

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO MARIANO SAMANIEGO



CARRERA DE TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA

**Trabajo de Fin de Titulación para la obtención del título de técnica en
enfermería**

Tema: RELACIÓN ENTRE DETERIORO COGNITIVO Y
FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES DE SANTA
TERESA 2023 – 2024

Trabajo de tesis presentado por:	Paola Valeria Jaramillo Jaramillo
Director/a:	Md. Jackson Andrés Jiménez Espinoza
Fecha:	24/06/2024

Cariamanga- Loja - Ecuador

CERTIFICACIÓN

En calidad de Tutor sobre el tema: **“RELACIÓN ENTRE DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES DE SANTA TERESA 2023 – 2024”** del Señor/es. **Paola Valeria Jaramillo Jaramillo** de los autores. Egresados de la carrera de Tecnología en **“ENFERMERIA”** del Instituto Superior Tecnológico Mariano Samaniego, certifico que dicho trabajo de Graduación cumple con todos los requisitos y méritos suficientes para ser sometidos a la evaluación del Tribunal de Grado, para su correspondiente revisión, estudio y calificación.

Cariamanga, **24 de junio** del **2024**



.....

MD. Jackson Andrés Jiménez Espinoza

DIRECTOR DE TESIS

DECLARATORIA DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Los criterios emitidos en el trabajo de proyecto de titulación “**RELACIÓN ENTRE DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES DE SANTA TERESA 2023 - 2024**”, como también los contenidos descritos en este trabajo son de responsabilidad del autor.

Yo, **PAOLA VALERIA JARAMILLO JARAMILLO**, declaro bajo juramento que el trabajo aquí descrito es de mi autoría; que no ha sido presentado anteriormente para ningún grado o calificación profesional y que se ha consultado la bibliografía detallada; Así, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuestas son de responsabilidad del autor.



.....

Paola Valeria Jaramillo Jaramillo

AUTORIZACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL

Autorizo al Instituto Superior Tecnológico Mariano Samaniego, para que haga uso de este proyecto de tesis/investigación un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación, siguiendo estrictamente las normas de la Institución.

Cedo los derechos del trabajo de fin de titulación para fines de difusión pública, creación de artículos académicos, respetando el principio de la Educación Superior de no apremiar el beneficio económico y se realice respetando mis derechos de autor.

Cariamanga, **24 de Junio del 2024**

AUTOR,



PAOLA VALERIA JARAMILLO JARAMILLO

CI. 1105296873

DEDICATORIA

Este trabajo de investigación quiero dedicar primeramente a Dios por brindarme vida y salud, a mis padres, Marlene y Manuel, por acompañarme en cada paso que doy en la búsqueda de ser mejor persona y profesional, así mismo por ser mi motor y fuerza para poder seguir. También se la dedico a mi abuelita Hilda, quien desde el cielo es esa luz que me daba fuerzas para continuar. A mi hermano, por todo su apoyo incondicional, espero le sirva de ejemplo de que todo se puede lograr. A mi familia tanto materna como paterna por su apoyo incondicional y sus buenas vibras. A mis amigas por toda su confianza y apoyo ya que sin sus consejos y sus palabras de aliento yo no hubiera podido lograrlo. Finalmente quiero expresar mi más grande y sincero agradecimiento al Dr. Jackson Jiménez, principal colaborador durante todo este proceso, quien con su dirección, conocimiento, paciencia, enseñanza y colaboración permitió el desarrollo de este trabajo. Al ITSMS quienes con su experiencia fueron inculcando sus conocimientos y valores en nosotros. A nuestros maestros por compartir con nosotros sus amplios conocimientos lo cual nos ha llevado por el sendero correcto para lograr ser unos profesionales útiles para la sociedad.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad. Hoy nos permites sonreír ante este logro que es el resultado de tu ayuda.

Quiero agradecer a mis padres y hermano por su apoyo incondicional y sacrificio diario. A mi angelito del cielo mi abuelita Hilda porque ella fue mi motivación para seguir adelante en mis estudios, también porque gracias a ella quien guio mis pasos para poder culminar con mi carrera. Al

Instituto Tecnológico "Mariano Samaniego" por darnos la oportunidad de estudiar y ser unos profesionales. A mi tutor de tesis, Dr. Jackson Jiménez por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, su experiencia, su paciencia y su motivación ha logrado que pueda terminar mis estudios con éxito.

También me gustaría agradecer a mis docentes durante toda nuestra carrera profesional porque todos han aportado con un granito de arena a nuestra formación, por sus consejos, su enseñanza y más que todo por su amistad. Y por último a mis compañeros/as quienes son amigos muy preciados y juntos hemos logrado completar esta etapa de nuestra vida profesional, ganando experiencia y aprendiendo de nuestros errores.

Son muchas las personas que han formado parte de mi vida, a las que me encantaría agradecerles su amistad, consejos, apoyo, ánimo y compañía en los momentos más difíciles de nuestras vidas. Algunas están aquí a mi lado y otras en nuestros recuerdos y en nuestros corazones, sin importar en donde estén queremos darles las gracias por formar parte de nuestra vida, por todo lo que nos han brindado y por todas sus bendiciones. Para ellos: Muchas gracias y que Dios los bendiga.

RESUMEN

Este estudio evaluó la relación entre el deterioro cognitivo (DC) y la funcionalidad (DF) en adultos mayores del barrio Santa Teresa, utilizando la escala de Lawton y Brody y el índice de Barthel. Los resultados mostraron un alto nivel de dependencia funcional, con un 22.41% de dependencia total y un 22.22% de dependencia grave. El índice de Barthel reveló que actividades básicas de la vida diaria, como comer y deambular, tenían una fuerte correlación con el DC. El objetivo fue determinar cómo el DC afecta la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades diarias, empleando una metodología cuantitativa con análisis estadísticos. Se encontró que actividades complejas, como subir y bajar escaleras, mostraban mayor dependencia, indicando una posible relación entre el DC y la movilidad reducida. Las correlaciones significativas entre actividades como arreglarse y comer sugieren una interdependencia en la pérdida de habilidades funcionales. Además, se observó un aumento progresivo de la dependencia funcional con la edad, subrayando la necesidad de intervenciones específicas para mejorar la calidad de vida de esta población y la importancia de una evaluación continua y programas de apoyo.

Palabras Claves. Adultos mayores, centro gerontológico, deterioro cognitivo, incidencia, deterioro funcional.

ABSTRACT

This study evaluated the relationship between cognitive impairment (CD) and functional dependence (FD) in older adults from the Santa Teresa neighborhood, using the Lawton and Brody scale and the Barthel index. The results showed a high level of functional dependence, with 22.41% total dependence and 22.22% severe dependence. The Barthel index revealed that basic activities of daily living, such as eating and ambulation, had a strong correlation with CD. The objective was to determine how CD affects the ability of older adults to perform daily activities, using a quantitative methodology with statistical analysis. It was found that complex activities, such as climbing and descending stairs, showed greater dependence, indicating a possible relationship between CD and reduced mobility. Significant correlations between activities such as grooming and eating suggest an interdependence in the loss of functional abilities. In addition, a progressive increase in functional dependence with age was observed, underlining the need for specific interventions to improve the quality of life of this population and the importance of continuous assessment and support programs.

Key words. Older adults, gerontological center, cognitive impairment, incidence, functional impairment.

INDICE DE CONTENIDOS

CERTIFICACIÓN I

DECLARATORIA DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN II

AUTORIZACIÓN DE DERECHOS DE PROPIEDAD INTELECTUAL III

DEDICATORIA..... IV

AGRADECIMIENTO..... V

RESUMEN.....VI

ABSTRACTVII

INDICE DE CONTENIDOS 1

INDICE DE TABLAS..... 5

INDICE DE FIGURAS..... 6

INDICE DE ANEXOS 6

CAPÍTULO I..... 7

 Introducción..... 8

 Tema 10

 Planteamiento del problema..... 11

 Formulación de la pregunta de investigación 13

 Objetivos..... 14

 Objetivo general 14

Objetivos específicos	14
Justificación	15
CAPÍTULO II.....	17
Metodología de la investigación.....	18
Diseño metodológico.....	18
Tipos de estudio aplicado.....	18
Estrategias de búsqueda	19
Formulación de la pregunta de investigación de acuerdo a las normas PICO.	19
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	20
Variables de estudio	21
Universo y muestra del estudio.....	22
Criterios de inclusión y Criterios de exclusión.....	22
Procedimiento para la tabulación, la recolección y el análisis de los datos estadísticos.....	23
Recursos humanos y materiales.....	23
Aspectos éticos.....	24
Cronograma	24
Presupuesto.....	24
Marco teórico	26
Definición de envejecimiento.....	26
Características generales del envejecimiento.....	26

Deterioro cognitivo.....	28
Relación del deterioro cognitivo leve y demencia en adultos mayores.....	33
Funcionalidad	33
Teorías y modelos que explican la relación entre el DC y el DF.	35
Evidencia empírica de la relación (estudios previos, metaanálisis, revisiones sistemáticas)	36
Herramientas y métodos de evaluación del deterioro cognitivo y la funcionalidad.	37
Contexto local: Santa Teresa	38
Importancia de la detección temprana del deterioro cognitivo y funcional.....	40
Intervenciones de enfermería para prevenir o retrasar el deterioro funcional en personas con deterioro cognitivo	41
CAPÍTULO III	42
Resultados	43
Correlaciones sociodemográficas de los adultos mayores.....	43
a. ¿Tiene cuidador?.....	44
b. ¿Cuál es el parentesco que tiene usted con la persona que le brinda los cuidados que necesita?.....	44
Responde la escala de Lawton y Brody	45
a. Frecuencias de aplicación de la escala de Lawton y Brody, para evaluar el DF en los AM - actividades instrumentales de la vida diaria.	45
b. Correlación de las variables de la escala de Lawton y Brody, para evaluar el DF en los AM - actividades instrumentales de la vida diaria.	47

<i>Tabla 6</i>	48
<i>¿Correlación de la escala de Lawton y Brody para evaluar el DF en los AM?</i>	48
c. Puntuación final de la escala de Lawton y Brody de los AM.....	49
a. Frecuencias de aplicación de las variables del índice de Barthel, para evaluar el DC en los AM. 51	
b. Correlación de las variables del índice de Barthel en los AM encuestados.....	53
c. Puntuación final del índice de Barthel	56
<i>Prevalencia del DC y el DF en los AM del barrio Santa Teresa</i>	59
ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	59
Nivel de deterioro cognitivo de los AM del barrio Santa Teresa.....	59
¿Cuál es la relación entre el índice de deterioro cognitivo y el deterioro funcional de los AM del barrio Santa Teresa?	59
Discusión.....	61
CAPÍTULO I	64
Conclusiones.....	65
Recomendaciones.....	67
Referencias bibliográficas.....	69
ANEXOS.....	74

INDICE DE TABLAS

Tabla 1. Clasificación y características de los tipos de deterioro	31
Tabla 2. Datos sobre el cuidado de los adultos mayores.	44
Tabla 3. ¿Cuál es el parentesco que tiene usted con la persona que le brinda los cuidados que necesita?	45
Tabla 4. Responde la escala de Lawton y Brody.....	46
Tabla 5. Correlación de las variables de la escala de Lawton y Brody, para evaluar el DF en los AM - actividades instrumentales de la vida diaria.	47
Tabla 6. Puntuación final de la escala de Lawton y Brody de los AM.	49
Tabla 7. Frecuencias de aplicación de las variables del índice de Barthel, para evaluar el DC en los AM.	51
Tabla 8. Aplicación del índice de Barthel	53
Tabla 9. ¿Correlación de las variables del índice de Barthel?	55
Tabla 10. Puntuación final del índice de Barthel.....	56
Tabla 11. Prevalencia del DC y el DF en los AM del barrio Santa Teresa	60

INDICE DE FIGURAS

Figura 1. Responde al Índice de Barthel..... 51

INDICE DE ANEXOS

Anexo A. Consentimiento informado para participar en entrevista..... 76

Aexo B. Modelo de la entrevista estructurada 78

Aexo C. Censo de la población AM del INEC 2022 78

CAPÍTULO I

Introducción

El envejecimiento es un proceso universal e irreversible que implica cambios biopsicosociales producidos por factores sociales, genéticos, culturales y calidad de vida, durante este proceso se producen cambios físicos y emocionales que forman un proceso normal del envejecimiento cognitivo, fenómeno caracterizado por cambios graduales en la integridad neuroanatomía, neuroquímica y metabólica (Felmer, 2023).

Es así que, durante el proceso de envejecimiento un grupo de adultos mayores (AM) pueden experimentar un deterioro patológico, caracterizado por el progresivo e irreversible daño al sistema nervioso central, en consecuencia, existe una disminución cognitiva que, en muchos casos, evoluciona hacia la demencia (Espinoza y Vera, 2021). Es importante mencionar que dentro del deterioro cognitivo (DC) existen tres tipos: el deterioro cognitivo leve (DCL), el deterioro cognitivo moderado (DCM) y la demencia, al hablar del DCL se engloba al funcionamiento cognitivo o intelectual del AM, proceso que comprende la memoria, orientación, lenguaje y toda actividad que conlleve el desenvolvimiento con su entorno (Carrión y Gómez, 2022).

Cuando este proceso avanza progresivamente se puede producir la demencia caracterizado por un deterioro total del nivel cognitivo, que constituye una de las principales razones de discapacidad y dependencia entre la población AM a nivel global, generando consecuencias significativas tanto para el paciente como para los cuidadores, familias, la comunidad y la sociedad (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2020).

A nivel global, la magnitud del DC resulta preocupante, con aproximadamente 55 millones de personas diagnosticadas con demencia, proyección que apunta a alcanzar los 139 millones para el año 2050. Es por ello que cada año, se registran 10 millones de nuevos casos en la etapa más avanzada de la enfermedad, situando a la demencia como la séptima causa de mortalidad en el mundo, con costos económicos estimados en 1,3 billones de dólares anuales (OPS, 2020).

A nivel global, el DCL afecta del 15% al 20% de personas mayores de 65 años, incrementándose del 30% al 40% en mayores de 80 años, el DCM posee una prevalencia del 2% al 5% en AM de 65 años, aumentando del 10% al 20% en mayores de 80 años. Por otro lado, la demencia afecta del 5% al 8% de AM de 65 años y del 20% al 30% en mayores de 85 años (Fonte y Santos, 2020). Estos DC impactan negativamente en la calidad de vida, desde dificultades en la memoria y atención en el DCL, hasta una mayor dificultad en las actividades cotidianas en el DCM, y una pérdida significativa de independencia y autonomía en la demencia, lo que conlleva a la dependencia en las actividades diarias, aislamiento social, así como el desarrollo de depresión y ansiedad (León y León, 2019).

En relevante mencionar que, en Ecuador, el DC fue estudiado por León y León (2019), quienes realizaron un estudio transversal en centros gerontológicos de la ciudad de Cuenca, en donde se cita que más del 60% de los AM presenta DC, el género femenino es el más prevalente, en especial pacientes con bajos niveles de escolaridad. Por lo tanto, es crucial realizar evaluaciones en AM para identificar la causa subyacente de la enfermedad, con el objetivo de ayudar al paciente a recuperar funciones afectadas y preservar las que aún se mantienen sin alteraciones.

