



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERIA**

**TEMA:**

“ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL TEJAR, IBARRA 2019”.

Trabajo de Grado previo a la obtención del título de Licenciada  
En Enfermería

**AUTORA:** Jenny Alexandra Lastra Mora

**DIRECTORA:** MSc. Gladys Graciela Ramírez

IBARRA – ECUADOR

2019

## **CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS**

En calidad de directora de la tesis de grado titulada **“ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL TEJAR, IBARRA 2019”**, de autoría de: **Jenny Alexandra Lastra Mora**, para la obtener el Título de Licenciada en Enfermería, doy fe que dicho trabajo reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a presentación y evaluación por parte del jurado examinador que se designe.

En la ciudad de Ibarra, a los 26 días del mes de septiembre de 2019

### **Lo certifico**

(Firma)  .....

MSc. Gladys Graciela Ramírez

C.C.: 1000997641

**DIRECTORA DE TESIS**



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**BIBLIOTECA UNIVERSITARIA**  
**AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA**  
**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**

**1. IDENTIFICACIÓN DE LA OBRA**

En cumplimiento del Art. 144 de la Ley de Educación Superior, hago la entrega del presente trabajo a la Universidad Técnica del Norte para que sea publicado en el Repositorio Digital Institucional, para lo cual pongo a disposición la siguiente información:

<b>DATOS DE CONTACTO</b>			
<b>CÉDULA DE IDENTIDAD</b>		1004883698	
<b>APELLIDOS Y NOMBRES</b>		Jenny Alexandra Lastra Mora	
<b>DIRECCIÓN</b>		Heleodoro Ayala y Alfonso Almeida	
<b>EMAIL</b>		jenicitalm@hotmail.com	
<b>TELÉFONO FIJO:</b>	062953374	<b>TELÉFONO MÓVIL:</b>	0968416892
<b>DATOS DE LA OBRA</b>			
<b>TÍTULO</b>		“ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL TEJAR, IBARRA 2019”	
<b>AUTORA</b>		Jenny Alexandra Lastra Mora	
<b>FECHA</b>		2019/09/26	
<b>SOLO PARA TRABAJOS DE GRADO</b>			
<b>PROGRAMA</b>		<input checked="" type="checkbox"/> <b>PREGRADO</b> <input type="checkbox"/> <b>POSGRADO</b>	
<b>TÍTULO POR EL QUE OPTA</b>		Licenciatura en Enfermería	
<b>DIRECTORA</b>		MSc. Gladys Graciela Ramírez	

## 2. CONSTANCIAS

La autora manifiesta que la obra objeto de la presente autorización es original y se la desarrolló, sin violar derechos de autor de terceros, por lo tanto, la obra es original y que es la titular de los derechos patrimoniales, por lo que asume la responsabilidad sobre el contenido de la misma y saldrá en defensa de la Universidad en caso de reclamación por parte de terceros.

En la ciudad de Ibarra, a los 26 días del mes de septiembre de 2019

### LA AUTORA

(Firma)  .....

Jenny Alexandra Lastra Mora

CC. 1004883698

## REGISTRO BIBLIOGRÁFICO

**Guía:** FCS-UTN

**Fecha:** Ibarra, 26 de septiembre de 2019

**JENNY ALEXANDRA LASTRA MORA** “ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL TEJAR, IBARRA 2019” /TRABAJO DE GRADO. Licenciada en enfermería, Universidad Técnica del Norte.

**DIRECTORA:** MSc. Gladys Graciela Ramírez

El principal objetivo de la presente investigación fue, determinar la valoración del estado cognitivo de los adultos mayores y su relación con las características sociodemográficas en pacientes que acuden al Centro de Salud El Tejar. Entre los objetivos específicos se encuentran identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud “El Tejar”; evaluar la valoración del estado cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud “El Tejar”; evidenciar el grado de deterioro del estado cognitivo en los adultos mayores y la afeción en la funcionalidad de estos pacientes; elaborar y socializar una guía educativa para los adultos mayores del Centro de Salud “El Tejar” con el fin de disminuir las deficiencias del deterioro cognitivo.

**Fecha:** Ibarra, 26 de septiembre de 2019

.....  
MSc. Gladys Graciela Ramírez

**Directora**

.....  
Jenny Alexandra Lastra Mora

**Autora**

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo investigativo va dedicado con todo cariño a mis abuelos, mis padres, mis hermanas, mi novio y especialmente a mi hija Noa, por ser mi inspiración, y a quienes me han brindado consejos, confianza, oportunidad, recursos y su apoyo incondicional a lo largo de mi vida y mi carrera universitaria.

*Jenny Lastra*

## AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por ser quien me da fuerzas para continuar durante todo este proceso y darme el privilegio de levantarme cada día con entusiasmo para cumplir cada sueño anhelado en mi vida.

A mis padres Jhonny y Sandra por darme la vida, por su amor, sacrificio y entrega gracias por ser los principales promotores de mis sueños, por confiar y creer en mí, pues hoy me encuentro culminando uno de mis más grandes sueños.

Como no aprovechar este espacio para agradecer a quienes me guiaron y fueron pilares fundamentales a lo largo de mi vida y mi carrera, mis abuelos Julio y Rosa por entregar parte de sus vidas para ayudarme a crecer como ser humano.

A mis hermanas Conny y Lesly por ser mis compañeras de vida y mis mejores amigas, por ayudarme en momentos difíciles, por el apoyo moral a lo largo de esta etapa.

A mi novio Paulo quien ha sido mi compañero y me ha motivado a seguir con la misma fuerza cada día.

Agradezco también a mi familia quienes han aportado con un granito de arena para lograr que este trabajo se realice con éxito.

Quiero expresar mi gratitud a la Universidad Técnica del Norte y Carrera de Enfermería por convertirse en mi segunda casa y darme la oportunidad de iniciar mis estudios.

A mis maestros por contribuir con sus enseñanzas para ayudarme a subir cada peldaño y terminar mi carrera.

Agradezco a mi tutora de Tesis Msc. Graciela Ramírez por su paciencia y conocimientos para la realización de este trabajo.

***Jenny Lastra***

## ÍNDICE DE CONTENIDOS

CONSTANCIA DE APROBACIÓN DE LA DIRECTORA DE TESIS .....	ii
AUTORIZACIÓN DE USO Y PUBLICACIÓN A FAVOR DE LA UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE .....	iii
DEDICATORIA .....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS .....	viii
ÍNDICE DE FIGURAS.....	xi
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
TEMA: .....	xiv
CAPÍTULO I.....	1
1. Planteamiento del problema.....	1
1.1. Delimitación .....	1
1.2. Formulación del problema.....	3
1.3. Justificación .....	4
1.4. Objetivos.....	5
1.4.1. Objetivo General.....	5
1.4.2. Objetivos Específicos .....	5
1.5. Preguntas de investigación .....	6
CAPÍTULO II .....	7
2. Marco teórico .....	7
2.1. Marco Referencial .....	7
2.2. Marco Contextual .....	9
2.2.1. Generalidades del Centro de Salud El Tejar .....	9
2.2.2. Ubicación .....	9
2.2.3. Limitación geográfica .....	10
2.2.4. Programas de Atención Integral .....	10
2.3. Marco Conceptual.....	10



2.3.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson.....	11
2.3.2. Envejecimiento .....	13
2.3.3. Adulto mayor .....	15
2.3.4. Programas de Atención al Adulto Mayor en Ecuador .....	18
2.3.5. Valoración Geriátrica Integral .....	18
2.3.6. Funciones Cognitivas.....	19
2.3.7. Deterioro cognitivo .....	19
2.3.8. Deterioro cognitivo en el adulto mayor .....	21
2.3.9. Factores asociados al deterioro cognitivo.....	21
2.3.10. Importancia de evaluar el deterioro cognitivo .....	23
2.3.11. Progresión del deterioro cognitivo.....	23
2.3.12. Deterioro cognitivo leve .....	23
2.3.13. Clasificación del deterioro cognitivo leve (DCL).....	24
2.3.14. Evaluación del deterioro cognitivo .....	24
2.3.15. Mini Mental State Examination.....	25
2.4. Marco Legal.....	26
2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008.....	26
2.4.2. Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores .....	26
2.4.3. Ley Orgánica de Salud.....	27
2.4.4. Plan toda una vida.....	28
2.4.5. Manual de Atención Integral al Adulto Mayor.....	29
2.5. Marco Ético .....	29
2.5.1. Derechos humanos.....	29
2.5.2. Derechos del paciente .....	30
2.5.3. Código Deontológico de Enfermería .....	30
2.5.4. Declaración de Helsinki (16) .....	32
CAPÍTULO III.....	35
3. Metodología de la investigación .....	35
3.1. Diseño de la investigación.....	35
3.1.1. Cuantitativo.....	35
3.1.2. No experimental.....	35

3.2. Tipo de investigación .....	35
3.2.1. Transversal.....	35
3.3. Ubicación del estudio .....	35
3.4. Población .....	36
3.4.1. Universo.....	36
3.4.2. Muestra .....	36
3.5. Criterios de inclusión.....	36
3.6. Criterios de exclusión .....	36
3.7. Técnicas e Instrumentos .....	37
3.7.1. Técnica.....	37
3.7.2. Instrumento .....	37
3.8. Operacionalización de variables .....	38
CAPÍTULO IV .....	41
4. Análisis y Discusión de Resultados. ....	41
4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores. ....	41
4.2. Orientación sobre el tiempo y espacio de los adultos mayores .....	42
4.3. Distribución de resultados del Mini Mental State Examination.....	44
4.4. Deterioro Cognitivo de los adultos mayores .....	46
CAPÍTULO V .....	47
5. Conclusiones y Recomendaciones .....	47
5.1. Conclusiones.....	47
4.1. Recomendaciones .....	48
BIBLIOGRAFÍA .....	49
ANEXOS .....	53
Anexo 1. Encuesta utilizada para aplicar a los adultos mayores del Centro de Salud El Tejar.....	53
Anexo 2. Portada de la guía educativa para adultos mayores .....	57
Anexo 3. Archivos Fotográficos .....	58
Anexo 4. Certificado de validación de la encuesta. ....	59

## ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Centro de Salud El Tejar.....	9
Figura 2. Aspectos para evaluar el deterioro cognitivo.....	20

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Características Sociodemográficas de la población de estudio.....	41
Tabla 2. Orientación en tiempo y espacio .....	42
Tabla 3. Resultados del Mini Mental la población de estudio .....	44
Tabla 4. Grado de deterioro cognitivo de la población de estudio.....	46

## RESUMEN

ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL TEJAR, IBARRA 2019

**Autora:** Jenny Alexandra Lastra Mora

**Correo:** jenicialm@hotmail.com

La proporción de adultos mayores en el mundo ha ido en aumento en los últimos años, se conoce como adulto mayor a una persona mayor de los 65 años. Durante el envejecimiento las personas experimentan cambios que son normales en dicha edad y uno de ellos es la disminución de las capacidades cognitivas lo cual conlleva a que los adultos mayores pierdan su independencia y autonomía. El objetivo de esta investigación fue determinar el estado cognitivo de los adultos mayores. Se realizó un estudio cuantitativo, no experimental en donde se evidenció al 66.3% no tenía deterioro, por otro lado, el 25% tenía déficit leve y el 8.8% tenía un deterioro cognitivo leve. En esta investigación se concluye que al haber un mayor número de adultos mayores sin deterioro cognitivo se intervendrá como profesional de enfermería elaborando una guía educativa la cual permita mantener las funciones cognitivas de los adultos mayores.

