



**UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA**

**COMUNIDAD
EDUCATIVA AL
SERVICIO DEL PUEBLO**

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE MEDICINA

**“SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO
COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO -
QUITO 2019”**

**TRABAJO DE GRADUACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
MÉDICO/A**

AUTOR:

Bertha Mercedes Peñaloza Piña

DIRECTOR:

Dr. Jorge Buelvas Muza.

ASESOR:

Lcda. Carem Francelys Prieto F.

CUENCA – ECUADOR

2019



UNIVERSIDAD ACADÉMICA DE MEDICINA, ENFERMERÍA Y CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE MEDICINA

18 de septiembre del 2019

Sra.Mgs.

Carem Prieto Fuenmayor

RESPONSABLE (S) DE TITULACION DE LA CARRERA DE MEDICINA UCACUE

De su despacho

De mis consideraciones:

Por medio del presente me permito indicar a su persona que el trabajo de grado, de título **"SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO QUITO, 2019"**. Realizado por la estudiante Bertha Mercedes Peñaloza Piña, ha cumplido con las recomendaciones sugeridas por los pares revisores asignados, motivo por el cual sugiero se de paso a la sustentación del mismo.

Con sentimiento de distinguida consideración.

Atentamente:

Dr. Jorge Buelvas M.

MEDICINA INTERNA

C.I. 0106997363

Dr. Jorge Buelvas Muza



CARTA DE COMPROMISO ÉTICO

Yo, **Bertha Mercedes Peñaloza Piña**, con cedula de ciudadanía N° 0105734917, autora del trabajo de investigación previo a la obtención del título de Médico, con el tema “**SITUACIÓN SOCIO - FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO -QUITO 2019**” mediante la suscripción del presente documento me comprometo a que toda la información recolectada se utilizara estrictamente para el análisis y desarrollo de la investigación, los datos estadísticos obtenidos serán de manera confidencial y no se revelan a personas ajenas a este proyecto.

La matriz utilizada para la recolección de datos que se realiza tiene fines académicos. los datos que se recolectaran permitirán conocer si existe una asociación entre la situación socio familiar y el deterioro cognitivo del adulto mayor; las personas que no participen en este proyecto de investigación no podrán conocer ninguna información que permita la identificación de las personas participantes

Cuenca, 23 de septiembre del 2019

Bertha Mercedes Peñaloza Piña

CI: 0105734917



PERMISO DE AUTOR DE TESIS PARA SUBIR AL REPOSITORIO INSTITUCIONAL

Yo, Bertha Mercedes Peñaloza Piña, con cédula de identidad número 010573491, en calidad de autor y titular de los derechos morales y patrimoniales del trabajo de titulación de **“SITUACIÓN SOCIO - FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO QUITO 2019”**, de conformidad con el Art. 114 del código orgánico de la economía social de los conocimientos, creatividad e innovación reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso no comercial de la obra, con fines estrictamente académicos. Asimismo, autorizo a la Universidad Católica de Cuenca para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional, de conformidad a lo dispuesto en el Art. 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, 23 de septiembre del 2019.

Bertha Mercedes Peñaloza Piña

C.I.: 0105734917



CLÁUSULA DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Yo, Bertha Mercedes Peñaloza Piña, autora del trabajo de titulación **“SITUACIÓN SOCIO - FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO QUITO 2019”** certifico que todas las ideas, opiniones y contenidos expuestos en la presente investigación son de exclusiva responsabilidad de su autor.

Cuenca, 21 de mayo de 2019.

Bertha Mercedes Peñaloza Piña

C.I.: 0105734917



DEDICATORIA

Quiero expresar mi gratitud en especial al amor más puro y sincero que la vida me pudo regalar, a ustedes que fueron mi fortaleza, mi guía constante, mi sabiduría. Porque gracias a su apoyo y consejos, hoy ha llegado el día que con gran sacrificio y felicidad “JUNTOS” hemos culminado este hermoso proceso formativo, la cual constituye la herencia más valiosa que puedo recibir. GRACIAS a:

MIS PADRES: Miguel Peñaloza y Mercedes de Jesús.

Al complemento esencial de la familia, por ese cariño incondicional que me brindó, esa fortaleza y ejemplo de superación, son el pilar fundamental en la formación de mi carrera profesional, pues sus virtudes infinitas y su gran corazón me llevan admirarlas cada día.

Mis herman@s

Por último a la persona maravilloso que llego a completar mi vida, tu apoyo incondicional ha sido fundamental no solo en esta etapa significativa, gracias por esa dedicación, tiempo, conocimiento que me brinda, he logrado importantes objetivos, como el culminar el desarrollo de mi tesis y sin lugar a duda ha sido en gran parte gracias a ti.

Te lo agradezco mucho amor.



AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por brindarme esta oportunidad y llegar a este momento tan significativo con el apoyo de las personas más importantes en mi vida mis padres, cabe recalcar el presente estudio ha sido posible gracias a la participación de cada adulto mayor que con todo su amor y gentileza brindaron información y empatía por ayudar y agrado por ser parte de esta investigación.

Además, un profundo agradecimiento al Dr. Jorge Buelvas Muza por encaminarme al ámbito investigativo y aportar conocimientos a la humanidad, por su tiempo, dedicación, crítica y aliento que me brindo para que esta investigación sea posible.



Índice

Carta de compromiso ético	3
Permiso de autor de tesis para subir al repositorio institucional	4
Clausula de propiedad intelectual	5
Agradecimiento	7
Indice de tablas	10
Resumen	12
Capitulo I.....	14
1.1. Introducción	14
1.2. Planteamiento del problema.....	16
1.3. Justificación.....	17
Capitulo II.....	19
2. Fundamento teórico.....	19
2.1. Deterioro cognitivo	19
2.2. Fisiopatología del deterioro cognitivo	19
2.3. Clasificación y criterios clínico del deterioro cognitivo	21
2.4. Factores de riesgo	23
2.5. Valoración del deterioro cognitivo	24
2.5.1. Test cognitivos que mejor predicen deterioro cognitivo.....	25
2.6. Evaluación de la situación social en el adulto mayor	25
2.7. Funcionalidad familiar	27
Capitulo III.....	28
3. Objetivos de investigación	28
3.1. Objetivo general.....	28
3.2. Objetivos específicos	28



Capitulo IV	29
4. Diseño metodológico	29
4.1. Diseño del estudio:.....	29
4.5. Hipótesis	30
4.7. Criterios de inclusión y exclusión	30
4.8. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos.....	31
.....	32
4.11. Plan de análisis de los resultados	32
Capitulo V	33
5.1. Resultados	33
Capitulo VII	40
6. Discusión.....	40
Capitulo VII	44
7.1. Conclusiones.....	44
7.2. Recomendaciones.....	45
Capitulo VIII	46
bibliografía	46



Índice de Tablas

Tabla 1: Tipos de deterioro cognitivo	21
tabla 2: Clasificación del deterioro cognitivo leve	22
tabla 4: Prevalencia de patologías no transmisibles más frecuente (diabetes, hipertensión e hipotiroidismo) del adulto mayor residentes en la parroquia urbana san antonio, quito – pichincha 2019	35
tabla 5. Prevalencia del deterioro cognitivo del adulto mayor residente en la parroquia urbana san antonio, quito - pichincha 2019.....	36
tabla 6. Funcionalidad familiar y situación socio – familiar del adulto mayor residente en la parroquia urbana San Antonio, Quito - Pichincha 2019.....	37
tabla 7: Asociación entre las características sociodemográficas y el deterioro cognitivo en adultos mayores residentes en la parroquia San Antonio, Quito - Pichincha 2019	38
tabla 8. Asociación de patologías no transmisibles más frecuentes y el deterioro cognitivo del adulto mayor residente en la parroquia urbana San Antonio, Quito - Pichincha 2019	39
tabla 9. Asociación funcionalidad familiar y situación socio-familiar con el deterioro cognitivo ajustado a la escolaridad del adulto mayor, San Antonio, Quito - Pichincha.	39



Índice de anexos

Anexo 1: Operación de variables	51
anexo 2: Oficio de bioetica	55
anexo 3: Oficio de coordinación de investigación.....	
.....	56
anexo 4: Datos formulario y encuesta llena.....	58
anexo 5: Informe del antiplagio	64
anexo 6: Revisión de pares revisores	66
anexo 7: Informe final de titulación	68
anexo 8: Rubrica de revisión de director de carrera	69
anexo 9: Certificación – centro de idiomas.....	70
anexo 10: Prosupuesto analítico	71
anexo 10: Cronograma de actividades para la elaboración de tesis año 2019..	
.....	72

CENTRO DE IDIOMAS

RESUMEN

Objetivo: Determinar la situación socio-familiar y su relación con el deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia San Antonio, Quito 2019.

Metodología: Estudio observacional analítico de corte transversal, en la cual se determinó una muestra por conglomerados con aleatorización simple, se calculó una muestra de tipo probabilística con el programa Epi-Info. Se aplicó en la población de estudio 3 pruebas de valoración el Mini Mental, Gijón abreviado y FFSS, además se estudió variables sociodemográficas y enfermedades no transmisibles más comunes.

Resultados: Se observó que el género femenino representa más de la mitad de la población de estudio con un 63,4%, la edad promedio fue de 73 años. La funcionalidad está asociada con el deterioro cognitivo, aumentando el riesgo con un OR de 2.36 con intervalos de confianza de 1.3 a 4 lo que demuestra su significancia estadística. Por otra parte, entre la asociación de la situación socio-familiar y el deterioro cognitivo presenta un OR de 1.32, con intervalos de confianza que cruzan la línea media.

Conclusiones: Se evidencia una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo, también se encontró una relación entre la situación socio-familiar y el deterioro cognitivo, aunque no fue estadísticamente significativo. Al analizar la función familiar existe un predominio de familias moderadamente funcionales y por lo que sugiere que familias disfuncionales son un factor de riesgo asociado a deterioro cognitivo en los adultos mayores residentes en la parroquia San Antonio, Quito.

PALABRAS CLAVES: DETERIORO COGNITIVO, SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR, ADULTO MAYOR, MINI MENTAL TEST, TEST DE GIJÓN Y FUNCIONALIDAD FAMILIAR.





CENTRO DE IDIOMAS

ABSTRACT

Objective: To determine the socio-family situation and its relationship with cognitive impairment in elderly of the San Antonio parish, Quito 2019.

Methodology: An analytical, observational and cross-sectional research, where a simple random sample was determined by clusters, a probabilistic sample was calculated using the Epi-Info software. Three assessment tests were applied to the sample: Mini Mental, Abbreviated Gijón and FFSS, common sociodemographic variables and noncommunicable diseases were studied.

Results: It was noted that female represents more than half of the sample with 63.4%, the average age was 73 years. Family functioning is associated with cognitive impairment, increasing the risk with an OR of 2.36 with confidence intervals of 1.3 to 4 which demonstrates its statistical significance. On the other hand, the association between the socio-family situation and the cognitive impairment, presents an OR of 1.32, with confidence intervals that cross the midline.

Conclusions: There is a statistically significant relationship between family functioning and cognitive impairment, a relationship between socio-family status and cognitive impairment was also found, although it was not statistically significant. When analyzing family functioning, there is a prevalence of reasonably functional families and therefore suggests that dysfunctional families are a risk factor associated with cognitive impairment in elderly inhabitants in the San Antonio parish, Quito.

KEYWORDS: COGNITIVE IMPAIRMENT, SOCIO-FAMILY SITUATION, ELDERLY, MINI MENTAL TEST, GIJÓN TEST AND FAMILY FUNCTIONING.