No obstante, en la actualidad existe escasa información sobre el tema en estudio en el barrio Santa Teresa perteneciente al Cantón Calvas, por consiguiente, el objetivo de esta investigación es determinar la prevalencia de los diferentes tipos de DC en esta comunidad y su relación con el DF en los AM, con la finalidad de identificar a los pacientes que necesiten una intervención oportuna en base a los resultados obtenidos.

Tema

Relación entre deterioro cognitivo y funcionalidad en adultos mayores de Santa Teresa 2023 - 2024.

Planteamiento del problema

Los AM forman parte de las personas que se encuentran dentro de la etapa del envejecimiento, proceso de la vida que empieza a la edad de 65 años, por lo que son considerados un grupo vulnerable, es por ello que comprender las condiciones y particularidades que enfrentan es importante, por lo tanto, es crucial conocer los factores y situaciones que pueden influir negativamente en su calidad de vida durante esta etapa (Guerrero y Yépez, 2020). El DC implica una disminución gradual de habilidades mentales como la memoria, atención y capacidad de razonamiento, lo que hace más difícil realizar actividades diarias, esta situación se complica aún más cuando se combina con el DF, que se caracteriza por la incapacidad para realizar tareas básicas de cuidado personal y movilidad (Parada et al., 2022).

De acuerdo con datos de la OMS en el año 2016, existió un crecimiento en la población de AM, las proyecciones indican que para el año 2050, este incremento podría alcanzar hasta un 22%, es decir aproximadamente novecientos millones de individuos, por ende, este aumento conlleva un mayor riesgo de experimentar deterioro tanto mental como físico en esta población. Según la OPS, aproximadamente el 8% de los AM en los países latinoamericanos sufren algún tipo de demencia, es así que, de persistir las tendencias actuales, se espera que estas cifras casi se dupliquen en los próximos 20 años. Por otro lado, se estima que en América Latina y el Caribe habrá un aumento de 3,4 millones de personas en 2010 a 7,6 millones en 2030, superando la proyección de 7,1 millones en los Estados Unidos y Canadá (Ji-Eun et al., 2024).

Según el estudio de Paredes et al. (2021) realizado en Colombia, señalan que existe una preocupante prevalencia del 51% de DC entre los AM, de este porcentaje, se encontró una asociación significativa con el DF para cumplir actividades como la preparación y toma de medicamentos, hallazgos que subrayan la importancia de considerar el estado funcional al analizar el rendimiento cognitivo en AM y resaltan la necesidad de abordar estos problemas en contextos rurales, donde pueden ser aún más prominentes.

Por otra parte, Luna y Vargas (2018) demuestran que un 6.7% de AM mostró DC y DF sospechoso de demencia en Lima, en conclusión el análisis de datos reveló que ciertos factores, como ser mayor de 75 años, estar desempleado, tener menos de 8 años de educación y haber sufrido depresión en el último año, se relacionan con un posible DC y DF, que podría indicar demencia, por lo tanto los resultados que resaltan la importancia de implementar programas preventivos y de promoción dirigidos a fomentar hábitos de vida saludables entre la población de AM, con el fin de abordar tanto el DC como su asociación con la pérdida funcional en este grupo demográfico.

Desde esta perspectiva, en nuestro país Ecuador, según los informes del Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INEC) aproximadamente el 10% de la población son AM, de este grupo, alrededor del 20% reside en instituciones geriátricas, otro 20% se encuentra en instituciones psiquiátricas, y el resto vive en sus propios hogares, por ejemplo, en Quito, alrededor del 8% de los hombres mayores experimentan algún tipo de DC, mientras que en las mujeres es del 3%, en comparación con Guayaquil, donde se registra que el 13% de los hombres y el 20% de las mujeres presentan este tipo de deterioro (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2019).

Por consiguiente, la falta de abordaje adecuado de la prevalencia del DC y su relación con el DF en AM podría resultar en un incremento continuo de la carga de enfermedad, un deterioro progresivo en la calidad de vida, un aumento en la demanda de servicios de salud especializados y una sobrecarga para los sistemas de cuidado informal y formal, de igual manera, la falta de intervención podría llevar a un mayor aislamiento social, depresión y pérdida de autonomía en esta población vulnerable (Ayala, 2020). Por ende, es relevante implementar estrategias efectivas de prevención, detección temprana y tratamiento para mitigar los impactos negativos de este problema en la comunidad de Santa Teresa.

Con estos antecedentes se plantea la siguiente pregunta de investigación:

Formulación de la pregunta de investigación

¿Cuál es la prevalencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores de Santa y cómo afecta este deterioro cognitivo a su funcionalidad diaria?

Objetivos

Objetivo general

Determinar la prevalencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores de Santa Teresa durante el periodo 2023-2024 para conocer en qué medida este deterioro cognitivo afecta su funcionalidad diaria.

Objetivos específicos

- Determinar la prevalencia y los diferentes niveles de deterioro cognitivo utilizando la escala de Barthel para evaluar la capacidad funcional y la escala de Lawton y Brody para evaluar la independencia en actividades instrumentales de la vida diaria.
- Evaluar la asociación del deterioro cognitivo en la capacidad funcional de los adultos mayores, mediante el análisis de la correlación entre los puntajes obtenidos en las escalas de Barthel y Lawton y Brody
- Explorar los factores clínicos asociados con el deterioro cognitivo y el deterioro funcional en adultos mayores que influyen en la calidad de vida del adulto mayor.

Justificación

En primera instancia la pérdida cognitiva relacionada con el deterioro funcional son dos procesos de salud de gran relevancia en la actualidad, producido por el envejecimiento de la población y el aumento de las enfermedades de origen neurodegenerativo, entre las más prevalentes está el Alzheimer (75.6%) y el Parkinson (40%). Es por ello que estudiar estos fenómenos tiene implicaciones profundas en la calidad de vida de las personas afectadas y en la carga que esto representa para los sistemas de salud y las familias (Mograbi et al., 2024).

Cabe recalcar hoy en día que el envejecimiento de la población es un fenómeno que existe a nivel global, en donde las personas mayores de 65 años son el 29.2% de la población de acuerdo a la OPS y la Asociación Geriátrica Española, entre ellos el DC surge como una condición médica común, sin embargo, cuando progresa con el tiempo puede producirse la demencia que afecta a aproximadamente a 7 millones de personas en América Latina y en la Unión Europea, estimando que esta cifra se duplicará hasta el año 2050 (Stavrinou et al., 2022)

En cuanto a los predictores de mortalidad en esta población, el DC es considerado un predictor sólido de mortalidad inclusive si no progresa a la demencia, ya que produce diversos resultados adversos como la fragilidad, discapacidades o caídas, lo que conlleva a un deterioro de la capacidad funcional a causa del DC y el envejecimiento (Monteiro et al., 2022). Desde esta perspectiva según los Centros de Control y Prevención de Enfermedades en Sudamérica es importante evaluar la calidad de vida de los pacientes geriátricos para determinar las cargas de enfermedades, las discapacidades prevenibles, las lesiones y las dependencias físicas y emocionales (Mogic et al., 2023).

Es importante mencionar que, en el contexto ecuatoriano, el MSP, la Sociedad Ecuatoriana de Geriátrica en el año 2023 y el censo del INEC 2022, catalogaron dentro del país a la función cognitiva y la capacidad funcional como funciones clave para un bienestar y calidad de vida adecuada en el adulto mayor, desde la perspectiva de la salud y la capacidad los AM para realizar sus actividades básicas diarias.

Lo mencionado anteriormente se correlaciona con estudios recientes en esta población que señalan a la demencia como parte del deterioro funcional y el DCL como piezas clave para determinar una calidad de vida buena o mala relacionada con la salud del paciente (Parada et al., 2022).

Es importante destacar los hallazgos del estudio titulado "Deterioro Cognitivo y Depresión en Adultos Mayores: Una Revisión Sistemática de los Últimos 5 Años" realizado en la unidad de salud del Guasmo en Guayaquil, Ecuador, durante el año 2022, de los 582 adultos mayores evaluados, se encontró que el 36.5% presentaba algún tipo de DC, mientras que el 64.5% mostraba signos de deterioro funcional o depresión. A través de la aplicación de un instrumento de evaluación, se determinó que el 99% de los participantes obtuvo una puntuación baja en la escala de evaluación del deterioro cognitivo, lo que sugiere una alta probabilidad de deterioro funcional (Parada et al., 2022).

Para concluir, se debe señalar que estudiar estos fenómenos no solo contribuye al avance del conocimiento científico en el campo de la neurociencia, sino que también tiene implicaciones profundas en la calidad de vida de las personas afectadas y en la carga que esto representa para los sistemas de salud y las familias de los AM, comprender los mecanismos subyacentes a la pérdida cognitiva y cómo se relacionan con el DF y emocional es fundamental para desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico temprano y tratamiento efectivo (Mogic et al., 2023).

Por consiguiente, el presente trabajo de titulación busca abordar esta problemática desde una perspectiva multidisciplinaria, integrando conocimientos de psicología, neurociencia, medicina, enfermería y otros campos pertinentes mediante la aplicación de escalas e índices, con el fin de aportar al bienestar y la salud de la población geriátrica que reside en el Barrio Santa Teresa, perteneciente al Cantón Calvas, provincia de Loja, ya que en este sector aún no existen estudios con base científica sobre este tema.

CAPÍTULO II

Metodología de la investigación

Diseño metodológico

La investigación de grado se llevó a cabo dentro de un marco de estigma positivista, observacional, transversal y de campo debido a que los datos se recopilan directamente del entorno natural donde ocurren los fenómenos de interés, es decir, en el barrio Santa Teresa, donde residen los adultos mayores objeto de estudio. Cabe recalcar que es de tipo no experimental al aplicar el enfoque cualitativo, descriptivo e inductivo, centrándose solamente en el diagnóstico del problema de la comunidad.

Es importante destacar que para la relación de las variables se adoptó un enfoque correlacional, con una descripción adecuada de las interacciones entre las variables, específicamente el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores y su impacto funcional en la calidad de vida. Para la exhaustiva revisión bibliográfica de la literatura científica de los últimos cinco años, se usó el diseño de revisión documental, para la recopilación, análisis y síntesis de información existente proveniente de diversas fuentes previamente publicadas, como artículos científicos, libros, informes y bases de datos.

Tipos de estudio aplicado

Enfoque analítico- sintético. Durante el la revisión de la literatura previa, se utilizó el enfoque analítico-sintético al revisar los estudios ya realizados sobre el tema, centrándose en el análisis de los hallazgos y la síntesis de los datos relevantes sobre el DC en la investigación, con el objetivo de comprenderlos en su totalidad, en cuanto a la relación con el DF.

Histórico-lógico. Resultó efectivo este método al utilizarlo para adquirir comprensión sobre los conceptos relacionados con las variables del tema en cuestión, abarcando desde tiempos remotos hasta la contemporaneidad.

Método inductivo-deductivo. Demostró ser exitoso al emplearse para obtener entendimiento sobre los conceptos vinculados con las variables del asunto en discusión, desde épocas pasadas hasta el presente, a lo largo de la evolución histórica.

Estrategias de búsqueda

Se realizó una exhaustiva revisión de la literatura científica actualizada para abordar el tema de la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores, con un enfoque particular en enfermería, esta revisión se llevó a cabo mediante la utilización de ocho palabras clave específicas, previamente identificadas en el resumen: adultos mayores, centro gerontológico, deterioro cognitivo, incidencia, salud geriátrica, deterioro funcional, salud mental y demencia.

Para recopilar información relevante, se accedió a diversas bases de datos académicas, entre las que se incluyeron Pubmed, Scopus, Google Scholar, ScienceDirect, MEDLINE, Embase, Cochrane Library y CINAHL, además, se consultaron los estudios disponibles en la plataforma Scimago Journal & Country Rank, este amplio espectro de fuentes garantizó la inclusión de estudios variados y actualizados en el análisis. Es importante destacar que se aplicaron criterios de selección rigurosos para asegurar la calidad y relevancia de los estudios incluidos en la revisión, se priorizaron aquellos trabajos publicados en revistas indexadas en los cuartiles Q1, Q2, Q3 y Q4 según la clasificación de la plataforma Scimago.

Esta estrategia de búsqueda meticulosa y exhaustiva permitió obtener una visión completa y actualizada de la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores, desde la perspectiva de la enfermería, los resultados obtenidos servirán como base sólida para la comprensión y abordaje de este importante tema en el ámbito de la atención geriátrica.

Formulación de la pregunta de investigación de acuerdo a las normas PICO.

La pregunta de investigación "Relación entre deterioro cognitivo y funcionalidad en adultos mayores de Santa Teresa 2023 - 2024" puede aplicarse a las normas PICO (Pacientes, Intervención, Comparación, Outcome) de la siguiente manera:

- **P (Pacientes o Población):** Adultos mayores de Santa Teresa.
- **I (Intervención):** Evaluación del deterioro cognitivo, esta puede incluir la utilización de pruebas neuropsicológicas, cuestionarios o evaluaciones clínicas para medir el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores.
- **C (Comparación):** En este caso, la comparación podría no ser explícita ya que se está buscando una relación en lugar de una intervención específica. Sin embargo, implícitamente, se compara a los adultos mayores con diferentes niveles de deterioro cognitivo (desde aquellos con deterioro cognitivo leve hasta aquellos con deterioro más avanzado).
- **(Resultado):** Funcionalidad de los adultos mayores, esto se refiere a cómo el deterioro cognitivo afecta la capacidad de los adultos mayores para llevar a cabo actividades de la vida diaria funcional, su independencia, y su calidad de vida en general.

Así, la pregunta de investigación está estructurada de manera que se identifica claramente la población de interés (adultos mayores de Santa Teresa), se define la condición de interés (deterioro cognitivo), y se plantea el resultado a evaluar (funcionalidad). La comparación, aunque no explícitamente detallada, está implícita en el rango de deterioro cognitivo que se espera encontrar en la población estudiada.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Es importante destacar que los datos recopilados se obtuvieron mediante metodologías y herramientas de recolección de información, en primer lugar, se utilizó la observación al analizar la literatura disponible para identificar el nivel de DC presente en los AM del Barrio Santa Teresa, posteriormente, se emplearon el Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody para evaluar a los AM residentes en el área.

La escala de Lawton y Brody se publicó en el año 1969 donde se evalúa la autonomía física y la actividad de la vida diaria del paciente geriátrico, en esta escala se evaluó la capacidad del paciente

mediante ocho ítems, entre ellos existe la habilidad para usar el teléfono, realizar compras, cocinar, mantener la casa limpia, lavar la ropa por completo, utilizar el transporte gestionar la medicación y las finanzas, cada aspecto e ítem recibe una puntuación numérica de 1: independiente o 0: dependiente, la puntuación total se calcula sumando los valores de todas las respuestas, con un rango de 0: total dependencia a 8: total independencia, los datos se obtuvieron mediante la entrevistas estructuradas, aplicada de manera directas al AM o a su cuidador principal, con un tiempo promedio de administración de cuatro minutos.