**Palabras clave:** adultos mayores, envejecimiento, deterioro cognitivo.

## ABSTRACT

COGNITIVE STATE OF THE ELDERLY ADULTS WHO COME TO THE EL TEJAR HEALTH CENTER, IBARRA 2019

**Author:** Jenny Alexandra Lastra Mora

**Email:** jenicialm@hotmail.com

The proportion of older adults in the world has increased in recent years, a person older than 65 is considered as an older adult. During aging people experience changes that are normal in that age and one of them is the decrease in cognitive abilities which leads to the elderly losing their independence and autonomy. The objective of this research was to determine the cognitive status of older adults. A quantitative, non-experimental study was carried out in which 66.3% was shown to have no impairment, on the other hand, 25% suffered a mild deficit and 8.8% a mild cognitive impairment. This research concludes that as there is a greater number of older adults without cognitive impairment, will be taken care of by nursing professionals, through the development of an educational guide which allows them to maintain their cognitive functions.

**Keywords:** older adults, aging, cognitive impairment.

**TEMA:**

“ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL TEJAR, IBARRA 2019”

# CAPÍTULO I

## 1. Planteamiento del problema

### 1.1. Delimitación

Las funciones cognitivas son aquellos procesos mentales que permiten al ser humano llevar a cabo cualquier tarea como aprender, receptar, seleccionar y transformar información haciendo que cualquier individuo se encuentre en estado activo. Durante el envejecimiento algunas de las funciones cognitivas permanecen intactas en algunas personas, otras disminuyen y por otro lado se pueden ver afectadas por enfermedades como el Alzheimer disminuyendo las capacidades cognitivas en una persona adulta mayor lo cual no permite que se desenvuelva eficazmente en sus actividades de la vida diaria y en su autocuidado (1).

Según la Organización Mundial de la Salud, se considera adultos mayores a las personas que sobrepasan la edad de 60 años, la proporción de esta población en el mundo ha ido aumentando y calcula que entre 2015 y 2050 se duplicará ocupando del 12% a 22% de la población en total, lo cual nos indica que ocupan un lugar importante a nivel mundial y es preciso conocer que pueden sufrir problemas físicos y mentales al ser una población vulnerable debido a que más de un 20% de adultos mayores sufren trastornos mentales y de ellos un 6.6% se le atribuyen discapacidades ocasionadas por dichos trastornos entre los cuales se destacan la demencia y la depresión (2).

En un estudio realizado en México, 2008 menciona que entre los trastornos que más afectan a esta población son: en los adultos mayores de 74 años, el 12.1% de pacientes aplicados el test Mini Mental State Examination tienen deterioro cognitivo leve, y se concluye que al disminuir la tasa de natalidad, incrementa el número de adultos mayores y consigo alteraciones en el estado cognitivo del adulto mayor, afectando su calidad de vida (3).

Por otro lado, en América Latina el envejecimiento poblacional viene aumentando en los últimos años, siendo esta problemática mayor en los países en vías de desarrollo, la enfermedad de Alzheimer y los desórdenes relacionados son entidades de muy alta prevalencia, la cual aumenta exponencialmente con el envejecimiento. Los datos disponibles de estudios epidemiológicos muestran que un 26,4% de la población mayor de 60 años tiene deterioro cognitivo y un 8,3% demencia y a medida que los trastornos cognitivos avanzan los adultos mayores pierden independencia y autonomía, generando sobrecarga en el cuidador y poniendo en riesgo su salud (4).

En Ecuador existen un total de 1662 mil personas mayores de 65 años, que corresponde al 10% de la población ecuatoriana, y en los últimos 9 años ha aumentado en un 78%, paralelamente al envejecimiento han ido aumentando las enfermedades crónicas de las cuales el deterioro cognitivo es la más alarmante, por el daño irreversible y el alto costo que genera, por ello es importante investigar el nivel cognitivo de los adultos mayores, ya que afecta la calidad de vida, el núcleo familiar y la sociedad (9).

Un estudio realizado en la ciudad de Ibarra, 2015 realizado en una Casa Hogar de Adultos Mayores, donde el 23.8% de los pacientes tenían deterioro cognitivo leve y el 46.5% deterioro cognitivo severo, según este estudio los adultos mayores atraviesan por una serie de cambios que degeneran sus capacidades intelectuales y los desvincula de las actividades de la vida diaria, aislándolos de sus familias y la sociedad, para lo cual propone la creación de actividades lúdicas que permitan al adulto mayor conservar funciones cognitivas por un tiempo más prolongado (10).



## **1.2. Formulación del problema**

¿Cuál es el estado cognitivo de los adultos mayores y su relación con las características sociodemográficas en pacientes que acuden al Centro de Salud Tejar?

### **1.3. Justificación**

Los adultos mayores son un pilar fundamental en la constitución de la familia y la comunidad, por ello es indispensable brindar una atención humanizada, integral, con calidez y calidad; la presente investigación permitió identificar el nivel de deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores del Centro de Salud El Tejar y los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento directamente relacionadas con el estado activo de los adultos mayores influyendo en sus actividades de la vida diaria.

El deterioro de las funciones cognitivas en el adulto mayor afecta directamente la calidad de vida, haciendo que los adultos mayores se conviertan en personas vulnerables y desvinculándolos tanto de la familia como de la sociedad, conocer con mayor exactitud el grado de compromiso cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud El Tejar, permitió mejorar la calidad de vida de los adultos mayores logrando mantener sus capacidades cognitivas permitiéndoles continuar siendo participantes activos de la sociedad.

Los directos beneficiarios son los adultos mayores del Centro de Salud El Tejar e indirectamente la familia y a la sociedad. El presente estudio contribuirá con futuros estudios gerontológicos que ayudarán a conservar las funciones cognitivas durante tiempos prolongados en el adulto mayor brindando así una buena asistencia por parte del personal de salud, disminuyendo costos sanitarios y estableciendo así una mejor conducta de salud.

La presente investigación es factible y viable porque se cuenta con el apoyo y aprobación de la autoridad del Ministerio de Salud Pública, la Universidad Técnica del Norte y el Centro de Salud El Tejar, quienes contarán con una herramienta más para optimizar la salud mental del adulto mayor evitando que afecte su calidad de vida y la de sus familiares.

## **1.4. Objetivos**

### **1.4.1. Objetivo General**

Determinar el estado cognitivo de los adultos mayores Centro de Salud “El Tejar”, por medio de la aplicación de un test de valoración cognitiva, con la finalidad de mejorar su calidad de vida.

### **1.4.2. Objetivos Específicos**

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro de Salud “El Tejar”.
- Evaluar el estado cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud “El Tejar”, a través el Mini Mental State Examination.
- Elaborar y socializar una guía educativa dirigido a los adultos mayores del Centro de Salud “El Tejar”.

### **1.5. Preguntas de investigación**

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud “El Tejar”?
- ¿Cuál es la valoración del deterioro del estado cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud El Tejar?
- ¿Existe deterioro cognitivo en esta población y cuál es el impacto en la función cognitiva de estos pacientes?
- ¿Cómo la guía educativa contribuirá a los adultos mayores?

## CAPÍTULO II

### 2. Marco teórico

#### 2.1. Marco Referencial

Camargo (2017) realizó un estudio de tipo cuantitativo descriptivo de corte transversal con una población de 165 y una muestra de 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos donde su principal objetivo fue determinar el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores institucionalizados en dos hogares en Bucaramanga, cuyos criterios de inclusión fueron: edad entre 65 y 95 y más años, presencia o ausencia de patología crónica. Utilizó un muestreo no probabilístico por conveniencia, y aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini Mental). En este trabajo investigativo el 33.3% se encontraba sin deterioro cognitivo y 41,7% de los adultos mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo grave para lo cual concluye que requieren intervenciones de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva (10).

Por otro lado, Pedraja (2015) quien realizó un estudio de tipo descriptivo en el Policlínico “José Ramón León Acosta” de Santa Clara- México, su objetivo fue determinar la funcionalidad y cognición de personas de 90 años y más en relación con la característica sociodemográfica género, utilizando el test Mini-mental State e Índice de Katz, constatando el predominio del deterioro cognitivo 57.2% y 19% con demencia, encontró relación entre el deterioro cognitivo y el género femenino con un valor de significancia menor a 0.05%. Concluyó que al ser bajo el número de pacientes con deterioro cognitivo no hubo afección en las actividades de la vida diaria y se mantuvieron las funciones normales en los adultos mayores (11).

Mogollon (2014) por otra parte realizó una investigación descriptiva con el objetivo de proponer una alternativa que mejore el estado cognitivo del adulto mayor de acuerdo con los aportes y evidencias presentadas por expertos en el área.

Analizó las posturas científicas a favor y en contra, en cuanto al uso del entrenamiento cerebral y argumentó sobre la viabilidad de esta propuesta según las evidencias empíricas presentadas por teóricos e investigadores en el campo de las neurociencias, apoyados en las modernas tecnologías, llegó a la conclusión de que, a pesar de la vulnerabilidad natural del adulto en ocasión de su envejecimiento, esta propuesta hace posible su mejoramiento cognitivo, como una alternativa al entrenamiento cerebral a partir de estimulación cognitiva por medio de ejercicios que aumente el rendimiento cerebral de los adultos mayores (12).

Así también Duran (2013) en una investigación realizada en México, en un estudio descriptivo transversal donde tuvo como objetivo identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva en el adulto mayor, para orientar a la planeación de estrategias de intervención educativa, utilizó el test Mini-mental State Examination donde encontró que el 3.9% tenían depresión leve y 41.7% de los pacientes tenían deterioro cognitivo leve. Concluye que con los resultados obtenidos se pueden realizar actividades de enfermería (5).

En un estudio de tipo descriptivo observacional realizado en Colombia, donde planteó como objetivo principal establecer la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnésico en un grupo de personas mayores de 50 años del Valle de Aburrá. La muestra fue conformada por 848 de ambos géneros, mayores de 50 años de edad, residentes en el área metropolitana de Medellín, dando como resultado que la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve amnésico fue del 9,7%, con predominio en hombres y en este estudio se concluyó que el deterioro cognitivo se ve asociado a edades avanzadas y a su repercusión en las funciones cognitivas. (13).

## **2.2. Marco Contextual**

### **2.2.1. Generalidades del Centro de Salud El Tejar**

El Centro de Salud El Tejar es una unidad operativa tipo A, tiene una población de 7481 habitantes distribuidos en 13 barrios: San Eduardo, El Tablón, San Francisco, Las Violetas, Las Malvinas, Consejo Provincial, Los Romerillos, La Campiña, El Bosque, Bola Verde, Girasoles, El Tejar, Santa Rosa y Primavera. Cuenta con un Equipo de Atención Integral de 8 miembros los cuales están conformados por: 1 médico general, 1 médico familiar, 1 obstetra, 2 enfermeras y 1 odontóloga. De la población antes mencionada se han tomado en cuenta el número de adultos mayores que comprenden 859 adultos mayores. Para el desarrollo de la presente investigación se tomó en consideración a 80 adultos mayores que pertenecen al Club del Adulto Mayor en el Centro de Salud El Tejar.

