



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

TEMA:

**Estado cognitivo y condición psicosocial en adultos mayores de dos
Consultorios del Centro de Salud Pascuales. Año 2021**

AUTOR:

Tutiven Jiménez, Karem Apolonia

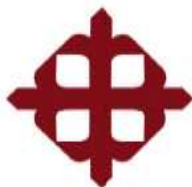
**Trabajo de investigación previo a la obtención del título de:
Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria**

DIRECTORA:

Urgilés Carrión, Brenda Yesqueny

GUAYAQUIL – ECUADOR

2021



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

Certificamos que el presente trabajo fue realizado en su totalidad por *la Dra. Karem Apolonia Tutiven Jiménez*, como requerimiento parcial para la obtención del Título de Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Guayaquil, los 20 días del mes de noviembre del año 2021.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN:

Dra. Brenda Yesqueny Urgilés Carrión

DIRECTOR DEL PROGRAMA:

Dr. Xavier Francisco Landívar Varas



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

DECLARACIÓN DE RESPONSABILIDAD:

Yo, Karem Apolonia Tutiven Jiménez

DECLARO QUE:

El Trabajo de investigación *“Estado cognitivo y condición psicosocial en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021”* previo a la obtención del Título de Especialista, ha sido desarrollado en base a una investigación exhaustiva, respetando derechos intelectuales de terceros, conforme a las citas que constan en el texto del trabajo, y cuyas fuentes se incorporan en la bibliografía. Consecuentemente este trabajo es de mi total autoría.

En virtud de esta declaración, me responsabilizo del contenido, veracidad y alcance científico del Trabajo de Tesis mencionado.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

Dra. Karem Apolonia Tutiven Jiménez



**UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA**

AUTORIZACIÓN:

Yo, Karem Apolonia Tutiven Jiménez

Autorizo a la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, la publicación en la biblioteca de la institución del trabajo de investigación de Especialización titulado: *“Estado cognitivo y condición psicosocial en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021”*, cuyo contenido, ideas y criterios son de mi exclusiva responsabilidad y total autoría.

Guayaquil, a los 20 días del mes de noviembre del año 2021

EL AUTOR:

Dr. Karem Apolonia Tutiven Jiménez

Curiginal

Document Information

Analyzed document TUVIYEN JIMENEZ KAREM APOLOONA.pdf (0126487003)

Submitted 2022-01-29T07:53:00.0000000

Submitted by

Submitter email karem.tuvi@cs.uciq.edu.ec

Similarity 3%

Analysis address xavier.lan@var.ucsj@analysis.ukund.com



Agradecimiento

A Dios, que me ha dado la fortaleza para no rendirme, y me ha guiado espiritualmente en mi deseo de superación. a mis padres que sin escatimar esfuerzo me dieron lo mejor, me guiaron por el mejor camino me apoyaron en los momentos difíciles. A mis tutores Dr. Yubel Batista, Dra. Sanny Aranda, Dra. Brenda Urgilés, Dra. Ana María Viteri por brindarme la asesoría y por compartir los conocimientos que necesitaba para poder cumplir este proyecto. A mis compañeros por los momentos compartidos durante estos años de formación.

Dedicatoria

La presente tesis va dedicado a mis padres quienes día a día se esfuerzan por darme lo mejor, y siempre han sido mi guía, a mi hijo quien es mi inspiración y mi fuerza en todo momento, a mi esposo por su constante motivación e incondicional apoyo y comprensión.

Y por último, a los adultos mayores participantes en este estudio, por su tiempo y por su gran muestra de interés para éste proyecto.



UNIVERSIDAD CATÓLICA
DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
SISTEMA DE POSGRADO
ESCUELA DE GRADUADOS EN CIENCIAS DE LA SALUD
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

LANDÍVAR VARAS, XAVIER FRANCISCO

DIRECTOR DEL POSGRADO

ARANDA CANOSA, SANNY

COORDINADORA DOCENTE

BATISTA PEREDA, YUBEL

OPONENTE



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTIAGO DE GUAYAQUIL
ESPECIALIZACIÓN EN MEDICINA FAMILIAR Y COMUNITARIA
III COHORTE
ACTA DE CALIFICACIÓN



TEMA: Estado cognitivo y condición psicosocial en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021
POSGRADISTA: Karem Apolonia Tutiven Jiménez
FECHA:

No.	MIEMBROS DEL TRIBUNAL	FUNCIÓN	CALIFICACIÓN TRABAJO ESCRITO/60	CALIFICACIÓN SUSTENTACIÓN/40	CALIFICACIÓN TOTAL/100	FIRMA
1	DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS	DIRECTOR DEL POSGRADO MFC				
2	DRA. SANNY ARANDA CANOSA	COORDINADORA DOCENTE				
3	DR. YUBEL BATISTA PEREDA	OPONENTE				
NOTA FINAL PROMEDIADA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN						

Observaciones: _____

Lo certifico

DR. XAVIER LANDÍVAR VARAS
DIRECTOR DEL POSGRADO

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DR. YUBEL BATISTA PEREDA
OPONENTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

DRA. SANNY ARANDA CANOSA
COORDINADORA DOCENTE

TRIBUNAL DE SUSTENTACIÓN

ÍNDICE GENERAL

AGRADECIMIENTO	VI
DEDICATORIA	VII
ÍNDICE DE TABLAS	XII
1. INTRODUCCIÓN.....	2
2. EL PROBLEMA	4
2.1 IDENTIFICACIÓN, VALORACIÓN Y PLANTEAMIENTO	4
2.2 FORMULACIÓN.....	4
3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS.....	5
3.1 GENERAL.....	5
3.2 ESPECÍFICOS	5
4. MARCO TEÓRICO.....	6
4.1 MARCO CONCEPTUAL	6
5 MÉTODOS	28
5.1 NIVEL DE LA INVESTIGACIÓN.....	28
5.2 TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	28
5.3 DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.	28
5.4 JUSTIFICACIÓN DE LA ELECCIÓN DEL MÉTODO	28
5.5 POBLACIÓN DE ESTUDIO.	29
5.5.1 CRITERIOS Y PROCEDIMIENTOS DE SELECCIÓN DE LA MUESTRA O PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.	29

5.5.2	<i>Criterios de inclusión</i>	29
5.6	<i>Procedimiento de recolección de la información</i>	30
5.7	<i>Técnicas de recolección de información</i>	31
5.8	<i>Técnicas de análisis estadístico</i>	32
5.9	VARIABLES	33
5.9.1	<i>Operacionalización de variables</i>	33
5.	PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
	CONCLUSIONES	50
6.	VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN	51
	ANEXOS	62

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD Y SEXO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	36
TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ETNIA Y SEXO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	38
TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN INGRESO ECONÓMICO Y SEXO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	39
TABLA 4. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN Y SEXO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	40
TABLA 5. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL Y SEXO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	42
TABLA 6. DISTRIBUCIÓN DE ADULTOS MAYORES SEGÚN ESCOLARIDAD Y SEXO. CENTRO DE SALUD PASCUALES. AÑO 2021	43

ÍNDICE DE ANEXOS

ANEXO 1. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	62
ANEXO 2. ENCUESTA:.....	64
ANEXO 3. EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO.....	66
ANEXO 4. PRUEBA FF- SIL PARA FUNCIONAMIENTO FAMILIAR.....	67

RESUMEN

Antecedentes: El envejecer se expresa como consecuencia de conjunción de diversas lesiones a nivel molecular y celular durante mucho tiempo. El deterioro cognitivo es ubicado como un síndrome geriátrico, debido al envejecimiento a nivel neuroconductual como neuropsicológico. **Objetivo:** Caracterizar el nivel cognitivo y psicosocial en los adultos mayores de 2 consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021. **Métodos:** Se realizó estudio descriptivo, observacional prospectivo y transversal, con el propósito de describir el estado cognitivo y condición psicosocial en 86 adultos mayores participantes en este estudio. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta y se procesaron con el programa SPSS V24 utilizando estadísticas descriptivas con frecuencia absolutas y relativas, de dispersión con media y desviación estándar para las variables cuantitativas. **Resultados:** Los participantes del estudio presentaban un promedio de 72 años, predominio de sexo masculino, mestizos, desempleados, en unión libre y nivel de escolaridad primaria predominantemente. El 59 % no presenta déficit cognitivo, el 30.2 % depresión leve, 57 % disfunción familiar moderada y 36.1 % están en riesgo social.

Conclusiones: El adulto mayor es un grupo vulnerable, su condición de dependencia económica, baja escolaridad y disfunción familiar pueden influir en generar un estado depresivo y mayor riesgo social.

Palabras Clave: ENVEJECIMIENTO, DETERIORO COGNITIVO, ADULTOS MAYORES

ABSTRACT

Background: Aging is the consequence of the accumulation of a great variety of molecular and cellular damages over time. Cognitive impairment is classified as a geriatric syndrome, due to aging at a neurobehavioral and neuropsychological level. **Objective:** To characterize the cognitive state and the psychosocial condition in older adults from two offices of the Pascuales health center in the year 2021. **Methods:** A descriptive, prospective, cross-sectional observational study was carried out, with the purpose of describing the cognitive state and psychosocial condition in 86 older adults participating in this study. The data were obtained through a survey and were processed with the SPSS V24 program using descriptive statistics with absolute and relative frequency, dispersion with mean and standard deviation for the quantitative variables. **Results:** The study participants had an average of 72 years, a predominance of males, mixed race, unemployed, in common law union and predominantly primary education level. 59% do not present cognitive deficit, 30.2% mild depression, 57% moderate family dysfunction and 36.1% are at social risk.

Conclusions: The elderly are a vulnerable group, their condition of economic dependence, low schooling and family dysfunction can influence generating a depressive state and greater social risk.

Key Words: AGING, COGNITIVE IMPAIRMENT, OLDER ADULTS

1. INTRODUCCIÓN

Según la OMS es considerado Adulto Mayor aquellas personas mayores de 65 años, a partir de allí inicia el tiempo de jubilación y culminación de un ciclo en su vida. El envejecer sobreviene como consecuencia biológica del acumulo de una serie de lesiones moleculares y celulares durante mucho tiempo, generando una disminución gradual de capacidades físicas y mentales, con incremento de riesgo de enfermar hasta finalmente morir (1).

El deterioro cognitivo es catalogado como un síndrome geriátrico, debido al envejecimiento a nivel neuroconductual como neuropsicológico. La función cognitiva se debe al resultado de áreas intelectuales entre las cuales tenemos los pensamientos, percepción, cálculo, orientación, memoria, comprensión y la resolución de problemas. Conjuntamente con el deterioro cognitivo existe un desbalance físico que se manifiesta a nivel orgánico funcional, ocasionando una serie de lesiones a nivel médico, considerando comúnmente las patologías cardiovasculares, diabetes e hipertensión arterial (2).

Una de las funciones cognitivas que disminuye el desenvolvimiento de las personas mayores de 60 años, son las funciones ejecutivas, las que se definen como “un conjunto de habilidades cognitivas que controlan y regulan otras capacidades más básicas (como la atención, la memoria y las habilidades motoras) y que están al servicio del logro de conductas dirigidas hacia un objetivo o resolución de problemas. Comprende una serie de procesos cuya función principal es facilitar la adaptación del sujeto” (3).

La condición psicosocial se relaciona con el manejo de los individuos en su ambiente social e integrante de su comunidad (4).

El apoyo familiar recibido y/o percibido es un recurso importante en el cuidado y tratamiento oportuno del adulto mayor con daño cognitivo. La presencia de un

medio familiar estimulante es fundamental en estos casos pues contribuye con la autonomía y funcionalidad del sujeto. Entrevistas a especialistas en Atención al Adulto Mayor revelaron diversos problemas en las familias donde conviven los adultos mayores con deterioro cognitivo, entre ellos: disfuncionalidad familiar, violencia, aislamiento, inadecuado manejo familiar de las patologías y dificultades comunicativas, situación que impone detectar precozmente el deterioro cognitivo e intervenir en su tratamiento (5).

El Mini Mental State Examination es la herramienta más frecuente para la evaluar el estado cognitivo global y es ampliamente utilizado en la práctica clínica y en investigaciones. Es, además, el test de tamizaje de deterioro cognitivo más citado en las publicaciones científicas, difundido y aceptado; punto de referencia en muchos estudios acerca de daños cognitivos y demencia, por todo ello se le considera una prueba “Gold-estándar” o “patrón de oro” para estudios de validación sobre otras y/o nuevas evaluaciones cognitivas (6).

Se realizó esta investigación en la población de Pascuales debido a que no existe un estudio que aporte datos científicos sobre el estado cognitivo de los adultos mayores relacionado a su condición psicosocial. Además, es importante conocer los factores de riesgo y condicionantes funcional y cognitivo para su identificación temprana.

En los adultos mayores se requiere de mayor atención en su calidad de vida, ya que son mas vulnerables, éste estudio aportara conocimientos a otros niveles de investigación y contribuirá al conjunto de prestaciones integrales de prevención del adulto mayor que incluye la valoración geriátrica integral.