Luego se aplicó el índice de Barthel para evaluar la independencia y movilidad de la discapacidad funcional en los pacientes en cuanto a su vida diaria, así como los cuidados asistenciales que necesitan, entre los más destacados están las actividades como el baño y el arreglo personal evaluándose en una escala del 0 al 5, reflejando su importancia para la autonomía y el bienestar del AM.

A su vez, otras tareas, como el traslado del sillón a la cama y la capacidad de deambulación, se evalúan de 0.5 hasta un máximo de 15, teniendo en cuenta la dificultad y la relevancia de estas actividades en la vida cotidiana, este sistema de puntuación detallado permite capturar con precisión el grado de dependencia o independencia del paciente en cada aspecto evaluado, al final se obtiene una puntuación total que puede variar entre 0 y 100, este índice clasificaron a los pacientes en diferentes niveles de dependencia, desde total hasta independencia completa.

Variables de estudio

Variable independiente (VI). El deterioro cognitivo, es una variable que se manipuló para observar su efecto sobre la variable dependiente, se evaluó la escala de Lawton y Brody, a través de las evaluaciones clínicas y aplicación de la entrevista estructurada.

Variable dependiente (VD): La funcionalidad, es la variable que fue influenciada por la variable independiente, en donde se refiere a la capacidad de los adultos mayores para realizar actividades de la

vida diaria (AVD) y pudo ser evaluada mediante escalas y cuestionarios específicos como el Índice de Barthel.

Universo y muestra del estudio

El universo aplicado en el barrio Santa Teresa fueron los 27 adultos mayores, información que formo parte de los datos estadísticos del Ministerio de Salud Pública, plataforma PRASS (<https://sgrdacao.msp.gob.ec/>), información brindada por técnico de atención primaria de salud del barrio, que forman parte de la atención integral de la comunidad, es así que debido a que la población fue menor a 90, todos los adultos mayores fueron entrevistados y formaron parte del estudio, luego de considerar los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión y Criterios de exclusión

Criterios de inclusión.

- Pacientes adultos mayores de 65 años que deseen formar parte del estudio.
- Pacientes que requieren la evaluación de su capacidad funcional en el contexto de su atención médica o geriátrica, ya sea directamente o a través de un cuidador principal.
- Pacientes con diversas condiciones clínicas que afecten su capacidad funcional, como discapacidades físicas, enfermedades crónicas o DC.

Criterios de exclusión.

- Pacientes que no deseen formar parte del estudio.
- Pacientes que tienen alguna condición médica o discapacidad que afecte su capacidad funcional para responder la entrevista.
- Pacientes que residen en un entorno de difícil acceso donde no se puedan aplicar las herramientas de evaluación mencionadas.

Procedimiento para la tabulación, la recolección y el análisis de los datos estadísticos.

Se solicitó la firma del consentimiento informado, a cada uno de los AM previo a la realización de la entrevista, luego se aplicó de manera directa a cada paciente geriátrico en su domicilio con la presencia de un cuidador o familiar directo, en el barrio Santa Teresa, antes de recopilar los datos del estudio, se proporcionó orientación en dos reuniones informativas previas a la aplicación del cuestionario para explicar el método en el que se elaborará la entrevista y para el proceso estadístico se usó el programa JASSP donde se elaboraron los datos estadísticos, que luego se exportaron las tablas y figuras al programa Microsoft Excel, que luego fueron exportadas en el programa Word para la realización del análisis y elaboración del informe.

Descriptivo. Se calcularán las frecuencias, porcentajes, medias y desviaciones estándar de las variables.

Correlacional: Se utilizará la prueba de correlación de Pearson para determinar la relación entre las variables de hábitos alimenticios y rendimiento académico. Además, se realizarán análisis de regresión lineal para identificar la relación del DC con el DF.

Análisis de contenido: Las entrevistas semiestructuradas se analizarán mediante técnicas de codificación cualitativa para identificar patrones y temas recurrentes relacionados con el DC y el DF.

Recursos humanos y materiales.

El estudio se llevó a cabo con la participación de un equipo liderado por la autora de la tesis, con el respaldo del tutor que cuenta con una sólida experiencia docente en el Instituto Superior Tecnológico Mariano Samaniego, luego la colaboración con los AM, familiares y cuidadores que residen en el Barrio Santa Teresa. Por lo contrario, en cuanto a los recursos materiales utilizados, la autora se valió principalmente de su computadora personal para llevar a cabo las diversas etapas de la investigación, desde la redacción y análisis de datos estadísticos e información en cada etapa, hasta la redacción final del trabajo.

Para la recolección de datos de la muestra, se empleó una entrevista estructurada basada en los índices y escalas antes mencionadas, a su vez se accedió a recursos bibliográficos, como libros médicos, revistas científicas y otros documentos relevantes, a través de reconocidas bases de datos como Mendeley, Elsevier, Scopus, Google Académico, PubMed y Medline, con documentos con Q1, Q2 y Q3, garantizando así su calidad y pertinencia para el estudio, con rigurosidad científica.

Aspectos éticos.

Se aplicó los principios éticos de la Declaración de Helsinki, asegurando el consentimiento informado, la confidencialidad de los datos y la equidad en la selección de participantes, minimizando los riesgos y maximizando los beneficios para los adultos mayores involucrados, garantizando así la integridad y el respeto hacia los sujetos de estudio.

Cronograma

El estudio se desarrollará a lo largo del período académico de octubre 2023 a marzo 2024, siguiendo el siguiente cronograma:

MES	ACTIVIDAD
Octubre y Noviembre	Revisión de la literatura y diseño de instrumentos.
Diciembre	Obtención de consentimiento informado y aplicación de cuestionarios.
Enero	Recolección de datos académicos y realización de entrevistas.
Febrero	Análisis de datos cuantitativos y cualitativos.
Marzo	Redacción del informe final y presentación de resultados.

Presupuesto.

ACTIVIDAD	COSTO	
	NÚMERO	VALOR
Conexión a internet domiciliaria	4	130
Referencias bibliográficas	2	0
Costos de transporte y alimentación	32	200
Gastos de impresión	100	11.00

Número de copias (hojas)	150	5.00
Encuadernación de dos anillados	2	5.00
Subtotal	–	\$ 234
Reserva para imprevistos (10%)	–	\$ 12.4

Marco teórico

Definición de envejecimiento.

El envejecimiento es un proceso natural y progresivo que ocurre a lo largo del tiempo y que afecta a todos los seres vivos, se caracteriza por una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que ocurren con la edad. Estos cambios son acumulativos e irreversibles, llevando a una disminución en la capacidad de adaptarse al estrés ambiental y aumentar la vulnerabilidad a enfermedades y la mortalidad (Logue Party y Healsy Sourt, 2019).

Características generales del envejecimiento.

Características Biológicas. Con el paso del tiempo, los sistemas y órganos del cuerpo experimentan un declive en su funcionamiento, esto se manifiesta en una disminución en la capacidad cardíaca, pulmonar y renal, así como una reducción en la densidad ósea, lo que aumenta el riesgo de fracturas. A nivel celular y molecular, el envejecimiento está asociado con el acortamiento de los telómeros, la acumulación de daño en el ADN y la disminución de la capacidad de las células para dividirse y repararse, además, es común la acumulación de productos de desecho celular y proteínas mal plegadas (Mejía et al., 2020).

Es por ello que el sistema inmunológico también sufre cambios, un fenómeno conocido como inmunosenescencia, que aumenta la susceptibilidad a infecciones, enfermedades autoinmunes y cáncer, por último, hay una disminución en la agudeza de los sentidos, incluyendo la vista, el oído, el gusto y el olfato, lo que puede afectar significativamente la calidad de vida y la independencia (Monteiro et al., 2022)

Características Psicológicas. Aunque no todas las personas mayores experimentan un deterioro cognitivo significativo, es común observar cierta disminución en la memoria, la velocidad de procesamiento, la atención y la capacidad de aprender nueva información, a nivel de salud mental, el envejecimiento puede estar asociado con un mayor riesgo de depresión, ansiedad y otros trastornos del estado de ánimo. Sin embargo, muchas personas mayores también desarrollan una mayor resiliencia

emocional y sabiduría, lo que les permite afrontar los cambios y pérdidas de manera efectiva, a su vez las personas mayores a menudo muestran una notable capacidad para adaptarse a los cambios y utilizan estrategias de afrontamiento y soporte social para mantener su bienestar emocional (Kar et al., 2023).

Características Sociales. A medida que las personas envejecen, experimentan cambios en sus roles sociales, como la jubilación, la viudez, y cambios en las responsabilidades familiares, estos cambios pueden afectar su identidad y sentido de propósito, sin embargo, la calidad de las relaciones sociales puede ser más importante que la cantidad, y muchas personas mayores mantienen relaciones significativas y satisfactorias, es así que la participación en actividades sociales, comunitarias y recreativas puede disminuir, aunque aquellas que continúan participando activamente a menudo experimentan mejores resultados de salud y bienestar (Kar et al., 2023).

Importancia del estudio del envejecimiento en la sociedad actual

El estudio del envejecimiento ha cobrado una importancia crucial en la sociedad actual debido a varios factores demográficos, económicos y sociales, en primer lugar, el envejecimiento de la población es un fenómeno global, caracterizado por un aumento significativo en la proporción de personas mayores en la mayoría de los países. Esto se debe a una combinación de disminución de las tasas de natalidad y aumento en la esperanza de vida, resultando en un mayor número de personas viviendo más allá de los 60 años, este cambio demográfico plantea desafíos importantes para los sistemas de salud y seguridad social, que deben adaptarse para atender las necesidades específicas de una población envejecida (Hoogendijk et al., 2019).

Desde una perspectiva social, el envejecimiento también afecta la estructura y dinámica de las comunidades, los adultos mayores desempeñan roles importantes en sus familias y comunidades, desde el cuidado de los nietos hasta la participación en actividades voluntarias y comunitarias, sin embargo, también enfrentan desafíos como el aislamiento social, la discriminación por edad y la pérdida de roles

significativos, lo que puede impactar negativamente su bienestar emocional y mental (Hoogendijk et al., 2019).

La importancia del estudio del envejecimiento también se refleja en la necesidad de promover un envejecimiento saludable, la OMS indica que esto implica no solo la prevención y tratamiento de enfermedades, sino también la promoción de actividades físicas, mentales y sociales que permitan a las personas mayores mantenerse independientes y activas durante el mayor tiempo posible. Finalmente, el envejecimiento de la población tiene un impacto significativo en la innovación y el desarrollo de nuevas tecnologías (Hoogendijk et al., 2019).

Deterioro cognitivo

Definición y características del DC. El DC se refiere a la disminución de las capacidades cognitivas de una persona, que puede ir desde una leve afectación hasta un deterioro severo que interfiera significativamente en la vida diaria, este fenómeno es común en los adultos mayores y abarca una variedad de síntomas que afectan funciones mentales como la memoria, el pensamiento, el lenguaje, la atención y la capacidad para realizar tareas cotidianas (Sugimoto et al., 2022).

Puede presentarse de diferentes formas, como es el deterioro cognitivo leve (DCL) es una condición en la que una persona experimenta una disminución notable en una o más áreas cognitivas, pero aún conserva la capacidad para llevar a cabo la mayoría de las actividades diarias y, por otro lado, la demencia una forma más severa de DC que implica un deterioro progresivo y significativo de las funciones cognitivas (Sugimoto et al., 2022). Es así que de acuerdo con el estudio de Logue Party y Healsy Sourt (2019), entre las características más importantes existen:

- **Pérdida de memoria:** Este es uno de los signos más evidentes y tempranos del DC, puede incluir olvidos frecuentes, dificultad para recordar eventos recientes, y pérdida de objetos personales.
- **Problemas de lenguaje:** Las personas con DC pueden tener dificultades para encontrar las palabras adecuadas, seguir conversaciones, o comprender el lenguaje hablado y escrito.

- **Dificultad para realizar tareas cotidianas:** Las actividades que solían ser rutinarias pueden volverse desafiantes, esto incluye problemas para manejar las finanzas, cocinar, conducir o seguir instrucciones.
- **Desorientación:** La confusión sobre el tiempo, el lugar y las personas es común, las personas pueden perderse en lugares familiares o no reconocer a seres queridos.
- **Alteraciones en el juicio y la toma de decisiones:** Las decisiones pueden volverse impulsivas o inapropiadas, las personas pueden tener dificultades para planificar y organizar.
- **Cambios en la personalidad y el comportamiento:** El DC puede causar cambios significativos en el humor y la personalidad, incluyendo apatía, depresión, ansiedad, irritabilidad o conductas socialmente inapropiadas.

Tipos de deterioro cognitivo. El espectro del deterioro cognitivo abarca desde formas leves hasta graves, con la demencia representando un estado avanzado de afectación cognitiva, comprender las características y las diferencias entre estos estados es fundamental para la detección temprana, como se evidencia en la tabla 1, el diagnóstico preciso y el manejo efectivo de estas condiciones en los adultos mayores (Mograbi et al., 2024).

Tabla 1.

Clasificación y características de los tipos de deterioro

Deterioro cognitivo leve (DCL)	El DCL se caracteriza por una disminución leve pero notable en las habilidades cognitivas, que no son lo suficientemente graves como para interferir significativamente en las actividades diarias de una persona, los individuos con DCL pueden experimentar problemas menores de memoria, atención, pensamiento o lenguaje, pero generalmente mantienen su independencia funcional. Sin embargo, el DCL es considerado un factor de riesgo importante para el desarrollo futuro de la demencia.
Deterioro cognitivo moderado	El deterioro cognitivo moderado se refiere a un nivel intermedio de afectación cognitiva, en el que los síntomas son más prominentes y afectan más significativamente la vida diaria de una persona, los pacientes con este grado de deterioro pueden experimentar dificultades más marcadas en la memoria,

	el lenguaje, la toma de decisiones y la resolución de problemas, a menudo, requieren una mayor asistencia y apoyo para realizar tareas cotidianas.
Deterioro cognitivo grave	El deterioro cognitivo grave implica una disminución significativa en las funciones cognitivas, lo que resulta en una dependencia casi completa para llevar a cabo actividades de la vida diaria. Los síntomas son más pronunciados y pueden incluir una pérdida considerable de la memoria, desorientación temporal y espacial, dificultad para comunicarse, y cambios en la personalidad y el comportamiento.
Demencia	La demencia es una condición neurológica progresiva que se caracteriza por un deterioro cognitivo severo que afecta múltiples áreas de la función cerebral, los síntomas incluyen pérdida de memoria significativa, dificultades para pensar con claridad, problemas de comunicación, desorientación, cambios en el estado de ánimo y en el comportamiento, y pérdida de habilidades para llevar a cabo actividades cotidianas. La demencia puede ser causada por una variedad de enfermedades, siendo la enfermedad de Alzheimer la forma más común, seguida por la demencia vascular, la demencia con cuerpos de Lewy, y la demencia frontotemporal, entre otras.

