

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

TECNOLOGÍA SUPERIOR EN ATENCIÓN INTEGRAL A ADULTOS MAYORES

.....

**TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR/TITULACIÓN PREVIO A LA
OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE TECNOLOGO SUPERIOR EN ATENCION
INTEGRAL A ADULTOS MAYORES**

**“ÍNDICE DE DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO RESIDENCIAL HOGAR “CORAZÓN DE MARÍA”,
QUITO ”**

ALDAS CORTEZ RENATA VALENTINA

TUTORA: BENÍTEZ TERÁN PATRICIA GABRIELA

IBARRA – ECUADOR

AGOSTO, 2024

Índice de deterioro cognitivo en los adultos mayores 2

Ibarra, 26 de agosto de 2024

CERTIFICACIÓN TUTOR

En mi calidad de Tutora del Trabajo de Integración Curricular titulado: “ÍNDICE DE DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL HOGAR “CORAZÓN DE MARÍA”, QUITO”, presentado por la estudiante Renata Valentina Aldas Cortez con cedula de ciudadanía N° 1722637798 Certifico que el trabajo cumple con todos los parámetros establecidos, mediante el cual el estudiante demuestra el desarrollo de competencias en el campo de conocimiento de su profesión con un nivel de argumentación coherente, para ser sometido a la evaluación por parte de los lectores.

Adicionalmente, se adjunta el certificado de porcentaje de originalidad de TURNITIN.



(f):
Mgs. Benítez Terán Patricia Gabriela
TUTOR DE TRABAJO
C.C.: 1002094413

PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL

El tribunal examinador, aprueba el presente trabajo en nombre de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra:

(f):

Mgs. Benítez Terán Patricia Gabriela

C.C.: 1002094413

(f):

Mgs. Bastidas Obando Lilian Anais

C.C.: 0502929045

(f):

Mgs. Febres Aspino Maria Cecilia

C.C.: 1758602690

ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS

Yo, Renata Valentina Aldas Cortez, declaramos conocer y aceptar la disposición del Art. 165 del Código Orgánico de Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, que manifiesta textualmente: “Se reconoce facultad de los autores y demás titulares de derechos de disponer de sus derechos o autorizar las utilizaciones de sus obras o prestaciones a título gratuito y oneroso, según las condiciones que determinen. Esta facultad podrá ejercerse mediante licencias libres, abiertas y otros modelos alternativos de licenciamiento o la renuncia”.

Ibarra, 26 de agosto de 2024

(f):

Aldas Cortez Renata Valentina

C.C.: 1722637798

AUTORIA

Yo, Renata Valentina Aldas Cortez, portadora de la cedula de ciudadanía N° 1722637798, declaramos que el presente trabajo de investigación es de total responsabilidad de la autor@, y eximo expresamente a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ibarra de posibles reclamos o acciones legales.

(f):

Aldas Cortez Renata Valentina

C.C.: 1722637798

DEDICATORIA

A mis amados padres, Pablo y Patricia, y a mis queridos abuelitos, Martha y Alejandro, quienes han sido mi mayor apoyo y fuente de inspiración. También dedico este logro a los adultos mayores, quienes, con su sabiduría y ejemplo, me motivan cada día a alcanzar mis sueños. Gracias por ser mi luz en este camino.

Renata Aldas

AGRADECIMIENTO

Agradezco de corazón a cada uno de ustedes por su invaluable apoyo y amor durante este arduo camino hacia la culminación de mi tesis.

A mis queridos padres, Pablo y Patricia, y a mis adorados abuelitos, Martha y Alejandro, su constante aliento y ejemplo han sido mi faro en los momentos más desafiantes. Su presencia y sabios consejos han sido el fundamento sobre el cual construí este logro.

A mi sobrina Samay y a mi hermano Josue, ustedes son mi fortaleza y mi inspiración. Su alegría y ánimo inquebrantable me han impulsado a seguir adelante cuando las dificultades parecían insuperables.

A los adultos mayores que día a día me motivan con su experiencia y sabiduría, les agradezco por ser mi luz en el camino, recordándome la importancia de la perseverancia y la humildad.

A mi pareja Andrés , gracias por tu amor incondicional y tu constante apoyo. Tu presencia ha sido mi mayor fortaleza y compañía en cada paso de este viaje académico.

Este logro no solo es mío, sino de cada uno de ustedes, quienes han sido parte fundamental de este proceso y han dejado una huella imborrable en mi corazón.

Renata Aldas

Autor: Aldas Cortez Renata Valentina

Tutor: Patricia Gabriela Benítez Terán

Año: 2024

Resumen

El Centro Residencial Hogar "Corazón de María" es una entidad dedicada a proporcionar alojamiento, atención y apoyo a personas mayores, quienes enfrentan diversas situaciones asociadas a su edad como el deterioro cognitivo, por lo que ya no pueden vivir de manera independiente en sus hogares. Por lo que se busca brindarles un entorno seguro y cómodo donde los residentes puedan recibir cuidados personalizados y asistencia con sus actividades diarias. En este contexto, la presente investigación se centra en describir el nivel de deterioro cognitivo en la población adulta mayor del Centro Hogar "Corazón de María" de la ciudad de Quito durante el primer semestre del año 2024. Para el cumplimiento de este objetivo, se emplea una investigación de tipo descriptiva con un enfoque cuantitativo, transversal y no experimental. Como instrumento se utiliza el Test KIKA-COG: Cognitive Assessment, aplicado a 103 adultos mayores, con edades comprendidas entre 61 y 109 años de edad, de los cuales 58 son mujeres y 45 son hombres. Los resultados indican que existe un 36% de la población del centro con un deterioro cognitivo muy alto, de los cuales destaca el segmento de edad entre 80 a 89 años con un 15%. Referente a las dimensiones específicas del Test se halló mayor deterioro cognitivo con respecto a la edad, en las áreas de recordar, fluidez verbal, registro, orientación y reconocimiento. Mientras que existen menos variaciones en las áreas de función frontal ejecutiva, retirada gratuita y comprensión.

Palabras clave: Adultos Mayores, centros residenciales, deterioro cognitivo.

Author: Aldas Cortez Renata Valentina

Tutor: Bastidas Obando Lilian Anais, Mgs.

Year: 2024

Abstract

The Centro Residencial Hogar "Corazón de María" is an entity dedicated to provide housing, care and support to elderly people, who face various situations associated with their age such as cognitive impairment, so they can no longer live independently in their homes. Therefore, it seeks to provide them with a safe and comfortable environment where residents can receive personalized care and assistance with their daily activities. In this context, the present research focuses on describing the level of cognitive impairment in the elderly population of the Centro Hogar "Corazón de María" in the city of Quito during the first half of the year 2024. In order to achieve this objective, a descriptive research with a quantitative, cross-sectional and non-experimental approach is used. The instrument used was the KIKA-COG: Cognitive Assessment Test, applied to 103 older adults between 61 and 109 years of age, of whom 58 are women and 45 are men. The results indicate that 36% of the center's population has a very high cognitive impairment, with 15% of the population between 80 and 89 years of age. Regarding the specific dimensions of the test, a greater cognitive deterioration with respect to age was found in the areas of recall, verbal fluency, registration, orientation and recognition. While there are less variations in the areas of frontal executive function, free recall and comprehension

Key words: Older adults, residential centers, cognitive impairment.

ÍNDICE GENERAL

CERTIFICACIÓN TUTOR	2
PÁGINA DE APROBACIÓN DEL TRIBUNAL	3
ACTA DE CESIÓN DE DERECHOS	4
AUTORIA	5
DEDICATORIA	6
AGRADECIMIENTO	7
Resumen.....	8
Abstract.....	9
INTRODUCCIÓN	15
CAPITULO I - SITUACION PROBLEMICA	17
Planteamiento del problema.....	17
Objetivos de la investigación.....	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos	19
Justificación.	19
CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE	21
Marco teórico.....	22
Adultos mayores.	22
Envejecimiento.	26
Test KICA.....	33
Centros residenciales.	36
Bases legales.	39
CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO	40
Tipo de investigación – Descriptivo / Diseño transversal	40
Enfoque Cuantitativo / Método no experimental.....	41

ÍNDICE DE DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES	11
Población y muestra.....	42
Técnica e instrumentos de investigación.....	43
Presupuesto del estudio.....	45
Cronograma de actividades.....	45
CAPITULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	46
CONCLUSIONES.....	61
RECOMENDACIONES.....	63
REFERENCIAS.....	65
Anexos.....	72

Índice de tablas

Tabla 1. Escala de evaluación	35
Tabla 2 Presupuesto total del estudio.....	45
Tabla 3 Cronograma.....	45

Índice de gráficos

Gráfico 1 Sexo de la población en estudio de adulto mayor.....	47
Gráfico 2 Edad de la población de estudio	47
Gráfico 3 Resultados generales.....	48
Gráfico 4 Deterioro cognitivo.....	49
Gráfico 5 Dimensión orientación.....	50
Gráfico 6 Dimensión reconocimiento.....	51
Gráfico 7. Dimensión registro.....	52
Gráfico 8 Dimensión comprensión	54
Gráfico 9 Dimensión fluidez verbal.....	54
Gráfico 10 Dimensión recordar	55
Gráfico 11 Dimensión denominación visual.....	56
Gráfico 12 Función Frontal Ejecutiva.....	57
Gráfico 13 Dimensión retirada gratuita	58
Gráfico 14 Dimensión de recuerdo con claves	59
Gráfico 15 Dimensión práctica	60

Índice de anexos

Anexo 1. Listados participantes.....	72
Anexo 2. Carta de aceptación del centro	77
Anexo 3. Consentimiento informado.....	78
Anexo 4. Instrumento KIKA COG.....	80
Anexo 5. Respaldo fotográfico	81

INTRODUCCIÓN

Desde una visión de salud, el Centro Residencial Hogar “Corazón de María”, Quito, en el marco de su competencia debe estar preparado para asumir sus tres obligaciones básicas: respetar, proteger y , realizar y en consecuencia, dirigir un sistema socialmente justo y asegurar una adecuada calidad de vida, de manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas de salud.

El envejecimiento del ser humano es un proceso natural, que se produce a través de todo el ciclo de vida. Sin embargo, no todas las personas envejecen de la misma forma. La evidencia científica describe que la calidad de vida y la capacidad cognitiva durante la vejez, están directamente relacionadas con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta. Los estilos de vida, geografía en que se ha vivido, la exposición a factores de riesgo, las posibilidades de acceso a la educación, a la promoción de la salud en el transcurso de la vida, constituyen aspectos importantes al momento de evaluar la calidad de vida y funcionalidad del adulto mayor.

Esto significa prolongar la vida si-n discapacidades o con una vida funcionalmente saludable. Por eso es crucial identificar a las personas en riesgo de perder su capacidad cognitiva y tomar medidas de prevención antes de que ocurra la discapacidad. Las acciones de salud para los adultos mayores deben centrarse en mantener su independencia, prevenir y rehabilitar cualquier pérdida de esta independencia, sin dejar de lado la atención en situaciones de emergencia y los cuidados continuos durante la recuperación y rehabilitación. También es importante tener en cuenta que las evaluaciones cognitivas pueden variar en función del tiempo disponible, el rendimiento y la capacidad de cada adulto mayor, lo que influirá en la evaluación.

Por lo tanto, es necesario respetar su tiempo y cualquier cambio inesperado en su rutina, como las horas de las comidas o la medicación.

Línea de investigación

Vida digna y Salud Integral: Esta línea abarca la identificación, análisis y desarrollo de acciones que mejoren la calidad de vida y salud de individuos y comunidades, garantizando el respeto a los derechos humanos y la equidad en el acceso a recursos y servicios de salud.

Sublínea de investigación

Salud y grupos vulnerables: Se dedica al estudio de las condiciones de salud de poblaciones que enfrentan barreras significativas debido a factores socioeconómicos, culturales, demográficos o ambientales u otros, tal como es el caso de los adultos mayores.

CAPITULO I - SITUACION PROBLEMICA

Planteamiento del problema

En los últimos años, y cada vez más frecuente en América Latina el uso de los términos “grupos vulnerables” y “grupos de atención prioritaria” por los gobiernos y académicos es de vital importancia porque se ven involucrados los grupos sociales más desposeídos tal como las personas de la tercera edad (Bravo y Lamus, 2020), quienes enfrentan distintos problemas tanto a nivel físico como mental.

Según la Organización Mundial de la Salud (2021), el deterioro cognitivo es un problema creciente de Salud Pública global que afecta a más de 50 millones de personas en el mundo, declarando en la actualidad es la séptima causa de defunción y una de las causas principales de discapacidad y dependencia entre las personas de la tercera edad especialmente en Latinoamérica.

En el contexto ecuatoriano, durante el año 2019, se llevó a cabo un relevamiento de datos sobre la salud mental de la población de la tercera edad en dos instancias conocidas como la 7ma toma, que incluyó a un total de 66,669 personas, y la 8va toma, que abarcó a 60,846 individuos. Los resultados indicaron que las personas adultas mayores presentaron un deterioro cognitivo leve, con un 51,4% de usuarios en la séptima toma y un 48,3% en la octava toma. En cuanto a la demencia, se observó una situación más crítica, con un porcentaje bajo de usuarios, representando el 13,6% en la séptima toma y el 10,6% en la octava. Por otro lado, aquellos adultos mayores con un estado mental considerado normal comprendieron el 20,3% del total en la séptima toma y el 25% en la octava (Flores et al. 2021).

En el ámbito local, investigadores como Sandoval y Navarrete (2022), llevaron a cabo un estudio en instituciones tanto públicas como privadas, donde hallaron que el porcentaje de la

población con capacidad cognitiva normal es significativamente mayor en las instituciones privadas, alcanzando un 35,29%, en contraste con las instituciones públicas, donde este porcentaje es inferior, situándose en un 11,76%. Asimismo, se observó que el mayor porcentaje de la población con deterioro de la capacidad cognitiva se registró en el centro privado con un 41,18%, mientras que en el centro público, el mayor porcentaje fue del 52,94%, correspondiente a la población en sospecha patológica. En la primera institución, se identificó un mínimo porcentaje del 5,88%, que corresponde a la población en estado de demencia, mientras que en la segunda institución no se registraron casos de demencia.

El envejecimiento es un proceso que se presenta a lo largo del ciclo de vida, desde la concepción hasta el fin de la vida. Es un proceso natural, aunque es difícil aceptarlo como una realidad innata a toda persona. El envejecimiento se ha considerado como un problema de salud pública, el cambio en la pirámide poblacional se ha revertido hacia el aumento de esta población y los estados no están preparados para responder a las consecuencias físicas, mentales, sociales y sanitarias que esto implica. También, es importante tener en cuenta que los adultos mayores pueden tener déficits sensoriales (baja visión o audición), déficits cognitivos y/o educacionales (nivel de escolaridad) que les dificulten responder los cuestionarios o test, por lo que analizar el índice de deterioro cognitivo en los adultos mayores garantiza una evaluación significativa, y las teorías de desarrollo cognitivo ayudan a comprender cómo se desarrollan las habilidades a lo largo del tiempo.

Objetivos de la investigación.***Objetivo general***

Describir el nivel de deterioro cognitivo en la población adulta mayor del Centro Hogar “Corazón de María” de la ciudad de Quito durante el periodo octubre 2023 a febrero 2024.

Objetivos específicos

- Fundamentar teóricamente la investigación mediante una revisión bibliográfica con relación al deterioro cognitivo en las personas adultas mayores en centros residenciales.
- Medir el nivel de deterioro cognitivo con el test KICA COG en las personas adultas mayores del centro residencial.
- Analizar los datos obtenidos para así conocer el índice real de personas adultas con este padecimiento.

Justificación.

Para brindar una solución efectiva hacia el problema de estudio generado, se prevé realizar un estudio sobre el deterioro cognitivo de los adultos mayores y su calidad de vida, utilizando como instrumento el Test KICA COG con el objetivo de conocer la realidad de los adultos mayores con respecto a su estado mental, por lo que la presente investigación puede justificarse desde diversas expectativas.