### **2.2.2. Ubicación**

El centro de salud El Tejar se encuentra ubicado actualmente al Sur Occidental de la ciudad de Ibarra, en el Barrio la Primavera, en la calle Che Guevara 109 y Nelson Mandela.



***Figura 1.*** Centro de Salud El Tejar

**Fuente:** Centro de Salud El Tejar 10D01 (14)

### **2.2.3. Limitación geográfica**

- Norte: La Campiña, Primavera
- **Sur:** El Tejar, Sta Rosa, San Francisco, El Tablón
- **Este:** Romerillo Alto y Bajo
- **Oeste:** Los Girasoles y Bola Verde

### **2.2.4. Programas de Atención Integral**

En esta unidad de salud se realiza actividades tanto intramurales como extramurales en los que se desarrollan programas:

- Salud Escolar
- Atención a adolescentes
- Atención al Adulto mayor
- Tamizaje neonatal
- Esquema Nacional de Inmunizaciones
- ECNT
- ENIPLA
- SIVAN
- Vigilancia epidemiológica

## **2.3. Marco Conceptual**

En enfermería no podemos dejar de hablar sobre teorías y modelos enfermeros que rigen y fomentan la profesión, por ello en esta investigación se ha tomado en consideración la Teoría de Virginia Henderson, que se basa el papel fundamental del profesional de enfermería es ayudar al individuo sano o enfermo a conservar o recuperar su salud (o asistirlo en os últimos momentos de su vida) para cumplir con aquellas necesidades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad o los



conocimientos necesarios. De esta forma enfermería favorecerá la recuperación de la independencia de la persona de la manera más rápida posible (15).

### **2.3.1. Modelo de cuidados de Virginia Henderson.**

- **Biografía**

Virginia Henderson fue una mujer estadounidense que dedicó en gran parte su vida a la investigación de enfermería. Nació en Missouri, en el año de 1897. Durante la primera Guerra Mundial, Henderson desarrolló su interés por la Enfermería. En 1918 ingresó en la Army School of Nursing de Washington D.C. Se graduó en 1921 y aceptó el puesto de enfermera de plantilla en el Henry Street Visiting Nurse Service de Nueva York. En 1929 Henderson trabajó como supervisora docente en las clínicas del Strong Memorial Hospital de Rochester, Nueva York.

En 1955 Henderson formuló una definición propia de la enfermería basándose en la función propia de la enfermería que la separaba totalmente de la medicina, puesto que para ella la enfermería es ayudar “ayudar al individuo sano o enfermo la realización de actividades que contribuyan a su salud y su bienestar, recuperación o a lograr una muerte digna. Actividades que realizaría por sí mismo si tuviera la fuerza, voluntad y conocimientos necesarios. Hacerle que ayude a lograr su independencia a la mayor brevedad posible”, es decir la prioridad de enfermería es ayudar al enfermo y su familia los cuales constituyen una sola unidad (16).

- **Teoría**

El modelo de V. Henderson es uno de los modelos más destacados en enfermería puesto que parten de la teoría de las necesidades humanas para la vida y la salud como eje principal para el trabajo de enfermería. De acuerdo a este modelo se considera a la persona como un ser integral que posee componentes biológicos, psicológicos, socioculturales, espirituales que actúan entre sí. El máximo principio de Virginia consiste en que el profesional de enfermería debe ser capaz de fomentar la

independencia del paciente, tomando en cuenta todas las influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de una persona.

### **Meta paradigma**

- **Salud:** el objetivo es que las personas recuperen su salud, o se mantengan si tienen la voluntad, fuerza y conocimientos necesarios. Se considera que una persona tiene buena salud a aquella que es capaz de realizar las 14 necesidades básicas de Virginia Henderson.
- **Persona:** individuo que necesita ayuda para alcanzar la salud o independencia o una muerte en paz. La persona es una unidad corporal y mental que está constituida por componentes biológicos, psicológicos, sociales y espirituales.
- **Entorno:** un individuo sano es capaz de controlar su entorno, pero la enfermedad puede influir en esta capacidad, esto incluye la relación del individuo con la familia además la responsabilidad de la comunidad de proveer cuidados.
- **Enfermera:** La función de enfermería es ayudar al individuo, sano o enfermo, a realizar aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación (o a una muerte en paz) actividades que podría realizar sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario, y hacerlo de tal forma que se le ayude a conseguir la independencia lo más rápido posible (17).

### **Conceptos**

- Necesidad: según Henderson el ser humano tiene 14 necesidades básicas las mismas que están cubiertas por una persona sana que puede realizarlas y tiene conocimiento de ellas. Cada una de estas 14 necesidades constituye un elemento integrador de aspectos físicos, sociales, psicológicos y espirituales.

Las necesidades descritas por V. Henderson son:

- Respirar normalmente.
- Alimentarse e hidratarse.
- Eliminar por todas las vías corporales.
- Moverse y mantener posturas adecuadas.
- Dormir y descansar.
- Escoger ropa adecuada, vestirse y desvestirse.
- Mantener la temperatura corporal.
- Mantener la higiene y la integridad de la piel.
- Evitar peligros ambientales y lesionar a otras personas.
- Comunicarse con los demás para expresar emociones, temores.
- Vivir de acuerdo con los propios valores y creencias.
- Ocuparse en algo que su labor tenga un sentido de realización personal.
- Participar en actividades recreativas.
- Aprender, descubrir o satisfacer la curiosidad que conduce al desarrollo y a la salud normal.

Estas necesidades son universales porque son comunes y esenciales para los seres humanos y específicas porque se manifiestan de manera distinta en cada persona. Las actividades que son realizadas por el profesional de enfermería para que estas necesidades se cumplan son llamadas **cuidados básicos de enfermería** (17).

### **2.3.2. Envejecimiento**

Según la OMS (2015), el envejecimiento es un proceso fisiológico el mismo que inicia en la concepción, se va generando cambios característicos que se producen durante todo el ciclo de vida, al pasar los años se va produciendo limitaciones en la adaptabilidad del organismo que se relaciona con el medio, estos cambios en su gran mayoría dependen del organismo de cada individuo, ya que no todos sus tejidos van envejeciendo al mismo tiempo (18).

El envejecimiento es un proceso biológico que se experimenta al llegar a una cierta edad en donde empieza los achaques, dolores, complicaciones propias de la edad, y por lo tanto se puede presentar un deterioro, el organismo empieza a perder sus habilidades, pero se mantiene la regulación homeostática y metabólica, empiezan a producir cambios irreversibles en las células, tejidos y órganos, se presentan diversas enfermedades entre las cuales podemos mencionar, diabetes, artritis, hipertensión arterial, dependiendo de la calidad de vida ya que no todas las personas experimentan de la misma manera este proceso (19).

**Valdivia (2009) menciona los diferentes tipos de envejecimiento (19):**

- **Envejecimiento individual:** es un proceso que todo ser humano experimenta, es un ciclo que pasado unos años la persona debe cumplir.
- **Envejecimiento poblacional:** se trata del número de adultos mayores con respecto a donde habita.
- **Envejecimiento psicológico:** es el que se basa en los aspectos cognitivos, la personalidad y las estrategias en como la persona maneja el llegar a este proceso.

Según Riera, Duarte, Licha, Gherardi, (2012) se considera a una persona como adulta mayor a partir de los 65 años de edad. A partir del siglo XX, la natalidad aumento y disminuyo la mortalidad, debido a que se encuentra cura para las infecciones, virus que existían, es por esto que la especie humana puede alcanzar la vida hasta los 70 años de edad, con lo cual contribuye a la presencia de trastornos en la población adulta mayor y la senectud (20). A continuación, se mencionan los siguientes tipos de edades en el adulto mayor:

- Edad cronológica: es la edad que tiene desde el momento del nacimiento.
- Edad biológica: se refiere al proceso de envejecimiento.
- Edad psicológica: se refiere a los rasgos psicológicos presentes en la persona.
- Edad social: se trata de las relaciones familiares y sociales.

### **2.3.3. Adulto mayor**

La Organización Mundial de la Salud, se considera adultos mayores a las personas de más de 60 años para quienes viven en países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados. Desde una perspectiva más funcional se define que “el adulto mayor sano” es aquel capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal (21).

### **Cambios estructurales y funcionales en la edad avanzada**

El deterioro funcional no es homogéneo en los diferentes sistemas orgánicos del individuo y tampoco entre los distintos individuos. A nivel de aparatos, suceden los siguientes cambios anatómicos y funcionales:

#### **Tejidos de sostén**

- Aumento de la fuerza de cohesión y estabilidad del colágeno.
- Fragmentación y calcificación de la elastina.
- Disminución de la capacidad de regeneración del tejido conjuntivo, lo que conlleva una disminución de la elasticidad tisular.

#### **Piel y faneras**

- Piel deshidratada, menos elástica y vascularizada.
- Pérdida de la grasa subcutánea y de la untuosidad de la piel y cabello.
- Púrpura senil, úlceras de stasis venoso en las piernas y pérdida de la sensibilidad.
- Cambios en la piel con sequedad. Lo que conlleva: - Arrugas cutáneas y laxitud de la piel. - Fragilidad capilar, telangiectasias y úlceras de decúbito. - Xerosis cutánea, queratosis actínica, encanecimiento y alopecia.

### **Aparato cardiovascular**

- Disminución de la reserva cardiaca, arritmias.
- Escasa respuesta del pulso al ejercicio, aumento de la presión diferencial del pulso y respuesta inadecuada al ortostatismo.

### **Aparato respiratorio**

- Disminución de la capacidad vital, aumento del volumen residual y de la diferencia alveolo arterial del O<sub>2</sub>.
- Aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración.

### **Sistema nefro-urológico**

- Disminución de la función renal y de la capacidad de concentración.
- Disminución del tono de los uréteres, vejiga y uretra.
- Trastornos del vaciamiento completo de la vejiga.
- Aumento del tamaño prostático en hombres, tendencia a la incontinencia urinaria e infección.

### **Aparato genital femenino**

- Vaginitis atrófica.
- Predisposición a la dispareunia, hemorragias e infección.
- Alteraciones en la función sexual.

### **Aparato genital masculino**

- Aumento del tamaño prostático.
- Cambios en la función sexual.

## **Aparato gastro-intestinal**

- Alteraciones en boca y dientes: papilas, lengua y encías.
- Tránsito esofágico prolongado, reflujo esofágico.
- Disfagia, poliposis gástrica y metaplasia intestinal.
- Estreñimiento, diverticulosis e incontinencia fecal.

## **Sistema endocrino**

- Cambios de la respuesta de insulina a los niveles de glucosa en sangre.
- Modificación de los niveles hormonales.

