



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

POSGRADO

PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

MODALIDAD DE TITULACIÓN TERCERA COHORTE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Trabajo de titulación previo la obtención del grado académico de Especialista
en Medicina Familiar y Comunitaria

Tema: “DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR Y SU
RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”

Autor: Md. Diego Fernando Bustamante Yáñez

Director: Dr. Esp. Patricio Rodrigo Maldonado

Ambato-Ecuador

2022

APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

A la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud.

El tribunal receptor de la Defensa del Trabajo de Titulación precedido por el Doctor Especialista Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta integrado por las señoras: Dra. Esp. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa, Dra. Esp. Jéssica Mariana Freire Montesdeoca.

Designados por la Unidad Académica de Titulación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato, para receptor el trabajo de titulación con el tema: “Deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar”, colaborado y presentado por el Médico Diego Fernando Bustamante Yáñez, para optar por el Grado Académico de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria”; una vez escuchada la defensa oral del Trabajo de Titulación el Tribunal aprueba y remite el trabajo para uso y custodia en las bibliotecas de la Universidad Técnica de Ambato.

Dr. Esp. Jesús Onorato Chicaiza Tayupanta
Presidente y Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Esp. Mayra Alexandra Vela Chasiluisa
Miembro del Tribunal de Defensa

Dra. Esp. Jéssica Mariana Freire Montesdeoca
Miembro del Tribunal de Defensa

AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

La responsabilidad de las opiniones, comentarios y críticas emitidas en el Trabajo de Titulación presentado con el tema: “**DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR PARROQUIA PANZALEO-ECUADOR**”, le corresponde exclusivamente al Médico Diego Fernando Bustamante Yáñez, Autor bajo la Dirección de la Doctor Patricio Rodrigo Maldonado, Director de Trabajo de Investigación; y el patrimonio intelectual a la Universidad Técnica de Ambato

Md. Diego Fernando Bustamante Yáñez

CI: 0502770589

AUTOR

Dr. Esp. Patricio Rodrigo Maldonado

CI: 1102048343

DIRECTOR

DERECHOS DE AUTOR

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que el Trabajo de Titulación, sirva como un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, según las normas de la Institución.

Cedo los Derechos de mi Trabajo de Titulación, con fines de difusión pública, además apruebo la difusión de este, dentro de las regulaciones de la Universidad Técnica de Ambato

Md. Diego Fernando Bustamante Yáñez

CI: 0502770589

AUTOR

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y
COMUNITARIA

INFORMACIÓN GENERAL

Tema: “DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR”

AUTOR: Md. Diego Fernando Bustamante Yáñez

Grado académico: Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria

Correo electrónico: diego20fer@gmail.com

DIRECTOR: Doctor Patricio Rodrigo Maldonado

Grado académico: Medico Geriatra

Correo electrónico: patmedico@yahoo.es

LINEA DE INVESTIGACIÓN

Promoción de la salud. Espacios saludables, salud sexual, medio ambiente y salud

DEDICATORIA

A mi familia, que es el pilar fundamental para realizar todas las actividades que representan la superación profesional y personal.

A mis padres por el ejemplo de trabajo, responsabilidad y esfuerzo diario, que se ha reflejado durante todo el posgrado.

A mis amigos de posgrado que han sido compañeros de lucha.

AGRADECIMIENTOS

A mi familia, a los docentes por su tiempo dedicación y los conocimientos impartidos durante la formación de Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria, a la Universidad Técnica de Ambato, a la Facultad de Ciencias Médicas Carrera de Medicina, a la Unidad de Posgrado por la apertura de la especialidad y la coordinación de todas las actividades realizadas para la obtención de la especialidad, además un agradecimiento especial a mi tutor de tesis el Doctor Rodrigo Maldonado por saber impulsar y encaminar el desarrollo de la tesis para terminar con éxito el posgrado.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PORTADA	i
APROBACIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
INFORMACIÓN GENERAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTOS	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xi
ÍNDICE DE FIGURAS	xii
RESUMEN	xiii
ABSTRACT	xv

INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA	2
1.1. Tema.....	2
1.2. Planteamiento del problema	2
1.2.1. Contextualización	2
1.2.2. Análisis Crítico	3
1.2.3. Prognosis	3
1.2.4. Formulación del problema.....	4
1.2.5. Interrogantes	4
1.2.6 Delimitación del objeto de estudio	4
1.3. Justificación.....	4
1.4. Objetivos	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos	5
CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes investigativos	6
2.2. Fundamentación Legal	7
2.3. Categorías fundamentales	9
2.4. Fundamento teórico.....	9
2.4.1. Envejecimiento	9
2.4.2. Envejecimiento normal.....	10

2.4.3. Cambios a nivel orgánico	10
2.4.4. Cambios a nivel cerebral	10
2.4.5. Cambios a nivel cognitivo	11
2.4.6. Enlentecimiento	11
2.4.7. Déficit inhibitorio	11
2.4.8. Memoria operativa.....	11
2.4.9. Funciones sensoriales	11
2.4.10. Inteligencia	11
2.4.11. Memoria.....	12
2.4.12. Memoria procedimental.....	12
2.4.13. Memoria sensorial	12
2.4.14. Memoria a Corto Plazo.....	12
2.4.15. Memoria a Largo plazo.....	12
2.4.16. Funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas.....	12
2.4.17. Lenguaje	13
2.4.18. Atención.....	13
2.4.19. Deterioro Cognitivo.....	13
2.4.20. Perfil neuropsicológico.....	14
2.4.21. Perfil efectivo emocional.....	15
2.4.22. Perfil de la actividad funcional	15
2.4.23. Factores demográficos	15
2.4.24. Valoración cognitiva.....	15
2.4.25. Escalas para la valoración cognitiva.....	15
2.4.26. Test de Fotos.....	16
2.4.27. Forma de aplicación del Test de Fotos	16
2.4.28. Intervención en el Deterioro Cognitivo Leve	16
2.4.29. Familia	17
2.4.30. Funcionalidad familiar.....	18
2.5. Hipótesis.....	18
CAPITULO 3. METODOLÓGÍA.....	19
3.1. Modalidad básica de la investigación.....	19
3.2. Nivel o tipo de investigación.....	20
3.3. Diseño de la investigación.....	20
3.4 Población y muestra	20
3.5. Criterios éticos.....	20

3.6. Operacionalización de las variables	22
3.7. Recolección de la información.....	24
3.8. Técnicas e instrumentos	24
3.9. Procedimientos para la recolección de la información.....	26
CAPITULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS.....	27
4.1. Análisis e interpretación de resultados.....	27
4.1.1. Características sociodemográficas.....	27
4.2. Deterioro cognitivo	29
4.3. Funcionalidad familiar	29
4.4. Asociación de las variables	30
4.5. Discusión.....	31
4.6. Verificación matemática de la hipótesis.....	32
CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	34
5.1. Conclusiones	34
5.2. Recomendaciones.....	34
CAPITULO 6. PROPUESTA	35
6.1. Datos informativos	35
6.2. Antecedentes de la propuesta	35
6.3. Justificación.....	35
6.4. Objetivos	35
6.5. Análisis de la factibilidad.....	36
6.6. Fundamentación	36
6.7. Modelo operativo	37
6.8. Administración.....	40
6.9. Previsión de la evaluación.....	41
BIBLIOGRAFÍA.....	42
ANEXOS.....	45

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1 Variable Independiente: Deterioro Cognitivo	22
Tabla N° 2 Variable Dependiente: Funcionalidad Familiar.....	23
Tabla N° 3 Distribución de la población según el sexo	27
Tabla N° 4 Distribución de la población según grupos de edad	27
Tabla N° 5 Distribución según estado civil	28
Tabla N° 6 Distribución según en nivel de escolaridad	28
Tabla N° 7 Análisis de los resultados del test de fotos para valorar el deterioro cognitivo ...	29
Tabla N° 8 Análisis del Test de funcionalidad familiar FF-SIL.....	29
Tabla N° 9 Asociación edad y estado cognitivo	30
Tabla N° 10 Asociación entre nivel de instrucción y Estado Cognitivo.....	30
Tabla N° 11 Asociación entre deterioro cognitivo y funcionalidad familiar.....	31
Tabla N° 12 Plan operativo.....	37

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura N° 1 Categorías fundamentales	9
Figura N° 2 Administración de la propuesta	40

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

**TEMA: DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR Y SU RELACIÓN
CON LA FUNCIONALIDAD FAMILIAR EN EL BARRIO PATAIN
PERTENECIENTE A LA PARROQUIA PANZALEO-ECUADOR**

AUTOR: Diego Fernando Bustamante Yáñez

DIRECTOR: Dr. Esp. Patricio Rodrigo Maldonado

RESUMEN

Introducción: El envejecimiento produce cambios fisiológicos que producen síntomas, que se los organiza en síndromes geriátricos, uno de los principales es el deterioro cognitivo, que puede producir limitaciones funcionales, haciendo a los adultos mayores personas dependientes de un/os cuidador/res y generalmente esta responsabilidad recae en el grupo familiar, conllevando a problemas que alteran la funcionalidad familiar. **Objetivo:** Determinar el deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar

Metodología: Se realizó una investigación con un enfoque cuantitativo y cualitativo, con un diseño epidemiológico transversal, para el estudio se consideró a la población adulto mayor, con edad de 65 años o más que pertenecen al barrio Pataín de la Parroquia Panzaleo. La muestra se determinó, por un muestreo no probabilístico por conveniencia, al tratarse de una población pequeña, en este sentido, la muestra fue de 141 participantes adultos mayores de 65 años de edad o más que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, a las cuales se aplicó dos instrumentos, el Test de fotos para la valoración del deterioro cognitivo y la prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL), para la valorar la funcionalidad familiar.

Resultados: Se determinó que el deterioro cognitivo en los adultos mayores es del 30%, demencia en el 2%, familias disfuncionales y familias severamente disfuncionales en el 36% y 11% respectivamente, además que existe una asociación estadísticamente significativa con un $p < 0.005$ entre deterioro cognitivo y alteraciones de la funcionalidad familiar, por otro lado se encontró que existen factores demográficos como el nivel de instrucción y la edad que están asociados al deterioro cognitivo. **Conclusión:** Las alteraciones cognitivas en el adulto mayor son sub diagnosticadas, que determinan problemas de la funcionalidad familiar. El diagnóstico

oportuno así como el manejo adecuado, donde participe el personal de salud en conjunto con la familia, son estrategias válidas para mantener un adulto mayor y una familia funcional.

PALABRAS CLAVES: Deterioro cognitivo, Adulto mayor, Funcionalidad familiar, Prueba de percepción familiar (FF-SIL), Test de fotos.