2. EL PROBLEMA

2.1 Identificación, Valoración y Planteamiento

Existe la necesidad de conocer la problemática relacionada con la población de 65 años en adelante. Siendo uno de los principales problemas la situación psicosocial del adulto mayor al afrontar la etapa de la tercera edad.

Según estadísticas de la Organización Mundial de la Salud existe un aumento progresivo en la población adulta mayor a nivel global. Las personas con mas de 60 años son considerados como adulto mayor. Se espera que entre el 2015 al 2050 se duplique esta cifra pasando del 12% al 22%, aproximadamente entre 900 a 2000 millones; el 20% de esta población presenta grados variables de trastornos neurales o mentales. En el año 2000 aproximadamente 20 millones de personas en el mundo presentaron deterioro cognitivo, se espera que esta cifra se duplique cada 20 años con la posibilidad de alcanzar los 81.1 millones en el 2040 (7).

En Estados Unidos y Canadá 7.1 millones de personas sobrellevan alguna alteración mental, este dato es inferior a los porcentajes alcanzados en América latina y el Caribe, que según las estadísticas y estudios superará con 3,4 millones de personas en 2010 a 7,6 millones en el 2030 (7).

Según los Datos de Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), el deterioro cognitivo a Nivel Nacional en hombres es del 16.3% y en mujeres de 25.7%. Y afecta alrededor del 10% de los adultos mayores que viven en el país (8).

2.2 Formulación

¿Cuál es el estado cognitivo y la condición psicosocial en los adultos mayores de dos consultorios del Centro de Salud Pascuales 2021?

3. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

3.1 General

Caracterizar el estado cognitivo y la condición psicosocial en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021.

3.2 Específicos

- Caracterizar a los adultos mayores según variables sociodemográficas.
- Identificar el estado cognitivo en los adultos mayores.
- Describir la condición psicosocial, funcionamiento familiar, presencia de depresión y riesgo social.

4. MARCO TEÓRICO

4.1 Marco conceptual

4.1.1. Adulto mayor

Es de uso reciente el concepto de adulto mayor, ha sido planteado como alternativa a los conceptos clásicos de persona de la tercera edad y anciano. Un adulto mayor se define como una persona que ha alcanzado la última etapa de la vida, ha culminado la etapa de la adultez y antecede a la muerte. Durante esta fase, el cuerpo y los procesos cognitivos tienen tendencia al deterioro (9).

Por lo general es clasificado como adulto mayor las personas que están entre 65 a 70 años. Cabe destacar, que las mejoras que han sucedido en cuanto a calidad y esperanza de vida en muchos países, han influenciado a que disminuya la tasa de mortalidad de esta población (9)

La ONU, ubica en la tercera edad a las personas partir de los 60 años. Se han presentado dos modelos contrapuestos para entender el proceso de envejecer. El primero consiste en un modelo deficitario o negativo, este refiere la disminución o pérdida de la capacidad en las áreas biológicas, psicológica, social y cultural del individuo, provocando alteraciones que caracterizan la etapa final de la vida y muerte. El segundo modelo, hace énfasis en aspectos positivos, basado en el éxito, transformando la persona durante la vejez, asumiendo esta etapa como parte del ciclo vital del individuo (10).

El envejecimiento del organismo es una circunstancia individual y colectiva, pero esta muy condicionado por la sociedad, por la calidad y por los modos de vida. La calidad como se desarrolle este proceso depende de cómo el individuo satisfaga sus necesidades durante su ciclo vital (11).

El envejecimiento es objeto de conocimiento de múltiples disciplinas, dado porque el ser humano es un ente bio-psico-social, por esta razón, el individuo envejeciente o viejo es un sujeto de conocimiento psicológico (12).

La longevidad a nivel mundial presenta un aumento progresivo, es decir, la tendencia al envejecimiento de la población es continua y constante, por ello los países deben disponer de mejoras en los servicios sanitarios para atender esta población y procurarles calidad de vida, situación más evidente en los países desarrollados, los cuales están enfrentando un aumento vertiginoso de personas ancianas y con problemas cognitivos (13).

Según información de la OMS (14), actualmente se registra un sostenido aumento del envejecimiento poblacional, y las estimaciones para el año 2050 serán de 2000 millones de adultos mayores de 60 años. Adicional a esto, un 30 % de los mayores de 65 años, presentaran síntomas clínicos de deterioro cognitivo y van a requerir cuidados especializados a los trastornos asociados a ella.

Los países de ingresos medios, como Ecuador, están en un proceso de transición, tanto demográfica como epidemiológica, aunado a esto, su población está envejeciendo. Esto representa un reto para la sociedad y el Estado, porque la población de ancianos presenta un inevitable deterioro, asociado a la demanda de servicios. Las acciones para esto dependerán de la manera cómo la sociedad percibe el envejecimiento, principalmente cuando se trata de países con cultura heterogénea (15).

En Ecuador según datos del Censo de Población y Vivienda de 2010, en el país se registraron 940.000 personas con edades por encima de los 65 años, los cuales agrupaban el 6,5% de la población nacional. En el 2017 ascendieron a 1.180.944, casi el 7% de la población. Las proyecciones señalan que para el 2050, los adultos mayores pasarán a ser el 17% y en el 2075 serán el 26% de la población. Respecto a la distribución por género de la población adulta mayor a nivel nacional es de

52,61% para las mujeres y de 47,39% para los hombres, siendo las provincias de Pichincha y Guayas las de mayor población adulta mayor (16).

En Imbabura, un estudio determinó que en cuanto a la edad del adulto mayor de la zona, predominan los mayores de 70 años, alcanzando el 28.9% de los casos y los de edades menores como 65 a 69 años un 12%. Respecto al sexo, hay predominio de las mujeres con un registro del 60.7%, mayoría de etnia mestiza con el 50%, indígenas 39.6% y afroecuatorianos el 7.8% (17).

En el censo de población más reciente En Ecuador se pudo establecer que el adulto mayor de 65 años agrupa el 7% de la población nacional, con una proporción de 52.61 % para las mujeres y 47.39 % para los hombres. La distribución étnica, los mestizos son los predominantes con el 73%, seguido de las etnias minoritarias como los montubios que abarcan el 7.4%, los afroecuatorianos el 7.19%, los indígenas un 7% y los blancos el 6.1% (18).

4.1.2. Características de los mayores de 65 años

Entre las particularidades que definen un adulto mayor están la edad física o biológica, aquellas transformaciones que se presentan en las áreas física y biológica, proceso que se desarrolla en diferentes ritmos, según la cultura, alimentación, las actividades que se realizan e incluso de las emociones. Respecto a la edad psicológica, se trata de los cambios que se presentan en las emociones, los sentimientos y pensamientos, principalmente en la connotación que le otorga la persona al proceso de envejecimiento, aunado a los cambios que se evidencian en otros procesos psicológicos de la memoria o el aprendizaje. En cuanto a la edad social, esta se relaciona con el significado de la vejez, el cual tiene diferentes matices de acuerdo al grupo humano, cultura, historia y organización social (19).

Según Camargo & Laguado, (20) se obtuvieron cifras alarmantes de analfabetismo en la variable de escolaridad, siendo este del 25%, representando a su vez a 15

de los adultos valorados. Sin embargo, el índice de escolaridad predominante fue del 57% para los 34 encuestados que manifestaron haber culminado sus estudios primarios.

En el estudio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, (21) para el año 2015, los adultos mayores de etnia indígena representaban apenas el 10.4% de los ecuatorianos, es decir, entre cerca de 1 millón de adultos mayores en Ecuador, al menos 116.356 personas mayores de 60 años manifestaron ser indígenas.

En lo referido al nivel educativo, en Ecuador se ha registrado un porcentaje alto de nivel primaria con 35.3%, seguido de secundaria con 23% y superior en el 13.47% de casos, mientras que el analfabetismo en edades por arriba de 60 años se estima que alcance el 6,8 %, en total, el promedio de los años académicos acumulados es de 9,6 en este grupo (22)

Los adultos mayores de 65 años presentan cambios normales en aspectos físicos y biológicos, sin embargo, los cambios pueden presentarse de forma diferente entre una persona a otra, dependiendo de la persona misma, el lugar e habitación, ingreso económico, nivel de cultura, estado nutricional, actividad habitual y manejo de sus emociones. En esta etapa de la vida, es importante procurar mantener la autonomía del individuo en su desempeño, independiente de su edad o de las patologías que presente, es por ello que se requiere proporcionar un cuidado del aspecto físico, con revisión médica preventiva y sugiriendo que se mantengan activos el mayor tiempo posible (23).

El adulto mayor tiene pérdida auditiva en grado variable, trastornos de refracción y cataratas, artralgias, problemas en la columna y osteoartritis, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos metabólicos como la diabetes mellitus, afectación psicológica y emocional como la depresión y demencia. A lo anterior, con el envejecimiento, existe el riesgo de que tales afecciones se presenten en conjunto, es decir, varias al mismo tiempo (24).

Los mayores de 65 años presentan situaciones que pueden ocurrir tarde en la vida y que son catalogados como enfermedades discretas. Estos eventos suelen llamarse síndromes geriátricos y son consecuencia de factores subyacentes. Entre los síndromes geriátricos se incluyen: la fragilidad capilar, delirio, incontinencia urinaria, propensión a las caídas y úlceras por presión. Es importante tener presente, es que estos llamados síndromes geriátricos son tomados en cuenta en países donde la medicina geriátrica ha evolucionado como una especialidad, mientras que, en los demás países con servicios de salud estructurados de forma tradicional, se pueden pasar por alto, tanto en la evaluación como en los registros e investigación epidemiológica (24).

Algunas patologías crónicas en estos pacientes, presentan un patrón relacionado a la edad y diferenciado por sexo, por ejemplo la artrosis y la de presión, son más comunes en mujeres con edades entre los 55 a 64 años y en más de 65 años; la bronquitis crónica y la enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC), son más comunes en los hombres, quienes igualmente presentan con mayor frecuencia, problemas en torno a la tensión alta que las mujeres, al menos hasta los 74 años (25).

En estudio de Camargo & Laguado, (20) se logra apreciar como el grupo etario predominante que padecen deterioro cognitivo fue desde los 75 años hasta los 94 años, representando al 73% de la muestra. Asimismo, según los resultados se evidencia que el sexo masculino predominó con el 55%, 33 de los encuestados, contra el sexo femenino que representó al 45% de la muestra con 27 encuestadas

Las patologías metabólicas como la diabetes, se acentúan con la edad, sobre todo con la vejez, sin embargo, respecto a esta patología en específicos, son los hombres los que tienen prevalencias más altas que las mujeres a cualquier edad, esto se debe a que el riesgo de padecer diabetes se incrementa con el sobrepeso, sedentarismo y dieta inadecuada. Hasta alcanzar la vejez, son los hombres los que tienden a desarrollar mayor proporción de obesidad que las mujeres, diferencia se invierte en edades más avanzadas (25).

El estado nutricional es un aspecto a tener presente, la mayoría de los ancianos están sometidos a dietas terapéuticas restrictivas, muchas de las cuales tienen efectos negativos en la calidad de vida del anciano, porque provocan disminución del apetito y el placer asociado al deguste de las comidas. La incidencia de la desnutrición entre los ancianos que viven en la comunidad alcanza el 5%, aumenta a 30-50% entre los institucionalizados y de hasta el 65% entre los hospitalizados en unidades de agudos (26).

Los cambios que presentan en el tracto gastrointestinal relacionados incluyen elevación del pH gástrico, retraso del vaciado gástrico y disminución de la motilidad y del flujo sanguíneo intestinal. Con la edad se afectan los mecanismos de transporte activo que se requieren para la absorción de algunos nutrientes, como glucosa, vitaminas y minerales como hierro y calcio), por lo que esta absorción se encuentra con frecuencia reducida en estos pacientes con algunas alteraciones farmacocinéticas inherentes por la edad (26).

4.1.3. Necesidades básicas para el cuidado del adulto mayor

El envejecimiento se acompaña del deterioro de diversos órganos y sistemas, lo que se suma con todos los cambios progresivos que se producen con el tiempo, provocando más alteraciones funcionales e incluso la muerte. Presentan alteraciones en la esfera fisiológica, psicológica y social, se caracterizan por la disminución progresiva de adaptación y pérdida de la reserva del organismo, siendo más vulnerable ante las relaciones externas (9).

El envejecimiento se acompaña de modificaciones en algunos parámetros físicos, que por lo general presentan cambios en las diferentes etapas de la vida, tales como peso, talla, visión, audición; a nivel psicológico, aunque envejecer no debe ser sinónimo de enfermedad o de discapacidad, los cambios que se generan en esta etapa aumentan la carga de preconceptos sociales que terminan afectando de alguna forma a las personas mayores (27).

La vulnerabilidad es una condición de especial desventaja que presentan estas personas, enfrentadas a una potencial amenaza y no posee recursos necesarios para solventar el daño causado por una contingencia. Respecto a las personas o grupo estas pasan a ser vulnerables cuando tienen que experimentar eventos de riesgo que afectan su bienestar personal, moral, psíquico, y los recursos necesarios para enfrentar tal situación son insuficientes, limitados o inexistentes (28).