Nota. Calificación de los tipos de deterioro en los adultos mayores. Tomado de Frailty measurement, prevalence, incidence, and clinical implications in people with diabetes: a systematic review and study-level meta-analysis, Lancet Healthy Longev por Hanlong et al., 2020, p. 106 (10.1016/s2666-7568(20)30014-3)

Factores de riesgo y causas de deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo en adultos mayores puede resultar de una combinación de factores de riesgo y causas subyacentes que afectan las funciones cerebrales, la edad avanzada es el factor de riesgo primario, ya que con el envejecimiento aumenta la probabilidad de experimentar cambios en la función cerebral que pueden conducir al deterioro cognitivo. Es así que los antecedentes familiares de demencia o trastornos cognitivos, junto con ciertas variantes genéticas, pueden aumentar la susceptibilidad a enfermedades neurodegenerativas como la enfermedad de Alzheimer (Avila et al., 2020).

Desde esta perspectiva, el estilo de vida juega un papel importante, ya que la falta de actividad física, una dieta poco saludable, el consumo excesivo de alcohol, el tabaquismo y la falta de estimulación cognitiva pueden contribuir al deterioro cognitivo, entre las condiciones médicas subyacentes que

pueden aumentar el riesgo de deterioro cognitivo se encuentran la diabetes, la hipertensión, la obesidad, las enfermedades cardiovasculares y la depresión (Avila et al., 2020).

Es así que los traumatismos craneoencefálicos graves o repetidos pueden tener efectos a largo plazo en la función cognitiva, en términos de causas específicas de deterioro cognitivo, la enfermedad de Alzheimer es la más común y está caracterizada por la acumulación de placas de proteína beta-amiloide y ovillos neurofibrilares en el cerebro. La demencia vascular, por otro lado, resulta de la reducción del flujo sanguíneo al cerebro, causada por enfermedades de los vasos sanguíneos como la enfermedad arterial periférica o la hipertensión no controlada (Avila et al., 2020).

Otras formas de demencia, como la demencia con cuerpos de Lewy y la demencia frontotemporal, tienen causas específicas relacionadas con la presencia de cuerpos de Lewy en el cerebro y la degeneración de los lóbulos frontales y temporales, respectivamente. Además, otros trastornos neurológicos como la enfermedad de Parkinson, la esclerosis múltiple y el síndrome de Korsakoff pueden provocar deterioro cognitivo como parte de sus síntomas, comprender estos factores de riesgo y causas subyacentes es esencial para la prevención, el diagnóstico y el manejo efectivo del deterioro cognitivo en adultos mayores (Avila et al., 2020).

Procesos cognitivos en adultos mayores.

Los procesos cognitivos en adultos mayores abarcan una amplia gama de funciones mentales que incluyen la percepción, la atención, la memoria, el pensamiento, el lenguaje y la resolución de problemas, a medida que las personas envejecen, es natural experimentar cambios en estos procesos cognitivos debido a factores como el envejecimiento cerebral, la salud física y la actividad social. Uno de los aspectos más estudiados de los procesos cognitivos en adultos mayores es la memoria, si bien es común experimentar ciertos olvidos ocasionales, como olvidar dónde se dejaron las llaves, los AM pueden experimentar cambios más pronunciados en la memoria, especialmente en la memoria episódica, que es la capacidad de recordar eventos específicos y experiencias pasadas. Sin embargo, la

memoria semántica, que se refiere al conocimiento general sobre el mundo, generalmente se mantiene relativamente intacta (Hanlong et al., 2020).

La atención también es un proceso cognitivo importante que puede verse afectado en AM, pueden experimentar dificultades para mantener la concentración en tareas largas o complejas, y pueden ser más susceptibles a distracciones externas, esto puede afectar su capacidad para realizar múltiples tareas o para filtrar información irrelevante. Otro proceso cognitivo clave es el pensamiento abstracto y la resolución de problemas, si bien algunos AM pueden experimentar dificultades con tareas que requieren pensamiento abstracto o flexibilidad mental, muchos mantienen su capacidad para resolver problemas y tomar decisiones de manera efectiva (Kar et al., 2023).

El lenguaje también puede experimentar cambios en adultos mayores, pueden tener dificultades para encontrar las palabras adecuadas en una conversación o para comprender ciertas expresiones idiomáticas, sin embargo, la comprensión del lenguaje generalmente se mantiene relativamente intacta, y los adultos mayores pueden continuar comunicándose efectivamente a lo largo de sus vidas (Hanlong et al., 2020).

Cambios cognitivos normales asociados con la edad.

Uno de los cambios más notables se observa en la memoria, pueden experimentar dificultades para recordar detalles menores o información reciente, como nombres o ubicaciones, lo que afecta principalmente a la memoria episódica. Sin embargo, suelen conservar la capacidad de recordar información general sobre el mundo, conocida como memoria semántica. La atención también puede verse afectada los pacientes pueden tener dificultades para mantener la concentración en tareas largas o complejas y pueden ser más susceptibles a distracciones externas, esto puede manifestarse en una menor capacidad para realizar múltiples tareas o para filtrar información irrelevante (Kar et al., 2023).

Otro cambio cognitivo asociado con la edad es la disminución en la velocidad de procesamiento cognitivo, los pacientes pueden tomar más tiempo para procesar y responder a la información, lo que

puede afectar su rapidez para realizar tareas cognitivas o actividades cotidianas. Por otro lado, la flexibilidad mental, también puede disminuir con la edad (Kar et al., 2023).

Relación del deterioro cognitivo leve y demencia en adultos mayores.

El DCL y la demencia son condiciones que afectan a muchos adultos mayores, pero difieren en cuanto a su gravedad y su impacto en la vida diaria, se caracteriza por un declive leve en las habilidades cognitivas que no interfiere significativamente con las actividades cotidianas, los pacientes presentan dificultades con la memoria, el lenguaje, la atención y otras funciones cognitivas, pero generalmente mantienen su independencia funcional (Calatayund et al., 2024).

Por otro lado, la demencia es una enfermedad neurodegenerativa progresiva que causa un deterioro significativo en la función cognitiva y afecta negativamente la capacidad de una persona para llevar a cabo actividades diarias. Desde esta perspectiva, el DCL se considera un factor de riesgo importante para el desarrollo futuro de la demencia, particularmente la enfermedad de Alzheimer. Se estima que entre el 10% y el 15% de las personas con DCL desarrollarán demencia cada año, sin embargo, no todas las personas con DCL progresarán hacia la demencia, y algunas pueden permanecer estables o incluso revertir sus síntomas con el tiempo (Calatayund et al., 2024).

El diagnóstico diferencial entre el DCL y la demencia es crucial para determinar el curso de tratamiento y la planificación del cuidado, realizar evaluaciones neuropsicológicas, las pruebas de imagen cerebral y otros estudios pueden ayudar a los profesionales de la salud a distinguir entre estas dos condiciones y proporcionar un diagnóstico preciso (Calatayund et al., 2024).

Funcionalidad

La funcionalidad se define como la capacidad de una persona para realizar actividades esenciales de la vida diaria de manera independiente y satisfactoria, esta capacidad se puede dividir en varias dimensiones de acuerdo con lo estudiado por Myeongshin et al. (2022) que incluyen:

- **Función física:** Refleja la capacidad de una persona para realizar actividades físicas, como caminar, subir escaleras, vestirse, bañarse y alimentarse.
- **Función cognitiva:** Se refiere a la capacidad mental de una persona para procesar información, tomar decisiones y resolver problemas, lo que influye en su capacidad para realizar tareas complejas.
- **Función emocional:** Incluye la capacidad de manejar y expresar emociones de manera saludable, así como la capacidad de adaptarse a cambios en el entorno social y emocional.
- **Función social:** Refleja la capacidad de una persona para interactuar con otros, mantener relaciones sociales y participar en actividades comunitarias y recreativas.

Importancia de la funcionalidad en el AM. La funcionalidad en adultos mayores es de suma importancia ya que está estrechamente relacionada con la calidad de vida y el bienestar general, mantener la funcionalidad permite a los adultos mayores mantener su independencia, autonomía y dignidad, lo que contribuye a una sensación de satisfacción y plenitud en la vida cotidiana. Además, la funcionalidad adecuada está asociada con un menor riesgo de depresión, aislamiento social y deterioro cognitivo (Monteiro et al., 2022).

Herramientas de evaluación de la funcionalidad en AM. Existen varias herramientas de evaluación diseñadas para medir la funcionalidad en el AM, estas herramientas pueden incluir cuestionarios, escalas de evaluación y pruebas de rendimiento físico y cognitivo, entre las más comúnmente utilizadas incluyen el Índice de Barthel, la Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody), el Mini Examen del Estado Mental (MEEM) y el Test de Marcha de 6 minutos, entre otros (Avila et al., 2020).

Relación e impacto del deterioro cognitivo y la funcionalidad. El deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores están interconectados de manera compleja, lo que resulta en un impacto significativo en la calidad de vida y el bienestar general de esta población. El deterioro

cognitivo, que abarca desde el deterioro cognitivo leve hasta la demencia, implica dificultades en la memoria, la atención, el pensamiento y otras funciones cognitivas, mientras que la funcionalidad se refiere a la capacidad de una persona para realizar actividades diarias de manera independiente y satisfactoria. La relación entre ambos fenómenos es bidireccional y multifacética, con el deterioro cognitivo afectando la funcionalidad y viceversa (Avila et al., 2020).

El impacto del deterioro cognitivo en la funcionalidad puede ser profundo y abarcar múltiples aspectos de la vida diaria de un adulto mayor, por ejemplo, el deterioro cognitivo puede dificultar la capacidad de recordar cómo realizar tareas básicas, como vestirse o preparar una comida, lo que resulta en una disminución de la independencia funcional. Además, el deterioro cognitivo puede afectar la capacidad de una persona para comunicarse efectivamente, participar en actividades sociales y mantener relaciones interpersonales, lo que puede tener un impacto significativo en su bienestar emocional y social (Parada et al., 2022).

A su vez, la disminución de la funcionalidad puede afectar el deterioro cognitivo al limitar las oportunidades de participar en actividades cognitivamente estimulantes, como leer, socializar o participar en pasatiempos, que son importantes para mantener la salud cognitiva. La pérdida de la funcionalidad también puede contribuir al aislamiento social y la depresión, que son factores de riesgo conocidos para el deterioro cognitivo (Parada et al., 2022).

Teorías y modelos que explican la relación entre el DC y el DF.

Varias teorías y modelos han sido propuestos para explicar la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores. Una de estas teorías es la teoría de la desactivación cognitiva, que sugiere que el deterioro cognitivo puede resultar en una disminución en la participación en actividades cognitivamente estimulantes, lo que a su vez conduce a un mayor deterioro cognitivo y funcional. Otra teoría es la teoría del déficit de habilidades, que postula que el deterioro cognitivo afecta

la capacidad de una persona para realizar tareas específicas, lo que resulta en una disminución de la funcionalidad en esas áreas particulares (Srisuwan et al., 2020).

Evidencia empírica de la relación (estudios previos, metaanálisis, revisiones sistemáticas)

La evidencia empírica de la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores proviene de una amplia gama de estudios previos, metaanálisis y revisiones sistemáticas. Estos estudios han encontrado consistentemente una asociación significativa entre el deterioro cognitivo y una disminución en la funcionalidad en múltiples dominios, incluyendo la función física, mental y social (Sugimoto et al., 2022).

Se describen algunos ejemplos, un estudio longitudinal realizado por Carrión (2022), encontró que el deterioro cognitivo se asociaba con una disminución en la funcionalidad en actividades de la vida diaria, como vestirse, bañarse y alimentarse, incluso después de controlar otros factores de riesgo. Además, un metaanálisis reciente llevado a cabo por Srisuwan et al. (2020) confirmó la asociación entre el deterioro cognitivo y una disminución en la funcionalidad en adultos mayores, sugiriendo que el deterioro cognitivo puede ser un predictor importante de la discapacidad funcional a largo plazo.

Las diferencias según el grado de deterioro cognitivo pueden variar ampliamente entre los adultos mayores y puede influir en la naturaleza y la gravedad de las diferencias en la funcionalidad. En las etapas iniciales del deterioro cognitivo leve (DCL), las diferencias en la funcionalidad pueden ser sutiles y es posible que no se observen problemas significativos en la realización de actividades diarias. Sin embargo, a medida que el deterioro cognitivo progresa hacia formas más graves, como la demencia, las diferencias en la funcionalidad se vuelven más evidentes y significativas (Srisuwan et al., 2020).

En el caso del DCL, las personas pueden experimentar dificultades menores en tareas cognitivamente exigentes o que requieren memoria, pero aún pueden mantener un nivel relativamente alto de independencia funcional en la mayoría de las actividades de la vida diaria. Por otro lado, en etapas más avanzadas de la demencia, como la enfermedad de Alzheimer moderada o grave, las

personas pueden experimentar una disminución significativa en la funcionalidad, incluyendo dificultades para realizar tareas básicas como vestirse, asearse o preparar alimentos (Ji-Eun et al., 2024).

Herramientas y métodos de evaluación del deterioro cognitivo y la funcionalidad.

Evaluación del Deterioro Cognitivo. Existen de acuerdo con Ji-Eun. (2024) varias herramientas de evaluación como:

- a) **Mini Examen del Estado Mental (MEEM):** Una herramienta ampliamente utilizada para evaluar la función cognitiva en adultos mayores. Incluye preguntas sobre orientación, memoria, atención y habilidades de lenguaje.
- b) **Escala de Evaluación Clínica de la Demencia (CDR):** Proporciona una evaluación detallada de varios dominios cognitivos y funcionales, incluyendo memoria, orientación, juicio y actividades de la vida diaria.
- c) **Escala de Evaluación Global del Deterioro (GDS):** Una escala que clasifica el grado de deterioro cognitivo en seis niveles, desde sin deterioro hasta demencia severa.

Evaluación de la Funcionalidad. Por el contrario, las evaluaciones de la funcionalidad, el autor Ji-Eun. (2024) indica con sus colaboradores que se encuentran los siguientes:

- a) **Índice de Barthel:** Evalúa la capacidad de una persona para realizar actividades básicas de la vida diaria, como alimentarse, vestirse, bañarse y usar el baño.
- b) **Escala de Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (Lawton y Brody):** Mide la capacidad de una persona para realizar actividades más complejas de la vida diaria, como cocinar, hacer compras, manejar las finanzas y usar el teléfono.
- c) **Escala de Evaluación Funcional de la Enfermedad de Alzheimer (FAST):** Proporciona una evaluación rápida y simple de la funcionalidad en personas con enfermedad de Alzheimer, incluyendo la capacidad para realizar actividades básicas y el nivel de dependencia.

Estas herramientas y métodos de evaluación son útiles para identificar el grado de deterioro cognitivo y funcionalidad en adultos mayores, lo que permite una planificación de cuidados adecuada y una intervención temprana cuando sea necesario (Sugimoto et al., 2022).