CAPITULO I

1.1. Introducción

Los trastornos cognitivos en la población anciana han tomado gran importancia en Salud Pública debido al llamado “envejecimiento global”, fenómeno que afecta tanto a países desarrollados como en vías de desarrollo. En la última década se ha visto un cambio de la pirámide poblacional determinada por el incremento rápido y significativo en todo el universo de la población anciana, según la Organización Mundial de la Salud estima que en los próximos 30 años esta población se duplicara obteniendo una proporción del 22%. Esta transformación demográfica trae profundas repercusiones en la humanidad; por tal motivo los adulta mayores son considerados como grupo vulnerable.(1)

En el Ecuador como en varios países de América Latina el paso a la vejez se produce en un entorno de escasos recursos, una limitada protección social y una escasez de las fuentes de ayuda a consecuencia de los cambios en la estructura y constitución familiar.(2)

Estudios realizados en países en vías de desarrollo similares a nuestro territorio, alerta el alto porcentaje de deterioro cognitivo grave en la población adulta, en las que destaca con un 41,7%, sin deterioro 33,3% y un 23,3% con deterioro; mientras que en el estudio de Leite et al, de un total de 341 adultos mayores el 60,3% se encuentran sin deterioro cognitivo y un 33,2% con deterioro. Estos datos concuerdan con el estudio de Díaz et al; en donde se evidenció que el 23% de los sujetos de 65 años prevalecía la demencia como enfermedad neurológica, lo cual en el sistema de salud pública es un signo de alerta. (3)(4)

A nivel de Latinoamérica y el caribe, se estima que el mayor porcentaje de deterioro cognitivo corresponde a las edades de 75 y 79 años con un 27.8%, con predominio en el sexo femenino en este grupo de estudio. Tras la revisión de investigaciones determinan que la prevalencia de deterioro cognitivo, cada cinco años se duplica a partir de los 60; en países vecinos como Costa Rica se documentó el 18% de ancianos con déficit cognitivo, de los cuales hay una ligera



elevación en el sexo femenino, esto se podría atribuir al mayor porcentaje de mujeres en la población en el estudio mencionado.(5)

En el Ecuador según el censo INEC (2010) el deterioro cognitivo afecta alrededor del 10% a la población adulta que reside en el país, de ellos el 15% y el 35% viven en centros geriátricos, el 10% y el 20% se encuentran hospitalizados en unidades de psiquiatría y hospitales generales, por lo tanto, es escasa la población de adultos mayores que se encuentre habitando en su hogar con sus familiares, según estos estudios.(6)

En la población senil de Quito se estima que el deterioro cognitivo corresponde a un 8,1% en hombres, 23,7 % en el género femenino, por otra parte, en la ciudad de Guayaquil encontramos que el 13,7%, en cambio en las mujeres se presenta en un 20,3%. (7)

Varios autores hablan de la relación entre factores sociales y el deterioro cognitivo, considerando como factor de riesgo para esta patología, estos estudios han reportado una relación entre estas dos variables, esto se evidencia en un estudio realizado en Colombia donde se documentó un 40% de riesgo social y el 27% con problemas sociales, en pacientes con deterioro cognitivo. (8) (10).

A pesar de los esfuerzos para asegurar una vejez saludable, la realidad del adulto mayor está marcada por sus núcleos familiares, en el instante que requieren cuidados exhaustivos y vigilancia las 24 horas, el adulto mayor empieza a ser aislado socialmente, razón que podría estar causando un porcentaje elevado de abandono por parte del núcleo familiar a temprana edad y concluye su vejez fuera del hogar.(9)

Según datos del Instituto Nacional de Estadísticas y Censo en la localidad de Quito se reporta que cuatro de cada diez adultos mayores no están afiliados por un seguro social. Pues 5 de 10 ancianos de la ciudad de Quito viven en condiciones socioeconómicas bajas, con un porcentaje mayor en el género masculino, esto demuestra la vulnerabilidad y la urgencia en generar estrategias que puedan reducir el impacto de esta patología en la calidad de vida de estos pacientes.(6)

1.2. Planteamiento del problema

El deterioro cognitivo es una de las principales patologías en la población adulta y frente al crecimiento exponencial de esta población a nivel mundial, esta enfermedad es un problema importante de salud pública. Se relaciona con un riesgo alto de morbilidad, mayor auto - abandono, descenso del funcionamiento físico, social, cognitivo, todos estos parámetros se asocian con una mayor morbilidad y mortalidad. (10)

En contraste a lo mencionado previamente podemos añadir que existe un cambio de la pirámide poblacional en los últimos años, determinada por el ascenso rápido de la población anciana en el mundo, según organizaciones internacionales se estima que en los próximos 30 años esta población se duplicara obteniendo una proporción aproximadamente del 22%. (11)

En el Ecuador como en varios países de América Latina debemos tomar en cuenta los factores sociales que podrían agudizar más este problema. Pues en nuestros países el proceso de senectud se desarrolla en un entorno de recursos económicos bajos e injusticias, con una baja protección social y de las fuentes de apoyo producto de las variaciones en la estructura y constitución familiar. (12)

Durante el año 2013, se realizaron estudios por parte de la Universidad de Cuenca, demostrándose que la prevalencia de Déficit Cognitivo es del 35% en adultos mayores asociados al Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social; donde se estableció varios factores de riesgo tales como la edad y la diabetes. (13)

Por otro lado, actualmente es conocida la importancia de la red social y el soporte familiar en el estado de salud del anciano, se ha documentado que el grupo etario de estudio sin apoyo familiar y sin un entorno social adecuado tiene riesgo elevado de mortalidad, de igual manera a desarrollar cuadros depresivos, alteraciones cognitivas superiores y un empeoramiento en su estado de salud a diferencia de las personas ancianas que sí lo tienen.

Ante este panorama el presente estudio pretende resolver la siguiente interrogante: ¿Existe una relación estadísticamente significativa entre la situación socio-familiar y el deterioro cognitivo en el adulto mayor que pertenecen a la parroquia San Antonio?



Con el presente estudio se aporta conocimiento actual más cercano a la realidad de los barrios populares de la ciudad de Quito, pues la mayoría de investigaciones realizadas en nuestro país se han hecho en centros geriátricos con muestras limitadas que aumentan la posibilidad de sesgos. Aportando información valiosa que sería de utilidad para generar políticas de gubernamentales y base para nuevas investigaciones.

1.3. Justificación

Según las prioridades estratégicas de la OMS fijadas para los años 2018 – 2022, esta coadyuvar primordialmente a grupos prioritarios y en situación de vulnerabilidad. Nuestra constitución dicta en el artículo 35, que el adulto mayor forma parte de los grupos prioritarios. (1)

Sin embargo, a nivel nacional se ha investigado muy poco sobre el tema planteado, por lo que no hay información actualizada para la elaboración de estrategias gubernamentales que ayuden a resolver los problemas de salud de este grupo prioritario. Pues según el INEC en la ciudad de Quito se estima que cerca del 40 % personas mayores a 65 años no tiene seguro social y que aproximadamente el 50 % viven en la pobreza, factor que podría agravar el acceso a la atención médica y por lo tanto aumentar el riesgo de enfermedades propias en el adulto mayor. (6) Es necesario obtener información sobre vivencias que nos ayuden a diagnosticar y conocer la percepción sobre múltiples aspectos como cambios biopsicosociales, que día a día les afectan lo cual se refleja en su calidad de vida.

Siendo el deterioro cognitivo una enfermedad importante en salud pública, se ha planteado esta investigación con el objetivo de generar datos actuales con respecto a la prevalencia del deterioro cognitivo y demostrar su fuerte relación con la situación socio-familiar, para de esta forma generar estrategias que puedan disminuir su prevalencia y retrasar la evolución de esta patología en un grupo etario que como lo hemos mencionado previamente crece exponencialmente.



El beneficio de este aporte será para uno de los grupos más vulnerables que como lo mencionamos anteriormente tiene un crecimiento exponencial en su población y que en países en vías de desarrollo como el nuestro podría estar agudizado por factores sociales, como la limitada cobertura de seguro social.

CAPITULO II

2. FUNDAMENTO TEÓRICO

2.1. Deterioro Cognitivo

Es la etapa entre las variaciones cognitivas del envejecimiento y una fase precoz de la demencia. El deterioro cognitivo (DC) es definida como la pérdida o el déficit de las funciones cognitivas superiores que distingue al sujeto de sus pares, pero de severidad insuficiente para tener criterios de demencia, debido a que no revelan un riesgo esencial en las tareas de la vida cotidiana. Algunos autores lo atribuyen como un elemento previo a la demencia. (14)(15)

Los procesos cognitivos se modifican a ritmos diferentes a lo largo del envejecimiento, algunos presentan síntomas a los 60, otros a los 80 o 90 años, esta variación podría estar influenciada por enfermedades crónicas del adulto, la aparición de síndromes geriátricos, situación socio-familiar y su condición emocional. (16)

En ausencia de patologías sistémicas o neurológicas, hay una disminución leve en el rendimiento cognitivo, el cual se presenta en alguna etapa de la vida del adulto mayor, con alteración inicial de las destrezas visuoespaciales, aprendizaje y cálculo, preservando mejor las habilidades verbales y conocimientos generales, denominado deterioro cognitivo leve. (15)

2.2. Fisiopatología del deterioro cognitivo

El proceso que conduce al deterioro cognitivo es indudablemente complejo puesto que su fisiopatología depende de factores etiológicos diversos, por lo tanto se debe entender que la cognición es el proceso mediante el cual podemos interactuar con el medio con el cual nos desenvolvemos, teniendo así variaciones metabólicas, morfológicos, bioquímicos, y circulatorios conforme avanza la edad, La presencia de modificaciones en la cognición o mantener una función cognitiva normal depende de la nueroplasticidad. (15)



Encontramos alteraciones estructurales en la corteza cerebral, modificaciones sinápticas y disminución del número y tamaño de las prolongaciones dendríticas de las células piramidales, disminución en los neurotransmisores y receptores primordialmente en patologías neurodegenerativas que se caracterizadas por un descenso de suministro sanguíneo cerebral, pero estos factores permanecen invariables en el envejecimiento del paciente saludable. Cuando hay modificaciones en los circuitos de la corteza prefrontal se genera alteración en la memoria, se estima que están implicados en retención de información y formación del recuerdo. (17)

Los pacientes con deterioro cognitivo presentan un aumento del depósito de amiloide, lo que origina disfunción sináptica, generando cambios neurodegenerativos que llevan a alteraciones estructurales de algunas regiones del cerebro

A nivel fisiológico el rendimiento incorrecto o elevado del péptido beta amiloide genera respuestas inflamatorias agudas y alteraciones en la red neuronal como resultado del cambio de la regulación de la actividad de proteínas TAU que es el principal marcador de neurodegeneración cerebral. (18)

El progreso de deterioro cognitivo de moderado a grave tiene una estrecha relación con ciertos neurotransmisores que pueden estar aumentados o disminuidos dependiendo de los estadios de la patología. En fases iniciales los niveles de acetilcolina pueden ser normales, por otra parte, se ha visto una disminución de los neurotransmisores entre ellos podemos mencionar a la dopamina y serotonina en etapas más avanzadas de esta enfermedad. (8)

La carencia enzimática parece no constituir como una de los principales orígenes de la producción de daño amnésico en el déficit cognitivo primario, de igual manera no se excluye la posibilidad de una variación colinérgica funcional precoz durante el transcurso de la patología. Pero es sustancial considerar que varía de una persona a otra la plasticidad sináptica y colinérgica, siendo diferente en cada sujeto los procesos patológicos. (17)

2.3. Clasificación y criterios clínico del deterioro cognitivo

El déficit cognitivo se clasifica según el grado de dificultad para ejecutar las tareas de la vida diaria que presente el paciente, como se detalla a continuación:

TABLA 1: TIPOS DE DETERIORO COGNITIVO	
Tipos	Caracterizado
Deterioro cognitivo leve	Afección leve de la memoria (2) una o más alteraciones de las funciones cognitivas Incapacidad para realizar tareas de la vida diaria.
Deterioro cognitivo moderado	incapacidad para retener y recordar nueva información Alteración de la memoria a corto plazo grado de desorientación en el tiempo y espacio.
Deterioro cognitivo grave	perdida en los procesos amnésicos: Amenudo cuadros delirantes, labilidad emocional, apatía e inercia. dificultad de comprensión de órdenes, aprendizaje, desorientación, capacidad para resolver problemas. afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria (19)

Fuente: villa 2013, Evaluación neuropsicológica en el adulto mayor: DCL y demencia. Zaragoza: UNAM

Deterioro cognitivo leve

los criterios para el diagnóstico de déficit cognitivo leve enfatizan la importancia del deterioro de la memoria, con relativa preservación de los demás dominios cognitivos, orientando el diagnóstico del mismo hacia una etapa prodrómica de la enfermedad de Alzheimer. Estos criterios eran: presencia de fallos de memoria confirmado por una persona cercana al paciente, desgaste objetivo de la memoria en correlación a la edad del paciente, conservación de las áreas cognitivos no amnésicos, mantenimiento de las actividades cotidianas, persona sin demencia.(5)

De tal manera que se estima que el deterioro cognitivo figura una entidad similar, ya que no todos los cuadros progresan a un trastorno de Alzheimer, y que requiere de una evaluación profunda. Dentro del grupo que cumple estos criterios, pueden existir categorías de Déficit Cognitivo Leve, teniendo en cuenta el número y el tipo de procesos cognitivos afectados. Según el estudio de Peterson et.al. Existen varios tipos, dependiendo del área o áreas cognitivas afectadas. Por lo tanto, el deterioro cognitivo leve se subdivide en:

TABLA 2: CLASIFICACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO LEVE

Tipo	Subtipos	Clínica
Amnésico	DCL – A	Afección pura de la memoria
	DCL – A Multifuncional	Afección de la memoria y otras áreas cognitivas
No amnésico	DCL – Unifunción	Afectación de un área cognitiva distinta de la memoria
	DCL – multifuncional	Alteración de dos áreas cognitivas al menos, distintas de la memoria

Fuente: Alberca, 2010. Deterioro cognitivo leve en la práctica diaria del neurólogo general y el médico de atención primaria.

