

UCUENCA

Universidad de Cuenca

Facultad de Ciencias Médicas

Carrera de Enfermería

Deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca. 2022

Trabajo de titulación previo a la obtención del título de Licenciada en Enfermería.

Modalidad: proyecto de investigación

Autor:

Paola Xiomara Fárez Quito

Juliana Cecibel Feijoo Arevalo

Director:

Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas

ORCID: 0000-0003-3203-8225

Cuenca, Ecuador

2023-02-07

Resumen

Introducción: El deterioro cognitivo es uno de los problemas más frecuentes en los adultos mayores institucionalizados que afecta la calidad de vida e interfiere en las actividades diarias.

Objetivo: Determinar el nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos de la Ciudad de Cuenca, 2022-2023.

Metodología: Se realizó un estudio cuantitativo, descriptivo de corte transversal con una muestra de 76 participantes de dos Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca. Para la recolección de datos se aplicó un formulario de las variables sociodemográficas y los instrumentos *Test Minimal de Folstein* y *Evaluación Cognitiva de Montreal*. Los datos recogidos fueron transcritos y analizados en el programa estadístico SPSS versión 28 y posteriormente los resultados interpretados mediante porcentajes y frecuencias

Resultados: La edad más frecuente fue de 65-75 años, predominaron: el sexo femenino con 57.9%, solteros en un 53.3% e instrucción primaria del 47.4% y tiempo de residencia en los asilos del 43.4% en el rango de 1-5 años. La evaluación del deterioro cognitivo con el *Minimal de Folstein* evidenció que el 90.8% presentaron deterioro cognitivo, de estos el 56,6% contó con deterioro cognitivo grave. Con la aplicación del test *Montreal* un 98,7% de los participantes tuvieron deterioro cognitivo, de los cuales el 61,8% de participantes se encontró dentro del grado de deterioro grave.

Conclusión: Se encontró un alto nivel de deterioro cognitivo en edades de 65-75 años, prevaleció el deterioro cognitivo grave y el leve.

Palabras clave: adulto mayor, deterioro cognitivo, centro geriátrico, pruebas de Folstein y Montreal

Abstract

Introduction: Cognitive impairment is one of the most frequent problems in institutionalized older adults that affects quality of life and interferes with daily activities.

Objective: To determine the level of cognitive impairment in older adults in geriatric centers in the city of Cuenca, 2022-2023.

Methodology: A quantitative, descriptive, cross-sectional study was conducted with a sample of 76 participants from two Geriatric Centers in the city of Cuenca. For data collection, a sociodemographic variables form and the Folstein Minimental Test and Montreal Cognitive Evaluation instruments were applied. The data collected were transcribed and analyzed in the statistical program SPSS version 28 and the results were subsequently interpreted by means of percentages and frequencies.

Results: The most frequent age was 65-75 years, with a predominance of 57.9% female sex, 53.3% single, 47.4% primary education and 43.4% time of residence in the nursing homes in the range of 1-5 years. The evaluation of cognitive impairment with the Minimental showed that 90.8% presented cognitive impairment, of which 56.6% had severe cognitive impairment. With the application of the Montreal test, 98.7% of the participants had cognitive impairment, of which 61.8% of participants were found to have severe impairment.

Conclusion: A high level of cognitive impairment was found in 65-75 years of age, with a prevalence of severe and mild cognitive impairment.

Key words: Older adult, cognitive impairment, geriatric center, Folstein and Montreal tests.

Índice

CAPÍTULO I	11
1.1 Introducción.....	11
1.2 Planteamiento del problema	12
1.3 Justificación.....	13
CAPÍTULO II	15
2. Fundamento Teórico	15
2.1 Envejecimiento	15
2.3 El deterioro cognitivo en el adulto mayor	16
2.4 Origen del trastorno cognitivo	17
2.5 Clasificación del deterioro cognitivo.....	18
2.7 Diagnóstico clínico del deterioro cognitivo	20
2.7.1 Pruebas para la detección del deterioro cognitivo	20
2.8 Importancia de evaluar el deterioro cognitivo	20
2.9 Rol del personal de Enfermería en el adulto mayor	21
CAPÍTULO III	22
3. Objetivos	22
3.1 Objetivo general	22
3.2 Objetivos específicos.....	22
CAPÍTULO IV.....	23
4. Diseño metodológico	23
4.1 Tipo de estudio:.....	23
4.2 Área de estudio:.....	23
4.3 Universo y muestra	23
4.4 Criterios de inclusión y exclusión	24
4.4.2 Criterios de exclusión	24
4.5 Variables de estudio.....	24
4.6 Métodos, técnicas e instrumentos.....	24
4.7 Procedimientos.....	25
4.8 Plan de tabulación y análisis.....	26

UCUENCA	5
4.9 Aspectos éticos	26
CAPÍTULO V	28
5. Resultados.....	28
CAPÍTULO VI	32
6. Discusión.....	32
CAPÍTULO VII.....	36
7. Conclusiones y recomendaciones	36
7.1 Conclusiones	36
7.2 Recomendaciones.....	37
CAPÍTULO IX.....	49
8. Anexos	49

Tablas:

Tabla 1. Distribución según los datos sociodemográficos, edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y tiempo de residencia de los 76 adultos mayores de los centros geriátricos Cristo Rey y Edad de Oro. Cuenca, 2022.....	28
Tabla 2. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test Minimental de Folstein, Cuenca 2022	29
Tabla 3. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test Minimental y características sociodemográficas, Cuenca 2022	29
Tabla 4. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test MoCA, Cuenca 2022.	30
Tabla 5. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test MoCA y características sociodemográficas, Cuenca 2022	31

Anexos:

Anexo A: Operacionalización de las variables sociodemográficas	49
Anexo B: Formulario de recolección de datos generales.....	50
Anexo C: Test Minimal de Folstein.....	50
Anexo D: Test de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA).....	52
Anexo E: Consentimiento Informado.....	53
Anexo F: Carta de intereses.....	58
Anexo G: Autorización del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca para la Realización del Proyecto de Investigación	60

Dedicatoria

En primer lugar, doy gracias a Dios, por haberme dado fuerza y valor para culminar esta etapa de mi vida. Agradezco también la confianza y el apoyo incondicional brindado por parte de mis padres Vicente y Sonia, que sin duda alguna en el trayecto de mi vida me han demostrado su amor, corrigiendo mis faltas y siempre estado a mi lado. Dedico este trabajo especialmente a mi madre Sonia por ser mi guía, mi fortaleza, por ayudarme con el cuidado de mi hija Sofía y brindarnos su amor incondicional, además de enseñarme cada día a ser mejor; a mi padre Vicente, que a pesar de la distancia siempre ha estado pendiente, me ha sabido guiar, aconsejar y apoyar en todo momento; a mi hermanita Gabriela y mi abuelita Marianita, que han estado a mi lado ayudándome siempre en lo que pueden, a mi hija por su cariño que ha sido fundamental en mi vida.

También a mi compañera Juliana por su amistad y apoyo, en todo este trayecto universitario en el cual hemos compartido experiencias y aprendido juntas.

Paola Xiomara Farez Quito.

Dedicatoria

Primeramente, doy gracias a Dios y a la Virgen por todas las bendiciones, y por darme salud y vida para llevar a cabo este trabajo. A mi madre Laura se lo dedico principalmente, quien me guió en todo el transcurso de mi preparación académica, me motivó a no dejar de luchar, gracias por estar presente en todos los momentos, escucharme, aconsejarme y demostrarme tu apoyo pleno e incondicional y por enseñarme a afrontar y superar los obstáculos sin perder la paciencia y la calma. También a mis hermanos Amy, Ricardo y Bryan por brindarme siempre su aprecio y cariño, a mi familia que ha estado presente en todo momento con sus consejos, oraciones, palabras confortadoras quienes me han enseñado a ver con claridad mi perseverancia y empeño. Agradezco a mi padrino Freddy y amiga Fernanda que con sus ánimos me dieron la fortaleza para no desvanecer en medio del camino.

A mi compañera Paola, que más que ser una compañera fue una guerrera, gracias por tu paciencia y constancia juntas hemos logrado sobresalir.

Juliana Cecibel Feijoo Arevalo

Agradecimiento

Primeramente, damos gracias a Dios por darnos la fortaleza y valor para alcanzar nuestros objetivos. Agradecemos a nuestros padres por habernos brindado su apoyo incondicional en el transcurso de nuestra formación académica, quienes nos inculcaron a ser perseverantes.

Un especial agradecimiento a nuestra Directora y asesora de tesis Dra. Jeanneth Tapia, quien con sus conocimientos, experiencias y motivación nos ha guiado constantemente, gracias por su comprensión y paciencia durante todo el desarrollo de este trabajo.

Agradecemos de igual manera a la carrera de Enfermería y docentes por permitirnos formar parte de ella y orientarnos en nuestra formación.

Finalmente, agradecemos a todas aquellas personas que de alguna forma estuvieron involucradas al Hogar Cristo Rey y Centro Edad de Oro, gracias por su colaboración y apertura hemos podido llevar a cabo el trabajo de investigación.

Paola Farez y Juliana Feijoo

CAPÍTULO I

1.1 Introducción

La investigación planteada surge por el incremento de la población adulta mayor y los diversos cambios que conlleva un envejecimiento, siendo uno de ellos el deterioro de las funciones cognitivas que afecta en el desarrollo de sus actividades normales. La Organización Panamericana de la Salud define a los adultos mayores como a las personas de 60 años o más (1).

En esta etapa de la vejez un suceso multidimensional, continuo y heterogéneo intervienen una serie de mecanismos a nivel social, físico y psicológico, lo cual es muy notable en los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en los asilos de ancianos (2) (3). A medida que las sociedades envejecen y al mismo tiempo se vuelven más complejas tecnológicamente, aumenta el interés en comprender los efectos del envejecimiento sobre la función cognitiva (4) .

Según la Organización Mundial de la Salud, 50 millones de personas en el mundo padecen deterioro cognitivo, con unos diez millones de casos nuevos cada año, de los cuales la enfermedad de Alzheimer representa un 60-70% (5). En los próximos 20 años, a medida que el número de personas mayores de 65 años casi se duplica y los mayores de 85 años casi se cuadruplica, las tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad por deterioro cognitivo aumentarán dramáticamente (6). Sumado a lo anterior, los Adultos Mayores que presentan deterioro cognitivo con frecuencia padecen una o más enfermedades crónicas o multimorbilidad, lo que incluye enfermedad arterial coronaria, diabetes mellitus y enfermedad pulmonar obstructiva crónica (6).

Ecuador cuenta con más de 17 millones de habitantes de los cuales 1.049.824 personas son adultos mayores (7). Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social, a nivel nacional los adultos mayores demostraron en su mayoría un nivel de deterioro cognitivo leve con un 51.4%. A nivel zonal hay un aumento del 59.8% de deterioro cognitivo en la zona 6 a diferencia del resto (8). En el año 2016 la prevalencia de deterioro cognitivo fue del 25.5% en los adultos mayores evaluados en las provincias de Loja, El Oro y Zamora Chinchipe (9).

Es por eso que en la presente investigación se determinó el nivel de deterioro que tienen los adultos mayores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca, cuyo propósito fue adquirir información para a futuro brindar intervenciones y tratamientos que mejoren, retrasen o prevengan las alteraciones que se producen en las capacidades cognitivas de este deterioro. Además, que sirva para la creación de nuevas investigaciones en base al tema.

1.2 Planteamiento del problema

La población de los adultos mayores ha incrementado a nivel mundial en Latinoamérica y el Caribe, la expectativa de crecimiento en la población de los adultos mayores en los próximos 15 años será de un 71 %, estando en la escala más alta a nivel mundial, seguido por Asia con un 66%, África 64%, Oceanía en un 47%, Norteamérica 41% y la región Europa en un 23% (10), (11).

El deterioro cognitivo (DC) es uno de los problemas que se presentan con más frecuencia en la población de la tercera edad como consecuencia del envejecimiento (2). En estudios realizados a nivel global, se identifica que la prevalencia de DC se encuentra entre el 9 % y el 25 %. De igual manera la prevalencia de deterioro cognitivo leve (DCL) en los adultos mayores institucionales se sitúa entre el 38,7 % y el 44% (12). Mientras que, en Ecuador su prevalencia es alta, detectándose índices entre el 35 y el 60 % de trastorno cognitivo desde la edad de los 65 años en adelante (13). De hecho, las alteraciones neuropsiquiátricas representan un 6,6 % de discapacidad total en este grupo (14).