El concepto de vulnerabilidad, esta relacionado con el estado de salud, aspecto donde se genera dependencia generalmente por patologías crónicas y discapacidades, tanto motoras como mentales, por lo tanto, estas situaciones también generan aumento del gasto económico. Al respecto, solo algunos adultos mayores llegan a la vejez con capacidad económica suficiente como para cubrir sus requerimientos, en la mayoría de los casos, solicitaran obra social, para ser atendidos en instituciones públicas o privadas. (28).

En concordancia, la vejez esta relacionada con mayor vulnerabilidad en el ser humano, en relación a la salud. Las enfermedades crónicas, las discapacidades mentales y físicas ameritan prevención, atención médica, tratamiento farmacológico y cuidados personales de modo permanente, lo que hace al anciano una persona más dependiente (23).

Los adultos mayores pueden ser vulnerables a recibir variados tipos de maltrato, desde físico, emocional, sexual, económico, material o psicológico, es común en esta edad el abandono, la dificultad para recibir atención y pérdida de dignidad y respeto, las consecuencias del maltrato hacia las personas mayores, no solo puede ser físico, sino también, es capaz de generar problemas psíquicos, como la depresión y la ansiedad (9).

Existe una relación variable entre la depresión en población general y la edad, sexo, estado socioeconómico y baja escolaridad, otros factores asociados son la soledad, institucionalización y enfermedad. Algunos estudios proponen que, a

menor escolaridad, dejan al individuo con menos herramientas cognitivas para enfrentar el estrés y la depresión, mientras que la independencia económica genera un factor protector para esta enfermedad (29).

Según la OMS, para el año 2050, el pronóstico respecto a los ancianos que no podrán valerse por sí solos, se multiplicará por cuatro en los países que se encuentran en vías de desarrollo. Muchas personas de la tercera edad pierden la capacidad de vivir de forma independiente, padeciendo limitaciones en la movilidad, problemas físicos y mentales. En estos casos se requiere asistencia a corta, mediano y largo plazo, estos pueden consistir desde cuidados domiciliarios o comunitarios hasta la asistencia para solventar los eventos de la vida cotidiana, reclusión en asilos o estadías prolongadas en hospitales (30).

Entre los aspectos sociales, en Ecuador la ocupación del adulto mayor destaca el desempleado con 26.56%, seguido del jubilado con 21.35%, el empleado con el 18.23% y el trabajador independiente con 2.6% (17)

4.2. Cognición

4.2.1. Concepto

Lo cognitivo es referido a distintos aspectos de los actos mentales del pensar, razonar, uso de la memoria, desarrollo de conceptos y habilidades, percepción y direccionamiento de la atención. La cognición permite al ser humano a organizarse, dándole un mejor sentido a las actividades que realiza, los pensamientos y el razonamiento, así como las diferentes formas de relacionarse con el mundo que le rodea (31).

El aspecto racional y activo individual, demuestra la capacidad que tiene de procesar e interpretar la información recibida del exterior. Los psicólogos en el área cognitiva presentan una alternativa que pretende explicar cómo es que el ser

humano logra interpretar el mundo que le rodea y cómo procesa ese pensamiento que desarrolla respecto a ese mundo (32).

Cuando hablamos de cogniciones, se refiere a las elaboraciones e interpretaciones que realizan las personas ante eventos y estímulos que provienen de su entorno y cómo el comportamiento de las personas se ajusta a estas interpretaciones internas. Esas interpretaciones son procesos mentales y los psicólogos cognitivos estudian esa clase de tópicos, incluyendo el aprendizaje, la memoria, la resolución de problemas, la formación de conceptos y la toma de decisiones (33).

La cognición facilita la evolución de la atención, memoria, y los procesos de conceptualización. La organización conjunta de estos aspectos psicológicos es fundamental en el proceso de aprendizaje para ejercitar habilidades cerebrales y controlar los trastornos cognitivos relacionados con el adulto mayor (34).

4.2.2. Características de las funciones cognitivas en adulto mayor

El ser humano, desarrolla sus funciones cognitivas durante el desarrollo de su ciclo vital, para luego comenzar a declinarlas durante la vejez, de manera significativa se aprecia este declive en la memoria, algunos elementos del lenguaje y procesamiento de información. Las alteraciones en los procesos cognitivos suelen modificar la función y el desempeño cotidiano y la toma de decisiones sobre salud, estilo de vida, en lo laboral y en lo social, el apoyo prestado o recibido y, términos generales, en la sensación de satisfacción por la vida (35).

Los factores sociales, psíquicos y biológicos influyen la salud mental del individuo. Es afectada la capacidad de vivir de forma independiente, en los adultos mayores, se limita por las dificultades de la movilidad, dolores crónicos, la fragilidad y los trastornos mentales. A todo lo anterior se adicionan, frecuentes experiencias por la muerte de seres queridos, deterioro de la capacidad económica por la jubilación o discapacidad, aumentando el aislamiento, la soledad y angustia (9).

Es importante identificar el grado cognitivo, según Ausubel, (36) al evaluar este aspecto de los procesos mentales, se debe contemplar los posibles cambios relacionados específicamente con la edad, por ejemplo, cambios en la retención y pensamiento.

Según Farías (9) las variaciones en lo psicológico, dependen de las percepciones subjetivas de la persona y de cómo las interpreta quien hace la evaluación. Es posible que algunas personas se preocupen mucho por el declive de algunas funciones, mientras que a otras pareciera no importarles. En la vejez, las funciones cognoscitivas presentan un enlentecimiento y declive general, este proceso es variable de una persona a otra y entre una región a otra, lo que demuestra que depende de diversos factores, tales como, nivel de instrucción, actividad física y laboral, entre otros. Caracterizando la función cognitiva durante el envejecimiento, se destacan:

- Proceso de información: Se presenta enlentecida junto a la emisión de la respuesta. Los factores que pueden afectar negativamente el procesamiento de la información incluyen un estado de ánimo negativo, niveles elevados de ansiedad, preocupación ante las pérdidas.
- Inteligencia: Presenta cierta estabilidad en las primeras fases de la vejez, algunos individuos pueden presentar aumento de tiempo de respuesta ante un problema, fatiga intelectual o fallas en la concentración. Los principales cambios en la inteligencia se manifiestan luego de los 70 años. La inteligencia cristalizada, constituida por los conocimientos adquiridos en etapas anteriores, no se modifica con la vejez, la inteligencia fluida para los nuevos conocimientos se afecta con los años, presentando disminución de tareas que requieran pensamiento inductivo, concentración y atención
- Memoria: La inmediata y la de largo plazo se mantienen relativamente conservadas, en cambio, la memoria reciente comienza a mostrar déficits, evidenciado en la dificultad para recordar hechos muy recientes, se trata de

pequeños olvidos cotidianos y se catalogan como el signo más característico de las alteraciones psicológicas del anciano

- Lenguaje: La forma o sintaxis y la capacidad no se alteran, permitiendo que la comunicación se preserve bien, aunque en algunos casos puede estar más lento que en etapas previas
- Afectividad emocional: La vejez trae consigo diferentes pérdidas, tanto físicas, como familiares, sociales y en el ámbito laboral. Los factores que influyen en la afectividad se relacionan con personalidad del individuo y su capacidad para enfrentar tales pérdidas (9).

Un aspecto importante, es la tenencia actual de procurar que permanezca una mejor funcionalidad y autonomía posible. En las emociones, se perciben algunos cambios, por ejemplo, en sus sentimientos y pensamientos. En los procesos psicológicos de memoria y de aprendizaje, se deteriora gradualmente. En cuanto al aprendizaje, es posible que el adulto mayor pueda continuar aprendiendo cosas nuevas, con la misma calidad que durante su juventud, en ocasiones puede requerir más tiempo y estrategias didácticas específicas (37).

Existen estrategias que permiten un retardo de las modificaciones en el área cognitiva que presentan los ancianos, entre otras, se recomienda educar al paciente para que se mantenga activo, continuar sus relaciones, mantenerlas y crear nuevas, hablar con otras personas, realizar actividades que le provoquen placer y disfrute, analizar y hacer comentarios sobre acontecimientos y eventos recientes (37).

4.2.3. Patologías cognitivas

Las funciones mentales que se afectan con la vejez, son alteraciones señaladas como un síndrome geriátrico, de cualquiera de las funciones superiores siendo

multifactorial y factible o no de corroborarse con pruebas neuropsicológicas, las más comunes en este grupo son la depresión, pérdida o disminución auditiva y visual, hipotiroidismo y efectos adversos de medicamentos. El síndrome geriátrico necesita de una evaluación integral que permita establecer si el paciente presenta algún problema que pueda ser resuelto (38).

Los pacientes avanzados de edad, suelen acudir a la consulta por deterioro cognitivo, una de sus principales inquietudes son las fallas de la memoria, la dificultad en recordar palabras comunes y los cambios en otros procesos cognitivos, muy común en personas mayores de 65 años (39).

La salud mental y la salud física, influyen una en la otra de manera diversa, en el caso de los adultos mayores que presentan patologías cardiovasculares, las tasas de depresión son más altas en comparación con los que no presentan problemas médicos, de igual manera, la presencia de depresión no controlada suele empeorar la cardiopatía si el paciente las presenta de manera conjunta (9).

En el estudio realizado por Montesó & Aguilar, (40) se evidenció la presencia de depresión en adultos mayores con un número de 148 pacientes que han sido encuestados con el fin de identificar si presentan o no dicha patología, obteniendo como resultado que el 46.7% de los participantes la padecen, predominando en las mujeres con el 53.5%, es decir, 84 de las encuestadas, frente a un 40% en los hombres, representando a 64 adultos mayores.

El trastorno cognitivo se presenta con la declinación del funcionamiento del cerebro, déficit subjetivo y objetivo en las funciones, así como deterioro de la capacidad de atención, razonamiento, concentración, lenguaje y comprensión del mismo, juicio, memoria, planificación y capacidad de adaptarse a situaciones nuevas (41).

El deterioro cognitivo altera las facultades intelectuales, entre las principales se tiene el deterioro de la orientación, cálculo, la memoria reciente, la capacidad de realizar tareas con grado de dificultado, así como la capacidad de programación.

Estas alteraciones en la capacidad cognitiva del anciano, repercuten negativamente sobre ellos mismos, afecta a sus cuidadores, sean estos formales e informales, y de alguna manera también afecta el sistema sanitario (42).

El adulto mayor, con frecuencia presenta grados variables de deterioro cognoscitivo que lo incapacitan y lo hacen dependiente de un cuidador, bien sea temporal o permanente, aun conservando una salud física aceptable, el deterioro cognitivo lo limitan para realizar actividades cotidianas de autocuidado (38).

La demencia tiene mas prevalencia en el área cognoscitiva, aparece con frecuencia en el adulto mayor y comprende un síndrome clínico caracterizado por habilidades cognoscitivas y emocionales disminuidas o perdidas con la severidad suficiente como para interferir con las funciones del individuo, tanto social, ocupacionales o ambos (38).

Según la OMS (43), la demencia es el trastorno cognitivo más frecuente en las personas de la tercera edad, se estima que afecta al menos a 50 millones de individuos en todo el mundo, de las cuales el 60% habitan en países de ingresos bajos y medios. Entre 5-8% en los de 60 años o más presenta esta enfermedad. Este es un síndrome crónico y progresivo, que se caracteriza por el deterioro de la función cognitiva, acompañado por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. Es causada por diferentes enfermedades y lesiones con afectación del cerebro, siendo la más común la enfermedad de Alzheimer y los accidentes cerebrovasculares

La demencia esta relacionada como causa de discapacidad, provoca dependencia en el adulto mayor, causando gran impacto para el paciente y su familia. Los factores de riesgo incluyen enfermedades crónicas, abuso de sustancias, enfermedades metabólicas como la diabetes mellitus, la hipertensión, la depresión, el VIH y el tabaquismo; aunque es común en ancianos, no se trata de un padecimiento inherente a la edad (43).

En las evaluaciones de las funciones cognitivas, es necesario explorar los posibles factores que puedan intervenir en los resultados, como: algunos fármacos, déficit auditivos o visuales, trastornos motores, situación afectiva en el momento de realizar el estudio, estado conciencia y de alerta. Otros factores que influyen en los resultados de la evaluación son la edad, mano dominante, grado de instrucción, sexo y cultura (44).

Existen diversas escalas para evaluar el estado cognitivo y determinar la presencia de alguna patología en esta área, entre otras se cuenta con: Escala de Demencia de Blessed, Tomlinson y Roth, mide la capacidad del adulto mayor en aspectos de la vida cotidiana, cambios experimentados en su personalidad y conducta en los últimos 6 meses; *Cambridge Examination for Mental Disorders of the Elderly* (CAMDEX-R) permite para realizar el diagnóstico clínico de formas comunes de demencia y otros trastornos mentales frecuentes en la vejez; *Informant Questionnaire on Cognitive Decline in the Elderly* (IQCODE) explora cambios en la memoria, aprendizaje, inteligencia verbal y manipulativa; Cuestionario AD8 con utilidad diagnóstica en deterioro cognitivo y demencia (45).