## **Sistema Hematopoyético e inmune**

- Ferropenia, fibrinógeno elevado y disminución de algunas reacciones inmunológicas.

## **Sistema nervioso central**

- Capacidad reducida de memorización y lentitud mental.
- Enlentecimiento de la conducción nerviosa, confusión mental.
- Enfermedades ligadas a sustancias neurotransmisoras: enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington y enfermedad de Alzheimer.

## **Sentidos**

- Ojos: presbicia, cataratas, aplanamiento corneal, astigmatismo, rigidez del iris, disminución del tamaño pupilar y de la elasticidad del cristalino, fotopsias y aumento de la presión intraocular, xantelasma y alteraciones de los músculos oculares.
- Oídos: presbiacusia (disminución de la capacidad auditiva).

## **Músculo esquelético**

- Pérdida global de la masa muscular.
- Reducción de la fuerza muscular.
- Envejecimiento de los tendones (21).

### **2.3.4. Programas de Atención al Adulto Mayor en Ecuador**

En Ecuador el Ministerio de Salud Pública al adulto mayor como aquella persona que tiene 65 años en adelante para lo cual, ha elaborado guías, normas y protocolos para la siendo el objetivo de estas aumentar la expectativa de vida, pero no solo prologarla, sino que ésta sea libre de discapacidades, fomentando una vida sana y por ello ha dado énfasis en la importancia de detectar a los adultos mayores que estén en riesgo de perder su capacidad funcional. Las acciones de salud de dichas guías están dirigidas a mantener la independencia, prevenir y rehabilitar la pérdida de la misma (21).

### **2.3.5. Valoración Geriátrica Integral**

Es un proceso evolutivo de diagnóstico multidimensional y multidisciplinario, destinado a identificar problemas físicos, funcionales, mentales, sociales, con el propósito de desarrollar un plan individualizado de cuidados integrales, que permita una acción preventiva, terapéutica, rehabilitadora y de seguimiento, con la óptima utilización de recursos a fin de lograr el mayor grado de autonomía.

- **Equipo multidisciplinario:** está conformado por un médico, una enfermera, una trabajadora social, un psicólogo, también pueden involucrarse otros profesionales de la salud como el terapeuta ocupacional, y el fisioterapeuta, el terapeuta de lenguaje, el nutricionista, podólogo, etc. La conformación del equipo debe adaptarse a las funciones que éste cumple y su estructura dependerá de sus objetivos específicos y de las posibilidades y características del centro y del nivel asistencial en el que trabajen.



En la valoración geriátrica integral se toman en cuenta varios aspectos:

- **Tamizaje rápido:** determina las condiciones geográficas del adulto mayor.
- **Valoración clínica y de laboratorio:** para considerar el estado de salud del adulto mayor.
- **Valoración Psíquica cognitiva:** que valora el estado cognitivo del adulto mayor.
- Valoración nutricional.
- **Valoración situacional:** el entorno familiar y la situación socioeconómica (22).

### **2.3.6. Funciones Cognitivas**

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. También se denominan funciones intelectivas o simplemente funciones superiores propias de la especie humana, son las actividades mentales como el recuerdo, el pensamiento, el conocimiento o el lenguaje. En íntima relación con ellas está el concepto de la inteligencia, que se refiere a la capacidad para resolver problemas utilizando el pensamiento como medio y para adaptar el comportamiento a la consecución de objetivos.

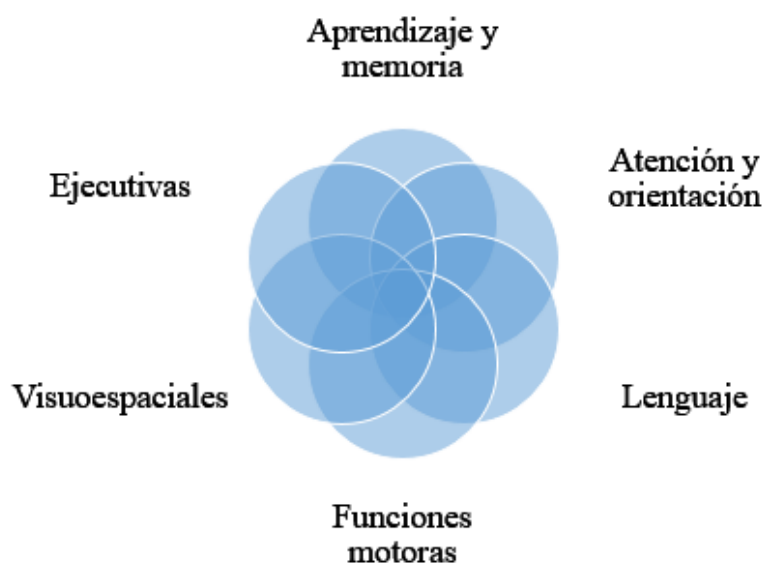
### **2.3.7. Deterioro cognitivo**

Para Montenegro, Montejo & Llanero (2012) lo definen como la disminución progresiva de funciones mentales, el cual no llega a una afección grave como para ser llamada demencia. Afecta tanto a áreas conductuales como psicológicas; tales como memoria, calculo, orientación, juicio, lenguaje, conducta, entre otros. Las causas son multifactoriales: edad, depresión, daño traumático cerebral, alcoholismo, accidentes cerebrovasculares, etc. El deterioro cognitivo se conoce como el límite entre el envejecimiento normal y la demencia, ya que excede la alteración cognoscitiva del

envejecimiento normal, pero sin llegar a ser tan grave como para llegar a la demencia (23).

Entre los síntomas de deterioro cognitivo se mencionan, en primera instancia, la pérdida de memoria, específicamente se olvidan nombres de personas que conocen hace un corto período tiempo, además de dificultad de mantener una conversación con fluidez y perder frecuentemente objetos o no encontrar donde los dejaron, por lo cual las personas al estar conscientes del problema, requieren el uso de agendas, notas, etc (24).

La naturaleza y la gravedad del deterioro cognitivo se pueden evidenciar mediante una serie de pruebas que deben evaluar los siguientes aspectos:



**Figura 2.** Aspectos para evaluar el deterioro cognitivo

**Fuente:** INECO, 2018 (24)

Así mismo, las pruebas de cálculo resultan útiles para evaluar a los adultos mayores. Es importante realizar el diagnóstico diferencial entre deterioro circunscrito, en el cual se puede sospechar un fenómeno focal y demencia, en el cual existen déficits más generalizados en la función intelectual; además, es indispensable distinguir el deterioro del envejecimiento normal, ya que muchas capacidades cognitivas como la memoria, se van deteriorando normalmente con la edad.

Tallis & Fillit (2008) dicen que la pérdida de memoria en los pacientes geriátricos obliga a que se envíen a los mismos a realizarse pruebas neuropsicológicas, muchas de las veces a partir de estos exámenes se extrae el diagnóstico de demencia. La demencia se define como un deterioro intelectual generalizado que se manifiesta con pérdida de memoria y deterioro de por lo menos una de las funciones corticales superiores (apraxia, afasia, agnosia, etc.), deterioro en las funciones sociales excluyendo el delirio y las causas no orgánicas de deterioro cognitivo (25).

### **2.3.8. Deterioro cognitivo en el adulto mayor**

La función cognitiva cambia con la edad y se produce una disminución de algunas esferas cognitivas como las relacionadas con el aprendizaje nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras que otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo. Uno de los cambios más reconocidos que suceden con el envejecimiento es el enlentecimiento de los procesos mentales. La velocidad de estos procesos depende de cuatro factores: órganos de los sentidos, atención, procesamiento central y respuesta motora; sin embargo, se ha determinado que es el procesamiento central el que se encuentra enlentecido en los ancianos

### **2.3.9. Factores asociados al deterioro cognitivo**

Juárez et al. (2012) enfatizan que la aparición del deterioro cognitivo se le suma la mayor frecuencia que tienen los adultos mayores de patologías como infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, enfermedades sistémicas, toma de fármacos, etc. que también influyen en el deterioro de la función cognitiva. Todas estas condiciones dan lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término “Deterioro Cognitivo”; que se trata de un término que, si bien no especifica la función o funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un problema (26).

Por todo esto es muy importante conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico para poder ofrecer mejores cuidados y tomar decisiones terapéuticas correctas, ya que un

apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones.

Diferentes autores concuerdan en la presencia de enfermedades crónicas o comorbilidades como factores de riesgo que ocasionan discapacidad funcional: enfermedades cardiovasculares pulmonares y la diabetes mellitus tipo 2 (27).

Algunos factores entre los que podemos citar para predecir una futura alteración cognitiva se encuentran: pacientes adultos mayores de 65 años, que la presentación de síntomas se dé a una edad tardía, factores genéticos en un alelo APOE 4, marcha errónea o con dificultad, factores vasculares como una disminución en el riego sanguíneo cerebral, antecedentes paternos de demencia.

Dentro del deterioro cognitivo, se encuentran en estudio varios factores por los cuales se da un aumento de la incidencia del mismo, englobando algunos de ellos y tomándolos como uno solo, determinando que son factores asociados para el deterioro cognitivo; factores tanto ambientales, genéticos, estilo de vida o características de la persona. A continuación, describiremos solo los más importantes:

- **Edad:** El más nombrado y fuertemente asociado al deterioro cognitivo esta la edad de los pacientes que la presentan, guardando una gran relación entre la avanzada edad y la posibilidad de tener demencia, ya que personas de 90 años o más tienen 25 veces más riesgo de desarrollar demencia que aquellas personas que se encuentran entre edades de 65 a 69 años (9).
- **Sexo:** Desde el punto de vista biológico, el sexo con mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo y/o demencia es el femenino. Se ha observado un estudio en México en 226 pacientes (Gerardo Alanís-Niño et al 2006), el cual tuvo un resultado de prevalencia de demencia en el sexo masculino de 1,2% y de 2.3% en el sexo femenino en la población en general. Se piensa que unas de las características de esta frecuencia es la menor mortalidad en mujeres, con lo cual tienen mayor longevidad y mayor riesgo de manifestar la enfermedad (28).

### **2.3.10. Importancia de evaluar el deterioro cognitivo**

Para Guapisaca & Guerrero (2014) evidencian que el deterioro de estas capacidades cognoscitivas condiciona de modo importante la vida de los pacientes y de los familiares que les rodean. Resulta fácil comprender el problema que se plantea, por ejemplo, en los primeros estadios de la enfermedad de Alzheimer, cuando los pacientes van perdiendo la capacidad de empatía para leer los sentimientos de su cónyuge; para entender y expresar lo que ellos mismos sienten; para manejar sus propias emociones sin verse invadidos por la tristeza, la ansiedad o el miedo; para controlar sus impulsos; o para manejar los conflictos de la vida cotidiana con un mínimo de sutileza (29).

### **2.3.11. Progresión del deterioro cognitivo**

En los pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo, se ha evidenciado que anualmente las tasas de conversión a demencia se encuentran entre un 10% a 15%. El internamiento de adultos mayores en centros especializados y/o centros gerontológicos, sobre todo cuando se incluye a aquellos pacientes que presentan quejas de dificultades cognitivas, tiende a favorecer las tasas de conversión a demencia (30).

