

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco
División Académica Ciencias de la Salud



**DINÁMICA FAMILIAR DE UN ADULTO MAYOR
CON DETERIORO COGNITIVO: TRABAJO CON FAMILIA**

**Tesis para obtener el grado de
Especialización en Medicina Familiar**

Presenta

Ana Isabel López Salvador

Directores de tesis

M.S.C. Rosa María Sánchez Rodríguez

D.C.E. María Luisa Castillo Orueta

DR. CS. María Isabel Ávalos García



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE



División
Académica
de Ciencias de
la Salud



Dirección

Of. No. 0870/DACS/JAEP
16 de diciembre de 2021

ASUNTO: Autorización impresión de tesis

C. Ana Isabel López Salvador
Especialidad en Medicina Familiar
Presente

Comunico a Usted, que ha sido autorizada por el Comité Sinodal, integrado por los profesores investigadores Dr. Nicomedes de la Cruz Damas, Dr. Francisco Agustín Magaña Carrada Anwar, Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz, Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia, Dr. Jorge Iván Martínez Pérez, impresión de la tesis titulada: **"Dinámica familiar de un adulto mayor con deterioro cognitivo: Trabajo con familia"**, para sustento de su trabajo recepcional de la Especialidad en Medicina Familiar, donde fungen como Directora de Tesis la Mtra. Rosa María Sánchez Rodríguez, D.C.E. María Luisa Castillo Orueta y la Dra. María Isabel Ávalos García.

Atentamente

Dra. Mirian Carolina Martínez López
Directora

- C.c.p.- Mtra. Rosa María Sánchez Rodríguez.- Director de Tesis
- C.c.p.- D.C.E. María Luisa Castillo Orueta.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dra. María Isabel Ávalos García.- Director de Tesis
- C.c.p.- Dr. Nicomedes de la Cruz Damas.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Francisco Agustín Magaña Carrada Anwar.- Sinodal
- C.c.p.- Dr. Pedro Antonio Benítez Cruz.- sinodal
- C.c.p.- Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia.- Sinodal
- c.c.p.- Dr. Jorge Iván Martínez Pérez.- sinodal

C.c.p.- Archivo
DC/MCML/MCE/XME/mgcc*

Miembro CUMEX desde 2008
Consorcio de
Universidades
Mexicanas
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Crnel. Gregorio Méndez Magaña, No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco

Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



UNIVERSIDAD JUÁREZ
AUTÓNOMA DE TABASCO

"ESTUDIO EN LA DUDA. ACCIÓN EN LA FE"



División
Académica
de Ciencias de
la Salud

Jefatura del
Área de Estudios
de Posgrado



ACTA DE REVISIÓN DE TESIS

En la ciudad de Villahermosa Tabasco, siendo las 11:00 horas del día 17 del mes de diciembre de 2021 se reunieron los miembros del Comité Sinodal (Art. 71 Núm. III Reglamento General de Estudios de Posgrado vigente) de la División Académica de Ciencias de la Salud para examinar la tesis de grado titulada:

"Dinámica familiar de un adulto mayor con deterioro cognitivo: Trabajo con familia"

Presentada por el alumno (a):

López Salvador Ana Isabel
Apellido Paterno Materno Nombre (s)

Con Matricula

1	9	1	E	7	0	0	0	2
---	---	---	---	---	---	---	---	---

Aspirante al Diploma de:

Especialidad en Medicina Familiar

Después de intercambiar opiniones los miembros de la Comisión manifestaron **SU APROBACIÓN DE LA TESIS** en virtud de que satisface los requisitos señalados por las disposiciones reglamentarias vigentes.

COMITÉ SINODAL

Dra. Rosa María Sánchez Rodríguez
Dra. María Luisa Castillo Orueta
Dra. María Isabel Avalos García
Directoras de Tesis

Dr. Nicomedes De la Cruz Damas

Dr. Anwar Francisco Agustín Magaña Carrada

Dr. Pedro Antonio Benitez Cruz

Dra. Neydi Lorena Tovilla Heredia

Dr. Jorge Iván Martínez Pérez

C.e.p.- Archivo
DC\MCML\MO\MACA\lkrd*

Miembro CUMEX desde 2008
Consortio de
Universidades
Mexicanas
UNA ALIANZA DE CALIDAD POR LA EDUCACIÓN SUPERIOR

Av. Grnel. Gregorio Méndez Magaña No. 2838-A,
Col. Tamulté de las Barrancas,
C.P. 86150, Villahermosa, Centro, Tabasco
Tel.: (993) 3581500 Ext. 6314, e-mail: posgrado.dacs@ujat.mx



Carta de Cesión de Derechos

En la ciudad de Villahermosa Tabasco el día 10 del mes de diciembre del año 2021, el que suscribe Ana Isabel López Salvador, alumna del programa de la especialidad en Medicina Familiar, con número de matrícula 191E70002 adscrito a la División Académica de Ciencias de la Salud, manifiesta que es autor intelectual del trabajo de tesis titulada: "Dinámica familiar de un adulto mayor con deterioro cognitivo: Trabajo con familia", bajo la Dirección de MSC. Rosa María Sánchez Rodríguez, Dra. D.C.E. María Luisa Castillo Orueta y Dra. CS. María Isabel Ávalos García, Conforme al Reglamento del Sistema Bibliotecario Capítulo VI Artículo 31. El alumno cede los derechos del trabajo a la Universidad Juárez Autónoma de Tabasco para su difusión con fines académicos y de investigación.

Los usuarios de la información no deben reproducir el contenido textual, gráficos o datos del trabajo sin permiso expreso del autor y/o director del trabajo, el que puede ser obtenido a la dirección: slai1.dra@gmail.com Si el permiso se otorga el usuario deberá dar el agradecimiento correspondiente y citar la fuente del mismo.

Ana Isabel López Salvador

Nombre y Firma

DIVISIÓN ACADÉMICA DE
CIENCIAS DE LA SALUD



UNIVERSIDAD JUÁREZ AUTÓNOMA DE TABASCO

Sello



INDICE

	INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS.....	VII
	DEDICATORIA.....	VIII
	AGRADECIMIENTOS.....	IX
	RESUMEN.....	X
	ABSTRACT.....	XI
	ABREVIATURAS.....	XII
	GLOSARIO DE TÉRMINOS.....	XIII
1	INTRODUCCIÓN	1
2	MARCO TEÓRICO	3
	2.1 Adulto mayor.....	3
	2.1.1 Generalidades.....	3
	2.1.2 Panorama epidemiológico.....	4
	2.1. 3 Envejecimiento saludable.....	4
	2.2 Deterioro cognitivo.....	5
	2.2.1 Deterioro cognitivo en los adultos mayores.....	5
	2.2.2 Del Envejecimiento normal al Deterioro Cognitivo.....	5
	2.2.3 Clasificación de las alteraciones cognoscitivas.....	7
	2.2.4 Cuadro clínico del deterioro cognitivo leve.....	9
	2.2.5 Diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve.....	10
	2.2.6 Valoración del deterioro cognitivo.....	12
	2.2.7 Prevención y tratamiento del Deterioro Cognitivo.....	14
	2.3 Dinámica Familiar.....	15
	2.3.1 La familia.....	15
	2.3.2 Funciones de la familia.....	16
	2.3.3Conceptualizacion de la dinámica familiar.....	16
	2.4 Estudio de salud familiar y trabajo con familia.....	18
	2.5 Estudios relacionados.....	22
3	PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	27



4	JUSTIFICACIÓN	29
5	HIPOTESIS	31
6	OBJETIVOS	32
	6.1 Objetivo General.....	32
	6.2 Objetivos Específicos.....	32
7	MATERIAL Y MÉTODOS	33
	7.1 Diseño y tipo de investigación.....	33
	7.2 Proceso de trabajo con familia.....	33
	7.3 Población, muestra y muestreo.....	34
	7.4 Criterios de selección.....	34
	7.5 Variables.....	35
	7.6 Instrumentos para la recolección de la información.....	35
	7.7 Análisis de datos.....	37
	7.8 Consideraciones éticas.....	38
8	RESULTADOS	39
9	DISCUSIÓN	59
10	CONCLUSIONES	62
11	RECOMENDACIONES	63
12	REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	64
13	ANEXOS	73



INDICE DE CUADROS Y GRAFICOS

Cuadro 1. Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL (Pretest-postest).....	48
Cuadro 2.- Prueba t de Student para la diferencia de las medias, pretest y postest FF-SIL, de dos muestras relacionadas de la familia estudiada.....	50
Cuadro 3. Dimensiones del test de MoCA.....	51
Cuadro 4. Características cognitivas por dimensión entre el antes y el después de la aplicación de la Evaluación de MoCA-B.....	53
GRAFICO 1.- Evaluación cognitiva de Montreal Básica (Moca-b) pretest.....	39
GRAFICO 2.- Evaluación cognitiva de Montreal Básica (Moca-B) postest.....	52
GRAFICO 3.- Triangulación metodológica de los datos cuantitativos y cualitativos.....	54



DEDICATORIA

Dedico esta tesis primeramente a DIOS, quien me ha dado la fortaleza para concluir una meta más en mi vida, por permitirme vivir y disfrutar de ella cada día.

A MIS PADRES: Margarita y José Luis, quienes me dieron la vida, educación, su apoyo en todos los aspectos y sus consejos, al ser los pilares y el estímulo para poder llevar acabo esta especialidad. A mi Hermano Pepe que sin su apoyo tampoco hubiera sido posible culminarlo, gracias a esa unión que tenemos como familia a pesar de las dificultades que hemos pasado pues no fue fácil el camino pero lo hemos logrado.



AGRADECIMIENTOS

Este agradecimiento está dedicado principalmente en a dos grandes personas que me acompañaron en el camino de la especialidad, a mi compañera, amiga, hermana Nidia, con la que inicie esta gran aventura, y a pesar de las circunstancias nos apoyábamos una a la otra en los momentos en que no podíamos seguir, acoplándonos y equilibrado esas dificultades, a Carlos que estuviste para apoyarme incondicionalmente, que en un principio parecía una tarea gigantesca e interminable y a pesar de los obstáculos estuviste ahí demostrándome ese cariño y dándome el ejemplo que yo podía con ello y con mucho mas, a Gaby que junto con Nidia terminamos coexistiendo un equipo de las tres mosqueteras que caminamos en este último año. A la Dra. Rosita que sin su apoyo incondicional, sus enseñanzas no hubiéramos logrado conocer este mundo de la hermosa especialidad y quien nos inyecto ese conocimiento día a día. A cada uno de los maestros: Dra. María Luisa que nos enseñó el arte de la docencia e investigación, así como el inmenso apoyo y tiempo invertido para esta tesis, al Dr. Anwar, que en la parte clínica nos enseñó a siempre cuestionarnos, no solo para la especialidad sino para la vida, a la Dra. Garrido y a la Dra. Avalos que juntas nos enseñaron esa parte típica de la investigación y de estadística que a nadie se le da, pero que la hicieron amena para la enseñanza, a la Dra. Tovilla, Dra. Paz, Dra. Mary, Dr. de la O que me proporcionaron su conocimiento en la consulta de la especialidad, a cada uno de los maestros externos que fueron igual parte importante para enriquecer nuestro conocimiento. Al personal administrativo y de enfermería del CESSA que nos apoyó durante el transcurso de los tres años a ser más amena nuestra estancia.

A cada uno de ustedes GRACIAS por ser parte importante de esta especialidad.



RESUMEN

OBJETIVO: Modificar la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo, a través del Trabajo con Familia para retardar el progreso de su enfermedad.

MATERIALES Y MÉTODOS: estudio de intervención con aplicación del modelo de trabajo con familia, de enfoque mixto: cuantitativo, por el método cuasi-experimental y cualitativo por el proceso de la interpretación y comprensión del significado de las expresiones de cada integrante de la familia. La unidad de medida fue una familia. El Trabajo con Familia se realizó en diez sesiones presenciales y virtuales, caracterizadas por etapas: diagnóstica, intervención y evaluación, ejecutadas de manera simultánea. Los instrumentos utilizados fueron la historia clínica completa, familiograma, FF-SIL, Graffar, MoCA-B y Katz. El diseño de la intervención fue resultado de las problemáticas encontradas y la jerarquización con la familia. Para evaluar se realizó un postest del FF-SIL y MoCA-B, así como las opiniones de la familia.

RESULTADOS: Los aspectos afectados fueron: funcionalidad familiar, relaciones interpersonales, los límites intergeneracionales, la comunicación, el aislamiento social de la paciente, afectividad, roles y eventos críticos. En lo biológico las enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo y tumoración de cuello del esposo. En lo social el analfabetismo de la paciente, desempleo y alcoholismo del esposo. Los factores protectores encontrados: servicios médicos, religión, vivienda propia y política de buena vecindad. El trabajo con familia estuvo dirigido a mejorar la afectividad y comunicación, las relaciones paterno filiales, técnicas de estimulación cognitiva y educación para la salud. La evaluación mostró modificación en la afectividad, roles, jerarquía y funcionalidad; mejoría leve de la cognición y secundariamente control de la diabetes mellitus de la paciente.

CONCLUSIÓN: el trabajo con familia permite modificar la dinámica familiar en el adulto mayor que padece deterioro cognitivo leve.

PALABRAS CLAVES: adulto mayor; dinámica familiar; factores de riesgo; factores protectores; intervención.



ABSTRACT

OBJECTIVE: Modify the family dynamics of the elderly with cognitive impairment, through Family Work to slow down the progress of their disease.