Debido al aumento de la población, las enfermedades crónicas como: la hipertensión arterial, la diabetes, desencadenan un descenso en las funciones mentales que lleva consigo a un deterioro cognitivo (13). El mismo que es parte de una de las patologías más recurrentes en esta etapa, que influye fundamentalmente en la calidad de vida de las personas (10). Además, es una de las mayores causas de morbilidad y mortalidad en el mundo constituyéndose en un problema de Salud Pública. Los cambios cognitivos asociados con la edad se reflejan principalmente en una disminución en la velocidad y en la eficiencia del procesamiento intelectual que se observa en la etapa del envejecimiento (15).

Una mayor prevalencia del declive de esta función cognitiva se da en personas con un estrato socioeconómico bajo, sexo femenino, enfermedades como: diabetes, hipertensión arterial, alteraciones visuales y la polifarmacia (16). Existen aspectos que predicen el deterioro cognitivo como son el alto grado de síntomas depresivos, los estados de malnutrición, las horas de sueño prolongado y una lentitud en la velocidad de la marcha causando que el adulto mayor se vuelva frágil (17).

De seguir con esta problemática en los servicios de salud, seguirá trayendo consecuencias negativas a nivel personal, asistencial y familiar, lo cual afectará significativamente en los costos económicos y sociales, siendo un factor causante para la enfermedad del Alzheimer y el progreso de otros tipos de demencias (10).

Por lo mencionado anteriormente, se decide realizar en los centros geriátricos Hogar Cristo Rey y Edad de Oro de la Ciudad de Cuenca un estudio que permita analizar el nivel de deterioro cognitivo en las personas adultas mayores, donde además se podrá identificar diferentes características sociodemográficas tales como: la edad, sexo, estado civil, escolaridad, tiempo de residencia y nivel de deterioro cognitivo, con el fin de mejorar la calidad de vida y realizar un diagnóstico precoz.

Ante esta situación surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos Hogar Cristo Rey y Edad de Oro de la ciudad de Cuenca, 2022-2023?

1.3 Justificación

Los adultos mayores conforman uno de los pilares fundamentales hacia la sociedad, es imprescindible brindar atención y estabilidad en el marco del respeto. El deterioro cognitivo es un problema de salud que afecta a los adultos mayores y que tiene grandes repercusiones en su salud y funcionalidad. En la actualidad son pocos los estudios relacionados con las características relacionadas al deterioro cognitivo para mejorar la intervención de enfermería, estimular y fortalecer la memoria, así mismo ha sido muy poco estudiado dentro del área de enfermería en nuestro país.

El profesional de Enfermería juega un papel muy importante dentro del equipo de salud, tanto en la prevención y detección del deterioro cognitivo, así como en la atención y cuidado integral en los adultos mayores. De ahí la relevancia de la presente investigación, cuyos resultados nos permitirán difundir cómo influyen ciertas características en la función cognitiva de los adultos mayores, determinando el nivel de DC que pueden llegar a presentar los adultos mayores en los centros geriátricos. Es por ello, que el presente estudio es importante ya que ayudará a comprender el nivel de deterioro cognitivo que afecta a los adultos mayores institucionalizados, el tipo de deterioro, mismo que proporcionará información relevante y pertinente en la toma de acciones precisas respecto a este trastorno, que favorecerá a todo el personal del centro gerontológico incluido los adultos mayores.

Además, servirá para profundizar las principales variables que están asociados al deterioro cognitivo, así como el desarrollo de estrategias y métodos preventivos. Los resultados de esta investigación se lograrán mediante la aplicación del test conocido como Mini-Mental (Test Minimental de Folstein) y MoCA (Evaluación Cognitiva de Montreal), usados para la detección

temprana de dicho deterioro e informar a sus cuidadores y encargados la situación para llevar a cabo las medidas necesarias y ayude a disminuir o prevenir su enfermedad.

Los resultados de esta investigación, pueden contribuir de forma exitosa para la creación de intervenciones en enfermería, de acuerdo con los criterios del lenguaje enfermero estandarizado, para estimular el área cognitiva en este grupo poblacional y así prevenir el deterioro cognitivo dando una mejor calidad de vida a los adultos mayores con un envejecimiento exitoso.

Además, es preciso mencionar que la respectiva investigación se encuentra dentro de las líneas de prioridades de investigación de salud 2013-2017, del Ministerio de Salud Pública, lo que corresponde a la línea 11 de salud mental y trastornos del comportamiento (18). Así mismo se ubica en las líneas de investigación 2020-2025 de la Universidad de Cuenca, correspondiente a la línea de Salud Mental (19).

Esperamos que nuestro estudio sea de gran utilidad y de vital aporte para la población, así como también, a la Salud Pública y privada, pues de esta forma se podrá conocer y proveer los recursos necesarios que garanticen a la población un abordaje y tratamiento eficaz del tema planteado para la implementación de estrategias encaminadas a la prevención del deterioro cognitivo y ayudar a los familiares a comprender el proceso por el que atraviesan las personas adultas mayores.

CAPÍTULO II

2. Fundamento Teórico

2.1 Envejecimiento

Las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se conoce como pérdidas asociadas al envejecimiento y la capacidad funcional, incapacidad para realizar actividades de la vida diaria, referentes al autocuidado como: vestirse, alimentarse, bañarse, movilizarse y actividades instrumentales de la vida diaria, como comprar, el traslado en transporte público o subir las escaleras. En términos de autonomía y dependencia; están relacionadas significativamente con el deterioro generado por la institucionalización, es decir que se constituye como un factor que actúa en la disminución de autonomía de la persona adulta mayor, al verse obligado a adaptarse a cambios en un entorno desconocido que no domina ni conoce, se deterioran sus relaciones sociales, personales y se olvida la competencia y de la historia personal (20).

Sumado a todo esto se presentan los cambios fisiológicos comunes en los adultos mayores que son responsables de una mayor probabilidad de morbilidad y mortalidad de un individuo, estos cambios se presenta en diferentes niveles, tales como: en estructuras anatómicas, funcionales, corporales y mentales, es decir el envejecimiento es el conjunto de modificaciones morfológicas y fisiológicas que aparecen como consecuencia de la acción del tiempo sobre los seres humanos, que conlleva una disminución de la capacidad de adaptación en cada uno de los órganos, aparatos y sistemas, así como de la capacidad de respuesta (21).

Si bien el envejecimiento es diferente en cada individuo y depende de ciertos factores se pueden englobar ciertas características en común de este proceso como:

2.2 Características del envejecimiento

2.2.1 Características físicas

- Disminución de la elasticidad muscular(22).
- Deterioro del sistema óseo como la aparición de deformaciones a causa de osteoporosis, acromegalia, y artritis reumatoide (22).
- Laxitud de los tejidos de sostén de los músculos. (22).
- Daño creciente de la vitalidad y fuerza muscular. (22).
- Incremento en la tensión arterial (22).

- Alteración de la próstata en los hombres y riesgo de padecer cáncer (22).
- Deterioro del sistema inmunitario frente a agentes infecciosos como virus, bacterias, hongos u parásitos (22).
- Pérdida del colágeno y elastina en la piel con aparición de arrugas y disminución en la absorción de proteínas (22).

2.2.2 Características conductuales

- Trastornos del sueño, pérdida de la agilidad y capacidad de reacción refleja (23).
- Ansiedad, irritabilidad, depresión y apatía (24).
- Ideas delirantes y trastornos de la personalidad (25).
- Aislamiento (25).

2.2.3 Características sensitivas:

- Cambios en el sentido del gusto, olfato y de la audición. (22).
- Disminución creciente de la capacidad visual, que conduce a la miopía, presbicia o cataratas (22).
- Hipoacusia progresiva (22).

2.2.4 Características cognitivas:

- Aparición de trastornos mentales y neurológicos como: deterioro cognitivo, demencias y enfermedad de Alzheimer (22).
- Pérdida de capacidades cognitivas como la memoria, la atención y en el procesamiento de la información (22).

2.3 El deterioro cognitivo en el adulto mayor

Las funciones cognitivas se definen como la capacidad de percibir el mundo a partir de múltiples procesos como: el lenguaje, memoria, aprendizaje, percepción, toma de decisiones y razonamiento, estas funciones se desarrollan con el individuo durante toda su vida y son dadas por modificaciones neurobiológicas propias del momento del ciclo vital en que se encuentre. Dentro de lo que se sabe actualmente la capacidad de aprender nueva información tiene un pico hacia los 25 años, la memoria verbal lo tiene hacia los 45 años y la orientación espacial, al igual que las habilidades aritméticas lo tiene hacia los 40 años. Dicho de otra manera, la inteligencia fluida parece tener su pico en la adultez temprana mientras que la cristalizada suele aumentar con el pasar de los años y no suele declinar fuertemente en la vejez; la inteligencia fluida se trata

de las capacidades de razonamiento o pensamientos, la velocidad de procesamiento y la resolución de problemas y la inteligencia cristalizada hace referencia a todos los conocimientos que se acumulan durante la vida y normalmente se mide por variables como el vocabulario (26). En sí, cumplen con el funcionamiento de la percepción, atención, orientación, habilidad, memoria, lenguaje y cálculo, por lo que en el envejecimiento tienen algún grado de deterioro, que puede progresar de un deterioro cognitivo a una enfermedad neurodegenerativa (27). Las funciones de la memoria que más se afectan en esta etapa, son la memoria episódica, de trabajo y la prospectiva (2).

El deterioro cognitivo es una situación clínica entre un envejecimiento normal y un posible transcurso demencial expresado por la pérdida de la memoria (28). También manifestado por estados cognitivos subjetivos y otros dominios como la atención, lenguaje, funciones ejecutivas, habilidades visuoperceptivas y visuoespaciales (29). Se interpreta a esta alteración cognitiva como leve, dado que un rendimiento por debajo de lo esperado no indica precisamente deterioro ya que es el más utilizado dentro de la literatura (30).

El hallazgo temprano del deterioro cognitivo es de vital importancia, precisamente por las implicaciones socioeconómicas, individuales y familiares que encamina a la demencia y a los inconvenientes en el tiempo real de su prevención e incluso en las limitaciones de terapias curativas, por lo que es necesario hallar síntomas iniciales del deterioro y las enfermedades crónicas que pueden apresurar la evolución o empeorar la capacidad cognitiva (31).

Existen déficits cognitivos en el adulto mayor que no llega a una demencia, es decir de que no hay alteración en las capacidades para llevar a cabo sus tareas diarias del hogar, pasatiempos o para establecer interacciones sociales y se lo caracteriza como deterioro cognitivo leve (32).

2.4 Origen del trastorno cognitivo

En las personas mayores el origen más común es el degenerativo, ya que quienes la padecen poseen mayores probabilidades de desarrollar Alzheimer, que es una causa más prevalente en el proceso clínico (33). La neurodegeneración sucede en presencia de las placas amiloides neuríticas a nivel extracelular y de ovillos neurofibrilares a nivel interneuronal (34), (33).

A medida que la persona adulta mayor va envejeciendo, existe un mayor problema de salud mental, que aproximadamente afecta a personas de la edad de 60 años o mayores a está. El sexo marca una diferencia de desarrollar deterioro cognitivo: específicamente los hombres y mujeres tienen diferentes factores de riesgo.

Los factores en las mujeres son: el hecho de tener una salud deficiente, tener algún tipo de discapacidad, tener insomnio, carecer de vínculos sociales o llevar una vida solitaria o tener depresión, también las mujeres que son dependientes para realizar sus actividades de la vida diaria tienen un riesgo de desarrollar demencia 3,5 veces mayor a los que son independientes (35). En los hombres, está relacionado con el estilo de vida, ciertas enfermedades como la diabetes, el tabaquismo, la presión arterial alta, la obesidad, la depresión y el sedentarismo.

El bajo nivel educativo se ha considerado como uno de los factores de riesgo más importante en diferentes estudios epidemiológicos sobre demencia, pero este riesgo de demencia disminuiría en un 7% por cada año de educación, si consideramos al analfabetismo y los bajos niveles de escolaridad como factores asociados para la aparición de deterioro cognitivo, nuestras poblaciones están más expuestas por el alto índice de analfabetismo en el país.

2.5 Clasificación del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se define como la alteración en uno o más de los dominios cognitivos; atención, memoria de aprendizaje, lenguaje, función ejecutiva, funciones perceptuales, psicomotoras y cognición social (36).

2.5.1 Deterioro cognitivo leve

El deterioro leve causa ligeros disturbios motores y cognitivos que no afectan la vida diaria a lo largo de la vejez, pero si no es controlado a tiempo, su velocidad puede incrementar e inclusive pueden manifestarse ciertos hechos de demencia (37).