4.3. Condición psicosocial

4.3.1. Concepto

Los factores sociales son las condiciones sociales favorables o adversas que influyen de manera positiva o no, en el bienestar general. La cantidad y calidad del vínculo interpersonal de los ancianos en su interrelación con la comunidad determinar cómo funcionan socialmente (46).

Las variantes psicosociales se relacionan con la esfera sentimental con la percepción de soledad, salud, integración familiar, estado económico, cuidado comunitario, deficiencia en medicamentos y falta de recreación (47)

4.3.2. Elementos que integran la condición psicosocial en el adulto mayor

La familia es primordial durante la vejez, por ser el grupo social y pilar fundamental que provee elementos fundamentales tanto en lo material como en lo emocional, aunque muchos ancianos no cuentan con este importante apoyo. La sociedad, frecuentemente percibe al adulto mayor como un individuo no productivo y menos rentable para la sociedad, es excluido del sistema productivo, relegándolo a la pobreza, a la dependencia familiar, aumentando su vulnerabilidad e indefensión (48).

La vejez trae pérdidas asociadas a la dimensión social, que incluye a su vez la pérdida del estatus laboral y con este el económico, todo lo anterior acarrea mayor aislamiento social, menor capacidad y pocos recursos para enfrentarse a tales circunstancias. En la dimensión biológica, existe el incremento de patologías físicas y discapacidad. En el área psicológica, aparece el deterioro cognitivo, sintomatología depresiva, capacidad para afrontar las pérdidas y manejo inadecuado de los recursos psicológicos (49).

El nivel educativo en el adulto mayor reviste una gran importancia, según resalta Álvarez (50) cuando afirma que, en este grupo etario, con un mayor nivel de educación hay mayor tendencia a tener mejores hábitos de salud y en aquellos con nivel bajo, no valoran igual su salud.

Otras características en la esfera social incluyen que en su mayoría habitan en hogares familiares, el estado conyugal predominante el matrimonio (42.2% para las mujeres, 67% los hombres), aunque la viudez suele ser frecuente (37.9% las mujeres y 13.7% los hombres), ocupando un lugar significativo entre los adultos mayores, la unión libre en las mujeres con 4% y los hombres 8.7% y la soltería en mujeres ocupa el 7.6% y en hombres el 4.9%. En México, el nivel educativo del adulto mayor suele ser bajo, el sistema educativo, no logró beneficiar a esas generaciones, en este sentido, el 28.7% de las mujeres y 19.9% de los hombres

son analfabetas, porcentaje que puede aumentar en las áreas rurales donde 53.2% de las mujeres y 37.1% de los hombres no saben leer ni escribir (51).

En Ecuador, un estudio determinó que el estado civil predominante es casado con 28.9%, seguido de divorciado con 26.8% y soltero y unión libre con 13% cada uno (17).

En el estudio de Yanguas, (52) se evidenció que a los 65 años de edad el adulto mayor comienza a padecer los riesgos sociales que conlleva este grupo etario, entre ellos el aislamiento social referido con un 27.7%, siendo este índice tan elevado en los hombres y aumentando rápidamente desde los 80 años

Según Gajardo, (53) en su estudio indican que para el 2009, se logró evidenciar que alrededor del 35% de los adultos mayores chilenos habitaban con algún familiar, pero en estado civil de soltero, mientras que el 47% ellos afirmaron habitar en conjunto, tanto con su cónyuge como con algún familiar cercano.

En Colombia, según el estudio de Aguilar & Cardona, (54) en cuanto a sexo masculino, los hombres predominaron con más del 70% de ocupación laboral atribuida a los trabajadores independientes, el 13% donde su ocupación es ser peón y el 11% de estos adultos mayores trabajan en fábricas. Por otra parte, el porcentaje predominante fue el 71% de las mujeres encuestadas que indicaron trabajar de manera independiente, seguido del 8% que también trabaja en fábricas, y otro 9% que indicó trabajar en el sector privado.

El 77.2% de los adultos mayores mantienen una situación económica muy baja puesto que no tienen ningún tipo de ingreso monetario, es decir, no perciben salarios mensuales, mientras que el resto puede llegar a tener desde uno hasta más de dos salarios mensuales (55)

Los ancianos institucionalizados presenta características especiales que le confieren mayor vulnerabilidad, por ejemplo, los que se encuentran limitados en su capacidad funcional, necesitan asistencia para las actividades habituales, tales

como bañarse, comer, entre otras; los que presentan enfermedades agudas o crónicas, donde se incluyen las enfermedades neurodegenerativas o mentales, necesitan asistencia y seguimiento en servicios sanitarios, y finalmente están las personas con falta de apoyo social. Algunas patologías comunes en estos ancianos institucionalizados, incrementan el riesgo de desnutrición, tales como las úlceras por presión, la presencia de cuadros de anorexia, dependencia física para alimentarse, mala salud bucodental, polimedicación, abandono de familiares, entre otros (26).

Frecuentemente personas de tercera edad tienen una vida muy activa , se mantienen trabajando, practicando algún deporte, otros viajan o estudian. Mientras otras personas en esta etapa de la vida se les hace difícil de sobrellevarla, en especial cuando el cuerpo inicia un mayor deterioro, limitándolo para la vida social y el trabajo, experimentando estados negativos de exclusión y postergación. (9).

4.3.3. Importancia de los factores psicosociales en el adulto mayor

Se tiende a establecer la vejez como una edad donde aumenta el riesgo psicológico por la soledad, es por ello la importancia insertar a los ancianos en grupos sociales y organizaciones diseñados como espacios para que puedan interactuar, intercambiar sus ideas y relacionarse con sus pares generacionales (56).

La vejez se asocia a un déficit de capacidad, por lo tanto, el adulto mayor puede ser concebido como niños carentes de independencia por su condición de edad. No se las piensa como ciudadanos, o al menos no de carácter activo, sino que son meramente co-protegidos, y en raras ocasiones son incluidos plenamente. Como resultado, las personas mayores experimentan un ejercicio limitado de la igualdad y la libertad, ya que muchas veces no se valoran sus necesidades (57). Las variaciones en como se envejece son resultado de factores psicosociales y no solamente biológicos (58).

El principal cambio que enfrenta el adulto mayor es el afectivo, debido a los procesos de pérdidas que se presentan con mayor frecuencia que en etapas previas. El duelo provoca reacciones físicas, emocionales y sociales por la pérdida de personas cercanas, según la intensidad de la relación, se experimentan sentimientos transitorios de tristeza o desolación completa, a su vez, esta puede ser momentánea o persistir por un largo periodo, en cuyo caso presenta características patológicas (9).

Las condiciones psicosociales inciden en la cantidad e intensidad de los vínculos interpersonales que mantengan las personas mayores en su interrelación con las personas que le rodean y con la comunidad en general, esta influencia es tal que logra determinar la manera cómo el adulto mayor logra funcionar socialmente (46).

Las condiciones en el ámbito social son elementos que afectan a todo el entorno cercano, como la familia, la comunidad y la sociedad en términos generales. El adulto mayor cumple roles sociales a nivel individual como persona, como integrante de grupo familiar, perteneciente a un ámbito laboral y a una comunidad; en todas las esferas se presentan cambios que pueden afectarlo de diferentes maneras (9).

En lo emocional, hay variación en pensamiento y sentimientos con el tiempo. Con deterioro gradual en los procesos psicológicos de memoria y aprendizaje, en casos hay que reeducar y mantener activa las capacidades de relacionarse y hablar con otras personas con actividades placenteras. En la vejez se puede mantener el interés de aprender cosas nuevas, en algunos casos requiere más tiempo y estrategias didácticas específicas. (37)

La salud mental en estas personas mejora promoviendo hábitos saludables y manteniendo una adecuada actividad física, que le permitan desarrollar condiciones de vida y entornos de bienestar propiciando una vida sana e integrada a la sociedad. Para promover un mejor estado de salud mental, se requiere establecer estrategias y recursos necesarios para satisfacer: la cobertura de sus

necesidades básicas, entre estas protección, viviendas adecuadas, apoyo social al adulto mayor y a sus cuidadores; programas de salud y programas sociales para grupos vulnerables, especialmente los ancianos que viven solos, los que viven en áreas rurales; programas para prevenir y abordar el maltrato de los adultos mayores y programas de desarrollo comunitario (9).

La depresión es muy común en el adulto mayor, con un registro de hasta 26.9% de riesgo de presentarla y 14.8% depresión instalada, con una diferencia entre ambos sexos, siendo en la mujer más prevalente con 16% respecto a los hombres, quienes registran un 11.7% (59).

Es importante valorar a la familia como espacios de socialización, formación, cuidado y protección de sus miembros, especialmente de los más vulnerables: los niños, niñas, adolescentes, adultos mayores y quienes tienen alguna discapacidad (60).

Respecto a las redes sociales de apoyo, son determinantes para su estado de salud, su ausencia incrementa el riesgo de trastornos físicos y psicológicos, en Colombia se registró que los adultos mayores presentaban un apoyo social excelente en el 34.4% de los casos, bueno en 31.6%, regular 23.1% y malo en el 10.9% de los entrevistados (61).

4.2 Antecedentes investigativos

En la caracterización de algunos factores psicosociales sobre el uso del tiempo libre de adultos mayores de un grupo de orientación y recreación, se realizó un estudio cuanti-cualitativa de tipo descriptiva, exploratoria, de corte transversal realizada en el Policlínico Docente María Emilia Alfonso, en el período de agosto

del 2012 a enero del 2013. La muestra quedó constituida por 55 ancianos, recogiendo las variables edad, sexo, tipo de familia, algunos factores psicosociales, percepción de las relaciones familiares y la variable psicológica depresión, entre los resultados predominaron los ancianos del sexo femenino para un 88,9 %, de 60 a 70 años con un 83,3 %, familias extensas con un 65,4 %, de forma negativa los factores psicosociales en el uso del tiempo libre la situación económica para un 78,1 %, la disponibilidad de transporte para un 85,4 %, con percepción de las relaciones familiares muy armónicas para un 74,5 %, y con depresión normal para un 80 %. Los autores concluyeron que son múltiples los factores psicosociales asociados en el empleo del tiempo libre de los adultos como es la situación económica, el transporte y las actividades deportivas lo que influye en su bienestar psicológico (56).

Se realizó estudio correlacional a 35 personas, en Ambato para conocer la influencia del deterioro cognitivo en la calidad de vida del adulto mayor, los datos se obtuvieron a través del test Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y la Escala de Calidad de Vida GENCAT. Resultados: se demostró que la calidad de vida disminuye en el adulto mayor, empieza a percibir deterioros, pero no muy marcados. Los niveles de deterioro cognitivo fueron: déficit discreto en 51%, deterioro leve con 29%, deterioro moderado en un 17% de los adultos mayores, y normales el 3%, el déficit discreto es el más frecuente con un deterioro de la memoria a corto plazo y la orientación espacial, sin embargo, su calidad de vida no está afectada significativamente, aunque pueden lentamente presentar variación en las diferentes funciones cognitivas (39)

Se realizó investigación para precisar factores psicosociales de riesgo y nivel de bienestar psicológico que obtienen los adultos mayores que son parte de la Asociación de Jubilados de Andinatel en Ecuador en relación a los factores psicosociales de riesgo presentes. Las variables del estudio fueron el bien psicológico y psicosocial. Se llevó a cabo un tipo de estudio descriptivo sobre la incidencia de factores de riesgo psicosociales sobre el bienestar psicológico en adultos mayores. La población fue de 250 mayores de 65 años, tanto hombres y

mujeres de la Asociación de Jubilados de Andinatel en el Ecuador. La variable de exclusión fue el deterioro cognitivo. El tipo de muestra se relaciono con muestra no probabilística y por conveniencia respondiendo a los criterios de la investigación. La muestra del estudio fue conformada por 30 adultos mayores comprendidos en las edades de 65 años y más años, personas que no presentan deterioro cognitivo. Los datos obtenidos revelan la situación de los adultos mayores de la Asociación de Jubilados de Andinatel en el Ecuador, en los que se refleja un alto nivel de bienestar psicológico y una baja presencia de factores psicosociales de riesgo. Sin embargo, evidenciaron que personas en un 25% sienten soledad en un nivel medio, 34% inactividad y 41% poseen falta de recursos económicos (62).

Según otro estudio para determinar factores psicosociales de los adultos mayores ubicados en el Hogar de Ancianos “Club Santa Lucía” remitidos por el Ministerio de la Familia, Adolescencia y Niñez (MIFAN) de Estelí, en el 2do semestre del 2016, describiendo las condiciones psicosociales de los atendidos. El diseño fue descriptivo, y el análisis de datos fue cualitativo e interpretativo. La población estuvo conformada por 36 adultos mayores, y la muestra seleccionada fueron 3, en mayores de 60 años. El entorno social y humano en el que viven tres adultas mayores, en el hogar de ancianos atendidas por el personal del centro. Estos ancianos fueron entregados por familiares en este lugar abandonándolos siendo acogidos como en su hogar. Los resultados más importantes referentes a las condiciones psicosociales están asociadas a los sentimientos de soledad, salud, interacción familiar, situación económica, apoyo comunitario, falta de medicamentos y recreación (47).