MATERIALS AND METHODS: intervention study with application of the family work model, with a mixed approach: quantitative, by the quasi-experimental method and qualitative by the process of interpreting and understanding the meaning of the expressions of each family member. The unit of measurement was a family. The Family Work was carried out in ten face-to-face and virtual sessions, characterized by stages: diagnosis, intervention and evaluation, executed simultaneously. The instruments used were the complete medical history, familiogram, FF-SIL, Graffar, MoCA-B and Katz. The design of the intervention was the result of the problems encountered and the hierarchy with the family. To evaluate, a post-test of the FF-SIL and MoCA-B was performed, as well as the opinions of the family.

RESULTS: The affected aspects were: family functionality, interpersonal relationships, intergenerational limits, communication, social isolation of the patient, affectivity, roles and critical events. In the biological, chronic diseases, cognitive deterioration and neck tumor of the husband. Socially, the illiteracy of the patient, unemployment and alcoholism of the husband. The protective factors found: medical services, religion, own housing and a good neighbor policy. The work with the family was aimed at improving affectivity and communication, parent-child relationships, cognitive stimulation techniques, and health education. The evaluation showed modification in affectivity, roles, hierarchy and functionality; slight improvement in cognition and secondarily control of the patient's diabetes mellitus.

CONCLUSION: family work allows modifying family dynamics in older adults with mild cognitive impairment.

KEY WORDS: older adult; family dynamics; risk factor's; Protective factors; intervention.



ABREVIATURAS

AAVD: Actividades avanzadas de la vida diaria

ABVD: Actividades básicas de la vida diaria

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria

CESSA: Centro de Salud con Servicios Ampliados

CONAPO: Consejo Nacional de Población

DC: Deterioro cognitivo

DCL: Deterioro cognitivo leve

DCV: Deterioro cognitivo de origen vascular

DV: Demencia vascular

EA: Enfermedad de Alzheimer

GDS: Escalas de Yesavage

INEGI: Instituto Nacional de Estadística y Geografía

MF: Médico familiar

MMSE: Mini-mental test o Mini examen del estado mental

MoCA: Evaluación Cognitiva Montreal

OMS: Organización Mundial de la Salud



GLOSARIO

Adulto mayor: toda persona mayor de 60 años.

Ciclo vital familiar: secuencia de etapas por los que atraviesa los miembros de las familias desde su nacimiento hasta su disolución.

Crisis familiar: es un evento de la vida, presente y pasado, que ocasiona cambios en la funcionalidad de los miembros de la familia

Dinámica familiar: interacción de las relaciones que existen entre los miembros de la familia.

Envejecimiento: proceso de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades, durante el transcurso del tiempo.

Funcionalidad familiar: condición que posibilita a la familia para cumplir con los objetivos y funciones como el cuidado, afecto, reproducción, socialización, estatus y nivel socioeconómico.

Guías anticipadas: corresponden al conjunto de consejos o ideas que se otorgan al individuo, pareja o familia para comprender mejor los eventos que suceden en el ciclo vital familiar.

Trabajo con familia: modelo que ayuda a la familia a encontrar los recursos y utilizarlos en el momento de crisis con el objetivo de conservar la funcionalidad o recuperarla a través de la identificación de factores de riesgo convirtiéndolos a factores protectores utilizando un método de evaluación familiar y atención integrada.



INTRODUCCIÓN

El núcleo familiar es un recurso muy valioso que permite al individuo desarrollarse de forma correcta, Ackerman afirma que “La familia constituye lo esencialmente humano del hombre”¹. Pasa por diferentes etapas donde se nace, crece, reproduce y muere, es considerada una unidad y a lo largo de la historia se ha ido transformando en el tiempo adaptándose a la sociedad y a cada época según Minuchin. Sin embargo, la enfermedad de una persona puede afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, igual que el grupo familiar influye en la salud de sus miembros, ya que toda condición patológica tiene implicaciones emocionales y sociales en su etiología o repercusiones en su tratamiento².

Específicamente las patologías crónicas requieren que la familia se adapte a la situación, y en el proceso puede desencadenar desgaste físico y emocional que provoque situaciones de conflicto y a veces enfermedad de otros miembros, cuando el médico no está capacitado para identificarlo y abordarlo³.

En el caso de las enfermedades de un adulto mayor se puede esperar una discapacidad o dependencia. La familia, enfrenta cambios en su dinámica familiar, y puede verse influenciada a afrontar una serie de desafíos que requiere una respuesta adaptativa o una desorganización ante el impacto de la enfermedad. En este caso, el deterioro cognitivo del adulto mayor integrante de la familia causó importantes cambios en las características biológicas, emocionales y sociales.

La familia que enfrenta una crisis, afecta al enfermo y a todo el sistema familiar y depende de la organización de la misma para que tenga una respuesta adaptativa, sin embargo, la presencia de una dinámica familiar estable o equilibrada es fundamental ya que contribuye al adulto mayor a tener autonomía y dependencia.



Es necesario que el médico familiar cuente y utilice sus habilidades conceptuales, perceptuales y ejecutivas para reorganizarla.

Actualmente existe el trabajo con familia que es un modelo sistémico de atención biopsicosocial retomado por Christie-Seely que incluye varios pasos: Identificación de la problemática familiar utilizando diversos instrumentos dependiendo del caso, evaluación del funcionamiento familiar, elaboración de hipótesis y realización de la intervención⁴.

En este sentido, surge la necesidad de comprender la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo desde las diferentes esferas de la misma: comunicación, afecto, autoridad, roles etc. De esta forma contribuir a la mejora de las relaciones entre los diferentes miembros del núcleo familiar.

En el presente trabajo se muestra el modelo de Trabajo con Familia de un caso con adulto mayor con deterioro cognitivo, con el fin de mejorar la dinámica familiar en los aspectos mayormente afectados y limitar el daño del deterioro cognitivo en el paciente.



1. MARCO TEÓRICO

En el adulto mayor aumenta el riesgo de padecer enfermedades y al reducir su capacidad física y mental, aumenta el riesgo de padecer discapacidad y volverse dependiente, múltiples factores no relacionados directa o exclusivamente con el envejecimiento pueden influir en la aparición de alteraciones cognitivas. En México es común que las personas mayores tengan una convivencia familiar, esto le permite tener una red de apoyo, por lo que la interacción familiar tiene una influencia en la evolución del deterioro cognitivo (DC)⁵.

El apoyo de su familiar percibido o recibido por el adulto mayor es un recurso importante en el cuidado y tratamiento de las personas con DC. Una dinámica familiar favorable es fundamental ya que contribuye a su autonomía y funcionalidad⁶.

En este proyecto se estudia dinámica y el abordaje se centra en una familia con adulto mayor y deterioro cognitivo.

Los conceptos que se revisan en este apartado son: generalidades del envejecimiento, características del deterioro cognitivo incluyendo la clasificación y evaluación del envejecimiento al deterioro cognitivo, la familia y el manejo su dinámica.

2.1 ADULTO MAYOR

2.1.1 Generalidades

La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera adultos mayores como personas de 65 años o más en los países desarrollados y mayores de 60 años en los países referidos al proceso de desarrollo⁷.

El consenso de la Asociación Internacional de Psicogeriatría definió la población en grupos de edades para la aplicación de diagnósticos, tratamientos, programas de desarrollo, con el fin de ofrecer un mejor manejo. Este consenso realizó la siguiente clasificación: adulto mayor joven 55–64 años, adulto mayor maduro 65–



74 años, adulto mayor 75–84 años, anciano mayores de 85 años, nonagenarios y centenarios⁸.

En México, una persona mayor de 60 años se considera Adulto Mayor y se refiere a la etapa que une todas las experiencias de vida y atraviesa por la mayoría de las metas familiares, profesionales y sociales. Pero también marca el inicio de una fase en la que las personas presentan condiciones de vulnerabilidad física, social y económica⁹.

2.1.2 Panorama epidemiológico

La mayoría de los países del mundo tienen un número cada vez mayor de adultos. Se espera para el 2050 una cifra de 2 mil millones de personas mayores de 60 años y 400 millones mayores de 80 años debido a los cambios demográficos los cuales se producirán en países de bajos y medianos ingresos¹⁰.

La Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica en el 2018 informó que, del total de la población, las personas de 60 y más años representan el 12,3% con 15, millones. De estos, el 7,9% vive en hogares nucleares, es decir, formados por una unidad unifamiliar y formada por una pareja con o sin hijos. Cuatro de cada diez personas mayores (39,8%) residen en hogares extensos con solo uno o más hogares, u otras personas relacionadas con ellos, y el 11.4% son hogares unipersonales, es decir, viven solos¹¹.

El aumento de la esperanza de vida a nivel mundial debe ir de la mano de una mejor calidad de vida en ese grupo de edad¹².

2.1.3 Envejecimiento saludable

El envejecimiento saludable es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida. Por ello, la OMS en su informe mundial sobre envejecimiento y salud ha extendido el concepto de envejecimiento saludable al proceso de



promover y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez. Con este nuevo concepto, un envejecimiento saludable no significa envejecer sin enfermedades. El envejecimiento saludable significa poder hacer las cosas que valoramos durante el mayor tiempo posible¹³.

2.2 DETERIORO COGNITIVO

2.2.1 Deterioro cognitivo en los adultos mayores

La encuesta de salud y envejecimiento de Latinoamérica revela que la undécima población mayor de 60 años sufre algún grado de deterioro cognitivo. En México, la prevalencia general de deterioro cognitivo es una condición importante en la población mayor de 65 años, representando el 8%. Las personas mayores tienen una alta morbilidad y padecen enfermedades crónicas físicas y mentales, que aumentan progresivamente la dependencia. La demencia y la depresión tienen una alta prevalencia en el adulto mayor¹⁴.

Dentro de la diversidad de patologías asociadas al envejecimiento, se encuentra el deterioro cognitivo leve (DCL), condición que se manifiesta como un conjunto de alteraciones en las funciones cognitivas básicas, es decir; orientación espacial, lenguaje, reconocimiento visual y predominio en el deterioro de la memoria¹⁵.

2.2.2 Del Envejecimiento normal al Deterioro Cognitivo

La OMS está redefiniendo el envejecimiento saludable como "el proceso de desarrollar y mantener habilidades funcionales que permiten el bienestar en una edad avanzada"; Esta definición se centra en la capacidad funcional que permite a la persona satisfacer sus necesidades básicas, aprender, tomar decisiones, mantenerse activo, construir relaciones y contribuir a la sociedad. Algunos cambios en las capacidades cognitivas ocurren en personas mayores de 65 años, éstos se consideran parte normal del proceso de envejecimiento, como los cambios leves relacionados con la edad que pueden afectar la memoria verbal y visual, la capacidad de nombrar objetos que se usan con poca frecuencia, las



habilidades viso-espaciales y un ligero impedimento de concentración o atención; estos cambios podrían estar en el contexto de un envejecimiento saludable.

La cognición se entiende generalmente como la función intelectual que nos permite interactuar con el entorno en el que nos desarrollamos. Con el aumento de la edad, los cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios ocurren en el cerebro de manera normal, que, dependiendo de la plasticidad del cerebro y la actividad redundante de muchas funciones cerebrales, pueden conducir a cambios cognitivos o continuar su función normal¹⁶.

El DC es un síndrome geriátrico, que se considera uno de los motivos más comunes de consulta de atención primaria. Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o deterioro de las funciones mentales en diversas áreas conductuales y neuropsicológicas como la memoria, la orientación, la comprensión, cálculo, el juicio, el lenguaje, el reconocimiento visual, la conducta y la personalidad¹⁷. Rodríguez define el deterioro como la pérdida de funciones cognitivas debido a factores fisiológicos como ambientales. El mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables como las patologías del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia¹⁸.

Sin embargo, es necesario distinguir el deterioro cognitivo de la demencia, el primero (DC) es una condición sindromática, multicausal, que aumenta con la edad, pero no es sinónimo de envejecimiento. La demencia es un trastorno neurológico caracterizado por cambios conductuales, de habilidades cognitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, profesional o ambos. Debe recordarse que la neurodegeneración de la demencia comienza décadas antes de la manifestación clínica de la enfermedad. Las quejas cognitivas subjetivas, el síndrome heterogéneo de interés, agrupa a sujetos con quejas amnésicas sin déficits significativos en las pruebas neuropsicológicas, pero que podrían representar la etapa más temprana de la demencia¹⁹.



El DCL es un posible precursor de las demencias, ya que se clasifica como una etapa intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia (de tipo Alzheimer). En épocas anteriores se creía que un sujeto con síntomas compatibles con deterioro cognitivo, podría avanzar hacia el desarrollo de algún tipo de demencia, permanecer estable, e incluso, con la intervención adecuada, podría retomar su funcionamiento cognitivo normal. El deterioro cognitivo comparte factores de riesgo con la demencia como la edad, el sexo, el nivel educativo, la carga genética y la presencia de trastornos depresivos²⁰.

2.2.3 Clasificación de las alteraciones cognoscitivas

La identificación de subtipos clínicos es importante para establecer diferentes orientaciones pronósticas y terapéuticas. El DCL es por definición heterogénea, la persona con deterioro cognitivo leve podría mejorar si se pudiera identificar la causa. A efectos prácticos, el siguiente algoritmo con los distintos subtipos clínicos es útil para orientarse en las posibilidades diagnósticas. A modo de ejemplo, el DCL amnésico sugerirá EA o depresión; y el no amnésico, otras demencias degenerativas como por cuerpos de Lewy o fronto-temporal, como lo clasifica Gutiérrez Herrera²¹. (Figura 1)



Figura. 1 Algoritmo de DCL



Tanto el deterioro cognitivo de origen vascular (DCV), como la demencia vascular (DV), tienen su origen en lesiones vasculares o circulatorias del parénquima cerebral. Este tipo de deterioro incluye varios cambios cognitivos y conductuales asociados a la enfermedad vascular cerebral y se caracteriza por el deterioro de las funciones mentales superiores, particularmente la atención, además de manifestaciones psiquiátricas como depresión, ansiedad, síntomas psicóticos e insomnio²².