El más importante de estos cuadros es el Déficit Cognitivo Leve de tipo amnésico, en el cual el déficit está restringido a la memoria sin afectación de otras áreas cognitivas. Según el estudio de Petersen et.al. el 16% de los sujetos comprendidas entre 70 y 89 años desarrollan en su mayoría.(19)

Lo importante de este estado es que al ser diagnosticado precozmente puede ayudar a que no progrese a demencia, se mantenga estabilizado e inclusive regresar a un estado cognitivo normal. (15) Es importante tener en cuenta que pueden existir pseudo-amnesias que generalmente se ve en pacientes deprimidos que aparentan un cuadro de deterioro real.



2.4. Factores de riesgo

Gran parte de estudios enfocados en los factores de riesgo para el deterioro cognitivo tienen limitaciones, debido a que la mayoría de las cohortes se encuentran contaminadas por pacientes que cumplen criterios de demencia en fases muy iniciales. (12)

Las alteraciones en el rendimiento cognitivo se pueden presumir a diversos factores extrínsecos e intrínsecos asociados al envejecimiento, tales como patologías no transmisibles del paciente, alteraciones sensoriales y retraimiento sociocultural. Sin hacer a un lado los elementos intrínsecos del anciano que influyen en la evolución de la patología, como la reserva neurofuncional y estructural, la dotación genética, así como el nivel de adaptación a los cambios en cada etapa de su vida. (7)

El deterioro cognitivo concuerda con la demencia con algunos factores de riesgo sociodemográficos y experiencias de vida que intervienen en el funcionamiento cognitivo de los ancianos, tal como el género, los años el nivel formativo, la susceptibilidad genética y la presencia de trastornos emocionales. (12) (20)

Un estudio realizado en Antioquia-Colombia encontró evidencia estadísticamente significativa de que la edad avanzada, vivir sin pareja, no tener ninguna escolaridad o solo primaria, estar afiliado en el régimen subsidiado de la seguridad social en salud, no participar en grupos comunitarios, percibir su expectativa de vida como desfavorable, estar descontento con su condición salud y la dependencia física para realizar actividades cotidianas se asocian a un alto índice de Déficit cognitivo. (21)

Brewster et.al. Ejecuto una investigación en el que analizo asociación de las experiencias de la vida y las cusas sociodemográficas con el rendimiento cognitivo del anciano, buscando una exactitud significativa en el entendimiento de la función cognitiva. Verificando que los factores sociodemográficos de la población de estudio intervienen en el avance del empeoramiento de la función cognitiva sobresaliendo la edad, un nivel formativo bajo, la situación económica y la actividad física. Los factores de riesgos se pueden clasificar en 5 tipos: Demográficos, genéticos, cardiovasculares, sensoriales y estilos de vida.(22)



Demográficos: la edad es un factor de riesgo importante para desarrollar Deterioro Cognitivo y acrecienta pasado los 60 años y que se duplica cada 5 años hasta cumplir los 85. Aunque no se han encontrado diferencias entre géneros apuntan que las mujeres poseen más riesgo de Deterioro Cognitivo. (23)

Genéticos: se ha evidenciado la intervención en el deterioro cognitivo principalmente de la apolipoproteína E el cual incrementa 10 veces el riesgo comparado con controles, con una frecuencia absoluta del 20%.(20)

Cardiovasculares: los pacientes que posean factores de riesgo cardiovascular o tengan evidencia clínica de evento vasculo-cerebral o ataque isquémico transitorio deben ser considerados como alto riesgo para Deterioro Cognitivo.(12)

Estilo de vida: Otros parámetros que han sido evaluadas para determinar un vínculo con el rendimiento cognitivo, son las actividades recreativas, Investigaciones actuales determinan que unos estilos de vida activos practicados con regularidad, esto es, actividades cognitivas, físicos y sociales pueden aplazar el desarrollo de déficit cognitivo. (24)

2.5. VALORACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Ante la presencia de un paciente adulto mayor con riesgo de Déficit cognitivo se debe realizar una valoración integral que comprenda una detallada historia clínica, poniendo especial hincapié en los cambios cognitivos y funcionales que hayan presentado en los últimos meses o años, sin olvidar la exploración clínica y neurológica, valoración cognitiva, mental y funcional. (25)

El proceso de valoración inicial es asistir la demanda del paciente, primordialmente son las quejas de memoria, Estas quejas suelen guardar relación con los fallos repentinos de la vida cotidiana y inquitada con el pasar del tiempo a las ancianas ya que son interpretadas como un signo inicial de demencia para proceder después a unas pruebas de detección o cribaje. Si estas pruebas de detección indican probable deterioro se emplearán test específicos para evaluar las áreas cognitivas. (26)



Hablar de déficit cognitivo y enajenación mental es fundamental y toma gran valor la evaluación cognitiva. De tal manera que existen diferentes pruebas diagnósticas, sobresaliendo las siguientes: el Mini Mental de Folstein (MMSE), la prueba de reloj, el cuestionario portátil del estado mental (SPMSQ), y el test de evolución cognitiva de Montreal (MOCA) tras revisiones bibliográfica del tema. si el puntaje del test es afirmativo no significa un diagnóstico de demencia, si no la ejecución de aplicar una valoración detallada para determinar el estado del paciente y así tener un diagnóstico claro.(27)

2.5.1. Test cognitivos que mejor predicen deterioro cognitivo.

Tras la revisión de la literatura sobre el tema de estudio, diversos autores recomiendan la aplicación del test neuropsicológico como el MMSE de folstein (Mini Mental State Examination), para detectar y seguir el desarrollo de déficit cognitivo. (28)

Test de Examinación Minimental: es la prueba cognitiva más utilizada y exacta con un sensibilidad y especificidad de 88.3% y 86.2% correspondiente, mide orientación, aprendizaje, evocación, atención, lenguaje y construcción, una de las principales características de la prueba es fácil y breve de aplicar. Consta de un total de 30 puntos. Su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica de forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognoscitivo. su punto de corte para probable deterioro cognitivo es de 23/24. Está influenciada por el nivel educativo, pero tiene puntos de corrección para personas analfabetas. (29)
(30)

2.6. EVALUACIÓN DE LA SITUACIÓN SOCIAL EN EL ADULTO MAYOR

En el ámbito de la atención al paciente anciano se han desarrollado de manera amplia la valoración de la capacidad funcional y el estado mental, valorar la situación social del adulto mayor permite determinar los elementos que intervienen en su salud, en su bienestar personal y social, con la finalidad de conocer la correlación del adulto mayor con su entorno, las relaciones humanas, el soporte para sus necesidades físicas y psicológicas. (11)



Estudio realizado por Ibarra et.al. Describe que 9 de cada 10 personas de la tercera edad se encuentra en una mala o inaceptable situación social, 6 de cada 10 presentan un problema social, desencadenados por un alto grado de dependencia, dificultad para la movilidad y relaciones sociales, con un ingreso económico irregular o inexistente. Muestra que, si bien una proporción de sujetos de tercera edad conviven un núcleo familiar apropiado y se relaciona socialmente con la comunidad cercana y extensa, es excesivamente alta el porcentaje de ancianos que presenta riesgo o problema social.(31)

La salud y el funcionamiento social se afectan mutuamente, así, las personas con un buen funcionamiento social, tienen un mejor desempeño diario y de igual manera, los sujetos con buena salud, mantienen un funcionamiento social adecuado. El funcionamiento social es un factor protector o de riesgo en el bienestar de la población anciana. (25)

Los sujetos con núcleos familiares y relaciones socio familiares inadecuado son propensos a desarrollar estados depresivos, alteración del rendimiento cognitivo que repercute en su estado de salud en relación a aquellos que tiene una entorno socio familiar apropiado y a su vez aumenta la franja de mortalidad en este grupo etario (32) Para evaluar la esfera social se utiliza algunos instrumentos, entre las escalas más utilizadas es la de Gijón. (11)

Escala de Gijón

La escala socio-familiar de Gijón de García-González et al., (usada en la presente investigación) creado en los años noventa (1990) y aplicada a una población mayor de 65 años nos permite detectar situaciones de riesgo o problemáticas sociales, siendo útil su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales de salud. Se trata de una escala hetero-administrada que evalúa cinco áreas de riesgo social: situación familiar, vínculos sociales, soporte social y situación económica, residencia, de 10 a más puntos cataloga a la persona como en riesgo y/o problema social. (11)

Sin embargo, esta escala ha sido modificada y validada por algunos países en base a sus necesidades, es así que el Ministerio de Salud Pública adaptó esta escala a su realidad. Cuando se utiliza las escalas abreviadas, se debe utilizar los rangos con puntuaciones menores y así evitar el enmascaramiento de una aparente buena situación socio familiar o riesgo a los que ya tienen un problema



social establecido, dicha puntuación validada es Menos de 7 puntos Normal, aceptable o buena situación social. Entre 8 a 9 puntos existe riesgo social. Más de 10 puntos Problema o deterioro social.(32) El entorno en el que se desenvuelve el grupo etario de estudio es primordial en su calidad de vida, por ello, establecer su situación socio familiar es la clave en la propuesta de mecanismos de intervención y establecer las redes de apoyo que protejan al adulto mayor.

2.7. FUNCIONALIDAD FAMILIAR

Las variaciones de la vida familiar son capaces de provocar alteración emocional, desequilibrio y descompensación del estado de salud, asciende los riesgos de contraer enfermedades en esta etapa de la vida o de perder la capacidad de independencia y la funcionalidad.(33)

Según García, la funcionalidad familiar es la capacidad que tiene el grupo familiar de conservar la congruencia y estabilidad ante la presencia de cambios o eventos que la desestabilizan y pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar.(34)

Se ha demostrado según diversos análisis que el tipo y composición de la familia influye directamente sobre la salud física y psicológica del adulto mayor, de igual forma la escasa participación o interacción tanto familiar como social del adulto mayor produce mayor deterioro cognitivo, en comparación con aquellos que mantenían contactos frecuentes con parientes o miembros de su comunidad.(35)

La medición del funcionamiento familiar se realiza con el test de percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) diseñado en Cuba (Ortega, 1999), el test de evaluación refleja procesos como roles, cohesión, adaptabilidad, comunicación, afectividad, armonía, permeabilidad. (34)

CAPITULO III

3. OBJETIVOS DE INVESTIGACIÓN

3.1. Objetivo General

Determinar la relación entre la situación socio-familiar y el deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia San Antonio - Quito 2019.

3.2. Objetivos Específicos

1. Determinar las características sociodemográficas y salud del adulto mayor en la parroquia San Antonio como; edad, sexo, estado civil, grupo étnico y nivel de instrucción.
2. Describir la situación socio-familiar en el adulto mayor de la parroquia de San Antonio.
3. Determinar la frecuencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor en la parroquia San Antonio.
4. Establecer la relación entre la situación socio-familiar y el deterioro cognitivo en el adulto mayor en la parroquia San Antonio.
5. Asociar las enfermedades no transmisibles presentes en el adulto mayor como diabetes, hipertensión e hipotiroidismo con el deterioro cognitivo en la parroquia San Antonio.

CAPITULO IV

4. DISEÑO METODOLOGICO

4.1. Diseño del estudio:

Se realizará un estudio analítico de corte transversal, utilizando como variable dependiente al deterioro cognitivo que se medirá con el Mini-mental test y como variables independientes a la situación socio-familiar en donde utilizaremos como instrumento al test de Gijón abreviado versión Barcelona y escala de funcionalidad familiar FF-SIL.

4.2. Universo y muestra

El universo del presente estudio está conformado por todas las personas mayores de sesenta y cinco años de edad de ambos sexos que residen en la parroquia de San Antonio, que aproximadamente son 4500.

4.3. Calculo del tamaño de la muestra:

El tamaño maestral se determinó a través del programa Epi-Dat, con una prevalencia esperada del 20%,(5) intervalo de confianza del 95%, teniendo en cuenta un universo de 4500 se obtuvo el siguiente resultado.

Datos:	
Tamaño de la población:	4.500
Proporción esperada:	20,000%
Nivel de confianza:	95,0%
Efecto de diseño:	1,0
Resultados:	
Precisión (%)	Tamaño de la muestra
5,000	234

4.4. Técnica de muestreo

La muestra se seleccionó mediante la técnica por conglomerados, en donde la población de interés se le dividió en 10 sectores censales, designado como

conglomerado, para que todos los adultos mayores tuvieran la posibilidad de ser incluidos en el estudio.

