudio comparativo entre casa hogar y centro de día del Estado de México.* [Tesis de maestría inédita]. México: Universidad Nacional autónoma de México. Recuperado de: <http://journals.iztacala.unam.mx/index.php/cuidarte/article/viewFile/317/443>.
- Pereira, F. y Reyes, M. (2013). Confiabilidad y Validez del Test Montreal Cognitive Assessment (MoCA) en población mayor de Bogotá, Colombia. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 13 (2), 39-6. Recuperado de: <https://www.researchgate.net/publication/260435982>.
- Pérez, M. (2004). *Libro blanco de la diplomatura en Terapia Ocupacional.* España: Editores Zaragoza.
- Polinio, B., Durante, P. y Noya, B. (2001). *Conceptos Fundamentales de Terapia Ocupacional.* (1era. ed.). España: Editorial Médica Panamericana. Recuperado de: https://books.google.com.ec/books?id=t0VK4tQLYxEC&printsec=frontcover&dq=terapia+ocupacional+en+geriatria&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwjvwwuQsrDPAhVM1R4KHb1_AywQ6AEITjAG#v=onepage&q&f=false.
- Ramírez, W., Vinaccia, S. y Suárez, G. (2004). El impacto de la actividad física y el deporte sobre la salud, la cognición, la socialización y el rendimiento

académico: una revisión teórica. *Revista de estudios sociales*, 18, 67-75.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81501807>.

Rodríguez, K. (2011). *Vejez y Envejecimiento. Grupo de investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano*. (1era. ed.). Colombia: Editorial Universidad del Rosario. Recuperado de: http://www.urosario.edu.co/urosario_files/dd/dd857fc5-5a01-4355-b07a-e2f0720b216b.pdf.

Rodríguez, M. (2009). Empoderamiento y promoción en salud. *Red de salud*, 14: 20-31. Recuperado de: <http://www.academia.cat/files/425-8234-DOCUMENT/empoderamientopsmrodriguez.pdf>.

Rodríguez-Bores, L., Saracco, R., Escamilla, R. y Fresán, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro cognitivo en pacientes con esquizofrenia. *Salud Mental*, 37, 517-522. Recuperado de: <http://www.scielo.org.mx/pdf/sm/v37n6/v37n6a10.pdf>.

Sánchez, C. (2004). *Estereotipos negativos hacia la vejez y su relación con variables sociodemográficas, psicosociales y psicológicas*. [Tesis de doctorado inédita]. Universidad de Málaga, España. Recuperado de: <http://www.biblioteca.uma.es/bbl/doc/tesisuma/16704046.pdf>.

Santos del Riego, S. (2005). Terapia ocupacional: del siglo XIX al XXI. Historia y concepto de ocupación. *Rehabilitación (Madr)*; 39(4) ,179-84. Recuperado de: file:///C:/Users/Usuario/Downloads/13077308_S300_es.pdf.

Seguel, F., Valenzuela, S. y Sanhueza, O. (2012). Corriente epistemológica positivista y su influencia en la generación del conocimiento en enfermería. *Aquichan*, 12 (2) ,160-168. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v12n2/v12n2a07.pdf>

- Sirlin, C. (2007). La jubilación como situación de cambio: La preparación para la jubilación como acción estratégica para su abordaje. *Asesoría General de Seguridad Social*, 16, 47-73. Recuperado de: <http://www.bps.gub.uy/bps/file/1671/1/la-jubilacion-como-situacion-de-cambio.-c.--sirlin.pdf>.
- Tirado, T., Sánchez, E., Chacón, J., Barrios, E., Reyes, V. y Viveros, M. (2016). Programa de gimnasia cerebral para adultos mayores. *Revista de Sanidad Militar*, 70 (4), 376-381. Recuperado de: <http://eds.a.ebscohost.com/bibliotecavirtual.udla.edu.ec/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=2&sid=ddce15a2-6df7-4ba2-a9f6-18adfc92a014%40sessionmgr4006&hid=4103>.
- Velasco, M. (2008). Proyecto de prevención del deterioro y fomento de la autonomía, Programa de activación para mayores en la comunidad. *Revista de Terapia Ocupacional*, 1-10. Recuperado de: http://www.terapia-ocupacional.com/articulos/Prevencion_deterioro_terapia_ocupacional_Velasco_Marchante_abril09.pdf.
- Yankovic, B. (2014). Cognición, metacognición e inteligencia: definiciones básicas. *Revista de Psicología*, 1-3. Recuperado de: <http://www.educativo.utralca.cl/medios/educativo/profesores/basica/cognicion.pdf>.