Se dividen en subclases: DCL amnésico, DCL múltiple dominante, DCL no dominante de memoria.

DCL Amnésico. Se refiere a personas con deterioro significativo de la memoria, pero que no cumplen con los criterios de demencia. Estos individuos también pueden tener problemas de memoria y otros dominios cognitivos, lo que hace que el DCL se considere precursor de la Enfermedad de Alzheimer.

DCL de múltiples dominancias. Los individuos afectados muestran ligeros déficits en múltiples dominios cognitivos y conductuales, sin cambios circunscritos, pero muestran problemas sutiles en las actividades de la vida diaria (AVD), sin criterios de demencia. Algunos progresan a criterios de EA o demencia vascular; en la minoría de los casos puede simplemente reflejar envejecimiento normal.

DCL simple no dominante de memoria. Este concepto es similar al DCL amnésico, pero se caracteriza por un trastorno de memoria no dominante aislada y afecta otras funciones ejecutivas como el lenguaje o la visión espacial.

La diferencia entre DCL y demencia radica en el grado de cambio en las funciones cognitivas y los efectos del comportamiento del paciente en su vida social, profesional y en las AVD. El concepto de DCL es importante, especialmente del tipo amnésico, ya que se considera una progresión a demencia del 10 al 15% por año²³.



2.2.4 Cuadro clínico del deterioro cognitivo leve

El cuadro clínico varía desde dificultades para recordar nombres hasta deficiencias más graves en la capacidad de aprender en la zona límite de la demencia. Otro cambio asociado con DCL es el tiempo de respuesta o velocidad del procesamiento de la información y la asociación de entradas sensoriales y respuestas motoras. La intervención clínica con mayor valor predictivo es el seguimiento neurológico y neuropsicológico del paciente, que informa si la enfermedad es progresiva. La relación entre depresión y deterioro cognitivo es complicada porque el deterioro cognitivo puede ser un síntoma anteriormente conocido como pseudodemencia. En la depresión, un inicio temprano puede ser un deterioro cognitivo. Por tanto, la depresión está estrechamente relacionada con DC, ya que es una manifestación temprana y se considera un factor de riesgo independiente para la progresión a la demencia²⁴.

Anamnesis

La manifestación del deterioro cognitivo puede documentarse mediante la anamnesis en una única evaluación, idealmente respaldada por un informante confiable o por la propia evaluación del entrevistador. Un historial médico dirigido a identificar varios aspectos del deterioro cognitivo es esencial para el diagnóstico, como algunos de los siguientes:

- Dificultad para aprender y retener nueva información.
- Dificultad para realizar tareas complejas, especialmente la planificación.
- Capacidad de pensar (crucial en caso de problemas imprevistos).
- Orientación.
- Lenguaje (disnomías, anomías, parafrasis).
- Comportamiento.

Se debe incidir en la aparición de síntomas cognitivos, ritmo de progresión, deterioro reciente y factores relacionados, antecedentes y presencia de síntomas psiquiátricos acompañantes, fármacos y sustancias tóxicas que se utilizan o se



han utilizado, cambios de personalidad, efectos sobre ABVD y AIVD, acompañamiento síntomas neurológicos y antecedentes familiares de demencia²⁵.

Exploración física

Se debe realizar exploración general exhaustiva y durante el examen neurológico prestar atención a los siguientes signos para descartar demencia:

- Nivel de atención, orientación, cooperación.
- Evaluación de los sentidos, principalmente la audición y visión.
- Tono muscular, temblores y otros movimientos anormales.
- Reflejos: presencia de reflejos frontales o ausencia de los mismos, reflejo cutáneo plantar patológico.
- Trastornos de la marcha o de postura que nos puede orientar hacia patología cerebrovascular o parkinsonismo.
- Equilibrio.
- Hallazgos focales en neuronas motoras superiores que puedan involucrar un proceso vascular²⁶.

2.2.5 Diagnóstico del Deterioro Cognitivo Leve

En general, los criterios clínicos actuales para el diagnóstico de DCL comprenden cuatro elementos clave:

1. Defecto cognitivo que refleja un cambio cognitivo (evidencia de una disminución observada con el tiempo) informado por el individuo, un miembro de la familia o un médico. Es decir, un menor rendimiento en uno o más dominios cognitivos (memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, capacidades viso espaciales)
2. Evidencia objetiva de deterioro en una o más áreas cognitivas, que típicamente incluyen la memoria
3. Preservación de la independencia en habilidades funcionales.
4. Ausencia de demencia^{27,28,29}.



El diagnóstico requiere una historia clínica y un examen neurológico, una evaluación del impacto en el funcionamiento individual, una evaluación neuropsicológica formal y el cumplimiento de los criterios clínicos para la demencia, anteriormente descritas. En el adulto mayor, la evaluación del deterioro cognitivo es obligatoria si:

- Hay presentes quejas subjetivas sobre pérdida de memoria u otros deterioros cognitivos.
- Deterioro funcional de la causa injustificada ocurrida recientemente.
- Depresión de inicio a edad avanzada³⁰.

Diagnóstico diferencial del Deterioro Cognitivo Leve

El diagnóstico más importante es confirmar si se trata de una pérdida de memoria objetiva y no de una simple queja, siendo fundamental la ejecución de las pruebas neuropsicológicas. En el diagnóstico diferencial del DCL se debe tener en cuenta los trastornos metabólicos, especialmente la deficiencia de vitamina B12 y el hipotiroidismo³¹.

Las principales patologías para hacer el diagnóstico diferencial son:

- ✓ Delirium: el curso clínico suele ser agudo-subagudo, con fluctuaciones importantes en el estado mental, y alteraciones en el grado de atención y en el nivel de conciencia. Es importante su detección porque indica la existencia de enfermedades médicas subyacentes con elevada mortalidad si no se tratan a tiempo.
- ✓ Depresión: influye negativamente sobre las funciones cognitivas y puede confundirse con una demencia, aunque también pueden coexistir en el mismo paciente. Los pacientes con depresión suelen tener más quejas subjetivas de pérdida de memoria, con frecuencia tienen enlentecimiento psicomotor y escasa motivación en la realización de los test^{32,33}.

Después de haber determinado que un paciente tiene criterios de DCL se recomienda que sea evaluado anualmente, para monitorear el deterioro funcional



cognitivo. La mejoría en las pruebas neuropsicológicas sugiere que el origen de la enfermedad no se debe a la demencia³⁴.

2.2.6 Valoración del deterioro cognitivo

Para demostrar el deterioro cognitivo, es necesario conocer las pérdidas cognitivas que existen en el envejecimiento normal. Los cambios patológicos en el individuo sano son:

- Memoria: de trabajo, episódica y de recuerdo libre, mientras que la memoria icónica (a corto plazo), el reconocimiento, recuerdo facilitado, memoria semántica, implícita y prospectiva se conservan.
- Lenguaje: la denominación se deteriora y la fluidez del lenguaje disminuye, pero se conservan la sintaxis y el léxico.
- El razonamiento, la resolución de problemas y el procesamiento de la información disminuyen con la edad. Se retiene la atención.

Normalmente, la evaluación clínica se basa en quejas de pérdida de memoria del paciente o de la familia^{35,36}.

Exploración neuropsicológica y de actividades instrumentales

Algunas escalas que se han utilizado para definir DCL pero que no han sido universalmente aceptadas son la escala de evaluación clínica de demencia, y el Mini-mental test (MMSE)³⁷.

Algunas de las pruebas breves que han demostrado su utilidad en la detección de deterioros cognitivos son:

- Mini Examen del Estado Mental: el más utilizado, examina la orientación, la atención, el cálculo, la memoria instantánea y retardada, la capacidad visoespacial, el lenguaje y las habilidades constructivas. Para aumentar el valor predictivo, se recomienda que la puntuación se corrija por edad y nivel de educación.



- Prueba de siete minutos: contiene una selección de subpruebas que examinan aspectos fundamentales que se modifican en la EA: prueba de memoria facilitada, destreza por categoría, prueba de orientación temporal y dibujo de un reloj^{38,39}.
- Test episódico: de reciente creación y está validado en una muestra de pacientes para DCL amnésica y EA. Tiempo de administración. 1-5 min. Estructura. Puntuación máxima: 23. Evalúa la memoria episódica exclusivamente mediante preguntas relacionadas con el pasado reciente. Punto de corte. Normal > 19. DCL amnésica, 18-19. EA < 18. Ventajas. Al utilizar información ya grabada en el tiempo, evita la interferencia con la memoria de trabajo. No precisa lápiz ni papel. Presumiblemente, poco influido por aspectos educacionales o alteraciones sensoriales. Inconvenientes. Es necesaria la presencia de un informador fiable que corrobore la veracidad de las respuestas. Faltan estudios de validez de esta prueba⁴⁰.
- Otra prueba que ha sido estandarizada en diferentes países es la Evaluación Cognitiva Montreal (MoCA): se recomienda para la medición rápida de deterioros cognitivos leves de diversas etiologías, incluida la enfermedad cerebrovascular y otras enfermedades vasculares que afectan el parénquima cerebral; Esta prueba evalúa la atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, habilidades visual-constructivas, cálculo y orientación. Tiene mayor sensibilidad para la detección de demencia en las etapas iniciales, se recomienda no solo para personas con alta reserva cognitiva, sino también para aquellas con sospecha de deterioro cognitivo leve, ya que incluye una evaluación de funciones ejecutivas y de las tareas viso-constructivas. Está disponible actualmente en más de 50 idiomas y dialectos y ha sido adaptado en países europeos, asiáticos y latinoamericanos. Cuenta con estandarizaciones y normalizaciones internacionales con variaciones en términos de punto de corte, sensibilidad y especificidad. Chorreno y Romo demuestran la superioridad de MoCA sobre MMSE para identificar deterioros cognitivos



leves y distinguir el perfil cognitivo de la EA de otras demencias como la vascular, la demencia frontotemporal y la enfermedad de Parkinson^{41,42}. Debido a que se recomienda en personas con bajo nivel educativo o analfabetas como en este caso y a la alta sensibilidad se decidió su aplicación en este proyecto.

Una de las diferencias entre DCL y demencia es la afectación de las actividades de la vida diaria. En el DCL estas alteraciones no existen o son mínimas. En este sentido, la funcionalidad, definida como la capacidad para realizar actividades de la vida diaria (AVD), es útil como marcador de los efectos sistémicos de una enfermedad y ayuda a definir objetivos terapéuticos adecuados y personalizados. La funcionalidad de AVD se divide en tres categorías: Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD). Existen varios instrumentos para evaluarlos, entre ellos la escala de Katz, el índice de Barthel, la Escala de Incapacidad Física de la Cruz Roja y la Escala de Montorio, entre otros⁴³.

El Índice de Katz: evalúa la capacidad requerida para satisfacer las necesidades personales habituales del adulto mayor como: comer, bañarse, vestirse, ir al baño, hacer ejercicio, tener continencia de esfínter. Precizando si estas actividades pueden ejecutarse sin ayuda, con alguna ayuda, o de ningún modo sin ayuda. Cuenta con seis ítems, cada uno se califica de SI o NO, con la valoración integral se dará una calificación desde la letra A hasta la G⁴⁴.

2.2.7 Prevención y tratamiento del Deterioro Cognitivo.

El DC como patología multifactorial con gran influencia de factores sociales y ambientales en su etiología de tener un abordaje clínico-farmacológico, además se requiere políticas públicas de salud que evalúen al paciente mayor de forma integral, permitiendo una detección temprana del déficit neurológico y los síndromes geriátricos relacionados con el deterioro de la calidad de vida⁴⁵.



La actividad física parece retrasar el deterioro cognitivo y se ha demostrado que es útil en programas con intervención cognitivo-motora en la demencia leve y DCL, además de prevenir caídas y fracturas. Varias modalidades de rehabilitación cognitiva, incluido el entrenamiento de la memoria, presentado como una herramienta para mejorar la función en personas mayores sanas, podrían ayudar en el caso de DCL. Estas intervenciones pueden mejorar los niveles de rendimiento en las pruebas de memoria. Los elementos psicosociales relacionados con la participación social, la creación de redes y la satisfacción con la vida también son considerados beneficiosos para la salud. Construir redes de apoyo social para aliviar el estrés, compartir el proceso de envejecimiento con otras personas que están experimentando los mismos cambios de entrar en los últimos años de vida⁴⁶.

2.3 Dinámica Familiar.

Este apartado aborda la dinámica familiar en donde el estudio de ella, es de importancia para entender cómo funciona la familia y las relaciones que existen entre los integrantes.

2.3.1 La familia.

Hay varias definiciones de "FAMILIA", ya que el hombre ha experimentado con diferentes tipos de familias a lo largo de la historia y estas, como los individuos y la sociedad, varían de una cultura a otra. La organización de la familia ha cambiado mucho en las últimas décadas. El aumento de los divorcios, la disminución de la natalidad en los países más desarrollados, el aumento de la esperanza de vida, el crecimiento de las familias monoparentales, la integración de la mujer al mercado laboral fueron algunos de los fenómenos de este cambio.

La OMS define la familia "como los miembros del hogar relacionados entre sí, hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio. El grado de parentesco utilizado para determinar los límites de la familia dependerá de los



usos a los que se destinen los datos y por lo tanto, no pueden definirse con precisión en escala mundial⁴⁷.

En México, para que una familia sea considerada como tal, debe haber relaciones de parentesco, que vivan bajo un mismo techo y que el presupuesto sea común a todos los miembros. La familia asegura el bienestar básico de cada individuo y es la unidad primaria de salud⁴⁸.