La determinación de los subtipos clínicos del deterioro cognitivo leve, se instauró en la bibliografía internacional médica y por varios años ha mantenido su aprobación de acuerdo a la clasificación propuestas según Rae-Grant y Peterson que distinguen 4 tipos de deterioro cognitivo leve: (38)

- **Tipo amnésico:** se produce una afectación exclusiva en la memoria y es el más estudiado (39).
- **Tipo amnésico multidominio:** hay una alteración de la memoria que se acompaña de cambios en el lenguaje, en la función ejecutiva, práxica, gnósica entre otras (39).
- **Tipo no amnésico:** cursa con afectación solamente de una función que no sea la memoria, como por ejemplo en el área visuoespacial o en el lenguaje. (40)
- **Tipo no amnésico multidominio:** hay una alteración de más de un dominio que no sea la memoria. (40)

2.5.2 Deterioro cognitivo moderado

Se caracteriza por la incapacidad para recordar o retener nueva información, se reconoce por un lenguaje no coherente, desorientación en las personas e incapacidad y alto grado para resolver problemas (41).

2.5.3 Deterioro cognitivo grave

Se considera un estado avanzado del deterioro cognitivo donde las alteraciones han llegado a interferir las actividades ocupacionales, domésticas y sociales del paciente. Estas condiciones abarcan un amplio rango de síntomas que van desde la pérdida progresiva de la memoria, el deterioro de las habilidades cognitivas, alteraciones del comportamiento y motoras que van a causar la completa dependencia en el adulto mayor. (42)

2.6 Tipos de deterioro cognitivo según la etapa de presentación:

Etapa preclínica y asintomática: el uso de biomarcadores cumple un papel esencial, donde la proteína β -amiloidea y la proteína tau, reflejan de forma directa la patología por presencia de depósitos de estas proteínas (36). Hay biomarcadores de procesos neurodegenerativos o daño neuronal, como los niveles de proteína tau y tau fosforilada en líquido cefalorraquídeo (40). También biomarcadores involucrados con la muerte neuronal, estrés oxidativo e inflamación.

2.6.1 Etapa pre demencial

Está determinada por el deterioro de la memoria u otros dominios cognitivos, manteniendo la independencia en las habilidades funcionales y sin afectación de las actividades sociales u ocupacionales, esta etapa se conoce como DCL (36).

2.6.2 Etapa de demencia

Se caracteriza por el deterioro en el rendimiento de los dominios cognitivos, que influye significativamente en la capacidad de vivir de forma independiente (43).

La evolución del deterioro cognitivo depende de la entidad nosológica que los está provocando. Tras un diagnóstico de deterioro cognitivo leve, entre el 8-15% evolucionan cada año a demencia y más de la mitad revierten a un estado normal, aunque algunos autores limitan la recuperación a un 20% (44).

2.7 Diagnóstico clínico del deterioro cognitivo

Para el diagnóstico es importante adquirir una historia rigurosa y completa del paciente donde conste el cuadro clínico como: síntomas actuales, factores de riesgo como enfermedades, edad, sexo, nivel educativo y los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. El historial de la familia como antecedentes patológicos familiares para trastornos cognitivos. Además, la evaluación de las actividades diarias y de las funciones independientes, que se centra en cualquier cambio respecto al nivel funcional que normalmente realiza la persona (45).

2.7.1 Pruebas para la detección del deterioro cognitivo

Se recomienda realizar pruebas en conjunto a la valoración integral con la historia clínica completa, son la piedra angular para su diagnóstico. En los pacientes geriátricos que se sospeche deterioro cognitivo, la prueba del Minimal Mental puede ser utilizada como prueba inicial. Su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica en forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognitivo (46). El MoCA también es una prueba eficiente y concisa para la evaluación del estado cognitivo. (47)

2.8 Importancia de evaluar el deterioro cognitivo

La evaluación estándar del deterioro cognitivo incluye escalas y test que valorarán el nivel cognitivo de la persona tales como la orientación, memoria inmediata y de trabajo, atención, cálculo, recuerdo diferido, lenguaje, concentración y capacidad visuoespacial, que nos permitirá evaluar y detectar el nivel de deterioro de la persona adulta mayor ya sea leve, moderado o grave. Además de ello, se puede realizar mediante un examen clínico, incluidos exámenes neurológicos, del estado mental y cognitivos, pruebas de laboratorio como la TAC y la RM que nos brindan información sobre las zonas lesionadas en el sistema nervioso. (48)

Antes de que se diagnostique, se deben excluir o tratar otros trastornos físicos y mentales como, por ejemplo: hipotiroidismo y depresión que podrían estar contribuyendo al deterioro cognitivo. Un examen neuropsicológico incluye una evaluación completa de los principales dominios cognitivos, incluido la memoria, las funciones ejecutivas, el lenguaje, la atención y las habilidades visuoespaciales (49). También se recomienda un examen neurorradiológico como una tomografía computarizada o imagen por resonancia magnética del cerebro, aunque a veces, el diagnóstico se realiza solo con la historia clínica y la presentación de las manifestaciones clínicas solamente. (48).

2.9 Rol del personal de Enfermería en el adulto mayor

El personal de Enfermería en el ámbito del primer nivel de atención juega un papel esencial para la captación, diagnóstico, tratamiento y derivación oportuna de los mayores que presentan deterioro cognitivo leve. El test de MoCA podría emplearse en el primer nivel de atención para el diagnóstico de estos pacientes. El ejercicio, la dieta mediterránea, y la estimulación cognitiva deben ser considerados como tratamiento inicial no farmacológico, ya que pueden cambiar positivamente en la capacidad cognitiva del adulto mayor (50).

La valoración de enfermería en el adulto mayor dentro del primer y segundo nivel de atención, debe enfocarse en una valoración geriátrica integral mediante herramientas que proporciona al profesional de la salud, información necesaria para la identificación de las necesidades del paciente como escalas y cuestionarios. Uno de los test más utilizados para la detección del deterioro cognitivo en estos pacientes es el Test Minimental de Folstein (51). Basado en ello se realizara intervenciones dirigidas específicamente al paciente como entrenamiento de la memoria, ejercicio físico, terapias de orientación a la realidad, terapias de reminiscencia estimulación cognitiva (52).

CAPÍTULO III

3. Objetivos

3.1 Objetivo general

Determinar el nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos de la Ciudad de Cuenca, 2022.

3.2 Objetivos específicos

- 3.2.1 Caracterizar a la muestra de adultos mayores según edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y tiempo de residencia en los Centros Geriátricos.
- 3.2.2 Evaluar el nivel del deterioro cognitivo mediante el test Minimental y la escala MoCA en los adultos mayores de los centros geriátricos de la Ciudad de Cuenca.

CAPÍTULO IV

4. Diseño metodológico

4.1 Tipo de estudio:

Se realizó un estudio con enfoque cuantitativo descriptivo de corte transversal.

4.2 Área de estudio:

La presente investigación se desarrolló en dos Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, el Hogar Cristo Rey, ubicado en la Calle Sangurima 13-58 y Estévez de Toral, 110112 y el Centro Edad de Oro en la calle Rafael Alberti y Cristóbal Colón, 010101.

4.3 Universo y muestra:

4.3.1 Universo

El universo está integrado con 124 personas adultas mayores entre los dos centros, Hogar Cristo Rey y Edad de Oro.

Muestra

El muestreo es de tipo probabilístico y el tamaño de la muestra se calculó en el programa informático Excel mediante la siguiente fórmula para universo finito con un margen de error del 7 % y un nivel de confianza del 95%.

$$n = \frac{N * p * q * z^2}{(N - 1) * e^2 + p * q * z^2} = \frac{124 * 0.44 * 0.56 * 1.96^2}{(124 - 1) * 0.07^2 + 0.44 * 0.56 * 1.96^2} = 75,76$$

Parámetros:

n= Tamaño de la muestra

N= Tamaño de la población (124)

p= probabilidad de ocurrencia (44%= 0,44%)

q= Probabilidad de no ocurrencia (56 %)

z= nivel de confianza (95% = 1,96)

e= error de inferencia (7%= 0,07%)

Por lo tanto, el tamaño de la muestra a estudiar fue de 76 participantes.

4.4 Criterios de inclusión y exclusión

4.4.1 Criterios de inclusión

- Personas adultas mayores que residan en los centros geriátricos Hogar Cristo Rey y Edad de Oro.
- Adultos mayores con edades entre los 65 o más años.
- Adultos mayores que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.

4.4.2 Criterios de exclusión

- Personas adultas mayores con discapacidades visuales, auditivas y de lenguaje.
- Personas adultas mayores que se encuentran con medicación sedante.

4.5 Variables de estudio

1. Edad.
2. Sexo.
3. Estado civil.
4. Nivel de instrucción.
5. Tiempo de residencia en el Centro Geriátrico.
6. Deterioro cognitivo.

Operacionalización de variables (Ver Anexo 1).

4.6 Métodos, técnicas e instrumentos

Método: Cuantitativo

Técnica: Esta investigación se realizó en los centros geriátricos Cristo Rey y Edad de Oro, para lo cual se realizó las solicitudes respectivas de permiso para el acceso a las áreas de estudio. Se aplicó un formulario creado por las autoras para la recolección de las variables sociodemográficas, esta entrevista se realizó de manera directa para la recopilación de información sobre la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y tiempo de residencia en los centros geriátricos, los test MMSE y MoCA para evaluar el nivel de deterioro cognitivo, previo a ello se llenó el consentimiento informado de los participantes que cumplieron con los criterios de inclusión.

4.7 Instrumentos para la recolección de datos

Para evaluar el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores, se tomó en consideración las siguientes escalas:

Test Minimental de Folstein

Este instrumento está compuesto de 30 ítems dicotómicos que permitió evaluar seis fases cognitivas: Orientación temporal, orientación espacial, memoria de fijación, memoria de evocación, atención-cálculo y lenguaje (53). En las preguntas de la escala se califica con 0 cuando no responde y de 1 cuando si responde. La puntuación máxima es de 30, por lo que las puntuaciones inferiores a 25 indican problemas cognitivos (54). Los seis componentes se suman y la valoración de este test según la puntuación es la siguiente; sin deterioro; 25-30, deterioro cognitivo leve; 20-24, deterioro cognitivo moderado; 15-19 y deterioro cognitivo grave 0-14.

Esta prueba tiene una validez, una especificidad de 85,3 % y un alfa de Cronbach de 0.85 (55)

Test MoCA

El Montreal Cognitive Assessment es un test de tamizaje breve, enfocado para la detección del deterioro cognitivo leve y la demencia, compuesto de 19 ítems y ocho dominios cognitivos que valoran las habilidades como visuo-espacial calificado con 5 puntos, identificación de animales 3 puntos, memoria no tiene puntaje, atención: 6 puntos, lenguaje: 3 puntos, abstracción: 2 puntos, recuerdo diferido: 5 puntos y orientación: 6 puntos (56). El tiempo de administración que será requerido es de aproximadamente de 10 a 15 minutos, la puntuación se obtiene sumando todos los dominios, donde la puntuación máxima es de 30, es decir una puntuación igual o superior a 26 se considera normal y una puntuación equivalente de 0 a 25 deterioro cognitivo(57), (58). Se consideró los siguientes rangos para la calificación; deterioro cognitivo leve; 18 a 25, deterioro cognitivo moderado de 10-17 y menos de 10 deterioro cognitivo grave (59) (60). El test tiene un índice alfa de Cronbach de 0.89 de confiabilidad (61).

4.7 Procedimientos

4.7.1 Autorización

Para empezar con la investigación se solicitó la aprobación del Comité de Bioética en Investigación del Área de Salud de la Universidad de Cuenca (COBIAS).

Además de las autorizaciones respectivas a la Madre Raquel Fernández, directora del centro Cristo Rey y Psic. Cli. Rocío Ayala del centro Edad de Oro, quienes nos permitieron acceder a los centros para llevar a cabo el estudio investigativo; mediante un oficio desde la dirección de carrera, respetando las normas éticas en todo el transcurso de la investigación.

4.7.2 Capacitación

Posterior a la ejecución de la investigación se capacitó a las autoras mediante revisiones bibliográficas para la correcta aplicación de los instrumentos. De igual forma, se obtuvieron instrucciones para el desarrollo y cumplimiento de las fases del protocolo de investigación.