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

THEME: COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE ELDERLY ADULT AND ITS RELATIONSHIP WITH FAMILY FUNCTIONALITY IN THE BARRIO PATAIN BELONGING TO THE PARROQUIA PANZALEO-ECUADOR

AUTHOR: Diego Fernando Bustamante Yáñez

ADDRESS: Dr. Esp. Patricio Rodrigo Maldonado

ABSTRACT

Introduction: Aging produces physiological changes that produce symptoms, which are organized into geriatric syndromes, one of the main ones is cognitive impairment, which can produce functional limitations, making older adults dependent on caregivers and generally This responsibility falls on the family group, leading to problems that alter family functionality. Objective: To determine cognitive impairment in the elderly and its relationship with family functionality. Methodology: An investigation was carried out with a quantitative and qualitative approach, with a cross-sectional. epidemiological design. 65 years or more who belong to the Pataín neighborhood of the Panzaleo Parish. The sample was determined, by non-probabilistic convenience sampling, as it was a small population, in this sense, the sample was 141 participants older than 65 years of age or older who meet the inclusion and exclusion criteria, at Two instruments were applied, the first for the assessment of cognitive impairment Photo test and the perception test of family functioning (FF-SIL), for the assessment of family functionality. Results: It was determined that cognitive impairment in older adults is 30%, dementia in 2%, dysfunctional families and severely dysfunctional families in 36% and 11% respectively, in addition there is a statistically significant association with a $p < 0.005$ between cognitive impairment and alterations in family functionality, on the other hand, it was found that there are demographic factors such as educational level and age that are associated with cognitive impairment. Conclusion: Cognitive alterations in the elderly are underdiagnosed, which determine problems of family functionality. Timely diagnosis as well as proper management, where health personnel participate in the whole with the family, are valid strategies to maintain an older adult and a functional family.

KEY WORDS: Cognitive impairment, Older adult, Family functionality, Family perception test (FF-SIL), Photo test.

INTRODUCCIÓN

Los cambios demográficos a nivel mundial, provocan el aumento de la población mayor de 60 años (1) esta situación lleva consigo diferentes problemas, especialmente relacionados con las alteraciones mentales (2,3). Además el envejecimiento provoca cambios morfológicos, metabólicos, bioquímicos y circulatorios a nivel cerebral, que determinan cambios funcionales, desencadenando los llamados síndromes geriátricos, como el deterioro cognitivo que se caracterizan por problemas a nivel de la función cognitiva y con énfasis en la memoria lo cual limita las actividades diarias de un adulto mayor, además el deterioro cognitivo es la piedra angular en la progresión a enfermedades neurodegenerativas como la demencia y Alzheimer (4,5).

La familia a ser la estructura organizada que funciona como un sistema en el cual sus integrantes cumplen diferentes actividades, hacen que el sistema familiar funcione de forma óptima, sin embargo al presentarse cualquier tipo de dificultad, producen alteraciones dentro del sistema, las cuales se denominan crisis y en dependencia de diferentes factores, hacen que un problema sea resuelto, por lo tanto al tener una adulto mayor con deterioro cognitivo, desencadena estrés intrafamiliar y en dependencia de como asuma la familia la enfermedad influye en la calidad de vida del paciente (6,7).

Por lo tanto al diagnosticar de forma oportuna y adecuada, el deterioro cognitivo en los adultos mayores brindará información importante sobre intervenciones que ayuden a mantener la independencia funcional, y no convertirse en un problema para la familia y el sistema de salud (8,9).

CAPÍTULO 1. EL PROBLEMA

1.1. Tema

Deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la parroquia Panzaleo Ecuador

1.2. Planteamiento del problema

1.2.1. Contextualización

El mejoramiento de las condiciones de salud como el acceso a una mejor calidad del agua, infraestructura, educación, vacunas, antibióticos y servicios de emergencia nos da la posibilidad de vivir más años, las personas mayores de 60 años se encuentra en aumento pasando de 962 millones en 2017, con proyecciones a 1400 millones en 2030 a nivel mundial (10).

Sin duda el aumento de la esperanza de vida refleja un logro, sin embargo el envejecimiento afecta todos los aspectos dentro de la sociedad por el aumento en la demanda en los servicios y bienes como vivienda, atención en salud, seguro social, transporte, así como en la estructura familiar, por lo que respecta en muchos países en desarrollo, esta situación se ve agravada porque en la actualidad muchos de los adultos mayores no tienen acceso a los servicios básicos mínimos necesarios para una vejez digna y plena (10).

El envejecimiento produce cambios fisiológicos en todos los órganos, y estos restan la capacidad de respuesta funcional ante estados de estrés dando como consecuencia la presentación de enfermedades. Los adultos mayores generalmente tienden a exhibir síntomas inespecíficos los cuales no son concretos de una enfermedad y son responsables de los síndromes geriátricos que son fuente de incapacidad funcional y carga sobre la sociedad, entre los síndromes aquejados en la vejez se encuentra el deterioro cognitivo (11).

Por lo tanto el deterioro cognitivo es un síndrome caracterizado por alteración en uno o más áreas de la cognición, en diferentes estudios reflejan que este problema lleva a demencia en el 11% de los paciente en el transcurso de un año, la demencia produce un impacto económico directo en costos sanitarios y no sanitarios y costos indirectos que se relaciona con la baja en la productividad y supervisión por parte de la familia (12).

Por lo antes mencionado se ha demostrado que la estimulación cognitiva, en fases tempranas del deterioro cognitivo en conjunto con el apoyo familiar, produce un impacto positivo en los adultos mayores con deterioro cognitivo mejorando el estado físico y psicológico, por lo que se reconoce que el apoyo familiar como una medida necesaria que facilita y mejora la estimulación cognitiva (13).

1.2.2. Análisis Crítico

La evaluación de los cambios demográficos a nivel mundial condicionan nuevos retos en múltiples aspectos, uno de ellos representa en el estado de salud de los adultos mayores con el objetivo de identificar patologías que condicionan limitación funcional e incapacidad que representan, una carga a nivel económico de un país y de la familia, es necesario que se implementen métodos de evaluación integral para la creación de estrategias de prevención y promoción de la salud.

En la actualidad el sistema de salud en atención primaria se enfoca en la eficiencia y la prevención de enfermedades, con la intervención sobre los factores de riesgo, desde la misma concepción hasta la vejez se puede llegar a esta de una forma plena y digna, con la construcción de programas destinados a la detección oportuna de enfermedades.

1.2.3. Prognosis

El envejecimiento al ser un proceso inherente del ser humano, puede desarrollar alteraciones como los síndromes geriátricos, que representa un impacto a nivel económico y de los servicios de salud de todos los países. El estado actualmente, no se encuentra en capacidad de abarcar y dar solución a este tipo de problemas, añadido que la población adulta mayor va en aumento. En caso de que esta investigación no se la realice, no se podrá tener elementos suficientes para proponer planes que aseguren un envejecimiento autosuficiente centrado en la detección del deterioro cognitivo.

Es por esto la importancia de una valoración integral del adulto mayor, en el ámbito cognitivo y su capacidad de desenvolverse, en un entorno familiar y comunitario, evitando costos económicos, de la familia y el estado.

1.2.4. Formulación del problema

¿Determinar si el Deterioro Cognitivo está relacionado con alteraciones de la funcionalidad familiar?

1.2.5. Interrogantes

¿Existe relación entre padecer deterioro cognitivo y la funcionalidad familiar?

¿Existe factores demográficos que se relacionan con padecer deterioro cognitivo?

¿Se puede realizar actividades para el manejo del deterioro cognitivo?

1.2.6 Delimitación del objeto de estudio

Delimitación de contenido

Campo: Medicina familiar y comunitaria

Área: Salud mental y trastornos del comportamiento

Línea de investigación de ciencias de la salud UTA: Promoción de la salud. Espacios saludables, salud sexual, medio ambiente y salud

Línea de investigación para la atención primaria: Envejecimiento activo

Sublínea por el posgrado: Atención integral de salud

Delimitación espacial

La investigación se realiza en el barrio Pataín de la parroquia Panzaleo Ecuador

Delimitación temporal

El estudio se realiza en el año 2019 al año 2021

1.3. Justificación

El deterioro cognitivo consiste en una disminución del rendimiento de al menos, una de la capacidades mentales como la memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, los adultos mayores aquejados con este síndrome causan un gran impacto socioeconómico en la población mundial y una carga sobre las familias produciendo problemas en el entorno del hogar, que alteran la funcionalidad familiar.

Además a lo largo de la vida son muchos los factores sociales, psíquicos y biológicos que determinan el deterioro cognitivo en las personas, la promoción de actividades y programas de entrenamiento mental en un ambiente de apoyo familiar, encaminadas a la conservación de las capacidades mentales, hacen a los adultos mayores personas independientes mejorando activamente en su calidad de vida.

Según un estudio realizado en España sobre la prevalencia de deterioro cognitivo y la demencia en ancianos, demostró que cerca del 76% de los adultos mayores que se encuentran en estas instituciones, mostraron algún grado de deterioro cognitivo y que además un 40% de personas que viven en estos hogares con deterioro cognitivo no tienen un diagnóstico de la enfermedad o de sus causas

Finalmente, la funcionalidad familiar es la capacidad de la familia, para enfrentar y superar las crisis de cada una de las etapas del ciclo vital familiar y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad, la disfunción se presenta cuando la familia no es capaz de manejar adecuadamente el estrés.

De esta forma esta investigación proporciona a la población de adultos mayores, que se encuentran dentro de un núcleo familiar, el diagnóstico y determinar los problemas que conllevó al deterioro cognitivo para brindar un cuidado integral y humanizado. Asimismo se busca incrementar suficiente información y datos relevantes que renueven el punto de vista del deterioro cognitivo en los adultos mayores y la funcionalidad familiar.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

Determinar si el deterioro cognitivo en el adulto mayor está relacionado con las alteraciones en la funcionalidad familiar en el barrio Pataín, perteneciente a la Parroquia de Panzaleo.

1.4.2. Objetivos Específicos

- Describir las características sociodemográficas de los adultos mayores
- Determinar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores
- Establecer la relación del deterioro cognitivo y la funcionalidad familiar de los adultos mayores.
- Desarrollar una propuesta educativa para el manejo del deterioro cognitivo en el adulto mayor

CAPITULO 2. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes investigativos

En el estudio descriptivo prospectivo realizado en la Habana, en el que se incluyó a 297 pacientes mayores de 65 años en el 2006 pertenecientes al policlínico “La Rampa”, tuvo como objetivo de identificar a los pacientes con deterioro cognitivo, en el cual se utilizó MINI mental State como instrumento para la medición del deterioro cognitivo se obtuvo como resultados que los pacientes presentan deterioro cognitivo fueron (13,8%), el grupo de edad más afectado es de 85 a 89 años con el (24,4%), siendo el sexo femenino con mayor afectación (68.3%), el deterioro cognitivo leve en un (65,8%), el moderado en el (19,6%), y el severo en (14,6%). La función cognitiva más afectada fue la memoria mediata, seguida por la atención, cálculo y el lenguaje (14).

Así mismo en el estudio epidemiológico transversal, publicado por Barreto en el 2020, que tuvo como objetivo determinar la asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad familiar en los adultos mayores, donde incluyeron 300 participantes, se determinó que en el 28,7% de los participantes presentó deterioro cognitivo y el 12% demencia, además se demostró la correlación entre el deterioro cognitivo y funcionalidad familiar con un $p < 0,001$, siendo estadísticamente significativo (15).

Por otro lado en el estudio realizado en las provincia de Loja, el Oro y Zamora Chinchipe en el Ecuador en el 2016, donde participaron 1.146 adultos mayores, con el objetivo de determinar la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo, utilizando como instrumentos de valoración el test de funcionamiento familiar FF-SIL y el cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer respectivamente, se determinó que el deterioro cognitivo tiene una prevalencia del 25,5% y de disfunción familiar en el 30.8%. Además que existe una relación estadísticamente significativa entre funcionalidad familiar y deterioro cognitivo (16).