Contexto local: Santa Teresa

Santa Teresa, situada en el cantón Calvas, provincia de Loja, Ecuador, representa un contexto rural con características demográficas y estructurales que influyen en el abordaje del deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores, esta zona rural probablemente cuenta con una población mayoritariamente rural, donde los adultos mayores constituyen una proporción significativa de la población. En este entorno, el acceso a servicios de salud puede ser limitado en comparación con áreas urbanas, lo que puede dificultar el acceso a evaluaciones cognitivas y programas de intervención para los adultos mayores que experimentan deterioro cognitivo (Sugimoto et al., 2022).

Además, en Santa Teresa, al igual que en otras comunidades rurales, los recursos comunitarios desempeñan un papel crucial en el cuidado y la atención de los adultos mayores, la red de apoyo comunitario, que incluye a familiares, vecinos y organizaciones locales, puede ser fundamental para proporcionar programas de apoyo, actividades sociales y servicios de cuidado en el hogar que promuevan la funcionalidad y la calidad de vida de los adultos mayores con deterioro cognitivo (Jiménez et al., 2020).

El contexto cultural y las tradiciones locales también son aspectos importantes a considerar. Las actitudes hacia el envejecimiento, el cuidado de los adultos mayores y la percepción del deterioro cognitivo pueden estar influenciadas por las creencias y valores arraigados en la comunidad. Por lo tanto, al diseñar intervenciones y programas de sensibilización, es fundamental tener en cuenta estas consideraciones culturales y adaptar las estrategias para que sean culturalmente sensibles y respetuosas con las tradiciones locales. Sin embargo, a pesar de la riqueza de la comunidad y los recursos

disponibles, Santa Teresa puede enfrentar desafíos específicos relacionados con la infraestructura, el acceso a recursos económicos y la educación (Sugimoto et al., 2022).

Características demográficas de la población de adultos mayores en Santa Teresa. Santa Teresa, como parte del cantón Calvas en la provincia de Loja, Ecuador, alberga una población de adultos mayores con características demográficas únicas, si bien los datos específicos pueden variar, es probable que esta población mayoritariamente rural refleje una proporción significativa de adultos mayores en relación con la población total. Es común que las áreas rurales tengan una mayor proporción de adultos mayores debido a la migración de jóvenes hacia áreas urbanas en busca de oportunidades económicas (INEC, 2019).

Por ello, los AM en Santa Teresa pueden representar una parte importante de la comunidad, con una variedad de experiencias de vida y niveles de educación, es posible que esta población enfrente desafíos particulares, como acceso limitado a servicios de salud y recursos socioeconómicos, así como una dependencia potencial de la agricultura o actividades tradicionales para su sustento (INEC, 2019).

Recursos y programas disponibles para la atención de los pacientes en Santa Teresa, al igual que en muchas comunidades rurales, los recursos y programas disponibles para la atención de adultos mayores pueden ser limitados pero significativos. La red de apoyo comunitario desempeña un papel fundamental en el cuidado y la atención de los AM, existen organizaciones locales, como centros comunitarios, iglesias y grupos de voluntarios, a menudo ofrecen actividades sociales, programas de alimentación y servicios de transporte para adultos mayores que pueden ayudar a combatir el aislamiento social y promover el bienestar emocional (Sugimoto et al., 2022).

A su vez, es posible que cuente con centros de salud locales o clínicas móviles que brinden atención médica básica y servicios de enfermería a los adultos mayores. Estos centros pueden ser recursos importantes para la detección temprana y el manejo de condiciones de salud crónicas, incluido el deterioro cognitivo (Cifuentes y Agudelo, 2020).

Es importante destacar la colaboración entre las autoridades locales, organizaciones no gubernamentales y grupos comunitarios para desarrollar programas y servicios específicos para adultos mayores en Santa Teresa (Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social [IESS], 2023). Estos pueden incluir programas de educación sobre salud y envejecimiento, actividades recreativas y de ejercicio adaptadas a las necesidades de la población del AM, brindadas por asociación MIES u otras instituciones como el centro de desarrollo del GAD del Cantón Calvas, y servicios de cuidado en el hogar para aquellos que requieren asistencia adicional con actividades diarias (Cifuentes y Agudelo, 2020).

Importancia de la detección temprana del deterioro cognitivo y funcional

El hecho de que una persona muestre cambios relevantes en su comportamiento o forma de proceder en el día a día, puede generar incertidumbre y ser fuente de ansiedad y estrés por no comprender su causa. Cuidar a una persona con demencia suele tener repercusiones físicas y emocionales en el cuidador, subrayando la importancia de buscar apoyo adecuado para mitigar estos efectos. En este contexto, es crucial tener en cuenta los servicios de apoyo brindados por entidades como asociaciones de pacientes y familiares, que ofrecen asistencia a quienes desempeñan este rol, contribuyendo así a aliviar la carga tanto a nivel físico como psicológico (Sugimoto et al., 2022).

Antes de nada, hay que comprender que dentro del deterioro cognitivo se pueden establecer distintos tipos, en función del grado en el que se encuentre la enfermedad, por eso es importante para prevenir el deterioro cognitivo saber identificarlo y de esta forma tomar partido y recurrir a los métodos de prevención indicados para intentar evitar que la enfermedad prospere. Además, hay que entender que no hay causas justificativas que expliquen el desarrollo de esta enfermedad, pero sí unos factores de riesgo claros que pueden advertir su aparición: la edad y los antecedentes familiares (Cifuentes y Agudelo, 2020).

Intervenciones de enfermería para prevenir o retrasar el deterioro funcional en personas con deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo leve es solo el primer paso de todo el proceso, allí puede ser posible que el grado de la enfermedad no avance, a pesar de no recurrir a ningún método de prevención, pero lo más probable es que los adultos mayores continúen agravando su estado mental hasta llegar a la demencia. Se debe tener en cuenta que los hábitos de vida son fundamentales en este proceso y en la aparición de la propia enfermedad. Aspectos tan sencillos como la alimentación, el ejercicio físico, la actividad social, la prevención de estrés y ansiedad, o el hecho de evitar sustancias como el tabaco, alcohol o drogas pueden ser determinantes a la hora de padecer o no un deterioro cognitivo leve (Hoogendijk et al., 2019).

De igual manera, el tratamiento más enfocado en evitar este tipo de enfermedades se encuentra la estimulación cognitiva, es decir, tratar de potenciar la eficacia del funcionamiento de las capacidades cognitivas, impulsando también las relaciones sociales y la parte afectiva del cerebro, con el objetivo de reducir la dependencia de los adultos mayores, así como prevenir la demencia, mejorando así su autoestima, su estado de ánimo y en general su estado de salud mental (Ji-Eun et al., 2024).

Un punto esencial dentro de la prevención son los exámenes médicos, las personas que experimenten deterioro cognitivo leve deben someterse a una serie de exámenes físicos y neurológicos para determinar la gravedad de su estado, así como a una serie de análisis de sangre que adviertan de la presencia de enfermedades cardiovasculares y resonancias magnéticas o tomografías para detectar posibles tumores (Ji-Eun et al., 2024).

CAPÍTULO III

Resultados

Correlaciones sociodemográficas de los adultos mayores.

La tabla 1 presenta una visión clara de las características sociodemográficas de los adultos mayores encuestados, la mayoría de los encuestados tienen más de 90 años (51.9%), seguidos por aquellos de 72-90 años (37%) y finalmente, los de 60-70 años (11.1%). En cuanto al sexo, predominan las mujeres con el 66.7%, mientras que los hombres representan el 33.3%. Respecto al estado civil, la mayoría son solteros (59.3%), seguidos por casados (29.6%), y una menor proporción de divorciados (3.7%) y viudos (7.4%).

Tabla 2

Datos sociodemográficos de los adultos mayores residentes en el Barrio Santa Teresa

DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS				
Datos	Variabes	Respuestas	Total	Proporción
EDAD (PACIENTE)	60-70 años	3	27	0.111
	72-90 años	10	27	0.370
	> 90 años	14	27	0.519
SEXO	Femenino	18	27	0.667
	Masculino	9	27	0.333
ESTADO CIVIL (PACIENTE)	Soltero	16	27	0.593
	Casado	8	27	0.296
	Divorciado	1	27	0.037
	Viudo	2	27	0.074

Nota: El grupo más predominante es el de mujeres mayores de 90 años y solteras. En contraste, los

menos representados son los adultos de 60-70 años, hombres y los divorciados.

Datos sobre el cuidado de los adultos mayores.**a. ¿Tiene cuidador?**

La tabla 2 muestra datos sobre la presencia de cuidadores entre adultos mayores de Santa Teresa en 2023-2024. Un notable 74% de los adultos mayores con respuestas válidas tienen un cuidador, lo que sugiere una alta proporción de apoyo formal o informal en esta población. Sin embargo, un porcentaje significativo no tiene cuidador (53.48%), lo que destaca la necesidad de brindar más cuidado a los pacientes vulnerables de la tercera edad, el deterioro cognitivo y la funcionalidad en esta comunidad.

Tabla 3*¿Tiene cuidador en su cuidado diario?*

¿USTED TIENE UN CUIDADOR?		
TIENES CUIDADOR	Frecuencia	Porcentaje
Si	20	34.483
No	7	12.069
Ausente	31	53.448
Total	58	100.000

Nota: Más del 50% de adultos mayores reciben apoyo de la comunidad, familiares o cuidadores.

b. ¿Cuál es el parentesco que tiene usted con la persona que le brinda los cuidados que necesita?

La tabla 3 muestra que una proporción significativa de AM, representados por el 53% del total, carecen de un cuidador identificable, lo que indica una falta de apoyo formal o familiar en estas situaciones. Por otro lado, se destaca que el 21% son atendidos por cuidadores empleados, lo que sugiere la existencia de servicios profesionales. En contraste, un porcentaje menor (15.57%) reciben cuidados de un miembro de la familia y hay un pequeño porcentaje de casos (5.17%) donde se proporciona cuidado por fuentes no convencionales o no identificadas, lo que podría implicar redes de apoyo comunitario o cuidados informales.

Tabla 4*¿Cuál es su parentesco con los cuidadores?*

FRECUENCIAS PARA PARENTESCO (CUIDADOR)		
PARENTESCO (CUIDADOR)	Frecuencia	Porcentaje
Familiar	9	15.517
Empleo de cuidador	12	20.690
Otro	3	5.172
Ninguno	3	5.172
Ausente	31	53.448
Total	58	100.000

Nota: Se destaca que más de la mitad de los casos carecen de un cuidador identificable, mientras que aproximadamente una quinta parte son atendidos por cuidadores empleados.

Responde la escala de Lawton y Brody

a. Frecuencias de aplicación de la escala de Lawton y Brody, para evaluar el DF en los AM - actividades instrumentales de la vida diaria.

Para empezar, se puede observar que la capacidad de transporte está correlacionada con la funcionalidad cognitiva. Aquellos que pueden viajar independientemente en transporte público o conducir su propio vehículo tienen una proporción del 22.2%, mientras que aquellos que necesitan ayuda para viajar, ya sea en taxi o en automóvil, muestran una proporción del 25.9%. Sin embargo, la correlación más marcada se evidencia en aquellos que no viajan en absoluto, quienes presentan un deterioro cognitivo significativo, con una proporción del 11.1%.

Similarmente, la capacidad para realizar compras está estrechamente relacionada con el deterioro cognitivo. Aquellos que pueden realizar todas las compras necesarias de forma independiente muestran una proporción del 81.5%, mientras que aquellos que necesitan compañía para realizar cualquier compra muestran una proporción del 3.7%.

En cuanto al uso del teléfono, nuevamente se observa una correlación entre la independencia funcional y el deterioro cognitivo. Aquellos que pueden usar el teléfono a iniciativa propia tienen una proporción del 18.5%, mientras que aquellos que no usan el teléfono muestran una proporción del 11.1%. La preparación de la comida también muestra una correlación con el deterioro cognitivo, aquellos que pueden planificar, preparar y servir comidas adecuadas de forma independiente tienen una proporción del 22.2%, mientras que aquellos que necesitan que se les prepare y sirva la comida muestran una proporción del 7.4%.

La capacidad para cuidar la casa, el lavado de ropa, la responsabilidad sobre la medicación y la capacidad de utilizar el dinero también muestran correlaciones similares, donde la independencia funcional se correlaciona con un menor deterioro cognitivo.

Tabla 5

¿Aplicación de la escala de Lawton y Brody para evaluar el DF en los AM?

ESCALA DE LAWTON Y BRODY				
	Variables	Frecuencia	Total	Porcentaje
Medio de transporte	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche.	6	27	0.222
	Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público	10	27	0.370
	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1	27	0.037
	Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	7	27	0.259
	No viaja	3	3	27
Ir de compras	Realiza todas las compras necesarias con independencia.	22	27	0.815
	Compra con independencia pequeñas cosas.	3	27	0.111
	Necesita compañía para realizar cualquier compra.	1	27	0.037
	Completamente incapaz de ir de compras.	1	27	0.037
Capacidad para usar el teléfono	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	5	27	0.185
	Marca unos cuantos números bien conocidos.	6	27	0.222
	Contesta el teléfono, pero no marca.	13	27	0.481
	No usa el teléfono.	3	27	0.111

Preparación de la comida	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.	6	27	0.222
	Prepara las comidas si se le dan los ingredientes.	9	27	0.333
	Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada.	10	27	0.370
	Necesita que se le prepare y sirva la comida.	2	27	0.074
Cuidar la casa	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados).	17	27	0.630
	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama.	8	27	0.296
	Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable	1	27	0.037
	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.	1	27	0.037
Lavado de ropa	Realiza completamente el lavado de ropa personal.	11	27	0.407
	Lava ropa pequeña	11	27	0.407
	Necesita que otro se ocupe del lavado.	5	27	0.185
Responsable sobre la medicación	Dependiente	18	27	0.667
	Toma con ayuda	1	27	0.037
	Independiente	8	27	0.296
Capacidad de utilizar dinero	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus límites	13	27	0.481
	Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes	7	27	0.259
	Incapaz de manejar el dinero.	7	27	0.259

Nota: a medida que disminuye la independencia funcional en las actividades diarias, aumenta la proporción de deterioro cognitivo.

b. Correlación de las variables de la escala de Lawton y Brody, para evaluar el DF en los AM - actividades instrumentales de la vida diaria.

La tabla 5 proporciona correlaciones bayesianas de Pearson entre diversas variables relacionadas con la funcionalidad y el deterioro cognitivo en adultos mayores de Santa Teresa. Estas correlaciones se presentan en relación con las diferentes actividades diarias evaluadas por la escala de Lawton y Brody, que incluyen la capacidad para usar el teléfono, ir de compras, preparar comida, cuidar

Capacidad para usar el teléfono	—						
	—						
Ir de compras	0.332	—					
	0.935	—					
Preparación de la comida	0.625	0.503	—				
	75.069	7.082	—				
Cuidar la casa	-0.095	0.434	0.176	—			
	0.266	2.706	0.345	—			
Lavado de ropa	0.170	0.409	0.493	0.26	—		
	0.337	2.006	6.093	0.55	—		
Medio de transporte	0.287	0.217	0.172	0.01	0.25	—	
	0.649	0.419	0.340	0.23	0.53	—	
Responsable sobre la medicación que usa	0.186	-	0.089	-	-	-0.040	—
	0.360	0.174	0.262	0.01	0.12	0.243	—
				0	3		
				0.23	0.28		
				9	5		
Capacidad de utilizar dinero	-0.043	-	-0.310	-	-	0.098	0.332
	0.244	0.390	0.773	0.48	0.26	0.268	0.933
				9	2		
				5.75	0.54		
				0	7		

Nota: Las correlaciones presentadas en la tabla ofrecen información sobre cómo diferentes actividades diarias están relacionadas entre sí en adultos mayores

c. Puntuación final de la escala de Lawton y Brody de los AM.