Esto se lo realizo en dos etapas:

- Inicialmente se seleccionaron aleatoriamente 5 sectores censales (unidad primaria de muestreo).
- Posteriormente se seleccionaron aleatoriamente las manzanas, dentro de cada sector censal (unidad secundaria de muestreo). Allí se encuestó a todas las personas mayores de sesenta y cinco años (unidad final de muestreo y primera de análisis).

4.5. Hipótesis

La presencia del deterioro cognitivo está relacionada con la situación socio-familiar en el adulto mayor de la parroquia San Antonio.

4.6. Unidad de análisis y observación

Todas las personas mayores de sesenta y cinco años de las manzanas seleccionadas aleatoriamente que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

4.7. Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
<ul style="list-style-type: none">• Personas mayores de 65 años de ambos sexos.• Residencia en la Parroquia de San Antonio de al menos 6 meses en el último año.• Personas que acepten voluntariamente pertenecer al estudio y firmaron el consentimiento informado.	Adultos mayores con alguna discapacidad física establecida que le impida aplicar el test, por (hipoacusia severa, demencia senil, o cualquier otro trastorno que impidió su realización).



4.8. Procedimientos para la recolección de información, instrumentos a utilizar y métodos para el control y calidad de los datos

Para la recolección de la muestra se realizó una capacitación previa con un especialista en epidemiología comunitaria y un médico familiar a 5 estudiantes de la carrera de medicina quienes colaboraron como voluntarios para el presente estudio.

Se utilizará como instrumento una entrevista conformada por dos secciones;

- 1- La primera conformada con información sociodemográfica (sexo, edad, instrucción, auto-identificación y estado civil) y comorbilidades que podrían modificar los resultados de este estudio como diabetes, hipertensión e hipotiroidismo.
- 2- Mini-mental Test, la escala de Gijón y el test de Funcionalidad familiar FF – SIL que adjuntamos en anexos.

Posteriormente cada entrevista será ingresada en la aplicación de Google-Formularios, en donde se genera automáticamente una base de datos que se transfiere al programa de Excel.

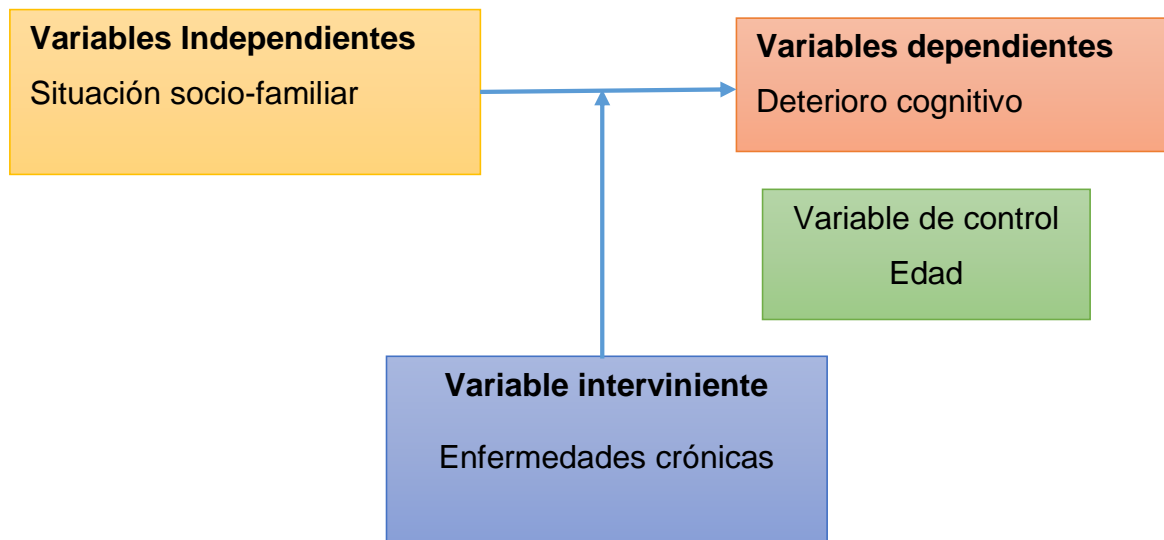
La evaluación de calidad se realizará aleatoriamente comprobando su veracidad con las encuestas originales y corrigiendo errores de digitación, para luego proceder a la tabulación de la base de datos.

4.9. Procedimientos para garantizar aspectos éticos

Se solicitará la aprobación: del Comité de Bioética de la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Católica de Cuenca. Se entregó el consentimiento informado a los/as participantes del estudio. Los participantes fueron informados sobre los objetivos del estudio antes de someterse a la entrevista, donde se les aplicó el formulario; se les indicó también que la información es estrictamente confidencial y que no serán utilizados los nombres ni datos particulares en otros trabajos, ni serán expuestos de ninguna forma. Se respetó su autonomía. El estudio no provocó daño físico o moral a los participantes, ni tampoco riesgo de incomodidad al responder las preguntas.

4.10. Operacionalización de variables

En la presente investigación se establecieron varios tipos de variables: la variable independiente se asignó a la situación socio familiar y funcionalidad familiar que se valoró, las variables dependientes al nivel de deterioro cognitivo, como variable de control a la edad y como variables intervinientes a la persistencia de comorbilidades



4.11. Plan de análisis de los resultados

Una vez recolectada la información en la aplicación google-formularios genera una base de datos que se transfiere al programa de Microsoft office – Excel 2010 en donde se tabulara para posteriormente hacer el análisis estadístico en el programa EpiInfo versión 7 en español para Windows.

Para el análisis de estadística descriptiva se utilizarán: frecuencias y porcentajes, medidas de dispersión, como promedios y desvío estándar, mediano y rango intercuartil de acuerdo a las características de cada variable. Para la asociación entre variables se empleó la razón de momios (OR), con su IC 95%, y para significancia estadística la prueba de Fisher exact con su valor de $p < 0,05$.

CAPITULO V

5.1. Resultados

El presente capítulo aborda los resultados respectivos de esta investigación obtenidos mediante entrevistas ejecutadas previo consentimiento informado a 246 adultos mayores pertenecientes a la parroquia San Antonio Quito, con la finalidad de determinar si existe una relación entre la situación socio - familiar y el deterioro cognitivo en la población de estudio. Con base a los objetivos propuestos y a la información recopilada se presenta los siguientes resultados:

La característica sociodemográfica se observó que el género femenino representa más de la mitad de la población de estudio con un 63,4% y por otra parte el 36.59% corresponde al sexo masculino con una frecuencia de 156 y 90 respectivamente, con referencia al grupo etario se identificó una población variada en los tres grupos, cabe recalcar que el grupo de adultos mayores sobresaliente fue de 65 a 74 años, la edad promedio de 73.90 (DS: 7,3). En cuanto a la categoría de anciano viejo que va desde los 85 años de edad se evidencia una frecuencia de 9,53% debido al ascenso de la mortalidad en este grupo.

Con respecto a su auto identificación el porcentaje de la población adulta Mayor mestiza es predominante, más de la mitad de los participantes conviven con su pareja. Sin embargo, con nivel educacional se debe enfatizar el porcentaje de la población adulta que no cursa con instrucción educación formativa (9,35%), dentro del nivel primario fue la cifra más alta con 155 participantes (63,01%) de secundaria 51 adultos mayores y en el nivel superior se documenta 17 personas correspondiente a un 6,91%.

TABLA 3. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DEL ADULTO MAYOR DE LA PARROQUIA URBANA SAN ANTONIO - QUITO PICHINCHA 2019

VARIABLE	N/246	%	IC
Sexo			
Femenino	156	(63,4)	57,1 - 69,4
Masculino	90	(36,5)	30,5 - 42,9
Edad			
65-74	144	(58,5)	52,1 - 64,7
75-84	79	(32,1)	26,3 - 38,3
>85	23	(9,3)	6,0 - 13,7
Auto - identificación			
Mestizo y Blancos	228	(92,6)	88,6 - 95,6
Otros	18	(7,3)	4,3 - 11,3
Estado civil			
Casado	135	(54,8)	48,4 - 61,2
Unión libre	3	(1,22)	0,2 - 0,5
Separado	6	(2,44)	0,9 - 5,2
Divorciado	21	(8,54)	5,3 - 12,5
Viudo	52	(21,14)	16,2 - 26,7
Soltero	29	(11,79)	8,4 - 16,4
Intrusión			
Ninguna	23	(9,3)	6,0 - 13,7
Primaria	155	(63,01)	56,6 - 69,0
Secundaria	51	(20,7)	15,8 - 26,3
Superior	17	(6,9)	4,0 - 10,8

*edad promedio de 73.90 (DS: 7,3)

Fuente: base de datos

Elaboración: autora

Más del 70 % de la población estudiada cursa con una de las enfermedades no transmisibles más comunes (diabetes, hipertensión e hipotiroidismo), dentro de estas la hipertensión fue la que con mayor frecuencia se observó, seguidas de diabetes e hipertensión. Dentro de las enfermedades no transmisibles con menor prevalencia (otros), obtuvimos un resultado de 28 %.

TABLA 3: PREVALENCIA DE PATOLOGÍAS NO TRASMISIBLES MÁS FRECUENTE (DIABETES, HIPERTENSIÓN E HIPOTIROIDISMO) DEL ADULTO MAYOR RESIDENTES EN LA PARROQUIA URBANA SAN ANTONIO, QUITO – PICHINCHA 2019

Variable	n = 246	%	IC 95 %
Enfermedades no transmisibles			
Si	180	(73,2)	67.11 - 78.20
No	66	(26,8)	21.42 - 32.80
Diabetes			
Si	35	(14,23)	10,11 - 19.23
No	211	(85,77)	80,77 - 89.89
Hipertensión			
Si	100	(40,65)	34,46 - 47.07
No	146	(59,35)	52,93 - 65.54
Hipotiroidismo			
Si	27	(10,98)	7,36 - 15.57
No	219	(89,02)	84,43 - 92.64
Otros			
Si	71	(28,86)	23,28 - 34.96
No	175	(71,14)	65,04 - 76.72

Fuente: base de datos

Elaboración: autora

Tras la aplicación del MINI MENTAL TEST a la población de estudio se identifica que el 117 (47.56%) de los participantes mantienen un rendimiento cognitivo normal, con una prevalencia de deterioro cognitivo correspondiente al 40%. También se identificó un total de 20 pacientes con sospecha patológica lo que indica un 8.13%, y finalmente 9 personas con demencia (3,66%), esto manifiesta que el 52.5% del total de pacientes estudiados tienen algún grado de déficit cognitivo. Es muy importante mencionar que estos resultados se obtuvieron bajo una interpretación del minimal test sin ajuste al grado de escolaridad.

Los resultados obtenidos en el minimal test también se interpretaron con un ajuste según el grado de escolaridad, ya que en nuestra población de estudio se reportó un 9% de analfabetismo, y dentro del nivel primario fue la cifra más alta, con esta interpretación se obtuvo una frecuencia de deterioro cognitivo de 24.8% y un 75.2% reportaron no tener deterioro cognitivo.

TABLA 4. PREVALENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN LA PARROQUIA URBANA SAN ANTONIO, QUITO - PICHINCHA 2019.

	Categoría	n/246	%	IC 95%
Sin ajuste a la escolaridad	Demencia	9	(3,6)	1,6 - 6,81
	Deterioro Cognitivo	100	(40,6)	34,4 - 47,07
	Sospecha Patológica	20	(8,1)	5,04 - 12,21
	Normal	117	(47,5)	41,1 - 54,01
Con ajuste a la escolaridad	Con deterioro	61	(24,8)	19,5 - 30,6
	Sin Deterioro	185	(75,2)	69,3 - 80,4

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autora

Después de aplicar el TEST DE GIJÓN ABREVIADO a la población adulta que conformo el estudio, se puede evidenciar que el 84,55% de adultos mayores presentan un riesgo bajo, es decir, la mayor parte de la población tiene una buena situación socio - familiar, sin embargo, del total de la población 23 (9,35%) personas presentan riesgo socio familiar alto y la frecuencia de riesgo socio – familiar intermedio se registró en 15 participantes correspondiente a un 6,10%.

Al analizar las categorías de la escala funcionalidad familiar (FFSIL), se observó que dentro de las categorías de familia funcional y moderadamente funcional se reportó 12% y 72% respectivamente. Muestras que, para familia disfuncional y severamente disfuncional, con una frecuencia de 9% y 5% respectivamente. Estas se agruparon en dos categorías para fines prácticos y análisis posteriores, un grupo con funcionalidad familiar (familia funcional y moderadamente funcional) con una proporción total del 84% y 15% el otro grupo de disfuncionalidad familiar (familia disfuncional y severamente disfuncional) 15.