### **2.3.12. Deterioro cognitivo leve**

Al deterioro cognitivo leve también se lo conoce como: “alteraciones de la memoria asociadas a la edad (AAMI por sus siglas en inglés)”, “olvido senil benigno” o “demencia incipiente”. Se describe como un trastorno adquirido y mantenido en el tiempo, en el cual el paciente presenta un deterioro exclusivo de la memoria preservando el resto de sus funciones cognitivas y sin repercusión en sus actividades del diario vivir, por lo que no cumple los criterios de demencia, pero si se le considera como un factor de riesgo para llegar a la misma, un estado de transición entre el envejecimiento normal y la demencia (25) (1).

### **2.3.13. Clasificación del deterioro cognitivo leve (DCL)**

Peterson y colaboradores propusieron una clasificación que se basaba en el síntoma principal que es el daño de la memoria, el cual lo dividieron en 3 subtipos con diferente evolución cada uno (23):

- DCL tipo amnésico: en el cual se encuentra el síntoma principal que es la pérdida de memoria progresiva, la cual podría llegar a evolucionar a demencia y su siguiente paso a Enfermedad de Alzheimer.
- DCL con varias funciones alteradas pero la memoria se mantiene íntegra. También llamado el no amnésico multidominio, ya que afecta a varias áreas menos a la memoria. Este tipo si llega a pasar a ser una demencia, puede hacerlo hacia Enfermedad de Alzheimer, demencia vascular u otras demencias.
- DCL con una sola función alterada pero que es distinta a la memoria: altera a otro tipo de área cognitiva distinta a la memoria. Tienen probabilidad de evolucionar a otros tipos de demencias: frontotemporal, cuerpos de Lewy, vascular, etc (23).

### **2.3.14. Evaluación del deterioro cognitivo**

La evaluación del deterioro cognitivo y la demencia deben centrarse en una adecuada historia clínica valorando aquellos cambios funcionales y cognitivos que haya presentado el paciente en los últimos meses o años, los antecedentes previos, la información de la familia, la evaluación neuropsicológica, funcional y neuropsiquiátrica, así como la revisión neurológica y exámenes complementarios (26) .

El proceso de evaluación empieza con el registro de quejas de memoria por parte del paciente, las mismas que para que tengan mayor importancia deben ser corroboradas

por un familiar o un informador; posteriormente se realizarán pruebas de detección o cribaje (27).

### **2.3.15. Mini Mental State Examination**

Fue desarrollado por Folstein y Cols en el año de 1975 como una herramienta práctica estandarizado y generalizado que se utiliza para el diagnóstico de deterioro cognitivo, el MMSE ha alcanzado una amplia difusión debido a que es breve, fácil en su administración, y sencillo en su puntuación para ser utilizado por médicos de asistencia primaria. Se encarga de evaluar orientación espacial, temporal, memoria inmediata, recuerdo diferido, atención, praxias, órdenes y lenguaje; el rango de esta prueba es 0-30 puntos y el punto de corte para probable deterioro cognitivo está en 23 o 24 (30).

El profesional de la salud que aplique el test, que deberá estar familiarizado con la prueba y con las instrucciones referentes a las diferentes escalas, deberá realizar la entrevista con el paciente previo a la aplicación de la prueba. Debe leer las instrucciones al paciente de forma textual y precisa al examinado. Si el paciente corrige una respuesta, debe darse crédito a la respuesta correcta. Antes de comenzar el mini examen debe tomarse nota del Nombre completo del paciente, su edad y su escolaridad, y preguntar al paciente si tiene algún problema con su memoria (4) .

## **2.4. Marco Legal**

### **2.4.1. Constitución de la República del Ecuador 2008**

La Constitución de la República del Ecuador, hace referencia que:

*- Artículo 32.- la salud es un derecho garantizado por el estado, cuya realización se vincula al ejercicio de otros derechos, entre ellos el derecho al agua, alimentación, educación, cultura física, el trabajo social, el ambiente sano y otros sustentando el buen vivir.*

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

*- Artículo 36.- las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores las personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años (9).*

### **2.4.2. Ley Orgánica de Protección Prioritaria de los Derechos de las Personas Adultas Mayores**

*Promueve garantizar que los adultos mayores tengan igualdad de oportunidades y una vida digna en todos los ámbitos, promover la permanencia de los adultos mayores en su núcleo familiar y comunitario*



*e impulsar la atención integral e interinstitucional de las personas adultas mayores por parte de las entidades públicas y privadas.*

*Los principios fundamentales de dicha ley promueven: atención prioritaria, igualdad formal y material, interculturalidad, integración e inclusión, no discriminación, participación activa, responsabilidad social colectiva, principio de protección, universalidad, vejez como fuente de experiencia y conocimiento, enfoque de ciclo de vida. (10)*

### **2.4.3. Ley Orgánica de Salud**

*La salud es una de las condiciones más importantes para la vida y un componente fundamental para el desarrollo y cumplimiento de las necesidades de las personas para alcanzar una vida digna, sana sin enfermedades.*

*Se hacen referencia los siguientes artículos:*

*Art. 3.- La salud es el completo estado de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. Es un derecho humano inalienable, indivisible, irrenunciable e intransmisible, cuya protección y garantía es responsabilidad primordial del Estado; y, el resultado de un proceso colectivo de interacción donde Estado, sociedad, familia e individuos convergen para la construcción de ambientes, entornos y estilos de vida saludables (31).*

*Art. 69.- La atención integral y el control de enfermedades no transmisibles, crónico - degenerativas, congénitas, hereditarias y de los problemas declarados prioritarios para la salud pública, se realizará mediante la acción coordinada de todos los integrantes del Sistema Nacional de Salud y de la participación de la población en su conjunto. Comprenderá la investigación de sus causas, magnitud e impacto sobre la salud, vigilancia epidemiológica, promoción de hábitos y estilos de vida*

*saludables, prevención, recuperación, rehabilitación, reinserción social de las personas afectadas y cuidados paliativos. Los integrantes del Sistema Nacional de Salud garantizarán la disponibilidad y acceso a programas y medicamentos para estas enfermedades, con énfasis en medicamentos genéricos, priorizando a los grupos vulnerables (11).*

#### **2.4.4. Plan toda una vida**

***Eje 1: Derechos para todos durante toda la vida***

*Este eje posiciona al ser humano como sujeto de derechos a lo largo de todo el ciclo de vida, y promueve la implementación del Régimen del Buen Vivir, establecido en la Constitución de Montecristi (2008). Esto conlleva el reconocimiento de la condición inalterable de cada persona como titular de derechos, sin discriminación alguna. Además, las personas son valoradas en sus condiciones propias, celebrando la diversidad. Así, nos guiamos por el imperativo de eliminar el machismo, el racismo, la xenofobia y toda forma de discriminación y violencia, para lo cual se necesita de políticas públicas y servicios que aseguren disponibilidad, accesibilidad, calidad y adaptabilidad.*

***Objetivo 1:** Garantizar una vida digna con iguales oportunidades para todas las personas.*

***Objetivo 2:** Afirmar la interculturalidad y plurinacionalidad, revalorizando las identidades diversas.*

***Objetivo 3:** Garantizar los derechos de la naturaleza para las actuales y las futuras generaciones (12)*

## **2.4.5. Manual de Atención Integral al Adulto Mayor**

**Objetivo 1:** desarrollar actividades de promoción, prevención y rehabilitación biosocial para fomentar, mantener y restaurar la independencia para las actividades de la vida diaria y llevar una vida social activa.

**Objetivo 7:** Desarrollar investigaciones geronto geriátricas. (13)

## **2.5. Marco Ético**

### **2.5.1. Derechos humanos**

*Los derechos humanos son derechos inherentes a todos los seres humanos, sin distinción alguna de nacionalidad, lugar de residencia, sexo, origen nacional o étnico, color, religión, lengua, o cualquier otra condición. Todos tenemos los mismos derechos humanos, sin discriminación alguna. Estos derechos son interrelacionados, interdependientes e indivisibles.*

*Los derechos humanos atañen a todos los aspectos de la vida. Su ejercicio permite a hombres y mujeres conformar y determinar su propia vida en condiciones de libertad, igualdad y respeto a la dignidad humana. Los derechos humanos comprenden no sólo derechos civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, sino también los derechos colectivos de los pueblos (14)*

***En la esfera de los derechos civiles y políticos:***

- *El derecho a la vida*
- *El derecho a la libertad y la seguridad de la persona*
- *El derecho a la vida privada*

### **2.5.2. Derechos del paciente**

- *Recibir atención médica adecuada.*
- *Recibir trato digno y respetuoso.*
- *Recibir información suficiente, clara, oportuna y veraz.*
- *Decidir libremente sobre tu atención.*
- *Otorgar o no tu consentimiento informado para procedimientos.*
- *Ser tratado con confidencialidad.*
- *Contar con facilidades para obtener una segunda opinión.*
- *Recibir atención médica en caso de urgencia.*
- *Contar con un expediente clínico.*
- *Ser atendido cuando te inconformes por la atención médica recibida (15).*

### **2.5.3. Código Deontológico de Enfermería**

*Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento. La necesidad de la enfermería es universal. Los cuidados de enfermería respetan y no discriminan según consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.*

*El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.*

#### **a) La enfermera y las personas**

- *La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información precisa, suficiente y oportuna, de manera culturalmente adecuada,*

*en la cual fundamentará el consentimiento de los cuidados y el tratamiento correspondiente.*

- *La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.*
- *La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.*
- *La enfermera defenderá la equidad y la justicia social en la distribución de los recursos, en el acceso a los cuidados de salud y en los demás servicios sociales y económicos.*
- *La enfermera demostrará valores profesionales tales como el respeto, la disponibilidad, la compasión, la confianza y la integridad.*

#### ***b) La enfermera y la práctica***

- *La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.*
- *La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.*
- *La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.*
- *La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que honren a la profesión y fomenten su imagen y la confianza del público.*
- *La enfermera tratará de fomentar y mantener una cultura de la práctica profesional que favorezca el comportamiento ético y el diálogo abierto.*

### **c) La enfermera y la profesión**

- *A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.*
- *La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación, que favorezca la práctica basada en pruebas. La enfermera participará en el desarrollo y en el sostenimiento de un conjunto de valores profesionales.*
- *La enfermera ejercerá su profesión para sostener y proteger el entorno natural y será consciente de las consecuencias que ello tiene para la salud.*
- *La enfermera contribuirá a crear un entorno ético de la organización y se opondrá a las prácticas y a los contextos no éticos.*

### **d) La enfermera y sus compañeros de trabajo**

- *La enfermera mantendrá una relación respetuosa de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.*
- *La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona pongan en peligro su salud.*

*La enfermera actuará adecuadamente para prestar apoyo y orientar a las personas con las que trabaja, para fortalecer el comportamiento ético.*

#### **2.5.4. Declaración de Helsinki (16)**

1. *La Asociación Médica Mundial (AMM) ha promulgado la Declaración de Helsinki como una propuesta de principios éticos*

*para investigación médica en seres humanos, incluida la investigación del material humano y de información identificables.*

- 6. El propósito principal de la investigación médica en seres humanos es comprender las causas, evolución y efectos de las enfermedades y mejorar las intervenciones preventivas, diagnósticas y terapéuticas (métodos, procedimientos y tratamientos). Incluso, las mejores intervenciones probadas deben ser evaluadas continuamente a través de la investigación para que sean seguras, eficaces, efectivas, accesibles y de calidad.*
  
- 19. Algunos grupos y personas sometidas a la investigación son particularmente vulnerables y pueden tener más posibilidades de sufrir abusos o daño adicional.*
  
- 25. La participación de personas capaces de dar su consentimiento informado en la investigación médica debe ser voluntaria. Aunque puede ser apropiado consultar a familiares o líderes de la comunidad, ninguna persona capaz de dar su consentimiento informado debe ser incluida en un estudio, a menos que ella acepte libremente.*





## **CAPÍTULO III**

### **3. Metodología de la investigación**

#### **3.1. Diseño de la investigación**

##### **3.1.1. Cuantitativo**

El diseño de la investigación es cuantitativo porque el test que se utilizó, es una herramienta validada por expertos a nivel mundial, la cual permitió recopilar y analizar datos estadísticos.