La tabla 6 proporciona el mayor porcentaje de adultos mayores se sitúa en el grupo de "Dependencia total", representando el 48.15% de la muestra. Esto indica un alto grado de deterioro funcional en las actividades de la vida diaria para este segmento de la población. A continuación, el

grupo de "dependencia grave" constituye el 22.22% de la muestra, lo que sugiere un nivel considerable de dependencia funcional, aunque ligeramente menos severo que en el grupo anterior.

El tercer nivel de dependencia, "dependencia moderada", abarca al 18.52% de la muestra, mostrando un grado moderado de dependencia funcional. El grupo de "Dependencia" representa el 7.41% de la muestra, evidenciando dificultades en la funcionalidad, aunque menos pronunciadas que en los grupos anteriores. Por otro lado, el grupo más pequeño de adultos mayores se clasifica como "Autónomos", constituyendo solo el 3.70% de la muestra, lo que indica un alto nivel de independencia funcional. Por último, la presencia de un número considerable de casos clasificados como "Ausente" sugiere la existencia de adultos mayores que no fueron parte del estudio o que no se categorizaron según los criterios de la escala de Lawton y Brody.

Tabla 7

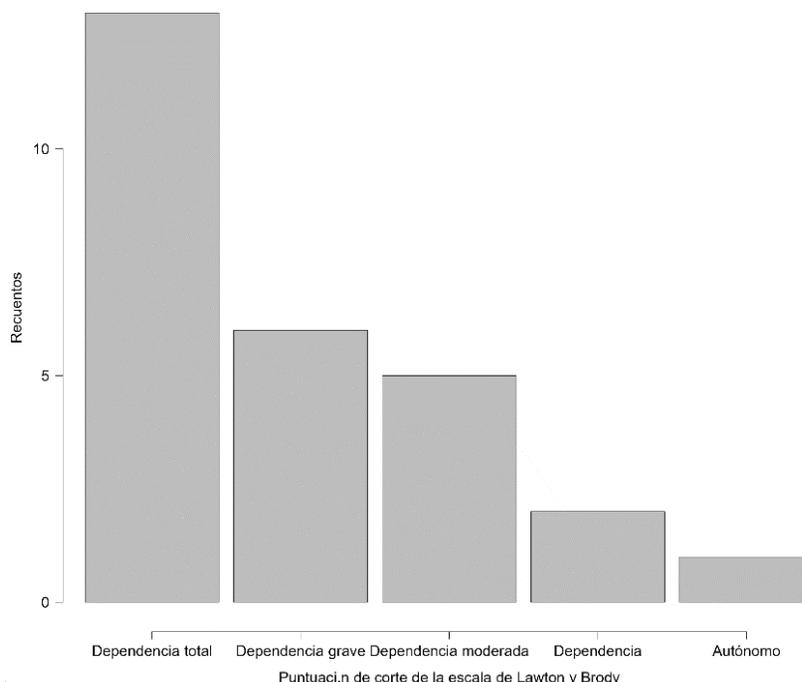
Puntuación final de la escala en los adultos mayores del barrio Santa Teresa

PUNTUACIÓN DE CORTE DE LA ESCALA DE LAWTON Y BRODY		
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Dependencia total	13	22.41
Dependencia grave	6	10.34
Dependencia moderada	5	8.2
Dependencia	2	3.44
Autónomo	1	17.2
Ausente	31	53.44
Total	58	100.00

Nota: Hay una relación positiva entre el DC y la DF, ya que los porcentajes de los grupos de dependencia total, grave y moderada son considerablemente mayores en comparación con los grupos de menor dependencia y autonomía.

Figura 1

Puntuación final de la escala



Nota: Hay una relación positiva entre el DC y la DE, ya que los porcentajes de los grupos de dependencia total.

Responde al Índice de Barthel

a. Frecuencias de aplicación de las variables del índice de Barthel, para evaluar el DC en los AM.

Este índice clasifica las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) en diferentes niveles de dependencia. En el estudio, se observó que la mayoría de los participantes necesitaban ayuda importante para llevar a cabo actividades como las deposiciones, con un porcentaje del 66.7%, y la micción, con un 51.9%. Por otro lado, actividades como el arreglarse y el uso del retrete mostraron una mayor independencia, con un 66.7% y un 40.7%, respectivamente.

Al analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad, se puede observar que las actividades en las que los participantes mostraron mayor dependencia, como comer (77.8% de dependencia) y deambular (51.9% de necesidad de ayuda física o supervisión), podrían tener una correlación más fuerte con el deterioro cognitivo en comparación con actividades en las que mostraron

mayor independencia, como arreglarse (33.3% de dependencia) y usar el retrete (22.2% de independencia). Este análisis sugiere una posible asociación entre el grado de dependencia en las ABVD y el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Santa Teresa.

Por otro lado, el índice de Barthel también evalúa la independencia en actividades más complejas, como subir y bajar las escaleras. Se observó que la mayoría de los participantes necesitaban alguna forma de ayuda, ya sea física o verbal, para realizar esta actividad (74.1%), lo que podría indicar un nivel de movilidad reducido y posiblemente una mayor dependencia funcional en esta área.

Tabla 8

¿Aplicación del índice de Barthel en los AM?

ÍNDICE DE BARTHEL - APLICACIÓN				
	Nivel	Recuentos	Total	Proporción
ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA	Dependiente	2	27	0.074
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	18	27	0.667
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	7	27	0.259
DEPOSICIONES	Incontinente (o necesita que lo suministren enema)	11	27	0.407
	Accidente excepcional (uno/semana)	10	27	0.370
	Continente			
LAVARSE	Dependiente	15	27	0.556
	Independiente. Entra y sale solo del baño	4	27	0.148
	Semidependiente	8	27	0.296
VESTIRSE	Dependiente			
	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente. sin ayuda	5	27	0.185
	Independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc.	10	27	0.370
USAR EL RETRETE	Dependiente	10	27	0.370
	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo	11	27	0.407
	Independiente (entrar, salir, limpiarse, vestirse)	6	27	0.222
COMER	Dependiente	21	27	0.778
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	5	27	0.185
	Independiente (capaz de usar cualquier instrumento)	1	27	0.037
ARREGLARSE	Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc	9	27	0.333
	Dependiente	18	27	0.667

MICCIÓN	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa	14	27	0.519
	Accidente excepcional (máximo 24 horas)	9	27	0.333
	Continente, durante al menos 7 días	4	27	0.148
TRASLADARSE	Dependiente	8	27	0.296
	Necesita ayuda importante (1 persona entrenada o 2 personas), puede estar sentado	6	27	0.222
	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)	5	27	0.185
	Independiente	8	27	0.296
DEAMBULAR	Dependiente	10	27	0.370
	Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m	14	27	0.519
	Independiente en silla de ruedas, sin ayuda	2	27	0.074
	Independiente, camina solo 50 metros	1	27	0.037
BAÑARSE	Dependiente	8	27	0.296
	Necesita ayuda física con los adultos	9	27	0.333
	Capaz de ponerse de pie con ayuda	4	27	0.148
	Independiente	6	27	0.222
SUBIR Y BAJAR LAS ESCALERAS	Dependiente	4	27	0.148
	Necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta	20	27	0.741
	Independiente para subir y bajar	3	27	0.111

Nota: Las actividades de mayor complejidad y las que requieren mayor habilidad motora las que

muestran una mayor dependencia y posiblemente una mayor asociación con el DC.

b. Correlación de las variables del índice de Barthel en los AM encuestados.

La tabla proporciona correlaciones bayesianas de Pearson entre varias actividades de la vida diaria, como lavarse, realizar actividades básicas, comer, arreglarse, deposiciones, micción, uso del retrete, trasladarse, deambular, cambiarse, subir y bajar escaleras, y vestirse y desvestirse.

Al analizar estas correlaciones, se observa una gama de relaciones entre las actividades evaluadas. Por ejemplo, la correlación entre lavarse y actividades básicas de la vida diaria es de 0.099, mientras que la correlación entre lavarse y comer es de 0.309. Estas correlaciones, expresadas en porcentajes, indican niveles de asociación bajos y moderados, respectivamente.

En cuanto a las actividades de la vida diaria, se identifican correlaciones más sólidas, como entre arreglarse y comer (0.383) o entre arreglarse y deposiciones (0.325). Estas correlaciones, que

DEPO SICIO NES	1.24 2	0.265	0.7 55	0.297	—						
MICC IÓN	0.13 8	0.359	0.0 58	0.288	0.406	—					
USAR EL RETR ETE	0.29 9	1.187	0.2 49	0.655	1.937	—					
USAR EL RETR ETE	- 0.39 0	0.246	- 0.2 82	0.173	-0.301	0.17 0	—				
TRAS LADA RSE	1.62 4	0.494	0.6 26	0.341	0.724	0.33 6	—				
TRAS LADA RSE	- 0.30 1	-0.249	0.0 38	-0.568	-0.264	0.05 0	0.0 03	—			
DEA MBU LAR	0.72 4	0.504	0.2 43	22.40 3	0.555	0.24 6	0.2 39	—			
DEA MBU LAR	0.25 2	-0.449	0.1 52	-0.107	-0.203	0.43 0	0.2 59	0.247	—		
DEA MBU LAR	0.51 4	3.298	0.3 13	0.273	0.390	2.57 4	0.5 36	0.498	—		
BAÑA RSE	- 0.03 5	-0.029	- 0.3 26	-0.305	-0.323	0.13 9	0.4 31	0.115	0.215	—	
BAÑA RSE	0.24 2	0.241	0.8 88	0.746	0.865	0.30 0	2.6 21	0.279	0.415	—	
SUBI R Y BAJA R LAS ESCA LERA S	- 0.10 4	-0.242	- 0.1 05	-0.361	-0.490	0.13 7	0.1 11	0.395	0.374	0.477	-
SUBI R Y BAJA R LAS ESCA LERA S	0.27 1	0.483	0.2 72	1.215	5.850	0.29 8	0.2 76	1.716	1.380	4.812	-
VESTI RSE Y DESV ESTIR SE.	0.06 3	0.389	0.1 49	-0.250	0.011	0.20 5	- 0.0 50	-0.202	-0.167	0.384	0 0 3 0 0 —
VESTI RSE Y DESV ESTIR SE.	0.25 0	1.617	0.3 11	0.507	0.239	0.39 4	0.2 46	0.389	0.332	1.536	2 3 9 —

Nota: Proporcionan una visión detallada de la interdependencia de las actividades diarias evaluadas y pueden ser esenciales para comprender cómo el DC puede influir en la funcionalidad general de los AM en diversas áreas de su vida cotidiana.

c. Puntuación final del índice de Barthel

En el grupo de adultos mayores de 60-70 años, se encontró una tendencia hacia la dependencia moderada y severa, con un 100% de los pacientes en la categoría de dependencia moderada y un 50% en la categoría de dependencia severa. Por otro lado, en el grupo de 72-90 años, se evidencian más variaciones, con porcentajes significativos de dependencia moderada, leve y severa, pero también se observa una proporción considerable de pacientes con total independencia. En el grupo de mayores de 90 años, la mayoría de los pacientes presentan dependencia moderada y leve, con un porcentaje significativo de dependencia moderada y una distribución equitativa entre la dependencia leve y la severa.

Al comparar las correlaciones entre los diferentes grupos de edad, se puede notar que, a medida que aumenta la edad, tiende a incrementarse la proporción de pacientes con mayor grado de dependencia funcional. Esto sugiere una asociación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad, que se intensifica con el avance de la edad. Sin embargo, es importante destacar que existen excepciones, como la presencia de pacientes mayores de 90 años con total independencia funcional.

En términos de análisis porcentual, se puede observar que la dependencia funcional tiende a aumentar con la edad, con una mayor concentración de pacientes en las categorías de dependencia moderada y severa en los grupos de mayor edad. Por ejemplo, en el grupo de 72-90 años, el 100% de los pacientes muestra algún grado de dependencia funcional, mientras que, en el grupo de mayores de 90 años, este porcentaje se eleva al 100% en algunas categorías de dependencia.

Tabla 10

¿Puntuación del índice de Barthel?

PUNTUACIÓN DEL ÍNDICE DE BARTHEL			
PUNTUACIÓN DE LA INCAPACIDAD FUNCIONAL	EDAD (PACIENTE)	Frecuencia	Porcentaje
40-DEPENDENCIA LEVE	60-70 aos	1	33.333
	72-90 años	2	66.667
	> 90 años	0	0.000
	Ausente	0	0.000
	Total	3	100.000
DEPENDENCIA MODERADA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	2	100.000
	> 90 años	0	0.000
	Ausente	0	0.000
	Total	2	100.000
55 - DEPENDENCIA MODERADA	60-70 aos	1	14.286
	72-90 años	2	28.571
	> 90 años	4	57.143
	Ausente	0	0.000
	Total	7	100.000
60 - DEPENDENCIA LEVE	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	1	33.333
	> 90 años	2	66.667
	Ausente	0	0.000
	Total	3	100.000
65-DEPENDENCIA LEVE	60-70 aos	1	100.000
	72-90 años	0	0.000
	> 90 años	0	0.000
	Ausente	0	0.000
	Total	1	100.000
20 -TOTAL DEPENDENCIA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	0	0.000
	> 90 años	3	100.000
	Ausente	0	0.000
	Total	3	100.000
75 -TOTAL INDEPENDENCIA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	0	0.000
	> 90 años	1	100.000
	Ausente	0	0.000
	Total	1	100.000
95 - TOTAL INDEPENDENCIA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	0	0.000
	> 90 años	1	100.000
	Ausente	0	0.000
	Total	1	100.000

	Total	1	100.000
20 - DEPENDENCIA SEVERA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	1	50.000
	> 90 años	1	50.000
	Ausente	0	0.000
	Total	2	100.000
38 - DEPENDENCIA SEVERA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	1	50.000
	> 90 años	1	50.000
	Ausente	0	0.000
	Total	2	100.000
95 - TOTAL INDEPENDENCIA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	0	0.000
	> 90 años	1	100.000
	Ausente	0	0.000
	Total	1	100.000
35 - DEPENDENCIA MODERADA	60-70 aos	0	0.000
	72-90 años	1	100.000
	> 90 años	0	0.000
	Ausente	0	0.000
	Total	1	100.000

Nota: Aumento progresivo de la dependencia funcional a medida que avanza la edad, aunque con algunas variaciones y excepciones en función de la categoría de edad.

Relación entre prevalencia de deterioro cognitivo y niveles de dependencia funcional en adultos mayores de Santa Teresa.