Es así que este trabajo se justifica en relación a los principales beneficiarios que son los residentes del Centro Residencial Hogar "Corazón de María", pues al identificar y evaluar el estado cognitivo de estos adultos mayores, se pueden desarrollar intervenciones específicas para mejorar su bienestar y calidad de vida. Cuyos resultados del estudio permitirán a los cuidadores y al personal médico del centro implementar estrategias más efectivas y personalizadas para atender las necesidades cognitivas y emocionales de los residentes.

Desde una perspectiva académica, este estudio contribuirá al conocimiento sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores, en donde es importante entender cómo mantener la salud mental y la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Por lo que la presente investigación proporcionará datos valiosos que pueden ser utilizados para desarrollar políticas y estrategias de atención médica centradas en la prevención y manejo del deterioro cognitivo.

En el contexto de la salud pública, esta investigación subraya la importancia de mantener el estado cognitivo de los adultos mayores para reducir los costos asociados con el cuidado de la salud. Ya que al identificar niveles de deterioro cognitivo y proponer intervenciones preventivas, se pueden diseñar programas que no solo mejoren la salud y el bienestar de los individuos, sino que también alivien la carga financiera y operativa de los sistemas de atención médica y fomentar así un envejecimiento saludable mediante la actividad física y otras intervenciones puede tener un impacto positivo en la salud física y mental de los adultos mayores, creando una sociedad más inclusiva.

CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE

Para la realización del presente documento, se tomaron como referencia varios estudios previos sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores y su atención, por ejemplo, se consideró el artículo "Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención" de Choreño et al. (2020) que analiza cómo se diagnostica el deterioro cognitivo en adultos mayores, en donde utilizando una revisión sistemática, destaca métodos comunes como el examen mini mental de Folstein y describe las principales afectaciones cognitivas y físicas.

Mientras que en el ensayo "Representaciones sociales sobre el Envejecimiento y la atención del Adulto Mayor. Perspectivas desde la UNEFM" de Bravo y Lamus (2020) explora las percepciones sobre el envejecimiento y la atención integral desde la perspectiva de profesionales de Gerontología, destacando la influencia de los estereotipos en la calidad de atención y la importancia de desafiar estas representaciones para mejorar los servicios gerontológicos.

En el trabajo "Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia" de Gonzáles et al. (2021) se revisa y actualiza los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo leve, que inicialmente centrado en pruebas de memoria, el diagnóstico evolucionó para incluir múltiples pruebas y considerar variaciones normales en el rendimiento, mejorando así la precisión.

En el artículo "El envejecimiento desde la perspectiva del modelo conductual de Dorothy E. Johnson" de Oria et al. (2019) se aborda el envejecimiento poblacional desde el modelo conductual de Dorothy E. Johnson, destacando los desafíos en la aplicación de teorías de enfermería en Cuba y subrayando la necesidad de actualización constante en el conocimiento.

Así también en "Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez" de Ortega et al. (2020) se revisa diversas teorías del envejecimiento, resaltando la complejidad del proceso y la importancia de no atribuirlo exclusivamente a una sola teoría, concluyendo que el envejecimiento es un proceso único e irrepetible para cada individuo.

El artículo "Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años" de Fonte y Santos (2020) estudia la prevalencia y factores de riesgo del deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años en La Habana, donde encontró una prevalencia del 74.5%, con el género femenino y un nivel educativo bajo como factores de riesgo significativos.

Finalmente, en el contexto ecuatoriano, el estudio "Deterioro cognitivo y actividades instrumentales de la vida en adultos mayores del centro-norte de la ciudad de Quito" de Pérez y Montaña (2023) mediante herramientas como la Neuropsi y la escala de Lawton y Brody, concluye que la mayoría presenta deterioro cognitivo leve pero mantiene alta autonomía, sin relación significativa con sexo, educación o edad.

Marco teórico.

Adultos mayores.

Para la Organización Mundial de la Salud (2021) los adultos mayores son aquellas personas que experimentan:

La acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedad y, en última instancia, a la muerte” (p.1).

Los adultos mayores son aquellas personas que experimentan diversos cambios físicos y psicológicos debido al proceso natural de envejecimiento, por lo que es esencial que la sociedad les proporcione las condiciones y garantías necesarias para que puedan ejercer plenamente sus

derechos económicos y sociales que les permita vivir con dignidad y mantener una calidad de vida satisfactoria (Abaunza, 2020).

Los adultos mayores representan una parte significativa en todo el mundo, ya que a medida que la esperanza de vida aumenta y las mejoras en la atención médica permiten a las personas vivir más tiempo. En la actualidad, los adultos mayores a menudo se enfrentan a diversas cuestiones que van desde la salud hasta la participación social, y es esencial abordar estos temas de manera integral para garantizar una calidad de vida plena durante la tercera edad (Parada et al. 2022).

Tipos de edades tardías

Según el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2020) se puede identificar diversas etapas del envejecimiento según el rango de edad, tal como se lo explica a continuación:

- **Vejez temprana:** se da entre los 65 a 74 años, se manifiesta por el paso de la vida laboral activa hacia la jubilación.
- **Vejez Avanzada:** se da entre los 75 a 84 años, en esta etapa empiezan a presentarse pérdidas de funcionalidad.
- **Vejez muy avanzada,** se da de los 85 años en adelante, existe un mayor deterioro físico y cognitivo.

Tipos de envejecimiento

Biológico: se enfoca en los cambios físicos y biológicos que pueden abarcar desde la reducción de la función inmune y modificaciones en la composición corporal hasta una disminución en la capacidad de regeneración celular y fluctuaciones hormonales.

Psicológico: se refiere a las alteraciones en los procesos mentales y emocionales que ocurren durante el proceso de envejecimiento, lo que conlleva a posibles cambios en áreas como

el pensamiento, la memoria, la resolución de problemas, las habilidades cognitivas y las respuestas emocionales.

Social: incluye modificaciones en las relaciones interpersonales, la participación en la comunidad, el acceso a servicios médicos y la disponibilidad de recursos financieros.

Patológico: concentra enfermedades y trastornos asociados con el envejecimiento como la osteoporosis, la artritis, la diabetes, las enfermedades cardiovasculares y el deterioro cognitivo, como la demencia y Alzheimer (Ojediz, 2023).

Teorías del envejecimiento

Envejecimiento exitoso:

Se refiere a la capacidad de las personas para mantener un buen estado de salud y bienestar, reduciendo al mínimo el riesgo de enfermedades mediante la práctica regular de actividades físicas y mentales, así como manteniendo relaciones interpersonales significativas y participando en actividades importantes y satisfactorias. Implica adoptar actividades y actitudes típicas de personas de mediana edad, en lugar de simplemente reemplazar los roles perdidos debido al envejecimiento (D'Hyver y Alonso, 2019).

Envejecimiento saludable:

Se refiere a una etapa que precede a la edad de 60 años en términos cronológicos, en donde adoptar hábitos y estilos de vida saludables desde una edad temprana no solo previene ciertas enfermedades y discapacidades, sino que también tiene un impacto positivo en el proceso de envejecimiento en sí mismo. (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

Envejecimiento activo

Se refiere a un proceso que tiene como objetivo maximizar las oportunidades de salud, participación y seguridad para mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen. Se identifican seis determinantes principales que influyen en este proceso: los factores económicos, conductuales, personales, sociales, relacionados con los sistemas de salud y sociales, así como los relacionados con el entorno físico (Petretto et al. 2016).

Teoría del envejecimiento cognitivo

Plantea que el envejecimiento puede impactar la habilidad de concentrarse en la información importante y filtrar información menos relevante, lo que puede llevar a distracciones y dificultades en la comprensión del lenguaje y la memoria. Según esta teoría, la memoria debe no solo retener la información relevante, sino también desechar la información no necesaria para evitar confusiones. Para lograr esto, la mente debe tener dos funciones en funcionamiento: una para limitar la entrada de información irrelevante y otra para eliminar la información que ya no es útil (Véliz et al. 2010).

Influencia social en el deterioro cognitivo

Según Valarezo et al. (2020), los adultos mayores que mantienen interacciones sociales regulares tienden a experimentar una menor percepción de la soledad en comparación con aquellos que tienen un contacto social más limitado. Este hallazgo sugiere que la presencia continua de visitas podría servir como un mecanismo de protección contra la sensación de soledad en esta población, lo que, a su vez, podría contribuir a un mejor estado cognitivo. Los estudios realizados han establecido una relación inversa entre la percepción de la soledad y el estado cognitivo y emocional de los individuos mayores.

Por otra parte, el acceso a la jubilación es otro aspecto crítico en la vida de los adultos mayores, puesto que muchos de estos encuentran la transición de la vida laboral activa al retiro

desafiante, ya que puede afectar su identidad, sentido de propósito y redes sociales, motivo por el cual es crucial fomentar entornos que promuevan la participación continua y la contribución a la sociedad para evitar el aislamiento y la pérdida de sentido de pertenencia. (Zabala y Peñaherrera, 2020).

Así también el apoyo familiar y comunitario se vuelve aún más importante a medida que las personas envejecen, puesto que muchos adultos mayores prefieren envejecer en sus hogares, lo que resalta la importancia de construir comunidades y sistemas de apoyo que faciliten el envejecimiento en el lugar.

Según Casalí et al. (2023) el aspecto económico, la seguridad financiera se convierte en un tema crucial para los adultos mayores, esto debido a que la planificación financiera a lo largo de la vida y la gestión de los recursos se vuelven esenciales para garantizar un retiro cómodo y sin preocupaciones económicas. Por ello, es importante que las políticas gubernamentales que aborden las pensiones, el acceso a la atención médica y otros aspectos económicos son vitales para garantizar la estabilidad financiera de los adultos mayores.

Por lo tanto, abordar las necesidades de los adultos mayores es un desafío multifacético que requiere enfoques integrales y colaborativos. Desde la atención médica hasta la participación social, la planificación financiera y la adaptación a la jubilación, cada aspecto de la vida de los adultos mayores está interconectado y requiere una atención especial.

Envejecimiento.

El envejecimiento humano es un proceso intrínseco y natural que implica el desgaste gradual de los sistemas del cuerpo a lo largo del tiempo. Este fenómeno tiene un impacto profundo en diversos aspectos de la salud y el funcionamiento biológico de una persona. A medida que avanza la edad, se producen cambios estructurales y funcionales en los órganos y

tejidos, lo que puede dar lugar a una serie de efectos (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2020).

Efectos

Uno de los aspectos fundamentales del envejecimiento es la pérdida progresiva de la masa muscular y de la densidad ósea, lo que puede resultar en una menor fuerza y resistencia física. Lo que contribuye a la vulnerabilidad ante lesiones y afecta la capacidad de llevar a cabo actividades cotidianas de manera eficiente (Ünal y Özdemir, 2019).

El envejecimiento también está asociado con la acumulación de factores de riesgo y el desgaste de los sistemas de defensa del organismo que pueden predisponer a la aparición de diversas condiciones médicas, como enfermedades cardíacas, diabetes, osteoartritis, entre otras.

Por otra parte, la disminución en las funciones biológicas es otra característica destacada del envejecimiento, lo que incluye cambios en el sistema cardiovascular, el sistema inmunológico, la función renal y otros sistemas importantes que pueden afectar la capacidad del organismo para mantener el equilibrio interno y responder a desafíos externos.

Finalmente, el envejecimiento se correlaciona con un aumento en la mortalidad, pues el hecho de que el cuerpo experimente un desgaste natural con el tiempo contribuye al incremento de la susceptibilidad a enfermedades y, en última instancia, a una mayor probabilidad de fallecimiento (Ünal y Özdemir, 2019).

Teorías psicosociales del envejecimiento

Teoría del Retraimiento: Propone que a medida que las personas envejecen, tienden a retirarse o desvincularse gradualmente de la sociedad y de las actividades sociales, debido a factores, como la jubilación, la pérdida de amigos o seres queridos, la disminución de la movilidad física o la salud debilitada (Aldás, 2015).

Teoría de la Actividad: Sugiere que el envejecimiento es más satisfactorio cuando las personas participan en una variedad de actividades sociales, intelectuales y físicas. Según esta teoría, las personas mayores que continúan participando en actividades sociales, recreativas, educativas o laborales tienden a experimentar un envejecimiento más saludable y gratificante en comparación con aquellos que se retiran o se vuelven más pasivos (Aldás, 2015).

Teoría de los Roles: Se entiende que los individuos ocupan una serie de roles definidos por la sociedad, como roles familiares, laborales, comunitarios o religiosos, por lo que a medida que las personas envejecen, es posible que se retiren de algunos roles y asuman otros nuevos, lo que puede influir en su identidad, autoconcepto y sentido de pertenencia social (Aldás, 2015).

Teoría de la Subcultura: Postula que las personas mayores que comparten una determinada edad experimentan circunstancias y desafíos similares, lo que les lleva a formar una subcultura única dentro de la sociedad. Pues a través de la interacción y la comunicación entre individuos de la misma edad, se desarrollan normas, valores y formas de comportamiento compartidas que contribuyen a la cohesión social y al apoyo mutuo entre las personas mayores (Aldás, 2015).

Deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo es un fenómeno complejo que afecta a un número significativo de personas en todo el mundo, tal proceso se caracteriza por la pérdida progresiva de funciones cerebrales superiores, como la memoria, el pensamiento abstracto, la toma de decisiones y el lenguaje (Ballarín y Moreno, 2022).

Puede entenderse también como un estado clínico que se encuentra entre el envejecimiento normal y la demencia, marcando un punto en el cual las habilidades cognitivas

de una persona muestran cierto deterioro más allá de lo que sería esperado para su edad, pero aún no llegan al nivel necesario para un diagnóstico de demencia (Zegarra, 2023).

Por lo tanto, la evaluación y el seguimiento continuo son fundamentales para detectar cualquier cambio en el estado cognitivo y brindar intervenciones apropiadas, ya que esto se puede identificar mediante pruebas objetivas que evalúan diferentes aspectos de la cognición, como la memoria, la atención, la función ejecutiva, el lenguaje y las habilidades visuoespaciales.

Edad mental

Esta medida es útil para evaluar el rendimiento cognitivo de una persona y proporciona información sobre su capacidad de comprensión, razonamiento y resolución de problemas en comparación con sus pares. Sin embargo, es importante tener en cuenta que el nivel de desarrollo de la inteligencia es solo una faceta del funcionamiento cognitivo y no captura completamente la complejidad de las habilidades mentales de un individuo.

Niveles de deterioro cognitivo

Acorde a la Escuela de Postgrado de Psicología y Psiquiatría (2022) se puede considerar los siguientes niveles de deterioro cognitivo:

Deterioro cognitivo leve: Implica problemas de memoria o cambios cognitivos que no tienen un impacto significativo en la rutina diaria del individuo.

Deterioro cognitivo medio o demencia leve: Se caracteriza por una desorientación notable en cuanto al tiempo y el espacio, olvidos de nombres de personas cercanas, problemas de memoria reciente y variaciones en el estado de ánimo, como irritabilidad.

Deterioro cognitivo notable o demencia moderada: Los síntomas se hacen más evidentes, con dificultades para entender y seguir instrucciones, desorientación frecuente y problemas para aprender.

Deterioro cognitivo severo o demencia grave: En esta etapa, el paciente generalmente no puede comunicarse, no entiende mensajes ni puede cuidar de sí mismo. Existe una pérdida total de la memoria a largo plazo y una completa dependencia en el cuidado de otros.

Factores predisponentes

Existen diversos factores que pueden incrementar la probabilidad de desarrollar esta condición:

- El envejecimiento es un factor de riesgo significativo, ya que el riesgo de demencia se incrementa con la edad. Los antecedentes familiares de demencia también pueden contribuir al riesgo, lo que sugiere la presencia de un componente genético en algunos casos (Allasi y Cardoso, 2021).
- Otros factores de riesgo comprenden trastornos metabólicos como la diabetes mellitus, así como trastornos psiquiátricos como la depresión, esquizofrenia y psicosis, también pueden incrementar el riesgo de demencia (Mayorga et al. 2023).
- Además, los eventos vasculares cerebrales, la cardiopatía isquémica, la aterosclerosis, ciertos tipos de cáncer y la enfermedad de Parkinson también se han vinculado con un mayor riesgo de demencia (Vásquez, 2021).