En un estudio cuantitativo con diseño descriptivo de corte transversal, realizado en Bucaramanga-Santander tuvo como objetivo el determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos, con una muestra de 60 pacientes, se aplicó el instrumento Minimental, encontrando que el (41,7%) de los adultos mayores dentro del estudio presentaron deterioro cognitivo grave, el (56,7%) con nivel de escolaridad de primaria y el (25%) con analfabetismo (17).

En el 2017 se realizó un estudio de tipo descriptivo longitudinal en la ciudad de Cuenca con el objetivo de determinar la progresión del deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores de los centros gerontológicos de la ciudad, encontrando que el deterioro cognitivo en estos pacientes aumento en un 6,2% en un lapso de 6 meses, siendo las mujeres las más afectadas con un 62% y en un 26,3% con un deterioro grave (18).

Santos y Pavarini 2012 realizaron un investigación “Funcionalidad familiar de ancianos con alteraciones cognitivas: la percepción del cuidador”, con el objetivo de caracterizar a los cuidadores de los ancianos con alteraciones cognitivas y valorar su funcionalidad familiar, utilizaron el APGAR familiar como instrumento y encontraron que el 82% refieren buena funcionalidad, 14% moderada disfunción y el 4% elevada disfunción (19).

Medina G. y Bonilla M. en el 2017 realizaron un estudio de corte transversal, descriptivo de prevalencia con el objetivo de analizar la asociación existente entre la presencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores y la actividad física, concluyeron que realizar ejercicio es un factor protector para el desarrollo deterioro cognitivo con un $p < 0.05$ (20).

Suarez y Gross (2019), realizaron un estudio con el objetivo de dar a conocer la experiencia de la estimulación cognitiva temprana de un adulto mayor con deterioro cognitivo a través del apoyo familiar con el uso de una metodología cualitativa, y concluyo que el apoyo familiar que se brinda a los pacientes impacta de forma positiva en lo psicológico, físico y sus relaciones sociales (13).

Además en el 2021 Rivera J, publica un estudio con el tema “Efectividad del ejercicio físico para prevenir el deterioro cognitivo en los adultos mayores”, donde se aplicó una rutina de ejercicios, adaptados a los adultos mayores con deterioro cognitivo y se concluyó que el ejercicio físico regular tienen un impacto beneficioso sobre el estado físico y cognitivo (21).

2.2. Fundamentación Legal

Constitución de la República del Ecuador 2008

Art. 32.- La salud es un derecho que garantiza el Estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, la alimentación, la educación, la cultura física, el trabajo, la seguridad social, los ambientes sanos y otros que sustentan el buen vivir (22).

El Estado garantizará este derecho mediante políticas económicas, sociales, culturales, educativas y ambientales; y el acceso permanente, oportuno y sin exclusión a programas, acciones y servicios de promoción y atención integral de salud, salud sexual y salud reproductiva. La prestación de los servicios de salud se regirá por los principios de equidad, universalidad, solidaridad, interculturalidad, calidad, eficiencia, eficacia, precaución y bioética, con enfoque de género y generacional (22).

Derechos de las personas y grupos de atención prioritaria Art. 35.- Las personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad, personas privadas de libertad y quienes adolezcan de enfermedades catastróficas o de alta complejidad, recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado. La misma atención prioritaria recibirán las personas en situación de riesgo, las víctimas de violencia doméstica y sexual, maltrato infantil, desastres naturales o antropogénicos. El Estado prestará especial protección a las personas en condición de doble vulnerabilidad (22).

Adultas y adultos mayores Art. 36.- Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad (22).

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas (22).

Art. 38.- El Estado establecerá políticas públicas y programas de atención a las personas adultas mayores, que tendrán en cuenta las diferencias específicas entre áreas urbanas y rurales, las inequidades de género (22).

Literal 1. Atención en centros especializados que garanticen su nutrición, salud, educación y cuidado diario, en un marco de protección integral de derechos (22).

Literal 3. Desarrollo de programas y políticas destinadas a fomentar su autonomía personal, disminuir su dependencia y conseguir su plena integración social (22).

Literal 8. Protección, cuidado y asistencia especial cuando sufran enfermedades crónicas o degenerativas (22).

Literal 9. Adecuada asistencia económica y psicológica que garantice su estabilidad física y mental (22).

Ley Orgánica Electoral

Art. 11.- El Ejercicio del derecho al voto se realizará de conformidad con las siguientes disposiciones:

Literal 2 contempla que el voto es facultativo para las personas mayores de 65 años (23).

Ley Orgánica de Salud (2006)

Contempla acciones de promoción de la salud, destinadas a mantener y desarrollar condiciones y estilos de vida saludable, individual y colectiva a través de la integración de un sistema intersectorial (24).

2.3. Categorías fundamentales

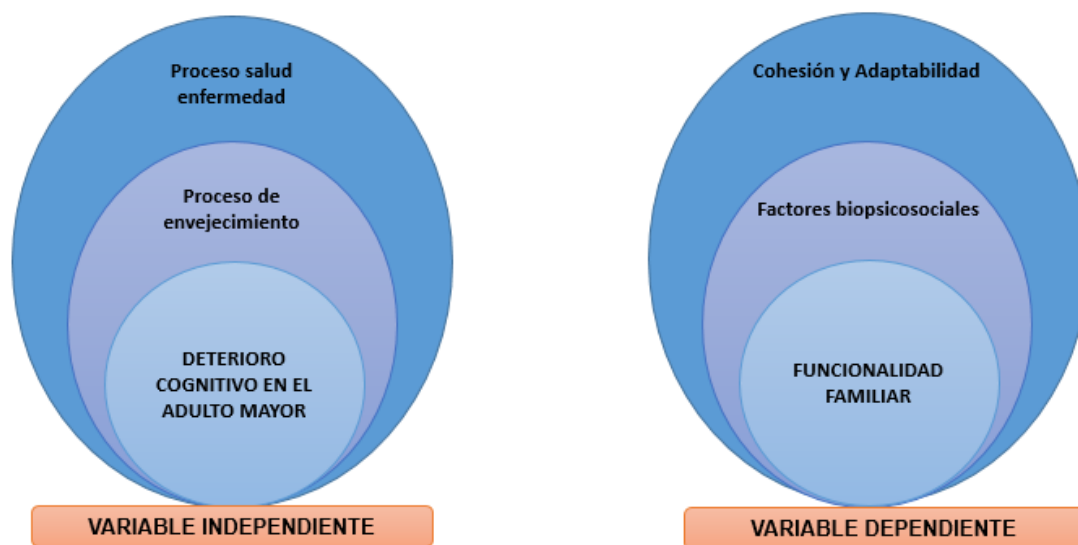


Figura N° 1 *Categorías fundamentales*
Elaborado por: Dr. Diego Fernando Bustamante Yáñez

2.4. Fundamento teórico

2.4.1. Envejecimiento

Se toma la definición de la Constitución de la República del Ecuador en la que refiere que un adulto mayor es toda persona que tiene más de 65 años de edad (22). Es así que el envejecimiento es el resultado de la conjunción de cambios anatómicos, fisiológicos que aparecen desde el nacimiento, estos aumentan con el paso del tiempo e involucra a todo ser vivo.

Por tanto existen múltiples y diversos factores que deciden la heterogeneidad del proceso de envejecimiento, entre los que sobresalen, el estado de salud, factores genéticos, el ejercicio físico y mental, el nivel de educación, lo social, y los factores económicos, sociales y familiares (25).

Fernández-Ballesteros (2002), propone tres formas de envejecer la primera como un envejecimiento benigno en la que existe una disminución de la memoria y de la velocidad del procesamiento sin que estos produzcan interferencia con las actividades de la vida diaria y que no tienen relación con un estado patológico o deterioro cognitivo. En segundo lugar define al envejecimiento maligno o patológico las alteraciones mentales que inician son subsecuentes a enfermedades, hábitos no saludables y no es debido al proceso normal de envejecimiento (26).

Por último, un envejecimiento óptimo o exitoso el cual desarrolla ante condiciones favorables en el ámbito físico, psicológico y social del individuo y esto a su vez se relaciona con una capacidad cognitiva y funcionalidad elevada, y con muy pocas probabilidades de presentar algún tipo de enfermedad (26).

2.4.2. Envejecimiento normal

Este tipo de envejecimiento consiste en diversos cambios a nivel orgánico, psicológico, social, que se asocian al paso del tiempo y no como causa de enfermedad, a continuación se describe los cambios en cada una de estos aspectos

2.4.3. Cambios a nivel orgánico

Este tipo de cambios representan un deterioro a nivel de la función de cada órgano y dependiendo del grado de afectación tiene significancia clínica, teniendo en cuenta que los factores internos como la herencia genética y factores externos como la alimentación, ejercicio entre otros, influyen en el grado y velocidad de envejecimiento (27).

2.4.4. Cambios a nivel cerebral

En el transcurso del desarrollo el cerebro aumenta su peso hasta los 19 años de edad, al llegar a los 55 años aproximadamente el peso permanece estable y es cuando empieza una disminución lenta y progresiva causada por menos densidad sináptica y sustancia blanca ubicada principalmente a nivel de los lóbulos frontales (28). En relación a la función del encéfalo se inicia la utilización, de áreas de ambos hemisferios para cumplir tareas que antes

del proceso de envejecimiento se realizaban en un solo hemisferio, estos son mecanismos de compensación para evitar la aparición de síntomas de cognición (27).

2.4.5. Cambios a nivel cognitivo

Al llegar a los 60 y 70 años de edad se presentan cambios producto de envejecimiento, es en este momento que los recursos cognitivos que posee un individuo van desapareciendo y se va limitando la facultad de realizar operaciones mentales, ParK en 2002 propuso cuatro mecanismos que intentan explicar la función cognitiva en relación con la edad: (26).

2.4.6. Enlentecimiento

Las diferencias que se presentan y que se pueden observar entre jóvenes y mayores, queda claro que las personas mayores tienen menos velocidad en realizar una tarea mental (29).

2.4.7. Déficit inhibitorio

Según esta teoría la memoria no tiene la capacidad de filtrar la información relevante o irrelevante, al no existir una armonía entre las funciones de acceso y supresión de la información, se producen pensamientos intrusivos, reduciendo la capacidad de la memoria que afectan la comprensión y el recuerdo (29).

2.4.8. Memoria operativa

Según esta teoría, la capacidad para el almacenamiento de la información y su manipulación disminuye, por lo que los adultos mayores tienen limitaciones para comprender y realizar operaciones complejas como darle un significado a una oración (29).

2.4.9. Funciones sensoriales

El envejecimiento produce alteraciones especialmente en la audición y visión producen una información errónea e incompleta, dando como consecuencia daño en la selección de los procesos subsecuentes (29).

2.4.10. Inteligencia

La inteligencia es “la capacidad global que permite al individuo actuar en función de un objetivo, de pensar racionalmente y de adaptarse al medio” Wechsler (1958), esta capacidad disminuye en el procesos de envejecimiento, además esto está influenciado por varios factores como la cultura, el estado de salud y la escolaridad del individuo (30).

2.4.11. Memoria

A nivel cognitivo en los adultos mayores las alteraciones de la memoria es la principal síntoma aquejado. Esta función cognitiva disminuye con paso del tiempo, generalmente se divide a la memoria en cinco sistemas principales que son: (31).

2.4.12. Memoria procedimental

Este tipo de memoria es la que participa para realizar una tarea con el recuerdo de las habilidades motoras y ejecutivas, por lo que no es un recuerdo consiente y lleva a un proceso automático, diferentes autores refieren que este tipo de memoria no se afecta en la vejez.