Con el fin de relacionar el funcionalismo familiar, la independencia (autovalentes) y el bienestar psicosocial de personas mayores, este trabajo se realizó en una comuna en Santiago de Chile, a través de un estudio descriptivo, de corte transversal, correlacional con una muestra de 60 adultos mayores voluntarios. Los instrumentos usados fueron utilizaron el Apgar Familiar, Escala de Whoqol-Bref y Examen de Funcionalidad del Adulto Mayor. En el análisis se utilizaron

estadígrafos descriptivos, y pruebas de asociación Chi-cuadrado y de U de Mann-Whitney. Los resultados obtenidos demostraron que más del 70 % de los participantes presentaron familias muy funcionales y sólo el 3 % pertenecieron a familias con graves disfunciones, el 45 % fueron autovalentes con riesgo y 16.7 % presentaron riesgo de dependencia. Concluyen la relación existente entre funcionalidad familiar y nivel de autovalencia, bienestar psicológico, relación personal junto a su dinámica interna le permiten una mejor calidad de vida (63).

Un estudio cuantitativo, aplicativo, descriptivo de corte transversal realizado determinando según su percepción el nivel de prioridad de necesidad en adultos mayores de un Club del Adulto Mayor en Perú, con una muestra de 42 personas donde se hizo entrevista y aplico cuestionario tipo lickert. Los resultados refirieron las prioridades como: necesidades de Estima en 80.8%; de Autorrealización con 79.2%; Seguridad con el 77.9%; Fisiológica con 73.8% y necesidad de Amor y Pertenencia con 71.7%. Estos concluyen que los adultos mayores perciben en su mayoría la prioridad de la estima, la autorrealización y el amor junto a la pertenencia al vinculo familiar (64).

5 MÉTODOS

5.1 Nivel de la investigación.

Se realizó estudio descriptivo, que permitió caracterizar a la población involucrada, el cual no está interesado en probar determinadas hipótesis y no busca relaciones entre variables.

5.2 Tipo de investigación.

Según la intervención del investigador es un estudio de tipo observacional ya que no existió manipulación del objeto de estudio, según la toma de datos es prospectivo ya que utilizó fuentes primarias, de corte transversal debido a que las variables se midieron en una sola ocasión y según el número de variables analíticas es descriptivo univariado ya que no se realizó asociaciones de variables.

5.3 Diseño de investigación.

Estudio de prevalencia o de corte transversal ya que no se sigue al objeto de estudio en el tiempo.

5.4 Justificación de la elección del método

El estudio se efectuó con población de adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021 con el propósito de describir el estado cognitivo y condición psicosocial de los mismos. Con el nivel, tipo y

diseño de investigación planteados en el método le podemos dar respuesta a la pregunta de investigación y a los objetivos del estudio.

5.5 Población de estudio.

La población estuvo constituida por adultos mayores de ambos sexos mayores de 65 años de los consultorios 25 A y 25 B del centro de salud Pascuales.

5.5.1 Criterios y procedimientos de selección de la muestra o participantes del estudio.

La población de estudio estuvo constituida por adultos mayores de ambos sexos de 65 años y más de los consultorios 25 A y 25 B del centro de salud Pascuales, que cumplieron los criterios de participación en el estudio.

5.5.2 Criterios de inclusión.

1. Adultos mayores que aceptaron participar en la investigación y firmaron el consentimiento informado.
2. Adultos mayores que residan de manera permanente en el área asignada a los consultorios 25A y 25B

5.5.3 Criterios de exclusión

1. Adultos mayores con diagnóstico de patología neurológica-psiquiátrica y/o discapacidad que le impida completar los instrumentos de investigación.
2. Adultos mayores que después de dos citas al centro de salud o dos visitas al domicilio no sea posible contactar.

5.6 Procedimiento de recolección de la información

La investigación contó con la aprobación del Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil. Durante su realización se cumplieron las normas éticas establecidas en el reglamento de ética para las investigaciones del Ecuador y en la declaración de Helsinki con previa autorización del centro de salud Pascuales.

Con anterioridad a la recolección de la información se solicitó el consentimiento informado y firmado por los adultos mayores que decidieron colaborar en la investigación.

La información de las variables sociodemográficas se recogió mediante un cuestionario que se elaboró como guía de una entrevista que fue elaborado por la autora y validado por expertos, dos especialistas de Medicina Familiar y Comunitaria y un especialista en bioestadística, siguiendo los criterios de Moriyama para la validación de los instrumentos.

Para dar respuesta al objetivo uno en la primera sección de la entrevista el ingreso económico se recopiló según el Instituto Nacional de Encuesta y Censo (INEC) y del Banco Mundial en el reporte de pobreza publicado en el año 2016 indica la línea de pobreza para el percapita familiar de \$84.4 para la pobreza general. Cuando la familia tenía ingresos mayores se determinó como adecuado, cuando no los superó se consideró inadecuado.

Para dar respuesta al objetivo dos se aplicó la escala de evaluación cognitiva Mini Mental Modificado la cual consiste en realizar seis preguntas, se suman los puntos anotados en los totales de las preguntas, la puntuación máxima es de 19 puntos. Entre 14 y 19 no sugiere déficit cognitivo, 13 puntos o menos si sugiere déficit cognitivo.

Para dar respuesta al objetivo tres se incluyó la interacción familiar que se recogió a través del test FF-SIL el cual está validado en el país, este refiere

situaciones que pueden presentarse o no en el núcleo familiar, estas son en total 14, relacionadas de a 2 en las 7 variables medidas en el instrumento. Cada una de las variables tiene una escala de 5 respuestas cualitativas con su puntaje. Al finalizar se suman los puntos, que corresponderá con categorías que describira el funcionamiento familiar: De 70 a 57 funcional, de 56 a 43 moderadamente funcional, de 42 a 28 disfuncional, de 27 a 14 severamente disfuncional.

También se valoró depresión con la escala geriátrica de Yesavage, que es un cuestionario breve en el cual se le pide al paciente responder a 15 preguntas, contestando si o no respecto a como se sintió la semana anterior a la fecha que se realiza el cuestionario, de 0 a 5 se considera normal, de 6 a 9 depresion leve y de 10 a más indica depresión severa.

El riesgo social se valoró con la escala de Guijon que consiste en 3 items con algunas categorías, las cuales se miden por puntos. Una puntuación de 5 a 9 indica aceptable situación social, de 10 a 14 existe riesgo social y mas de 15 problema social.

5.7 Técnicas de recolección de información

Variable	Tipo de técnica
Edad	Entrevista
Sexo	Entrevista
Etnia	Entrevista
Ingreso económico	Entrevista
Ocupación	Entrevista

Estado civil	Entrevista
Escolaridad	Entrevista
Deterioro cognitivo	Psicometría (MMSE)
Funcionabilidad familiar	Psicometría (FF-SIL)
Depresión	Psicometría (Yesavage)
Riesgo social	Psicometría (Escala de Guijon)

5.8 Técnicas de análisis estadístico

Los resultados obtenidos se introdujeron en una hoja de cálculo de Microsoft Excel 2018, utilizando las columnas para las variables y las filas para cada una de las unidades de estudio.

El procesamiento de datos se efectuó con el programa estadístico IBM SPSS Statistics 26.0 (2019).

Se utilizaron números absolutos y proporciones (porcentajes) para el resumen de las variables cualitativas y cuantitativas. La información se presentó en forma de tablas para su mejor comprensión.

5.9 Variables

5.9.1 Operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidades, categorías o valor final	Tipo/Escala
Edad	Años cumplidos en grupos quinquenales	65-69 70-74 75-79 80-84 85 y mas	Cuantitativa discreta
Sexo	Sexo	Masculino Femenino	Cualitativa nominal
Etnia	Autoidentificación étnica	Indígena Afroecuatoriano Negro Mulato Montubio Mestizo Blanco Otro	Cualitativa nominal

<p>Ingreso económico</p>	<p>Ingreso mensual</p> <p>Número de integrantes de la familia</p>	<p>Adecuado (2,54 usd/persona/día o más)</p> <p>Bajo (menos de 2,54 usd/persona/día)</p> <p>Muy bajo (menos de 1,43 usd/persona/día)</p>	<p>Cualitativa ordinal</p>
<p>Ocupación</p>	<p>Ocupación</p>	<p>Empleado público</p> <p>Empleado privado</p> <p>Cuenta propia</p> <p>Ama de casa</p> <p>Jubilado</p> <p>Desempleado</p>	<p>Cualitativa nominal</p>
<p>Estado civil</p>	<p>Condición social relacionada con la pareja</p>	<p>Soltero</p> <p>Casado</p> <p>Unión libre</p> <p>Viudo</p> <p>Divorciado</p>	<p>Cualitativa nominal</p>

Escolaridad	Escolaridad	Ninguno (analfabetismo) Primaria Secundaria Superior	Cualitativa ordinal
Deterioro cognitivo	Escala MMSE	No sugiere déficit cognitivo Si sugiere déficit cognitivo	Cualitativa nominal
Funcionabilidad familiar	Cohesión Armonía Comunicación Afectividad Permeabilidad Roles	Funcional Moderadamente funcional Disfuncional Severamente disfuncional	Cualitativa ordinal
Depresión	Escala de Yesavage	Normal Depresión leve Depresión severa	Cualitativa ordinal
Riesgo social	Escala de Guijon	Aceptable situación social	Cualitativa ordinal

		Existe riesgo social	
		Problema social	

5. PRESENTACIÓN DE RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1. Distribución de adultos mayores según edad y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Edad	Sexo				Total N	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
65 - 69	21	44.7	16	41.0	37	43.0
70 – 74	11	23.4	11	28.2	22	25.6
75 - 79	9	19.2	7	18.0	16	18.6
80 - 84	5	10.6	2	5.1	7	8.1
85 y más	1	2.1	3	7.7	4	4.7
Total	47	100.0	39	100.0	86	100.0

Fuente: Entrevista

El grupo etario predominante fue de 65 – 69 con 43,0% y la mayoría de los pacientes eran de sexo masculino con un 44,7% en comparación con los de sexo Femenino que alcanzaron un total de 41,0%. (Tabla 1).

En este estudio la prevalencia del sexo masculino se evidenció en la mayoría de los grupos de edades, sin embargo, según Farías (9), en los adultos mayores son los hombres los que tienden a desarrollar mayor proporción de obesidad que las mujeres, diferencia se invierte en edades más avanzadas y algunas enfermedades crónicas en los pacientes mayores de 65 años, presentan un patrón relacionado con la edad y diferenciado por sexo, por ejemplo, la artrosis y la depresión, son más comunes en mujeres con edades entre los 55 a 64 años y en mayores de 65 años.

Según datos estadísticos de Ecuador, el adulto mayor de 65 años agrupa el 7 % de la población nacional, con una proporción de 52.61 % para las mujeres y 47.39 % para los hombres. Esta proporción se encuentra invertida en el presente trabajo, donde los pacientes de sexo masculino fueron más frecuentes (18).

En el estudio Camargo & Laguado, (20) el grupo etario predominante, presentó una notable variación desde 75 años hasta 94 años, y representando al 73% de su muestra, fue mayor que la cifra indicadora de la predominancia expuesta en los resultados la tabla, ya que ésta fue del 43.0% para aquellos entre 65 a 69 años. Por otro lado, las cifras evidenciadas en este estudio respecto al sexo, tienen mayor relación con los resultados de la tabla anterior puesto que el sexo masculino también predominó, esta vez con el 55% de la muestra, contra el sexo femenino que representó el 45%.

Los resultados obtenidos en este estudio no se asemejan con los hallazgos de Moreta & Robalino, (17) quienes en su investigación los pacientes presentaban un rango de edad entre 65 a 95 años con mayor predominancia entre los 72, 75, 79 y 89 años en el 28.9% de los casos, mientras que el grupo de 65 a 69 años alcanzó el 12%. Respecto al sexo evidenciaron una mayor

frecuencia de femeninas en el 60.7%, contrario a los registros de la presente investigación.

Tabla 2. Distribución de adultos mayores según etnia y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Etnia	Sexo				Total N	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Mestizo	36	76.6	32	82.1	68	79.1
Montubio	8	17	5	12.8	13	15.1
Indígena	1	2.1	2	5.1	3	3.5
Afroecuatoriano	2	4.3	0	0	2	2.3
Total	47	100.0	39	100.0	86	100.0

Fuente: Entrevista

La etnia Mestizo fue la más frecuente con un total de 79,1% seguida de los Montubio con 15,1%. (Tabla 2).

Estos resultados presentan concordancia con los hallazgos de Moreta & Robalino, (17) quienes señalan que la etnia mestiza presentó una mayoría con 50% seguido de indígena con 39.6 % y afroecuatorianos en el 7.8%.

Este aspecto los resultados obtenidos concuerdan con las estimaciones del INEC (18), donde los mestizos siempre son la etnia predominante en el país con un 73% seguido de los montubios con 7.4% y cifras muy similares entre los afroecuatorianos y los indígenas, tal como se obtuvo en este estudio.

Estos resultados están por debajo de lo señalado por el estudio de la Organización Iberoamericana de Seguridad Social, (21), para el año 2015, donde se afirma que los adultos mayores de etnia indígena representan el 10.4% de los ecuatorianos.