Cómo se da el deterioro cognitivo

Para Zegarra (2023), la memoria episódica, que es la capacidad de recordar eventos y experiencias específicas, suele ser uno de los dominios más afectados en el DCL, aunque otras áreas cognitivas también pueden mostrar deterioro.

Marcano y Ormaza (2022) mencionan que uno de los aspectos más estudiados del deterioro cognitivo es la enfermedad de Alzheimer, una de las principales causas de demencia en todo el mundo. Esta condición se manifiesta con la acumulación de placas de proteínas en el cerebro, lo que lleva a la pérdida de conexiones entre las células nerviosas y, finalmente, a la muerte celular.

Otros efectos del deterioro cognitivo, son la demencia vascular, que resulta de la reducción del flujo sanguíneo al cerebro, en donde los accidentes cerebrovasculares y las enfermedades vasculares pueden contribuir significativamente a este tipo de deterioro cognitivo (Marcano y Ormaza, 2022).

Sin embargo, el deterioro cognitivo no siempre está vinculado al envejecimiento, esto debido a que existen condiciones como el trastorno cognitivo leve (MCI, por sus siglas en inglés), que se describe como un estado intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia.

La carga emocional y social del deterioro cognitivo también es un aspecto crucial que a menudo se pasa por alto. En donde la pérdida gradual de la identidad y la independencia puede generar ansiedad, depresión y aislamiento, por lo que existe la necesidad de un apoyo emocional y psicológico adecuado se vuelve fundamental tanto para los afectados como para sus cuidadores (Caqueo, 2022).

Diagnóstico del deterioro cognitivo

Para Góonzales et al. (2021) uno de los sistemas de clasificación más utilizados para este fin es el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM), publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría, en donde deben cumplirse dos criterios principales:

- **Presencia de déficits cognitivos:** Se requiere la presencia de déficits cognitivos significativos en al menos un área de la cognición, como la memoria, el lenguaje, la atención, la función ejecutiva, entre otros.
- **Deterioro funcional significativo:** Además de los déficits cognitivos, el paciente debe mostrar un deterioro significativo en su capacidad para realizar actividades de la vida diaria. Sin embargo, surge un desafío significativo al aplicar estas pruebas a adultos mayores que pueden tener limitada o nula escolarización. Esto debido a que dichas pruebas se encuentran diseñadas originalmente para poblaciones educadas, de tal modo que las mismas pueden no reflejar con precisión las capacidades cognitivas de aquellos con menos experiencia académica (Poblete et al. 2019).

Por otra parte, la inclusión de la historia de vida en el proceso de evaluación puede ser una herramienta valiosa para comprender mejor las capacidades cognitivas de los adultos mayores sin escolarización formal, ya que entender las experiencias de vida, las ocupaciones anteriores y las habilidades adquiridas a lo largo del tiempo puede proporcionar una visión más completa de las capacidades cognitivas individuales (Russo et al. 2022).

Además de las evaluaciones cognitivas tradicionales, observar cómo manejan tareas cotidianas, interactúan con su entorno y gestionan las demandas diarias puede proporcionar pistas importantes sobre sus habilidades cognitivas. Por lo que esta evaluación práctica puede ayudar a compensar las limitaciones de las pruebas estandarizadas y ofrecer una perspectiva más completa del funcionamiento cognitivo de los adultos mayores. En este contexto, existen otros modelos de evaluación como es el KICA-COG.

Tratamiento del deterioro cognitivo

Este puede darse desde un enfoque no farmacológico en donde se busca un manejo adecuado de los síntomas neuropsiquiátricos, las alteraciones conductuales y su incapacidad de adaptación a un nuevo ambiente, para lo que se recomienda realizar cambios en la estructura del hogar con el fin de disminuir los riesgos y facilitar las tareas cotidianas. Esto implica corregir posibles problemas sensoriales, proporcionar información al cuidador sobre los signos de la enfermedad y garantizar su bienestar emocional (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2012)

Por otra parte, los medicamentos conocidos como inhibidores de colinesterasa, como donepezilo, galantamina y rivastigmina, se emplean para mejorar la función cognitiva, habilidades y para aliviar los síntomas neuropsiquiátricos en individuos diagnosticados con la forma leve a moderada de la enfermedad de Alzheimer. Estos tratamientos funcionan al aumentar la cantidad de acetilcolina disponible en las conexiones entre las células nerviosas, lo que facilita la comunicación entre estas células. Aunque no logran detener la progresión de la enfermedad desde la etapa de deterioro cognitivo leve hasta la demencia, y por lo tanto, no se aconseja su uso en las etapas más avanzadas de la enfermedad (Instituto Mexicano de Seguridad Social, 2012)

Factores protectores

Fernández et al. (2022) identifica una serie de elementos que pueden proteger contra el deterioro cognitivo y abarcan diversos aspectos de la vida. Por ejemplo, la educación recibida durante los primeros años, así como el mantenimiento de niveles apropiados de actividad física y la participación en actividades sociales. Además, la reducción del consumo de tabaco y el control eficaz de condiciones médicas como la hipertensión y la diabetes también se han asociado con una protección contra la demencia.

Test KICA

Descripción

Según Dyer et al. (2017) el KICA (Kimberley Indigenous Cognitive Assessment) es un instrumento importante que se diseñó originalmente para atender las necesidades específicas de la población de ancianos indígenas australianos que vive en entornos rurales y apartados. En cuanto a su composición este Test consta de diversos modelos de evaluación diseñados para abordar distintos ámbitos, de los cuales se emplea el KICA-COG: Cognitive Assessment usado para la evaluación cognitiva, por lo que es el más acorde para el cumplimiento de los objetivos planteados en esta investigación.

Baremos

El Test KICA-COG: Cognitive Assessment, mediante preguntas específicas evalúa las siguientes dimensiones:

1. Orientación: indaga sobre el conocimiento temporal y espacial
2. Reconocimiento y denominación
3. Registro: evalúa la retención de información mediante la solicitud de mencionar lo aprendido durante la evaluación
4. Comprensión verbal: incluye tareas como cerrar los ojos y señalar direcciones para evaluar la comprensión verbal y la capacidad de seguir instrucciones
5. Fluidez Verbal: mide la capacidad de nombrar animales cazados en un tiempo limitado, evaluando la fluidez verbal y la retención de información en un periodo corto
6. Recordar: evalúa la memoria al preguntar sobre la ubicación de objetos previamente mostrados durante la evaluación
7. Denominación visual: introduce la identificación de imágenes, seguida de la tarea de recordarlas posteriormente

8. Función frontal ejecutiva: muestra alternancia de cruces y círculos, evaluando funciones ejecutivas y habilidades visuales
9. Retirada gratuita
10. Recuerdo con claves: requiere que el individuo recuerde dibujos previamente mostrados, tanto de forma libre como con ayuda de ejemplos visuales
11. Práctica: involucra tareas prácticas, como abrir una botella y verter agua en un vaso, así como demostrar el uso de un peine, evaluando habilidades prácticas y ejecutivas (Dyer et al. 2017).

Aplicación del Test

Se aplica el Test pregunta por pregunta dentro de cada dimensión, en donde una respuesta afirmativa se marca con valor de 1 y una respuesta incorrecta se marca con valor de 0. Por otra parte, destaca la recomendación de adaptar el uso de objetos cotidianos, favoreciendo aquellos que resulten más familiares para los individuos evaluados.

Escalas de evaluación

En cuanto la interpretación de los resultados, el Test plantea que ante una puntuación de donde una puntuación de $\leq 33/39$ funciona como indicador de la posible presencia de deterioro cognitivo y, por ende, insta a una revisión médica adicional (Dyer et al. 2017). En donde, los resultados obtenidos se asocian a las siguientes escalas:

Tabla 1.

Escala de evaluación

Resultados	Nivel de deterioro cognitivo
1 a 10	Muy alta

11 a 20	Alta
21-30	Media
31-39	Baja

Nota: Adaptado de Dyer et al. (2017)

Centros residenciales.

Son lugares diseñados para proporcionar atención integral y servicios continuados a las personas mayores, cuyo objetivo principal es atender las necesidades específicas de apoyo de los residentes, considerando su situación de dependencia. Por lo que estas residencias ofrecen una combinación de servicios de carácter personal, social y sanitario, adaptándose a las condiciones individuales de cada residente (Fernández, 2011).

En este contexto, se encuentra el Centro Residencial Hogar “Corazón de María” ubicada en la ciudad de Quito, cuyas actividades se basan en respetar, proteger y realizar y en consecuencia, dirigir un sistema socialmente justo y asegurar una adecuada calidad de vida de sus residentes, de tal manera que las personas, independientemente del grupo o la clase social a la que pertenezcan, logren satisfacer sus necesidades básicas, entre ellas de salud. En este lugar se encuentra un total de 103 personas de la tercera edad, de los cuales 58 son mujeres y 45 hombres, cuyo rango de edad es de 61 a 109 años de edad.

Importancia

En el panorama actual, los centros residenciales juegan un papel vital en el cuidado y bienestar de diversos grupos de personas, desde adultos mayores hasta aquellos con necesidades especiales, por lo que la creciente demanda de servicios de atención a largo plazo ha llevado a un

aumento en la diversidad y su especialización adaptándose a las necesidades cambiantes de la sociedad (Bonet, 2020).

Además de atender a las necesidades físicas, los centros residenciales reconocen la importancia de mantener la salud mental y emocional de sus residentes. Es por eso que muchos centros se esfuerzan por crear programas y actividades que fomenten la socialización, el entretenimiento y el sentido de comunidad que contribuye a la formación de lazos afectivos y a la creación de un ambiente enriquecedor (Lázaro, 2020).

Evolución de los centros residenciales

En la actualidad, los centros residenciales han experimentado cambios significativos en términos de diseño y enfoque, esto debido a que los mismos han pasado de un modelo más institucional a entornos que se asemejan más a hogares tradicionales. Por lo que las habitaciones individuales o compartidas están diseñadas con la comodidad y la accesibilidad y las áreas comunes se planifican para fomentar la interacción y el disfrute colectivo (Guerra y Ramírez, 2021).

Personal que labora en los centros residenciales

Según la Norma Técnica para la implementación y prestación de servicios gerontológicos (2018), los centros residenciales deben contar con al menos el siguiente personal:

- **Coordinador:** El coordinador es responsable de supervisar y dirigir las operaciones del centro.
- **Trabajadora social:** Se ocupa de evaluar las necesidades sociales y emocionales de los residentes, coordinando servicios para satisfacer esas necesidades.
- **Psicólogo clínico:** Evalúa la salud mental de los residentes y proporciona servicios terapéuticos para abordar problemas psicológicos y emocionales.

- **Terapista físico:** Se encarga de diseñar programas de ejercicios y terapia física para mejorar la movilidad, la fuerza y la función física de los residentes, especialmente aquellos que puedan tener limitaciones físicas.
- **Terapista ocupacional:** Trabaja con los residentes para mejorar su capacidad para realizar actividades diarias, por lo que se enfoca en la independencia funcional y la adaptación del entorno para maximizar la calidad de vida.
- **Cuidador:** Los cuidadores brindan atención directa a los residentes, ayudándoles con actividades diarias como vestirse, asearse, movilizarse y otras necesidades personales.
- **Enfermeras:** El personal de enfermería se encarga de la atención médica directa, administra medicamentos, realiza controles de salud y supervisa el bienestar físico de los residentes.
- **Personal de cocina:** Prepara y proporciona comidas nutritivas y adaptadas a las necesidades dietéticas de los residentes, garantizando la calidad y seguridad alimentaria.
- **Auxiliar de lavandería:** Este personal se encarga del cuidado de la ropa de los residentes, asegurando que esté limpia y en buen estado.
- **Personal de limpieza:** Se encarga de mantener las áreas comunes y las habitaciones de los residentes limpias y ordenadas, creando un entorno seguro y saludable.
- **Médico:** El médico es responsable de la atención médica general de los residentes, realiza evaluaciones, prescribe tratamientos y coordina con otros profesionales de la salud para garantizar la salud y el bienestar integral.

- **Nutricionista:** Se ocupa de las necesidades dietéticas de los residentes, crea planes de alimentación adaptados a sus requerimientos médicos y promueve la salud a través de una nutrición adecuada (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018).

Bases legales.

Se parte de lo dispuesto en la Constitución de la República del Ecuador, en su Art 36 se menciona que:

Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad. (Constitución de la República del Ecuador, 2008,p.20)

En donde se menciona la obligación de otorgar atención a las personas adultas mayores, especialmente en los ámbitos de inclusión social y violencia. Por lo que la presente investigación, al evaluar la salud cognitiva, se alinea con estos principios legales al abordar de manera específica el estado neuropsicológico de los participantes

Por otra parte, desde la Ley Orgánica de las personas adultas mayores (2019) del Adulto Mayor, se revisa el Art 3, en donde se busca:

Promover la eliminación de todas las formas de abandono, discriminación, odio, explotación, violencia y abuso por razones de la edad, en contra de las personas adultas mayores, en el marco de las competencias de los integrantes del Sistema de conformidad con la legislación vigente (p.5)

Es por ello que se establece como objetivo fundamental el garantizar el derecho a un buen nivel de vida que asegure la salud corporal y psicológica, así como otros aspectos

fundamentales. Por lo que la investigación, contribuye directamente a la meta de asegurar una existencia útil y decorosa para los adultos mayores, al proporcionar datos cruciales para la planificación de servicios y atención especializada adaptada a sus necesidades específicas.

Mientras que desde el Código Orgánico Integral Penal (2021), se revisa el Art 153 que menciona que:

La persona que abandone a personas adultas mayores, niñas, niños y adolescentes, mujeres embarazadas, personas con discapacidad o a quienes adolezcan de enfermedades catastróficas, de alta complejidad, raras o huérfanas, colocándolas en situación de desamparo y ponga en peligro real su vida o integridad física, será sancionada con pena privativa de libertad de uno a tres años. Las lesiones producto del abandono de persona, se sancionarán con las mismas penas previstas para el delito de lesiones, aumentadas en un tercio. Si se produce la muerte, la pena privativa de libertad será de dieciséis a diecinueve años. (p.59)

Es así que se coloca a las personas de la tercera edad, en una situación de desamparo que puede poner en riesgo su vida o integridad física. Por lo que este estudio se alinea con esta disposición legal al abordar la situación de esta población vulnerable, contribuyendo así a la protección y atención debida de sus necesidades.

CAPITULO III. MARCO METODOLÓGICO

Tipo de investigación – Descriptivo / Diseño transversal

En cuanto a tipo, se aplicó la investigación descriptiva para abordar el estudio del índice de deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Residencial Hogar "Corazón de María" en

Quito. Ya que este tipo de investigación tiene como objetivo principal describir de manera detallada las características y propiedades del fenómeno en estudio, sin intervenir ni modificar las variables (Cazau, 2006).

En esta investigación, la fase descriptiva se llevó a cabo a través de un diseño metodológico para recolectar datos objetivos y verificables sobre el estado cognitivo de los adultos mayores en el hogar. Este enfoque proporcionó una visión clara y precisa de la prevalencia del deterioro cognitivo en la población estudiada.

La recopilación de datos se realizó de manera sistemática y estructurada, que permitirá generar un perfil detallado del índice de deterioro cognitivo en el Centro Residencial, por lo que los resultados obtenidos fueron esenciales para comprender la magnitud del problema y orientar futuras intervenciones y políticas de atención a la salud cognitiva de los adultos mayores en este centro.

En cuanto a diseño, se seleccionó el transversal, que implica la recopilación de datos en un solo punto en el tiempo, permitiendo un análisis actualizado de la situación cognitiva de los participantes en el momento de la investigación (González y Difabio, 2016). Por lo que la recolección de datos se llevó a cabo en un periodo específico, capturando la diversidad de características y condiciones presentes en la población de adultos mayores del hogar en ese momento.

Enfoque Cuantitativo / Método no experimental.

El enfoque de investigación utilizado fue el cuantitativo, pues aborda elementos medibles para abordar una problemática de investigación desde diversas perspectivas (Hernández et al. 2014). En el caso del estudio sobre el índice de deterioro cognitivo en adultos mayores del

Centro Residencial Hogar "Corazón de María", este enfoque proporciona una comprensión más completa y profunda del fenómeno estudiado, permitiendo la interpretación de datos y la validación de resultados.