TABLA 5. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SITUACIÓN SOCIO – FAMILIAR DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN LA PARROQUIA URBANA SAN ANTONIO QUITO – PICHINCHA 2019

Variable	n/246	%	IC 95%
Funcionalidad familiar			
Funcional	30	(12,20)	8,38 - 16,95
Moderadamente funcional	178	(72,36)	66,32 - 77,85
Disfuncional	24	(9,76)	6,35 - 14,17
Severamente funcional	14	(5,69)	3,15 - 9,36
Situación socio – familiar			
Riesgo bajo	208	(84,5)	79,4 - 88,8
Riesgo intermedio	15	(6,1)	3,4 - 9,8
Riesgo alto	23	(9,3)	6,02 - 13,7

Fuente: Base de datos, mini mental test, escala de Gijón y escala de Funcionalidad familiar

Elaboración: Autora

De las variables socio - demográficas estudiadas con el deterioro cognitivo se encontró una asociación con el estado civil de los adultos mayores, la misma fue agrupada en dos categorías con pareja (unión libre, casados) y sin pareja (viudo, solteros, separados, divorciados), tomando en cuenta a los pacientes sin pareja como mayor riesgo a deterioro cognitivo. Se obtuvo un odds ration (OR) de (0.45), con un IC95% (0.24 – 0.8) y un valor de $P=0,008$ estadísticamente significativo.

En relación al grado de escolaridad el resultado nos sugiere mayor riesgo para los pacientes con baja escolaridad con un OR 1.18 con intervalos de confianza de (0.5 a 2.3) siendo este no significativo, la misma fue agrupada en dos categorías; baja escolaridad (analfabetismo y primeria) y escolaridad alta (secundaria y superior).

TABLA 6: ASOCIACIÓN ENTRE LAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS Y EL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO, QUITO - PICHINCHA 2019

Variables	Deterioro cognitivo		OR(IC5)	IC95%	VP
	Con (61)	Sin (185)			
Sexo	n/ (%)	n/ (%)			
Femenino (n=156)	36 (23,08)	120 (76,9)	0,82	0,40 -1,41	0,31
Masculino (n=90)	24 (26,67)	66 (73,3)			
Auto-identificación					
Otros (n=18)	2 (11,1)	16 (88,8)	0,36	0,80 -1,61	0,13
Mestizo/blancos (n=228)	58 (25,4)	170 (74,5)			
Estado civil					
Sin pareja (n=108)	18 (16,6)	90 (83,3)	0,45	0,24 -0,80	0,008
Con pareja (n=138)	43 (31,1)	95 (68,8)			
Escolaridad					
Baja (n=187)	47 (25,1)	140 (74,8)	1,18	0,5 – 2,3	0,56
Alta (n= 59)	13 (22,03)	46 (77,9)			
Edad					
>75 (n= 101)	25 (24,75)	76 (75,2)	1,033	0,57 -1,86	0,51
65-74 (n=145)	35 (24,3)	110 (75,8)			

Edad: Promedio 73.80 (DS 7,20), Mediana 72.5 (RIQ 67.7 – 97)

1 Fisher Exac

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autora

Dentro de las enfermedades no transmisibles, se asoció la diabetes como un factor protector, pues de los 35 pacientes con diabetes el 88.5% no tienen deterioro cognitivo y solo el 11.4% presenta deterioro cognitivo, con un OR 2.85 con intervalos de confianza 0.10 – 0.9 y un valor de P 0.03, sugiriendo ser estadísticamente significativo.

Las otras enfermedades que se reportan en este estudio son la hipertensión y el hipotiroidismo con OR 1,38 y 1,09 respectivamente. Con intervalos de confianza que cruzan la línea media.

TABLA 7. ASOCIACIÓN DE PATOLOGÍAS NO TRASMISIBLES MÁS FRECUENTES Y EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR RESIDENTE EN LA PARROQUIA URBANA SAN ANTONIO, QUITO - PICHINCHA 2019

Enfermedad	Deterioro cognitivo		OR	IC	Vp (1)
	Con (n=61)	Sin (n=185)			
Diabetes					
Si (n=35)	4 (11.4)	31 (88.5)	0,35	0.10-0.9	0,03
No (n=211)	56 (26.5)	155 (73.4)			
Hipertensión					
Si (n=100)	28 (28)	72 (72)	1.38	0.7- 2,4	0,17
No (n=146)	32 (21.9)	114 (78.08)			
Hipotiroidismo					
Si (n=27)	7 (25.9)	20 (74.07)	1.09	0.4-2.6	0,5
No (n=219)	53 (24.2)	166 (75.8)			
Otros					
Si (n=71)	21 (29.5)	50 (70.4)	1.46	0.7-2.72	0,14
No (n=175)	39 (22.2)	136 (77.7)			

1 Fisher exact

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autora

La funcionalidad familiar se reportó con una relación que aumenta el riesgo con un OR de 2.36 con intervalos de confianza de 1.3 a 4 lo que demuestra su significancia estadística. Por otra parte, el riesgo en el deterioro de la situación socio-familiar en nuestros pacientes se obtuvo un OR de 1.32, con intervalos de confianza que cruzan la línea media.

TABLA 8. ASOCIACIÓN FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR CON EL DETERIORO COGNITIVO AJUSTADO A LA ESCOLARIDAD DEL ADULTO MAYOR, SAN ANTONIO, QUITO - PICHINCHA 2019.

FF-SID	Deterioro cognitivo		OR	IC	VP
	tiene n/(%)	No tiene n/(%)			
Disfuncional (n=38)	15 (39,47)	23 (60,53)	2.36	1,13 – 4.04	0.018
Funcional (n=208)	45 (21,06)	163 (78,03)			
GIJON					
Riesgo alto (38)	11 (21,09)	27 (71,05)	1.32	0,61 – 2.85	0,30
Bajo riesgo (208)	49 (23,56)	159 (76,44)			

Fuente: Base de datos

Elaboración: Autora

CAPITULO VI

6. DISCUSIÓN

El crecimiento de la población adulta mayor en América Latina hace inminente el aumento de enfermedades propias de este grupo etario, una de las más prevalentes es el deterioro cognitivo, la cual se relaciona con factores biológicos y sociales. En este contexto se planteó este estudio con el objetivo de identificar la asociación entre la situación socio-familiar y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la parroquia urbana de San Antonio.

La mayor parte de la población de estudio estuvo conformada por el género femenino en relación al género masculino, en concordancia a datos oficiales que muestran mayor longevidad del sexo femenino, mismo que evidencia un estudio ejecutado por Paredes et.al. Quienes indican “En muchas naciones las mujeres conforman la mayoría de población adulta, a este fenómeno, se conoce como ‘feminización del envejecimiento’”. (36)(37) Sin embargo, también se reportan datos contrarios a los obtenidos en la presente investigación, realizados en Colombia por Camargo en el año 2017. Destacan que más del 50% de los adultos mayores pertenecen al género masculino.(38)

Más del 50% manifestaron tener pareja en unión libre o casados, este dato es fundamental ya que el mismo podría funcionar como un factor protector como lo han mencionado investigaciones previas, pues existen estudios que demuestran mayor riesgo para deterioro cognitivo en los paciente sin pareja, esto se puede explicar por el mayor riesgo de depresión en pacientes sin pareja y esta patología la causante directa del deterioro cognitivo (19)

La importancia del nivel de instrucción como factor de riesgo o factor protector en esta patología ya se ha documentado en varios estudios. En nuestra población de estudio se identificó un 9 % de analfabetismo a diferencia de indagaciones realizadas en el año 2018 en la parroquia de Guamani donde se



identificó el 21% de la población con analfabetismo, característica importante a tomarse en cuenta para interpretar nuestros resultados. (39)(40)

También es importante describir las patologías que puedan incidir en la predisposición al deterioro cognitivo, en este caso se reportaron 3 de las comorbilidades más comunes en nuestra población, siendo estas la diabetes, hipertensión y el hipotiroidismo. Se reportó más del 70% de la población cursa con una de estas enfermedades, similar a los resultados descritos en otros estudios y siendo está muy variable a dependencia de cada una de las poblaciones estudiadas. La hipertensión arterial con el 40%, diabetes con 14% e hipotiroidismo 10%. Creemos importante describir la frecuencia de estas patologías ya podrían aumentar el riesgo al deterioro cognitivo.

Este estudio reporta una prevalencia de deterioro cognitivo correspondiente al 40,65%, mismo que concuerda con cifras nacionales como el estudio realizado en enero del 2019 en Ambato que reporta un 36,9% de su población con presencia de algún tipo de deterioro cognitivo. También se han reportado mayores frecuencias en estudios como el realizado en Babahoyo el 2017, los mismos reportan una prevalencia de 62%, lo que podría deberse a particularidades de cada una de las poblaciones estudiadas.(41)

También se estimó la prevalencia del deterioro cognitivo con una interpretación de nuestro instrumento ajustado al grado de escolaridad, modificando los puntos de corte del mini mental test, con esto se observó una prevalencia del 24% con intervalos de confianza que varían desde el 19 al 30%, acercándose más a datos de estudios internacionales, quienes reportan frecuencias desde el 12% o como en el caso de Lima donde se documentó un 17%, aunque los datos varían dependiendo del territorio estudiado. Es importante recalcar que los casos de deterioro cognitivo pueden variar dependiendo de las características particulares de cada población. (7)(42) (43).

Es muy importante mencionar que otra de las particularidades de la población de estudio fue que se encontró a más del 80% con una familia funcional o moderadamente funcional, resultado que concuerda con la estimación de riesgo



socio-familiar por la escala de Gijón modificada por lo cual estima un riesgo bajo más del 80%, resultado que podría deberse a los grandes esfuerzos hechos por los centros de recreación del adulto mayor, mismos que podrían estar disminuyendo el riesgo de esta patología. Sin embargo, existe más del 15% con algún problema social, pues la mayoría de hogares tienen conflictos en el instante que los adultos mayores requieren atención y cuidados exhaustivos, razón probable de aislamiento social, esto refleja la vida actual del adulto mayor en la parroquia San Antonio – Quito. Este panorama socio – familiar es equivalente al estudio realizado por Villarreal, 2012 en Colombia. (1)(32) .

Dentro de las características sociodemográficas que se asociaron con el deterioro cognitivo se encuentran el estado civil en donde se obtuvo un OR de 0.45 con intervalos de confianza que no cruzan la línea media y un valor de p 0.008, estos resultados sugieren como factor protector al grupo de pacientes sin pareja, sean estos en unión libre o casado, resultado discrepante a los reportados por estudios nacionales e internacionales. Esto se puede explicar por factores socioeconómicos que podrían estar interviniendo como factores de protección, siendo este una debilidad del presente estudio al no ser estimada esta variable. Sin embargo, una manifestación de esto podría estar presente en el porcentaje de analfabetismo (9%) siendo este menos de la mitad de la reportada por un estudio similar en Guamani, parroquia urbana de la ciudad de Quito, evidenciando la polaridad que existe entre los sectores del sur y norte de dicha ciudad. (40)

El nivel de educación de la población en estudio, dentro del nivel primario fue la cifra más alta con 155 participantes (63,01%) y enfatizamos en el porcentaje de la población adulta que no cursa con instrucción educación formativa (9,35%). Se observó que la población de estudio con instrucción primaria presentó más casos de déficit cognitivo. Estos resultados coinciden con la investigación descrita por (Camargo et.al. 2017).(38) Comparando con estudios internacionales realizados en España y Costa Rica, se encontró que los adultos mayores con alto porcentaje de deterioro cognitivo moderado y severo fue la población con instrucción primaria, en adición a esto, los autores señalan que el bajo nivel



educacional disminuye la reserva cognitiva y aumenta la vulnerabilidad de déficit cognitivo. (Mental et al 2016.) por su parte, resaltan la importancia de la educación formativa en las personas, puesto que el nivel educativo superior puede convertirse en un elemento protector contra el deterioro cognitivo presente en la población adulta mayor. (5) (19)

A pesar que la patología más frecuente en nuestra población estudiada, fue la hipertensión arterial, se reportó un mayor grado de asociación con el deterioro cognitivo a la diabetes (OR:0.35 IC:0.10 – 0.9 VP:003) como factor protector contrario a lo reportado en otros estudios como el de Roca, Ramírez en Cuba, que sitúa en evidencia que el factor que con más frecuencia se asocia a déficit cognitivo es la diabetes mellitus (OR:2.62 IC:2.02-3.12 VP:001).(44) En la revisión realizada por Castro y Roquelin sobre la asociación entre la diabetes mellitus y el deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años se determina que el 54.5% de los pacientes con diabetes padecían de deterioro, este resultado no concuerda con las secuencia fisiopatológica y se podría evidenciar la debilidad de este estudio al no haber indagado las características socioeconómicas que podrían alterar estos resultados, en el investigación realizado por León et.al. determina que uno de los principales precursores que influye en el avance del deterioro cognitivo en la población adulta es la situación socioeconómica baja.(41)

El hallazgo principal es la asociación entre la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo, en donde se reporta mayor riesgo para los pacientes con familias disfuncionales, con un OR de 2.36 (IC 1 - 4) y un valor de p 0.018 que nos confirman la significancia estadística de este resultado. Similar a resultados reportados en otros estudios ejecutados en México por Reyes y Chavez.(45) La situación socio familiar también aparenta tener una relación con el deterioro cognitivo con un OR mayor a 1 pero con intervalos de confianza que cruzan la línea media y un valor p de 0.3 que muestra una no significancia estadística.