Tabla 3. Distribución de adultos mayores según ingreso económico y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ingreso económico	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%	No	
Adecuado	4	8.5	6	15.4	10	11.6
Bajo	25	53.2	12	30.8	37	43.0
Muy bajo	18	38.3	21	53.8	39	45.3
Total	47	100.0	39	100.0	86	100.0

Fuente: Entrevista

El nivel de ingreso económico del grupo estudiado más frecuente fue: Muy bajo, con un total de 45,3% y seguido de Bajo con 43,0%. (Tabla 3).

Los resultados demuestran las dificultades que presentan los adultos mayores con un bajo ingreso para lograr su sostenimiento y en otros casos los recursos necesarios para enfrentar tal situación son insuficientes, limitados o inexistentes de acuerdo con Osorio (28), en concordancia a su vez con Tinez

y Salazar (23) quienes afirman que estas condiciones hacen al anciano una persona más dependiente.

Los datos obtenidos concuerdan con el estudio de Ramírez (62) en una muestra de 30 personas donde se revela la situación de los adultos mayores de la Asociación de Jubilados de Andinatel en el Ecuador, en los que se refleja que el 41% de ellos presenta una falta de recursos económicos.

En concordancia también con los datos registrados por Martínez, Enríquez, Pertuz, & Alzate, (55) quienes aseguran que alrededor del 77% de los adultos mayores no disfruta de ningún tipo de ingreso económico, lo cual indica una cifra altamente alarmante de ingreso económico muy bajo y mucho más elevada que la obtenida en la presente investigación, la cual es del 45.3%.

Tabla 4. Distribución de adultos mayores según ocupación y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Ocupación	Sexo				Total N	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Desempleado	18	38.3	12	30.8	30	34.9
Cuenta propia	19	40.4	5	12.58	24	27.9
Ama de casa	0	0	20	51.3	20	23.3
Jubilado	6	12.8	2	5.1	8	9.3
Empleado privado	4	8.5	0	0	4	4.7

Total	47	100.0	39	100.0	86	100.0
-------	----	-------	----	-------	----	-------

Fuente: Entrevista

Se evidencia que el nivel de ocupación afecta la estabilidad económica en la adultez para lograr un nivel de subsistencia normal y observamos como un porcentaje importante no la tiene, estando un 34.9% desempleado y un 23.3% se desempeña como Ama de casa (Tabla 4).

En este sentido Osorrio (28) señala que en el adulto mayor es fundamental proveerlos de una fuente segura y confiable de ingresos, que se le dificulta al no poseer un trabajo que se lo genere, esto afecta su capacidad de resolución de sus necesidades. Estos resultados están acordes con Ramírez (62) quien en su estudio los hallazgos reflejan que 41% de los adultos mayores evaluados poseen falta de recursos económicos y no poseen una fuente de ingresos estable.

Por su parte Álvarez (50) afirma que el desempleo provoca mucho daño en el adulto mayor por la carencia de ingresos que a su vez genera dependencia económica así como alteraciones en el estado de ánimo y se relaciona con desequilibrio emocional.

Contrario a lo evidenciado en la tabla anterior, en el estudio de Aguilar & Cardona, (54) el porcentaje de adultos mayores que trabajan por cuenta propia, tanto en el sexto masculino como para el femenino, predominó con una cifra elevada de más del 70% de la muestra, frente al 27.9% de los empleados independientes entre los encuestados. De igual manera, el porcentaje de mujeres que por ocupación indicaron ser amas de casa fue del 9%, variación muy alta frente al 23.3% de encuestadas en el presente estudio con esta ocupación específica.

Las cifras de desempleo y empleo independiente, registradas en este estudio están por encima de lo estipulado por Moreta & Robalino, (17) quienes registraron 26.6% y 2.6% respectivamente, sin embargo, en el resto de las ocupaciones este estudio registró cifras muy por debajo de estos autores, en especial, entre los jubilados con 21.35% y empleados 18.2%.

Tabla 5. Distribución de adultos mayores según estado civil y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Estado civil	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		
Unión libre	18	38.3	14	35.9	32	37.2
Casado	16	34.0	5	12.8	21	24.4
Viudo	6	12.8	12	30.8	18	20.0
Soltero	4	8.5	8	20.5	12	14.0
Divorciado	3	6.4	0	0	3	3.5
Total	47	100.0	39	100.0	86	100.0

Fuente: Entrevista

El estado civil de los individuos del estudio más frecuente fue unión libre, con un total de 37,2%, seguido de casado con 24,4%. (Tabla 5).

Estos datos están por encima de las cifras obtenidas por Ramírez (62), en su estudio donde un 14% de los adultos mayores participantes están casados y otro grupo refirió estar viudo con un 20%, en esta última cifra evidenció concordancia con los resultados de la presente investigación.

En la investigación del Instituto Nacional de Mujeres, (51) el estado conyugal predominante fue el matrimonio, siendo para las mujeres una frecuencia de 42.2% y en los hombres 67%, y la unión libre se registró en las mujeres con 4% y los hombres 8.7%, contrario a las cifras obtenidas en esta investigación donde predominó la unión libre junto con la viudez, este último más frecuente entre las mujeres, aspecto donde sí coincidió con el Instituto Nacional de Mujeres.

De igual manera, Moreta & Robalino, (17) registraron que el estado civil predominante fue casado con 28.9%, seguido de divorciado con 26.8% y soltero y unión libre con 13% cada uno, cifras que no se asemejan a las obtenidas en la presente investigación.

En el estudio de Gajardo, (53), se evidenció que alrededor del 35% de los adultos mayores chilenos registraron como estado civil soltero, un índice más elevado que el presentado en esta investigación donde se puede apreciar que los pacientes solteros representaron al 14% de la muestra total. Por otro lado, el 47% de los adultos mayores chilenos encuestados afirmó habitar con su cónyuge.

Tabla 6. Distribución de adultos mayores según escolaridad y sexo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Escolaridad	Sexo				Total	%
	Masculino		Femenino			
	No	%	No	%		

Ninguno	1	2.1	3	7.7	4	4.7
Primaria	31	66	31	79.5	62	72.1
Secundaria	15	31.9	4	10.3	19	22.1
Superior	0	0	1	2.6	1	1.2
Total	47	100.0	39	100.0	86	100.0

Fuente: Entrevista

El nivel de escolaridad del estudio más frecuente fue primaria con un total de 72,1% seguida de secundaria con 22,1%. (Tabla 6).

Estos resultados concuerdan con el Instituto Nacional de Mujeres, (51) quienes afirman que el bajo nivel de estudios en el adulto mayor es común en otros países y suele ser bajo, el 28.7% de las mujeres y 19.9% de los hombres son analfabetas, estas cifras están muy por encima a los hallazgos de este estudio.

En el estudio de Camargo & Laguado, (20) se evidencia, al igual que en los resultados de la tabla anterior, cómo el índice de escolaridad predominante entre los adultos mayores encuestados es el de estudios primarios, puesto que esta vez el 57% de ellos afirmaron haber culminado la primaria, al igual que el 72.1% de los adultos mayores en la presente investigación.

Los datos obtenidos a su vez también concuerdan con Villacís y Carrillo, (22) quienes señalan que en el país, los adultos mayores tienen predominio escolar de primaria en el 35.3% de los casos, seguido de secundaria con 23%.

Tabla 7. Distribución de adultos mayores según deterioro cognitivo. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Deterioro Cognitivo	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Sin déficit cognitivo	51	59.3
Con déficit	35	40.7
Total	86	100.0

Fuente: Psicometría

En relación al estado cognitivo de los individuos estudiados se tiene una frecuencia mayor entre los que no presentan déficit cognitivo (59.3%) con respecto a los que si presentan déficit cognitivo (40.7%). (Tabla 7).

En similitud con los resultados, los cambios en los procesos cognitivos pueden llegar a tener un impacto en el funcionamiento del resto de las actividades de la vida cotidiana y en la toma de decisiones sobre salud, así como en el estilo de vida, en el desempeño laboral, el funcionamiento social, el apoyo prestado o recibido y, términos generales, en la sensación de satisfacción por la vida de acuerdo con las afirmaciones de Gómez, Facal y Yaguas (35).

En este estudio un aproximado de 59 % de los pacientes presentan déficit cognitivo, cifra que se encuentra por encima de las estimaciones del Ministerio de salud de Chile (65), quienes afirman que la prevalencia a nivel mundial del deterioro cognitivo esta entre el 15 al 20 % entre los de 60 años aumentando a un 30 % cercano a los 80 años.

Las cifras obtenidas están por encima de lo estipulado por la Organización Mundial de la Salud (14), quienes estiman que para el 2050, al menos el 30 % de las personas mayores de 65 años, presentaran en algún momento, síntomas clínicos de deterioro cognitivo

En comparación con el estudio de Barrera (39) la frecuencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor presentados en este estudio fueron más bajos puesto que este autor señala que los pacientes de su investigación presentaron déficit discreto con un 51%, el deterioro cognitivo leve en un 29% de los adultos mayores, el deterioro cognitivo moderado en un 17% de los adultos mayores.

Tabla 8. Distribución de adultos mayores según funcionabilidad familiar. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Funcionabilidad familiar	Frecuencia	Porcentaje
	No	%
Funcional	27	31.4
Moderadamente funcional	49	57.0
Disfuncional	10	11.6
Total	86	100.0

Fuente: Psicometría

En la tabla 8 se puede apreciar que el 57 % de los pacientes tienen una familia moderadamente funcional, a lo que se suma un 11.6 % de familias disfuncionales, por lo tanto el 68.6 % de los pacientes no tienen una familia funcional.

Estos resultados resaltan la importancia de lo referido por Velásquez y Barreto (60), quienes afirman que la familia es un factor importante para la socialización y protección de los miembros más vulnerables como los adultos mayores.

Las cifras obtenidas en el presente estudio están muy por debajo de los registros del estudio de Troncoso y Soto (63) quienes hallaron que el 70 % de los pacientes presentaban familias funcionales, sin embargo, resaltan que la disfuncionalidad evidenciada, aunque en cifras bajas, se relacionó con nivel de dependencia, salud mental y las relaciones con el entorno, el 3% pertenecieron a familias con graves disfunciones, por debajo de la cifra manifestada por los adultos mayores de esta investigación que fue de 11.6%

Otro estudio realizado por Ayala (64) evidenció la importancia de la pertenencia al grupo familiar y recibir amor, referido como una necesidad prioritaria en el 71.7 % de los casos.

Por su parte, Moreta y Robalino (17) obtuvieron cifras de disfunción familiar moderada en 18.5% muy por debajo de los hallazgos de la presente investigación.

Tabla 9. Distribución de adultos mayores según depresión. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Depresión	Frecuencia	Porcentaje
	N	%
Normal	60	69.8
Depresión leve	26	30.2
Total	86	100

Fuente: Psicometría

El 69.8 % de los pacientes no presentaban depresión aunque en este grupo, sin embargo el 30.2 % de los pacientes de este estudio si la presentan (Tabla 9).

En el estudio de Llanes, Martínez, Álvarez, & Ruíz, (56) las cifras presentadas para estado normal fueron de 80 % en los adultos mayores encuestados, lo cual indica una gran diferencia en cuanto al porcentaje manifestado en la presente investigación, donde los adultos mayores afirmaron estar sin depresión (normal) en el 69.8% de los casos.

Las investigadoras Montesó & Aguilar, (40) obtuvieron como resultado que el 46.7% de los participantes padecen depresión, contrario a la cifra obtenida en la tabla anterior donde apenas el 30.2% de los pacientes padece dicha enfermedad.

Lo resultados aquí obtenidos están por encima de las cifras del estudio de Ortiz y Urrego, (59), quienes afirman que la depresión en el adulto mayor se presentó en el 14.8% de sus casos.

Tabla 10. Distribución de adultos mayores según riesgo social. Centro de salud Pascuales. Año 2021

Riesgo social	Frecuencia	Porcentaje
	No	%
Situación social aceptable	48	55.8
Existe riesgo social	31	36,0
Problema social	7	8.1
Total	86	100.0

Fuente: Picometría

El grupo etario con una aceptable situación social registró un total de 55,8%, mientras que los pacientes con riesgo social alcanzaron el 36.1%, estos últimos sumados a los que se encuentran como problema social alcanzan el 44.1 % de los casos (Tabla 10).

Los resultados obtenidos en este estudio no concuerda con los datos registados por Fernández, Cáceres y Manrique (61) quienes en su estudio con adultos mayores institucionalizados pudieron determinar presentaban un apoyo social excelente en el 34.4% de los casos, bueno en 31.6%, regular 23.1% y malo en el 10.9%

En el estudio de Yanguas, (52) se evidenció que desde los 65 años de edad el adulto mayor comienza a padecer los riesgos sociales que conlleva este grupo etario, entre ellos el aislamiento social presentado en el 27.7%, siendo este índice tan elevado más común en el sexo masculino y aumentando con gran velocidad desde los 80 años, cifras por encima de las estimadas en la presente investigación.

De igual manera los datos obtenidos en esta investigación permanecen por debajo de los hallazgos de Moreta y Robalino (17) quienes afirman que en su estudio el riesgo social alcanzó el 50.3% en los adultos mayores participantes del estudio.