Población y muestra.

La investigación se enfocó en la población total de adultos mayores residentes en el Centro Hogar "Corazón de María" en Quito, compuesta por un número específico de 103 individuos de los cuales 58 son mujeres y 45 hombres, cuyo rango de edad es de 61 a 109 años de edad, cuyos datos se especifican en el (*Anexo 1*).

- **Muestra**

Se buscó emplear una muestra no probabilística, además de que la selección de la muestra, se ha seleccionado por criterios específicos de inclusión, exclusión y eliminación.

Se pudo acceder a trabajar con la totalidad de la población planteada. Por lo que la población objeto de estudio abarca la totalidad de adultos mayores que residen en el mencionado centro.

Criterios de Inclusión:

- Edad de los participantes entre 61 a 109 años de edad
- Personas adultas que actualmente residen en el Centro Hogar "Corazón de María", asegurando que los resultados sean aplicables y relevantes a la población residente.

Criterios de Exclusión:

- Edad de los participantes fuera del rango de 61 a 109 años de edad
- No sean residentes del Centro Hogar "Corazón de María"

- Se excluyeron también aquellos participantes que presenten dificultades comunicativas que impidan la toma asertiva de las evaluaciones cognitivas. Esta exclusión se estableció para asegurar la calidad y validez de los datos recopilados, evitando posibles sesgos derivados de limitaciones comunicativas.

Criterios de Eliminación:

- No deseen participar voluntariamente en la investigación
- La participación en el estudio requerirá el consentimiento voluntario de los participantes.

Técnica e instrumentos de investigación.

La técnica de investigación aplicada fue la encuesta que implicó la administración de un instrumento como el cuestionario, que en este caso fue un test específico para medir diversas funciones cognitivas y evaluar su estado en la población de estudio, tal como es el caso del Test KICA-COG, que se emplea para obtener una evaluación integral de las funciones cognitivas en personas que han experimentado daño cerebral adquirido debido a causas como traumatismos craneales, accidentes cerebrovasculares o enfermedades neurológicas.

Posteriormente, para la recopilación de datos, se aplica como instrumento el Test KICA-COG para evaluar el nivel de deterioro cognitivo, pues es un instrumento adecuado para medir variables específicas relacionadas con la función cognitiva de los adultos mayores en el Hogar "Corazón de María".

Para la revisión bibliográfica del estudio se aplica como técnica la revisión sistemática que implica la búsqueda exhaustiva, selección y síntesis de la literatura relevante sobre el tema de estudio, siguiendo un protocolo predefinido y transparente. Por lo que esta permite identificar,

evaluar y resumir la evidencia disponible de manera rigurosa y objetiva, lo que ayuda a generar conclusiones más sólidas y confiables.

Validación de instrumentos.

Para la validación del instrumento se considera el siguiente aporte:

Estudio: The diagnostic accuracy of the Kimberley Indigenous Cognitive Assessment (KICA) tool: A systematic review

Autor: Suzanne M Dyer, Kate E Laver, Margeret Friel

Año: 2017

País: Australia

Viabilidad bioética

La investigación parte de un primer acercamiento con los directivos de la Congregación de Hermanitas de los ancianos desamparados Hogar “Corazón de María” de la ciudad de Quito para dar a conocer sobre la investigación a desarrollar en el lugar, además para lograr una correcta valoración necesariamente se informará a las personas adultas mayores sobre el objetivo de la investigación, la forma de aplicación del test, el tiempo de duración del mismo y la firma del consentimiento informado.

Para contar con la validación ética dentro de la investigación se ha planteamiento el acercamiento con las autoridades del Centro que coordinan el para permitir el acceso hacia la población a investigar y su información, en el cual gracias a la solicitud de permiso para la realización de la misma se puede contar con la debida aceptación (Anexo 2).

Así también, se organizó charlas por grupos para poder socializar los objetivos de la investigación, así como la estructura y finalidad del instrumento, esto para poder facilitar su aplicación y contar con el apoyo del personal del Centro (Anexo 5).

Para garantizar el respeto a la autonomía e integridad de los participantes en la investigación, se ha considerado esencial la implementación de un consentimiento informado (ver Anexo 3). Es relevante mencionar que, con el fin de permitir que cada adulto mayor tome una decisión informada sobre su participación en este estudio, el documento aceptará la firma o huella como forma oficial de rúbrica. Esta medida se adopta debido a que varios adultos mayores no han completado su educación formal y pueden no tener una firma convencional.

Este consentimiento se formalizará mediante la firma del documento de consentimiento informado, que también autoriza la publicación de los datos recopilados en las evaluaciones aplicadas.

Presupuesto del estudio.

Tabla 2

Presupuesto total del estudio

Cantidad	Detalle	Costo Unitario	Costo Total
1	Resma Hojas A4	4	4
12	Lápices	6	72
12	Borradores	3	36
300	Impresiones	0.25	75
50	Copias	0.05	2,5
2	Internet (Paquetes de datos)	25	50
1	Material de escritorio	10	10
1	Movilización	30	30
1	Alimentación	50	50
Total de inversión			329,5

Nota: Elaborada por el autor.

Cronograma de actividades.

Tabla 3

Cronograma

Actividades	Oct	Nov	Dic	Ene	Feb
Instalación de sistema bibliográfico					
Búsqueda de artículos científicos	X				
Charlas de socialización					
Primer acercamiento con los directivos de la Congregación de Hermanitas de los ancianos desamparados del Hogar “Corazón de María.	X				

Charla informativa sobre el proceso y la firma de un consentimiento informado a las Personas Adultas Mayores.	X					
Fundamentación teórica de la investigación.	X	X				
Capacitación para la toma de test.		X				
Aplicación de test Kica – Cog			X	X		
Análisis y tabulación de datos.				X		
Conclusiones de resultados.				X		
Redacción de informe final para el trabajo de titulación.						X
Defensa del proyecto de titulación						X

Nota: Elaborada por el autor.

CAPITULO IV PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

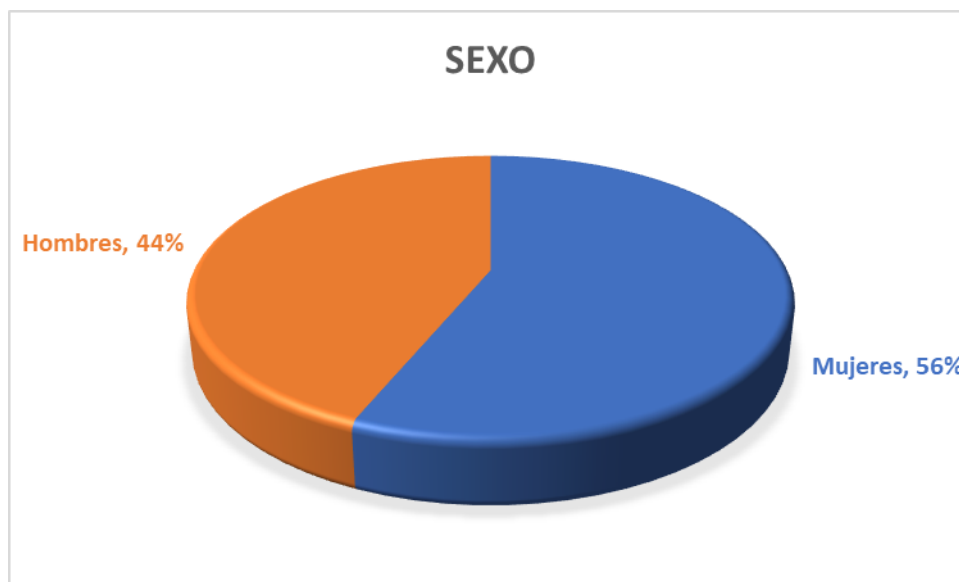
El presente capítulo se basa en el análisis de resultados obtenidos a través del estudio del índice de deterioro cognitivo en adultos mayores residentes en el Centro Residencial Hogar "Corazón de María" en Quito. En donde el instrumento utilizado en los participantes fue el Test KIKA COG, reconocido por su eficacia en la detección temprana de alteraciones cognitivas.

En cuanto a los datos obtenidos fueron analizados y clasificados, según segmentos de edad y género, lo que permitió explorar posibles patrones o variaciones en el deterioro cognitivo entre diferentes grupos, brindando así una perspectiva más detallada y específica de la situación en la institución intervenida, tal como se lo representa a continuación:

Datos primarios

Gráfico 1

Sexo de la población en estudio de adulto mayor

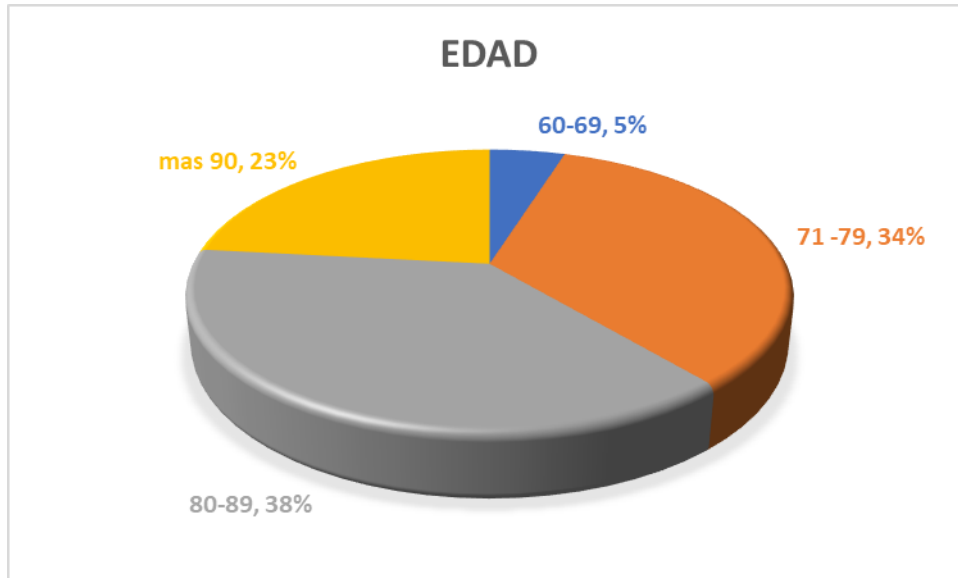


Nota: Elaborada por el autor

Respecto al género de la población de estudio, esta esta compuesta por un 56% de mujeres y un 44% de hombres, lo que revela que las mujeres constituyen una mayoría ligeramente superior en la muestra. Esto puede reflejar tendencias demográficas generales donde la expectativa de vida de las mujeres es mayor que la de los hombres, resultando en una mayor proporción de mujeres en la población de estudio.

Gráfico 2

Edad de la población de estudio

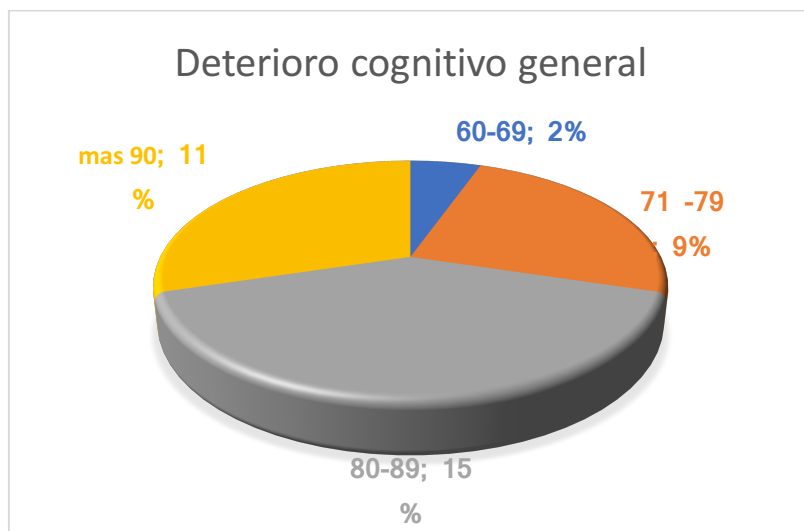


Nota: Elaborada por el autor

En cuanto a la edad de los participantes, el 38% tiene entre 80 a 89 años. Luego se tiene un 34% de adultos mayores entre 71 a 79 años. En tercer lugar, hay un 23% de participantes de más de 90 años. Y finalmente está un 5% de personas con edades de 60 a 69 años.

Gráfico 3

Resultados generales

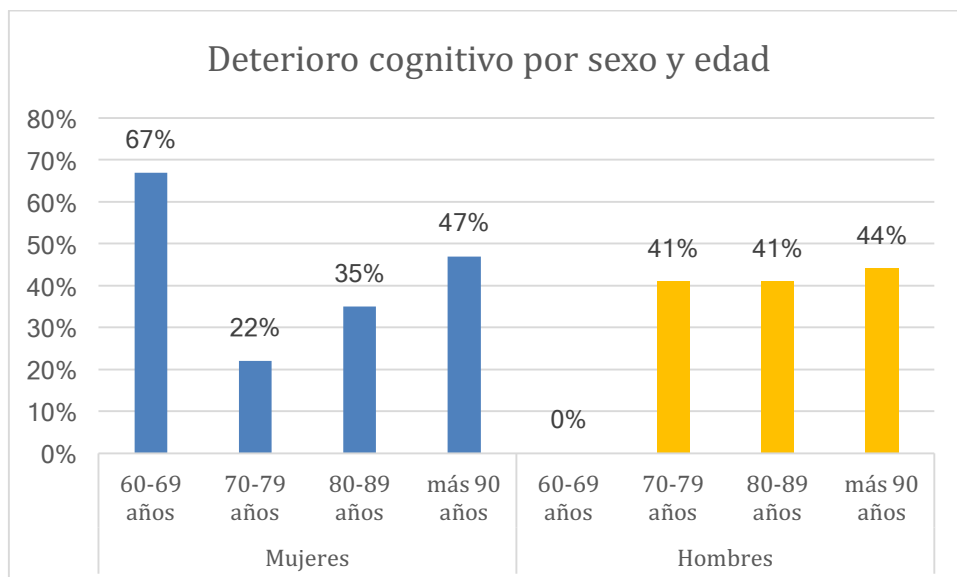


Nota: Elaborada por el autor

Estos resultados muestran una tendencia clara de aumento en los niveles de deterioro cognitivo alto a medida que aumenta la edad en los adultos mayores. Aquellos en el rango de edad de 80-89 años y mayores de 90 años presentan los porcentajes más altos de deterioro cognitivo, con un 15% y un 11% respectivamente. Por otro lado, los adultos mayores en los rangos de edad de 60-69 años y 71-79 años muestran porcentajes más bajos de deterioro cognitivo, con un 2% y un 9% respectivamente.

Gráfico 4

Deterioro cognitivo



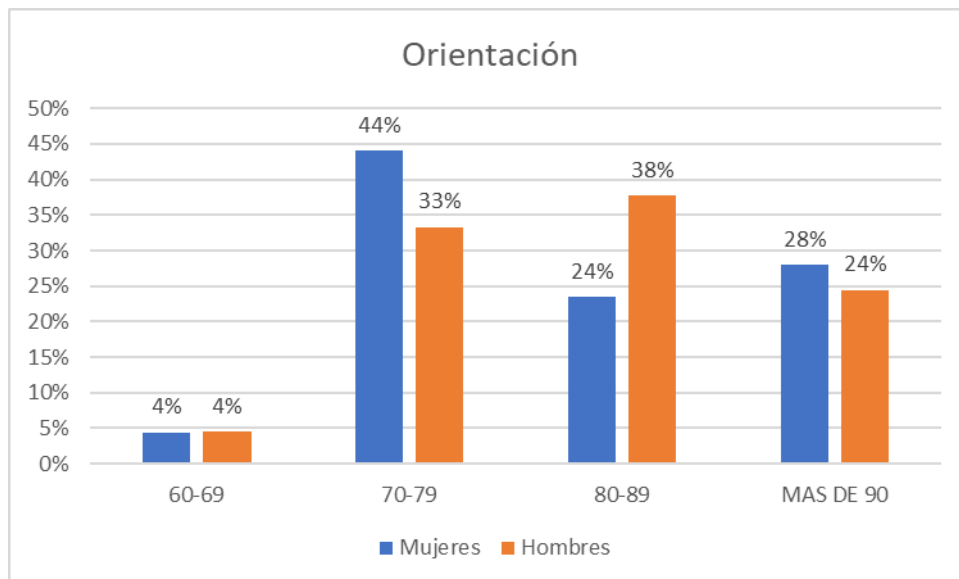
Nota: Elaborada por el autor

En donde con respecto a género se hallan diferencias significativas entre hombres y mujeres en el rango de edad de 70 a 79 años y de 80 a 89 años. Mientras que el segmento de 60 a 69 años pese a tener valores altos, no cuenta con una muestra representativa (3 personas) con respecto a los otros segmentos de edad, por lo que se explica que estas personas al ingresar al centro ya presentaban deterioro cognitivo importante. De manera general en mujeres se observa un incremento de deterioro cognitivo a mayor edad. En cuanto a los hombres no se observa una variación significativa acorde a la edad, ya que esta aumenta solo un 4% al tener más de 90 años.