CAPITULO VII

7.1. CONCLUSIONES

- Se determinó un alto porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo correspondiente al 40.75 %. Sin embargo, al ajustar a la escolaridad para su interpretación presenta un descenso al 24.2%.
- Las características sociodemográficas y comorbilidades que se encuentran asociados de manera estadísticamente significativa con el deterioro cognitivo fueron: el presentar pareja y diabetes. El sexo, auto identificación, edad, hipertensión arterial e hipotiroidismo no presentan asociación significativa.
- A pesar que la mayor parte de la población tiene una buena situación socio – familiar y entabla relaciones sociales idóneas, existe un alto porcentaje que presentan alto riesgo socio familiar.
- El análisis de la función familiar es muy importante en los adultos mayores en el su proceso de envejecimiento. Existe un predominio de familias moderadamente funcionales, aquellos núcleos familiares con relaciones adecuadas podrían mejorar y favorecen el estado cognitivo de los pacientes, de lo contrario familias disfuncionales son un factor de riesgo asociado a deterioro cognitivo en los adultos mayores.



7.2. RECOMENDACIONES

- En base a lo observado en este estudio creemos importante que se realicen estudios con escalas que tomen en cuenta la escolaridad de la población de estudio pues al no hacerlo se podría estar sobreestimando la prevalencia de esta patología, de igual manera el impacto de la calidad de vida del adulto mayor con deterioro cognitivo tomando en cuenta su situación económica ya que este parámetro puede influir en los resultados.
- Uno de los mayores desafíos del Ministerio de Salud Pública referente a la atención primaria de la población adulta es generar un equilibrio entre el autocuidado, el sistema de apoyo familiar y los cuidados profesionales. Para ello es indispensable el apoyo integral de los profesionales de la salud y a la vez la creación de programas de integración familiar y educación sobre esta patología, lo cual son el principal soporte emocional, social y del cuidado diario del adulto mayor.
- Fortalecer en la atención primaria el programa de cuidado del adulto mayor del Ministerio de Salud Pública en especial a la población de adultos mayores que se encuentren en riesgo social.
- Se recomienda en base a los datos obtenidos elaborar campañas de prevención y promoción de patologías neurocognitivas en este grupo etario, en relación a componentes protectores y preventivos como la realización de programas de preparación educacional por parte los distintos establecimientos gubernamentales, para también puedan generar redes de apoyo en el núcleo familiar.
- A su vez se recomienda dar mayor énfasis en el tratamiento terapéutico no farmacológico en sujetos que tiene sospecha de alteración cognitivo y deterioro ya que se incrementa el riesgo de progresar a un cuadro demencial.

CAPITULO VIII

BIBLIOGRAFÍA

1. Salud SDELA. Organización Mundial de la Salud, Situación de la salud estrategias de cooperación. OMS. 2017;2017–8.
2. Montenegro Peña M, Montejo Carrasco P, Llanero Luque M, Reinoso García AI. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. Rev Logop Foniatr y Audiol. 2012;32(2):47–56.
3. Díaz Cabezas R, Marulanda Mejía F, Martínez Arias MH. Prevalence of cognitive impairment and dementia in people older 65 years in a Colombian urban population. Acta Neurológica Colomb [Internet]. 2013;29(3):141–51. Available from: http://www.scielo.org.co/scielo.php?Pid=S0120-87482013000300003&script=sci_abstract
4. Castioni M, Kirchner D, Maria R, Mariza L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de residentes en una comunidad en el sur de Brasil adultos mayores Capacidade funcional e nível cognitivo de idosos residentes em uma comunidade do sul do Brasil Functional capacity and cognitive level of elderly resi. Enferm Glob. 2015;37:1–11.
5. Mental T, Impairment C, Test M, Day A, Centers C. Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Costa Rica : Situación Y Factores De Riesgo En Centros Diurnos Depression in Older Adults of Costa Rica : Situation and Risk Factors in Adult Care Centers . Abstract : 2016;2(4):288–93.
6. INEC. La población adulta mayor en la ciudad de Quito, estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. 2018;
7. 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. 2018;81(1):9.
8. Buiza C, Montorio I, Lezaun Y. Intervenciones en deterioro cognitivo grave. 2006;41(Supl 2):42–8.
9. Buonanotte F. Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo



- menor: avances en torno al constructo. *Neurología Argentina*. 2014;7(1):51–8.
10. Ocampo-Chaparro JM, Mosquera-Jiménez JI, Davis AS, Reyes-Ortiz CA. Deterioro funcional asociado al deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2018 Jan;53(1):19–22.
 11. La Reade, Humana S, Especializaci PDE, Familiar ENM, Familiar M, Bol E, et al. “ Situación socio familiar del adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar en la Zona 7 . 2016 .” 2017;
 12. Cancino M, Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Ter psicológica*. 2016 Dec;34(3):183–9.
 13. Zuñiga S, Et.al. prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del instituto ecuatoriano de seguridad social, cuenca 2013.
 14. Jorge D, Otero L, Scheitler LF. Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer . El concepto de deterioro cognitivo leve. 2003;4–13.
 15. Pose M, Manes F. Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurológica Colomb*. 2010;26(3):7–12.
 16. Benavides-caro DCA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. 2017;40(2):107–12.
 17. Mufson E, Binder L, Counts S, Dekosky S, Perez S, Scheff S. Mild cognitive impairment : pathology and mechanisms. 2012;13–30.
 18. Vazdarjanova A, Bunting K, Muthusamy N, Bergson C. Calcyon upregulation in adolescence impairs response inhibition and working memory in adulthood. *Mol Psychiatry* [Internet]. 2011;16(6):672–84. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/mp.2011.14>
 19. Escarbajal A, Martínez M, López S, Romero J. Mild cognitive impairment in elderly users of municipal centers of the Region of Murcia (Spain) TT - El deterioro cognitivo leve en personas mayores usuarias de centros municipales de la Región de Murcia (España). *An Psicol* [Internet].



- 2016;32(1):234–40. Available from:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?Script=sci_arttext&pid=S0212-97282016000100027&lang=pt
20. Roberts R, Knopman D. Classification and epidemiology of MCI. *Clin Geriatr Med* [Internet]. 2013;29(4):753–72. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.003>
21. 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*. 2016;33(3):613.
22. Brewster P, Melrose R, Johnson J, Napoles A, Mackay-brandt A, Farias S, et al. Life Experience and Demographic Influences on Cognitive Function in Older Adults. 2014;28(6):846–58.
23. Verdelho A, Gonçalves M. Neuropsychiatric Symptoms in Cognitive Impairment and Dementia : A Brief Introductory Overview The Behavioral and Psychological Symptoms of Dementia. 2017;1–7.
24. Lojo C, Facal D, Juncos O. Revista Española de Geriátría y Gerontología ¿ Previene la actividad intelectual el deterioro cognitivo ? Relaciones entre reserva cognitiva y deterioro cognitivo ligero. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2012;47(6):270–8. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2012.02.006>
25. Cristina A, Romero S, Arín E, Calvo EG. Valoración geintegral. *Tratado de Geriátría*. 2006;59–68.
26. Delgado Charro L; Maroño Souto Y; Fernández Regal I, García Caballero A. Valoración inicial del paciente con deterioro cognitivo. 2011;1–6.
27. Barahona E, Villasán A, Sánche A. Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL). *Int J Dev Educ Psychol Rev INFAD Psicol*. 2014;1:47–54.
28. Fernando D, Segura C, Cardona A, Segura C, D OG. Análisis Rasch del Mini Mental State Examination (MMSE) en adultos mayores de Antioquia , Colombia older adults in Antioquia , Colombia. 2017;
29. Carnero C, Ordu IC, Espejo B, Cárdenas S, Torrero P, Rodríguez O.



- Atención Primaria Efectividad del Mini-Mental en la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria. 2013;45(8):426–33.
30. Sánchez E, Plata S, Montalvo C, Galvis P, Chiquillo A, et al. Clínica de memoria en Bogotá moca and MMSE scores in patients with mild cognitive impairment and dementia in a memory clinic in Bogotá Artículo original.
 31. Garayoa M, Reyesb M, Galeanoc M, Giménez y DB. Valoración socio-familiar del adulto mayor. 2017;43:4788.
 32. Amarís G, Arrieta E. Condición sociofamiliar , asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia) Social and family , health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (. 2012;28(1):75–87.
 33. Saavedra González A, Rangel Torres S, García de León Á, Duarte Ortuño A, Bello Hernández YE, Infante Sandoval A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, Tamaulipas, México. Atención Fam. 2018;23(1):24–8.
 34. García G, Landeros E, Pérez A. Funcionalidad familiar y capacidad física de los adultos mayores en una comunidad rural. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc [Internet]. 2007;15(1):21–6. Available from: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2007/eim071d.pdf>
 35. Ball D, Del Luján T, Masjuan N, Trápaga A, Arca D Del, Scafarelli L, et al. Escala De Evaluación Del Funcionamiento Familiar-Faces Iv-: Proceso De Adaptación a Montevideo, Uruguay Family Functioning Assessment Device-Faces Iv-: Process of Adaptation for Montevideo, Uruguay. Ciencias Psicológicas. 2009;1:43–56.
 36. Stites S, Karlawish J, Harkins K, Rubright D, Wolk D. Awareness of Mild Cognitive Impairment and Mild Alzheimer ' s Disease Dementia Diagnoses Associated With Lower Self-Ratings of Quality of Life in Older Adults. 2017;00(00):1–12.
 37. Paredes-Arturo Y, yarcepinzón Eunice R, Rosas Estrada, G. Academia D, Neurología M De. Factores sociodemográficos relacionados con el funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. 2015;



38. Camargo Hernández K, 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 y Salud*. 2017;19(2):163.
39. León I, Roldán J. Escala de Reserva Cognitiva y envejecimiento Introducción. 2016;
40. America T, Jose S, Rica C, Juan S, Rico P, Rico P. Evaluación del mini cog comparado con el mini examen del estado mental modificado utilizado por el ministerio de salud pública para tamizaje de deterioro cognitivo en el primer nivel de atención en la parroquia de guamani - yaruqui. 2017;(May).
41. león J, Tumbaco A. Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador) Factors associated with cognitive impairment in older adults in the El Salto - Babahoyo parish. 2017;4:9–16.
42. Teresa M, Catalá C, Maria A, Meliá V, Alonso DD, Dura RM, et al. Prevalencia y estudio de factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años del entorno de la farmacia comunitaria. Estudio piloto. 2012;4(3):96–100.
43. K. U. Severidad del deterioro cognitivo de los adultos mayores que asisten a centros geriátricos de la ciudad de ambato. 2019;90.
44. Roca-Socarras A, Henriette K, Ramírez-Rojas A PC. Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia Distinctive Features of Comorbidity and Functional Performance in Institutionalized Elderly Patients with Cognitive Impairment and Dem. 2019;2–9.
45. Chávez maldonado I, Reyes Jimenez o. funcionalidad familiar y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor pensionado de la umf 92 en el año 2015. 2016 [cited 2019 Sep 2]; Available from: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/63552?Show=full>

CAPITULO IX

ANEXO 1: OPERACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	CONCEPTO	DIMENSIÓN	INDICADORES	CATEGORIA/ESCALA	TIPO
EDAD	Tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento actual.	Tiempo.	Años.	65-74 75-84 85 y mas	Variable de razón cuantitativa
SEXO	Condición orgánica que diferencia una especie	Caracterización	Género	<ul style="list-style-type: none"> Femenino Masculino 	Variable Nominal Cualitativa
ESTADO CIVIL	situación personal en que se encuentra una persona física en	Vínculos personales con individuos de otro sexo o de	Vínculo conyugal	<ul style="list-style-type: none"> Soltero/a Casado/a Divorciado/a Viudo/a 	Variable Nominal Cualitativa



	relación a otra, con quien se crean lazos jurídicamente reconocidos	su mismo sexo que no sean familiares.			
NIVEL DE INSTRUCCIÓN	Periodo de tiempo transcurrido desde que una persona asiste a una institución para estudiar y aprender	Grado de preparación estudiantil	Nivel escolar	<ul style="list-style-type: none">• Primaria• Secundaria• Superior• Ninguna	Variable de Intervalo Cualitativa
AUTO-IDENTIFICACIÓN	Acto individual de reconocimiento explícito y contextual de la identificación a un grupo étnico.	Social – biológico	Identificación de los sujetos según sus costumbres y cultural.	<ul style="list-style-type: none">• Indígena• Afro ecuatoriano / afro descendiente.• Negro/a.• Mulato/a• Mestizo/a• Montubio/a.• Otros	Variable de intervalo Cualitativa.