2.4.13. Memoria sensorial

Hace referencia a la habilidad de guardar información a través de estímulos sensoriales, después de que el estímulo haya terminado

2.4.14. Memoria a Corto Plazo

Es conocida como memoria activa, que es la capacidad para conservar información, la cual se puede obtener de forma inmediata, en un periodo de tiempo corto.

2.4.15. Memoria a Largo plazo

Es la memoria encargada de preservar, los recuerdos, habilidades, información y conocimientos por un periodo de más de seis meses, los recuerdos de esta memoria son sensibles a perderse, esto depende del estado de procesamiento de la información y las veces que se haya repetido la recuperación de la información, esta memoria es sensible al proceso de envejecimiento.

2.4.16. Funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoconstructivas

La visoespacial, este tipo de funciones hacen relación a la habilidad para realizar correlación de la dirección o movimientos de objetos en el espacio y su posición, estas funciones son afectadas en la vejez dentro de las que se encuentran la memoria, atención y orientación (32).

Las visoperceptivas son las funciones encargadas en diferenciar los estímulos verbales de las configuraciones estímulares, los déficit en estas funciones depende de la categoría de significación que se le da a la palabras y que tan familiarizados se encuentre el estímulo. Las

funciones visoconstructivas dependen de la coordinación de la funciones visoespaciales y visoconstructivas con las motoras y presentan deterioro en el proceso de envejecimiento (32).

2.4.17. Lenguaje

Es la función que menos afectación presenta durante el proceso de envejecimiento, los problemas que se presentan en esta área, están en relación con la teoría de enlentecimiento y el déficit inhibitorio causando un enlentecimiento general de la velocidad de las funciones neurales, existen diferentes estudios en los cuales se puede demostrar la- disminución en el procesamiento del lenguaje (33).

2.4.18. Atención

El envejecimiento produce diferentes efectos sobre cada una de las atenciones que existe:

La atención selectiva: este tipo de atención es la capacidad que se tiene para poder atender a un estímulo objetivo sin importar si existe otro estímulo, este no se ve alterado con el paso del tiempo. La atención focalizada es la capacidad de encontrar un estímulo relevante, en personas mayores no se afecta. Atención sostenida existen diferentes estudios contradictorios en los cuales los resultados refieren que en este tipo de atención intervienen mayor número de componentes de la cognición. Atención dividida es la capacidad para atender a diversos estímulos al mismo tiempo, frente a tareas sencillas no se identifican diferencias, pero a tareas ya más complejas el desempeño de los adultos mayores empeora (26).

En el proceso de envejecimiento existe un deterioro continuo y progresivo del organismo que resulta en alteraciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que promueve la susceptibilidad en momentos de estrés y termina con la muerte. Dentro de las alteraciones más frecuentes del envejecimiento se encuentra el deterioro cognitivo, que da por resultado la reducción de las capacidades mentales (17).

2.4.19. Deterioro Cognitivo

La definición con mayor extensión a nivel internacional sobre deterioro cognitivo proviene del grupo Mayo Clinic, el cual manifiesta que el deterioro cognitivo leve es el estadio intermedio entre el deterioro cognitivo normal relacionado con la vejez y el deterioro más grave que es la demencia, y lo considera un síndrome clínico que implica problemas a nivel de la memoria, lenguaje, pensamiento y el juicio y representan estados más significativos que los cambios propios del envejecimiento (34).

En 1999, 2003 Petersen y colaboradores formularon, criterios diagnósticos para el Deterioro cognitivo leve, centrándose en la clínica, estos son los siguientes:

- La existencia de una alteración a nivel de la memoria de parte del paciente o del alguien cercano a él, sin embargo esta atención debe ser investigada por el médico.
- El paciente presenta un estado de la cognición normal, sus funciones de atención, lenguaje, razonamiento, etc., Estas deben estar conservadas
- Las actividades de la vida cotidiana debe ser normales y las instrumentales la conservación poder ser relativa

En 2001 Petersen realizó una clasificación del deterioro cognitivo leve

Deterioro cognitivo leve amnésico: en esta existe una alteración de la memoria y es indicador de la Enfermedad de Alzheimer (35).

Deterioro cognitivo multidominio: en este tipo no solo la memoria está afectado sino múltiples dominios este puede avanzar hacia la enfermedad de Alzheimer, demencia vascular, incluso con una intervención adecuada puede regresar a un envejecimiento normal (35).

Deterioro cognitivo monodominio no amnésico: Es una alteración en la cognición de forma aislada y diferente a la memoria y progresa a otro tipo de demencia no Alzheimer (35).

Roselli y Ardila en (2010) “para realizar un adecuado diagnóstico temprano de demencia y establecer el diagnóstico diferencial entre deterioro cognitivo leve y envejecimiento normal, el clínico tiene que obtener del paciente tres perfiles: neuropsicológico, afectivo-emocional y funcional” (35), las características de cada uno de estos tres perfiles se describen a continuación:

2.4.20. Perfil neuropsicológico

Los pacientes con deterioro cognitivo leve este perfil es variado, por lo que lleva a la necesidad de una adecuada valoración en los cuales hay que valorar la velocidad de procesamiento, funciones visoperceptivas, visoespaciales y visoestructurales, la memoria, atención, lenguaje, funciones prefrontales y premotoras, estado emocional e independencia funcional, por lo que

se han propuesto los siguientes instrumentos para la valoración del perfil neuropsicológico : Test de fotos, Minimental state examination MMSE, Miniexamen Cognositivo MEC, MoCaMontreal Cognitive asseement (26).

2.4.21. Perfil efectivo emocional

En la actualidad se ha encontrado una relación alta entre deterioro cognitivo y depresión por lo cual es un aspecto importante valorar el aspecto afectivo emocional y se ha demostrado que el tratamiento de la depresión mejoran la cognición en estos pacientes y la escala con mayor utilización para este fin es la Escala Geriátrica de Depresión (35).

2.4.22. Perfil de la actividad funcional

Como tercer componente es la valoración de las actividades de la vida diaria en los pacientes adultos mayores porque la afectación de las actividades es lo que marca diferencia entre un deterioro cognitivo y un estado de demencia Entre los instrumento utilizados para valorar este perfil se encuentra el índice de Barthel y el Functional Activities Questionnaire (35).

2.4.23. Factores demográficos

Se han identificado diferentes factores relacionados con el deterioro cognitivo, entre estos tenemos la edad, la cual es directamente proporcional, por lo que a mayor edad mayor riesgo de presentar deterioro cognitivo, además un bajo nivel de escolaridad se describe como un factor importante para padecer deterioro cognitivo (12).

2.4.24. Valoración cognitiva

Ante la existencia de síntomas que se relacionen con alteraciones cognitivas, es fundamental la valoración integral del adulto mayor enfocándose en 4 aspectos: mental, funcional, social y física. Para cada uno de estos aspectos existen diferentes instrumentos que permite la valoración.

2.4.25. Escalas para la valoración cognitiva

Entre los instrumentos que permiten el cribado de alteraciones cognitivas tenemos el, Test de Fotos, Mini Mental, Test del Reloj, Cuestionario de Pfeiffer, entre otros. El escoger entre uno y otro instrumento, se basa en la facilidad, la validez, la capacidad del investigador para aplicarla y las características de la población en estudio (36).

2.4.26. Test de Fotos

Es un instrumento de fácil utilización, sencillo, que valora la memoria, la denominación (lenguaje), capacidad ejecutiva (fluidez verbal), aspectos fundamentales que son necesarios para la valorar en el diagnóstico de deterioro cognitivo y demencia y ha sido validado para su uso en la atención primaria. Además su gran utilidad se basa en que se lo puedo aplicar en sujetos con nivel de instrucción bajo o nula. Por otro un estudio donde se compara la sensibilidad y especificidad del Mini Mental frente al Test de Fotos, concluyendo que este último tiene mayor utilidad para la detección de deterioro cognitivo (37).

2.4.27. Forma de aplicación del Test de Fotos

Para la aplicación de este Test, se tienen un tiempo aproximado de 5 minutos, durante este tiempo al a persona se le muestra una cartilla donde se observa 6 fotografías con objetos diferentes, posterior a esto se le pide que un periodo de 30 segundos, pronuncie nombres de personas iniciando con las del sexo opuesto, así se valora la fluidez verbal y el lenguaje, por cada respuesta correcta se la da 1 punto, y en última instancia se pregunta sobre los objetos que se presentó al inicio de la prueba, valorando así la memoria libre y facilitada. Tras la valoración obtenemos un puntaje que no permite clasificar al paciente como:

Normal 30 puntos o mas

28-29 puntos deterioro cognitivo

Menos de 27 puntos demencia (37).

2.4.28. Intervención en el Deterioro Cognitivo Leve

Según la Guía de Práctica Clínica de la Academia Americana de Neurología en 2018 refiere que no existe evidencia actual que favorezca un tratamiento farmacológico para el deterioro cognitivo leve y pone en manifiesto las siguientes recomendaciones: (38).

- Realizar una valoración ante sospecha deterioro cognitivo leve con herramientas validadas y en contextos adecuados.
- Evaluar a los pacientes con deterioro cognitivo leve en búsqueda de factores de riesgo modificables, examinando el deterioro funcional y valorando y tratando los síntomas conductuales / neuropsiquiátricos.
- Monitorizar en el tiempo el estado cognitivo de los pacientes con DCL.

- Los medicamentos que producen deterioro cognitivo deberían ser interrumpidos siempre que sea posible, y los síntomas conductuales deberían ser tratados.
- En estos pacientes no se debería ofrecer inhibidores de la colinesterasa, en caso de ofrecérselos, se deberá valorar riesgo beneficio.
- Ejercicio físico regular.
- Entrenamiento cognitivo.
- Informar sobre el diagnóstico, pronóstico, planificación a largo plazo y ausencia de opciones farmacológicas efectivas, y discutir con pacientes y familiares el estudio de biomarcadores. (38).

Dentro de las intervenciones cognitivas en pacientes con deterioro cognitivo leve existen diferentes estrategias que se pueden utilizar para la rehabilitación interfiriendo en la modificación y retraso de la enfermedad: (26).

Terapia de orientación a la realidad: esta técnica tiene como objetivo que la persona tiene que tomar conciencia de su orientación temporal, en el espacio y sobre su persona, por lo tanto hace que el paciente mantener un control de aquello que lo rodea y mejorar en su autoestima.

Terapia de reminiscencia: este tipo de terapia se orienta en hablar, pensar y reflexionar sobre recuerdos pasados del paciente mediante, con el fin de estimular la memoria.

Psicoterapia específica: la psicoterapia consiste en el cambio de conductas, sentimientos y pensamientos, mediante técnicas conductista, hacia la conducta deseada.

Técnicas de comunicación y validación: esta técnica está basada en la comunicación verbal y no verbal, en medida de la afectación del deterioro cognitivo, manteniendo empatía y respeto con el paciente.

Talleres de entrenamiento de memoria: consiste en estimular las funciones cognitivas como la atención, fluidez verbal, atención y orientación con el objetivo de mejorar el deterioro y prevenir posibles alteraciones cognitivas.

Psicoestimulación por medio del arte: Con la pintura, danza, dibujo o música se intenta mantener una estimulación a de las funciones cognitivas (26).

2.4.29. Familia

Familia durante la historia es un concepto dinámico que ha ido cambiando dependiendo de la época y actualmente existe muchas formas de familia, sin embargo una familia es considerado un sistema abierto, en donde se realiza las funciones de procreación y crianza de los hijos (39).