El análisis de la tabla de prevalencia entre el deterioro cognitivo (DC) y la dependencia funcional (DF) revela que un alto porcentaje de adultos mayores de Santa Teresa presenta niveles significativos de dependencia, la prevalencia de dependencia total y grave es alta, con 22.41% y 22.22% respectivamente, indicando que casi la mitad de la población necesita ayuda para la mayoría o todas las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y no pueden realizar actividades instrumentales. La dependencia moderada afecta al 18.52%, mostrando una necesidad de asistencia parcial. Solo el 7.41% presenta una dependencia leve, y un pequeño 3.70% es autónomo en sus actividades. El 53.45% restante no fue evaluado, estos datos subrayan la fuerte relación entre el DC y la DF, con una notable

disminución en la capacidad funcional y la independencia en actividades instrumentales con el aumento del DC.

Tabla 11

Prevalencia del DC y el DF en los AM del barrio Santa Teresa

PREVALENCIA ENTRE EL DC Y EL DF			
Nivel de Deterioro Cognitivo	Capacidad Funcional (Índice de Barthel)	Actividades Instrumentales (Escala de Lawton y Brody)	Prevalencia (%)
Dependencia Total	Necesita ayuda en todas las ABVD	Incapacidad de realizar cualquier actividad instrumental	22.41
Dependencia Grave	Necesita ayuda en la mayoría de las ABVD	Incapacidad en casi todas las actividades instrumentales	22.22
Dependencia Moderada	Necesita ayuda en algunas ABVD	Dependencia en varias actividades instrumentales	18.52
Dependencia Leve	Necesita poca ayuda o supervisión	Alguna independencia en actividades instrumentales	7.41
Autónomo	Independiente en todas las ABVD	Totalmente independiente en actividades instrumentales	3.70
Ausente	No se evaluó	No se evaluó	53.45

Nota: Existe mayor dependencia a nivel de la dependencia total con un 22.4%

ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Nivel de deterioro cognitivo de los AM del barrio Santa Teresa

El análisis de los datos recogidos de las tablas expuestas anteriormente sugiere que en la prueba de deterioro cognitivo en adultos mayores revela patrones preocupantes en cuanto al estado de sus funciones cognitivas. Según los resultados, el puntaje máximo de la prueba es de 30, con una media de 18,13 y una desviación estándar de 6,01, lo que indica una variabilidad significativa en el desempeño de los participantes.

¿Cuál es la relación entre el índice de deterioro cognitivo y el deterioro funcional de los AM del barrio Santa Teresa?

En el análisis realizado sobre la relación entre el índice de deterioro cognitivo y el deterioro funcional en los adultos mayores del barrio Santa Teresa, se evidencia una correlación directa y

significativa entre estos dos factores. Los datos revelan que aquellos adultos mayores que presentan un bajo nivel de deterioro cognitivo, con puntuaciones entre 1 y 5, no muestran signos de deterioro funcional, lo que indica una buena salud tanto cognitiva como física en este grupo.

A medida que las puntuaciones de deterioro cognitivo aumentan, comenzamos a observar un incremento en los niveles de deterioro funcional. En el rango de puntuaciones de 6 a 10, el 60% de los adultos mayores presentan un deterioro funcional leve, mientras que el 40% no muestra deterioro funcional. Este hallazgo sugiere que un leve deterioro cognitivo empieza a afectar la funcionalidad física, aunque no de manera significativa para todos los individuos en este rango.

El impacto del deterioro cognitivo se hace más evidente en los grupos con puntuaciones más altas. Para aquellos con puntuaciones entre 11 y 15, el 70% experimenta un deterioro funcional moderado, y el 30% muestra deterioro funcional leve. Esta tendencia se intensifica en el rango de puntuaciones de 16 a 20, donde el deterioro funcional moderado y severo se distribuyen equitativamente, con el 50% de los adultos mayores en cada categoría. Aquí, la relación entre deterioro cognitivo y funcional se vuelve más clara y marcada. En los casos más graves, aquellos con puntuaciones cognitivas de 21 a 25, el 80% de los adultos mayores presenta un deterioro funcional severo, y el 20% experimenta deterioro moderado. Finalmente, en el rango de puntuaciones de 26 a 30, todos los individuos (100%) muestran un deterioro funcional muy severo.

Discusión

La investigación sobre la evaluación de la funcionalidad en adultos mayores mediante el Índice de Barthel, llevada a cabo en el barrio Santa Teresa, ofrece una perspectiva valiosa sobre la interrelación entre el deterioro cognitivo, la dependencia funcional y la edad en esta población. Estos hallazgos no solo proporcionan información relevante para entender la situación de los adultos mayores en ese contexto específico, sino que también contribuyen al cuerpo de conocimientos más amplio sobre el envejecimiento y la salud.

Una de las conclusiones importantes de este estudio es la asociación entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD). Se observa que actividades como comer y deambular muestran una mayor dependencia en aquellos adultos mayores que tienen un mayor grado de deterioro cognitivo. Es importante indicar que la información anterior coincide con investigaciones previas que han demostrado una relación entre el declive cognitivo y la funcionalidad en los adultos mayores (Ávila et al., 2019).

Del mismo modo, las correlaciones identificadas entre las diferentes actividades de la vida diaria en este estudio refuerzan la idea de que la funcionalidad en una tarea puede influir en la funcionalidad en otra, es así que, la correlación entre arreglarse y comer sugiere que la capacidad para realizar actividades de autocuidado puede estar relacionada con la independencia en la alimentación. Este hallazgo es consistente con la literatura existente que destaca la importancia de abordar las múltiples dimensiones de la funcionalidad en la población de adultos mayores (Gill et al., 2021).

Sin embargo, es importante señalar que este estudio también revela algunas discrepancias con la investigación previa, mientras que algunos estudios han encontrado una asociación directa entre la edad avanzada y una mayor dependencia funcional (Feng et al., 2020), este estudio identifica excepciones, como la presencia de adultos mayores de 90 años con total independencia funcional, esto sugiere que, si bien la edad puede ser un factor de riesgo importante para la dependencia funcional,

también existen otros factores, como la salud física y el apoyo social, que pueden influir en la funcionalidad en la vejez (Baltes y Smith, 2023).

Cabe mencionar que en cuanto a la prevalencia no coincide con estudios previos que han documentado una fuerte correlación entre el deterioro cognitivo (DC) y la disminución de la capacidad funcional. Investigaciones como la de Díaz et al. (2024) han señalado que el DC afecta significativamente la capacidad de los AM para realizar actividades básicas y complejas de la vida diaria.

En el presente estudio la prevalencia de dependencia total (22.41%) y grave (22.22%) indica que casi la mitad de los pacientes geriátricos necesita ayuda considerable para la mayoría de las actividades diarias, lo cual es consistente con estudios que muestran que el deterioro cognitivo severo está fuertemente asociado con una pérdida significativa de autonomía. Un ejemplo claro es el estudio de Prince et al. (2023) donde se encontró que los AM con demencia severa eran incapaces de realizar incluso las actividades instrumentales más básicas, lo que confirma los hallazgos de la tabla N° 11.

Otro hallazgo relevante encontrado en esta investigación es la proporción de adultos mayores con dependencia moderada (18.52%) sugiere una transición gradual en la pérdida de funcionalidad, lo cual es respaldado por la investigación de Mlinac y Feng (2022), estos estudios han encontrado que los adultos con deterioro cognitivo leve a moderado requieren asistencia parcial pero aún conservan cierta capacidad funcional. La baja prevalencia de dependencia leve (7.41%) y autonomía (3.70%) refleja una minoría de la población que mantiene cierta independencia, alineándose con estudios que indican que las intervenciones tempranas y el apoyo adecuado pueden preservar la funcionalidad en etapas iniciales del deterioro cognitivo.

Además, la alta proporción de casos no evaluados (53.45%) destaca la necesidad de mejorar la cobertura y la precisión de las evaluaciones en esta población, la ausencia de datos en una porción significativa de la muestra limita la capacidad de realizar una evaluación completa de la relación entre DC y DF. Este punto es crucial, ya que la investigación de Lyketsos et al. (2023) sugiere que la

identificación y evaluación temprana son fundamentales para implementar estrategias de intervención efectivas.

CAPITULO V

Conclusiones

La investigación evidencia una asociación significativa entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional en adultos mayores del barrio Santa Teresa, actividades como comer y deambular muestran una mayor dependencia en aquellos adultos mayores con un mayor grado de deterioro cognitivo. Se identificaron correlaciones significativas entre diversas actividades de la vida diaria, lo que sugiere una interrelación entre estas tareas.

Si bien la edad se correlaciona con una mayor dependencia funcional en la mayoría de los casos, existen excepciones, como la presencia de adultos mayores de 90 años con total independencia funcional.

Los datos estadísticos pintan un panorama mixto, de la prevalencia del deterioro donde una parte considerable de los adultos mayores muestra algún nivel de DC, con un 50% situándose en la franja de 11 a 20 puntos, solo el 5% de los adultos mayores obtuvo una puntuación entre 1 y 5 puntos, reflejando un deterioro cognitivo severo, este pequeño porcentaje indica que aunque la mayoría no se encuentra en el extremo más grave del espectro, existe una franja vulnerable que requiere atención urgente y cuidados especializados. En contraste, el 13.33% de los adultos mayores obtuvieron entre 26 y 30 puntos, lo que indica un funcionamiento cognitivo normal o sin deterioro significativo.

Los datos indican que a medida que aumenta el deterioro cognitivo, también se incrementa el nivel de deterioro funcional. Específicamente, los adultos mayores con puntuaciones cognitivas más bajas (1-5) no muestran deterioro funcional, mientras que aquellos con puntuaciones más altas (26-30) experimentan un deterioro funcional muy severo.

La prevalencia de la relación entre el deterioro cognitivo (DC) y el deterioro funcional (DF) en adultos mayores revela que ambos están estrechamente interrelacionados y tienen un impacto significativo en la calidad de vida de esta población, la alta prevalencia de dependencia funcional, especialmente en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, resalta la necesidad de intervenciones específicas y tempranas para mitigar los efectos del DC.

La funcionalidad en la vejez es un fenómeno complejo que está influenciado por múltiples factores, incluyendo el estado de salud física, el apoyo social y el grado de deterioro cognitivo. Abordar adecuadamente la funcionalidad requiere enfoques multifacéticos y personalizados. La identificación temprana del deterioro cognitivo y la dependencia funcional puede permitir intervenciones más efectivas y preventivas, los profesionales de la salud deben estar capacitados para detectar signos tempranos de estos problemas y ofrecer el apoyo necesario.

Se necesitan programas de intervención específicos dirigidos a mejorar la funcionalidad en adultos mayores, con un enfoque en la promoción de la autonomía y el mantenimiento de la calidad de vida. El estudio determinó una alta prevalencia de deterioro cognitivo (DC) y diversos niveles de deterioro funcional (DF), utilizando la escala de Barthel para evaluar la capacidad funcional y la escala de Lawton y Brody para medir la independencia en actividades instrumentales de la vida diaria. Las correlaciones mostraron que el DC afecta de manera significativa la capacidad funcional, evidenciándose en actividades básicas como comer y deambular, así como en actividades instrumentales más complejas, como subir y bajar escaleras.

Recomendaciones

Implementación de programas de ejercicio: Se recomienda la implementación de programas de ejercicio físico adaptados a las capacidades y necesidades de los adultos mayores, ya que el ejercicio regular puede mejorar la función cognitiva y física, así como prevenir la dependencia funcional.

Promoción de una alimentación saludable: Es importante promover una alimentación equilibrada y nutritiva entre los adultos mayores, ya que una buena nutrición puede contribuir a mantener la salud cognitiva y funcional a largo plazo.

Fomento de actividades sociales y recreativas: Se deben fomentar actividades sociales y recreativas entre los adultos mayores para promover el bienestar emocional y cognitivo, así como para reducir el riesgo de aislamiento social y depresión.

Apoyo a cuidadores familiares: Los cuidadores familiares de adultos mayores con dependencia funcional deben recibir apoyo y capacitación adecuados para poder brindar el mejor cuidado posible a sus seres queridos y evitar el agotamiento físico y emocional.

Accesibilidad y adaptación del entorno: Es fundamental garantizar la accesibilidad y adaptación del entorno físico para facilitar la movilidad y la autonomía de los adultos mayores, incluyendo la eliminación de barreras arquitectónicas y la instalación de ayudas técnicas.

Educación continua para profesionales de la salud: Los profesionales de la salud deben recibir formación continua sobre el envejecimiento y la atención centrada en la persona mayor, incluyendo la detección y manejo del deterioro cognitivo y la dependencia funcional.

Promoción de la investigación interdisciplinaria: Se debe fomentar la colaboración entre diferentes disciplinas, como la medicina, la psicología, la sociología y la epidemiología, para abordar de manera integral los complejos desafíos relacionados con el envejecimiento y la salud.

Incentivos para políticas de envejecimiento activo: Se deben establecer incentivos para promover políticas de envejecimiento activo y saludable a nivel gubernamental, que fomenten la participación social, la inclusión y el bienestar de los adultos mayores en la comunidad.

Es fundamental educar a la población sobre la importancia de la salud cognitiva y funcional en la vejez, así como promover la sensibilización sobre las necesidades y desafíos de los adultos mayores en la sociedad, esto puede contribuir a reducir el estigma asociado al envejecimiento y mejorar la atención y el cuidado de esta población.

Los resultados subrayan la necesidad de estrategias de intervención y soporte enfocadas en mejorar o mantener la salud cognitiva de los adultos mayores, así como en proporcionar el apoyo necesario para aquellos que ya muestran signos de deterioro.

Referencias bibliográficas

- Avila Funes, J., Amieva, H., & Barbergue, P. (2020). Cognitive impairment improves the predictive validity of the phenotype of frailty for adverse health outcomes: the three-city study. *J Am Geriatr Soc*, 3(1), 12-10. doi:10.1111/j.1532-5415.2008.02136.x
- Ayala San Martín Lorena Soledad. (2020). Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. *J Am Geriatr Soc*, 14(3), e14304. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2020000300004&lng=es. Epub 05-Abr-2021.
- Calatayund, E., Oliván Blázquez, B., Sánchez Peña, M., & Aguilar Latorre, A. (2024). Cognitive and functional evolution in older adults with and without intellectual disability using a multicomponent intervention: A prospective longitudinal study. *Exp Gerontol*, 2(2), 113252. doi:10.1016/j.exger.2023.112352. Epub 2023 Dec 26
- Carrión, D. y Gómez, C. (2022). Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores del Puesto de Salud Xauxa, periodo 2017-2021. [Tesis para optar el título profesional de Médico Cirujano], Repositorio digital Universidad Continental, <https://hdl.handle.net/20.500.12394/11297>
- Cifuentes, C., & Agudelo Mejía, D. (2020). Relación entre la cognición global y la funcionalidad física en adultos mayores. *Revista de la Facultad de Medicina*, 22(4), 381-389. doi:10.18566/rfm.v72i4.2023
- Díaz-Veiga, M. et al. (2024). Relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional en adultos mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*.
- Espinoza, N., y Vera, V. (2021). Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 a 85 años en el año 2021 en un Hospicio en la ciudad de Guayaquil. [Tesis de titulación, Universidad

Católica de Santiago de Guayaquil]. Repositorio digital UCSG.