2.3.2 Funciones de la familia

El médico familiar debe apoyar el desarrollo y ejecución de las funciones familiares de acuerdo al ciclo vital en el que se encuentre, es por ello que las funciones familiares son aquellas que se llevan a cabo por los integrantes de las familias con el fin de cubrir las necesidades de los mismos. Las funciones son de dos tipos: afectivas e instrumentales.

Las afectivas son aquellas que se identifican con las expresiones y comunicación de sentimientos y emociones entre los integrantes de la familia.

Las instrumentales son las actividades que se necesitan para que la vida en familia sea adecuada, ordenada y se cubran las necesidades de cuidado entre los miembros de la familia.

Las funciones familiares que se necesitan para cubrir las necesidades son:

Económicas, salud y seguridad, recreación, físicas, pertenencia e identidad, socialización, dar y recibir afecto, educación.

Si estas funciones se cumplen o se llevan a cabo entre sus integrantes en los diferentes subsistemas familiares y en la etapa de su ciclo familiar en el que se encuentren entonces estaremos hablando de una familia funcional⁴⁹.

2.3.3 Conceptualización de la dinámica familiar

Con base en el cumplimiento o no de las funciones familiares se habla de una familia funcional o disfuncional, por ello la funcionalidad es la capacidad que tiene el sistema familiar de enfrentar o superar las crisis de acuerdo al ciclo vital en el



del que se encuentre⁵⁰. Según Satir lo anterior se engloba en el conocimiento de la dinámica familiar, conocer la jerarquía, los límites, reglas y la comunicación.

“dinámica familiar es el conjunto de pautas transicionales que establecen de qué manera, cuando y con quien se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que está atravesando dicha familia”⁵¹

En el modelo estructuralista de Minuchin (1986) se entiende por dinámica familiar como:

“Suscitados en el interior de la familia, en donde todos y cada uno de los miembros está ligado a los demás por lazos de parentesco, relaciones de afecto, comunicación, límites, jerarquías o roles, toma de los aspectos decisiones, resolución de conflictos y las funciones asignadas a sus miembros”⁵²

Se permite considerar el estudio de la familia desde la teoría general de los sistemas como relacional que tiende a la homeostasis y no comportamientos individuales o separados por lo que se articulan para que sea funcional. En la familia los elementos se integran, las interrelaciones producen una organización biopsicosocial en constante cambio y crecimiento, donde se desprende las características de ella al sumarse estas personalidades individuales de sus integrantes y de las acciones que cada uno produce y las contra reacciones de los demás y en ellos mismos⁵³.

Clavijo (2011), señala que en la estructura “forman parte de ella tanto los integrantes como la red dinámica de relaciones entre sus componentes, así estructurados para satisfacer las necesidades y ejercer los roles que corresponde a todos y cada uno cumplir en la familia”⁵⁴.

La familia tiene una huella en la organización y estructura para cumplir el funcionamiento y responda adecuadamente ante eventos que surjan durante su ciclo vital en los subsistemas de pareja, de padres y hermanos. Para ello debe estar estable y proteger a sus miembros, poner en marcha sus recursos al definir sus roles y responsabilidades, debiendo proveer la flexibilidad entre sus miembros fortaleciendo y adaptándose a la situaciones de vida, originando el desarrollo familiar e individual.



2.4 ESTUDIO DE SALUD FAMILIAR Y TRABAJO CON FAMILIA

La enfermedad de una persona puede afectar dramáticamente el funcionamiento de la unidad familiar, igual que el grupo familiar influye en la salud de sus miembros. Las características físicas, emocionales y sociales del paciente, deben ser consideradas de manera integrada, ya que no existen condiciones patológicas que carezcan de implicaciones emocionales y sociales en su etiología o repercusiones en su tratamiento⁵⁵.

El Estudio de Salud Familiar es un instrumento que permite profundizar en el conocimiento de la estructura y dinámica de la familia con el fin de comprender las situaciones que afectan a sus integrantes. El objetivo de este estudio es identificar los factores de riesgo familiares comunes que pueden ser la causa de una enfermedad o disfunción individual o colectiva en toda la familia⁵⁶.

Huerta describe la estructura para realizar el estudio, que abarca la ficha de identificación, motivo de consulta, antecedentes familiares de importancias como son biológicos, psicológicos y sociales, estructura de la familia que comprende el genograma, dinámica familiar, factores de riesgo y protección de la salud individual y familiar, diagnóstico de los problemas, plan de cuidado integral, evolución y seguimiento.

El tratamiento en pacientes con enfermedades degenerativas es difícil sin la intervención familiar y la comprensión de la enfermedad. El impacto de la enfermedad en el sistema familiar depende de la capacidad de esa familia y sus miembros para enfrentar esta crisis.

A principios de la década de 1980, Janet Christie-Sealy (1983) señaló la importancia del manejo integral o biopsicosocial, llamándole "Trabajo con Familia", con énfasis en el desarrollo de habilidades terapéuticas, de apoyo psicológico y



para mejorar las relaciones interpersonales en el cuidado del paciente, su familia o ambos⁵⁷.

Durante su práctica, privada o institucional, el médico familiar (MF) debe decidir durante la consulta, a qué pacientes proponer un contrato de trabajo para la implementación de las intervenciones psicosociales diagnósticas, terapéuticas o ambas, de la atención de trabajo con familias. Este modelo le da al MF identidad y lo distingue del resto de los especialistas médicos al ampliar su perfil profesional con habilidades para efectuar intervenciones, además de diagnósticas, terapéuticas en las relaciones interpersonales (sociales), que conducen a las habilidades psicoemocionales y terapéuticas lo cual posiciona como el único profesional de la medicina que puede aplicar el modelo de atención biopsicosocial.

El concepto de Trabajo con Familias (consejería en atención primaria) describe las acciones que el médico familiar lleva a cabo con las familias que atiende en una relación colaborativa, por un tiempo determinado y orientadas a la promoción de la salud y al tratamiento de la enfermedad.

El Trabajo con Familias restaura la salud familiar, al combinar habilidades médicas conceptuales, perceptuales y ejecutivas. Las habilidades conceptuales se basan en diferentes teorías: Teoría general de sistemas, de la comunicación humana, del desarrollo individual y familiar, de los eventos críticos, de las crisis, de grupos y tipos lógicos, de la negociación, etcétera. Las habilidades perceptuales permiten la identificación de la estructura, subsistemas, etapa del desarrollo individual y familiar, funciones, estilos, canales y secuencias de comunicación, líneas de jerarquía, control. Las habilidades ejecutivas, se logra el nivel de aprendizaje como médico familiar que trabaja con familias y consiste en la aplicación de:

Maniobras de unión, en el cual se construye y establece una relación médico-paciente-familia efectiva.



Maniobras de valoración: consiste en la recolección de información y análisis de datos, a través de la entrevista individual o familiar, obteniendo una meta para el manejo en la atención médica.

Negociación: implica saber informar al paciente y a la familia sobre los problemas detectados y re etiquetarlos como problemas familiares; lo que significa, llevarlos de un nivel biológico al psicoemocional y del personal, al familiar del problema.

Contrato terapéutico: Establecer un contrato de trabajo en el que se especifican los alcances de la responsabilidad, pacientes y sus familias,

Manejo: Las habilidades del manejo, entre las que se incluyen: educación, guías anticipadas, facilitación, intervención en crisis, referencia⁵⁸.

Algunas de las situaciones que se recomiendan para el Trabajo con Familias son las siguientes:

1. Problemas de salud relacionados con factores ambientales o con estilos de vida.
2. Escasa adherencia terapéutica en enfermedades crónicas.
3. Consultas frecuentes por síntomas vagos o con pobre respuesta al tratamiento.
4. Visitas frecuentes al consultorio por parte de varios miembros de la familia.
5. Alteraciones emocionales, conductuales o de relación.
6. Eventos críticos familiares.
7. Asesoría para llevar a cabo los ajustes en cada una de las etapas del desarrollo familiar.
8. Promoción a la salud.
9. Identificación de factores de riesgo para la salud⁵⁹.

El Trabajo con Familias requiere una capacitación suficiente que le permita al médico de Atención Primaria realizar todas o algunas de las siguientes actividades:

1. Utilizar las herramientas para la identificación de los problemas psicosociales.



2. Evaluar la función familiar, elaborar hipótesis e implementar los sistemas de intervención más adecuados.
2. Conocer las transiciones del ciclo vital familiar y su importancia en el desencadenamiento de las crisis de desarrollo. Implementación de orientación familiar de formas anticipadas adecuadas para las distintas etapas del ciclo, planteando modelos de captación y asesoría.
3. Atención de los pacientes crónicos, especialmente a aquellos con discapacidades físicas o psíquicas, desde un punto de vista sistémico, reconociendo la importancia de la familia y de los cuidadores en el tratamiento y manejo de estos enfermos.
4. Aprender a trabajar con familias que tienen pacientes terminales y la actuación en el proceso del duelo⁶⁰.

De acuerdo a los objetivos planteados en el manejo, no solo participa el médico y la familia sino también los integrantes del equipo profesional de salud, mismas que son intervenciones que garantizan la supervivencia de la familia y del enfermo tomando en cuenta sus recursos, posibilidades y carencias que van a determinar la calidad de vida y el mejor funcionamiento de ambos en el transcurso de la enfermedad.

Los profesionales de la salud deben conocer las opciones específicas de apoyo familiar, realizar un diagnóstico psicosocial para evaluar el estado emocional de la familia y permitir que los familiares enfrenten sus emociones negativas y la realidad del cuidado⁶¹.

La funcionalidad del adulto mayor es el resultado de la interacción de elementos biológicos, psicológicos y sociales y probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del envejecimiento. El médico familiar deberá de evaluar el estado del paciente, sus funciones modificadas para intentar estimular y evitar la dependencia, realizando un diagnóstico precoz, para mejorar las condiciones de vida del paciente, su familia o cuidadores⁶².



Otra acción por realizar del médico de familia es reconocer el ciclo de vida del adulto mayor, las crisis normativas como la dificultad para adaptarse a la jubilación y al retiro, crisis de ansiedad, depresión y sentimientos de minusvalía, dificultades en la consolidación de su estabilidad laboral, profesional y económica, aparición de enfermedades crónicas que lo aquejan en uno o ambos cónyuges.

El implementar cambios o tareas es parte de los objetivos y en estas se encuentran:

1. Adaptación a los cambios fisiológicos propios de la edad madura como el envejecimiento y estimular los controles periódicos de mantenimiento de la salud.
2. Asistir a cursos de adaptación de la pareja a la jubilación y el retiro.
3. Apoyo recíproco de la pareja en los momentos de crisis.
4. Descubrir nuevas satisfacciones en la relación marital y realizar actividades compartidas y proyectos en conjunto.
5. Apoyo de los hijos en el desarrollo de nuevas tareas en conjunto⁶³.

2.5 ESTUDIOS RELACIONADOS

A continuación se muestra una revisión exhaustiva de trabajos de investigación realizado en diversos ámbitos acerca del manejo integral en pacientes con deterioro cognitivo leve.

En el 2020 Balea y colaboradores realizaron un estudio cuasiexperimental de un programa de estimulación. La muestra fue de 21 sujetos de ambos sexos, diagnosticados con Demencia Tipo Alzheimer durante 6 meses. El resultado fue eficaz para el mantenimiento del rendimiento cognitivo general y capacidad funcional en pacientes moderado y grave. Al extenderse al binomio familia-enfermo, mediante la aplicación de un tratamiento paralelo no farmacológico a los familiares los resultados fueron significativamente mejores⁶⁴.



Suárez en el 2019, estudio una familia en un hospital de Cuba, con el objetivo de socializar la experiencia de la estimulación cognitiva temprana de un adulto mayor con deterioro cognitivo a través del apoyo familiar. El estudio empleó el diseño de investigación no experimental, estudio de caso instrumental de tipo cualitativa, se sustentó en el trabajo de grupo focal y se auxilió en técnicas estandarizadas. Concluyendo que el apoyo familiar brindado al paciente con deterioro cognitivo impacta positivamente en su condición física, bienestar psicológico y relaciones sociales⁶⁵.

En 2018, Castro y colaboradores realizaron una búsqueda de datos para valorar la influencia de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia, revisaron un total de 256 artículos y se evaluaron 19 clasificados con categoría 1, en su búsqueda concluyeron que la actividad física contribuye a detener el deterioro cognitivo en adultos mayores y proporciona cambios corporales, emocionales, sociales y del comportamiento, que se relacionan con el mejoramiento del bienestar del paciente y con una mejor calidad de vida⁶⁶.

En 2018, Viteri Chiriboga y colaboradores en Guayaquil Ecuador realizaron una investigación con el objetivo de caracterizar la funcionalidad familiar en adultas y adultos mayores, desde la intervención comunitaria. Estudiaron a 32 adultos mayores de 65 años, con enfoque cualitativo y de alcance exploratorio-descriptivo. Aplicaron instrumentos de exploración y evaluación como Test Mini-Mental-State Examination, Inventario de autoestima de Coopersmith, Índice de Katz, Prueba de Percepción del Funcionamiento Familiar (FF-SIL) y entrevista semiestructurada. Sus principales resultados fueron, baja autoestima y disfuncionalidad familiar, principalmente en las mujeres adultas mayores. A nivel comunitario, consumo de drogas, condiciones heterogéneas del acceso a los servicios básicos⁶⁷.