##### **3.1.2. No experimental**

El estudio no es experimental porque no se manipuló ninguna variable y los resultados se obtuvieron a través de encuestas realizadas a la muestra.

#### **3.2. Tipo de investigación**

##### **3.2.1. Transversal**

El estudio se realizó en un tiempo y periodo determinado, lo cual facilitó la obtención de datos en la población de estudios para cumplir con los objetivos propuestos.

#### **3.3. Ubicación del estudio**

La presente investigación se realizó en la parroquia San Francisco, en el cantón Ibarra; se consideró los adultos mayores pertenecientes al Club de Adultos Mayores del Centro de salud “El Tejar”.

### **3.4. Población**

#### **3.4.1. Universo**

El Centro de Salud El Tejar cuenta con 80 adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor y por ello se trabajó con todo el universo.

#### **3.4.2. Muestra**

Se trabajó con todos los adultos mayores del club debido al fácil acceso y disponibilidad.

### **3.5. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores a partir de 65 años de edad.
- Adultos mayores que asisten al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud “El Tejar”
- Adultos mayores que colaboren con la investigación

### **3.6. Criterios de exclusión**

Adultos mayores que no deseen colaborar con la investigación adultos mayores que puedan presentar:

- Menos de 65 años de edad.
- Demencias
- Delirium
- Depresión

### **3.7. Técnicas e Instrumentos**

#### **3.7.1. Técnica**

La técnica que se utilizó en la investigación fue un test validado y garantizado por expertos ya que es accesible, entendible y económico, que permitió cumplir con los objetivos planteados al inicio de la investigación.

#### **3.7.2. Instrumento**

Se utilizó el Mini Mental State Examination, el cual es una herramienta útil y sencilla que se utiliza para el tamizaje de grado de deterioro cognitivo en el adulto mayor. Es un test validado por expertos y ha sido utilizado en varios estudios a nivel mundial.

### 3.8. Operacionalización de variables

#### Objetivo 1. Características Sociodemográficas

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Son el conjunto de características biológicas, socioeconómico culturales que están presentes en la población sujeta a estudio, tomando aquellas que puedan ser medibles.	<b>Características Sociodemográficas de los adultos mayores</b>	<b>Edad</b>	<b>60 a 69 años</b> <b>70 a 79 años</b> <b>80 a 89 años</b> <b>90 a más años</b>
		<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b> <b>Femenino</b>
		<b>Escolaridad</b>	<b>Primaria</b> <b>Secundaria</b> <b>Tercer Nivel</b>
		<b>Ocupación</b>	<b>Empleado</b> <b>Pensionado</b> <b>Profesionista</b>
		<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b> <b>Casado</b> <b>Divorciado</b> <b>Viudo</b>
		<b>Tipo de Familia</b>	<b>Nuclear</b> <b>Expansión</b> <b>Reconstruida</b>
		<b>Comorbilidad asociada</b>	<b>Si</b> <b>No</b>

## Objetivo 2. Mini Mental State Examination

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
<p>Es la prueba más utilizada para valorar deterioro cognitivo; la misma se encarga de evaluar orientación espacial, temporal, memoria inmediata, recuerdo diferido, atención, praxias, órdenes y lenguaje; el rango de esta prueba es 0-30 puntos y el punto de corte para probable deterioro cognitivo está en 23 ó 24 (23).</p>	<p><b>Mini Mental State Examination</b></p>	<p><b>Orientación del tiempo</b></p>	<p>¿En qué año estamos?                      ¿Qué estación del año es?                      ¿Qué día es hoy?                      ¿Qué mes es hoy?</p>
		<p><b>Orientación en el espacio</b></p>	<p>¿En qué país estamos?                      ¿En qué estado estamos?                      ¿En qué ciudad estamos?                      ¿En qué hospital estamos?                      ¿En qué piso estamos?</p>
		<p><b>Fijación</b></p>	<p>Nombre 3 objetos en un segundo cada uno</p>
		<p><b>Concentración y Cálculo</b></p>	<p>Cuenta de 7 en 7</p>
		<p><b>Memoria</b></p>	<p>Pregunte los nombres de los 3 objetos mencionados en el inciso 3</p>
		<p><b>Lenguaje y Construcción</b></p>	<p>Enseñe al paciente un lápiz y un reloj                      Pida al paciente que repita                      Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en 3 etapas.</p> <p>Pida al paciente que lea y lleve a cabo el siguiente orden escrito.</p> <p>Pida al paciente que escriba una oración de su elección</p> <p>Pida al paciente que copie la figura mostrada.</p>

### Objetivo 3. Deterioro Cognitivo

DEFINICIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA
Es un síndrome clínico, que se presenta un deterioro en las funciones mentales como son memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad.	<b>Deterioro Cognitivo</b>	<b>Normal</b> <b>Discreto Deterioro Cognitivo</b> <b>Leve Deterioro Cognitivo</b> <b>Moderado Deterioro Cognitivo</b> <b>Grave</b>	Mini Mental State Examination

## CAPÍTULO IV

### 4. Análisis y Discusión de Resultados.

#### 4.1. Características sociodemográficas de los adultos mayores.

**Tabla 1.**

*Características Sociodemográficas de la población de estudio*

Variables	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Edad</b>	<b>60 a 69 años</b>	<b>28</b>	<b>35%</b>
	<b>70 a 79 años</b>	<b>40</b>	<b>50%</b>
	<b>80 a 89 años</b>	<b>10</b>	<b>12,5%</b>
	<b>90 a más años</b>	<b>2</b>	<b>2,5%</b>
<b>Género</b>	<b>Femenino</b>	<b>34</b>	<b>42,5%</b>
	<b>Masculino</b>	<b>46</b>	<b>57,5%</b>
<b>Nivel de Instrucción</b>	<b>Primaria</b>	<b>58</b>	<b>72,5%</b>
	<b>Secundaria</b>	<b>17</b>	<b>21,3%</b>
	<b>Tercer Nivel</b>	<b>5</b>	<b>6,3%</b>
<b>Ocupación</b>	<b>Empleado</b>	<b>13</b>	<b>16,3%</b>
	<b>Pensionado</b>	<b>67</b>	<b>83,8%</b>
<b>Estado Civil</b>	<b>Soltero</b>	<b>2</b>	<b>2,5%</b>
	<b>Casado</b>	<b>52</b>	<b>65%</b>
	<b>Divorciado</b>	<b>15</b>	<b>18,8%</b>
	<b>Viudo</b>	<b>11</b>	<b>13,8%</b>
<b>Tipo de Familia</b>	<b>En expansión</b>	<b>11</b>	<b>13,8%</b>
	<b>Nuclear</b>	<b>56</b>	<b>70%</b>
	<b>Reconstruida</b>	<b>13</b>	<b>16,3%</b>
<b>Comorbilidad asociada</b>	<b>Si</b>	<b>61</b>	<b>76,3%</b>
	<b>No</b>	<b>19</b>	<b>23,8%</b>

En los datos sociodemográficos de un total de 80 adultos mayores del Centro de Salud El Tejar, se evidenció que el 50% corresponde al grupo de edades comprendidas entre 70 a 79 años, y muy seguido por las edades comprendidas entre 60 a 69 años de edad con el 35%. En lo referente al género predominó el género masculino con 57,5%, el 72,5% los adultos mayores cursaron solo estudios de primaria, el 83,8% eran pensionados y el 65% eran casados y en su mayoría se encontraban en una familia de tipo nuclear, así también el 76,3% afirmó que tenía comorbilidad asociada, Camargo, K. menciona que los adultos mayores se encuentran en edades de 75 a 79 años, predominando el género masculino, la escolaridad primaria y las comorbilidades asociadas al adulto mayor son especialmente las cardiovasculares, lo cual puede ser un factor de riesgo para el deterioro cognitivo (6). De igual manera Pedraja, E. en su estudio ratifica que el envejecimiento este asociado a diversas enfermedades y destaca a las enfermedades cardiovasculares (7).

#### 4.2. Orientación sobre el tiempo y espacio de los adultos mayores

**Tabla 2. Orientación en tiempo y espacio**

Variables	Correcto		Incorrecto		
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
<b>Orientación del tiempo</b>	¿En qué año estamos?	78	97,5%	2	2,5%
	¿Qué estación del año es?	76	95%	4	5%
	¿Qué día es hoy?	76	95%	4	5%
	¿Qué mes es hoy?	78	97,5%	2	2,5%
<b>Orientación en el espacio</b>	¿En qué país estamos?	80	100%	0	0%
	¿En qué estado estamos?	80	100%	0	0%
	¿En qué ciudad estamos?	80	100%	0	0%
	¿En qué hospital estamos?	80	100%	0	0%
	¿En qué piso estamos?	80	100%	0	0%

En lo que refiere a la orientación de tiempo, más del 95% de adultos mayores evaluados respondieron correctamente a las interrogantes planteadas, así también, en la orientación de espacio el 100% de los adultos mayores respondieron correctamente



a las interrogantes. En el estudio realizado por Barrera, J. donde fueron evaluados adultos mayores con test Mini Mental State Examination, en la sección de orientación en el tiempo y espacio, el 89% respondió correcto, y de manera incorrecta respondió un 11% esto nos demuestra que la mayoría de las personas adultas mayores se encontraban orientadas en tiempo y espacio (33).