Dimensión orientación

Gráfico 5

Dimensión orientación



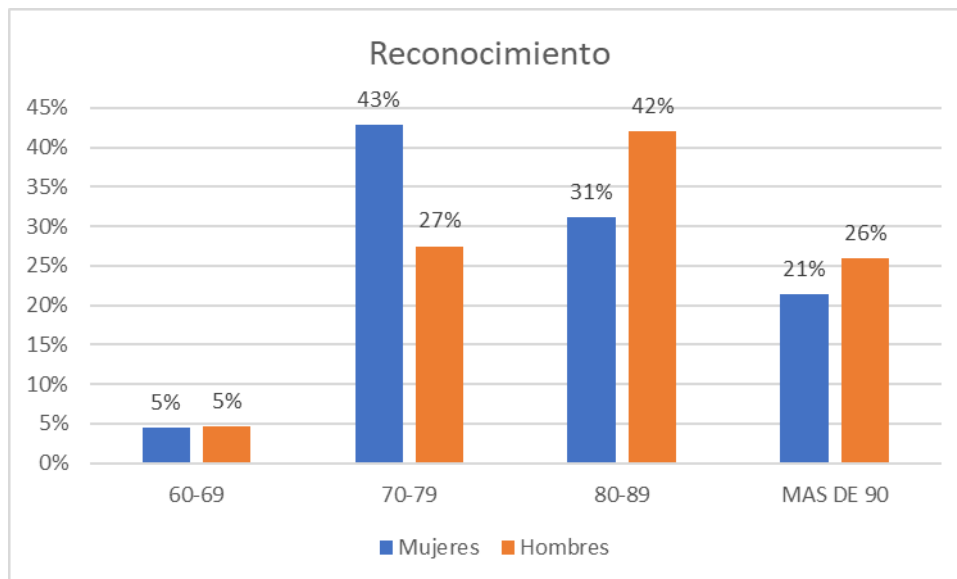
Nota: Elaborada por el autor

Respecto a orientación, está enfocada al conocimiento temporal y espacial, cuyos resultados indican que la población compuesta por adultos mayores de 60 a 69 años son los que menos desempeño tienen en esta área, no obstante, se recalca que apenas existen 3 personas de esta edad en el centro intervenido. Por otra parte, en el rango de 70 a 79 años, son las mujeres quienes tienen mejores resultados de orientación con un 44% frente a un 33% de hombres. Mientras que en el segmento de 89 a 89 años se invierte esta tendencia, siendo los hombres quienes tuvieron más resultados positivos, Finalmente en las personas de más de 90 años de manera general el desempeño con respecto a orientación se reduce para ambos sexos y casi se equiparan, existiendo una pequeña diferencia en las mujeres.

Dimensión Reconocimiento y Denominación

Gráfico 6

Dimensión reconocimiento



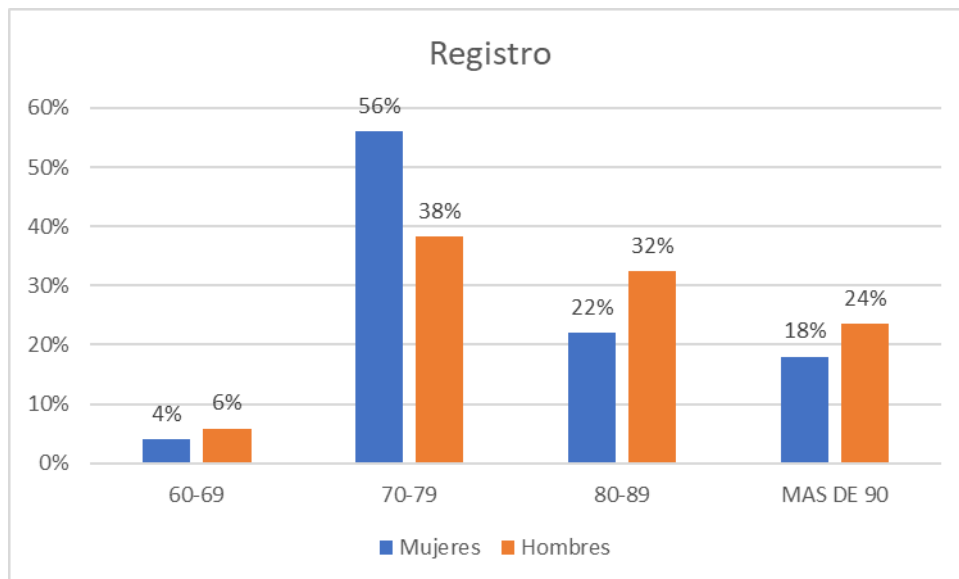
Nota: Elaborada por el autor

El siguiente factor considerado es el de reconocimiento y denominación, en donde se evalúa la interacción con objetos cotidianos, se encuentra que en el segmento de 70 a 79 años son las mujeres quienes tienen mejores resultados con un 43% frente a un 27% de hombres. Al pasar al segmento de 80 a 89 años, el desempeño de las mujeres se reduce al 31% y de los hombres se incrementa. En el segmento de más de 90 años los resultados de ambos sexos se reducen, destacando el masculino con un mejor resultado.

Dimensión Registro

Gráfico 7

Dimensión registro



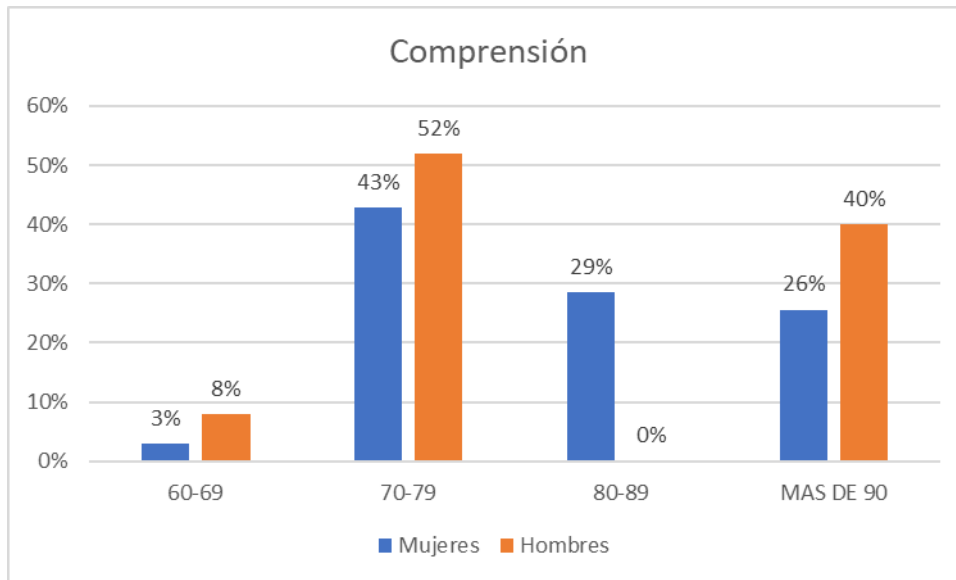
Nota: Elaborada por el autor

Por otra parte, se considera la dimensión de registro, que evalúa la retención de información en los participantes, en donde se puede observar que existe un bajo rendimiento en esta dimensión en la población de 60 a 69 años. En cuanto al segmento de 70 a 79 años, destaca que las mujeres tienen mejores resultados en un 56% frente a un 38% de hombres. En el segmento de 80 a 89 años los resultados se reducen para ambos sexos y disminuye más en el segmento de más de 90 años. No obstante, destaca un mejor desempeño en los hombres.

Dimensión Comprensión Verbal

Gráfico 8

Dimensión comprensión



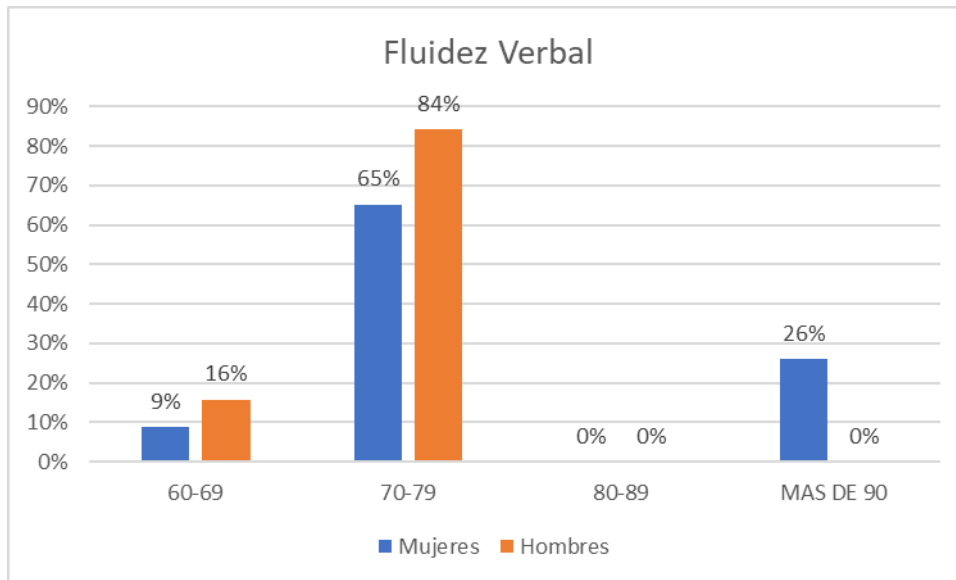
Nota: Elaborada por el autor

Se encuentra un bajo rendimiento en la población de 60 a 69 años. En la población de 70 a 79 años existe un mejor nivel de comprensión en la en los hombres con un 52% seguido por las mujeres con un 43%. No obstante, en el rango de 80 a 89 años, existe respuesta en las mujeres más ya no en hombres y el segmento de más de 90 años son los hombres quienes mejores resultados tienen.

Dimensión Fluidez Verbal

Gráfico 9

Dimensión fluidez verbal



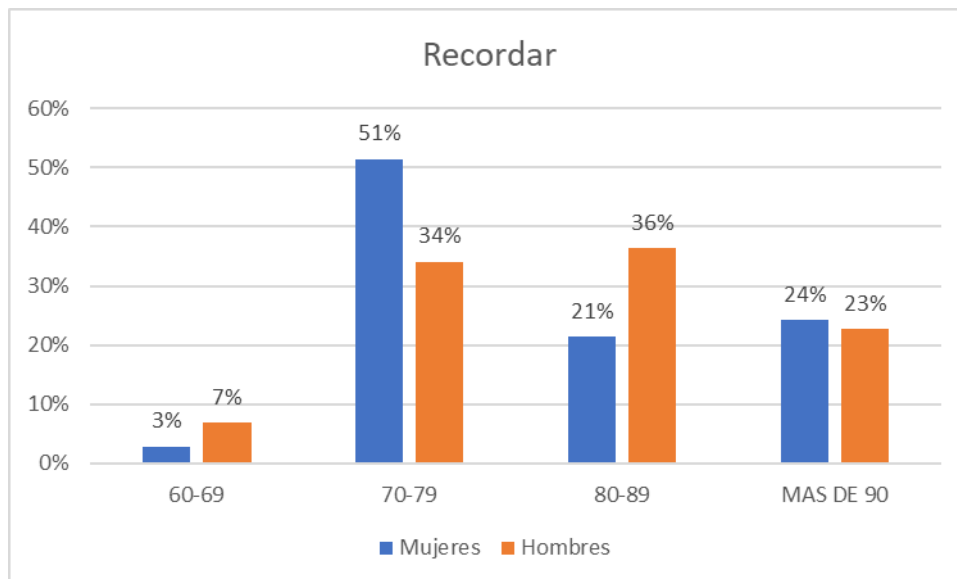
Nota: Elaborada por el autor

Por otra parte, se considera la Fluidez Verbal que mide la capacidad de retención de información en un periodo corto, en donde se encuentra que en el segmento de 70 a 79 años, los hombres tienen una mayor capacidad de fluidez verbal con un 87% frente a un 65% de mujeres. En el rango de 80 a 89 años, existen resultados nulos con respecto a esta dimensión y el las personas de más de 90 años solo destaca un 26% de mujeres que presenta fluidez verbal.

Dimensión Recordar

Gráfico 10

Dimensión recordar



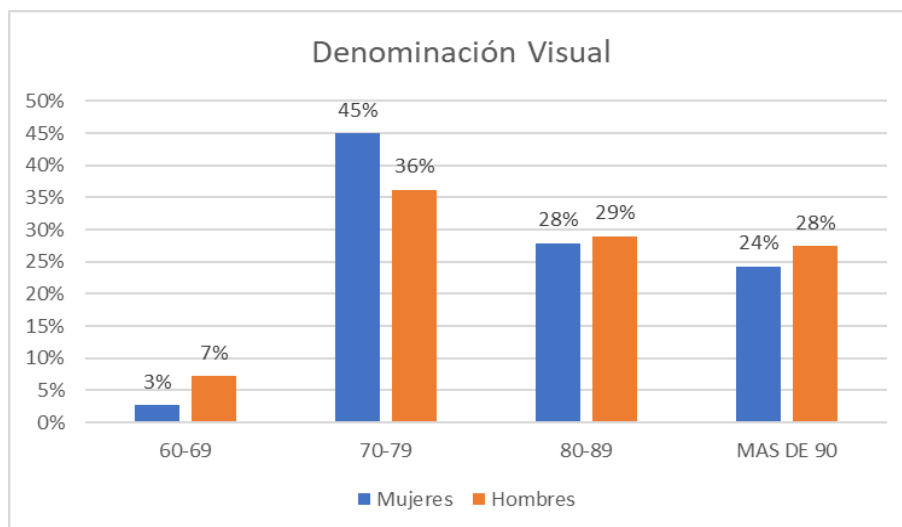
Nota: Elaborada por el autor

Se analiza la dimensión de Recordar, que evalúa la memoria al preguntar sobre la ubicación de objetos previamente mostrados durante la entrevista. Respecto a este factor, se encuentra que después del segmento de 60 a 69 años que tiene resultados bajos, en el segmento de 70 a 79 años son las mujeres quienes tiene mayor capacidad de memoria con un 51% seguido por un 34% de hombres. En el segmento de 89 a 89 años la memoria se reduce en las mujeres, pero sobresalen los hombres con un 36%, Mientras que en las personas mayores de 90 años la memoria se reduce en ambos sexos y se muestran pequeñas diferencias del 24% al 23%.