Los sujetos de estudio fueron las personas adultas mayores a las cuales se orientó sobre la finalidad de los test, el tiempo de duración de su aplicación y los parámetros a valorar, posterior a ello se solicitó firmar el consentimiento informado. Se realizó bajo el acompañamiento de las tutoras ante cualquier duda suscitada por los participantes.

4.7.3 Supervisión

La supervisión se realizó por parte de la directora de tesis Dra. Jeanneth Patricia Tapia Cárdenas, Mgt., docente de la Universidad de Cuenca quien revisó la consistencia y secuencia de la investigación.

4.8 Plan de tabulación y análisis

En base a nuestra investigación los datos recogidos fueron transcritos a una base digital llamada programa estadístico SPSS versión 28, se verificó la base de datos con el fin de detectar que la información ingresada sea la correcta. Además, se codificaron las variables en base a los objetivos del estudio para el análisis de los datos. El análisis es de tipo descriptivo de corte transversal, evidenciado mediante porcentajes, tablas de frecuencia y en ciertos casos se empleó gráficos para la presentación de la información recolectada.

4.9 Aspectos éticos

La presente investigación respetó los acuerdos y requisitos para el desarrollo de investigaciones con seres humanos como la declaración de Helsinki y del Ministerio de Salud Pública, así mismo el protocolo fue aprobado por el Comité de Bioética de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Cuenca. El estudio puede tener riesgo alguno para los participantes debido a que los adultos mayores se encuentran en el grupo de personas vulnerables ya que cursan por un proceso de cambio a causa del envejecimiento que afecta tanto a nivel biológico, social y psicológico lo que interviene en caso de que la persona presente alteraciones en las funciones mentales a un deterioro cognitivo.

Además, se respetó los principios bioéticos donde la participación en el estudio fue libre y voluntaria en la toma de sus decisiones. Previo a la aplicación del formulario y las escalas respectivas, se obtuvo el consentimiento informado, este fue explicado con un lenguaje sencillo sin tecnicismos y fue firmado siempre y cuando la condición del paciente lo permita o sus

familiares, quienes fueron informados en el transcurso de las visitas. Para las personas que no contaban con un grupo familiar y no eran capaces de firmar el consentimiento no formaron parte de la investigación.

La recolección de los datos se llevó a cabo dentro de los Centros Geriátricos y posteriormente se codificaron de manera reglamentaria, guardando absoluta confidencialidad de la información recabada, así como el respeto a los derechos de cada uno de los participantes del estudio.

Conflicto de intereses: No se presentó conflicto de interés ya que la investigación se desarrollará eminentemente para uso investigativo que permitirá identificar el nivel de deterioro cognitivo lo que a futuro se puede disminuir el declive de las funciones cognitivas.

CAPÍTULO V

5. Resultados

La información recolectada mediante los instrumentos de investigación se presenta mediante tablas, además del análisis e interpretación de los datos presentados.

Tabla 1. Distribución según los datos sociodemográficos, edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y tiempo de residencia de los 76 adultos mayores de los centros geriátricos Cristo Rey y Edad de Oro. Cuenca, 2022.

Variables	f (76)	% (100)
Sociodemográficas		
<u>Edad</u>		
65-75 años	35	46.1
76-85 años	26	34.2
≥86 años	15	19.7
<u>Sexo</u>		
Hombre	32	42.1
Mujer	44	57.9
<u>Estado civil</u>		
Soltero	42	55.3
Casado	12	15.8
Divorciado	7	9.2
Viudo	15	19.7
<u>Instrucción</u>		
Primaria	36	47.4
Secundaria	17	22.4
Superior	5	6.6
Analfabeto	18	23.7
<u>Tiempo de residencia</u>		
≤ 1 año	21	27.6
1-5 años	33	43.4
5-10 años	15	19.7
≥10 años	7	9.2
<u>Edad</u>¹		
± 9.004		
Media 77		

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: las autoras

En esta tabla se observa que, de la totalidad de participantes, el 57.9 % fueron mujeres. El rango de edad predominante se encontró en los 65-75 años de edad con un 46.1%. En estado civil el 53.3% de adultos mayores son solteros, el 47.4% tienen estudios primarios y tiempo de residencia en los centros geriátricos oscilo en el rango de 1 a 5 años con un 43.4%.

Tabla 2. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test Minimental de Folstein, Cuenca 2022.

Variables	f	%
Niveles de deterioro cognitivo		
25-30 Sin deterioro	7	9.2
20-24 Deterioro cognitivo leve	14	18.4
15-19 Deterioro cognitivo moderado	12	15.8
0-14 Deterioro cognitivo grave	43	56.6
Total	76	100%

Fuente: Base de datos SPSS
Elaborado por: las autoras

Según el Test Minimental de Folstein la prevalencia del deterioro cognitivo en general fue del 90.8%, presentando de estos el 56,6% deterioro cognitivo grave, seguido de deterioro cognitivo leve 18.4% en los Adultos Mayores de los Centros geriátricos.

Tabla 3. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test Minimental y características sociodemográficas, Cuenca 2022.

		Clasificación del deterioro según MMSE									
		Sin deterioro		Deterioro leve		Deterioro moderado		Deterioro grave		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	65-75 años	3	3.9	7	9.2	3	3.9	22	28.9	35	46.1
	76-85 años	4	5.3	6	7.9	5	6.6	11	14.5	26	34.2
	≥ a 85 años	0	0	1	1.3	4	5.3	10	13.2	15	19.7
Sexo	Hombre	5	6.6	7	9.2	6	7.9	14	18.4	32	42.1
	Mujer	2	2.6	7	9.2	6	7.9	29	38.2	44	57.9
Estado Civil	Soltero	5	6.6	8	10.5	3	3.9	26	34.2	42	55.3
	Casado	1	1.3	2	2.6	4	5.3	5	6.6	12	15.8
	Divorciado	0	0	2	2.6	3	3.9	2	2.6	7	9.2
	Viudo	1	1.3	2	2.6	2	2.6	10	13.2	15	19.7
Tiempo de residencia	< 1 año	1	1.3	3	3.9	4	5.3	13	17.1	21	27.6
	1-5 años	2	2.6	6	7.9	5	6.6	20	26.3	33	43.4
	5-10 años	4	5.3	2	2.6	3	3.9	6	7.9	15	19.7
	> 10 años	0	0	3	3.9	0	0	4	5.3	7	9.2
Instrucción	Primaria	3	3.9	6	7.9	7	9.2	20	26.3	36	47.4
	Secundaria	2	2.6	4	5.3	5	6.6	6	7.9	17	22.4
	Superior	2	2.6	2	2.6	0	0	1	1.3	5	6.6
	Analfabeto	0	0	2	2.6	0	0	16	21.1	18	23.7
Total		7	9.2	14	18.4	12	15.8	43	56.6	76	100

Fuente: Base de datos SPSS-Elaborado por: las autoras

En la tabla 3 muestra que el nivel de deterioro cognitivo grave fue el más frecuente con un 56.6%, dentro del mismo un 28.9% tienen edades de entre 65 a 75 años, siendo más prevalente en el sexo femenino con un 38.2%. Respecto al estado civil el 34.2% de encuestados correspondió a solteros. Finalmente, un 26.3% tuvo instrucción primaria, de igual manera el 26.3% refirieron residir en un rango de 1 a 5 años en los Centros Geriátricos.

Tabla 4. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test MoCA, Cuenca 2022.

Variables		
Nivel de deterioro cognitivo	f	%
25-30 Sin deterioro	1	1.3
20-24 Deterioro leve	12	15.8
15-19 Deterioro moderado	16	21.1
0-14 Deterioro grave	47	61,8
Total:	76	100

Fuente: Base de datos SPSS
Elaborado por: las autoras

Observamos que en la clasificación del deterioro cognitivo referente al test MoCA, el 98.7% de los participantes presentaron deterioro cognitivo, de los cuales el 61.8% tuvieron deterioro cognitivo grave, seguido del deterioro cognitivo moderado con un 21.1%.

Tabla 5. Nivel del deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos según el Test MoCA y características sociodemográficas, Cuenca 2022.

		Clasificación del deterioro según M0CA									
		Sin deterioro		Deterioro leve		Deterioro moderado		Deterioro grave		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Edad	65-75 años	1	1.3	4	5.3	9	11.8	21	27.6	35	46.1
	76-85 años	0	0	5	6.6	6	7.9	15	19.7	26	34.2
	≥ 85 años	0	0	3	3.9	1	1.3	11	14.5	15	19.7
Sexo	Hombre	1	1.3	8	10.5	8	10.5	15	19.7	32	42.1
	Mujer	0	0	4	5.3	8	10.5	32	42.1	44	57.9
Estado Civil	Soltero	1	1.3	5	6.6	11	14.5	25	32.9	42	55.3
	Casado	0	0	4	5.3	1	1.3	7	9.2	12	15.8
	Divorciado	0	0	2	2.6	1	1.3	4	5.3	7	9.2
	Viudo	0	0	1	1.3	3	3.9	11	14.5	15	19.7
Tiempo de residencia	< a un año	0	0	2	2.6	7	9.2	12	15.8	21	27.6
	1-5 años	0	0	6	7.9	5	6.6	22	28.9	33	43.4
	5-10 años	1	1.3	2	2.6	4	5.3	8	10.5	15	19.7
	> 10 años	0	0	2	2.6	0	0	5	6.6	7	9.2
Instrucción	Primaria	0	0	6	7.9	5	6.6	25	32.9	36	47.4
	Secundaria	0	0	5	6.6	6	7.9	6	7.9	17	22.4
	Superior	1	1.3	0	0	3	3.9	1	1.3	5	6.6
	Analfabeto	0	0	1	1.3	2	2.6	15	19.7	18	23.7
Total		1	1.3	12	15.8	16	21.1	47	61.8	76	100

Fuente: Base de datos SPSS

Elaborado por: las autoras

Análisis: De acuerdo al test MoCA con relación a las variables sociodemográficas, se evidenció que aquellas personas con edades entre 65 a 75 años tuvieron deterioro cognitivo grave con un 27.6 %. La mayoría de usuarios con deterioro cognitivo grave competen al sexo femenino con un 42.1% y el 19.7% masculino, predominando en el estado civil los solteros en un 32.9%. Referente al nivel de instrucción el 32.9% cursaron la primaria y el 28.5% de los encuestados con deterioro grave viven de 1 a 5 años en los centros geriátricos.

CAPÍTULO VI

6. Discusión

El envejecimiento un proceso fisiológico normal tiene desafíos, a medida que pasa el tiempo se presentan nuevas situaciones, retos, trastornos y afecciones, dentro de estas el deterioro cognitivo, que a nivel mundial constituye un problema en la salud pública con 50 millones de personas y con un aumento significativo a partir de los 65 años de edad (62) (63). Su detección a temprana edad mediante herramientas validadas es fundamental, por lo que nos hemos adentrado en realizar este trabajo investigativo enfocado en caracterizar socio demográficamente a la muestra y en evaluar el nivel de deterioro cognitivo (64).

El presente estudio se realizó con 76 personas de los Centros Geriátricos de Cuenca, cuya media de edad fue 77 y desviación estándar de ± 9.004 , donde la mayoría fueron mujeres con un 57.9%, de instrucción primaria 47.4%, estado civil soltero 55.3% y residían de 1 a 5 años el 43.4%.

De acuerdo al Test Minimental se evaluó el nivel de deterioro cognitivo que padecieron estas personas residentes en los centros geriátricos, encontrando que el 56,6% presentaron deterioro cognitivo grave, un 18.4% deterioro cognitivo leve y un 15.8% deterioro cognitivo moderado; indicando una mayor prevalencia en el deterioro cognitivo grave; sin embargo, el 90.8% de todos los participantes encuestados tuvieron deterioro cognitivo.

Los datos mencionados se distinguen claramente con los observados en un estudio descriptivo transversal desarrollado por Mendoza J, et al, sobre “Relación entre probable deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores que asistieron a asilos, centros y hospitales”; quienes manifestaron que la mayoría de personas presentaron un nivel de deterioro cognitivo grave (20.3%), posterior el deterioro leve (8.5%) y moderado el 16.0%. (65)

A su vez, como sostienen en su estudio Camargo-Hernández K, et al. Titulado como “Grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos en Colombia” se determinó que un 41.7% de los participantes tuvieron deterioro cognitivo grave,(66) esto tiene correlación con nuestros resultados del 56.6%.