### 4.3. Distribución de resultados del Mini Mental State Examination

**Tabla 3.**

*Resultados del Mini Mental State Examination de la población de estudio*

Variables		Puntos	Frecuencia	Porcentaje
<b>Fijación</b>	Nombre 3 objetos en un segundo cada uno	2 puntos	13	16,3%
		3 puntos	67	83,8%
<b>Concentración y Cálculo</b>	Cuenta de 7 en 7.	1 punto	10	12,5%
		2 puntos	35	43,8%
	3 puntos	20	25%	
	4 puntos	8	10%	
	5 puntos	7	8,8%	
<b>Memoria</b>	Pregunte los nombres de los 3 objetos mencionados en el inciso 3	1 punto	2	2,5%
		2 puntos	21	26,3%
		3 puntos	57	71,3%
<b>Lenguaje y Construcción</b>	Enseñe al paciente un lápiz y un reloj	1 punto	4	5%
		2 puntos	76	95%
	Pida al paciente que repita	1 punto	80	100%
	Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en 3 etapas	1 punto	2	2,5%
		2 puntos	1	1,3%
		3 puntos	77	96,3%
	Pida al paciente que lea y lleve a cabo el siguiente orden escrito	1 punto	80	100%
	Pida al paciente que escriba una oración de su elección	0 puntos	12	15%
		1 punto	68	85%
	Pida al paciente que copie la figura mostrada.	0 puntos	15	18,8%
1 punto		65	81,3%	

De los adultos mayores evaluados se puede observar que en la dimensión de fijación, se presentan puntajes con el 83,8%; en lo referente a la función neurocognitiva acerca de concentración y cálculo se evidenció que el 43,8% respondió correctamente con 2

puntos del total de 5 puntos; en el ítem que evalúa la memoria el 71.3% respondió correctamente con una puntuación de 3/3, finalmente en lenguaje y construcción más del 85% de adultos mayores evaluados respondió correctamente interrogantes del test. Un estudio realizado en México por Duran, B. y otros, donde se menciona que existe deterioro cognitivo en adultos mayores al verse afectadas las áreas de memoria con el porcentaje más alto y en algunos casos se ven afectadas las funciones ejecutivas y lenguaje (34).

#### 4.4. Deterioro Cognitivo de los adultos mayores

**Tabla 4.**

*Grado de deterioro cognitivo de la población de estudio*

Variables		Frecuencia	Porcentaje
<b>Deterioro Cognitivo</b>	Sin deterioro	53	66,2%
	Posible deterioro	20	25%
	Deterioro Cognitivo Leve	7	8,8%
	Demencia	0	0

Con base en estos resultados se determinó el grado de deterioro cognitivo en los 80 adultos mayores estudiados, obteniéndose los siguientes porcentajes: sin deterioro el 66,3%, con posible deterioro el 25% y con deterioro cognitivo leve con un 8,8% del total. En nuestra localidad , estudiaron a 70 adultos mayores, en la interpretación de resultados arrojados del Mini Mental, evidenciaron que la mayoría de pacientes geriátricos poseen un deterioro cognitivo moderado, es decir el 74,3% y severo el 17,1% afectando la calidad de vida de los adultos, Henao, E. hizo un estudio en Medellín, evaluando el deterioro cognitivo en personas mayores de 50 años y con sus resultados ratifica que el deterioro cognitivo prevalece en edades avanzadas por los cambios físicos y mentales que experimenta un adulto mayor (10).

## CAPÍTULO V

### 5. Conclusiones y Recomendaciones

#### 5.1. Conclusiones

- Entre las características sociodemográficas de las personas adultas mayores del presente estudio se encontraron que el mayor porcentaje de estas personas se encuentra en un rango de edad comprendida de entre 70 a 79 años, el nivel de instrucción prevalente fue la primaria y el género predominante fue el masculino. Los adultos mayores evaluados forman parte de una familia nuclear y en su mayoría tienen comorbilidades asociadas lo cual es un factor de riesgo para el deterioro cognitivo.
- Según el Mini Mental State Examination, existe un porcentaje mínimo de adultos mayores con deterioro cognitivo leve, lo cual demuestra que su calidad de vida no se ve afectada de manera significativa, cabe mencionar que la progresión de este tipo de deterioro empieza con la pérdida de memoria a corto plazo y la orientación espacial haciendo que el adulto mayor pierda su autonomía volviéndolo dependiente de un cuidador.
- El desarrollo de la Guía de Estimulación Cognitiva para Adultos Mayores, permitió a los usuarios conocer como potenciar las funciones cognitivas del como el lenguaje, la memoria y la atención, lo cual mejora su independencia para realizar actividades de la vida diaria por medio de la estimulación cognitiva, con esto se evita que el adulto mayor se desconecte de su entorno.

## **5.2. Recomendaciones**

- Con los hallazgos obtenidos en nuestro estudio, es necesario que los profesionales se realicen más estudios referentes a esta patología en nuestra localidad e implementen estrategias que contribuyan a evidenciar y atender a pacientes con Deterioro Cognitivo.
- El trabajo conjunto con la familia de los adultos mayores es fundamental, ya que son ellos los responsables directos del cuidado, es por ello que se debería implementar psicoeducación y formación del personal de enfermería en lo referente a esta patología.
- La prevención es primordial para el proceso de envejecimiento, por eso se debe realizar una planificación e intervención de enfermería oportuna y adecuada que permita al adulto mayor mantenerse en actividad de recreación constante para ejercitar no únicamente el cuerpo sino también la mente y de esta forma evitar un acelerado deterioro cognitivo.

## Bibliografía

1. Blanco H. *Síndromes Geriátricos*. 1st ed. Madrid: Ergon; 2006.
2. Salud OMDI. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2019 05 10]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
3. Hernández E. Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad. *Medigraphic*. 2010 Agosto; IX(13).
4. Rodríguez J, Silva E, Cervantes M. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. *Revista Panorama Cuba y Salud*. 2014 noviembre; 9(1).
5. Durán T, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad marginal. *Revista Enfermería Universitaria*. 2013; 10(2).
6. Gonzales B, Carhuapoma M, Zuñiga E, Mocarro M, Aleixo M, Silva J. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día - Lima, Perú. *Revista Facultad Ciencias Medicas Quito*. 2013; 38(2).
7. León R, Milián F, Camacho N, Arévalo R, Escartin M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2016; 4(3).
8. Vilchez H. Nivel cognitivo del adulto mayor autovalente y su relación con las características sociodemográficas en pacientes que acuden al centro del adulto mayor Vitarte de Essalud, Lima-Perú, 2018. 2018. Tesis de Pregrado de Médico Cirujano.
9. Abambari C, Atencia R, Arévalo C. Riesgo de Demencia y Factores Asociados en Adultos Mayores. 2009. IESS- Cuenca.
10. Camargo K, Laguado J. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Revista Universidad y Salud*. 2017 Marzo; 19(2).

11. Pedraja E, Mederos E, Rosales A, Ibarz A, Herrera M. Evaluación funcional, cognitiva y biomédica de ancianos de 90 años y más. *Revista Acta Médica del Centro*. 2015; 9(2).
12. Mogollón E. Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adulto mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. *Revista electronica Educare*. 2014 Abril; 18(2).
13. Henao E, Aguirre D, Muñoz C, Pineda A, Lopera F. Prevalence of mildcognitiveimpairment, amnesic-type, in a colombian population, Medellín, Colombia. *Revista Neurologia*. 2012; 46(12).
14. Centro de Salud El Tejar. [Online].; 2017 [cited 2019 julio 1. Available from: [http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/documentos/rendicion\\_cuentas/informe%20rendicion%20cuentas%20ao%202014%20con%20aportes%20ciudadanos.pdf](http://www.saludzona1.gob.ec/cz1/images/documentos/rendicion_cuentas/informe%20rendicion%20cuentas%20ao%202014%20con%20aportes%20ciudadanos.pdf).
15. María Hernandez MSMdCP. Capacidad funcional física y necesidades humanas. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*. 2015 Enero; 1(23).
16. Fernandez L. Aprende en línea. [Online].; 2016 [cited 2019 Septiembre 14. Available from: <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61971>.
17. Hernández C. Uvadoc. [Online].; 2016 [cited 2019 Septiembre 14. Available from: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/handle/10324/17711/tfg-h439.pdf;jsessionid=5cb1ca7b6da5850cf713e46a892c40?sequence=1>.
18. OMS. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2015. Available from: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422-ab/es/>.
19. Valdivia P. Las Personas Mayores en Chile. Situación, avances y desafíos del envejecimiento y la vejez.. 2009..
20. Riera C, Duarte E, Licha M, Gherardi A, Llanos F, Montiel H. Panorama de la situación de salud y de las políticas y sistemas de salud.. 2012..
21. yánez pá. ministerio de salud pública. [online].; 2010 [cited 2019 09 13. available from: <https://aplicaciones.msp.gob.ec/salud/archivosdigitales/documentosdirecciones/dn>



- n/archivos/normas%20y%20protocolos%20de%20atenci%20c3%93n%20integral%20de%20salud%20a%20los%20y%20las%20adultos%20mayores.pdf.
22. Diego Martinez Padilla STPÁY. Ministerio de Salud Pública. [Online].; 2008 [cited 2019 Septiembre 13. Available from: <https://vicenteayalabermeo.files.wordpress.com/2011/04/guc3adas-adulto-mayor.pdf>.
  23. Montenegro M, Montejo P, Llanero M, García R. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista Logop Foniatría Audiol.* 2012; 32(2).
  24. INECO - Instituto de Neurología Cognitiva. Deterioro Cognitivo. [Online]. [cited 2019 febrero 15. Available from: <http://www.ineco.org.ar/deterioro-cognitivo>.
  25. Tallis R, Fillit H. *Geriatrics*. 6th ed. Madrid: Marban; 2005.
  26. Juárez Tea. Prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve y sus Subtipos en la población mexicana. 2012. Unidad de Investigación Epidemiológica y en Servicios de Salud, Área de Envejecimiento, Centro Médico Nacional.
  27. Hilal Sea. Prevalencia de Deterioro Cognitivo en Chinos: Epidemiología de la Demencia en un estudio de Singapur. Department of Pharmacology, National University of Singapore. 2013.
  28. Alanís G, Garza J, Gonzales A. Prevalencia de Demencia en Pacientes Geriátricos. *Revista Med Inst Mex Seguro Soc.* 2008; 46(1).
  29. Guapisaca D, Guerrero J. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca 2014. 2014. Tesis previa a la obtención de título de médica y médico.
  30. Progresión de Deterioro Cognitivo Leve a Demencia. [Online]. [cited 2019 febrero 19. Available from: <http://www.hipocampo.org/articulos/articulo0370.asp>.
  31. Ministerio de Salud Publica. Reglamento a la Ley Organica de Salud. [Online].; 2012 [cited 2017 Octubre 15. Available from: <https://www.salud.gob.ec/wp-content/uploads/downloads/2014/09/Reglamento-a-la-Ley-Org%C3%A1nica-de-Salud.pdf>.

32. Ochoa E, Rios J. Progresión del Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de los Centros Gerontológicos de la Ciudad de Cuenca 2017. 2017. Tesis de Medicina de la Universidad de Cuenca.
33. Barrera J. Deterioro Cognitivo y su influencia en la calidad de vida del Adulto Mayor. 2017. Tesis de Psicología Clínica de la Universidad Técnica de Ambato.
34. Ortiz C. Prevalencia Del Deterioro Cognitivo En El Adulto Mayor Con Depresión crónica de La Umf 61 De Veracruz. 2015. Tesis de Postgrado de la Universidad Veracruzana.
35. Velasco R, Godínez R, Mendoza C, Torres M, Moreno I. Estado actual de capacidades en adultos mayores institucionalizados de Colima, México. Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. 2014.
36. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2018 12 11. Available from: <https://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>.
37. González J, Herrero J, Alonso M, García R, Arana A. Escala Global de Deterioro ¿Es fiable su realización mediante entrevista telefónica? Revista Esp Geriatria Gerontol. 2015.
38. Arrechadora I. Lifeder.com. [Online].; 2017 [cited 2019 Septiembre 14. Available from: <https://www.lifeder.com/dorothea-orem/>.