ANEXOS

Anexo 1: Test Moca Basic

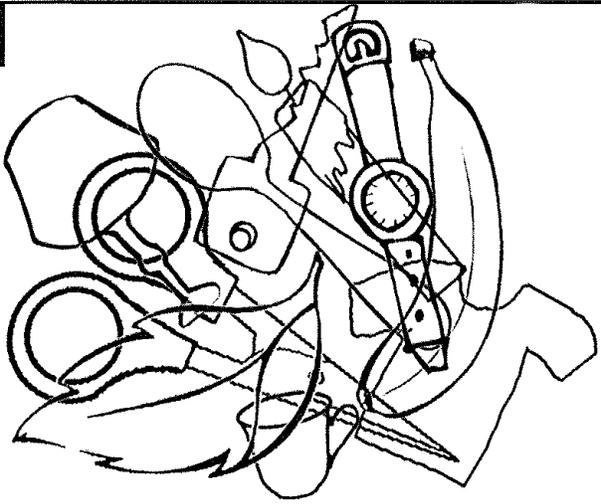
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT-BASIC (MOCA-B)
(Evaluación Cognitiva de Montreal-Básica)

Nombre _____
Sexo _____ Escolaridad _____
Edad _____ Fecha del examen _____
Administrado por _____

FONCIÓN EJECUTIVA						PUNTAJE		
						HORA INICIO		
						(/1)		
MEMORIA INMEDIATA	Administre los dos ensayos incluso si el primero es exitosamente logrado	ROSA	SILLA	MANO	AZUL	VASO	Sin puntos	
		1º ensayo						
		2º ensayo						
FLUIDEZ	Mencione la mayor cantidad de FRUTAS posible en un minuto	Ítems N						
1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 7..... 8..... 9..... 10..... 11..... 12..... 13..... 14..... 15..... 16..... 17..... 18.....		2 puntos si N = 13 o más 1 punto si N = 8 - 12 0 puntos si N = 7 o menos					(/2)	
ORIENTACIÓN	[] hora (± 2 hrs) [] día [] mes [] año [] lugar [] ciudad						(/6)	
CÁLCULO	Describa 3 formas de pagar, utilizando billetes de 1 peso, de 5 pesos y de 10 pesos, un objeto que vale exactamente 13 pesos	3 puntos si 3 formas correctas 2 puntos si 2 formas correctas 1 punto si 1 forma correcta 0 puntos si ninguna correcta					(/3)	
ABSTRACCIÓN	¿A qué categoría pertenecen estos objetos? (ej.: manzana - naranja: frutas)	[] tren - barco [] norte - sur [] tambor - flauta					(/3)	
MEMORIA DIFERIDA	Recordados sin indicios	ROSA	SILLA	MANO	AZUL	VASO	(/5)	
Los puntos son atribuidos por las palabras recordadas sin indicios (1 punto por cada ítem)	Recordado con indicio de categoría	[]	[]	[]	[]	[]		
	Recordado + indicio de opción múltiple	[]	[]	[]	[]	[]		
PERCEPCIÓN VISUAL	Identificar los dibujos. No más de 60 segundos. Ver hoja complementaria	tijeras	camiseta	plátano	lámpara	vela	3 puntos si N= 9-10 2 puntos si N= 6-8 1 punto si N= 4-5 0 puntos si N= 0-3 N	(/3)
		reloj	taza	hoja	llave	cuchara		
DENOMINACIÓN	Identificar animales. Ver hoja anexa. [] cebra [] pavo real [] tigre [] mariposa						(/4)	
ATENCIÓN	Leer los números escritos en los círculos. Ver hoja complementaria	1 5 8 3 9 2 0 3 9 4 0 2 1 6 8 7 4 6 7 5					(/1)	
	Nombrar los números dentro de los círculos y cuadrados. Ver hoja anexa	3 8 5 1 3 0 2 9 2 0 4 9 7 8 6 1 5 7 6 4				ERRORES ____ N 2 puntos si 2 errores o menos 1 punto si 3 errores 0 puntos si 4 errores o más	(/2)	
		1 5 8 3 9 2 0 3 9 4 0 2 1 0 8 7 4 6 7 5					HORA FIN	
Copyright: Z. Nasreddine, MD Traducido al español por Eduardo Cisneros, M.A. Versión final: marzo 2016						PUNTAJE TOTAL /30 Agregar 1 punto si escolaridad < 4 años Y agregar 1 punto si analfabeto		