Dimensión Denominación Visual

Gráfico 11

Dimensión denominación visual



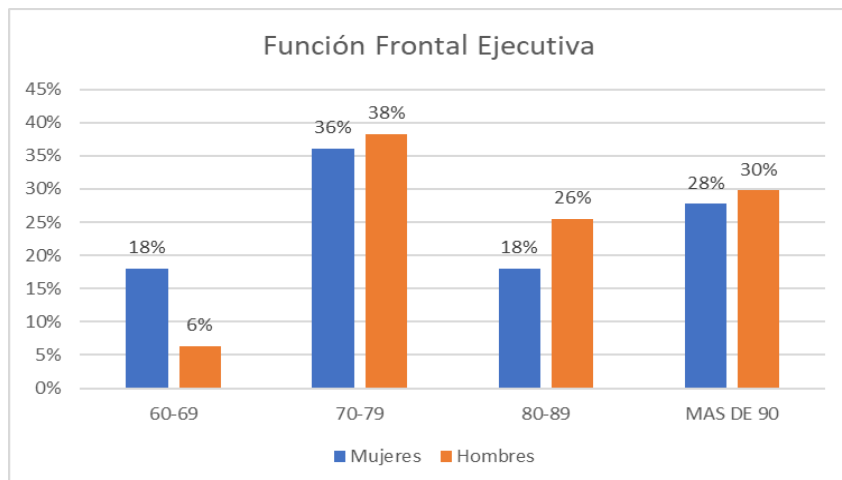
Nota: Elaborada por el autor

Se describen los resultados del factor Denominación visual, que introduce la identificación de imágenes, seguida de la tarea de recordarlas posteriormente. En cuanto a la identificación de imágenes es el rango de personas de 60 a 69 años quienes menores resultados tienen. En el segmento de 70 a 79 años son las mujeres en un 45% quienes mejores resultados tiene frente a los hombres en un 36%. Estos valores se reducen el 28% y 29% en el segmento de 80 a 89 años. Mientras que, en aquellos mayores de 90 años, no se evidencian variaciones significativas.

Función Frontal Ejecutiva

Gráfico 12

Función Frontal Ejecutiva



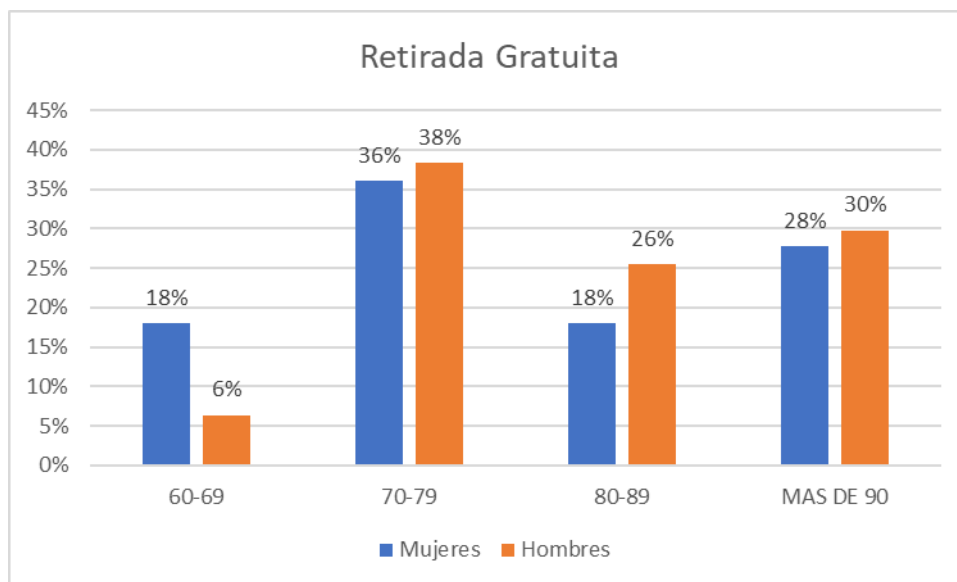
Nota: Elaborada por el autor

Respecto a esta función, se observa un mejor desempeño de la población de 60 a 69 años con respecto a otras dimensiones. Mientras que en el rango de 70 a 79 años hay una leve diferencia entre hombres y mujeres con un 68% y 36% respectivamente. En el segmento de 80 a 89 años esta función se reduce en donde los hombres con un 26% tienen valores positivos, Mientras que en rango de más de 90 años no se encuentran diferencias significativas en los hombres, pero sí en las mujeres en donde se incrementa del 18% al 28%.

Dimensión Retirada Gratuita

Gráfico 13

Dimensión retirada gratuita



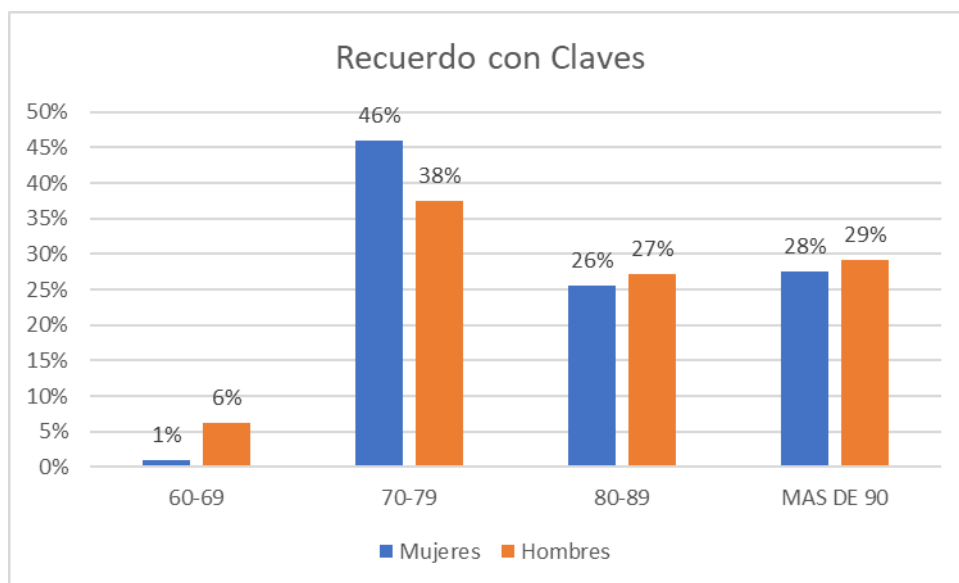
Nota: Elaborada por el autor

A continuación, se considera los resultados de la Dimensión Retirada Gratuita, que se centra en la actividad de recordar imágenes mostradas anteriormente. En donde se halla que la población de 60 a 69 años tiene un mejor desempeño en comparación a las dimensiones tratadas anteriormente, destacando las mujeres en un 18%. Mientras que el segmento de 70 a 79 años, se halla que no hay diferencias importantes entre sexos con un 36% para mujeres y un 38% para hombres. Mientras que en el rango de 80 a 89 años se nota una reducción progresiva en esta dimensión, con mejores resultados para los hombres con un 26%. Por otra parte, no se ven variaciones considerables para las personas de más de 90 años.

Dimensión de Recuerdo con Claves

Gráfico 14

Recuerdo con claves



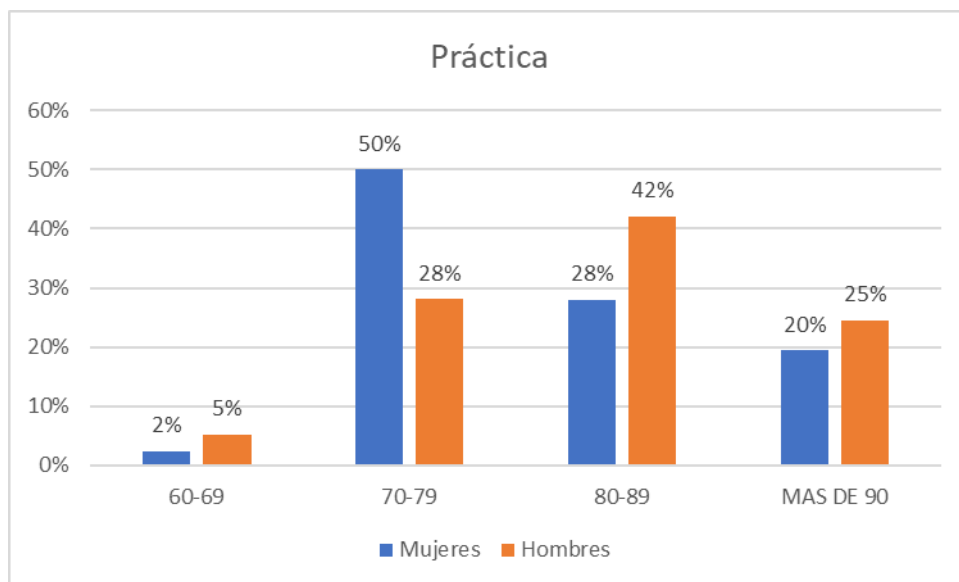
Nota: Elaborada por el autor

Se evalúa la dimensión de Recuerdo con Claves, que requiere el individuo recuerde dibujos previamente mostrados, tanto de forma libre como con ayuda de ejemplos visuales. Se encuentra un bajo desempeño en las personas de 60 a 69 años. Mientras que en aquellos de 70 a 79 años hay un mejor resultado en las mujeres con un 46% frente a un 38% de hombres. En las personas de entre 80 a 89 años, hay una reducción para ambos sexos pero no variaciones significativas entre ellos y se mantiene este comportamiento para las personas de más de 90 años.

Dimensión de Práctica

Gráfico 15

Dimensión práctica



Nota: Elaborada por el autor.

Esta dimensión involucra tareas como abrir una botella y verter agua en un vaso, así como demostrar el uso de un peine, evaluando habilidades prácticas y ejecutivas. Dentro de las actividades prácticas, hay un bajo rendimiento en las personas de 60 a 69 años. En el segmento de 70 a 79 años, hay un mejor resultado en las mujeres con un 50% frente a un 28% de hombres. Mientras que esto cambia en las personas de 80 a 89 años y se mantiene en las personas de más de 90 años, en donde el 25% de hombres puede abrir una botella o usar un peine.

CONCLUSIONES

- De manera general, se halló una tendencia clara de aumento en los niveles de deterioro cognitivo alto a medida que aumenta la edad en los adultos mayores del Centro

Residencial Hogar “Corazón De María”, en donde aquellos en el rango de edad de 80-89 años y mayores de 90 años presentan los porcentajes más altos de deterioro cognitivo, con un 15% y un 11% respectivamente. Mientras que los adultos mayores en los rangos de edad de 60-69 años y 71-79 años muestran porcentajes más bajos de deterioro cognitivo, con un 2% y un 9% respectivamente.

- En cuanto a los resultados por género se hallaron diferencias significativas entre hombres y mujeres en el rango de edad de 70 a 79 años y de 80 a 89 años. Mientras que el segmento de 60 a 69 años pese a tener valores altos, no cuenta con una muestra representativa con respecto a los otros segmentos de edad, por lo que se explica que estas personas al ingresar al centro ya presentaban algún nivel de deterioro cognitivo. De manera general en mujeres se observa un incremento de deterioro cognitivo a mayor edad. En cuanto a los hombres no se observa una variación significativa acorde a la edad, ya que esta aumenta solo un 4% al tener más de 90 años.
- En cuanto a los resultados por dimensiones del Test KIKI-COG: Cognitive Assessment se observó que las áreas más afectadas incluyen la capacidad de recordar, la fluidez verbal, el registro de información, la orientación espacial y temporal, y el reconocimiento de personas y objetos. Por otro lado, se encontraron menos variaciones en la función frontal ejecutiva, la capacidad de retirada gratuita y la comprensión verbal. Por lo que estas áreas parecen ser más resilientes al envejecimiento, mostrando un menor grado de deterioro en comparación con las funciones más afectadas.

RECOMENDACIONES

- Considerando que los adultos mayores en los rangos de edad de 80-89 años y mayores de 90 años presentan los mayores niveles de deterioro cognitivo en el Centro Residencial Hogar “Corazón De María, se recomienda implementar programas de estimulación cognitiva personalizados. Estos programas deben enfocarse en actividades que ayuden a

mejorar la memoria, la fluidez verbal, y la orientación espacial y temporal, por lo que se puede incluir juegos de memoria, ejercicios de lenguaje, y actividades de orientación diaria.

- Mientras que frente a los adultos mayores en los rangos de edad de 60-69 años y 71-79 años muestran porcentajes más bajos de deterioro cognitivo, se recomienda iniciar intervenciones preventivas como programas de actividad física regular, talleres de habilidades cognitivas, y actividades sociales pueden ayudar a mantener su salud cognitiva y prevenir un deterioro significativo a medida que envejecen.
- Se recomienda también mantener evaluaciones cognitivas periódicas como el Test KICA-COG ya utilizado pero también se pueden utilizar otros instrumentos validados con el fin de monitorear el progreso de los residentes y ajustar los programas de intervención según sea necesario.
- Se sugiere también fomentar el entrenamiento del personal que colabora en el centro sobre las mejores prácticas para apoyar a los adultos mayores con deterioro cognitivo, a través de técnicas de comunicación efectiva, estrategias para mejorar la memoria, y formas de crear un entorno que promueva la orientación y la seguridad.
- Se recomienda también el fomento de la participación en actividades sociales y físicas para todos los residentes, independientemente de su nivel de deterioro cognitivo que tengan, pues la interacción social y la actividad física regular se han demostrado beneficiosas para la salud cognitiva, por lo que dependiendo de su edad se pueden impulsar grupos de lectura, clubes de conversación, y actividades físicas moderadas que pueden contribuir a mejorar la calidad de los residentes del Centro Residencial Hogar “Corazón De María.

REFERENCIAS

- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). *Norma Técnica para la implementación y prestación de servicios gerontológicos*. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/Norma-Técnica-para-Centros-Residenciales.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2020). Caracterización de la vejez y el envejecimiento, un enfoque desde los servicios de inclusión social y económica del MIES. *Documento de trabajo Nro. MIES-CGEDI-DEA-2020-06-DT*, 1-54.
- Abaunza, C. (2020). Concepción del adulto mayor. *Dominio de las Ciencias*, 215-235.

Aldás, E. (2015). *Teorías psicosociales del envejecimiento*. UNIR.

Allasi, N., & Cardoso, E. (2021). *Deterioro cognitivo en adultos mayores*. Universidad Continental.

Asamblea Constituyente del Ecuador. (2008). *Constitución de la República del Ecuador*.

Registro Oficial 449 de 20-oct-2008:

https://www.oas.org/juridico/pdfs/mesicic4_ecu_const.pdf

Asamblea Nacional del Ecuador. (2021). Código Orgánico Integral Penal. *Registro Oficial Suplemento 180 de 10-feb.-2014*, 1-297.

Ballarín, L., y Moreno, F. (23 de Septiembre de 2022). Efecto de intervenciones basadas en ejercicio físico y dieta sobre la evolución de deterioro cognitivo leve a demencia en sujetos mayores de 45 años. *Revista Española de Salud Pública*, 1-10.

<https://www.scielosp.org/article/resp/2021.v95/e202102032/>

Bonet, P. y. (2020). *Riesgo de suicidio, inteligencia emocional y necesidades psicológicas básicas en adolescentes tutelados en centros residenciales*.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7202405>

Bravo, M., y Lamus, T. (2020). Representaciones sociales sobre el Envejecimiento y la atención del Adulto Mayor. Perspectivas desde la UNEFM. *Dominio de las Ciencias*, 215-235.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7539766>

Caqueo, P. y. (Abril de 2022). *Predictores del deterioro cognitivo en pacientes diagnosticados con esquizofrenia pertenecientes a grupos étnicos del norte de Chile*.