## ANEXOS

### Anexo 1. Encuesta utilizada para aplicar a los adultos mayores del Centro de Salud El Tejar



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DEL NORTE**  
**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE ENFERMERÍA**

**Tema:** El Estado Cognitivo de los Adultos Mayores que acuden al Centro de Salud El Tejar

**Objetivo:** La presente encuesta se realizará a los adultos mayores, que acuden al Centro de Salud El Tejar que nos ayuden a determinar información sobre su estado cognitivo.

### **Consentimiento:**

La presente encuesta se realizará de forma personal para poder investigar y obtener datos verídicos acerca del estado cognitivo de los adultos mayores, la misma que se utilizará con la finalidad de realizar una guía educativa sobre estimulación cognitiva y así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Se agradece su colaboración con dicha investigación y se desea los mejores resultados en cuanto a los niveles de conocimientos, actitudes y prácticas del personal.

**ENCUESTA:** sobre El Estado Cognitivo de los Adultos Mayores que acuden al Centro de Salud El Tejar.

#### **Datos informativos**

Nombre\_\_\_\_

Edad\_\_\_\_

Sexo: Masc\_\_\_\_ Fem\_\_\_\_

Escolaridad: Primaria\_\_\_ Secundaria\_\_\_ Preparatoria\_\_\_ Licenciatura\_\_\_

Posgrado\_\_\_

Ocupación: Hogar\_\_\_ Empleado\_\_\_ Pensionado\_\_\_ Profesionista\_\_\_

Comorbilidad asociada: Si\_\_\_ No\_\_\_

Tipo de familia: Nuclear\_\_\_ En expansión\_\_\_ Reconstruida\_\_\_

Estado civil: Soltero\_\_\_ Casado\_\_\_ Divorciado\_\_\_ Viudo\_\_\_

### **Mini Mental State Examination**

	Calificación	Puntaje
1. ¿En qué año estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué estación del año es? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Cuál es la fecha de hoy? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué día es hoy? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿Qué mes es hoy? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2. ¿En qué país estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué estado estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué ciudad estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué hospital estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>
¿En qué piso estamos? _____	<input type="text"/>	<input type="text"/>

3. Nombre 3 objetos en un segundo cada uno. Después pida al paciente que repita los 3 nombres. Dé un punto a cada respuesta correcta. Repita los nombres hasta que el paciente los aprenda, máximo 6 veces. (3 puntos)

a. Balón

b. Bandera Total

c. Árbol

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

TOTAL

4. Cuente de 7 en 7. 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; dé un punto para cada respuesta correcta. Como alternativa, puede pedir al paciente que deletree MUNDO al revés. (5 puntos)

a. 93  
b. 86  
c. 79 Total  
d. 72  
e. 65


TOTAL

--

5. Pregunte los nombres de los 3 objetos mencionados en el inciso 3. Dé un punto por cada respuesta Correcta. (3 puntos)

--

TOTAL

--

a. Balón  
b. Bandera Total  
c. Árbol

6. Enseñe al paciente un lápiz y un reloj, y pida que nombre cada uno conforme los muestra. (2 Puntos)

a. Lápiz Total  
b. Reloj


TOTAL

--

7. Pida al paciente que repita "No voy si tú no llegas temprano". (1 punto)

a. No voy si tú no llegas temprano

--

TOTAL

--

8. Pida al paciente que lleve a cabo la siguiente orden en 3 etapas: "Tome esta hoja de papel en su Mano derecha. Dóblela a la mitad. Ponga la hoja en el piso". (3 puntos)

a. Tome esta hoja de papel en su mano derecha  
b. Dóblela a la mitad Total  
c. Ponga la hoja en el piso


TOTAL

--

9. Pida al paciente que lea y lleve a cabo la siguiente orden escrita: (1 punto)

a. "CIERRE SUS OJOS"

--

10. Pida al paciente que escriba una oración de su elección. La oración debe contener sujeto, un Verbo y un complemento, y debe tener sentido. Ignore los errores de ortografía. (1 punto)

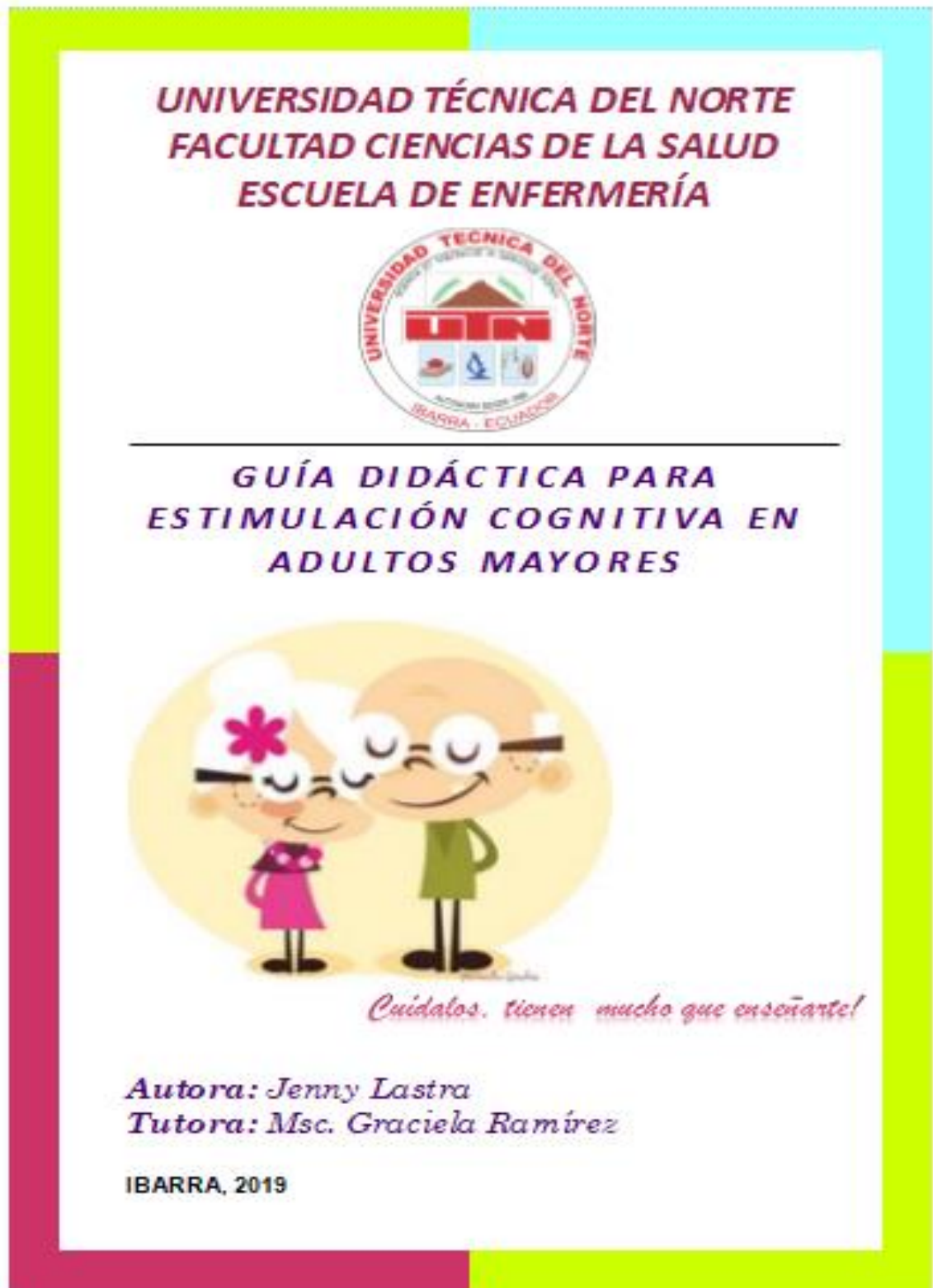
Oración:

11. Pida al paciente que copie la figura mostrada. Dé un punto si se parecen todos los lados y ángulos, y si los lados que se entrecruzan forman un cuadrilátero.



TOTAL

Anexo 2. Portada de la guía educativa para adultos mayores



### Anexo 3. Archivos Fotográficos



Socialización de encuesta con los adultos mayores del Centro de Salud El Tejar



Intervenciones con el grupo de adulto mayor y el personal de medicina



**Anexo 4. Certificado de validación de la encuesta.**

Ibarra, 10 de Junio 2019

**CERTIFICADO VALIDACIÓN DE LA ENCUESTA**

Yo Luz Paloma Pole.....enfermera encargada del Centro de Salud El Tejar, doy constancia la validación de la encuesta de que he sido informada sobre el estudio de “Estado cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud el Tejar”, por la Interna de Enfermería Jenny Alexandra Lastra Mora, instrumento que se utilizará para el desarrollo del ANTEPROYECTO DE TESTS, PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE LICENCIATURA EN ENFERMERÍA.

**Atentamente:**



Enfermera del Centro de Salud El Tejar

## ABSTRACT

COGNITIVE STATE OF THE OLDER ADULTS WHO COME TO “EL TEJAR”  
HEALTH CENTER, IBARRA, 2019

**Author:** Jenny Alexandra Lastra Mora

**Email:** jenicitalm@hotmail.com

The proportion of older adults in the world has increased in recent years, a person older than 65 is considered as an older adult. During aging people experience changes that are normal in that age and one of them is the decrease in cognitive abilities which leads to the elderly losing their independence and autonomy. The objective of this research was to determine the cognitive status of older adults. A quantitative, non-experimental study was carried out in which 66.3% was shown to have no impairment, on the other hand, 25% suffered a mild deficit and 8.8% a mild cognitive impairment. This research concludes that as there is a greater number of older adults without cognitive impairment, will be taken care of by nursing professionals, through the development of an educational guide which allows them to maintain their cognitive functions.

**Keywords:** older adults, aging, cognitive impairment.

*Victor Pacheco*  




## Urkund Analysis Result

**Analysed Document:** TESIS JENNY LASTRA 09.docx (D55853930)  
**Submitted:** 21/09/2019 3:38:00  
**Submitted By:** jenicitalm@hotmail.com  
**Significance:** 2 %

### Sources included in the report:

TEMA: "ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO DE SALUD EL TEJAR, IBARRA 2019".docx (D55853930)  
<http://dspace.utn.edu.ec/bitstream/123456789/20233/1/TESIS.pdf>

### Instances where selected sources appear:

4

En la ciudad de Ibarra, a los 26 días del mes de septiembre de 2019

### Lo certifico

(Firma).....

MSc. Gladys Graciela Ramírez

C.C.: 1000997641

**DIRECTORA DE TESIS**