Existen diferentes definiciones de familia en las cuales se considera familia el núcleo de la sociedad, en donde se encuentra el lugar para el desarrollo de una persona, se genera diversos aprendizajes, se transmiten valores, tradiciones y se concede una identidad en las primeras etapas de la vida (40).

2.4.30. Funcionalidad familiar

La funcionalidad familiar es la capacidad de la familia para el desenvolvimiento de las tareas básicas con el fin de superar cada etapa del ciclo vital familiar en donde deben enfrentar diferentes crisis a partir de sus propias creencias y normas, existen algunas situaciones sobre todo en la práctica clínica en donde un miembro de la familia puede contraer alguna enfermedad y esto genera disfunciones familiares (41).

Para la presente investigación se toma a OLSON que define a la familia como “un conglomerado dinámico funcional mediante tres variables cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar” (42).

Cohesión: es la percepción de cada miembro de la familia en lo referente a la unión emocional (42).

Adaptabilidad: Es la capacidad de la familia para cambiar los roles, liderazgo, reglas, estructura de poder y caracterizan a la familia en caótico, flexible, estructurado y rígido, según Olson la unión de la adaptabilidad y cohesión estructura a la familia en 16 tipos (42).

Comunicación Familiar: esta no se encuentra graficada en el modelo de Olson por ser catalogada como elemento facilitador y modificador, cualidades que son muy importantes dentro de la familia (42).

2.5. Hipótesis

Hipótesis nula (H₀): El deterioro cognitivo del adulto mayor no se relaciona con la funcionalidad familiar

Hipótesis alternativa (H₁): El deterioro cognitivo del adulto mayor está relacionado con la funcionalidad familiar

Señalamiento de las variables**Variable independiente:** Deterioro cognitivo**Variable dependiente:** Funcionalidad familiar**CAPITULO 3. METODOLÓGÍA****3.1. Modalidad básica de la investigación**

La investigación utiliza un enfoque mixto, en la cual el investigador utiliza una combinación de elementos cualitativos y cuantitativos. Las características cualitativas en el estudio se las aplicó a través de la utilización de instrumentos y la observación para el diagnóstico del deterioro cognitivo y la funcionalidad familiar y la parte cuantitativa de la investigación se

aplicó durante el análisis de los datos y la correlación de los mismos que corresponden a las variables del estudio (43).

3.2. Nivel o tipo de investigación

La investigación se realizó en campo, con información obtenida directamente con los pacientes adultos mayores a través de la evaluación clínica para determinar datos sociodemográficos, el deterioro cognitivo y la entrevista para la obtención de la funcionalidad familiar.

3.3. Diseño de la investigación

Se realizará una investigación de tipo epidemiológico, transversal, descriptivo y correlacional (43).

3.4 Población y muestra

La muestra para la investigación se consideró a toda la población adulta mayor de 65 años de edad o más del barrio de Pataín, perteneciente a la Parroquia de Panzaleo del cantón Salcedo

Criterios de inclusión:

- Familias con adultos mayores de 65 años o más, residentes en la localidad de estudio (barrio Pataín), presentes en el momento de la investigación.
- Cuidadores o adultos mayores que firmen el consentimiento informado

Criterios de exclusión:

- Cuidador o adulto mayor que se niegue a la participación del estudio
- Participante o cuidador que no firme el consentimiento informado
- Adulto mayor con patología de la visión

La muestra se determinó por, un muestreo no probabilístico por conveniencia, por tratarse de una población pequeña, en este sentido, la muestra fue de 141 participantes adultos mayores de 65 años de edad o más que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión que pertenecen al barrio Pataín de la parroquia Panzaleo (43,44).

3.5. Criterios éticos

Antes de incluir a los adultos mayores se les solicitará su consentimiento informado, con previa explicación de los objetivos del estudio y la importancia de su participación, se les garantizará

confidencialidad de la información que aportarían. Asimismo si lo desean pueden abandonar el estudio cuando ellos así lo soliciten.

3.6. Operacionalización de las variables

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Tabla N° 1

Variable Independiente: Deterioro Cognitivo

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIÓN	INDICADORES	ESCALA	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
Deterioro Cognitivo	Es un síndrome clínico, que se presenta un deterioro en las funciones mentales como son memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad	Deterioro cognitivo Demencia	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro cognitivo • Demencia. 	<ul style="list-style-type: none"> • 28-29 • 26-27 	Test de fotos

Elaborado por: Bustamante D.

3.7. Recolección de la información

Para el levantamiento de la información se realizó, previa una socialización en la comunidad en conjunto con los líderes comunitarios, presidente barrial y los habitantes, sobre la investigación con las familias que se encuentran integradas por uno o más adultos mayores, donde se utilizó fuentes primarias como la observación directa y la entrevista con la aplicación de los instrumentos validados, los datos obtenidos se procesaron mediante una matriz realizada en Microsoft Excel y para la correlación de las variables en estudio se utilizó el sistema estadístico Statistical Package for the Social Sciences SPSS.

3.8. Técnicas e instrumentos

Encuesta para la recolección de los datos demográficos

La información demográfica de la población adulta mayor, se obtuvo por medio de la encuesta, donde se determinó datos como edad, sexo, estado civil, auto identificación étnica, tipo de empleo, nivel de instrucción, además del cuidador es un familiar o una persona externa a la familia (Anexo 2).

Test de fotos

El estado cognitivo se valoró con el test de fotos, que es una prueba cognitiva fácil de aplicar, breve sencilla y evalúa las siguientes esferas cognitivas:

- Memoria (recuerdo libre y recuerdo facilitado)
- Capacidad ejecutiva (fluidez verbal)
- Denominación (lenguaje)

La valoración de estos elementos son esenciales, porque su afectación determina el diagnóstico de deterioro cognitivo y/o demencia; la ventaja de este sobre otros instrumentos es que se puede aplicar a personas analfabetas como a individuos con bajo o ningún nivel de instrucción y la población de la investigación con un bajo nivel educativo es el instrumento ideal para la valoración del estado cognitivo

El Fototest consta de tres partes:

En la primera parte se le pide al sujeto que denomine seis fotografías en color de objetos comunes (baraja de cartas, coche, pera, trompeta, zapatos y cuchara), dando 1 punto por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta el evaluador le ofrece la contestación correcta.

La segunda parte consiste en la fluidez verbal TFV, semántica en el que se le pide al sujeto que diga durante 30 segundos, nombres de persona del sexo contrario y posteriormente y durante el mismo tiempo nombres de persona del mismo sexo; se da 1 punto por cada respuesta válida.

En la última parte se evalúa el recuerdo de las fotografías mostradas inicialmente, en primer lugar de forma libre, puntuando 2 puntos por cada recuerdo correcto, y posteriormente, para aquellos elementos que no haya recordado espontáneamente, utilizando como clave de ayuda la categoría semántica a la que pertenece, en este caso las respuestas correctas se puntúan sólo con 1 punto

El rango de puntuación del test es de 28-29 puntos para deterioro cognitivo y 26-27 puntos para demencia (Anexo 3)

Test de Funcionamiento Familiar

Para valoración de la dinámica familiar se utilizó el test de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) propuesto por Ortega Veítia (1999) citado por Núñez (2009), que evalúa los componentes:

- **Cohesión:** evalúa como es la unión familiar física y emocional ante situaciones estresantes.
- **Armonía:** Corresponde a la importancia de los intereses y necesidades individuales con los miembros de la familia.
- **Comunicación:** Forma en como transmiten sus experiencias sea está de forma clara y directa
- **Permeabilidad:** Capacidad de la familia de brindar y recibir experiencias de otras familias e instituciones, dependiendo de sus límites, reglas y fronteras.
- **Afectividad:** Capacidad de los miembros de la familia de transmitir sensaciones, sentimientos y emociones positivos los unos a los otros.
- **Roles:** Capacidad de la familiar de cumplir sus roles de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentren.
- **Adaptabilidad:** Capacidad y habilidad de la familia para cambiar la estructura de acuerdo a la relación de roles y reglas ante una situación que lo requiera.

Este Test, permite valorar y diagnosticar el funcionamiento familiar a través de la percepción de uno de sus miembros, es sencillo de fácil aplicación con un bajo costo y de fácil comprensión para cualquier persona independiente de su instrucción escolar.

Este instrumento se conforma por 14 preguntas, y su aplicación dura aproximadamente 5 minutos, y al final se valora según el puntaje obtenido. (Anexo 4)

- Familia funcional (57 a 70 puntos)
- Moderadamente funcional (43 a 56 puntos)
- Disfuncional (28 a 42 puntos)
- Severamente disfuncional (14 a 27 puntos) (39).

3.9. Procedimientos para la recolección de la información

El levantamiento de la información se identificó a los 141 participantes que forman la muestra, para lo cual se estableció el siguiente proceso:

- Se investigó en el sistema PRAS, determinando así la población que pertenece al barrio Pataín
- Identificadas las personas de la muestra se revisó las historias clínicas para determinar si existen patologías a nivel visual
- Se realizó la entrevista para obtención de los datos demográficos
- Se aplicó el test de fotos para la valoración cognitiva y test funcionamiento familiar
- Se analizó la información de los datos obtenidos, tras la aplicación de los instrumentos
- Y se finalizó con la interpretación de los datos, además de la correlaciones de las variables con los sistemas informáticos Microsoft Excel y SPSS (45).

CAPITULO 4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE RESULTADOS

A continuación, se presenta los resultados obtenidos de la aplicación de los instrumentos, a los adultos mayores de la parroquia Pataín, cuya investigación abarcó el periodo de 2019 a 2021, la población en estudio, estuvo constituida por 153 participantes, de los cuales 12 no participaron por no cumplir los criterios de inclusión.

4.1. Análisis e interpretación de resultados

4.1.1. Características sociodemográficas

Tabla N° 3
Distribución de la población según el sexo

Sexo	N°	%
Hombre	61	43,3
Mujer	80	56,7
Total	141	100

Fuente: Encuesta Realizada
Elaborado por: Bustamante D.

Los resultados sobre la distribución del sexo, en la población adulta mayor se observa, el porcentaje de las mujeres supera a la de los hombres, representando el 56,7% de la población en estudio. Estos resultados se correlacionan con las proyecciones del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos para el 2020, estima la esperanza de vida para las mujeres en 80.1 años (46).

Tabla N° 4
Distribución de la población según grupos de edad

Rango de edad	N°	%
65-75	89	63,1
76-85	34	24,2
Mayores de 85 años	18	12,7
Total	141	100

Fuente: Encuesta Realizada
Elaborado por: Bustamante D.

Según la distribución de la población adulta mayor en grupos de edades se identifica que el mayor porcentaje se concentra del el grupo de 65-75 años de edad con el 63,1%, sin embargo

el resto de grupos de edad, son un número representativo, estas características se equiparan con los cambios demográficos a nivel mundial y con las proyecciones para el 2030 donde 1 de cada 6 personas tendrá más de 60 años, además que el la población de 80 años o más se triplique entre 2020 a 2050 (47).

Tabla N° 5
Distribución según estado civil

Estado Civil	N°	%
Casado/a	93	65,9
Separado/a	3	2,1
Viudo/a	45	31,9
Total	141	100

Fuente: Encuesta Realizada
Elaborado por: Bustamante D.