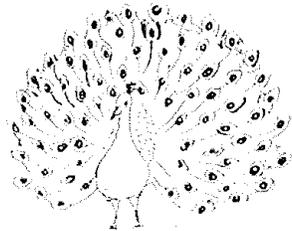
MOCA-B. HOJA COMPLEMENTARIA

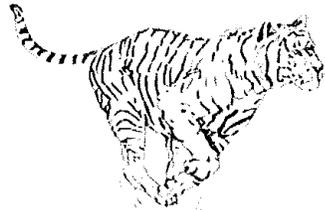
PERCEPCIÓN VISUAL



DENOMINACIÓN









ATENCIÓN

1	5	8	3	9	2	0	3	9	4	0	2	1	6	8	7	4	6	7	5
3	8	5	1	3	0	2	9	2	0	4	9	7	8	6	1	5	7	6	4
1	5	8	3	9	2	0	3	9	4	0	2	1	6	8	7	4	6	7	5

Anexo 2: Justificación uso test Moca

Justificación para uso de test MOCA (Evaluación Cognitiva Montreal)

La evaluación mediante el uso de herramientas psicométricas, es una de las fuentes principales que son usadas por profesionales psicólogos para obtener información relevante acerca de un fenómeno específico, el cual puede incluir por ejemplo, datos sobre condiciones emocionales o cognitivas.

Es así que en esta investigación en la que se desea medir el nivel cognitivo de adultos mayores que realizan terapia ocupacional, y quienes no la realizan mediante un pre test y post test se propone la utilización del test MOCA como herramienta para la obtención de dichos datos. Es importante recalcar que este test no cuenta con estandarización ajustada a nuestro contexto por lo que se empleará la versión que más se asemeje a nuestro contexto.

El test Moca es un instrumento de evaluación que recoge información acerca del área cognitiva, específicamente el deterioro cognitivo leve. El Moca en su versión en español tiene varias propuestas, una de ellas es la adaptación realizada por Lozano-Gallego en el 2009, en donde el test fue sometido a análisis en una investigación realizada en Colombia, en la que un grupo de profesionales conformado por un psicólogo, un neuropsicólogo y un psicólogo especialista en gerontología determinaron que no existía la necesidad de realizar cambios, puesto que dicha versión presentaba instrucciones claras y explícitas que pueden ser comprendidas por la población que usarían en ese estudio. En cuanto al uso del test, se empleará el test traducido por Eduardo Cisneros (2016) debido a la disponibilidad del mismo.

De ahí que, este instrumento será de utilidad en este estudio puesto que según investigaciones ha demostrado que posee porcentajes altos de confiabilidad y validez, para ser exactos, en el estudio antes mencionado que se realizó en Colombia se comprobó que estas características del test con su versión en

español, usando una población similar a la de esta investigación (adultos mayores) se obtuvo que el MOCA en comparación con el test como el MMSE (Mini Mental) muestra mayor sensibilidad y especificidad cuando se quiere identificar deterioro cognitivo leve y demencia en sus primeras fases. Estos porcentajes reflejaron que la prueba tenía una consistencia de 0,76 y una confiabilidad de 0,92 (Pereira y Reyes, 2013, p. 44), mostrando así porcentajes altamente significativos.