En el estudio de Solís Y Vargas H, sobre factores asociados con el deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia en Lima y Callao que fueron realizados con 1290 adultos mayores, se encontró que de los entrevistados el 17% obtuvieron deterioro cognitivo (67). En otra investigación sobre “Rendimiento diagnóstico del Minimental en trastorno cognitivo en Colombia el nivel predominante de deterioro cognitivo fue del 51% (68). (69)

Cifras que discrepan con las de nuestro estudio porque encontramos que el 90.8% prevalecen deterioro cognitivo. Mientras que, Angamarca D. et al, sobre “Eficacia del mini mental y Pfeiffer para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años” encontró resultados similares con el 91% que mantuvieron deterioro cognitivo, en el mismo fue más frecuente el nivel de escolaridad primaria con el 32%, concordando con nuestro estudio que fue del 47.4% (70).

En relación al deterioro cognitivo con las variables sociodemográficas, predominó el nivel de deterioro cognitivo grave en el rango de edad de 65-75 años con un 28.9%. Resultados parecidos del trabajo de Jiménez, evidenciaron que en gran mayoría de la población tuvo deterioro cognitivo grave entre las edades de 60-70 años.

Según el sexo relacionado con el deterioro cognitivo grave fue notorio en las mujeres con el 38.2% y de estado civil la gran mayoría correspondió a solteros, con una instrucción primaria del 26.3% y tiempo de residencia mayoritario de 1-5 años, resultados similares a los de la investigación de Camargo K y Laguado E, donde se evidenció que el tiempo que permanecieron en los centros fue de 1 a 5 años con el 55% semejantes al mismo rango de este estudio. (66)

También estos resultados se pueden ver asociados al grado de instrucción de los participantes, según los datos obtenidos en esta variable el 47.4% de los adultos mayores tienen una instrucción primaria y un 23.7% analfabeta. Lo cual puede convertirse en un factor de riesgo para el desarrollo del deterioro cognitivo de la población adulta mayor, estos datos coinciden con lo expuesto por Rodríguez y Sánchez, en su investigación sobre la reserva cognitiva y demencia en donde hacen relación a la reserva cognitiva como aquel “mecanismo que vincula los niveles educativos bajos con un mayor riesgo de padecer un proceso neurodegenerativo”; por ende un mayor nivel educativo puede actuar como un factor protector que ayudará a evitar el deterioro cognitivo (71).

Conviene aclarar que al aplicar el test Montreal Cognitive Assessment se obtuvo que el 98.7% tienen deterioro cognitivo en relación con el nivel de deterioro y las variables sociodemográficas los valores obtenidos con este test fueron mayores a los presentados con el test MMSE, en el deterioro cognitivo total hay una diferencia del 8%, debido a que MoCA tiene un punto de corte de 26 en el cual los valores menores a 26 darán como resultado el deterioro cognitivo, por el contrario MMSE presenta un punto de corte de 25 de ahí la diferencia en los porcentajes (72). Existe poca evidencia en cuanto a trabajos sobre el uso del test MoCA en Latinoamérica. A continuación, se exponen los datos obtenidos por la aplicación del test MoCA

De los 76 pacientes que constituyó la muestra para este trabajo investigativo, sometidos al Test de MoCA se demostró que el 61.8% presenta deterioro cognitivo grave, 21.1% deterioro cognitivo moderado y 15.8% deterioro cognitivo leve. Siendo más prevalente el deterioro cognitivo grave en mujeres con un 42.1% lo cual se contrapone al estudio realizado por Villarreal A, et al, sobre el deterioro cognitivo, depresión y concurrencia de ambos entre los adultos mayores en Panamá, en el cual el 22.5 % de mujeres presenta deterioro cognitivo,(73) estas diferencias se pueden explicar por los criterios de muestreo y los instrumentos utilizados. Según Garzón, Cardona y Segura año 2016 en Medellín-Colombia, manifiesta que el deterioro cognitivo tiende a ser mayor en las mujeres debido a los factores sociodemográficos como la edad, el estado civil soltero y la baja educación. (74)

Otras literaturas no consideran un factor de riesgo determinante para el deterioro cognitivo al estado civil, sin embargo y tomando en cuenta los hallazgos de nuestro estudio, en el cual el 55.3% de adultos mayores solteros presentan deterioro cognitivo nos parece que deberíamos considerarlo como factor de riesgo.

A su vez el estudio realizado por Pedroza L, y colaboradores año 2019 en Colombia, señaló que el bajo nivel educativo es un factor importante para el desarrollo de deterioro cognitivo en la vejez y menciona que por cada año de instrucción o preparación académica el riesgo de tener deterioro cognitivo o en un futuro una enfermedad como la demencia disminuye en un 7%. (75) Mientras que en nuestro estudio encontramos que el 47.4% solo han cursado la primaria y de este grupo el 32.9% presentaron deterioro cognitivo grave, es decir que se correlaciona con el mismo debido a que la mayoría tuvo un bajo nivel educativo.

Las implicaciones fueron tanto académicas como prácticas; en el ámbito académico está direccionada a encaminar futuras investigaciones sobre el deterioro cognitivo en personas adultas mayores, además de contribuir con información debido a que en el país son pocas las investigaciones realizadas sobre el tema. Por otro lado, en el ambiente práctico ayudará en la toma de decisiones sobre la implementación de programas para los adultos mayores institucionalizados con el fin de prevenir tempranamente el deterioro cognitivo.

Entre las limitaciones del estudio está la falta de información actualizada, la escasez de investigaciones dentro del país. El manejo de instrumentos validados para la detección del deterioro cognitivo son herramientas que ayudan de manera económica y rápida, sin embargo,

se requiere de otros instrumentos para la detección de afecciones neurológicas de manera más precisa que posiblemente estén asociadas al deterioro cognitivo.

El personal de Enfermería en el primer y segundo nivel de atención en salud es fundamental en el desarrollo de las actividades de promoción, prevención, curación, rehabilitación que permiten resolver de manera oportuna el mayor número de necesidades y problemas de salud en la población.

Respecto al papel que juegan los profesionales de Enfermería resulta indispensable la valoración de los adultos mayores en cuanto al deterioro cognitivo para la detección e identificación precoz mediante herramientas como los test cognitivos.

Los ancianos requieren de cuidados integrales y humanizados que ayuden a mantener dentro de lo posible el estado de su salud. Además, es primordial la evaluación temprana para implementar intervenciones centradas en mejorar la calidad de vida de los usuarios y retrasar en su gran mayoría la dependencia y los problemas cognitivos, centradas en mantener las funciones y estimulación cognitiva en conjunto con el equipo multidisciplinar.

El profesional de enfermería es uno de los actores implicados en este primer escalón de una estrategia asistencial progresiva, que comienza con la detección del deterioro cognitivo mediante un examen mental breve en atención primaria. En general, los test breves de detección como el Minimental son más empleados para la valoración inicial del deterioro cognitivo. Desde el primer momento, en la atención primaria del paciente con esta afección, el profesional de enfermería puede proponer algunas intervenciones para aminorar la progresión hacia demencia o incluso revertir la situación de deterioro cognitivo.

CAPÍTULO VII

7. Conclusiones y recomendaciones

7.1 Conclusiones

Una vez finalizado con el análisis de los resultados obtenidos a través del formulario de datos sociodemográficos, test Minimental y MoCA para la valoración del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca recabamos las siguientes conclusiones:

- El deterioro cognitivo se ha incrementado a nivel mundial, según la OMS en 2015, la demencia afectó a 47 millones de personas en todo el mundo; aproximadamente el 5% de la población adulta mayor del mundo, cifra que se prevé que aumente a 75 millones en 2030. Revisiones recientes estiman que globalmente casi 9.9 millones de personas desarrollan demencia cada año; esta cifra se traduce en un nuevo caso cada tres segundos (76).
- Se evidenció que del total de participantes fue más predominante el sexo femenino, con un rango de edad de entre 65-75 años, en su mayoría con un estado civil soltero, contaron con un bajo nivel académico y residieron dentro de los centros en un periodo de 1 a 5 años.
- Según el Test Minimental de Folstein el 90.8% de los evaluados obtuvieron puntuaciones menores a 25 indicando problemas de deterioro cognitivo, de estos el 56,6% presentaron deterioro cognitivo grave, seguido del deterioro cognitivo leve con un 18.1%.
- De acuerdo a los datos alcanzados con el test MoCA un 98.7% contaron con deterioro cognitivo, de los cuales el 61.8% evidenciaron deterioro grave.
- Si bien, parece que la edad es el predominante para desarrollar esta alteración, las probabilidades también se incrementan cuando las personas tienen un bajo nivel de instrucción.

- Como se evidenció en el estudio investigativo la aplicación de los test validados resultan una herramienta más económica y de gran ayuda sobre todo como guía en el actuar del personal de la salud a la hora de evaluar, tratar o detectar el nivel de deterioro cognitivo.

7.2 Recomendaciones

- Al personal que labora en los centros geriátricos evaluar periódicamente el estado cognitivo en los adultos mayores, para detectar tempranamente el deterioro cognitivo mediante el test Minimental que es una de las pruebas más utilizada en nuestro medio.
- Determinar intervenciones de enfermería específicas para tratar a los adultos mayores que presenten deterioro cognitivo.
- Incluir a los adultos mayores en las diversas actividades participativas que desarrollan en los centros tales como: juegos recreativos, manualidades, apoyo social y psicológico de manera que se lleve a cabo un envejecimiento digno y activo.
- Realizar actividades lúdicas para la estimulación cognitiva que de tal manera permita mantener o mejorar el rendimiento de las capacidades cognitivas.
- Incorporar a los adultos mayores en programas, espacios de socialización y encuentros para la prevención y promoción del deterioro cognitivo, mediante actividades recreativas, culturales, sociales, formativas y de prevención, facilitando la integración y participación del adulto mayor en la familia.
- Capacitar al personal que labora en los centros geriátricos mediante charlas, conferencias porque enfermería es la clave para detectar a tiempo el declive de las funciones cognitivas.
- Crear conciencia sobre la importancia de tratar al adulto mayor con deterioro a partir de la formación de los y las enfermeras.
- Realizar nuevas investigaciones centradas en el actuar del personal de enfermería a partir de los datos obtenidos.
- Continuar con el apoyo de las autoridades y personal de la salud que labora en el centro geriátrico Cristo Rey y Centro Edad de Oro.

Referencias bibliográficas

1. Dávila G F. Perfil epidemiológico en el adulto mayor Ecuatoriano INEC [Internet]. 2006. Disponible en: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Perfil_Epidemiologico_Adul_Mayor_2006.pdf
2. Camargo Hernández KDC, Laguado Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Univ Salud [Internet]. 30 de agosto de 2017 [citado 22 de marzo de 2022];19(2):163. Disponible en: <http://revistas.udenar.edu.co/index.php/usalud/article/view/2974>
3. Olivera-Pueyo J, Pelegrín-Valero C. Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. Psicogeriatría [Internet]. 2015 [citado 8 de abril de 2022];5(2):11. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf
4. Martin M, Clare L, Altgassen AM, Cameron MH, Zehnder F. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. Cochrane Database Syst Rev [Internet]. 2011 [citado 12 de abril de 2022];(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006220.pub2/full/es?highlightAbstract=cognitiv%7Ccognitivo%7Cdeterioro%7Cdeterior>
5. Organización Mundial de la Salud. Demencia. 2020 [citado 31 de enero de 2023]; Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
6. Ocampo-Chaparro JM, Reyes-Ortiz CA, Ocampo-Chaparro JM, Reyes-Ortiz CA. Efecto conjunto de deterioro cognitivo y condición sociofamiliar sobre el estado funcional en adultos mayores hospitalizados. Rev Latinoam Psicol [Internet]. diciembre de 2021 [citado 12 de abril de 2022];53:20-9. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0120-05342021000100020&lng=en&nrm=iso&tlng=es
7. Ministerio de inclusión económica y social. Dirección Población Adulta Mayor [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