CONCLUSIONES

El presente estudio se realizó con la finalidad de caracterizar el estado cognitivo y la condición psicosocial en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021, objetivo que se cumplió con la consecución de cada uno de los objetivos específicos propuestos.

- Entre las características sociodemográficas de la población de estudio, se puede establecer que los pacientes adultos mayores que acuden a la consulta en el centro de salud Pascuales presentan una edad promedio de 72 años, con mayor predominio entre los 65 a 69 años y poca diferencia entre ambos sexos y predominio del sexo masculino.
- La etnia más frecuente fue la mestiza, predominó el ingreso económico muy bajo y la mayoría está desempleado.
- El estado civil más común fue la unión libre y el nivel de escolaridad en la mayoría es baja.
- Predominó los que no sugieren déficit cognitivo, sin embargo un número considerable sí sugiere déficit cognitivo.
- Un alto porcentaje presenta entre disfunción familiar y funcionalidad familiar moderada, la depresión leve está presente en más de la cuarta parte de estas personas y un aproximado de la mitad del grupo presenta riesgo social o problema social.

6. VALORACIÓN CRÍTICA DE LA INVESTIGACIÓN

El adulto mayor forma parte de un grupo vulnerable de nuestra sociedad, se encuentra en constante riesgo de presentar alta morbilidad, por lo tanto, caracterizar su condición forma parte de la atención que se le debe prestar desde el primer nivel de atención en salud.

Este trabajo tiene relevancia para el centro de salud Pascuales y para los usuarios que puede recibir una mejor atención si los programas se adaptan a los hallazgos de las características de esta población de pacientes.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [Online].; 2018. . Acceso 12 de Julio de 2020. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- 2 Barrera U. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del . adulto mayor. Tesis. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- 3 Ojeda V, Carvajal C, Painevilu S, Zerpa C. Desempeño de las funciones . ejecutivas según estado cognitivo en adultos mayores. Revista Chilena de Neuropsiquiatría. 2019; 57(3): p. 207-214.
- 4 Ucha F. Deninición abc. [Online].; 2014. Acceso 11 de Julio de 2020. . Disponible en: <https://www.definicionabc.com/social/psicosocial.php>.
- 5 Suárez L, Gross R. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia el adulto . mayor con deterioro cognitivo. Rev inf Cient. 2019; 98(1).
- 6 Soto-Añari M, Belón-Hercilla M. Indicadores de sensibilidad y especificidad . para dos puntos de corte del Mini Mental State Examination: Estudio preliminar. Revista de Neurosiquiatría. 2017; 80(2): p. 88-93.
- 7 Medina S, Bonilla L. Relación entre deterioro cognitivo y actividad física en . adultos mayores que acuden al grupo 60 y piquito de la dirección distrital 17D09 Tumbaco, Tababela, en el período octubre 2016 a noviembre 2016. Tesis. Quito: Universidad Técnica de Ambato.
- 8 Instituto Nacional de Estadística y Censo. Encuesta Salud, Bienestar y . Envejecimiento. [Online].; 2009. Acceso 12 de Julio de 2020. Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>.

9 Farías D. Actividad física y recreación en la tercera edad. [Online].; 2016. . Acceso 12 de agosto de 2020. Disponible en: https://isfd86-bue.infed.edu.ar/sitio/upload/ACTIVIDAD_FISICA_Y_RECREACION_EN_LA_TERCERA_EDAD.pdf.

1 Borges N, Castro M, Cetina C, Cruz B, De los Reyes M, Novelo J. El 0 concepto de felicidad en personas de la tercera edad de la ciudad de . Mérida, Yucatán. Revista Enseñanza e Investigación en Psicología. 2016; 21(3): p. 282-290.

1 Rubio D, Rivera L, Borges L, González F. Calidad de vida en el adulto 1 mayor. Revista VARONA. 2015;(61): p. 1-7.

1 Orosco C. Depresión y autoestima en el adulto mayor institucionalizados y 2 no institucionalizados en la ciudad de Lima. Persona. 2015;; p. 91-104.

1 Barry Valencia DF, Rojas Viada NS. Efectos de un programa de Ejercicio 3 Físico en pacientes con demencia tipo Alzheimer moderado y severo . Santiago: Universidad de Chile; 2006.

1 Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el envejecimiento 4 y la salud: Organización Mundial de la Salud; 2012.

1 Riega W, Gallegos C. Envejecimiento, salud e identidad en las 5 comunidades indígenas de Ecuador. J Cross Cult Gerontol. 2014;; p. 371- . 387.

1 Dirección Nacional de Investigación e Incidencia en Política Pública.
6 Información estadística de casos referentes a personas adultas mayores
. llevados por la DPE. [Online].; 2018. Acceso 15 de junio de 2020.
Disponible en: <http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2191/1/DEOI-DPE-012-2018.pdf>.

1 Moreta O, Robalino N. Factores asociados al abandono del adulto mayor
7 en diferentes Etnias de la parroquia San Roque, Cantón Antonio Ante,
. Provincia de Imbabura Septiembre a Diciembre del 2016. San Roque,
Imbabura: Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Facultad de
Ciencias Médicas.

1 INEC. Censo poblacional. [Online].; 2019. Acceso 12 de agosto de 2021.
8 Disponible en: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/estadisticas/>.

1 Instituto Nacional de Mujeres. Situación de las personas adultas mayores
9 en México. [Online].; 2015. Acceso 15 de julio de 2020. Disponible en:
. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.

2 Camargo K, Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos
0 mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área
. metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Universidad y
Salud. 2017; 19(2): p. 163-170.

2 Organización Iberoamericana de Seguridad Social. Boletín del programa
1 iberoamericano de cooperación sobre adultos mayores. [Online].; 2015.
. Acceso 16 de julio de 2020. Disponible en: <http://www.oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/OISS08-DEF.pdf>.

2 Villacís B, Carrillo D. País atrevido: la nueva cara sociodemográfica del
2 Ecuador. Analitika. Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC).
. 2012.

2 Tisnés A, Salazar L. Envejecimiento poblacional en Argentina: ¿qué es ser
3 un adulto mayor en Argentina? Una aproximación desde el enfoque de la
. vulnerabilidad social. Revista Papeles de Población. 2016;(88): p. 209-236.

2 Organización Mundial de la Salud. Condiciones de salud comunes
4 asociadas con el envejecimiento. Envejecimiento y salud. 2017.

2 Abellán A, Aceituno P, Pérez J, Ramirez D, Ayala A, Pujol R. Un perfil de
5 las personas mayores en España 2019: Indicadores estadísticos básicos.
. Informes Envejecimiento en Red. 2019;(22).

2 López G, Rodríguez A, Cardenete J, Serrano D, García M, Martí M.
6 Personas mayores: Características y particularidades de la población
. geriátrica. [Online].; 2015. Acceso 20 de julio de 2020. Disponible en:
<https://www.aulamayo.com/geriatria/download/76/99/39.html>.

2 Sosa M. Deterioro cognitivo en la vejez. Un fenómeno normal? [Online].;
7 2016. Acceso 17 de julio de 2020. Disponible en:
. https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf.

2 Osorio O. Vulnerabilidad y vejez: implicaciones y orientaciones epistémicas
8 del concepto de vulnerabilidad. [Online].; 2016. Acceso 16 de julio de 2020.
. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/jatsRepo/4217/421749924003/index.html>.

2 Lara H, Carrillo M, Silva C. Perfil psicosocial de adultos mayores asilados
9 y no asilados de Veracruz - Boca del Río. Psiencia. 2018; 10(1): p. 1-13.

3 Organización Mundial de la Salud. Datos interesantes acerca del
0 envejecimiento. [Online].; 2020. Acceso 17 de enero de 2021. Disponible
. en: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.

3 Flórez R, Castro J, Arias N, Gómez D, Galvis D, Acuña L, et al. Aprendizaje,
1 cognición y mediaciones en la escuela. Revista IDEP. 2016.

3 Rimassa C. Cognición: denominador común para los estudios del lenguaje
2 en las Ciencias Cognitivas. Revista Literatura y Linguística. 2016;(33).

3 Pulido L. Aprendizaje y Cognición - Modelos Cognitivos Bogotá: Fundación
3 Universitaria del Área Andina; 2018.

3 Aranda R. Atención temprana en educación infantil Madrid: Wolters Kluwer;
4 2008.

3 González M, Facal D, Yaguas J. Funcionamiento cognitivo en personas
5 mayores e influencia de variables socioeducativas. Resultados del Estudio
. ELES. Revista Escritos de Psicología. 2013; 6(3).

3 Ausubel D. Adquisición y retención del conocimiento: una perspectiva
6 cognitiva Barcelona: PAIDÓS; 2002.

3 Instituto para la Atención de los Adultos Mayores. Quien es la persona
7 mayor? [Online].; 2013. Acceso 1 de Junio de 2020. Disponible en:
. [http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-
mayor](http://www.adultomayor.cdmx.gob.mx/index.php/quien-es-el-adulto-mayor).

3 Instituto Mexicano del Seguro Social. Guia de Referencia Rápida:
8 Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor
. en el Primer. [Online].; 2012. Acceso 15 de julio de 2020. Disponible en:
<http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>.

3 Barrera J. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del
9 adulto mayor. Tesis. Ambato: Universidad Técnica de Ambato, Facultad de
. Ciencias de la Salud.

4 Montesó P, Aguilar C. Depresión según la edad y el género: análisis en una
0 comunidad. Rev Atención Prim. 2014; 46(3): p. 167-168.

4 Alcántar B, Arteaga R, Topete N, Arellano L, Bañuelos Y, Pérez V.
1 Trastornos cognitivos en personas entre los 45 - 94 años de edad,
. solicitantes del Seguro Popular en Tepic, Nayarit. Waxapa. 2011; 2(5): p.
69-79.

4 Alcántar B, Medina R, Topete N, Arellano L, Bañuelos Y, Médez D, et al.
2 Trastornos cognitivos en personas entre los 45-94 años de edad,
. solicitantes del Seguro Popular en Tepic, Nayarit. Revista Waxapa. 2011;
2(3).

4 Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Online].; 2019. Acceso 23
3 de julio de 2020. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-
. sheets/detail/dementia](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia).

4 Jerez A, Lara J. Cognición en Neuropsiquiatría. Clínicas de Neurociencias.
4 2018; 3.

4 Facal D, Bugallo C, Balo A, Caamaño X, Dosil C, Permuy F. Documento
5 Técnico de Consenso de la Sociedade Galega de Xerontoloxía e Xeriatría
. sobre herramientas de evaluación cognitiva y neuropsicológica en centros
gerontológicos. [Online].; 2017. Acceso 27 de julio de 2020. Disponible en:
<https://sgxx.org/wp-content/uploads/2017/06/ManualConsenso-1.pdf>.

4 Álvarez J, González V, Borges M. La calidad de vida en el anciano en la
6 Granja "Unidad Proletaria" Cifuentes, Villa Clara. Medicentro. 2011; 15(4).

4 Tinoco O. Condiciones psicosociales de los adultos mayores atendidos en
7 el Hogar de Ancianos "Club Santa Lucía", remitidos por el Ministerio de la
. Familia, Adolescencia y Niñez (MIFAN) de Estelí. [Online].; 2017. Acceso
2 de marzo de 2021. Disponible en:
<https://repositorio.unan.edu.ni/7329/1/17997.pdf>.

4 Ordoñez L, Ruiz A. Impacto psicosocial de la tercera edad en los/as
8 adultos/as mayores de la ciudad de Estelí, en el periodo comprendido de
. agosto a diciembre del 2014. [Online].; 2015. Acceso 15 de enero de 2020.
Disponible en: <https://repositorio.unan.edu.ni/1958/1/16396.pdf>.

4 Miranda A, Hernández L, Rodríguez A. Calidad de la atención en salud al
9 adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral. 2009; 25(3).

5 Alvarez L. Los detreminantes sociales y economicos de la salud. Gerenc
0 Polit SALud. 2014; 13(27): p. 28-40.

5 Instituto Nacional de Mujeres. Situación de las personas adultas mayores
1 en México. [Online].; 2015. Acceso 23 de agosto de 2020. Disponible en:
. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/101243_1.pdf.

5 Yanguas J. Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas
2 mayores. Resultados de la encuesta telefónica. [Online].; 2018. Acceso 25
. de julio de 2020. Disponible en:
<http://www.infocoponline.es/pdf/SOLEDAD-RIESGO-AISLAMIENTO.pdf>.

5 Gajardo J. Vejez y soledad: implicancias a partir de la construcción de la
3 noción de riesgo. Rev Acta Bioethica. 2015; 21(2): p. 199-205.

5 Aguilar S, Cardona D. Ingresos laborales, transferencias y seguridad
4 económica de los adultos mayores de Medellín, Colombia. Rev Universidad
. y Salud. 2016; 18(1): p. 34-45.

5 Martínez S, Enríquez E, Pertuz M, Alzate J. El mercado laboral y las
5 personas mayores Bogotá: Fundación Saldarriaga Concha; 2015.