Sáenz de La fuente y colaboradores en el año 2017 realizaron un estudio que fue llevado a cabo en un Centro de Salud de Madrid España, en la cual seleccionaron 24 pacientes con diagnóstico de deterioro cognitivo leve, tras los test de cribado,



para evaluar la efectividad de una intervención grupal de estimulación cognitiva en Atención Primaria. Se realizó una evaluación pre y pos intervención, con una mejoría estadísticamente significativa en la puntuación de los test MEC y MoCA tanto global como diferenciada por esferas cognitivas, obteniendo como resultado que la estimulación cognitiva podría convertirse en una herramienta efectiva y sin contraindicaciones para pacientes con deterioro cognitivo leve⁶⁸.

Heidi Petry y colaboradores en el 2017, realizaron un estudio en dos centros de atención urbanos afiliados a una universidad- hospitales en Suiza donde atendieron a 18 familias, representadas por siete personas mayores con discapacidad y 20 miembros cuyo objetivo fue generar un conocimiento profundo de las experiencias de los procesos de cuidados agudos y la necesidades de las personas mayores hospitalizadas con deterioro cognitivo y sus familiares. Fue un estudio cualitativo que utilizó el análisis de contenido inductivo, se realizaron entrevistas semiestructuradas, narrativas individuales como resultado obtuvieron que las personas con deterioro cognitivo y sus familias describieran una amplia gama de cuidados agudos, experiencias que oscilaron entre el apoyo y el no apoyo, integral y fragmentado, así como el compromiso familiar proactivo. El estudio muestra la necesidad y formas de avanzar hacia modelos de atención centrados en la persona y la familia. Esta recomendación se retoma en este proyecto en el modelo de trabajo con familia⁶⁹.

En el año 2017 Valdez King y colaboradores en la casa de los abuelos en Cuba realizaron una investigación para conocer la prevalencia de la depresión y los factores asociados, se trató de un estudio descriptivo transversal constituido por 48 adultos mayores atendidos en la consulta de psicogeriatría, en el cual se le aplicó el método clínico, entrevista semiestructurada a través de encuesta para la pesquisa de depresión versión abreviada española de la escala de depresión geriátrica de Yesavage y Mini-examen del estado mental de Folstein, como resultado se obtuvo que el 60% de los pacientes presentaron depresión y el 95%



enfermedades crónicas no transmisibles, como principales factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo⁷⁰.

Mora y colaboradores en el 2017 en Chile, determinaron la funcionalidad de los adultos mayores pertenecientes a un centro de salud familiar siendo un estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 72 adultos mayores a quienes se les aplicó el Examen Médico Preventivo del Adulto Mayor mientras asistían a su control de salud, en cuanto a la funcionalidad, un 54,2 % era autovalente, un 44,4% era autovalente con riesgo y un 1,4 % tenía riesgo de dependencia. La totalidad de la población presentó un estado cognitivo normal con un promedio de 18,5 puntos. Un 16,9 % presentó riesgo de caídas, concluyendo que los adultos mayores presentaron altos niveles de funcionalidad y ausencia de deterioro cognitivo, permitiéndoles desarrollar sus actividades de la vida diaria sin mayores problemas, sin embargo, existen factores que amenazan constantemente su funcionalidad, siendo indispensable la detección y control oportuno⁷¹.

En el 2016 Tigre y colaboradores determinaron la relación entre la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo de los adultos mayores de Ecuador, fue un estudio descriptivo, transversal, donde se recolectaron datos sociodemográficos de 1146 adultos mayores. Se valoró la funcionalidad familiar mediante el test de funcionamiento familiar FF-SIL. El estado cognitivo fue evaluado mediante el cuestionario de Actividad Funcional de Pfeffer, como resultado obtuvieron que la prevalencia de disfuncionalidad familiar fue de 30.8% y de disfuncionalidad severa de 14,6 %, la de deterioro cognitivo en los adultos mayores fue 25,5 %. Se encontró que hay mayor prevalencia de deterioro cognitivo en los ancianos de familias disfuncionales que en los adultos mayores de familias funcionales encontrándose relación estadísticamente significativa concluyendo que hay asociación estadística entre la funcionalidad familiar y el deterioro cognitivo en los ancianos⁷².



En el 2016 Vílchez y colaboradores realizaron un estudio en tres ciudades del Perú con el objetivo de determinar la asociación entre la presencia de trastorno depresivo y trastornos neurocognitivos en adultos mayores, fue un estudio transversal y analítico donde se incluyeron 267 adultos mayores en un muestreo no aleatorizado, se evaluó la presencia de trastorno depresivo y deterioro cognitivo mediante el uso de las escalas de Yesavage (GDS) con un resultado del 58,4% fueron varones; la edad media fue de $75,4 \pm 7,6$ años. El 36,3% presentó deterioro cognitivo y el 64% tenía depresión moderada o severa, se encontró de la misma manera una asociación entre el deterioro cognitivo y tener depresión severa⁷³.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida de las funciones mentales como la memoria, orientación, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, personalidad e incluso la conducta. Se considera una etapa entre el envejecimiento normal y la demencia siendo la más frecuente el Alzheimer, considerada una enfermedad progresiva, que puede llegar a presentar trastornos de discapacidad y dependencia. La familia puede ser una red de apoyo para la evolución del deterioro cognitivo. Sin embargo, es frecuente encontrar disfuncionalidad familiar que dificulta el diagnóstico y abordaje terapéutico del adulto mayor con DC.

La Organización de las Naciones Unidas estima el crecimiento poblacional de los adultos mayores para el 2030 en un 56% y para el 2050 del doble⁷⁴. En México, es la misma tendencia hacia el crecimiento, de acuerdo con la CONAPO se multiplicó más de diez veces entre 1950 y 2015, de 792.9 mil hasta 8.2 millones en 2015, en ese grupo de edad, es decir que habrá 1 adulto mayor por cada 4 habitantes^{75,76}. En Tabasco, el incremento poblacional paso de 4.8% en el año de 1970 a 5.9% en el 2000y se espera que para el 2030 sea de hasta 16.11%⁷⁷. Estas tendencias se verán reflejadas en un mayor número de pacientes con DC.

Actualmente se observa en la consulta del Centro de Salud con Servicios Ampliados (CESSA) del municipio del Centro del estado de Tabasco, que la mayoría de adultos mayores asisten solos y muchos de ellos con discapacidad o factores que pueden condicionar el deterioro cognitivo.

Respecto a las investigaciones sobre deterioro cognitivo en adultos mayores hay poca o nula información en Tabasco, sobre todo acerca en las intervenciones familiares para retardar el progreso de la enfermedad, que muchas veces es subdiagnosticada, a pesar de su impacto en la salud pública.



Fonte señala que la prevalencia global de DCL se estima de 17.1 a 22.3 % en los adultos mayores de 65 años, y de 25% a 45.3 % en 85 años o más, en España, Vega estima una prevalencia en mayores de 65 años entre el 14,5%, e incrementa con la edad entre 6 y 17.6%. En México existen pocos estudios de prevalencia, sin embargo el Estudio Nacional de Salud y Envejecimiento en México en el 2016 presentó una prevalencia del 7% de DCL en adultos mayores y entre 8% y 15% de las personas con DC evoluciona a la enfermedad de Alzheimer⁷⁸.

De acuerdo con la CONAPO y el INEGI, el crecimiento de la población implica realizar cambios sociales, económicos e incluso políticos, y hacer énfasis en la prevención de patologías propias del adulto mayor, el manejo multidisciplinario en la atención de primer nivel, así como incluir la autonomía de las actividades en la vida diaria, el bienestar, la participación social y evitar hasta donde sea posible las Enfermedades Crónicas incluyendo la Enfermedad de Alzheimer, y el Deterioro Cognitivo.

En la familia suceden eventos que alteran el desarrollo y esto va acorde a su ciclo vital familiar, esta alteración tiene un efecto en el entorno familiar y en las personas que la integran. Una enfermedad crónica en el paciente y en los miembros del sistema puede llegar a crear incertidumbre además si la dinámica esta alterada o desequilibrada puede llegar a ser caótica. La detección y la intervención temprana es hoy una prioridad en cualquier patología, en este proyecto el propósito es ayudar a la familia de un adulto mayor con deterioro cognitivo mejorando la dinámica familiar para retrasar la aparición de la demencia o prevenirla, así mismo evitar el maltrato social y familiar, el abandono, la violencia y la exclusión.

Considerando lo anterior, surge la siguiente pregunta de investigación:

¿Cómo modificar la dinámica familiar de un adulto mayor con deterioro cognitivo a través del trabajo con familia?



4. JUSTIFICACIÓN

Los padecimientos comunes en el adulto mayor se engloban bajo el término de síndromes geriátricos, entre los más comunes se encuentra el deterioro cognitivo y se considera uno de los motivos más comunes de consulta de atención primaria⁷⁹. A nivel mundial la prevalencia de DC en mayores de 75 años oscila entre el 3 y el 20%. Algunos estudios indican que entre el 15 y el 41 % de pacientes evolucionan a demencia en un seguimiento de 1 año⁸⁰.

Las personas mayores de 60 años utilizan los servicios de salud más que cualquier otro grupo de edad, es por ello que la Organización Mundial de la Salud recomienda que todos los profesionales de la salud reciban formación geriátrica independientemente de su ocupación⁸¹.

La magnitud del envejecimiento progresivo de la población va a incrementar la cuantía de ancianos con deterioro cognitivo leve al existir más personas en riesgo, ocasionando mayor demanda en los servicios de salud, esto justifica la necesidad de cuantificar y determinar la magnitud del problema, así como de establecer las medidas adecuadas de intervención.

Extender la autonomía y la independencia en el adulto mayor por medio del autocuidado, se traduce en una mejor calidad de vida para él y además de una menor carga económica y social para las familias. Lo que sugiere la necesidad de plantear estrategias dirigidas a prevenir el deterioro cognitivo para conservar la autonomía e independencia del adulto mayor, promover el desarrollo de actividad física y actividades en grupo en las cuales se puedan motivar unos con otros y acciones para promover el envejecimiento activo y saludable.

Por tal situación se busca demostrar que mejorar la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo favorece la independencia y autonomía del adulto



mayor así como retardar la evolución de la enfermedad teniendo como red apoyo a la familia.

La dinámica familiar influye positiva o negativamente en el curso de la salud y la enfermedad del adulto mayor. Las actitudes de su familia afectarán la forma en que maneja sus enfermedades, teniendo en cuenta que la familia es la red de apoyo más importante y ella interfiere en la calidad de vida.

Los resultados de esta investigación serán de beneficio no solo a la población adulta mayor sino para la secretaria de salud y la atención primaria que se brinda en el CESSA encargado de la salud de esta población, con el propósito de ayudar a los adultos mayores y su familia a buscar los elementos del trabajo con familia para la prevención y diagnóstico oportuno del deterioro cognitivo identificando los factores protectores y de riesgo tanto individuales como familiares de tal forma que se le ofrezca el abordaje y tratamiento integral.

Con base a la múltiple problemática de la enfermedad, a la existencia a nivel familiar y social de repercusiones, y al subdiagnóstico, se decidió realizar el presente estudio de intervención, a fin de implementar el enfoque de Trabajo con Familia en el CESSA Tierra Colorada, con la finalidad del diagnóstico oportuno de la enfermedad, evitando que sea progresivo a demencia y evitar la dependencia en el paciente y alteraciones en la dinámica familiar.



5. HIPOTESIS

Hipótesis de trabajo

La intervención de trabajo con familia mejora la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo y retarda el progreso de su enfermedad.

Hipótesis alterna1: el trabajo con familia tiene un efecto favorable en la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo y retarda el progreso de su enfermedad.

Hipótesis nula: el trabajo con familia no tiene un efecto favorable en la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo y no se retarda el progreso de su enfermedad.



6. OBJETIVOS

General.

Modificar la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo, para retardar el progreso de su enfermedad, a través de la intervención de Trabajo con Familia.

Específicos.

1. Evaluar la cognición del adulto mayor antes de la intervención.
2. Realizar el Diagnóstico de la dinámica familiar del adulto mayor utilizando estudio de salud familiar
3. Identificar y jerarquizar los factores de riesgo y protectores
4. Diseñar y ejecutar una intervención a través del trabajo con familia
5. Evaluar la funcionalidad familiar y la cognición del adulto mayor después de la intervención.



7. MATERIAL Y MÉTODOS

7.1 Diseño y tipo de investigación

Se realizó un estudio de intervención con aplicación del modelo de trabajo con familia, de enfoque mixto: Cuantitativo por el método cuasi-experimental con un pretest y postest del MoCA para medir el DC y el FF-SIL para la funcionalidad familiar. Cualitativo por la interpretación y comprensión del significado de las expresiones de cada integrante de la familia.

La unidad de medida fue una familia, utilizando el método de estudio de caso, el cual se ha utilizado tanto en el enfoque experimental como en las investigaciones cuantitativas y cualitativas. Price (2008) propone estudios de casos para el análisis de las familias con hijos que tienen enfermedades crónicas con el fin de aprender a cuidarlos y apoyarlos.

Esta investigación fue de tipo prospectivo y transversal con un periodo de estudio de marzo del 2020 a noviembre 2021.

7.2 Proceso de trabajo con familia

Consistió en diez sesiones presenciales y virtuales, caracterizadas por una etapa diagnóstica y una de abordaje familiar, de manera simultánea.

En la etapa diagnóstica se evaluó el entorno biopsicosocial y espiritual de la familia del adulto mayor con DC. Se aplicaron diversos instrumentos de acuerdo con la patología y la problemática familiar.

En la etapa de abordaje familiar se inició con la jerarquización de los problemas en acuerdo con la familia, después diseño del plan de trabajo con familia para posteriormente ejecutarlo y evaluarlo. El seguimiento se realizó a los seis meses y a los diez meses donde se valoró el entorno familiar y el deterioro cognitivo.



7.3 Población, muestra y muestreo

La población de adultos mayores con problemas de memoria que fueron tamizados mediante minimal por Gerontología en el CESSA T.C. fueron 15.