8. Flores S, Sánchez P, Flores C, Rosero G. INFORME DE INDICADORES DE LOGROS DE LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR ATENDIDA POR EL MIES. febrero de 2021; Disponible en:
https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion_intergeneracional/2020/informe_de_indicadores_de_logros_de_la_poblacion_adulta_mayor_atendida_por_el_mies_septima_y_octava_ronda.pdf
9. Funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la zona 7. Ecuador, 2016 | Tigre Bueno | Medicina [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en:
<https://editorial.ucsg.edu.ec/ojs-medicina/index.php/ucsg-medicina/article/view/871>
10. Benavides-Caro CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev Mex de Anestesiología [Internet]. 2017 [citado 22 de marzo de 2022];40(2):6. Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/318305410_Deterioro_cognitivo_en_el_adulto_mayor
11. Cancino M, Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Ter Psicológica [Internet]. 2016 [citado 8 de enero de 2023];34(3):183-9. Disponible en: <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/102>
12. Vallejo Sánchez JM, Rodríguez Palma M. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Gerokomos [Internet]. diciembre de 2010 [citado 8 de junio de 2022];21(4):153-7. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2010000400003&lng=es&nrm=iso&tlng=es
13. Guillermo León Samaniego, Tumbaco MR, León E, Romero H. REVISTA SALUD Y BIENESTAR COLECTIVO. RESBIC [Internet]. 2018 [citado 22 de abril de 2022];2:18. Disponible en: <https://revistasaludybienestarcolectivo.com/index.php/resbic/article/view/46>
14. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. 2017 [citado 22 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
15. Rosselli M, Ardila A. Deterioro Cognitivo Leve: definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias [Internet]. abril de 2012 [citado 8 de abril

- de 2022];12(1):12. Disponible en:
https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2012_rosselli-ardila_-deterioro-cognitivo-leve.pdf
16. Durán-Badillo T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enferm Univ [Internet]*. 1 de abril de 2013 [citado 22 de marzo de 2022];10(2):36-42. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706313726277>
17. Rendón-Torres L, Sierra-Rojas I, Benavides-Guerrero C, Botello-Moreno Y, Guajardo-Balderas V, García-Perales L. Factores predictores del deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años. *Enferm Clínica [Internet]*. 1 de marzo de 2021 [citado 22 de marzo de 2022];31(2):91-8. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862120305271>
18. Ministerio de Salud Pública. Prioridades de investigación en salud, 2013-2017. 2017;38. Disponible en: http://www.investigacionsalud.gob.ec/wp-content/uploads/2016/10/PRIORIDADES_INVESTIGACION_SALUD2013-2017-1.pdf
19. COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA UNIVERSIDAD DE CUENCA. LÍNEAS DE INVESTIGACIÓN 2020-2025. 2020.
20. Torregroza ELC, Jaimes EL, Carbonell MM, Hernández K del CC. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Rev Cuba Enferm [Internet]*. 26 de febrero de 2019 [citado 8 de abril de 2022];34(4). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640>
21. Alvarado García AM, Salazar Maya ÁM. Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos [Internet]*. junio de 2014 [citado 25 de mayo de 2022];25(2):57-62. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1134-928X2014000200002&lng=es&nrm=iso&tlng=es
22. Rodio S. Fisioterapeuta. Funciones Básicas. [Internet]. Abril 2017. Vol. 2. Ediciones Rodio; 2017 [citado 25 de marzo de 2022]. 646 p. Disponible en: <https://books.google.com.ec/books?id=82kpDwAAQBAJ&pg=PT576&lpg=PT576&dq=P%C3%A9rdida+progresiva+de+los+sentidos+del+gusto+y+de+la+audici%C3%B3n.+P%C3%A>

9rdida+progresiva+de+la+capacidad+visual:+S%C3%ADntomas+que+conducen+a+la+pre
sbicia,+miop%C3%ADa,+cataratas,+etc.+Hipoacusia+progresiva&source=bl&ots=hETBS8
KhJX&sig=ACfU3U0e3i_vKZ9TgLG3p9fPxTdX0jo6xg&hl=es&sa=X&ved=2ahUKEwjZ27Ch
nPz3AhV8mIQIHQihBjMQ6AF6BAgCEAM#v=onepage&q&f=false

23. D'Hyver de las Deses C. Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. Rev Fac Med México [Internet]. 2018 [citado 25 de mayo de 2022];61(1):33-45. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0026-17422018000100033&lng=es&tlng=es&nrm=iso
24. Cancino M, Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. Ter Psicológica. diciembre de 2016;34(3):183-9.
25. TE.GS_MezaElsy-RiañoMaría-MuñozAna-SánchezJohn_2020.pdf [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11074/1/TE.GS_MezaElsy-Ria%C3%B1oMar%C3%ADa-Mu%C3%B1ozAna-S%C3%A1nchezJohn_2020.pdf
26. Fisher GG, Chacon M, Chaffee DS. Chapter 2 - Theories of Cognitive Aging and Work. En: Baltes BB, Rudolph CW, Zacher H, editores. Work Across the Lifespan [Internet]. Academic Press; 2019 [citado 12 de abril de 2022]. p. 17-45. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/B9780128127568000025>
27. Jaeger C. Fisiología del envejecimiento. EMC - Kinesiterapia - Med Física [Internet]. 1 de abril de 2018 [citado 2 de abril de 2022];39(2):1-12. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S129329651889822X>
28. Paredes-Arturo YV, Yarce-Pinzón E, Aguirre-Acevedo DC. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. Interdisciplinaria [Internet]. 2021 [citado 1 de abril de 2022];58-72. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1668-70272021000200058
29. Genis-Mendoza AD, Martínez-Magaña JJ, Bojórquez C, Téllez-Martínez JA, Jiménez-Genchi J, Roche A, et al. Programa de detección del alelo APOE-E4 en adultos mayores mexicanos con deterioro cognitivo. Gac Médica México [Internet]. 2018 [citado 17 de enero de

- 2023];154(5). Disponible en:
https://www.gacetamedicademexico.com/frame_esp.php?id=195
30. Arriola Manchola E, Lopez Trigo JA. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor: documento de consenso [Internet]. Vol. 52. Madrid; 2017. Disponible en:
<https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
31. Esterlin YH, Torres CMC, Ruíz GP. PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS MAYORES DE 60 AÑOS, EN UN CONSULTORIO MÉDICO DE LA REGIÓN DE ALTAHABANA (CUBA), PERTENECIENTE AL MUNICIPIO BOYEROS. AÑO 2020. Horiz Enferm [Internet]. 30 de agosto de 2021 [citado 2 de abril de 2022];32(2):118-28. Disponible en: <http://horizonteenfermeria.uc.cl/index.php/RHE/article/view/39121>
32. Parada Muñoz KR, Guapizaca Juca JF, Bueno Pacheco GA, Parada Muñoz KR, Guapizaca Juca JF, Bueno Pacheco GA. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Rev Científica UISRAEL [Internet]. agosto de 2022 [citado 2 de octubre de 2022];9(2):77-93. Disponible en:
http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2631-27862022000200077&lng=es&nrm=iso&tlng=es
33. Sáez CMZ, Espeso EAR, Jentoft LAHS y AJC. El deterioro cognitivo en los mayores. Med - Programa Form Médica Contin Acreditado [Internet]. 1 de diciembre de 2021 [citado 1 de abril de 2022];13(46):2671-87. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0304541221003048>
34. Cervigni M, Martino P, Alfonso G, Gallegos M. Cribado de deterioro cognitivo leve en Rosario (Argentina). Resultados por edad, género y nivel educativo. Neurol Argent [Internet]. 1 de abril de 2021 [citado 1 de abril de 2022];13(2):95-102. Disponible en:
<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S185300282100032X>
35. DACER. Deterioro cognitivo: Factores de riesgo para hombres y mujeres Dacer centro de neurorrehabilitación y daño cerebral [Internet]. Dacer centro de neurorrehabilitación y daño cerebral. 2020 [citado 8 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://www.dacer.org/deterioro-cognitivo-factores-de-riesgo-para-hombres-y-mujeres/>

36. Chacón-Valenzuela E, Morros-González E, Vargas-Beltrán MP, Venegas-Sanabria LC, Gómez-Arteaga RC, Chavarro-Carvajal D, et al. Fragilidad cognitiva, un desafío en evolución. Univ Médica [Internet]. 25 de junio de 2019 [citado 8 de abril de 2022];60(3):1-11. Disponible en: <https://revistas.javeriana.edu.co/index.php/vnimedica/article/view/24529>
37. Romero Reyes YY, Andrade Valbuena LP. ¿Es posible impedir el progreso del deterioro cognitivo leve por medio de tratamientos no farmacológicos? Rev Colomb Psiquiatr [Internet]. 24 de agosto de 2021 [citado 8 de mayo de 2022]; Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021001281>
38. Montoya CMO, Pedrón AM, Díaz GAB. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. MEDISAN [Internet]. 9 de octubre de 2019 [citado 17 de enero de 2023];23(5):875-91. Disponible en: <https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2719>
39. Manchola EA, Pardo CC, Pérez AF, Mongil RL, Trigo JAL, Palomo SM, et al. DETERIORO COGNITIVO LEVE EN EL ADULTO MAYOR. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA [Internet]. 2017; Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
40. Fernández FV. Recomendaciones para el manejo de deterioro cognitivo. [Internet]. Fundación Sociedad Andaluza de Neurología. Vol. 70. Calle Rastrillo, 8, 41020 Sevilla.: Imprenta y Papelería Rojo, S.L.; 2019 [citado 9 de abril de 2022]. 156 p. Disponible en: <https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf>
41. Esteban MNB, Rueda AV, Cabaco DAS. Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (dcl) disputes and. Int J Dev Educ Psychol [Internet]. 2014 [citado 17 de enero de 2023];1(2):47-53. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349833719007>
42. Montoya CMO, Pedrón AM, Díaz GAB. Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. MEDISAN. 2019;23(5):875-91.
43. Saldaña Díaz AI, Herrera Tejedor J, Esteban de Antonio E, Martín Gómez MÁ, Simón Campo P, Salgado Cámara P, et al. Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. Rev Neurol [Internet]. 2018 [citado 30 de mayo de 2022];67(09):325. Disponible en: <https://www.neurologia.com/articulo/2018228>

44. Martin M, Clare L, Altgassen AM, Cameron MH, Zehnder F. Cognition-based interventions for healthy older people and people with mild cognitive impairment. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2011 [citado 6 de mayo de 2022];(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD006220.pub2/full/es?highlightAbstract=cognitiv%7Ccognitivo%7Cdeterioro%7Cdeterior>
45. Llibre-Rodriguez J de J, Gutiérrez Herrera R, Guerra Hernández MA, Llibre-Rodriguez J de J, Gutiérrez Herrera R, Guerra Hernández MA. Enfermedad de Alzheimer: actualización en su prevención, diagnóstico y tratamiento. *Rev Habanera Cienc Médicas* [Internet]. junio de 2022 [citado 17 de enero de 2023];21(3). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1729-519X2022000300004&lng=es&nrm=iso&tlng=es
46. 144GRR.pdf [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
47. Montreal Cognitive Assessment - an overview | ScienceDirect Topics [Internet]. [citado 31 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/topics/neuroscience/montreal-cognitive-assessment>
48. Arevalo-Rodriguez I, Smailagic N, Roqué-Figuls M, Ciapponi A, Sanchez-Perez E, Giannakou A, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the early detection of dementia in people with mild cognitive impairment (MCI). *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2021 [citado 8 de mayo de 2022];(7). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD010783.pub3/full/es?highlightAbstract=cognitiv%7Ccognitivo%7Cdeterioro%7Cdeterior>
49. Tirapu Ustárroz J. La evaluación neuropsicológica. *Interv Psicosoc* [Internet]. 2007 [citado 17 de enero de 2023];16(2). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-05592007000200005&lng=en&nrm=iso&tlng=en
50. Padilla G, Carlos J, Mafla A, Fernando J. Deterioro cognitivo leve. Intervenciones en atención primaria. *Revista Metrociencia* [Internet]. 2022;6. Disponible en:

<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/26521/1/UCE-FCM-CPO-GARCIA%20JUAN.pdf>

51. Gómez-Soria I, Andrés Esteban EM, Gómez Bruton A, Peralta-Marrupe P. Análisis del efecto a largo plazo de un programa de estimulación cognitiva en mayores con deterioro cognitivo leve en Atención Primaria: ensayo controlado aleatorizado. *Aten Primaria* [Internet]. 2021 [citado 8 de enero de 2023];53(7):102053. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8066353/>
52. Instituto Mexicano del seguro social. Intervenciones de Enfermería para el cuidado del Adulto Mayor con deterioro cognoscitivo. Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2015 [citado 17 de enero de 2023]; Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/775GRR.pdf>
53. Rojas Gualdrón D, Cardona A, Cardona D, Segura Cardona A, D. M. Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia, Colombia. *CES Psicol.* 1 de diciembre de 2017;10:1-16.
54. Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, et al. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. *Cochrane Database Syst Rev* [Internet]. 2016 [citado 17 de enero de 2023];(1). Disponible en: <https://www.cochranelibrary.com/es/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD011145.pub2/full/es>
55. Ramírez CI, Rodríguez CM, Baptista T. Validez y confiabilidad del Minimental State Examination (MMSE) y del MMSE modificado (3MS) para el diagnóstico de demencia en Mérida, Venezuela. *MedULA Rev Fac Med* [Internet]. 2011 [citado 30 de mayo de 2022];20(2 (Julio-Diciembre)):128-35. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4769047>
56. Pedraza OL, Salazar AM, Sierra FA, Soler D, Castro J, Castillo PC, et al. Confiabilidad, validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assessment (MoCA) test, en un grupo de Adultos de Bogotá. *Acta Médica Colomb* [Internet]. 30 de octubre de 2017 [citado 17 de enero de 2023];41(4). Disponible en: <http://actamedicacolombiana.com/ojs/index.php/actamed/article/view/693>