En la investigación, el 65,2% de los adultos mayores según su estado civil se encuentran casados. Así mismo tenemos un porcentaje importante del 31,9% que se encuentran en la viudez. Estos datos son similares con un estudio realizado en la ciudad de Loja, donde los adultos mayores en estado de viudez es del 29.5% (48).

Tabla N° 6
Distribución según en nivel de escolaridad

Nivel de escolaridad	N°	%
Ninguna	28	20
Primaria	88	62
Secundaria	19	13
Superior	6	4
Total	141	100

Fuente: Encuesta Realizada
Elaborado por: Bustamante D.

Los resultados demuestran que el 62% de la población adulta mayor, pertenece al grupo que no tiene ningún nivel de escolaridad y que han llegado hasta una instrucción primaria. Los datos de la encuesta SABE, demuestran que más del 70% de los adultos mayores solo completaron la educación primaria, por lo que son datos similares a los obtenidos en este estudio (49).

4.2. Deterioro cognitivo

Tabla N° 7

Análisis de los resultados del test de fotos para valorar el deterioro cognitivo

Deterioro Cognitivo	N°	%
Sin deterioro	95	67
Deterioro Cognitivo	43	30
Demencia	3	2
Total	141	100

Fuente: Test Realizado

Elaborado por: Bustamante D.

El resultado en el test de fotos aplicado a los adultos mayores de la investigación determinó un porcentaje de Deterioro Cognitivo del 30% y Demencia en el 2%, estudios similares, realizados en el Ecuador arrojan prevalencias similares, una de ellos en la Zona 7 del Ecuador realizado en el 2016 determinó una prevalencia de deterioro cognitivo del 25.5% (16). Además en un estudio realizado en la ciudad de Quito publicado en el 2020, donde se utilizó como instrumento de valoración el Test de fotos para el deterioro cognitivo, se obtuvo una prevalencia del 28.7% (50).

4.3. Funcionalidad familiar

Tabla N° 8

Análisis del Test de funcionalidad familiar FF-SIL

FF-SIL	N°	%
Funcional	12	9
Moderadamente Funcional	62	44
Disfuncional	51	36
Severamente Disfuncional	16	11
Total	141	100

Fuente: Test Realizado

Elaborado por: Bustamante D.

En el estudio se determinó que al valorar la funcionalidad familiar, el 44% son familias moderadamente funcionales y el 36% son disfuncionales, las investigaciones donde se estudia la funcionalidad familiar en relación al deterioro cognitivo en el mismo grupo de edad del presente estudio, encontraron prevalencias de disfuncionalidad severa entre el 14.6% y el 22.3% (16,50).

4.4. Asociación de las variables

Tabla N° 9

Asociación edad y estado cognitivo

Estado Cognitivo		Sin deterioro		Deterioro Cognitivo		Demencia		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad	65-75 años	76	80,9	13	29,5			89	63,1
	76-85 años	18	19,1	16	36,4			34	24,1
	mayores de 85 años			15	34,1	3	100	18	12,8
Total		94	100	44	100	3	100	141	100

P:< 0.005

Chi Cuadrado: 64,41

Fuente: Test Realizado

Elaborado por: Bustamante D.

La asociación entre edad y deterioro cognitivo el resultado es un Chi Cuadrado: 64,41 con un 95% de confianza y un valor de $p < 0.005$, se evidencia que existe una relación estadísticamente significativa entre mayor edad mayor deterioro cognitivo, evidenciando resultados semejantes donde correlacionan esta dos variables y siendo está estadísticamente significativa (16,50).

Tabla N° 10

Asociación entre nivel de instrucción y Estado Cognitivo

Estado cognitivo		Sin deterioro		Deterioro Cognitivo		Demencia		Total	
		N°	%	N	%	N	%		
Nivel de Escolaridad	Ninguno	5	5,3	19	43,2	3	10	27	19,1
	Primaria	65	69,1	23	52,3			88	62,4
	Secundaria	18	19,1	2	4,5%			20	14,2
	Superior	6	6,4					6	4,3
Total		94	100	44	100	3	100	141	100

Chi Cuadrado: 44,12

P:< 0,005

Fuente: Test Realizado

Elaborado por: Bustamante D

Existe una asociación estadísticamente significativa con un Chi cuadrado de 44,12, con un intervalo de confianza de 95% una $P < 0.005$, entre el nivel de instrucción escolar, siendo que los pacientes presentan mayor deterioro cognitivo a menor nivel de escolaridad, además el estudio donde se correlaciona las dos variables en el mismo grupo de edad de demostró un asociación estadísticamente significativa con una $p < 0.001$ (50).

Tabla N° 11

Asociación entre deterioro cognitivo y funcionalidad familiar

Funcionalidad Familiar		Funcional		Moderadamente funcional		Disfuncional		Severamente disfuncional		Total	
		N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Estado Cognitivo	Sin deterioro	17	100	66	100	11	22,4			94	66,7
	Deterioro Cognitivo					38	77,6	6	66,7	44	31,2
	Demencia							3	33,3	3	2,1
Total		17	100	66	100	49	100	9	100	141	100

Chi Cuadrado: 141,45

$P: < 0.005$

Fuente: Test Realizado

Elaborado por: Bustamante D

Existe una asociación estadísticamente significativa con un Chi Cuadrado de 141,45, con un intervalo de confianza del 95% y una $P < 0.005$, entre deterioro cognitivo y funcionalidad familiar, así mismo un estudio similar con se valoró la deterioro cognitivo y la funcionalidad familiar, se demostró que el deterioro cognitivo tiene una asociación estadísticamente significativa con una $p < 0.001$, con la funcionalidad familiar (50).

4.5. Discusión

En este estudio participaron 141 adultos mayores, del barrio Pataín pertenecientes, al centro de salud de Panzaleo, distribuidos en el 43,3% en hombre y el 56,7% en mujeres, todos autoidentificados como mestizos y con un mayor porcentaje en el rango de edad entre 65 a 75 años con el 63,1%, con un nivel de instrucción primaria en 62% de los casos.

Durante el proceso de envejecimiento de los adultos mayores, se puede presentar diversos síndromes geriátricos, uno de estos es el deterioro cognitivo, el cual se ha evaluado, por medio del test de fotos, donde se determinó una prevalencia de este síndrome en el 30% y de demencia en el 2%, estos datos se pueden comparar con estudios similares, a nivel internacional como el

estudio de prevalencia de deterioro cognitivo en España, señalando el deterioro cognitivo en el 45,3% en pacientes mayores de 85 años (51). Así mismo a nivel nacional, la investigación publicada en el año 2020 señala una prevalencia del 28% de deterioro cognitivo y 12% para demencia (50). Además el estudio publicado en el 2016 demostró una prevalencia del 25,5% para deterioro cognitivo (16), datos similares a los del este estudio.

Entre los datos sociodemográficos, se determinó que existe una relación con la edad, por la mayor prevalencia de deterioro cognitivo a una edad más avanzada, así existen datos de investigaciones, donde tener una edad avanzada es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo (50).

Por otro lado, el nivel de instrucción, también fue de los datos sociodemográficos relacionados con el deterioro cognitivo, siendo inversamente proporcional, a menor instrucción mayor prevalencia de deterioro cognitivo, así el estudio publicado en Quito en el 2020 asoció, a menor nivel educativo, mayor es el deterioro cognitivo teniendo una relación estadísticamente significativa (50).

Al aplicar el test de funcionalidad familiar FF-SIL, se demostró que las familias moderadamente funcionales representan el 44% y disfuncionales el 36% y severamente disfuncionales en el 11% de los casos. El estudio publicado en el 2016 en la Universidad de Loja, demostró una disfuncionalidad en el 30.8% y disfuncionalidad severa en el 14.6%. (16). En Quito un estudio publicado en la Universidad Central en el 2020, determinó una disfunción familiar y severamente disfuncional en el 22,3% de los casos (50).

La relación que se obtuvo en este estudio, entre las variables deterioro cognitivo y funcionalidad familiar fueron estadísticamente significativas con un $< p 0.005$, a nivel nacional existen pocos estudios donde correlacionan las dos variables, es así que en el estudio realizado en la zona 7 en el 2016 y la investigación realizada la ciudad de Quito publicada en el 2020 donde se relacionó estas variables, demostrando que existe una relación entre deterioro cognitivo y disfuncionalidad familiar (16,50).

4.6. Verificación matemática de la hipótesis

Hipótesis nula (H_0): El deterioro cognitivo del adulto mayor no se relaciona con la funcionalidad familiar

Hipótesis alternativa (H1): El deterioro cognitivo del adulto mayor está relacionado con la funcionalidad familiar

Cálculo del coeficiente de Correlación de Pearson

El coeficiente de correlación de Pearson viene definido por la siguiente formula:

$$r_{xy} = \frac{\sum Z_x Z_y}{N}$$

Su dimensión indica el nivel de asociación entre las variables.

Cuando es menor a cero ($r < 0$) Se dice que hay correlación negativa, es decir las variables se correlacionan en un sentido inverso.

Si $r = -1$ es una correlación negativa perfecta.

Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alternativa (H1)

CAPITULO 5. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Se determinó la relación que existe entre deterioro cognitivo y la funcionalidad familiar, con valores estadísticamente significativos.
- El deterioro cognitivo se presentó en un tercio de la población y una posible demencia en un pequeño porcentaje.
- Se identificó que a menor nivel de instrucción mayor es el deterioro cognitivo.
- El deterioro cognitivo se presenta con más frecuencia a mayor edad..

5.2. Recomendaciones

- Las pruebas de cribado del estado cognitivo, en pacientes adultos mayores se lo puede realizar con instrumentos sencillos y de fácil aplicación.
- La atención integral en los adultos mayores deben abarcar las alteraciones cognitivas.
- La identificación de un paciente con deterioro cognitivo debe llevar la valoración de la funcionalidad familiar
- El formar grupos de apoyo familiar en la unidades de salud de primer nivel, para el apoyo de familias con pacientes con alteraciones cognitivas
- Fomentar los conocimientos sobre problemas cognitivos en el personal de salud, además de intervenciones de ayuda donde participen la familia en el cuidado del adulto mayor con estos problemas
- El incentivar la educación en la población joven es fundamental como un factor protector ante este síndrome.

CAPITULO 6. PROPUESTA

6.1. Datos informativos

Realizar un plan para el diagnóstico oportuno y tratamiento optimo, en adultos mayores con alteraciones cognitivas y de la funcionalidad familiar, que pertenecen al barrio Pataín de la parroquia Panzaleo

Autor: Md. Diego Fernando Bustamante Yáñez

C.I. 0502770589

Dirección: Panzaleo_ Salcedo_ Tungurahua

E-mail: diego20fer@gmail.com

Tutor: Dr. Patricio Rodrigo Maldonado

6.2. Antecedentes de la propuesta

En esta investigación se relacionó el deterioro cognitivo con la funcionalidad familiar, determinando que el 30% de los participantes evaluados presentan deterioro, representando un factor precipitante para el desarrollo de las alteraciones de la funcionalidad familia, con significancia estadística, además existen otros factores demográficos como la edad y el nivel de instrucción relacionadas con las alteraciones de la cognición

6.3. Justificación

En este estudio, se determinó la relación que existe entre deterioro cognitivo y problemas de la funcionalidad familiar, entre los factores desencadenantes de la disfunción familiar son un subdiagnóstico del deterioro cognitivo y la falta de conocimientos sobre el manejo y cuidados que requieren estos pacientes en un entorno familiar.