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/17160>

- Felmer, L. (2023). Funcionamiento cognitivo y factores de riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. Chile: universidad de concepción. [Tesis de maestría, Universidad de Concepción]. Repositorio digital UDEC. <http://repositorio.udec.cl/jspui/handle/11594/10630>
- Guerrero-R, Nancy, y Yépez-Ch, María Clara. (2020). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud*, 17(1), 121-131. 18 de marzo. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-71072015000100011&lng=en&tlng=es.
- Hanlong, P., Amieva, H., & Corcoran, N. (2020). Frailty measurement, prevalence, incidence, and clinical implications in people with diabetes: a systematic review and study-level meta-analysis. *Lancet Healthy Longev*, 1(3), e106–e116. doi:10.1016/s2666-7568(20)30014-3
- Hoogendijk, E., Afilalo, J., Ensrud, K., & Kowal, P. (2019). Implications for clinical practice and public health. *Lancet*, 10(5), 1365–1375. doi:10.1016/s0140-6736(19)31786-6
- IESS. (2023). Plan Médico-Funcional de la Unidad de Atención Ambulatoria Cariamanga. *Unidades de Salud del IESS*, 5(1), 23-89. Obtenido de <https://www.iess.gob.ec/documents/10162/3321621/PMF%20CARIAMANGA.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticos y Censos [INEC] (2019). *Salud Mental en el Ecuador*. 1:6.
- Ji-Eun, B., Sang-Jun, H., & May, K. (2024). Effects of dual-task resistance exercise on cognition, mood, depression, functional fitness, and activities of daily living in older adults with cognitive impairment: a single-blinded, randomized controlled trial. *BMC Geriatr*, 24(1), 3698. doi:10.1186/s12877-024-04942-1

- Jiménez Galeano, S., Cadavid López, W., & Mejía Arango, L. (2020). Factores asociados con la dependencia funcional en adultos mayores. *Investigación y Educación en Enfermería*, 2(1), 232-243. doi:10.17511/en.iae.2020.13.02.08802
- León Samaniego, G. F., y Leon Tumbaco, E. D. (2019). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Cumbres*, 4(1), 75-87. <https://doi.org/10.48190/cumbres.v4n1a7>
- Logue Partyy, B., & Healsy Sourt, J. (2019). Factores asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores que asisten a un centro de vida saludable en Colombia. *Archivos de Neurociencias*, 4(2), 123-115. doi: 10.25255/arneuro. v24i2.1443.
- Lyketsos, C. G. et al. (2023). Mental and behavioral disturbances in dementia: Findings from the Cache County Study on Memory in Aging. *American Journal of Psychiatry*.
- Mejía Arango, L., Díaz Romero, J., & Cadavid López, W. (2020). Deterioro cognitivo leve y su asociación con la depresión y la funcionalidad en adultos mayores. *Revista de la Asociación Colombiana de Geriátrica y Gerontología*, 43(1), 42-50. doi:10.18566
- Mlinac, M. E., & Feng, M. C. (2022). Assessment of activities of daily living, self-care, and independence. *Archives of Clinical Neuropsychology*.
- Mogic, L., Rutter, E., Tyas, S., & Maxwell, C. (2023). Functional social support and cognitive function in middle- and older-aged adults: a systematic review of cross-sectional and cohort studies. *Syst Rev* 12, 12(10), 234-345. doi: <https://doi.org/10.1186/s13643-023-02251-z>
- Mograbi, D., Faria, C., Fichman, H., Paiva, E., & Alves, R. (2024). Relationship between activities of daily living and cognitive ability in a sample of older adults with heterogeneous educational level. *Relationship between activities of daily living and cognitive ability in a sample of older adults with heterogeneous educational level*, 17(1), 71-76. doi:10.4103/0972-2327.128558

- Monteiro, J., Oliveira, R., Leão, T., & Baldo, M. (2022). Poor physical fitness is associated with impaired memory, executive function, and depression in institutionalized older adults: A cross-sectional study. *Braz. J. Psychiatry*, 44(12), 41-45. doi:10.1590/1516-4446-2020-1614
- Myeongshin, K., Eunyoung, S., Seyoon, K., & Sohyune, S. (2022). The Effectiveness of Multicomponent Intervention on Daily Functioning among the Community-Dwelling Elderly: A Systematic Review. *Int J Environ Res Public Health*, 19(12), 7483. doi:10.3390/ijerph19127483.
- Organización Panamericana de la Salud [OPS]. (2020). Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. Washington: World Health Organization. doi:<https://doi.org/10.37774/9789275322567>
- Parada, K., Guapizaca, J., & Bueno, G. (2022). Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. *Revista científica UISRAEL*, 9(2), 2631-2786. doi:<https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525>
- Paredes, Y. V., Yarce, E. Y., & Aguirre, D. C. (2021). Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria*, 38(2), 59–72. <https://doi.org/10.16888/interd.2021.38.2.4>
- Prince, M. et al. (2023). The impact of dementia on the health and functioning of older adults. *The Lancet Neurology*.
- Srisuwan, P., Nakawiro, D., & Chansirikarnjana, S. (2020). Effects of a Group-Based 8-Week Multicomponent Cognitive Training on Cognition, Mood and Activities of Daily Living among Healthy Older Adults: A One-Year Follow-Up of a Randomized Controlled Trial. *J Prev Alzheimers Dis*, 2(1), 112-121. doi:10.14283/jpad.2019.42
- Stavrinou, P., Aphas, G., Pantzaris, M., & Sakkas, G. (2022). Exploring the Associations between Functional Capacity, Cognitive Function and Well-Being in Older Adults. *Life (Basel)*, 12(7), 1042. doi:10.3390/life12071042

Sugimoto, T., Araia, H., & Sakurai, T. (2022). An update on cognitive frailty: its definition, impact, associated factors and underlying mechanisms, and interventions. *Geriatr Gerontol Int*, 2(1), 99-109. doi:10.1111/ggi.14322

ANEXOS

Anexo A.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN ENTREVISTA

Investigación sobre la Relación entre Deterioro Cognitivo y Funcionalidad en Adultos Mayores de Santa Teresa (2023-2024)

Investigador Responsable: Paola Valeria Jaramillo Jaramillo

1. Información sobre el Estudio:

Me gustaría invitarlo(a) a participar en una entrevista que forma parte de un estudio sobre la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores de Santa Teresa durante el período 2023-2024. El objetivo de este estudio es comprender mejor cómo afecta el deterioro cognitivo a la capacidad funcional de los adultos mayores en esta comunidad.

2. Procedimiento:

La entrevista consistirá en preguntas relacionadas con su salud cognitiva y funcional. La duración estimada de la entrevista es de 20 minutos.

3. Confidencialidad:

Toda la información recopilada durante la entrevista será tratada de forma confidencial. Los datos se almacenarán de forma segura y solo se utilizarán para fines de investigación. Su nombre y cualquier información que pueda identificarlo(a) no se divulgarán en ningún informe o publicación.

4. Beneficios y Riesgos:

Participar en esta entrevista puede ayudar a mejorar la comprensión sobre cómo el deterioro cognitivo afecta la funcionalidad en los AM de Santa Teresa. No hay riesgos significativos asociados con participar en la entrevista.

6. Consentimiento:

Al firmar este documento, usted confirma que ha leído la información proporcionada anteriormente y que ha tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio. Además, acepta participar en la entrevista descrita anteriormente.

Firma del participante (Solo en caso de aceptar): _____

Fecha: _____

Anexo B

MODELO DE LA ENTREVISTA ESTRUCTURADA

INSTITUTO SUPERIOR TECNOLÓGICO MARIANO SAMANIEGO

CARRERA TÉCNICO SUPERIOR EN ENFERMERÍA



ENTREVISTA ESTRUCTURADA DIRIGIDA A LOS ADULTOS MAYORES MORADORES DEL BARRIO SANTA TERESA PERIODO 2023 -2024 Y SUS FAMILIARES Y/O CUIDADORES

La Carrera Técnico en Enfermería se encuentra en la fase final del proyecto de titulación, mediante el tema: “RELACIÓN ENTRE DETERIORO COGNITIVO Y FUNCIONALIDAD EN ADULTOS MAYORES DE SANTA TERESA 2023 – 2024”, para obtención de título de tercer nivel.

Con este antecedente, solicito a usted y a su cuidador de manera cordial, responda de manera objetiva a las preguntas que se formulan en el siguiente cuestionario, las mismas que están enfocadas en determinar la prevalencia de los diferentes tipos de DC en esta comunidad y su relación con el deterioro funcional en los AM, con la finalidad de identificar a los pacientes que necesiten una intervención oportuna en base a los resultados obtenidos, la información obtenida es anónima, se utilizará solamente para los fines antes mencionados de manera profesional.

La siguiente entrevista la escala de Lawton y Brody, publicada en 1969, evalúa la autonomía física y la actividad diaria de adultos mayores a través de ocho ítems, como el uso del teléfono y la gestión de la medicación. Cada ítem se puntúa con 1 si es independiente y 0 si es dependiente, sumando para obtener una puntuación total de 0 (dependencia total) a 8 (independencia total). Los datos se obtienen mediante entrevistas estructuradas, con un tiempo promedio de cuatro minutos. Por otro lado, el índice de Barthel se utiliza para evaluar la independencia y movilidad en las actividades de la vida diaria, como el baño y el arreglo personal, asignando valores del 0 al 5 que reflejan su importancia para la autonomía del paciente y los cuidados que necesita.

ESCALA DE LAWTON Y BRODY

Escala de Lawton y Brody para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVDS)

Nombre: Edad: Sexo:
 Fecha: Responsable:

A.	Capacidad para usar el teléfono	Puntos
1.	Utiliza el teléfono a iniciativa propia, busca y marca los números, etc.	1

2.	Marca unos cuantos números bien conocidos.	1
3.	Contesta el teléfono, pero no marca.	1
4.	No usa el teléfono.	0
B.	Ir de compras	
1.	Realiza todas las compras necesarias con independencia.	1
2.	Compra con independencia pequeñas cosas.	0
3.	Necesita compañía para realizar cualquier compra.	0
4.	Completamente incapaz de ir de compras.	0
C.	Preparación de la comida	
1.	Planea, prepara y sirve las comidas adecuadas con independencia.	1
2.	Prepara las comidas si se le dan los ingredientes.	0
3.	Calienta y sirve las comidas, pero no mantiene una dieta adecuada.	0
4.	Necesita que se le prepare y sirva la comida.	0
D.	Cuidar la casa	
1.	Cuida la casa sólo o con ayuda ocasional (ej. Trabajos pesados).	1
2.	Realiza tareas domésticas ligeras como fregar o hacer cama.	1
3.	Realiza tareas domésticas ligeras, pero no puede mantener un nivel de limpieza aceptable.	1
4.	Necesita ayuda en todas las tareas de la casa.	1
5.	No participa en ninguna tarea doméstica.	0
E.	Lavado de ropa	
1.	Realiza completamente el lavado de ropa personal.	1
2.	Lava ropa pequeña.	1
3.	Necesita que otro se ocupe del lavado.	0

F.	Medio de transporte	
1.	Viaja con independencia en transportes públicos o conduce su coche.	1
2.	Capaz de organizar su propio transporte en taxi, pero no usa transporte público.	1
3.	Viaja en transportes públicos si le acompaña otra persona.	1

4.	Sólo viaja en taxi o automóvil con ayuda de otros.	0
5.	No viaja.	0
G.	Responsabilidad sobre la medicación	
1.	Es responsable en el uso de la medicación, dosis y horas correctas.	1
2.	Toma responsablemente la medicación si se le prepara con anticipación en dosis preparadas.	0
3.	No es capaz de responsabilizarse de su propia medicación.	0
H.	Capacidad de utilizar el dinero	
1.	Maneja los asuntos financieros con independencia, recoge y conoce sus ingresos.	1
2.	Maneja los gastos cotidianos, pero necesita ayuda para ir al banco, grandes gastos, etc.	1
3.	Incapaz de manejar el dinero.	0
TOTAL		/8

PUNTOS DE CORTE

En Mujeres (8 funciones)	En Hombres (5 funciones)
Dependencia total 0-1	Dependencia total 0
Dependencia grave 2-3	Dependencia grave 1
Dependencia moderada 4-5	Dependencia moderada 2-3
Dependencia ligera 6-7	Dependencia ligera 4
Autónoma 8	Autónomo 5

Las 5 funciones valoradas en hombres son:

- Capacidad para usar el teléfono.
- Hacer compras.
- Uso de medios de transporte.
- Responsabilidad respecto a su medicación.
- Capacidad para utilizar dinero.

ÍNDICE DE BARTHEL**ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA**

Comer	- Totalmente independiente - Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc - Dependiente	10 5 0
Lavarse	- Independiente. Entra y sale solo del baño - Dependiente	5 0
Vestirse	- Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos - Necesita ayuda - Dependiente	10 5 0
Arreglarse	- Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc - Dependiente	5 0
Deposiciones	- Continente - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas - Incontinente	10 5 0
Micción	- Continente o es capaz de cuidarse la sonda - Ocasionalmente, máx. un episodio de incontinencia en 24h, necesita ayuda para cuidar la sonda - Incontinente	10 5 0
Usar el retrete	- Independiente para ir al WC, quitarse y ponerse la ropa - Necesita ayuda para ir al WC, pero se limpia solo - Dependiente	10 5 0
Trasladarse	- Independiente para ir del sillón a la cama - Mínima ayuda física o supervisión - Gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Deambular	- Independiente, camina solo 50 metros - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50m - Independiente en silla de ruedas, sin ayuda - Dependiente	15 10 5 0
Escalones	- Independiente para subir y bajar escaleras - Necesita ayuda física o supervisión - Dependiente	10 5 0
	TOTAL	

Valoración de la incapacidad funcional:

- 100 Total independencia (siendo 90 la máxima puntuación si el paciente usa silla de ruedas)
- 60 Dependencia leve
- 35-55 Dependencia moderada
- 20-35 Dependencia severa

- 20 Dependencia tota

Anexo C.

Censo elaborado por MSP 2024 en base al censo 2022 por técnico de atención primera de salud del Barrio Santa Teresa



Tabla N°: 1
 Nombre de la tabla: Población por sexo al nacer, según el VIII Censo de Población y VII de Vivienda
 Fuente: MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA 2024 - C
 Elaboración:

[Índice](#)

Provincia y área de residencia	
Cantón	Barrio Santa Teresa
Cariamanga	Rural

Nota: En el censo 2022, las viviendas ocupadas con personas ausentes fueron el insumo 1

Censo Ecuador 2022

Tabulados

Provincia y área de residencia
 Tabulado y SISTEMA PRASS 2024 elaborado por: Delia Castillo TAPS MSP
 componente de Metodología y Análisis – CPV 2022

Número total de personas	Sexo al nacer	
	Hombres	Mujeres
TOTAL DE POBLACIÓN:780		
Adultos mayores: 29	17	12

base para calcular la población no censada. Estas viviendas se incorporan a la categoría de viviendas particulares