5 Llanes H, Martínez D, Álvarez N, Ruíz J. Adulto mayor: algunos factores
6 psicosociales en el uso del tiempo libre. Revista de Ciencias Médicas.
. 2015; 21.

5 Huenchuan S, Rodríguez L. Envejecimiento y derechos humanos:
7 situación y perspectivas de protección. [Online].; 2010. Acceso 26 de junio
. de 2020. Disponible en:

https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/3803/lcw353_es.pdf;jsessionid=D06742426026ED8939E3E67DC52EC1A1?sequence=1.

5 Villafuerte J, Alonso Y, Alonso Y, Alcaide Y, Leyva I, Arteaga Y. El bienestar
8 y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial.
. Revista MediSur. 2017; 15(1): p. 85-92.

5 Ortíz P, Urrego J. Riesgo de depresión y riesgo de ansiedad en el adulto
9 mayor residente en la zona suroeste del departamento de Antioquia año
. 2012. Tesis. Medellín: Univeridad CES, Facultad de Medicina.

6 Velásquez V, Barreto Y. Efecto de un programa de atención primaria en
0 salud sobre la funcionalidad familiar desde abuelos y nietos, Guapi -
. Cauca. Universidad y Salud. 2016; 18(3).

6 Fernández S, Cáceres D, Manrique Y. Percepción del apoyo social en
1 adultos mayores pertenecientes a las instituciones denominadas Centros
. de Vida. Diversitas. 2020; 16(1): p. 55-64.

6 Ramírez J. El bienestar psicológico y los factores psicosociales presentes
2 en los adultos mayores de la Asoiación de Jubilados de AndinaTel del
. Ecuador. Tesis. Quito: Universidad Internacional SEK, Facultad de
Ciencias del Trabajo y Comportamiento Humano.

6 Troncoso C, Soto N. Funcionalidad familiar, autovalencia y bienestar
3 psicosocial de adultos mayores. Horizonte Médico (Lima). 2018; 18(1).

6 Ayala L. Necesidades prioritarias de los adultos mayores según su
4 percepción en un club del adulto mayor. Lima - Perú. Tesis. Lima:
. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina.

6 Ministerio de Salud de Chile. Actualización del Manual de Geriátría para
5 Médicos. 1st ed. Chile; 2019.

6 Villa A. Estudian en la UNAM deterioro cognitivo en las personas mayores.
6 [Online].; 2015. Acceso 15 de junio de 2020. Disponible en:
. http://www.dgcs.unam.mx/boletin/bdboletin/2015_422.html.

6 Fortuño J. Relación entre ejercicio físico y procesos cognitivos en las
7 personas mayores. *Ágora para la Educación Física y el Deporte*. 2017;
. 19(1): p. 73-87.

ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Yo: _____; he recibido la información suficiente y pertinente de los objetivos de la investigación, que consistirá en: Caracterizar el estado cognitivo y la condición psicosocial en adultos mayores.

He recibido la información por el médico: Tutiven Jiménez Karem Apolonia posgradista de Medicina Familiar y Comunitaria de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, con cédula de identidad 0923546162 y número de teléfono: 0989955443.

1. Declaro que he recibido la información sobre la investigación y acepto participar en ella.
2. Conozco que el Comité de Bioética de la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil ha aprobado esta investigación.
3. La investigación consistirá en la aplicación de una serie de preguntas y evaluación por medio de unas escalas de valoración geriátricas.
4. El tiempo aproximado que dedicaré a la investigación es 30 min.
5. Sé que se mantendrá la confidencialidad de mis datos.
6. El consentimiento lo otorgo de manera voluntaria y sé que soy libre de negarme a participar o de retirarme del estudio en cualquier momento del mismo, por cualquier razón y sin que tenga ningún efecto sobre mi atención médica futura.
7. Después de finalizada la investigación se me informará de los resultados de la misma en general, si así lo deseo.

8. Se me ha dado tiempo y oportunidad para realizar preguntas. Todas las preguntas fueron respondidas a mi entera satisfacción.

Para constancia de lo mencionado, firmo este CONSENTIMIENTO INFORMADO de forma voluntaria, luego de haber tenido la oportunidad de formular inquietudes y comprendiendo todas las respuestas recibidas a las mismas.

Paciente:

Cédula de identidad No.

Fecha:

Anexo 2. Encuesta:

Estimado paciente me encuentro desarrollando un proyecto de investigación sobre el estado cognitivo y condición psicosocial en adultos mayores pertenecientes a dos consultorios del centro de salud Pascuales. Por lo que necesito su colaboración para contestar las siguientes preguntas. Los datos registrados son confidenciales y solamente serán utilizados para fines de investigación.

PARTE 1: ASPECTOS GENERALES.

1.- ¿Cuál es su edad?

2.- ¿Cuál es su sexo?

a) Masculino ()

b) Femenino ()

3.- ¿Cuál es su etnia?

a) Indígena ()

e) Montubio ()

b) Afroecuatoriano ()

f) Mestizo ()

c) Negro ()

g) Blanco ()

d) Mulato ()

h) Otro ()

4.- Ingresos económicos:

- a) Menor a un sueldo básico ()
- b) Igual a un sueldo básico ()
- c) Mayor a un sueldo básico ()

5.- Ocupación:

- a) Empleado público ()
- b) Empleado privado ()
- c) Cuenta propia ()
- d) Ama de casa ()
- e) Jubilado ()
- e) Desempleado ()

6.- ¿Cuál es su estado civil?

- a) Soltero ()
- b) Casado ()
- c) Unión libre ()
- d) Viudo ()
- e) Divorciado ()

6.- Indique su escolaridad:

- a) Ninguno ()
- b) Primaria ()
- c) Secundaria ()

d) Superior ()

Anexo 3. Evaluación cognitiva (mmse) modificado

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO

1. **Por favor, dígame la fecha de hoy.** Sondee el mes, el día del mes el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes _____
Día del mes _____
Año _____
Día semana _____
Total: _____

2. **Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar mas adelante.** Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Arbol: _____
Mesa: _____
Avion: _____
Total: _____ Número de repeticiones: _____

3. **Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9** Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no mencione, o por cada número que se le añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta del paciente: _____
Respuesta Correcta: 9 7 5 3 1
Total: _____

4. **Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.** Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel: _____
Dobla: _____
Coloca: _____
Total: _____

5. **Hace un momento le lei una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuales recuerda.** Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol _____
Mesa _____ Anote un punto por cada objeto
Avión _____ recordado en el primer intento.
Total: _____

6. **Por favor copie este dibujo:**

Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto esta dibujado correcto.



NOTA:

Sume los puntajes totales de las preguntas 1 a 6

Puntuación máxima: 19 puntos.

Entre 14 y 19 NO sugiere déficit cognitivo

13 puntos o menos Si sugiere déficit cognitivo.

(En pacientes iletrados utilice el test de Isaac)



Anexo 4. Prueba FF- SIL para funcionamiento familiar

PRUEBA DE PERCEPCIÓN DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR (FF-SL)

A continuación se presentan un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una equis (X) su respuesta, según la frecuencia en que la situación se presente.

VALORES DE LA ESCALA		Casi nunca (1)	Pocas veces (2)	A veces (3)	Muchas veces (4)	Casi siempre (5)
1	Se toman decisiones para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi casa cada uno cumple sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de nuestra vida cotidiana.					
5	Nos expresamos sin insinuaciones de forma clara y directa.					
6	Podemos aceptar los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones difíciles.					
8	Cuando alguno de la familia tiene problemas los demás ayudan.					
9	Se distribuyen las tareas de forma que nadie esté sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetados por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que nos tenemos.					
SUB-TOTAL:						
					TOTAL:	

Diagnóstico del funcionamiento familiar: _____

Anexo 5. Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada

Escala de Depresión Geriátrica Yesavage Modificada

	Si	No
1 ¿Esta satisfecho/a con su vida?	0	1
2 ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3 ¿Nota que su vida esta vacía?	1	0
4 ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5 La mayor parte del tiempo esta de buen humor?	0	1
6 ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7 ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8 ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9 ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10 ¿Cree que tiene mas problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11 ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12 Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13 ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14 ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15 ¿Cree que los otros están mejor que Vd.?	1	0

PUNTAJE TOTAL _____

NOTA: Normal (0-5) Probable depresión (6-9) Depresión estable (10 o más)

Anexo 6. Escala de valoración socio-familiar de Gijón (Versión abreviada y modificada)

ESCALA DE VALORACION SOCIAL GUIJON

Escala de valoración socio-familiar de Gijón (Versión abreviada y modificada)

Situación familiar

1. Vive con familia y/o pareja sin conflicto
2. Vive con pareja de similar edad
3. Vive con pareja y/o familia y/o pareja y/o otros pero no pueden o no quieren atenderlo
4. Vive solo, hijos y/o familiares próximos que no cubre todas las necesidades.
5. Vive solo, familia lejana, desatendido, sin familia

Relaciones y contactos sociales

1. Mantiene relaciones sociales fuera del domicilio
2. Solo se relaciona con familia/vecinos/otros, sale de casa
3. Solo se relaciona con familia, sale de casa
4. No sale de su domicilio, recibe familia o visitas (>1 por semana)
5. No sale del domicilio, ni recibe visitas (<1 por semana)

Apoyos red social

1. No recibe ningún apoyo
2. Recibe apoyo de la familia y/o vecinos
3. Recibe apoyo social formal suficiente (centro de día, trabajador/a familiar, vive en residencia, etc.)
4. Tiene soporte social pero es insuficiente
5. No tiene soporte social y lo necesita

NOTA: Puntuación

- De 5 a 9: aceptable situación social
- De 10 a 14: Existe riesgo social
- Más de 15: Problema social.

DECLARACIÓN Y AUTORIZACIÓN

Yo, Tutiven Jiménez Karem Apolonia con C.C: # 0923546162 autora del trabajo de titulación: Estado cognitivo y condición psicosocial en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021 previo a la obtención del título de **Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria** en la Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.

2.- Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de propiedad intelectual vigentes.

Guayaquil, 18 de marzo de 2022

f. _____

Nombre: Tutiven Jiménez Karem Apolonia

C.C: **0923546162**



REPOSITORIO NACIONAL EN CIENCIA Y TECNOLOGÍA

FICHA DE REGISTRO DE TESIS/TRABAJO DE TITULACIÓN

TEMA Y SUBTEMA:	Estado cognitivo y condición psicosocial en adultos mayores de dos consultorios del centro de salud Pascuales. Año 2021		
AUTOR(ES)	Karem Apolonia Tutiven Jiménez		
REVISOR(ES)/TUTOR(ES)	Brenda Yesqueny Urgilés Carrión		
INSTITUCIÓN:	Universidad Católica de Santiago de Guayaquil		
FACULTAD:	Escuela de Graduados en Ciencias de la Salud		
CARRERA:	Especialización en Medicina Familiar y Comunitaria		
TÍTULO OBTENIDO:	Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria		
FECHA DE PUBLICACIÓN:	20 de noviembre de 2021	No. DE PÁGINAS:	70
ÁREAS TEMÁTICAS:	Adulto Mayor, Estado Cognitivo, Condición Psicosocial		
PALABRAS CLAVES/KEYWORDS:	Envejecimiento, Deterioro Cognitivo, Adultos Mayores		
RESUMEN/ABSTRACT (150-250 palabras):			
<p>Antecedentes: El deterioro cognitivo es ubicado como un síndrome geriátrico, debido al envejecimiento a nivel neuroconductual como neuropsicológico. Objetivo: Caracterizar el nivel cognitivo y psicosocial en los adultos mayores de 2 consultorios del centro de salud Pascuales en el año 2021. Métodos: Se realizó estudio descriptivo, observacional prospectivo y transversal, con el propósito de describir el estado cognitivo y condición psicosocial en 86 adultos mayores participantes en este estudio. Los datos se obtuvieron a través de una encuesta y se procesaron con el programa SPSS V24 utilizando estadísticas descriptivas con frecuencia absolutas y relativas, de dispersión con media y desviación estándar para las variables cuantitativas. Resultados: Los participantes del estudio presentaban un promedio de 72 años, predominio de sexo masculino, mestizos, desempleados, en unión libre y nivel de escolaridad primaria predominantemente. El 59 % no presenta déficit cognitivo, el 30.2 % depresión leve, 57 % disfunción familiar moderada y 36.1 % están en riesgo social.</p> <p>Conclusiones: El adulto mayor es un grupo vulnerable, su condición de dependencia económica, baja escolaridad y disfunción familiar pueden influir en generar un estado depresivo y mayor riesgo social.</p>			
ADJUNTO PDF:	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	
CONTACTO CON AUTOR/ES:	Teléfono: +593 489955443	E-mail: karem.tutiven@cu.ucsg.edu.ec	
CONTACTO CON LA INSTITUCIÓN (COORDINADOR DEL PROCESO UTE)::	Nombre: Xavier Landivar Varas		
	Teléfono: +593-4-3804600 ext: 1830 - 1811		
	E-mail: posgrados.medicina@cu.ucsg.edu.ec		
SECCIÓN PARA USO DE BIBLIOTECA			
Nº. DE REGISTRO (en base a datos):			
Nº. DE CLASIFICACIÓN:			
DIRECCIÓN URL (tesis en la web):			