6.4. Objetivos

Objetivo general

- Crear un plan diagnóstico precoz y tratamiento oportuno enfocado en un ambiente familiar

Objetivos específicos

- Diseñar un sistema de tamizaje rápido y sencillo sobre estado cognitivo del adulto mayor donde involucre al personal de salud

- Implementar un grupo de apoyo que permita el seguimiento a la familia del adulto mayor con alteraciones cognitivas

6.5. Análisis de la factibilidad

La puesta en marcha de la propuesta, es completamente factible porque los instrumentos son fáciles, rápidos y económicos de aplicarlos en la consulta, en el centro de salud de Panzaleo donde además se cuenta con el personal médico necesario y adecuado para el manejo de estos instrumentos

6.6. Fundamentación

Diagnóstico

El diagnóstico oportuno del deterioro cognitivo en los adulto mayores, mediante la aplicación de instrumentos como el test de fotos, permite una valoración integral de un paciente con alteraciones cognitivas y tratar las causas que pueden desencadenar estos problemas, así como dar un tratamiento enfocado en detener o retrasar la evolución de la enfermedad, manteniendo a un adulto mayor funcional y no represente una carga que altere la funcionalidad familiar

Sistema de control

Con la identificación del paciente con diagnóstico de deterioro cognitivo, el llenado de la historia clínica y una evaluación mensual o trimestral, en dependencia de la gravedad del deterioro cognitivo se podrá determinar la evolución de esta patología, a pesar del manejo médico en conjunto con la familia

Protocolo de registro

Mediante el ingreso de la información de los pacientes a una base de datos donde conste los nombres, edad, cedula de identidad, el resultado del test de fotos, test de funcionalidad familiar, controles, terapia propuesta y su evolución

Conocimiento profesional

La actualización de los conocimientos basado en guía nacionales e internacionales, sobre de valoración cognitiva, funcionalidad familiar y el manejo de estos pacientes donde la familia es la parte fundamental del tratamiento, será parte de las actividades realizadas en el centro de salud mediante charlas en la sala de reuniones un vez por mes.

6.7. Modelo operativo

Tabla N° 12 Plan operativo

Fases	Metas	Actividades	Tiempo	Responsable	Resultados
Diagnóstico adecuado	Dar un diagnóstico oportuno del deterioro cognitivo a la población perteneciente al Centro de Salud tipo A de Panzaleo, para brindar un manejo adecuado	<p>Prevención</p> <p>Informar mediante charlas sobre el deterioro cognitivo y la importancia de un diagnóstico oportuno</p> <p>Diagnostico</p> <p>Test de fotos</p> <p>Test de funcionalidad familiar</p> <p>Tratamiento</p> <p>Valoración integral</p> <p>Seguimiento por médico familiar</p> <p>Terapia ocupacional en un entorno familiar</p>	<p>Aplicación del test de fotos y test de funcionalidad familiar tiempo de aplicación 8 a 10 minutos</p> <p>Consulta en medicina familiar tiempo entre 40 minutos a 1 hora</p> <p>Tiempo que dura las charlas en la sala de espera de la unidad 5 a 10 minutos</p>	Médico Familiar, Médico rural, médico general	<p>Diagnóstico oportuno del deterioro cognitivo</p> <p>Valoración de la funcionalidad familiar</p> <p>Seguimiento y tratamiento adecuado</p>
Sistema de control de trabajo	Con la identificación del paciente con diagnóstico de deterioro cognitivo, el llenado de la historia	<p>Variable que se busca controlar</p> <p>Atención por consulta externa de los pacientes</p>	El registro de la información del paciente toma entre 10 a 15 minutos	Profesional encargado de la valoración	<p>Correcto diagnóstico y manejo del paciente</p> <p>Desempeño profesional adecuado</p>

	clínica y una evaluación mensual o trimestral, en dependencia de la gravedad del deterioro cognitivo	<p>Diagnostico</p> <p>Terapia ocupacional</p> <p>Valoración posterior a la terapia propuesta</p> <p>Evaluación del profesional</p> <p>Punto de Referencia</p> <p>Evaluación de la historia clínica</p> <p>Actuador</p> <p>Los profesionales que brindan la atención son los encargados de llenar las historias clínicas</p>			
Protocolo de registro de la información	Mediante la creación de una matriz informática donde se ingrese los datos personales del paciente, así como el diagnóstico y tratamiento	<p>Información consta de los siguientes ítems</p> <p>Edad</p> <p>Nombre</p> <p>Cédula de identidad</p> <p>Dirección</p> <p>Instrucción</p> <p>Resultados de la aplicación de los instrumentos Teste de</p>	Tiempo de atención es de 40 minutos a 1 horas	Profesional de salud que preste la atención	Llenado de la matriz informática y llenado de la historia clínica

		fotos y test de funcionalidad familiar FFSIL Diagnostico Controles Tratamiento Valoración subsecuente			
Actualización de los conocimientos	Actualizar los conocimientos de los profesionales en base a guías clínicas nacionales e internacionales actualizadas	Análisis de las guías clínicas sobre el diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo	Discusión de la información con el personal de salud una vez por mes con una duración aproximada de 2 horas	Profesionales de salud	Actualización de los conocimientos sobre el diagnóstico, tratamiento del deterioro cognitivo

Elaborado por: Bustamante 2021

6.8. Administración

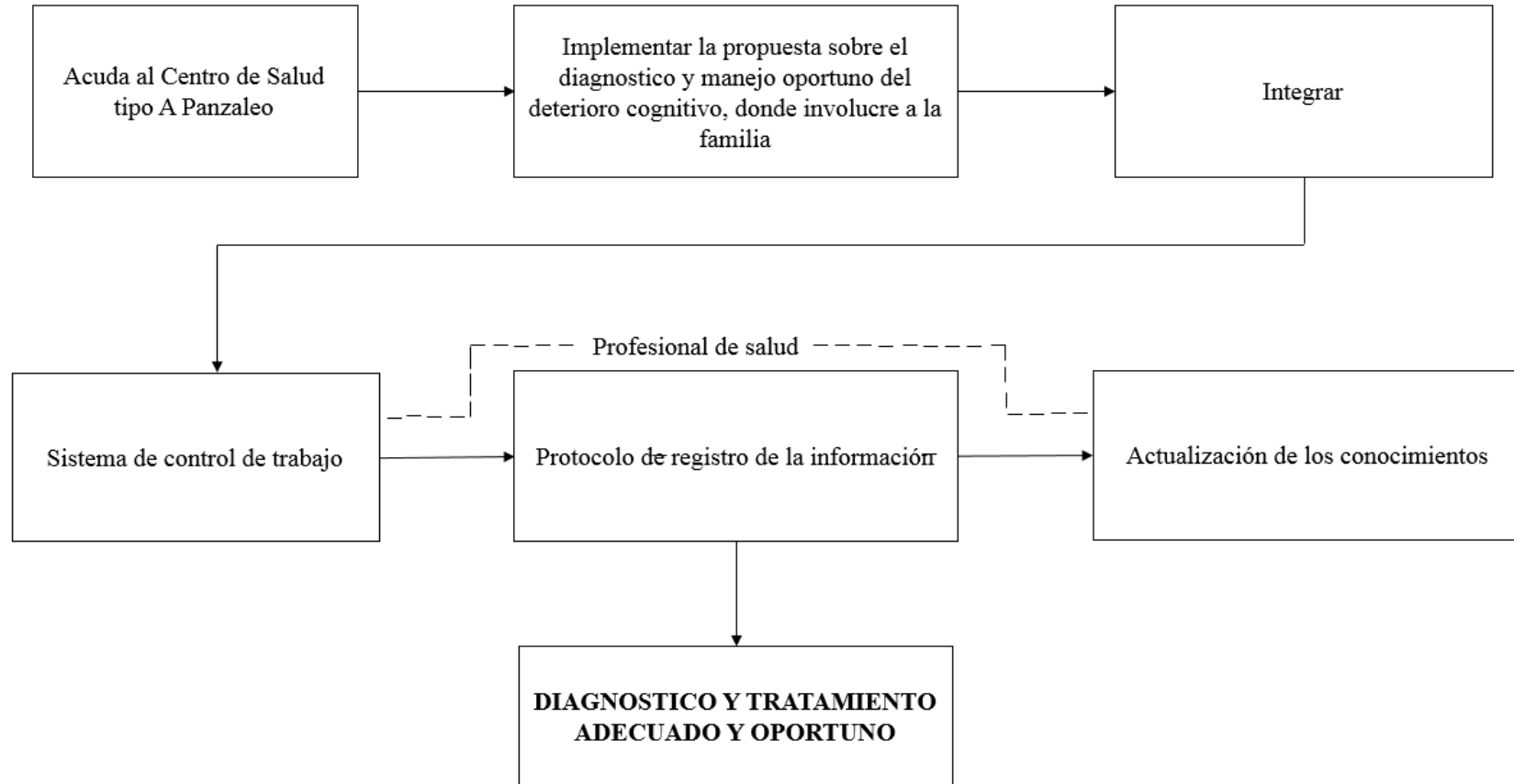


Figura N° 2 Administración de la propuesta
Elaborado por: Bustamante (2021)

6.9. Previsión de la evaluación

El plan de evaluación y monitoreo de la propuesta se lo realizará, mediante el análisis de las historias clínicas y la verificación de la información de la matriz informática, además de la aplicación de programas estadísticos, así se contará con datos exactos sobre el diagnóstico del deterioro cognitivo en la comunidad como la efectividad de la intervenciones de manejo de esta patología.

Bibliografía

1. OMS. Decade of Healthy Ageing 2020-2030. OMS. 2019.
2. Segura A., Garzón M., Cardona D. & Segura A. Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. R. bras. Est. Pop. 2016;; p. 614.
3. Esmeraldas E., Falcones M., Vásquez M. & Solózano J. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento. 2019.
4. C B. Neurophysiology and ageing. Definition and pathophysiological foundations of cognitive impairment. Revista Española de Geriatría y Gerontología. 2016.
5. Pérez M., Molero M., Gázquez J. Barragan a., Martos A. & Pérez D. Cuidados, aspectos psicológicos y actividad física en relación con la salud. In Trastorno de la memoria asociado al envejecimiento. El Salvador: ASUNIVEP; 2017. p. 277-2080.
6. Millagros L., Pérez D. & Garay G. Funcionalidad Familiar y maltrato a los adultos mayores. Sector Durán, Fundación NURTAC. PPublicando. 2020.
7. J T. Estado cognitivo y funcionalidad familiar de los adultos mayores de la Zona 7. Ecuador 2016. Universidad de Loja. 2017;; p. 11.
8. C B. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Mexicana de Anestesiología. 2017;; p. 110.
9. Suárez L. & Gross R. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. Revista Información Científica. 2019;; p. 88.
10. Salud OMDl. Decade of Healty Ageing 2020-2030. OMS. 2019.
11. Nieves E., Ponce I., Medina D. & Rangel O. Prevalencia de síndromes geriátricos detectados por la enfermera especialista en medicina de familia. Nure Inv. 2016.
12. Arriola E., Carnero C., Freire A., López R., Manzano S. & Olazarán J. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. 2017.
13. Suárez L. & Gross R. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. Scielo. 2019.
14. González J., Gómez N. & Marín M. Deterioro Cognitivo en la población mayor a 65 años de dos consultorios del Policlínico "La Rampa". Scielo. 2006.
15. O. B. Deterioro cognitivo y su asociación con la funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Asistencia Social, durante el periodo enero-junio de 2019. UCE. 2020.