DÉFICIT COGNITIVO	Es la característica que actúa como una barrera para el proceso cognitivo, ocasionando una pérdida de las funciones cognitivas.	Disminución del desempeño intelectual global	Función cognitiva	Mini mental test. <ul style="list-style-type: none">• Normal: 25 o más puntos• Sospecha patológica: 24 puntos o menos• Deterioro cognitivo: 13- 24 puntos• Demencia: 12 puntos o menos	Variable de intervalo Cualitativa
SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR	Condición del estado social y familiar, evalúa categorías, establecidas desde una situación ideal o ausencia de problemática a la objetivación de algún problema social.	Biopsicosocial	Evaluación del entorno social en el que se desenvuelve el adulto mayor	Escala de Gijón <ul style="list-style-type: none">• 3 a 7: Situación social buena.• 8 a 9: Riesgo Social.• Mayor 10: problema social o Deterioro social severo.	Variable de intervalo Cualitativa.
FUNCIONALIDAD FAMILIAR	capacidad que tiene la familia de mantener la congruencia y estabilidad ante la	Roles Cohesión adaptabilidad comunicación	Evaluación de la funcionalidad Familiar.	Escala FF-SIL. 57 a 70 Funcional 43 a 56 moderadamente funcional	Variable de intervalo Cualitativa



	presencia de cambios o eventos que desestabilizan y pueden ser generadores de enfermedad en los miembros del sistema familiar	afectividad armonía permeabilidad		28 a 42 Disfuncional 14 a 27 severamente disfuncional	
--	---	-----------------------------------	--	--	--



ANEXO 2: OFICIO DE BIOETICA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

Cuenca 16/7/2019

El comité institucional de Bioética en Investigación en seres humanos de la universidad católica de Cuenca, Carrera de Medicina.

CERTIFICA

Que ha conocido, analizado y aprobado el proyecto de investigación titulado
Situación socio familiar y su relación con el deterioro cognitivo del adulto mayor
en la Parroquia San Antonio, Quito 2019.

Trabajo de titulación realizado por Bertha Mercedes Peñalosa Fífa

Código: Pe17|SIME33

DR CARLOS FLORES MONTESINO
RESPONSABLE COMITÉ DE BIOÉTICA



ANEXO 3: OFICIO DE COORDINACIÓN DE INVESTIGACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA Y ENFERMERIA

Cuenca, 23 de julio del 2019

SEÑOR

HUMBERTO VASCONEZ JARA

COORDINADOR DE LA SEDE SOCIAL DE ADULTOS MAYORES

SAN ANTONIO PICHINCHA

Su despacho: -

De mis consideraciones:

Con un atento saludo me dirijo a usted, para solicitar de la manera más comedida su autorización para que el estudiante de la carrera de medicina **PEÑALOZA PIÑA BERTHA MERCEDES** con CL: 0105734917, puedan permitirle realizar su trabajo de investigación en su distinguida institución, con la finalidad de recopilar información, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación, que requiere para el desarrollo de su trabajo de titulación cuyo tema aprobado es " **SITUACIÓN SOCIOFAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO. QUITO 2019**" La investigación será dirigida por el Dr. Jorge Buelvas Muza, especialista en Medicina Interna y docente de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca.

En espera de poder contar con su apoyo para el desarrollo de esta importante actividad académica, agradezco de antemano y me suscribo de usted.

Atentamente:


LCDA. CAREM PRIETO F. MGS.

Responsable de titulación carrera de medicina-matriz de la universidad de cuenca

Manuel vega y pio bravo

Teléfonos: 830752 – 412315

www.ucacue.edu.ec



SEDE SOCIAL DE ADULTO MAYOR SAN ANTONIO PICHINCHA

Asunto: APROBACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

Señora Magister

Susana Janeth Peña Cordero

Decana de la Unidad Académica de Salud y Bienestar

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

En su despacho

De mis consideraciones:

Me dirijo a usted con la finalidad de poner en su conocimiento que la solicitud presentada por la señorita Bertha Mercedes Peñaloza Piña, estudiante de la Carrera de Medicina de la Universidad Católica de Cuenca, ha sido aprobada por parte de la sede social de Adulto Mayor San Antonio Pichincha.

El título de Tesis es. **"SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO, QUITO 2019"**

Con sentimientos de distinguida consideración.

Atentamente,



0300558491

Miguel Humberto Vascones Jara

Coordinador de la sede social de Adulto Mayor San Antonio Pichincha

ANEXO 4: DATOS FORMULARIO Y ENCUESTA LLENA

COMITÉ INSTITUCIONAL DE BIOÉTICA EN INVESTIGACIÓN DE SERES VIVOS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

NOMBRE DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
“ SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO, QUITO 2019 ”	
INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE EL INVESTIGADOR: (UNIVERSIDAD, INSTITUCIÓN, EMPRESA U OTRA)	“UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA”
NOMBRE DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL	BERTHA MERCEDES PEÑALOZA PIÑA
DATOS DEL INVESTIGADOR PRINCIPAL: (NÚMERO DE TELÉFONO, EMAIL)	0984048906 BETH_340@HOTMAIL.COM

DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

El presente documento esta una breve descripción del motivo de la investigación USTED tiene el derecho a realizar todas las preguntas que crea convenientes, con la finalidad de comprender totalmente cuál es su participación en el estudio. El tiempo que requiera para decidir su participación es decidido por usted. Sugerimos si es necesario hacer consultas con sus miembros de familia cercanos o cualquier otra persona, incluyendo profesionales que considere necesarios, para saber si usted desea participar o no en el proceso de investigación. Usted ha sido invitado a ser parte de una investigación sobre: **“SITUACIÓN SOCIO-FAMILIAR Y SU RELACIÓN CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO, QUITO 2019”** con la finalidad de medir el impacto de los factores sociales y su relación con esta enfermedad.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN: los participantes deben cumplir con los siguientes parámetros: personas mayores de 65 años, residentes en la Parroquia San Antonio de al menos 6 meses durante el último año, personas que acepten voluntariamente pertenecer al estudio y firmen el respectivo consentimiento informado. Los criterios de inclusión Adultos mayores con alguna discapacidad física establecida que le impida aplicar el cuestionario.



OBJETIVOS DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: El objetivo del presente estudio es determinar la situación socio-familiar y su relación con el deterioro cognitivo en el adulto mayor de la parroquia San Antonio Julio del 2019. La presente investigación está conformada por 234 adultos mayores que residen en la parroquia de San Antonio.

DESCRIPCIÓN DE PROCESOS O PROCEDIMIENTOS: Si usted decide participar en este estudio se realizará una entrevista conformada por dos secciones; la primera que contiene información sociodemográfica (sexo, edad, instrucción, auto-identificación y estado civil) y comorbilidades que podrían modificar los resultados de este estudio como diabetes, hipertensión e hipotiroidismo, y la segunda la aplicación de tres test el MINI-MENTAL TEST, la escala de GIJÓN y FF-SIL. La entrevista tiene un tiempo de 20 minutos aproximadamente.

RIESGOS Y BENEFICIOS: Es importante que sepa lo siguiente, el estudio no provocara daño físico o moral a los participantes, ni tampoco riesgo de incomodidad al responder las preguntas. usted brindara información valiosa para la correcta ejecución de este proyecto de investigación.

CONFIDENCIALIDAD DE LOS DATOS: Es prioridad para todo el equipo de investigación mantener su confiabilidad, la información que nos proporcione se identificará con un código que reemplazará su nombre y se guardará en un lugar seguro donde solo el investigador tendrá acceso, su nombre no será mencionado en los reportes o publicaciones, Se respetó su autonomía.

AUTONOMÍA (DERECHO A ELEGIR): Usted puede decidir no participar y si decide no participar solo debe decírselo al investigador o a la persona que le explica este documento. Además, aunque decida participar puede retirarse del estudio cuando lo desee, sin que ello afecte los beneficios de los que goza en este momento. Usted no recibirá ninguna remuneración económica por participar en el estudio. es importante aclarar que su participación en el presente estudio no tiene ningún costo y usted no recibirá ninguna remuneración económica.

INFORMACIÓN DE CONTACTO EN CASO NECESARIO: Ante cualquier duda que usted como participante de un proyecto de investigación tenga, puede contactarse al 0984048906 y preguntar por Bertha Peñaloza Piña. investigadora del estudio o dirigirse al Comité Institucional de Ética en Investigación de Seres Humanos (CEISH) de la Universidad Católica de Cuenca. Carrera de Medicina. Calle Manuel Vega y Pio Bravo. Dr. Carlos Flores Montesinos. Celular: 0992834556. E-mail: cflores@ucacue.edu.ec.



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yoestoy de acuerdo en participar en la investigación "Situación Socio familiar y su relación con el Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor en la Parroquia San Antonio, Quito 2019". Recibí explicación minuciosamente de los riesgos, beneficios, objetivos y procedimientos del estudio en un lenguaje claro y sencillo. Me permitieron contar con tiempo suficiente para tomar la decisión de participar, mi incorporación será voluntaria. Por tanto, al firmar este documento autorizo me incluyan en esta investigación.

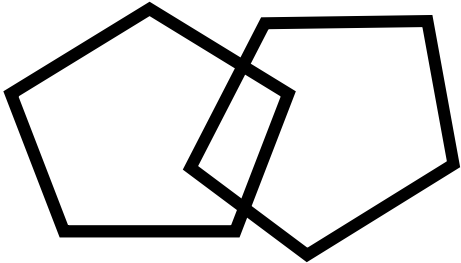
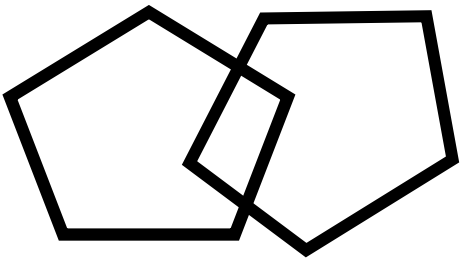
FIRMA DE ENTREVISTADO

FIRMA DE INVESTIGADOR

FORMULARIO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Participante				Fecha de nacimiento	
Sexo:	1 Masculino	X	2 Femenino	23/07/1954	
Encuestador	BERTHA MERCEDES PEÑALOZA			TELEFONO:	
Fecha	26/06/2019		Dirección		
Auto identificación			Estado civil		
1. Indígena		5. Montubio		1. Casado	
2. Negro		6. Mestizo	X	2. Unión libre	
3. Mulato		7. Blanco		3. Separado	
4. Afro		Otros:		4. Divorciado	
Instrucción			Enfermedades no transmisibles		
Ninguna		Secundaria		Diabetes	X
Primaria	X	Superior		Hipertensión	
MINI MENTAL TEST					
ORIENTACION TEMPORAL (5 puntos)			ORIENTACIÓN ESPACIAL (5 puntos)		
1. ¿En qué año estamos?	1		1. ¿En qué país estamos?	1	
2. ¿Qué estación del año es?	1		2. ¿En qué provincia estamos?	1	
3. ¿Cuál es la fecha de hoy?	1		3. ¿En qué ciudad estamos?	1	
4. ¿En qué mes estamos?	1		4. ¿En qué lugar estamos?	1	
5. ¿Qué día es hoy?	1		5. ¿En qué piso estamos?	1	
FIJACIÓN recuerdo inmediato (3puntos)					PUNTAJE
Nombre tres palabras BALON, BANDERA, ARBOL a razón de una por segundo, luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue un punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las tres, hasta un máximo de 6 veces. (BALON BANDERA ARBOL)					3



CONCENTRACIÓN (5 puntos)		puntaje	
Pida al paciente que cuente de manera regresiva a partir de 100 de 7 en 7 es decir, 93, 86, 79, etc. Deje de contar después de 5 intentos de un punto para cada respuesta correcta. Como alternativa, puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés.		5	
MEMORIA (3 puntos)		puntaje	
Pregunte los nombres de los 3 objetos mencionados anteriormente: BALON, BANDERA y ARBOL de un punto por cada palabra		3	
LENGUAJE (9 puntos en Total)			
Denominación. (2 puntos)		Órdenes. (3 puntos)	
Enseñe al paciente un lápiz y un reloj y pida que nombre cada uno conforme los muestre.	2	Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en 3 etapas: "Tome esta hoja de papel con su mano derecha luego dóblela a la mitad y finalmente ponga la hoja en el piso"	3
Repetición. (1 punto)		Lectura. (1 punto)	
Pida al paciente que repita la frase "No voy si tu no llegas temprano"	1	Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase	1
Copia. (1 punto)		Escritura. (1 punto)	
Pida al paciente que copie la figura mostrada. De un punto si se parecen todos los lados y ángulos y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.	1	Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener sujeto, verbo y complemento y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía.	1
			