57. MOCA-8.1-Spanish.pdf [Internet]. [citado 9 de mayo de 2022]. Disponible en: <https://championsforhealth.org/wp-content/uploads/2018/12/MOCA-8.1-Spanish.pdf>
58. Loureiro C, García L, Adana T, Yacelga A, Rodriguez L. Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. *Rev Neurol* [Internet]. 16 de junio de 2018 [citado 8 de abril de 2022]; Disponible en: <http://www.neurologia.com/articulo/2017508>
59. Nasreddine Z. Pruebas remotas de MoCA. *MoCA Cognition* [Internet]. 2023 [citado 15 de enero de 2023]; Disponible en: <https://www.mocatest.org/faq/>
60. Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment, MoCA: A Brief Screening Tool For Mild Cognitive Impairment. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2005 [citado 15 de enero de 2023];53(4):695-9. Disponible en: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
61. Aguilar-Navarro SG, Mimenza-Alvarado AJ, Palacios-García AA, Samudio-Cruz A, Gutiérrez-Gutiérrez LA, Ávila-Funes JA. Validez y confiabilidad del MoCA (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognoscitivo en México. *Rev Colomb Psiquiatr* [Internet]. octubre de 2018 [citado 8 de abril de 2022];47(4):237-43. Disponible en: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0034745017300598>
62. López-Nolasco B, Austria-Reyes A, Santander-Hernández JJ, Maya-Sánchez A, Cano-Estrada EA. Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México: Level of cognitive impairment of older adults in the community of Tlahuelilpan, Hidalgo, Mexico. *Rev Enferm Neurológica* [Internet]. 2 de diciembre de 2021 [citado 17 de enero de 2023];20(1). Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/324>
63. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. 2022 [citado 17 de enero de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/health-topics/ageing>
64. Gutiérrez Rodríguez J, Guzmán Gutiérrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Rev Esp Geriatria Gerontol* [Internet]. 1 de junio de 2017 [citado 17 de enero de 2023];52:3-6. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0211139X18300726>

65. Mendoza AJ, Caamaño BG, Torres EC, Miramontes GB, Hernández JR, Arriaga CT, et al. Relación entre probable deterioro cognitivo y depresión en personas adultas mayores. Rev Enferm Neurológica. 31 de diciembre de 2015;14(3):148-58.
66. Camargo Hernández KDC, Laguado Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Univ Salud. 30 de agosto de 2017;19(2):163.
67. Luna-Solis Y, Vargas Murga H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2018 [citado 17 de enero de 2023];81(1):9-19. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000100003
68. Estrada-Orozco K. Rendimiento Diagnóstico de Minimental Frente Al DSM-5 en Trastorno Cognitivo: Experiencia de una Cohorte en Colombia. Soc Ecuat Neurol Liga Ecuat [Internet]. 2018 [citado 17 de enero de 2023];27(3). Disponible en: <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2019/04/Revista-Vol-27-No-3-2018.pdf>
69. Segovia JL, Martínez VZ, Vásquez J, Moran MO, Camacho O, Pino DH, et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que acuden a la consulta de atención primaria de la salud. Cátedra Villarreal - Psicol. 2017;2(2):353-62.
70. Angamarca Coello D, González Ortega Á, Muñoz Palomeque DG, Domínguez Villizhañay JD. Eficacia del mini mental y PFEIFFER (SPMSQ) para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años. Rev Vive [Internet]. 2020 [citado 17 de enero de 2023];3(9):149-57. Disponible en: <https://revistavive.org/index.php/revistavive/article/view/55>
71. Álvarez MR, Rodríguez JLS. Reserva cognitiva y demencia. An Psicol [Internet]. 2004 [citado 17 de enero de 2023];20(2):175-86. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16720202>
72. Loureiro C, García C, Adana L, Yacelga T, Rodríguez-Lorenzana A, Maruta C. Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática. Rev Neurol [Internet]. 2018 [citado 17 de enero de 2023];66(12):397-408. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/articulo/2017508>

73. Villarreal AE, Grajales S, Lopez L, Britton GB, Initiative PAR. Cognitive Impairment, Depression, and Cooccurrence of Both among the Elderly in Panama: Differential Associations with Multimorbidity and Functional Limitations. *BioMed Res Int.* 2015;2015:1-7.
74. Segura Cardona A, Garzón Duque M, Cardona Arango D, Segura Cardona A. Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. *Rev Bras Estud Popul.* 31 de diciembre de 2016;33(3):613-28.
75. Pedraza-Linares OL, Cedeño-Izquierdo MI, Sarmiento-Borda LC, Santamaría-Ávila LA, González-Arteaga JJ, Salazar-Montes AM, et al. Progresión del deterioro cognitivo y su relación con factores de riesgo modificables en una cohorte de adultos. 2019;44.
76. World Health Organization. Global action plan on the public health response to dementia 2017–2025 [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017 [citado 3 de febrero de 2023]. 44 p. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/259615>

CAPÍTULO IX

8. Anexos

Anexo A: Operacionalización de las variables sociodemográficas.

Variable	Definición	Indicador	Dimensión	Escala
Edad	Años cumplidos desde el nacimiento hasta la fecha de registro.	Cedula o Pasaporte	Edad en Años	Numérica 65 años en adelante.
Sexo	Características fenotípicas expresadas en los caracteres secundarios	Cedula o pasaporte	Fenotipo	Nominal Dicotómica Hombre Mujer
Instrucción	Nivel de estudios.	Cedula	Escolaridad	Nominal Politómica Primaria Secundaria Superior Analfabeto
Estado Civil	Situación personal en la que una persona se encuentra o no con pareja.	Cedula o mediante la entrevista directa	Situación legal	Nominal Politómica 1. Soltero/a 2. Casada/o 3. Divorciada 4. Viudo
Deterioro cognitivo	El deterioro cognitivo se caracteriza por la pérdida de las funciones mentales como conductuales y neuropsicológicas.	Test Mini-Mental y MoCA	Puntuación de los test	Ordinal: Test MMSE Sin deterioro: 25-30. D.C leve: 20-24. D.C moderado: 15-19 D.C grave: 0-14 Test MoCA 18-25 DCL

				10-17 DCM < 10 DCG
Tiempo de residencia en el asilo	Estancia de la persona adulta mayor en el centro.	Historia Clínica o mediante la entrevista directa	Registro de fecha de ingreso al centro.	Numérica continua Días, semanas, meses o años.

Anexo B: Formulario de recolección de datos generales.

No de formulario: _____

Datos sociodemográficos			
Edad: _____		Sexo	a. Hombre b. Mujer
Estado civil:	a. Soltero/a b. Casada/o c. Divorciado/a d. Viudo/a	Instrucción:	a. Primaria b. Secundaria c. Superior d. Analfabeto
Tiempo de residencia:			

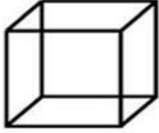
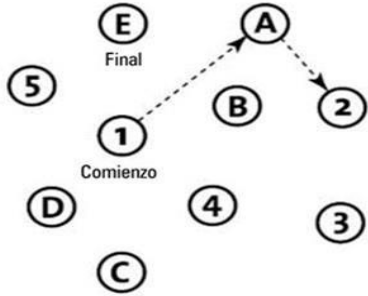
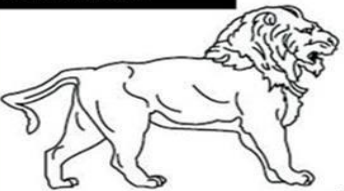
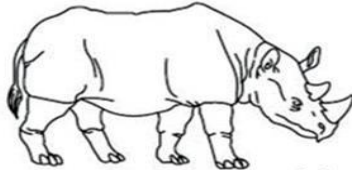
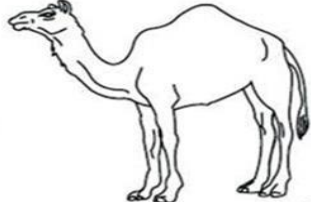
Anexo C: Test Minimental de Folstein.

¿En qué años estamos?	0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx. 5)	
¿En qué estación?	0-1		
¿En qué día (fecha)?	0-1		
¿En qué mes?	0-1		
¿En qué día de la semana?	0-1		
¿En qué hospital (o lugar) estamos?	0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx. 5)	
¿En qué piso (planta, sala, servicio)?	0-1		
¿En qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿En qué provincia estamos?	0-1		
¿En qué país (o nación, autonomía)?	0-1		

<p>Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas basta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.</p>					<p>N° de repeticiones necesarios FIJACIÓN Recuerdo Inmediato (Máx. 3)</p>	
<p>Peseta 0-1 Balón 0-1</p>	<p>Caballo 0-1 Bandera 0-1</p>	<p>Manzana 0-1 Árbol 0-1</p>				
<p>Si tiene 30 pesetas y me van dando de tres en tres. ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés</p>					<p>ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx. 5)</p>	
<p>30 0-1 0 0-1</p>	<p>27 0-1 D 0-1</p>	<p>24 0-1 N 0-1</p>	<p>21 0-1 U 0-1</p>	<p>18 0-1 M 0-1</p>		
<p>Preguntas por las tres palabras mencionadas anteriormente</p>					<p>RECUERDO diferido (Máx.3)</p>	
<p>Peseta 0-1 Balón 0-1</p>	<p>Caballo 0-1 Bandera 0-1</p>	<p>Manzana 0-1 Árbol 0-1</p>				
<p>DENOMINACIÓN Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera Lápiz 0-1 Reloj 0-1 REPETICIÓN Pedirle que repita la frase “ni se, ni no, ni, pero” (o “En un trigal había 5 perros”) 0-1 ORDENES Pedirle que siga la orden: “coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo” Coge con mano 0-1 Dobra por mitad 0-1 Pone en suelo 0-1 LECTURA Escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 ESCRITURA Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 COPIA Dibuje 2 pentágonos interceptados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la inserción. 0-1</p>					<p>LENGUAJE (Máx. 9)</p>	
						<p>Puntuación TOTAL: (Máx.30 puntos)</p>

Anexo D: Test de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA)

Nombre: _____ Edad: _____ Sexo: _____ Años de escolaridad: _____ Fecha: _____

VISUOSPACIAL / EJECUTIVA		 Copiar el cubo	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)	Puntos			
 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	___/5			
IDENTIFICACIÓN							
 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	 <input type="checkbox"/>	___/3				
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento					
		2º intento					
ATENCIÓN							
Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2			___/2		
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.							
<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B							
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.							
		[] 93	[] 86	[] 79	[] 72	[] 65	___/3
4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos , 2 o 3 correctas: 2 puntos , 1 correcta: 1 punto , 0 correctas: 0 puntos .							
LENGUAJE							
Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []							
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)							
___/1							
ABSTRACCIÓN							
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla							
___/2							
RECUERDO DIFERIDO		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		[]	[]	[]	[]	[]	
Optativo							
		Pista de categoría					
		Pista elección múltiple					
ORIENTACIÓN							
	[]	Día del mes (fecha)	[]	Mes	[]	Año	[]
	[]	Día de la semana	[]	Lugar	[]	Localidad	___/6

© Z. Nasreddine MD Versión 07 Noviembre 2004
 Aplicación realizada por: _____

Normal ≥ 26 puntos. **TOTAL: ___/30**
 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de escolaridad.

Anexo E: Consentimiento Informado.

FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación: Deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca, 2022- 2023.