Para obtener la muestra se entrevistaron por vía telefónica a cinco a los cuáles se les aplicó el MoCA resultando dos con deterioro cognitivo leve, dos con demencia y uno con cognición normal.

Se inició el trabajo con familia con los dos casos, sin embargo, uno no concluyó las sesiones debido a la pandemia de COVID-19, y se terminó el estudio con una familia. Por tanto, la muestra se considera no probabilística a conveniencia del investigador, seleccionada por culminar las sesiones establecidas en el contrato terapéutico. Se intervino a la familia de tres integrantes, incluyendo al paciente con deterioro cognitivo.

7. 4. Criterios de selección

7.4.1 De inclusión:

- Adulto mayor con deterioro cognitivo con aplicación del test de MoCA
- Capacidad funcional del adulto mayor.
- Disposición para participar en la investigación y completar las sesiones

7.4.2 De exclusión:

- Adulto mayor con deterioro cognitivo grave o demencia
- Adulto mayor que presente deterioro cognitivo y dependencia

7.4.3 Criterios de eliminación:

- Familia de adulto mayor que no concluya las sesiones de trabajo con familia
- Adulto mayor que no desee contestar el instrumento de evaluación.



7.5 Variables

Las características estudiadas en la familia fueron:

Dependiente

Familia con un integrante adulto mayor y diagnóstico de deterioro cognitivo

Independiente:

Sociodemográficas: edad, género.

Familiares: estructura familiar, funcionalidad, factores protectores, factores de riesgo, recursos, crisis familiares

Clínicas.

7.6 Instrumentos para la recolección de la información

En esta investigación se utilizaron los siguientes instrumentos para el diagnóstico clínico y biopsicosocial de la familia:

Se aplicó el test de MoCA-B posteriormente la historia clínica gerontológica, y la aplicación de otros instrumentos.

7.6.1 Test de MoCA-B.

La Evaluación Cognitiva Montreal – Básica (MoCA-B) evalúa el DCL en personas analfabetas o de baja escolaridad. Nasreddine et al. (2015) lo desarrollaron, evaluando las funciones cognitivas similares a aquellas valoradas por el test MoCA original: funciones ejecutivas, lenguaje, orientación, cálculo, razonamiento conceptual, percepción visual, atención y concentración. Tiempo de administración de aproximadamente 15 minutos. El puntaje máximo es de 30 puntos. Para la detección de pacientes con enfermedad de Alzheimer tiene una sensibilidad y especificidad del 100 y el 87% respectivamente, para el DCL es del 90 y el 87%⁸². Es por ello que en este estudio se realizó la aplicación de este test por la alta sensibilidad y especificidad para DCL además de ser el idóneo por el analfabetismo del adulto mayor. Las puntuaciones van de 0 a 30 puntos. La media del total de puntuación del MoCA fue $27,2 \pm 1,8$ en el $22,9 \pm 2,9$ en el de DCL y $13,6 \pm 4,9$ en el de demencia en la validación para mexicanos. (Ver anexo 2)



7.6.1 Test de Katz.

Instrumento que evalúa la independencia del adulto mayor en la realización de las actividades básicas de la vida diaria. Con seis ítems dicotómicos que valora las actividades sin ayuda, con alguna ayuda, o de ningún modo sin ayuda ⁸³. (ver anexo 3)

7.6.2 Historia clínica gerontológica.

Registro de las actividades en el abordaje integral de la persona mayor de 60 años, se lleva a cabo la búsqueda de los hechos más relevantes del proceso de envejecimiento y su impacto en la vida diaria, se registran las intervenciones terapéuticas y de manejo general con la participación del equipo interdisciplinario, implementadas para conservar la salud, funcionalidad y bienestar de los adultos mayores. Sus intervenciones se basan en hechos concretos, describiendo las situaciones de forma objetiva ⁸⁴.

7.6.3 Familiograma

Es un formato que de manera esquemática registra información de tres generaciones sobre los miembros de una familia y sus relaciones. Muestran la información familiar en una forma que provee de un vistazo rápido de patrones familiares complejos y una hipótesis acerca de cómo un problema clínico puede estar conectado en el contexto familiar, evolución del problema y el tiempo.

Genograma estructural: Refleja la anatomía del sistema familiar con sus componentes y las características que los definen. Constituye el punto de partida de cualquier abordaje multidisciplinario.

Genograma funcional: denominado mapa de relaciones. Registro de las interacciones más significativas del paciente y los integrantes de su sistema familiar. ⁸⁵.



7.6.4 Test de FF-SIL

Instrumento construido para evaluar cuanti-cualitativamente la funcionalidad familiar, mide las variables cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad. Consiste en una serie de situaciones que pueden ocurrir o no en la familia, para un total de 14 preguntas, correspondiendo 2 a cada una de las 7 variables que mide el instrumento. Para cada situación existe una escala de 5 respuestas cualitativas, valorada por puntos, al final se realiza la sumatoria que corresponderá en una escala de categorías para describir el funcionamiento familiar en funcional, moderadamente funcional, disfuncional o severamente disfuncional⁸⁶. (ver anexo 4)

7.6.5 Escala de Graffar Méndez Castellano.

Nos ayuda a clasificar el estrato socioeconómico de las familias. Surgido en Venezuela, por los años de los 80's en busca de simplificar los estratos socioeconómicos en el censo de población. Consta de la evaluación de 5 variables: profesión del jefe de familia, nivel de instrucción de la madre, principal fuente de ingreso de la familia, y condiciones del alojamiento, y se utilizó para la estratificación de los estatus sociales.(ver anexo 1)

7.7 Análisis de datos

Para el procesamiento y análisis de los datos, se empleó el software Statistical Package for Social Sciences (SPSS 25.0). Se realizó estadística descriptiva e inferencial. La estadística descriptiva se aplicó en el manejo de las variables cuantitativas (escalas), a las que se realizaron medidas de tendencia central y dispersión. Para las variables cualitativas se utilizaron medidas de frecuencias absolutas y relativas (porcentajes).

Los datos registrados en el expediente familiar del adulto mayor, obtenidos por el médico familiar, mediante la escucha activa, la observación e interpretación de las



interacciones entre los miembros de la familia; así como las notas tomadas durante las sesiones, a través de preguntas abiertas y cerradas, y la capacidad de integrar los problemas familiares, fueron obtenidas en la intervención.

Una vez terminado el análisis univariado se procedió a realizar la *prueba T de Student* para la comparación de dos muestras relacionadas (posterior a la intervención realizada), se realizó comprobación de la hipótesis nula. Los resultados se presentaron en tablas y gráficos.

7.8 Consideraciones éticas.

El presente trabajo se realizó como una investigación de intervención con un nivel mínimo de invasividad, al realizar acciones que afectan la conducta y comportamiento humano, pero sin dañar la integridad física, mental y social de los participantes o sujetos de estudio, su implementación carece de riesgo.

El estudio se apegó a lo establecido en el Reglamento de la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud sobre los aspectos éticos, de acuerdo a lo estipulado en el título segundo, capítulo 1, artículos del 13 al 24, y del capítulo II, el artículo 29, y en la declaración de Helsinki en su apartado B sobre los principios fundamentales aplicados a toda forma de investigación médica, considera como una investigación de bajo riesgo

Se protegió los derechos de los integrantes de la familia intervenida, explicándole de que se trató el modelo de trabajo con familia, cuantas sesiones tendrían y las actividades a realizar. El artículo 20 y 21 de la ley general de salud dicta los lineamientos para la elaboración y aplicación del consentimiento informado, así como el capítulo tercero en su artículo 36 declarando la obtención del consentimiento informado en personas con capacidades diferentes incluyendo a los adultos mayores, por lo tanto se protegió la privacidad mediante la confidencialidad en el uso del nombre, dirección, miembros de la familia, registro de datos y resultado de los test aplicados.

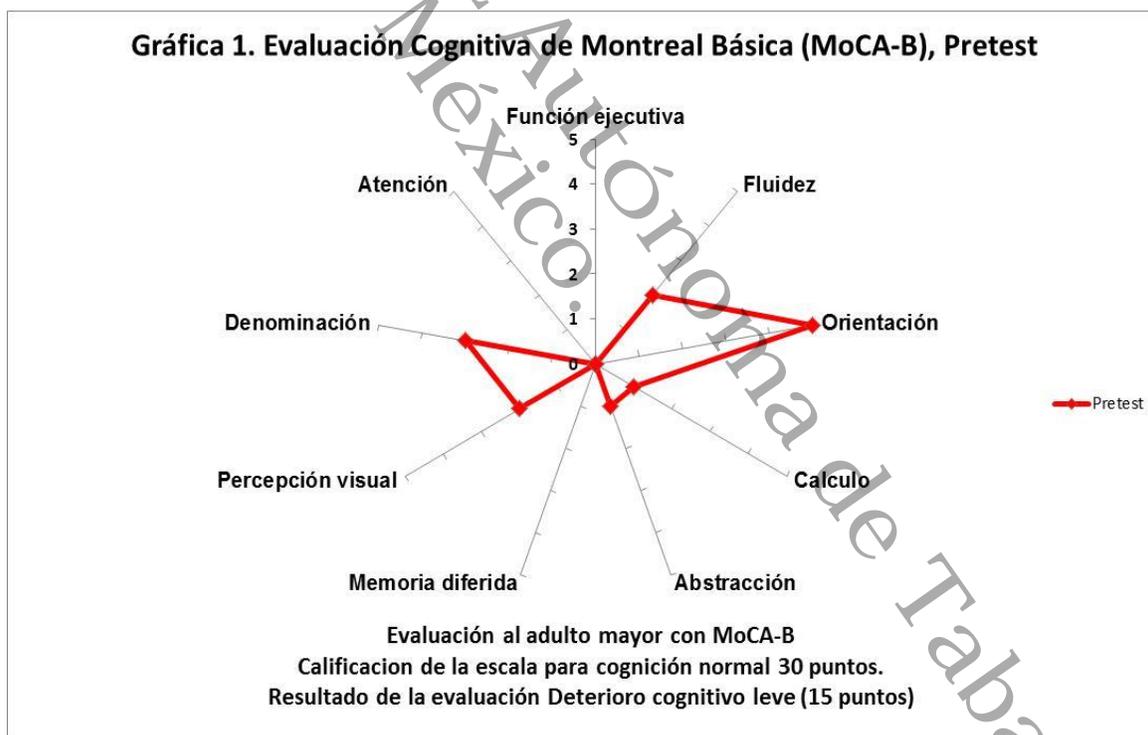


8. RESULTADOS

1.- Cognición del adulto mayor antes de la intervención.

Se observó al evaluar cada una de las dimensiones del MoCA-B, que se encontraron afectadas la mayoría de ellas, especialmente la memoria, la función ejecutiva y la de atención obteniendo con puntaje de cero, las dimensiones moderadamente afectadas fueron la de cálculo, abstracción con un punto, y levemente afectadas, la de percepción visual, denominación y orientación con dos, tres y cinco puntos respectivamente).

El puntaje global de la evaluación inicial fue de 15 puntos de 30 puntos, clasificando al adulto mayor según los puntos de corte, en deterioro cognitivo leve. (Gráfico 1)



Fuente: Evaluación cognitiva de Montreal Básica (MoCA-B).



2.- Diagnóstico de la dinámica familiar del adulto mayor utilizando el estudio de salud familiar.

La historia clínica mostró: Mujer de 77 años, originaria de Amatan Chiapas, y residente en Tabasco, México, de religión católica, casada, analfabeta, dedicada a las labores del hogar, de estrato socioeconómico marginal de acuerdo con el método de Graffar⁸⁷. Antecedentes heredofamiliares de padre fallecido por complicaciones de hipertensión arterial y madre por complicaciones de diabetes tipo 2, sin mencionar antecedentes de demencias. En los patológicos se encontró diabetes e hipertensión arterial de larga evolución en tratamiento con insulina NPH 18 UI, metformina y enalapril. En los antecedentes personales no patológicos habita en casa propia, construcción con techo de lámina y paredes de material, con 3 divisiones, agua, luz y fosa séptica, fauna nociva positiva: perro. Alergias negadas, inmunizaciones completas, toxicomanías negadas. En antecedentes gineco-obstétricos menarca 13 años, ritmo regular 30x3, fecha de la última menstruación no recuerda, inicio de vida sexual activa a los 20 años, una pareja sexual, sin método de planificación familiar, Papanicolaou en 2019 sin alteraciones, mastografía en 2018 con resultado BIRADS 2, cinco gestaciones, cinco partos.

Al interrogatorio por aparatos y sistemas, manifestó polidipsia y dolores articulares, negando pérdida de peso, cefalea y síntomas urinarios.

En la exploración física se detectó T/A 130/80, glucosa 170 mg/dl, IMC 29.4 (talla 1:52, peso 68 kg). Se observó quejosa pero cooperadora, consciente, orientada en el espacio, en la persona pero no en el tiempo. Abdomen globoso a expensa de panículo adiposo, blando, no doloroso a la palpación leve y profunda. Ruidos peristálticos presentes y aumentados. No se palparon visceromegalias ni datos de irritación peritoneal. Extremidades eutróficas, fuerza muscular 5/5, presencia de insuficiencia venosa periférica, sin apreciarse alteraciones de la marcha. Llenado capilar retardado con ligero edema +/-+++. Resto de la exploración sin datos de anormalidad.



Los resultados del MoCA-B: demostraron un deterioro cognitivo leve, afectadas severamente el área de la memoria diferida, de manera moderada la atención y orientación, y leve en la percepción visual, cálculo y abstracción.

En el Índice de Katz: no se encontró deterioro funcional en la paciente, es decir, es independiente.