16. Tigre J., Rodríguez C., González J & Alzdaz C. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA ZONA 7. ECUADOR, 2016. Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. 2016.
17. Camargo K. & Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga-Santander, Colombia. Universidad Y Salud. 2016.
18. Ochoa E. & Ríos J. Progresión del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros gerontológicos de la ciudad de Cuenca 2017. Universidad de Cuenca. 2017.
19. Dos Santos A. & Lost Pavarini S. FUNCIONALIDADE FAMILIAR DE IDOSOS COM ALTERAÇÕES COGNITIVAS: A PERCEPÇÃO DO CUIDADOR. Enferm USP. 2012.
20. G. M. Relación entre deterioro cognitivo y actividad física en adultos mayores que acuden al grupo 60 y piquito de la dirección distrital 17D09 Tumbaco, Tababela. Pontificia Universidad Católica del Ecuador. 2016.
21. J. R. Efectividad del ejercicio físico para prevenir el deterioro cognitivo en adultos mayores. Universidad Técnica de Ambato. 2021.
22. Constituyente A. Constitución de la República del Ecuador. 2008.
23. Nacional A. Ley Organica Electoral. 2009.
24. Nacional C. Ley Orgánica del Salud. 2006.
25. Alvarado A. & Salazar A. Análisis del concepto del envejecimiento. GeroKomos. 2014.
26. P. G. Evaluación e intervención cognitiva en un casos de Alzheimer. Universidad de Almería. 2017.
27. Coria F. Envejecimiento cerebral fisiológico: aspectos cognitivos, enfermedad de Alzheimer y otras demencias. Médica Panamericana. 2010.
28. J. R. Envejecimiento. Universidad de Barcelona. 2005.
29. Veliz M., Rifo B. & Arancibia B. Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: Cuestiones revelantes. Scielo. 2010.
30. Muñoz J. & Alix C. Psicología del envejecimiento e intervención psicosocial. Pirámide. 2010.
31. Scharter D. & Tulving. Memory systems. Academic Pres. 1994;; p. 291-309.
32. M. J. Envejecimiento normal, deterioro cognitivo leve y demencia. Editorial Síntesis. 2013;; p. 11-34.

33. Véliz M. & Riffo B. Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: Cuestiones relevantes. *Linguística Teórica y Aplcada*. 2010;; p. 78-79.
34. McDate E. & Petersen R. Mild cognitive impairment: Epidemiology, pathology, and clinical assessment. 2018.
35. Rosselli M. & Ardila Alfredo. La detección temprana de las demencias desde la perspectiva neuropsicológica. *Department of Communication Sciens and disorders*. 2010;; p. 61.
36. Vergara I., Bilbao A., Orive M., García S. Validación de la versión española de la Escala Lawton IADL para su aplicación en personas mayores. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2012.
37. Zegarra J., Denegri L., Chino B. Efectividad del Foto-Test Frente al MMSE, Para el Cribado del Deterioro Cognitivo en Población Peruana. *Ecuat. Neurol*. 2019.
38. R. P. Practice guideline update summary: Mild cognitive impaiement: Report of the Guideline Development, Dissemination, and Implementation Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*. 2018.
39. Fuentes A. & Merino J. Validación de un instrumento de funcionalidad familiar. *America Latina, el Caribe, España y protugal*. 2016;; p. 249-253.
40. M. A. Validez y confiabilidad del test de funcionamiento familiar FF-SIL en estudiantes universitarios de una institución pública y privada de Lima. *Universidad Nacional Federico Villarreal*. 2018;; p. 16-20.
41. Huaman E. & Pauyac R. Funcionalidad familiar y estilos de vida del adulto mayor, Centro de salud de Chilca. *Universidad Nacional del Cantro del Perú*. 2019;; p. 33-41.
42. W. S. Funcionamiento familiar según el modelo circumplejo de Olson. *Universidad de Cuenca*. 2015.
43. R. S. *Metodología de la investigación Mexico*: McGraw; 2014.
44. Otzen T. & Manterola C. Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *Int. J. Morphol*. 2017;; p. 230.
45. IBM. *Manual del usuario del sistema básico de IBM SPSS Statistics 20*. Copyright IBM Corporation. 2011.
46. INEC. *¿Cómo crecerá la población en Ecuador?* Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. 2020.

47. Salud OMDl. Datos y cifras. [Online].; 2021. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
48. Idrovo M., González J & Tandazo B. Asociación entre autoprescripción y capacidad funcional del adulto mayor en la provincia de Loja, 2019. revista del Centro de Estudio y Desarrollo de la Amazonia. 2021;; p. 50.
49. P. F. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. Banco Interamericano de Desarrollo. 2020;; p. 26.
50. Barreto O. Deterioro cognitivo y su asociación con la funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Asistencia Social, durante el periodo enero-junio de 2019. Universidad Central del Ecuador. 2020.
51. Vega T., Liralles M., Mangas J. et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. Neurología. 2018.
52. general Cds. Diagnostico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. Guis de la práctica Clínica. 2012.
53. Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P, Llanero Luque M, García R. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Logopedia. 2012.
54. Gutiérrez Rodríguez J, Jiménez Muela F, Alonso Collada A. Prevalence and therapeutic management of dementia. Espanola Geriatr Gerontol. 2009.
55. Serrano C, Allegri R, Caramelli P, Taragano F, Camera L. Deterioro Cognitivo Leve. Medicina Buenos Aires. 2007.
56. Estadísticas INE. Estadística Demográfica en el Ecuador: Diagnostico y Propuesta. INEC. 2012.
57. Reyes R, Caridad V de la, Leyva Villafañá Y, Moncada Menéndez C. Calidad de vida y demencia. Med Camaguey. 2016.
58. Arango V, & Ruiz I. Diagnóstico de los Adultos Myores de Colombia. 2008.

ANEXOS

Anexo N°1

**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN
UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria**

La investigación sobre el deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionabilidad familiar, es de gran importancia por los cambios demográficos a nivel mundial y del país generando necesidades que aun nuestro sistema de salud no está listo para afrontar. El propósito de la siguiente investigación es crear nueva información sobre uno de los síndromes geriátricos en los ancianos como lo es el Deterioro Cognitivo, que puedan servir para mantener una independencia funcional en los adultos mayores con el apoyo familiar. El presente documento es el consentimiento informado, entregado por el investigador del proyecto titulado “Deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar”.

Yo _____, con C.I. _____, ejerciendo mi libre poder de elección y mi voluntad expresa, por este medio, doy mi consentimiento para responder los instrumentos de estudio.

He tenido tiempo suficiente para decidir mi participación, sin sufrir presión alguna y sin temor a represalias en caso de rechazar la propuesta. También se me ha explicado que la información que yo brinde es de carácter confidencial, no serán divulgados ni publicados, ni mi identidad, ni los detalles personales.

Estoy consciente de mi derecho a no responder cualquier pregunta que considere indiscreta, sin tener que dar razones para esto y sin que afecte las relaciones con el equipo médico, por lo que tendré derecho a continuar recibiendo la atención médica establecida, aún si me niego a participar en el estudio.

Para que así conste firmo el presente consentimiento a los _____ días del mes _____ del 2020.

Anexo 2 Instrumento de recolección de datos demográficos

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

POSGRADO DE MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA	
Deterioro cognitivo en adultos mayores y su relación con la funcionalidad familiar	
Nombre:	Teléfono:
Dirección:	
1. EDAD	2. Estado civil
65-75 años _____	Casado/a 1 _____
76 a 85 años _____	Unido/a 2 _____
Más de 85 años _____	Separado/a 3 _____
	Divorciado/a 4 _____
	Viudo/a 5 _____
	Soltero/a 6 _____
3. Sexo	4. Etnia
Hombre 1 _____	Indígena _____
Mujer 2 _____	Afroecuatoriano _____
	Negro/a. _____
	Mulato/a _____
	Mestizo/a _____
	Montubio/a _____
5. NIVEL DE INSTRUCCIÓN	6. Ocupación
Ninguna 1 _____	Empleado 1 _____
Primaria 2 _____	Desempleado 2 _____
Secundaria 3 _____	
Superior 4 _____	
7. Cuidador	
Familiar 1 _____	
Externo o Contratado 2 _____	

Anexo 3. Test de las Fotos (Fototest). Instrumento para valoración del estado cognitivo



Lamina de foto test

1. Denominación (Den)

Enséñele la lámina con las fotos y pídale que las nombre. Dé 1 punto por cada respuesta correcta; en caso de error o no respuesta, indíquele el nombre correcto y no le dé ningún punto. (Una vez concluya esta tarea retire la lámina y apártela de la vista del sujeto.)

2. Fluidez verbal (FH/FM)

- a) «Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres que recuerde» (comience siempre por el sexo contrario) (No dé ejemplos, conceda 30 s y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé 1 punto por cada nombre correcto. No puntúe los nombres similares (Mari-María, Pepe-José, Dolores-Lola, etc.).
- b) «Quiero que me diga todos los nombres de hombres/mujeres (mismo sexo) que recuerde» (termine preguntando por el mismo sexo). No dé ejemplos. Conceda 30 s y comience a contar el tiempo cuando diga el primer nombre. Dé 1 punto por cada nombre correcto. No puntúe los nombres similares (Mari-María, Pepe-José, etc.).

3. Recuerdo

- a) Recuerdo libre (RL): «Recuerdo qué fotos había en la lámina que le enseñé antes». (Máximo 20 s.) Dé 2 puntos por cada respuesta correcta.

- b) Recuerdo facilitado (RF): ofrézcale como pista y ayuda la «categoría» de las imágenes que no haya recordado espontáneamente anteriormente diciéndole, por ejemplo: «También había una fruta, ¿la recuerda?». Dé 1 punto por cada respuesta correcta.

Categoría	Fotos	Den	RL*	RF	Fluidez hombres (FH)	Fluidez mujeres (FM)
Juego	Cartas					
Vehículo	Coche					
Fruta	Pera					
Inst. musical	Trompeta					
Prenda vestir	Zapatos					
Cubierto	Cuchara					
Subtotales						
Total Test de las Fotos (Den + RL + RF + FH + FM)						

*2 puntos por respuesta correcta.

28-29 puntos para deterioro cognitivo y 26-27 puntos para demencia

Anexo 4. Instrumento de valoración de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL)

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

Posgrado de Medicina Familiar y Comunitaria

A continuación se presentan situaciones que pueden ocurrir en su familia. Usted debe marcar con una X en la casilla que le corresponda a su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente

		Casi Nunca	Pocas Veces	A Veces	Muchas veces	Casi Siempre
1	De conjunto, se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa predomina la armonía.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
6	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene un problema, los demás lo ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor					
12	Ante una situación familiar difícil, somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos					

Fuente: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-paratrabajo-social/>

Procedimiento de calificación de la prueba FF – SIL

(Resultados de la prueba F-SIL)	Puntaje y Criterio Diagnóstico
Familia severamente disfuncional	Severamente disfuncional de 14 a 27 puntos
Familia disfuncional	Disfuncional de 28 a 42 puntos
Familia moderadamente funcional	Moderadamente funcional de 43 a 56
Familia funcional	Funcional de 57 a 70

Fuente: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-paratrabajo-social/>

Valores de la prueba FF - SIL

Valores de la prueba FF – SIL

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

La puntuación total se alcanza sumando los valores de cada respuesta

Fuente: <http://danalarcon.com/plantilla-cuestionario-de-funcionamiento-familiar-ff-sil-paratrabajo-social/>