TOTAL			
DETERIORO COGNITIVO		Demencia < 11 puntos	
analfabetos < 18 puntos		Deterioro cognitivo 12-23 puntos	
escolaridad baja <21 puntos (no estudios primaria)		Sospecha patológica: 24-26 puntos	
escolaridad alta < 24 puntos (estudios primarios o más)		Normal > 27 puntos	X



ESCALA DE VALORACIÓN SOCIO-FAMILIAR – GIJÓN.				
situacion familiar (1 - 5)		relación y contacto social (1-5)		
Vive con pareja y/o familia sin conflicto.		Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio		
Vive con pareja de similar edad.	X	Sólo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa		
Vive con pareja y/o familia y/o otros, pero no pueden o no quieren atenderlo		Sólo se relaciona con familia, sale de casa		X
Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubren todas las necesidades.		No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (> 1 por semana)		
Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia		No sale del domicilio, ni recibe visitas (< 1 por semana)		
Apoyo de la red social (1-5)		puntaje		
no necesita ningun apoyo		Situación familiar	1 a 5	2
recibe apoyo de la familia y/o vecinos		relacion y contacto social	1 a 5	3
Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.).	X	apoyo de la red social	1 a 5	3
Tiene soporte social pero es insuficiente		TOTAL		8
No tiene ningún soporte social y lo necesita				
RIESGO SOCIAL	bajo riesgo: menos 7 situación social buena			
	riesgo intermedio 8 – 9	X		
	riesgo alto: mayor 10 deterioro social severo			



ESCALA DE FUNCIONAMIENTO FAMILIAR FF - SIL		Casi nunca 1	Pocas veces 2	A veces 3	Muchas veces 4	Casi siempre 5
1	Se toman decisiones entre todos para cosas importantes de la familia.			X		
2	En mi casa predomina la armonía.			X		
3	En mi familia cada uno cumple sus Responsabilidades			X		
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana			X		
5	Nos expresamos sin insinuaciones, de forma clara y directa			X		
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.			X		
7	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.		X			
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan		X			
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado			X		
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones			X		
11	Podemos conversar diversos temas sin temor			X		
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar			X		
14	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas			X		
DIAGNOSTICO DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR SEGÚN PUNTUACIÓN TOTAL DE LA PRUEVA FF – SIL						
Funcional	57 – 70	severamente disfuncional		27 -14		
moderadamente funcional	56 – 43					
Familia disfuncional	42 – 28					



ANEXO 5: INFORME DEL ANTIPLAGIO

INFORME FINAL DE TITULACION Bertha Mercedes Peñaloza Piña

INFORME DE ORIGINALIDAD

7%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE
INTERNET

2%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	uhsalud.com Fuente de Internet	1%
2	Angela Segura Cardona, Maria Garzón Duque, Doris Cardona Arango, Alejandra Segura Cardona. "Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia", Revista Brasileira de Estudos de População, 2016 Publicación	1%
3	dialnet.unirioja.es Fuente de Internet	1%
4	idus.us.es Fuente de Internet	1%
5	www.segg.es Fuente de Internet	1%
6	dspace.unitru.edu.pe Fuente de Internet	1%



7	repositorio.unsa.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	media.axon.es Fuente de Internet	1%
9	www.facmed.unam.mx Fuente de Internet	<1%
10	Submitted to CONACYT Trabajo del estudiante	<1%
11	www.elsevier.es Fuente de Internet	<1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias

< 40 words

Excluir bibliografía

Activo

ANEXO 6: REVISIÓN DE PARES REVISORES



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores



La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formaran parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 6 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Elaboración de protocolo de investigación con el tema: "Evaluación del impacto de la educación en la salud pública en la provincia de Loja, Ecuador, 2019."
Nombre del estudiante:	BERTHA PEREZANO PACHECO
Director:	Dr. Jorge Eduardo Rueda
Nombre de par revisor:	Carolina Pacheco

PROCESO	EVALUACIÓN			
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple	Calificación
Estructura de tesis	✓			4/6
Redacción Científica	✓			4/6
Pensamiento crítico	✓			4/6
Marco teórico	✓			4/6
Anexos	✓			4/6
Total	100%			5/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Después de las modificaciones solicitadas y desarrolladas, incluyendo nuevas pruebas, la tesis de la estudiante Bertha Perézano está apta para sustentación.

Firma y sello de responsable

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA
DEPARTAMENTO UNIDAD DE TITULACIÓN





UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema: Situación Socio-familiar y su relación con el deterioro cognitivo del adulto mayor en la parroquia San Antonio Guito 2019

Nombre del estudiante: Bertha Peñalosa

Director: Dr. Jorge Buelvas Maza

Nombre de par revisor: Catem Fuenmayor

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación	
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple		
Estructura de tesis	✓			1	/1
Redacción Científica	✓			1	/1
Pensamiento crítico	✓			1	/1
Marco teórico	✓			1	/1
Anexos	✓			1	/1
Total				5	/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

Firma y sello de responsable

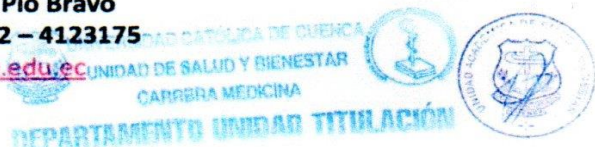
Psic. C. Luis Miguel Ormazá
PSICÓLOGO CLÍNICO
SENESCYT 1029-15-14 1026

Firma de aceptación del estudiante

Bertha Peñalosa

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec



ANEXO 7: INFORME FINAL DE TITULACIÓN



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

UNIVERSIDAD CATOLICA DE CUENCA UNIDAD ACADEMICA DE SALUD Y BIENESTAR CARRERA DE MEDICINA

INFORME DE CULMINACIÓN DE TRABAJO DE TITULACION "TRABAJO DE TITULACIÓN"

Antecedentes: para el internado mayo 2018 – abril 2019, se realizó el respectivo cronograma para la realización del trabajo de titulación, para su estricto cumplimiento por parte de los estudiantes, el mismo que fue aprobado por el departamento de titulación y de dirección de carrera. Para culminar el trabajo de titulación el estudiante debe haber conseguido todas las rubricas de calificación de director y asesor, y finalmente las rubricas de pares revisores, para poder solicitar sustentación del trabajo con el oficio de aval del director del mismo.

Informe: La alumna PEÑALOZA PIÑA BERTHA MERCEDES ha cumplido todos los requisitos para solicitar fecha de sustentación del Trabajo de Titulación titulado: SITUACION SOCIOFAMILIAR Y SU RELACION CON EL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTYO MAYOR EN LA PARROQUIA SAN ANTONIO, QUITO 2019, obteniendo las siguientes notas:

1. Rubricas de director y asesor: 40/40
2. Rubrica de pares revisores: 10/10
3. Sustentación de tema tesis: pendiente/50
4. Total: 50/100

Revisores: ING. MAURICIO ALVAREZ/ PSIC. LUIS MIGUEL ORMAZA

Director: DR. JORGE BUELVAS/ **Asesor:** DRA. CAREM PRIETO

Conclusiones: de acuerdo a lo antes expuesto se concluye:

5. La alumna ha cumplido los requisitos de ley para poder sustentar su tema Trabajo de Titulación y obtener los 50 puntos restantes de la nota global de su opción de titulación.

Recomendaciones: de acuerdo a todo lo expuesto en este presente informe se recomienda lo siguiente:

- a. Realizar los trámites pertinentes para la designación de jurado y fecha de sustentación del Trabajo de Titulación de la alumna antes mencionada.

Atentamente,


UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA
UNIDAD DE SALUD Y BIENESTAR
CARRERA DE MEDICINA

UNIDAD DE TITULACIÓN

Lcda. Carem Prieto M. Sc.

Responsable de Titulación de la Carrera de Medicina de la UCACUE


UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO

17 SEP 2019

RECIBIDO
ORA: gh59 FIRMA: 

ANEXO 8: RUBRICA DE REVISIÓN DE DIRECTOR DE CARRERA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CUENCA
COMUNIDAD EDUCATIVA AL SERVICIO DEL PUEBLO



UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR – CARRERA DE MEDICINA – UNIDAD DE TITULACIÓN

Rubrica 5 Pares Revisores

La presente rubrica hace referencia a la revisión que realizarán dos docentes de la carrera de medicina, uno afín al tema y otro por parte del Departamento de Titulación, quienes a posterior formarán parte del jurado de sustentación de tesis, se evaluará el cumplimiento de las normativas de presentación de trabajo final de tesis y su contenido. Este documento es calificado sobre 5 puntos por cada docente designado, obteniéndose una calificación total de los dos docentes de 10 puntos.

Tema:	Situación Socio-familiar y su relación con el deterioro cognitivo del adulto mayor en la parroquia San Antonio Quito 2019
Nombre del estudiante:	BETHA PEÑAZO
Director:	Dr. Jorge Buelvas Maza
Nombre de par revisor:	CARMEN FUERMAYOR

PROCESO	EVALUACIÓN			Calificación	
	Cumple	Cumple parcialmente	No cumple		
Estructura de tesis	✓			1	/1
Redacción Científica	✓			1	/1
Pensamiento crítico	✓			1	/1
Marco teórico	✓			1	/1
Anexos	✓			1	/1
Total				5	/5

CONCLUSIÓN*	
Tesis apta para sustentación	✓
Tesis apta para sustentación con modificaciones	
Tesis no apta para sustentación	

* Marcar con una x lo que corresponda

Observaciones y recomendaciones:

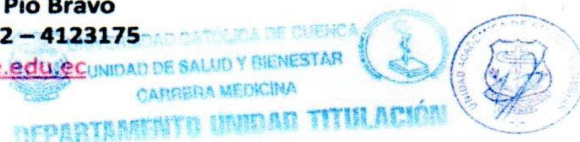
Firma y sello de responsable

Psic. C. Luis Miguel Ormazá
PSICOLOGO CLINICO
SENESCYT 1029-15-14 10261

Firma de aceptación del estudiante

Manuel Vega y Pio Bravo
Teléfonos: 830752 – 4123175

www.ucacue.edu.ec





ANEXO 9: CERTIFICACIÓN – CENTRO DE IDIOMAS



CENTRO DE IDIOMAS

Cuenca, 20 de septiembre del 2019

EL CENTRO DE IDIOMAS DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA, CERTIFICA QUE EL DOCUMENTO QUE ANTECEDE FUE TRADUCIDO POR PERSONAL DEL CENTRO PARA LO CUAL DOY FE Y SUSCRIBO

**Dr. Wladimir Quinche Orellana, Msc.
SECRETARIO**





ANEXO 10: PROSUPUESTO ANALÍTICO

NUMERO	DESCRIPCIÓN	CANT	VALOR UNITARIO USD	VALOR UNITARIO TOTAL
1	Papel A4	4	5	20.00
2	CDs	2	0.60	1.20
3	Fotocopias de material bibliográfico	100	0.10	10.00
4	Tóner Impresiones continuas del proyecto y fichas	400	0.50	200
5	Movilidad		12	100
6	Empastado tesis	3	120	360
7	Otros			100
8	Total			792.20



ANEXO 11: CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES PARA LA ELABORACIÓN DE TESIS AÑO 2019

ACTIVIDADES	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO	JULIO	AGOSTO	SEPTIEMBRE
ELECCIÓN DEL TEMA	■						
ELABORACIÓN DEL PROBLEMA, ANTECEDENTES Y JUSTIFICACIÓN		■					
APROBACIÓN DE TEMA Y MICROPROYECTO			■				
REDACCIÓN DEL PROTOCOLO DE TESIS Y ELABORACIÓN DE INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.			■				
CORRECCIÓN Y APROBACIÓN DEL PROTOCOLO DE TRABAJO DE GRADUACIÓN			■				
APROBACIÓN DEL COMITÉ DE BIOÉTICA			■				
RECOLECCIÓN DE LOS DATOS				■			
PROCESACIÓN DE DATOS Y ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS DATOS.				■	■		
ELABORACIÓN Y PRESENTACIÓN DE LA INFORMACIÓN						■	■
REDACCIÓN DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES							■
ENTREGA DEL INFORME FINAL							■