Además, el Moca ha mostrado en otras investigaciones que posee mayor sensibilidad para la detección del deterioro cognitivo comparado con el MMSE (Mini Mental) en pacientes geriátricos y con demencia (Rodríguez-Bores, Saracco, Escamilla y Fresán, 2014, P.518);

Por otra parte, el Moca cuenta con dos versiones en lo que respecta a la escolaridad, es decir que existe un Moca A (Alta escolaridad) y un Moca B (Baja escolaridad), lo cual es de gran relevancia para la investigación presentada, ya que la muestra con la que se trabajará tiene como característica una baja escolaridad, por ende aquellos resultados que arroje este test tendrán un porcentaje de error mínimo, pues en los estudios realizados se ha evidenciado que la escolaridad tienen influencia sobre los resultados, y si se aplicara otra herramienta psicométrica no se contaría con esta ventaja.

Sin embargo, para que dicho trabajo gane más credibilidad, se hace necesario que dicho instrumento cuente con una pre-validación por medio de docentes capacitados de la institución (UDLA). Para ello se propone como pre-validadores a Clara Cardoso y Tarquino Yacelga pues cuentan con experiencia profesional para poder validar una prueba.

Anexo 3: Pre-validación del Instrumento

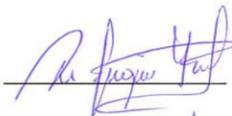
Quito, 24 de mayo de 2017PRÉ-VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

La presente tiene por objeto certificar la pre-validación del instrumento *Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA)*, mismo que ha sido propuesto en el estudio denominado "Influencia de la Terapia Ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores de Cayambe, el cual será presentado como trabajo de titulación para optar por el título de Psicólogo/a por el/la estudiante *María José Aguilar Bosmediano*.

A continuación firman los presentes:



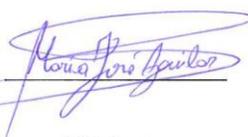
Pre-validador/a



Pre-validador/a



Tutor/a



Estudiante

Anexo 4: Consentimiento Informado

Universidad de las Américas

Consentimiento informado

Yo, ----- he sido convocado/a para colaborar en la aplicación de un test que permitirá conocer acerca de la **“Influencia de la terapia ocupacional en la prevención del deterioro cognitivo en adultos mayores”**

Este trabajo será realizado por la estudiante María José Aguilar de la Universidad de las Américas de la Escuela de Psicología de 10mo semestre.

Entiendo que mi participación en este trabajo contempla una entrevista de 5 minutos a 15 minutos en la que se me aplicará un test. Además, se me ha explicado que la información que entregue será absolutamente confidencial y conocida únicamente por quien sea pertinente en este estudio.

Conozco que, durante la elaboración de la prueba, estoy en mi derecho de suspender mi participación si así lo encuentro conveniente, sin que esta decisión tenga ningún efecto.

He leído esta hoja de consentimiento informado y acepto colaborar con este estudio.

Firma participante
C.I. _____

Fecha:

Anexo 5: Carta de Autorización

Carta para petición de autorización de uso de test

Quito, 24 de mayo de 2017.

De mis consideraciones.

Por medio de la presente, solicito a ustedes como autores intelectuales de la versión en español del test Evaluación Cognitiva Montreal se me autorice el uso de su adaptación para mi trabajo de titulación de pregrado en Psicología Clínica, puesto que este será mi recurso para la obtención de datos. El uso del test se hará bajo términos éticos en los que se hará conocer a los lectores quienes son los autores de la adaptación.

Por la atención dada a esta solicitud, agradezco de antemano por su atención y colaboración.

María José Aguilar Bosmediano

C.I. 1003560834

Atentamente