Diagnóstico clínico: diabetes tipo 2 descontrolada, hipertensión arterial controlada, sobrepeso y deterioro cognitivo leve.

Para descartar diagnóstico diferencial de otras demencias se refirió al servicio de radiología e imagen para realizar tomografía simple de cráneo.

Tratamiento: Se realizó un contrato terapéutico verbal entre la familia y el médico para el compromiso de su tratamiento integral que incluyó el ajuste de los medicamentos para el control de la diabetes, el proceso de trabajo con familia de diez sesiones y la referencia a los servicios de odontología, nutrición, psicología y al grupo de ayuda mutuo de enfermedades crónicas.

Diagnóstico biopsicosocial familiar

Se valoró clínicamente a los integrantes de la familia, iniciando por el esposo encontrando a la exploración tumoración en cuello con características blandas y no dolorosa, el cual se solicitó ultrasonido de cuello y se refirió a cirugía con los resultados. En el resto de los integrantes solo carga genética para hipertensión y diabetes tipo 2. (Ver anexo 5 y 7)

Se aplicó el Familiograma observando a una familia nuclear simple según Geyman⁸⁸ conformada por los padres y uno de sus cinco hijos; semi-integrada, tipo suburbana y tradicional, con cuatro líneas generacionales: ambos padres fallecidos, cónyuges, hijos y nietos. La etapa actual del ciclo vital familiar por la que cursan es dispersión con fase de desprendimiento, según Huerta. El familiograma dinámico mostró una relación estrecha conflictiva de la paciente con su primera hija y estrecha con el tercer hijo; una relación distante con el resto de sus hijos y nietos. El subsistema conyugal resultó distante. En el subsistema filial



La comunicación del subsistema fraternal era indirecta tendiendo a la hostilidad que angustiaba y estresaba a la paciente. Se observó que su esposo y segundo hijo tienen alcoholismo.

Se evaluó la funcionalidad de la familia mediante el cuestionario de FF-SIL. La paciente obtuvo 33 puntos, siendo más afectadas las funciones de afectividad y roles. El esposo con resultado de 30 puntos, la afectividad es la de menor puntuación y el hijo obteniendo 49 puntos con afectación en las dimensiones de afectividad y roles clasificando a la familia como disfuncional, sin embargo, el hijo percibe una familia moderadamente funcional.

Se observó en las expresiones y en el lenguaje no verbal de la hija el vínculo estrecho con su mamá, pero conflictivo corroborado en el familiograma. En la entrevista se reconoce los roles de la familia como no equitativos, poco rotativos y se cumplían de forma parcial. El tercer hijo era parental es decir, el asumía la jerarquía y la toma de decisiones. El rol de abuelos y de hermanos no se ejercía. Los límites intergeneracionales eran difusos, no definidos e impermeables. En los individuales eran rígidos y no claros. En los externos eran claros, flexibles y permeables. La paciente se mantenía en aislamiento, no tomaba decisiones y no realizaba sus actividades cotidianas.

Se encontró crisis normativas superadas como la independencia de cuatro hijos, duelo frente a los fallecimientos de los padres de la pareja, y no superadas como las limitaciones de la vejez. Las crisis paranormativas detectadas fueron cambio de estatus por la pérdida prolongada del empleo del esposo, de abandono de tres hijos, desmoralización por alcoholismo del esposo e hijo, y pérdida de la salud de la paciente y del esposo.



3.- Identificación de los factores de riesgo y protectores

Los factores de riesgo detectados fueron caídas y accidentes en casa, aislamiento social, analfabetismo. El esposo con carga genética para diabetes e hipertensión, desempleo, tumoración en cuello y alcoholismo. En los hijos se presenta en la evaluación carga genética para enfermedades crónicas. En la parte recreativa no realizaban ninguna actividad ni de forma individual ni familiar, ni estilos de vida saludable, no pertenecían a ninguna asociación deportiva solo acudían a la iglesia de forma regular.

En los factores de protección se enmarcaba la religión en todos los integrantes de la familia, los servicios médicos, vivienda propia y política de buena vecindad.

Englobando las problemáticas biopsicosociales y factores de riesgo de la familia de la siguiente manera:

- 1) Biológico: Enfermedades crónicas (diabetes, hipertensión) y Deterioro Cognitivo, Alcoholismo, tumoración de cuello.
- 2) Estructura familiar: Afectación en las funciones familiares (afecto, cuidado y socialización)
- 3) Dinámica familiar: Escasa comunicación entre los subsistemas, roles, límites y jerarquías afectados. (ver anexo 6 y7)

Posteriormente, se jerarquizan los problemas⁸⁹ acordando trabajar en los siguientes:

1. Afectividad y comunicación en las relaciones fraternales
2. Relaciones paterno-filiales y cuidado
3. Deterioro cognitivo de la paciente y continuar el manejo preventivo. (ver anexo 8)

Se diseña un plan de intervención para los problemas jerarquizados: técnicas de afrontamiento principalmente y técnicas de estimulación cognitiva apoyada con referencia al Gerontológico.



4.- Diseño y ejecución del plan de Trabajo con Familia

Posterior a la jerarquización, se diseñó el plan de manejo, de acuerdo con el Modelo de Trabajo con Familia⁹⁰, enfocado a las cuatro esferas prioritarias para la familia y el paciente:

- 1) Educación para la salud
- 2) Afectividad y comunicación
- 3) Relaciones paterno filiales y de cuidado
- 4) Técnicas de estimulación cognitiva

Las acciones realizadas en cada aspecto se especifican a continuación, aclarando que en cada sesión se realizaron simultáneamente:

- 1.- Realizar acciones preventivas en la consulta de Medicina Familiar, de acuerdo a la edad y sexo de cada integrante de la familia
 - Se recomendó a la paciente acudir oportunamente a sus citas de control de diabetes e hipertensión.
 - Explicación de la técnica de autoexploración mamaria, mastografía de control y densitometría ósea.
 - Orientación y educación a la paciente y a su familia con respecto al deterioro cognitivo así como los cuidados que requiere su padecimiento para prevención de complicaciones.
 - Actualización de esquema de vacunación de toda la familia
 - Orientación a la familia en riesgo de caídas y accidentes en casa.
 - Referencia a los servicios: odontología, nutrición, psicología y al centro gerontológico.
 - Estudios de laboratorios y ultrasonido de cuello al esposo para valoración de la tumoración.
 - Realización de tamizaje para diagnóstico temprano de sintomatología prostática



- Orientación sobre abuso del alcohol y sus complicaciones a largo plazo y asistencia a grupos de autoayuda.
- 2.- Crear vínculo afectivo de los subsistemas así como la comunicación estable en las relaciones fraternales
- Aplicación de tareas básicas para vincularse de acuerdo a Moore construyendo credibilidad y relación médico-familia.
 - Reflexión con la familia de los síntomas que presenta la paciente por su entorno familiar que agudizan la pérdida de cognición.
 - Importancia de la expresión de emociones de manera educada y tranquila
 - Se trabajó el perdón con la paciente y su hija mayor mediante la técnica de afrontamiento.
 - Programación de un día de convivencia familiar y socialización.
 - Reforzamiento del vínculo conyugal, mediante la expresión de emociones y la importancia de la escucha mutua así como crear un día de pareja.
 - Preparación de guías anticipadas y fomentar el ahorro.
 - Se puntualizó la importancia de la convivencia con sus nietos.
- 3.- Relaciones paterno- filiales y de cuidado
- Hacer énfasis en la labor de protección y emocional familiar.
 - Dialogo con los hijos sobre la importancia de asumir la responsabilidad del cuidado y sustento de sus padres.
 - Se clarificó las funciones familiares, la importancia del liderazgo y límites en la familia.
 - Propiciar la participación de la pareja en la toma de decisiones.
- 4.- Implementar técnicas de estimulación cognitiva y terapia para mantener la psicomotricidad.
- Juegos como rompecabezas, sopa de letras, mándalas para colorear, musicoterapia entre otras actividades.



- Recordar a la paciente sobre acontecimientos de su historia personal, familiar y hechos históricos.
- Colocar en lugares visibles de la vivienda calendarios, relojes, periódicos y recordar diariamente la fecha para favorecer su orientación temporal.
- Reconocimiento y aprobación de las acciones que realiza la paciente

Evolución y seguimiento

Se valoró a la paciente periódicamente encontrando una mejoría en su autonomía y en la cognición mediante la aplicación del MoCA a los seis meses. Continúa en control por el centro gerontológico y la asistencia a la consulta de Medicina Familiar con el fin de prevenir las recaídas.

El entorno familiar se evaluó mediante el FF-SIL encontrando mejoría en la funcionalidad familiar, principalmente en los rubros de afectividad y roles.

La paciente percibió el apoyo familiar como satisfactorio, pues actualmente sus hijos la apoyan económica y emocionalmente, mejoro la socialización al acudir a un grupo religioso y convivir con sus vecinos.

El esposo de la paciente fue referido a cirugía para la valoración de la tumoración y continúa asistiendo a un grupo de doble AA.

En relación al pronóstico a largo plazo se espera sea favorable para la paciente al encontrarse comprometida con sus tareas, responsabilidades y apego en las estrategias para prevenir la evolución del deterioro cognitivo; para el esposo al cumplir con sus responsabilidades y participar en la toma de decisiones, y para la familia al tomar acuerdos en conjunto sin sobrepasar límites, manteniendo la estructura y dinámica familiar.



5.- Evaluación de la funcionalidad familiar y la cognición del adulto mayor post intervención.

Evaluación de la Escala de Funcionalidad familiar pretest – postest

El diagnóstico basal del funcionamiento familiar según la puntuación del total de la prueba FF-SIL, fue en promedio de $\bar{X}=37.33$ con una desviación estándar de $ds=10.214$, con un valor mínimo de 30 y un valor máximo de 49.

Con estos valores se pudo establecer la categoría en la que cada miembro de la familia se encontraba, observando dos de ellos en la categoría disfuncional y uno en moderadamente funcional. (Cuadro 1). Después de la intervención, el promedio fue de $\bar{X}=54.57$ con una desviación estándar de $ds=9.452$, con un valor mínimo de 44 y un valor máximo de 62, puntuación que modificó favorablemente a la familia en categoría funcional en dos de los miembros y uno que se encontraba en disfuncional transitó a moderadamente funcional.

Cuadro 1. Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL (Pretest-postest)

FF-SIL	Antes		Después	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
DISFUNCIONAL	2	66.7		
MODERADAMENTE FUNCIONAL	1	33.3	1	33.3
FUNCIONAL			2	66.7
Total	3	100	3	100

Fuente: Escala de funcionalidad familiar FF-SIL

En cuanto a la aplicación de la escala de funcionalidad familiar (cuadro 2) se presenta el resultado de las dimensiones antes y después de la intervención de trabajo con familia.

Las dimensiones más afectadas fueron afectividad que aumentaron de 3.6 a 8 puntos, con una diferencia positiva de 4.4, la dimensión roles aumentó de 4.6 a 8.3 puntos con una diferencia positiva de 3.6 puntos, y cohesión ganó 2.6, ya que detener 5 puntos paso a 7.6.



Con la finalidad de probar la hipótesis planteada, se realizó a la diferencia de las medias de las dimensiones del FF-SIL, la prueba *t de Student* para la comparación de medias relacionadas a fin de obtener la significancia estadística.

La prueba *t de Student* para muestras relacionadas identificó que la diferencia entre cohesión 1 y cohesión 2 fue de $\bar{X}=-2.667$ con una desviación estándar $ds=2.082$, con un intervalo de confianza al 95% IC95%:Li -7.838, Ls 2.504; el valor de la prueba de *t* observado fue de -2.219, con grados de libertad $gl=2$, con un nivel de significancia bilateral de $p= 0.157$, estadísticamente no significativo. Entre la comunicación 1 y comunicación 2 fue de $\bar{X}=-1.667$ con una desviación estándar $ds=0.577$, con un intervalo de confianza al 95% IC95%:Li -3.101, Ls-0.232; el valor de la prueba de *t* observado fue de -5, con grados de libertad $gl=2$, con un nivel de significancia bilateral de $p= 0.038$, estadísticamente significativo. Entre la permeabilidad 1 y permeabilidad 2 fue de $\bar{X}=-1.333$ con una desviación estándar $ds=1.155$, con un intervalo de confianza al 95% IC95%: Li -4.202, Ls 1.535; el valor de la prueba de *t* observado fue de -2, con grados de libertad $gl=2$, con un nivel de significancia bilateral de $p= 0.184$, estadísticamente no significativo.

Entre la afectividad 1 y afectividad 2 fue de $\bar{X}=-4.333$ con una desviación estándar $ds=2.517$, con un intervalo de confianza al 95% IC95%: Li -10.585, Ls 1.918; el valor de la prueba de *t* observado fue de -2.982, con grados de libertad $gl=2$, con un nivel de significancia bilateral de $p= 0.096$, estadísticamente no significativo.

En los roles 1 y roles 2 fue de $\bar{X}=-3.667$ con una desviación estándar $ds=1.528$, con un intervalo de confianza al 95% IC95%:Li -7.461, Ls-0.128; el valor de la prueba de *t* observado fue de -4.158, con grados de libertad $gl=2$, con un nivel de significancia bilateral de $p= 0.053$, estadísticamente significativo marginal, en lo que respecta a la adaptabilidad 1 y adaptabilidad 2 fue de $\bar{X}=-1.667$ con una desviación estándar $ds=0.577$, con un intervalo de confianza al 95% IC95%:Li -3.101, Ls-0.232; el valor de la prueba de *t* observado fue de -5, con grados de libertad $gl=2$, con un nivel de significancia bilateral de $p= 0.038$, estadísticamente



significativo. La dimensión armonía no se pudo calcular debido a que el error estándar de la diferencia es cero. (Cuadro 2).