<http://dx.doi.org/10.7714/cnps/16.1.205>

- Casalí, P., Jaramillo, D., & Toledo, A. (2023). *La seguridad económica de los adultos mayores en Ecuador: situación actual y desafíos para la política pública*. Organización Internacional del Trabajo.
- Cazau, P. (2006). *Introducción a la investigación en Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Alcazaba.
- Choreño, J., De la Rosa, T., y Guadarrama, P. (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Int Méx*, 807-824.
- Clinica Universidad de Navarra. (2023). *Edad Mental*. <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad-mental>
- D'Hyver, C., y Alonso, M. (2019). Envejecimiento exitoso. Una visión entre médicos. *Medicina interna de México*, 15-25. doi:<https://doi.org/10.24245/mim.v35i1.2451>
- Díaz, A. (Diciembre de 2019). Hacia un envejecimiento saludable: una revisión sistemática sobre la música y el ejercicio físico como factores moduladores. *Actualidades en Psicología*, 113-141. doi:<http://dx.doi.org/10.15517/ap.v33i127.34975>
- Dyer, S., Laver, K., y Friel, M. (2017). The diagnostic accuracy of the Kimberley Indigenous Cognitive Assessment (KICA) tool: A systematic review. *Australasian Psychiatry*, 282-287. doi:[10.1177/1039856216684735](https://doi.org/10.1177/1039856216684735)
- Esmeraldas, E., Falcones, M., y Vásquez, M. (2019). El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. *Revista Científica Mundo de la Investigación y el Conocimiento*, 3(1), 45-71. doi:[10.26820/recimundo/3.\(1\).enero.2019.58-74](https://doi.org/10.26820/recimundo/3.(1).enero.2019.58-74)
- Fernández, J. (2011). *Guía de centros residenciales para personas mayores en situación de dependencia*. https://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/GUIA_DE_RESIDENCIAS_Prog-Ib-def-.pdf

- Fernández, Z., Broche, Y., y Jiménez, E. (2022). Conocimiento sobre factores protectores y de riesgo en las demencias. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-10.
- Flores, M., Rodríguez, M., y Gonzáles, G. (2020). Declive cognitivo de atención y memoria en adultos mayores sanos. *uadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14(1), 65-77. doi:10.7714/CNPS/14.1.208
- Fonseca, C., Ramos, T., y Musa, G. (2021). Análisis preliminar del efecto de la edad y la escolaridad en adultos sanos en el rendimiento del Sydney Language Battery (Sydbat) en español de Chile. *Revista Chilena de Fonoaudiología*, 1-7.
- Fonte, T., y Santos, D. (2020). Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Revista Cubana de Medicina*, 1-10. doi:http://orcid.org/0000-0002-6363-0558
- Gómez, A. (2005). Grandes síndromes geriátricos. *Farmacia Profesional*, 70-74.
- Gonzáles, M., y Difabio, H. (2016). Enfoque transversal y longitudinal en el estudio de patrones de aprendizaje en alumnos universitarios de ingeniería. *Revista Actualidades Investigativas en Educación*, 1-22.
- González, P., Oltra, J., y Sitges, E. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de Neurología*, 288-295. doi:https://doi.org/10.33588/rn.7208.2020626
- Guerra, M., y Ramírez, M. (8 de Febrero de 2021). Calidad asistencial en la atención prestada a los ancianos en los centros residenciales. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*, 232-238. https://dx.doi.org/s1134-928x2020000500007
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*. México DF: Mac GrawHill.

Instituto Mexicano de Seguridad Social. (2012). Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro

Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. *Catálogo maestro de guías de práctica clínica: IMSS-144-08*, 1-15.

<https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>

Lázaro, D. C. (2020). *Conversaciones en centros residenciales de personas mayores durante la covid-19: impacto en las profesionales de los cuidados*.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7705358>

Llamuca, J., Macías, Y., y Miranda, J. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *Innova*, 315-328 .

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7878928>

Marcano, P., y Ormaza, C. (3 de Junio de 2022). *La reminiscencia como técnica para prevenir el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores*.

<https://repositorio.upse.edu.ec/handle/46000/7621>

Marqués, A., Rodríguez, O., y Camacho, L. (2004). Prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *Anales de Medicina Interna*, 1-10.

Martínez, N. (2021). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. Revisión bibliográfica. *Retos*, 829-834.

doi:<http://orcid.org/0000-0003-3394-2777>

Mayorga, E., Aguilar, R., & Altamirano, E. (2023). Asociación entre enfermedades mentales y diabetes: un análisis basado en la opinión de expertos. *Finlay*, 1-11.

Naranjo, L. (2018). *Descripción de las habilidades cognitivas en adultos mayores del municipio de Rionegro*. Universidad de Antioquia.

- Ojediz, M. (2023). Gerontología y biología celular: Investigación sobre el envejecimiento celular y su relación con la salud en general, así como posibles estrategias para promover la salud y el bienestar en personas de edad avanzada. *Recimundo*, 66-74.
- Organización Mundial de la Salud. (2022). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Organización Panamericana de la Salud. (2020). *Envejecimiento saludable*. <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
- Oria, M., Espinoza, A., y Elers, Y. (2019). El envejecimiento desde la perspectiva del modelo conductual de Dorothy E. Johnson. *Revista Cubana de Enfermería*, 1-10.
- Ortega, C., Fajardo, C., y Núñez, M. (2020). Enfoques teóricos del envejecimiento y la vejez. *Revisita Digital de Ciencias Aplicadas al Deporte*, 47-57.
- Paladino, M. (2020). *Estimulación de la memoria en adultos mayores*. Universidad FASTA .
- Parada, K., Guapizaca, J., y Bueno, G. (10 de Agosto de 2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista Científica UISRAEL*, 25-30. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Perez, D., y Montaña, A. (2023). *Deterioro cognitivo y actividades instrumentales de la vida en adultos mayores del centro-norte de la ciudad de Quito*. Universidad Tecnológica Indoamérica.
- Petretto, D., Pili, R., y Gaviano, L. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 226-241. doi:10.1016/j.regg.2015.10.003

- Poblete, F., Flores, K., y Parra, V. (15 de Marzo de 2019). Relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores activos. *Rev.peru.cienc.act.fis.deporte*, 705/715.
<https://doi.org/10.53820/rpcafd.v6i1.28>
- Qhishpe, S., Guapisaca, J., y Bueno, G. (2022). Funciones Ejecutivas en Adultos Mayores. *Polo del conocimiento*, 7(3), 727-747. doi:10.23857/pc.v7i3.3759
- Rodriguez, M., y Guapisaca, J. (2022). Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. *Polo del Conocimiento*, 533-547.
 doi:10.23857/pc.v7i1.3601
- Russo, M., Kañevsky, A., y Leis, A. (Junio de 2022). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*, 124-137.
<https://doi.org/10.1016/j.neuarg.2020.01.003>
- Saldaña, A., Herrera, J., y Esteban, E. (2018). Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Revista de Neurología*, 67(9), 325-330. doi:<https://doi.org/10.33588/rn.6709.2018228>
- Sandoval, K., y Navarrete, A. (2022). *Relación entre la disminución de la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en adultos mayores de género femenino, en la compañía hijas de la caridad "Casa Betania" en la ciudad de Quito*. PUCE.
- Segovia, P. (2022). *Propuesta de intervención: demencia y personas mayores: estimulación cognitiva como base terapéutica*. Universidad de Sevilla.
- Sotomayor, A., Zhunio, F., y Ajila, A. (2022). Funcionamiento Cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor. *Dominio de la Ciencias*, 8(3), 722-734.
 doi:<http://dx.doi.org/10.23857/dc.v8i3>

- Ünal, E., y Özdemir, A. (2019). *Old Age and Aging*. Uludag University.
- Valarezo, J., Silva, J., y Medina, R. (2020). Influencia de la soledad en el estado cognitivo y emocional en las personas de la tercera edad residentes en una institución geriátrica. *Espacios*, 1-10.
- Vásquez, L. (2021). Deterioro cognitivo en pacientes con enfermedad de Parkinson. *Acta del médico del centro*, 1-10.
- Véliz, M., Riffo, B., y Arancibia, B. (2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *RLA, Revista de Lingüística Teórica y Aplicada*, 75-103. doi:<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48832010000100005>
- Zabala, A., y Peñaherrera, L. (2020). *Prevalencia y factores de riesgo para hipertensión arterial en adultos mayores en áreas urbanas y rurales del cantón Ambato*. Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Carrera de Medicina. Recuperado el 24 de Junio de 2023, de <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/31113>
- Zegarra, J. (2023). Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores. *Rev. Ecuat. Neurol*, 32(1), 43-54. doi:doi: 10.46997/revecuatneurol32100043

Anexos

Anexo 1. Listados participantes

PABELLON DE MUJERES EXT TELEFONICAS: 112-107-106						
Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	OBSERVACIÓN	NACIONALIDAD
46	Arcos Julia Teresa	170271836-0	02/10/1934	89	Si <i>decepcion</i>	ecuatoriana
47	Ávila Esther Mercedes	170335238-3	01/09/1934	89	No <i>comunicación</i>	ecuatoriana
48	Barzallo Zhagui Isabel Aurora	010016057-1	27/11/1928	95	Si	ecuatoriana
49	Benalcazar Oña Cristina Margarita	1703089381	09/06/1951	72	Si	ecuatoriana
50	Castillo Carmen Amelia	100034489-3	11/01/1931	92	Si	ecuatoriana
51	Criollo Pilicita María Teresa	1704828373	06/02/1945	78	<i>Reserva de</i>	ecuatoriana
52	Cruz Silva Zoila Rosa	1702063486	20/12/1935	88	Si <i>leer</i>	ecuatoriana
53	Díaz Dolores Maruja	060038134-7	31/03/1942	81	Si	ecuatoriana
54	Fernandez Marcia Cecilia	1702761147	15/01/1952	71	Si <i>leer Dem.</i>	ecuatoriana
55	Garzón Morales Gladys Inés	170958696-8	11/07/1949	74	Si	ecuatoriana
56	Illanes Martha Isabel	1700400771	27/07/1946	77	Si	ecuatoriana
57	Jacome Perez Carmen Georgina	1704541216	17/04/1951	72	<i>listo</i>	ecuatoriana
58	Lombeida Delfa María	020059020-6	21/07/1952	71	Si	ecuatoriana
59	Lopez Granja Teresa de Jesús	170461134-0	12/03/1947	76	Si	ecuatoriana
60	Morales Guevara Clara	172289650-1	08/10/1930	93	No <i>pede</i>	ecuatoriana
61	Mejía Mora Luz América	1701775338	08/08/1933	90	ingresa 02/01/2024 <i>SERVICIO DIURNO</i>	ecuatoriana
62	Muela Calderón Rosa Ana	172291700-0	06/08/1935	88	<i>pede</i>	ecuatoriana
63	Murillo Rosa Aura	172289657-6	02/05/1935	88	Si <i>reservar</i>	ecuatoriana
64	Quishpe Gladys Margoth	171302105-1	13/06/1947	76	Si <i>deit libro</i>	ecuatoriana
65	Rao Premier María Pfa	1718223934	15/03/1947	76	Si	italiana
66	Renjifo Vela Piedad Carmelina	1700714098	22/06/1944	79	No <i>escribida</i>	ecuatoriana
67	Salazar Chacon Beatriz Margot	1703064651	23/11/1951	72	Si	ecuatoriana
68	Salazar Hidalgo María Antonieta	1800674895	26/07/1939	84	Si	ecuatoriana
69	Silva Paredes Amada de Jesús Elevación	180014561-5	23/04/1932	91	Si	ecuatoriana
70	Yugsi Pastora	1801102649	09/08/1929	94	No <i>atupa final</i>	ecuatoriana

ENFERMERIA DE MUJERES EXT. 123-124							
N.	Yacimiento	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	OBSERVACIÓN	NACIONALIDAD
71	1	Arias Sosa Carmen Rosa	1722896535	10/02/1934	89		ecuatoriana
72	2	Ayala Carrera Laura María	1726750837	06/08/1947	76		ecuatoriana
73	3	Celi Collaguazo Sulema	110193998-9	20/01/1954	69		ecuatoriana
74	4	Chamorro María Honoría Sofía	1001362720	14/06/1945	78		ecuatoriana
75	5	Chuto Guato Gloria Lourdes	060574942-3	01/01/1939	83		ecuatoriana
76	6	Dávila Sierra Lupe Josefina	1701910190	27/12/1937	86		ecuatoriana
77	7	Guaña LLugcha Manuela	170275900-0	26/12/1932	91		ecuatoriana
78	8	Haro Morales Luisa Maruja	100074654-3	07/03/1935	88		ecuatoriana
79	9	Imbaquingo Anrango Celiana	100125569-2	26/06/1940	82	EGRESA TEM X 6 MESES TB +	ecuatoriana
80	10	Juanita	S/I	13/02/1961	61	sin identificación	ecuatoriana
81	11	López Negrete María Eulalia	1701512400	20/09/2023	98		ecuatoriana
82	12	Martinelli Rizzo Rachelle	YA0394011	09/08/1953	70		italiana
83	13	Martínez María Virginia	040109863-7	20/05/1942	81	Dis	ecuatoriana
84	14	Mora Silva Carmela María Aliz	170151175-8	19/05/1937	86		ecuatoriana
85	15	Morales Manosalva Berta María	170364048-0	01/11/1932	90		ecuatoriana
86	16	N/N Martha traída por la policía	S/I	10/05/1931	91	sin identificación	ecuatoriana
87	17	Navarro Andino María Carlota	050097215-3	07/02/1922	101		ecuatoriana
88	18	Nieto Laura	172289679-0	04/01/1931	91		ecuatoriana
89	19	Nieto Peñalosa María Dolores	172722346-1	29/08/1942	81		ecuatoriana
90	20	Ocaña Vallejo Marina Leonor	180101742-5	25/09/1944	79		ecuatoriana
91	21	Oña Carrillo Rosa	1701350884	01/06/1936	87		ecuatoriana
92	22	Patíño Barba María Teresa	1702034560	15/10/1945	78	traída por la policía	ecuatoriana
93	23	Parreño Rafaela	171706602-9	12/10/1932	91		ecuatoriana
94	24	Quezada Cabezas María Juana	172501975-4	10/03/1950	72		ecuatoriana
95	25	Quínche Churuchumbi Teresa	171064164-6	03/10/1929	94		ecuatoriana
96	26	Quishpe María Esther	1717113334	19/02/1936	87		ecuatoriana
97	27	Rojas Ramos Esmeralda Emperatriz	050076179-6	04/11/1952	71		ecuatoriana
98	28	Romero de Venezuela Yurima Felicia	95191146	15/01/1949	74		venezolana
99	29	Salazar Hidalgo Mercedes Beatriz	1800569202	20/10/1941	82		ecuatoriana
100	30	Sarmiento Guillermina	1701427526	25/02/1939	83		ecuatoriana
101	31	Simbaña Simbaña Margarita	172461496-9	20/06/1960	63		ecuatoriana
102	32	Toca Chimborazo Rosa Elena	500109533	09/11/1938	84		ecuatoriana
103	33	Yépez Delgado Gloria Mercedes	1701510180	12/12/1931	91		ecuatoriana


Handwritten blue checkmarks and notes on the right side of the table, including "completa" and "Dis".