Datos del equipo de investigación:

	Nombres completos	# de cédula	Institución a la que pertenece
Investigador Principal	Paola Xiomara Fárez Quito	0107751893	Universidad de Cuenca
Investigador Principal	Juliana Cecibel Feijoo Arevalo	0942219270	Universidad de Cuenca

¿De qué se trata este documento?
<p>Usted está invitado(a) a participar en este estudio que se realizará en los Centros Geriátricos de la Ciudad de Cuenca. En este documento denominado “consentimiento informado” se explica las razones por las que se realiza el estudio, cuál será su participación y si acepta la invitación. Además, se explica los posibles riesgos, beneficios y sus derechos en el caso de que usted decida participar. Luego de revisar la información expuesta en este Consentimiento y aclarar todas sus dudas, usted tendrá el conocimiento para tomar una decisión sobre su participación o no en este estudio. No tenga prisa para decidir, si para usted es necesario llévelo a su casa y lea este documento con un dirigente o cuidador de su confianza.</p>
Introducción
<p>La investigación planteada sobre el deterioro cognitivo surge por el gran incremento de la población adulta mayor y la gran problemática dentro del sistema de salud que trae consigo un aumento en los costos económicos y sociales. En esta etapa de la vejez un suceso multidimensional, continuo y heterogéneo intervienen una serie de mecanismos a nivel social, físico y psicológico, este deterioro causa un déficit en varias áreas cognitivas que llega a afectar la calidad de vida, lo cual es muy notable en los adultos mayores que se encuentran institucionalizados en los asilos de ancianos. Según la OMS, 50 millones de personas en el</p>

mundo padecen deterioro cognitivo, con unos diez millones de casos nuevos en cada año. En los siguientes 20 años, a medida que el número de personas mayores de 65 años casi se duplica y los mayores de 85 años casi se cuadruplica, las tasas de incidencia, morbilidad y mortalidad por deterioro cognitivo incrementará drásticamente. Sumado a lo anterior, los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo con frecuencia padecen de dos o más enfermedades crónicas. Por lo mencionado, nuestro estudio está enfocado en el nivel de deterioro cognitivo que pueda tener la persona adulta mayor de 65 años de edad o más, el cual se llevará a cabo en los Centros Geriátricos de la ciudad de Cuenca.

Objetivo del estudio

Determinar el nivel del deterioro cognitivo en los pacientes adultos mayores de los Centros Geriátricos de la Ciudad de Cuenca, en el periodo 2022-2023.

Descripción de los procedimientos

Si usted acepta participar en la presente investigación se le solicitará que responda un cuestionario que consta de preguntas sobre los datos sociodemográficos como la edad, sexo, estado civil, nivel de instrucción y el tiempo que lleva en el Centro Geriátrico mismo que nos permitirá llenar el cuestionario. También se le aplicará la escala de Mini Mental de Folstein (MMSE) que permitirá evaluar seis fases cognitivas y la escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) que está compuesto de 8 aspectos cognitivos que se aplicará con confiabilidad y validez para medir el nivel de deterioro cognitivo, es así que el procedimiento tendrá una duración aproximada de 30 a 35 minutos.

Riesgos y beneficios

El presente estudio no está exento de riesgos, ya que puede existir mínimos peligros para los participantes debido a que se trabajará con una población vulnerable. Por ello se establecerá acciones que protegerán los derechos de los participantes, donde las investigadoras proporcionarán información que sea completa, adecuada y oportuna a cada uno, el CIDHPM señala que el derecho de la PAM hacia el consentimiento debe ser libre e informado en el ámbito de la salud como un derecho fundamental e irrenunciable, que respetará la dignidad humana que se expresará el desarrollo de dicho estudio con un lenguaje sencillo, sin usar términos técnicos que puede hacer difícil la comprensión del mismo.

Previo a la aplicación del formulario y las escalas respectivas, se obtendrá el consentimiento informado, este será explicado con un lenguaje sencillo sin tecnicismos y deberá ser firmado siempre y cuando la condición del paciente lo amerite o sus familiares, quienes serán

buscados en el transcurso de las visitas o sino se acudirá a los domicilios. Para las personas que no cuente con un grupo familiar y no sean capaces de firmar el consentimiento no formarán parte de la investigación.

Tendrá beneficios hacia el personal del área de la Salud y en las personas adultas mayores de los Centros Geriátricos, debido a que se identificará el nivel de deterioro cognitivo lo que a futuro permitirá mejorar las intervenciones y tratamientos que son brindados por los profesionales de la Salud. No existirá riesgo de quebranto de la confidencialidad de los datos que usted va a proporcionar, puesto que las investigadoras serán las únicas personas encargadas de manejar la información y de mantener la privacidad respetando los derechos de cada participante. Al final de esta investigación, la información que genera, aportará beneficios para los investigadores del área de la Salud y para la creación de nuevas investigaciones.

Otras opciones si no participa en el estudio

La participación en esta investigación no será obligatoria, por lo cual se requerirá de su propia voluntad y libre cooperación de participar o no en el estudio.

Derechos de los participantes

Usted tiene derecho a:

- Recibir la información del estudio de forma clara;
- 2) Tener la oportunidad de aclarar todas sus dudas;
- 3) Tener el tiempo que sea necesario para decidir si quiere o no participar del estudio;
- 4) Ser libre de negarse a participar en el estudio, y esto no traerá ningún problema para usted;
- 5) Ser libre para renunciar y retirarse del estudio en cualquier momento;
- 6) Tener acceso a los resultados de las pruebas realizadas durante el estudio, si procede;
- 7) El respeto de su anonimato (confidencialidad);
- 8) Que se respete su intimidad (privacidad);
- 9) Recibir una copia de este documento, firmado y rubricado en cada página por usted y el investigador;
- 10) Tener libertad para no responder preguntas que le molesten;
- 11) Estar libre de retirar su consentimiento para utilizar o mantener el material biológico que se haya obtenido de usted, si procede;

- 12) Contar con la asistencia necesaria para que el problema de salud o afectación de los derechos que sean detectados durante el estudio, sean manejados según normas y protocolos de atención establecidas por las instituciones correspondientes;
- 13) Usted no recibirá ningún pago ni tendrá que pagar absolutamente nada por participar en este estudio.

Información de contacto

Si es que usted tiene alguna duda o pregunta sobre el estudio por favor llame al siguiente teléfono 0959804866 que pertenece a Paola Xiomara Farez Quito o envíe un correo electrónico a paola.farezq@ucuenca.edu.ec o al teléfono 0984140002 que pertenece a Juliana Cecibel Feijoo Arevalo o envíe un correo electrónico a juliana.feijoo00@ucuenca.edu.ec.

Consentimiento informado *(Es responsabilidad del investigador verificar que los participantes tengan un nivel de comprensión lectora adecuado para entender este documento. En caso de que no lo tuvieren el documento debe ser leído y explicado frente a un testigo, que corroborará con su firma que lo que se dice de manera oral es lo mismo que dice el documento escrito)*

Comprendo mi participación en este estudio. Me han explicado los riesgos y beneficios de participar en un lenguaje claro y sencillo. Todas mis preguntas fueron contestadas. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Acepto voluntariamente participar en esta investigación.

Nombres completos del/a participante

Firma del/a participante

Fecha

Nombres completos del testigo *(si aplica)*

Firma del testigo

Fecha

Nombres completos del/a investigador/a

Firma del/a investigador/a

Fecha

Si usted tiene preguntas sobre este formulario puede contactar al Dr. Vicente Solano Paucay, Presidente del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca, al siguiente correo electrónico: vicente.solano@ucuenca.edu.ec

Anexo F: Carta de intereses.

UNIVERSIDA DE CUENCA
 FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
 CARRERA DE ENFERMERÍA



Hogar Cristo Rey

Asilo de ancianos Cuenca

Cuenca, 17 de Mayo del 2022

De mis consideraciones:

Por medio de la presente manifiesto que el estudio cuantitativo no incluye procedimientos invasivos, titulado: "DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LOS CENTROS GERIÁTRICOS DE LA CIUDAD DE CUENCA, 2022 - 2023". Constituye un tema de interés institucional para este centro, tomando en cuenta que el beneficio del estudio será para el personal del centro y los adultos mayores. Informo que este documento no es la autorización, ni la aprobación del estudio cuantitativo, por tanto este debería de ser emitidas al Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos (CEISH) reconocido por el Ministerio de Salud Pública del Ecuador, una vez que la investigación sea aprobada por el CEISH correspondiente y se presente los documentos habilitantes para garantizar que la información entregada por este centro será utilizado con fines académicos investigativos, respetando la anonimidad de los datos personales y la privacidad, con lo cual podrá ser ejecutado en esta institución. En espera de contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me despido de usted. Cuenca, 17 de mayo de 2022

Atentamente

Paola Xiomara Fárez Quito

Juliana Cecibel Feijoo Arevalo

Firma del Coordinador

Directora del Centro Geriátrico Hogar Cristo Rey.





Cuenca 16 de junio de 2022

CERTIFICA:

Que, las señoritas **PAOLA XIOMARA FAREZ QUITO** con CI 0107751893, y **JULIANA CECIBEL FEJOO AREVALO** con CI 0942219270, estudiantes de la carrera de enfermería de la Universidad de Cuenca han sido aprobadas para realizar el protocolo de investigación a nuestros huéspedes del centro gerontológico EDAD DE ORO.

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad.

Atentamente,



Psic. Cli. Rocío Ayala
DIRECTORA DEL CENTRO GERONTOLÓGICO EDAD DE ORO

Dirección: Rafael Alberty y Cristóbal Colon (Sector Iglesia Virgen de Fátima).
Contactos: 4056239 – 0987556634 - 0992997143
Cuenca - Ecuador

Anexo G: Autorización del Comité de Bioética de la Universidad de Cuenca para la Realización del Proyecto de Investigación.



UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

UCuenca / COBIAS

Oficio Nro.UC-COBIAS-2022-374
Cuenca, 28 de junio de 2022

Investigadoras

Paola Xiomara Fárez Quito

Juliana Cecibel Feijoo Arévalo.

Presente.-

De mi consideración:

El Comité de Bioética en Investigación del Área de la Salud de la Universidad de Cuenca, le informa que su protocolo de investigación con código 2022-020EO-E, titulado "*Deterioro cognitivo en los adultos mayores de los Centros Geriátricos de la Ciudad de Cuenca, 2022- 2023*", se encuentra **APROBADO**, en la sesión ordinaria Nro.201 con fecha 28 de junio de 2022.

El protocolo se aprueba, en razón de que cumple con los siguientes parámetros:

- Los objetivos planteados en el protocolo son de significancia científica con una justificación y referencias.
- Los datos serán manejados considerando los principios de beneficencia, equidad, justicia y respeto a los demás.
- En el proyecto se definen medidas para proteger la privacidad y confidencialidad de la información del estudio en sus procesos de manejo y almacenamiento de datos.
- En el protocolo se detallan las responsabilidades del/a investigador/a.
- El/la investigador/a principal del proyecto ha dado respuesta a todas las dudas y realizado todas las modificaciones que este Comité ha solicitado.

Los documentos que se revisaron y que sustentan este informe incluyen:

- Anexo 1. Solicitud de aprobación.
- Anexo 2. Protocolo.
- Anexo 3. Declaración de confidencialidad.
- Hoja de Vida de Investigadora Principal
- Oficio de aval de Unidad Académica



UCuenca / COBIAS

UNIVERSIDAD DE CUENCA
COMITÉ DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DEL ÁREA DE LA SALUD

Esta aprobación tiene una duración de un año (365 días) transcurrido el cual, se deberá solicitar una extensión si fuere necesario. En toda correspondencia con el Comité de Bioética favor referirse al siguiente código de aprobación 2022-020EO-E.

Los miembros del Comité estarán dispuestos durante el desarrollo del estudio a responder cualquier inquietud que pudiere surgir tanto de los participantes como de los investigadores.

Es necesario que se tome en cuenta los siguientes aspectos:

1. El Comité no se responsabiliza por cualquiera de los posibles eventos por el manejo inadecuado de la información, lo cual es de entera responsabilidad de la investigadora principal; sin embargo, es requisito informar a este Comité sobre cualquier novedad, dentro de las siguientes 24 horas.
2. El Comité de Bioética ha otorgado la presente aprobación con base en la información entregada y la solicitante asume la veracidad, corrección y autoría de los documentos entregados.
3. De igual forma, la solicitante es responsable de la ejecución correcta y ética de la investigación, respetando los documentos y condiciones aprobadas por el Comité, así como la legislación vigente aplicable y los estándares nacionales e internacionales en la materia.

Se le recuerda que debe informar al COBIAS-UCuenca, el inicio del desarrollo de la investigación aprobada, así como cualquier modificación en el protocolo y una vez que concluya con el estudio debe presentar un informe final del resultado a este Comité.

Atentamente,

Digitally signed by

VICENTE MANUEL SOLANO
PAUCAY

EC
2022/06/28 15:38

Dr. Vicente Solano Paucay
Presidente del COBIAS-UCuenca