ENFERMERIA DE VARONES EXT. TELEFONICA 112-131-115-116							
N.-	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	OBSERVACIÓN	NACIONALIDAD	
19	1	Buenaño Calispa Teodoro	170036645-1	17/03/1936	87	No resp	ecuatoriana ✓
20	2	Barriga Toledo Nelson Enrique	170044559-4	04/02/1937	86	No habla nada	ecuatoriana ✓
21	3	Bedón Benigno Isaías	170234361-5	26/11/1938	85	Desorientado No resp	ecuatoriana ✓
22	4	Chandi Cadena José Neptali	1700527284	21/11/1931	92	Si algo responde se debe a la situación	ecuatoriana ✓
23	5	Delano Parraguirre Jaime Luis	1707805816	24/02/1945	78	Desorientado	ecuatoriana ✓
24	6	De la Dolorosa José	172289698-0	26/11/1939	84	No sabe leer	ecuatoriana ✓
25	7	Díaz Andrango José Francisco	170440798-8	14/03/1959	64	La	ecuatoriana ✓
26	8	Espinosa Castañeda Edgar Valentín	170117422-7	19/08/1944	79	Bueno Resp	ecuatoriana ✓
27	9	Flores Saavedra Celso	180005205-0	14/02/1929	94	No habla	ecuatoriana ✓
28	10	Gordon Calle Nicolas Hermogenes	1700120684	29/04/1947	76	No habla	ecuatoriana ✓
29	11	Godoy Gómez Paco	172382883-4	27/04/1941	82	Seres	ecuatoriana ✓
30	12	Jimenez Gavilanez Angel Euclidez	0200081800	19/07/1938	85	traido por la policia 15/08/2023	ecuatoriana completo ✓
31	13	Lozano Guerrero Galo Benito	120061261-0	08/10/1947	76	De memoria	ecuatoriana 2 ✓
32	14	Morales Pullas Luis	172289696-4	07/02/1941	82	Seres	ecuatoriana ✓
33	15	Narváez Navas Jorge Napoleón	1700105578	29/06/1929	94	Si	ecuatoriana ✓
34	16	Obando Fuertes Marco Eduardo	170012896-8	28/11/1939	84	Atormentado	ecuatoriana ✓
35	17	Pullas Vargas David Enrique	170231420-2	15/07/1939	84	Responde desorientado	ecuatoriana ✓
36	18	Ramirez Cachimuel Julio César	1722743448	04/09/1939	84	Desorientado	ecuatoriana ✓
37	19	Rojas Moscoso Gonzalo Arturo	170092685-8	03/04/1935	88	habla si habla pero no resp. co	ecuatoriana ✓
38	20	Sánchez Yáñez Luis Francisco	170199705-6	30/06/1949	74	habla desorientado confuso	ecuatoriana ✓
39	21	Salas Andrade Luis Humberto	170864613-6	25/06/1942	81	Seres	ecuatoriana ✓
40	22	Taco Chicaiza Julio	170080489-9	31/05/1950	73	No resp	ecuatoriana ✓
41	23	Toscano Meneses Héctor Elis	020016600-7	20/08/1932	91	No resp	ecuatoriana ✓
42	24	Urrutia Villalba Luis Homero	1726380148	24/03/1954	69	Seres entide	ecuatoriana ✓
43	25	Villalva Andrade Fernando	175066439-1	17/12/1932	91	Acaso entide	ecuatoriana ✓
44	26	Viracucha Viracucha Alejandro	172590906-1	16/02/1933	90	No resp	ecuatoriana ✓
45	27	Yanacallo Manopanta José Salvador	1704334109	27/05/1950	73	Si responde	ecuatoriana ✓

LISTADO DEL HOGAR POR ÁREAS ENERO 2024
PABELLÓN DE HOMBRES EXT TELEFONICA: 112-131-115-116

	Nº	NOMBRE Y APELLIDO	CÉDULA	FECHA DE NACIMIENTO	EDAD	OBSERVACIÓN	NACIONALIDAD
1	1	Borja Cadena Isaias Trosqui	1718405366	31/01/1936	87	Siempre levo. no se.	ecuatoriana ✓
2	2	Carrera Valladares Hernán Humberto	170268024-8	26/09/1949	74	Siempre. no	ecuatoriana ✓
3	3	Cervantes Arauz Hugo Alejandro	1702003623	08/05/1929	94	Si	ecuatoriana ✓
4	4	Egas Muñoz Luis Guillermo	1702297647	20/08/1946	77	Si	ecuatoriana ✓
5	5	Gonzalez Gonzalez Manuel Rodrigo	600760698	01/01/1949	75	Si	ecuatoriana ✓
6	6	Guerra Milton Mesías Iván	170060284-8	28/08/1934	89	Si	ecuatoriana ✓
7	7	Montalvo Plutarco Ernesto Napoleón	170015136-6	16/01/1943	80	Si	ecuatoriana ✓
8	8	Naranjo Redroban Nestor Rodrigo	1701651026	08/08/1936	87	Relativo	ecuatoriana ✓
9	9	Pineda Reina Carlos Alfonso	100066240-1	05/01/1950	74	Baja altura	ecuatoriana ✓
10	10	Quenguan Rosero Ángel María	0400051975	09/03/1937	86	Baja altura	ecuatoriana ✓
11	11	Reyes Rodríguez José Manuel Antonio	040087292-5	05/06/1940	83	Dif. lingüística	ecuatoriana ✓
12	12	Sanchez Segundo Alfredo	1702080258	20/04/1940	83	Baja altura	ecuatoriana ✓
13	13	Salazar Salazar Manuel Jesús	175366099-0	28/12/1942	81	Uy. esacha. No habla.	ecuatoriana ✓
14	14	Toro Castro Byron Medardo	170161421-4	12/07/1947	76	Si	ecuatoriana ✓
15	15	Valenzuela Naranjo Marco Alfonso	1706466123	03/08/1962	61	Si	ecuatoriana ✓
16	16	Vallejo Torres manuel Homero	170175558-7	21/07/1933	90	Si	ecuatoriana ✓
17	17	Villacis Arias Blanca Imelda	1701986877	03/01/1941	83	Si	ecuatoriana ✓
18	18	Villamarín Zapata José Arturo	170143893-7	21/09/1935	88	OK	ecuatoriana ✓

Anexo 2. Carta de aceptación del centro



"HOGAR DE ANCIANOS CORAZÓN DE MARÍA"
HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS

Av. La Prensa N58-360 y Luis Tufiño - teléfonos 2596450 /
2531933 fax 2593931

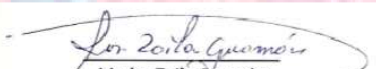
Quito, 16 de enero del 2024

CARTA ACEPTACIÓN PARA EVALUACIONES PSICOLÓGICAS

Por medio del presente certifico que la Srta. Renata Valentina Aldas Cortes, con documento de identidad N° 1722637798, ha sido aceptada para que realice la aplicación de test psicológicos a los adultos/as mayores que residen en nuestra Institución. La Srta. Renata Valentina Aldas Cortes ha indicado realizará los test a los adultos mayores para evaluar su nivel de deterioro cognitivo con fines investigativos para su trabajo de tesis.

Informo, además, que el mencionado estudiante, (NO) labora en esta institución Hogar Corazón de María y se rige a realizar su investigación conforme al acuerdo ministerial N°. MRL-2012-0191. Mismo que se cita a continuación:

"Artículo 5.- De la no existencia de relación laboral.- Por su naturaleza este tipo de convenios o contratos NO ORIGINA RELACIÓN LABORAL, NO GENERA DERECHOS NI OBLIGACIONES LABORALES O ADMINISTRATIVAS, NO CREA NINGÚN TIPO DE ESTABILIDAD LABORAL CON LOS PRACTICANTES, NO SON SUJETOS DE INDEMINIZACIÓN ALGUNA Y NO INGRESAN AL SERVICIO PÚBLICO".



Madre Zoila Guamán
SUPERIORA HOGAR DE ANCIANOS CORAZÓN DE MARÍA
HOGAR DE ANCIANOS
CORAZÓN DE MARÍA
QUITO - TEL. 696450

Anexo 3. Consentimiento informado

Índice de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores del Centro Residencial Hogar 'Corazón de María', Quito

Versión 001 -11/12/23

Estimada Participante o Representante Legal:

Nos dirigimos a usted para invitarle a participar en el proyecto de investigación titulado "Índice de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores del Centro Residencial Hogar 'Corazón de María', Quito". Este estudio está siendo llevado a cabo por la Investigadora Principal, Renata Valentina Aldas Cortez. Queremos informarle sobre los detalles de la investigación y brindarle la oportunidad de decidir libremente si desea participar.

Parte I: Información para el Participante/Representante Legal

- **Título de la Investigación:** "Índice de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores del Centro Residencial Hogar 'Corazón de María', Quito".
- **Investigador Principal:** Renata Valentina Aldas Cortez
- **Instrumento:** Test KICA-COG, diseñado para proporcionar una evaluación integral de las funciones cognitivas en individuos que han experimentado daño cerebral adquirido.
- **Nombre del centro o establecimiento en el que se realizará la investigación:** Centro Residencial Hogar 'Corazón de María', Quito
- **Aprobado por:** Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la PUCE.

Introducción: El presente estudio tiene como objetivo evaluar el índice de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Centro Residencial Hogar "Corazón de María", Quito, utilizando el Test KICA-COG como instrumento principal.

Propósito del Estudio: El estudio busca comprender el estado cognitivo de los adultos mayores residentes en el centro, identificando factores de deterioro mediante la aplicación del Test KICA-COG.

Procedimientos:

- **Preparación:** Coordinar con el personal del hogar para establecer fechas y horarios convenientes. Informar a los participantes sobre la evaluación, su importancia y los beneficios potenciales.
- **Consentimiento Informado:** Obtener el consentimiento informado de cada participante o de sus representantes legales.
- **Adaptación:** Acondicionar un espacio tranquilo y libre de distracciones para realizar la evaluación.
- **Identificación de Participantes:** Verificar la elegibilidad de los participantes según los criterios establecidos en el protocolo.
- **Ejecución de Subtests:** Aplicar el instrumento en el orden establecido por el Test KICA-COG.
- **Registro:** Registrar cuidadosamente las respuestas y el desempeño de cada participante en cada subtest.

- **Cierre del Proceso:** Agradecer a los participantes por su colaboración y participación.

Riesgos y Beneficios: Entendemos la importancia de informarle sobre los posibles riesgos, aunque mínimos, asociados a la evaluación cognitiva. También queremos destacar los beneficios, como contribuir al avance del conocimiento sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores.

Costos y Compensación: Le informamos que ningún análisis tendrá costo para usted, y no se ofrecerá compensación por su participación.

Confidencialidad de Datos: Tomaremos medidas estrictas para garantizar la confidencialidad de la información recolectada durante la aplicación del Test KICA-COG.

Derechos y Opciones del Participante: Su participación es voluntaria, y puede retirar su consentimiento en cualquier momento sin repercusiones. Su decisión no afectará su atención en salud.

Información de Contacto: Si tiene preguntas o preocupaciones, puede comunicarse con:

Renata Valentina Aldas Cortez, autora de la investigación. [Correo Electrónico], [Teléfono]

Dr. Galo Sánchez del Hierro, presidente del Comité de Ética de la Investigación en Seres Humanos, Pontificia Universidad Católica del Ecuador; Av. 12 de octubre 1076 y Roca, Quito, edificio administrativo, piso 3, oficina 327, teléfono 2991700, ext. 2917, ceish@puce.edu.ec

Parte II: Consentimiento Informado

A. Declaratoria de Consentimiento Informado: Yo, _____, he leído y comprendido la información proporcionada. Estoy de acuerdo en participar voluntariamente en este estudio y entiendo que puedo retirar mi consentimiento en cualquier momento sin perder mis derechos legales. Recibiré una copia de este documento una vez firmado.

Nombre del Participante: _____

Cédula: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Investigador: Renata Valentina Aldas Cortez

Cédula: _____

Firma: _____

B. Declaratoria de Revocación del Consentimiento Informado: A pesar de haber aceptado previamente mi participación, revoco mi autorización. Entiendo que esto implicará la eliminación de mis datos. Esta decisión no afectará mi atención médica.

Nombre del Participante: _____

Cédula: _____

Firma: _____

Fecha: _____

Nombre del Investigador: Renata Valentina Aldas Cortez

Cédula: _____

Firma: _____

Agradecemos su consideración y estamos a su disposición para cualquier pregunta adicional. Su participación es esencial para avanzar en la investigación y mejorar la comprensión del índice de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Centro Residencial Hogar "Corazón de María", Quito.

Atentamente,

Renata Valentina Aldas Cortez

Investigadora Principal

Centro Residencial Hogar "Corazón de María" [Contacto]

Comité de Ética de Investigación en Seres Humanos de la PUCE [Contacto]

Principio pregunta:							
Orientación	1 ¿Esta semana es semana de pensión/pago? ¿Qué día es hoy?	0	1				
	2 ¿Qué época del año es ahora? (Es posible que deba indicar, por ejemplo, si es época de lluvia o verano, tiempo frío) ¿Se celebra alguna festividad, fiesta o fecha importante en este mes?	0	1				
	3 ¿Cuál es el nombre de esta comunidad/ciudad? (En donde nos encontramos en este momento) ¿Cuál es el nombre de esta institución/Centro/Comunidad?	0	1				
Reconocimiento y denominación	Para las preguntas 4 y 5 necesitará tres artículos: peine, pañuelo (taza) y Meforos.						
	Para las preguntas 4 y 5 necesitará tres artículos: peine, taza con oreja y una cuchara.						
	4 Muestre cada elemento por turno y pregunte ¿Cómo se llama esto? Si el sujeto tiene problemas de visión, ponga cada objeto en su mano y pídale que lo reconozca						
	4.1 Peine	0	1				
	4.2 Taza	0	1				
	4.3 Cuchara	0	1				
	5 Muestre cada elemento por turno y pregunte ¿Para qué sirve este?						
	5.1 Peine	0	1				
	5.2 Taza	0	1				
	5.3 Cuchara	0	1				
	*Proceder a guardar los tres objetos, para: bolsillo trasero. taza: bolso. cuchara: en el bolsillo frontal. el adulto tiene que ver esta acción, solo vea, mas no decida.						
Registro	6 Dígame el orden de esas cosas que le mostré Ahora, Sr/Sra... (Nombre PAMI)... dígame en orden de las cosas que le mostré. ¿Qué le mostré primero?, (esperar respuesta), ¿respuesta? (esperar respuesta), Y así último? (esperar respuesta)	0	1	2	3		
	Después del intento. Muy bien! *Es importante reportar la motivación durante la toma de evaluación para no perder el interés del evaluado durante la prueba.						
Comprensión verbal	7 Cierre los ojos Sr/Sra... (Nombre PAMI)... en este momento le voy a pedir que cierre los ojos, y me escuche atentamente. Cierre sus ojos.	0	1				
	8 Primeramente aparta el dedo y luego al auto. Ahora, por favor con su dedo, señale hacia el cielo, ¿Dónde está el cielo?, muy bien, y ahora ¿Dónde está el suelo?	0	1	2			
Fluidez verbal	9 Dime los nombres de todos los animales que la gente cría. Ej en el aire, agua, tierra 0 animales: 1-4 animales: 5-8 animales: 9 animales o más	0	1	2	3		
	Ahora Sr/Sra... (Nombre PAMI)... dígame ¿Qué animales son los que usted encuentra en el campo/ en una casa? ¿Cuáles son los animales salvajes/ domésticos? (Dependiendo la situación)						
Recordar	10 Dónde puso Ej. el peine, la pelota y la taza se acerca donde guardó el peine, la taza y la cuchara? peine: bolsillo trasero. taza: bolso. cuchara: en el bolsillo frontal	0	1	2	3		
	Denominación visual Ahora Sr/Sra... (Nombre PAMI)... Te mostraré algunas fotos. Te diré que son. Recuerda estas fotos. Te mostraré algunas fotos. Tú dime que son. Recuerda estas fotos						
Reconocimiento	11 Señala cada imagen y pregunte ¿Que es esto? Moro Lentes Bicicleta Ciclo Cocodrilo	0	1	2	3	4	5
	Función frontal/ ejecutiva Ahora Sr/Sra... (Nombre PAMI)... Mira esto y ahora lo copias Mostrar alternando círculos y cruces						
Revisión	12 Mira esto y ahora lo copias Mostrar alternando círculos y cruces	0	1				
	13 Ahora dígame mi sea... ¿Recuerda esas fotos que le mostré antes? ¿Cuál eran esas fotos?	0	1	2	3	4	5
Recordar con claves	14 Ahora dígame... ¿Cuál de estas fotos le mostré antes? (Valorar a mostrar varias imágenes)	0	1	2	3	4	5
	Práctica						
	15 Por favor mí señot... Abra esta botella y vierta agua en esta taza	0	1				
	16 Por favor mí señot... Muéstreme cómo usar este peine	0	1				
	TOTAL						

7 años

3



La fotografía adjunta captura el momento en que la autora de la investigación aplica la evaluación al segmento de más de 90 años, mientras el adulto mayor participa activamente en el proceso desde su posición en la silla de ruedas. El momento representa la atención y cuidado por parte de la evaluadora hacia el paciente, así como la importancia de la interacción cercana y personalizada en la evaluación del estado cognitivo del adulto mayor.



En la siguiente fotografía la autora continua con la aplicación del instrumento, esta vez a otro segmento de edad el de 80 años a 89 años, por lo que su aplicación es más sencilla de completarse. Sin embargo, se mantiene la interacción cercana y personalizada con el participante para que esta sea una agradable experiencia.



En esta fotografía, se representa el momento de aplicación del instrumento a la población de personas de entre 70 a 79 años, en este caso las participantes esperaron pacientemente su turno, se destaca la predisposición y colaboración de los evaluados.



En este caso, se evalúa a las personas de entre 60 a 69 años, cabe destacar que este es el segmento más pequeño, por lo que el tiempo destinado a esta actividad fue bastante corto.