Cuadro 2.- Prueba t de Student para la diferencia de las medias, pretest y postest FF-SIL, de dos muestras relacionadas de la familia estudiada.

Variable	Pretest	Postes t	Media X̄	Desviación n típica ds	95% Intervalo de confianza para la diferencia		t	gl	Sig. (bilateral) p< .005
					Inferior	Superior			
Cohesión 1- Cohesión 2	5	7.6	-2.667	2.082	-7.838	2.504	-2.219	2	0.157
Comunicación 1 - Comunicación 2	6	7.6	-1.667	0.577	-3.101	-0.232	-5	2	0.038
Permeabilidad 1 - Permeabilidad 2	6.3	7.6	-1.333	1.155	-4.202	1.535	-2	2	0.184
Afectividad 1 - Afectividad 2	3.6	8	-4.333	2.517	-10.585	1.918	-2.982	2	0.096
Roles 1 - Roles 2	4.6	8.3	-3.667	1.528	-7.461	0.128	-4.158	2	0.053
Adaptabilidad 1 - Adaptabilidad 2	6.3	8	-1.667	0.577	-3.101	-0.232	-5	2	0.038
Armonía 1 - Armonía 2	5.3	7.3	2						

* Armonía no se pudo calcular por que la correlación y t, por que el error estándar de la diferencia es cero.

Fuente: Base de datos de la Escala de funcionalidad familiar FF-SIL

Comprobación de hipótesis.

Se pudo probar la hipótesis alterna planteada en la que “el trabajo con familia tiene un efecto favorable en la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo y retarda el progreso de su enfermedad”.

Se consideró primero, verificar lo correspondiente a la modificación de la dinámica familiar. En este sentido, se obtuvo a través del trabajo con familia un efecto favorable en las dimensiones comunicación, roles y adaptabilidad. También se observó que las dimensiones cohesión, armonía, permeabilidad, y afectividad presentaron resultados favorables, sin embargo, no alcanzaron la significancia estadística, probablemente por el tamaño de la muestra. Sin embargo, desde el punto de vista de las expresiones textuales de los integrantes de la familia, sí se observaron cambios en la dinámica familiar, caracterizado por mejoría en la comunicación de los subsistemas, mejoría de los roles estructurales, así como en



las relaciones interpersonales jerárquicas, además de las funciones como afecto y socialización. Por lo tanto, dada la plausibilidad biológica y social observada en este estudio se asume que si existe suficiente evidencia para rechazar la hipótesis nula y aceptar la alterna.

El efecto favorable en la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo retarda el progreso de su enfermedad.

Evaluación Cognitiva del adulto mayor, MoCA-B: pretest - postest

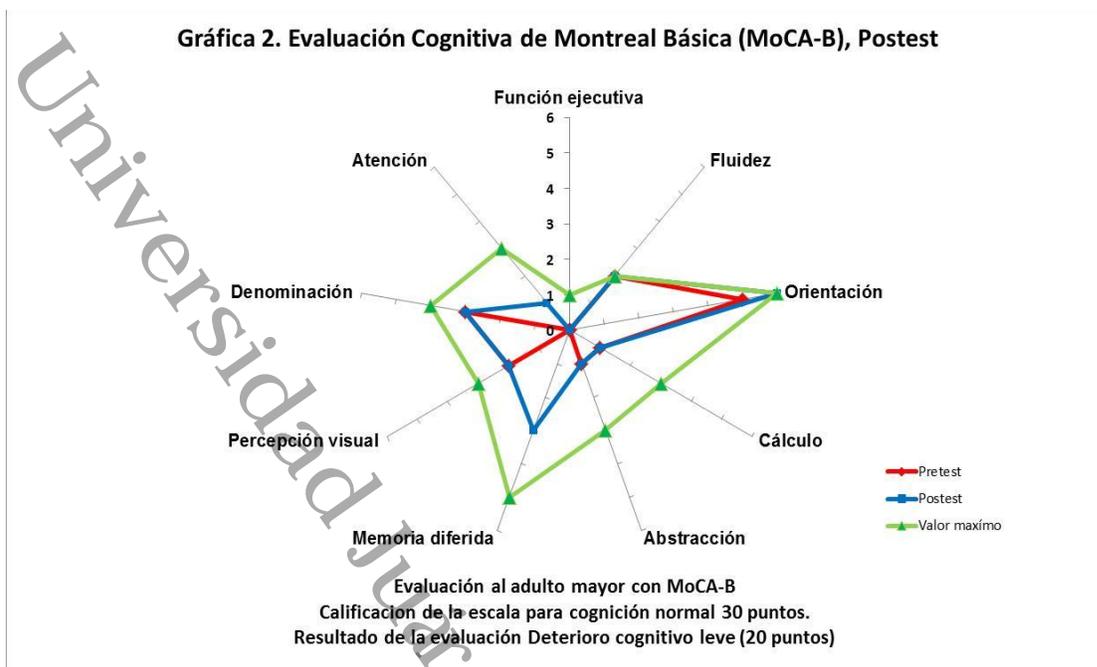
En esta tercera etapa se expresan los resultados de la evaluación de la cognición del adulto mayor a partir del test de MoCA-B.

En los resultados obtenidos de test de Moca pretest - postest, se analizó que las diferencias observadas presentaron una mejoría evidenciada por el incremento en los puntajes de calificación en las dimensiones memoria diferida (+3), orientación (+1) y atención (+1). (Cuadro 3).

Dimensiones	Pretest	Postest	Diferencia
Función ejecutiva	0	0	0
Fluidez	2	2	0
Orientación	5	6	1
Calculo	1	1	0
Abstracción	1	1	0
Memoria diferida	0	3	3
Percepción visual	2	2	0
Denominación	3	3	0
Atención	0	1	1
Total	15	20	5

Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreal Básica (MoCA-B)

Una vez realizada la comparación de los puntos obtenidos entre la evaluación inicial y la evaluación final se pudo observar gráficamente que el resultado de la dimensión cognitiva, se modificó en la evaluación final. Las dimensiones afectadas como la memoria diferida, que pasó de cero puntos a tres puntos, la atención de cero puntos a uno y la de orientación de cinco puntos a seis puntos. (Gráfica 2)



Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreal Básica (MoCA-B)

Si bien, el cambio entre los puntajes pretest (15) y posttest (20) fue mínimo, sin embargo, la evidencia cognitiva sí se vio modificada positivamente, ya que el adulto mayor se observaba con modificación cognitiva en varias dimensiones, lo cual mejoró su relación con la dinámica familiar (Ver cuadro 4)



Cuadro 4. Características cognitivas por dimensión entre el antes y el después de la aplicación de la Evaluación de MoCA-B.

Dimensiones	Antes	Después
Función ejecutiva	Sin toma de decisiones, dejando la responsabilidad a los integrantes de la familia	Toma de decisiones con su familia
Fluidez	Normal	Normal
Orientación	Perdida en la esfera del tiempo	Mejoría en la ubicación del espacio, tiempo y persona (las tres esferas)
Cálculo	Perdida de operaciones básicas, por fallas en la forma de pagar de distintas maneras un monto	Perdida de operaciones básicas, por fallas en la forma de pagar de distintas maneras un monto
Abstracción	Similitud entre los objetos	Similitud entre los objetos
Memoria diferida	Afectación de la memoria inmediata	Mejoro la memoria a largo plazo
Percepción visual	Sin alteración	Sin alteración
Denominación	Sin alteración	Sin alteración
Atención	Alterada, distraída	Normal, ligeramente afectada

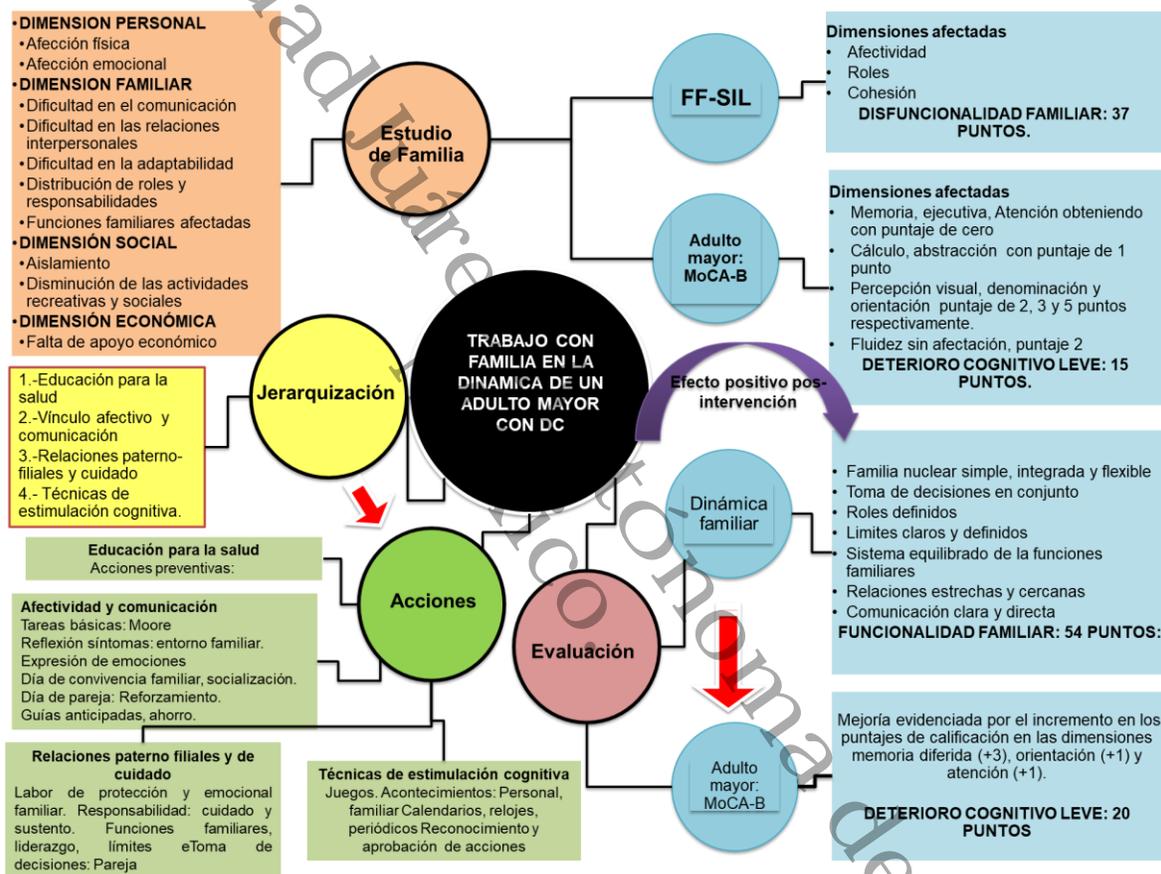
Fuente: Autoría propia.



Triangulación metodológica secuencial entre los datos cuantitativos y cualitativos

Por último, se integraron los resultados de todas las mediciones iniciales y finales posteriores a la intervención diseñada:

Grafico 3.- Triangulación metodológica de los datos cuantitativos y cualitativos



Fuente: Autoría propia.

Al analizar los datos presentados y los gráficos de los problemas detectados en la dinámica familiar de un adulto mayor con deterioro cognitivo, se encontró que el FF-SIL en sus dimensiones afectadas se clasificó como disfuncionalidad familiar y se evidenció en el registro del instrumento, los factores evaluados en la dinámica



familiar a través de las entrevistas, sesiones y familiograma evidenciaron que las relaciones interpersonales y emocionales de cada uno de los miembros de la familia, se marca por separaciones entre los subsistemas afectando las dimensiones personales del adulto mayor, así como la dimensión familiar, social y económica repercutiendo en una dinámica familiar disfuncional catalogándolo como conflictiva.

Debido a lo anterior, el médico familiar realizó la priorización de problemas junto con la familia y después el diseño del plan de intervención, que consistió en trabajar cuatro aspectos: educación para la salud, afectividad, comunicación, relaciones paternas filiales de cuidado y técnicas de estimulación cognitiva.

Las acciones realizadas impactaron favorablemente en la dinámica familiar volviéndola estable, la familia se adaptó a los cambios generados y el sistema familiar se convirtió en una red de apoyo para el adulto mayor disminuyendo el estrés y la ansiedad, además con la aplicación de técnicas de estimulación cognitiva se obtuvo una ligera pero significativa mejoría en la cognición del adulto mayor.

A continuación se muestra las acciones realizadas en cada sesión:

Primera sesión: Se indagó el motivo de consulta proporcionado por la hija de la paciente, a quién se observó angustiada y poco tolerante ante la pérdida de la salud de la paciente.

Se explicó las tareas básicas para vincularse con la familia de acuerdo a Moore, estableciendo la credibilidad y la relación familia-médico a través de la explicación de la función del médico familiar y la atención que se brinda en la unidad médica. Se platicó de la confidencialidad de sus datos.

Se elaboró historia clínica completa, cuestionario de MoCA-B y Katz, y se refirió a la paciente al servicio de radiología e imagen para tomografía simple de cráneo con el fin de descartar deterioro cognitivo de causa orgánica.

Segunda sesión: Acudieron a entrevista la paciente, su esposo y dos hijos. Se aplicó el Familiograma y el cuestionario de FF-SIL. Se identificaron los problemas,



factores de riesgo y protectores. Se diseñó el plan de intervención para los problemas jerarquizados.

Se trabajó en la primera línea de intervención, con la detección de factores de riesgo y acciones preventivas de acuerdo a la línea de vida de cada integrante. Al esposo se le encontró tumoración en cuello y se confirma la adicción al alcohol, se refiere a ultrasonido de cuello y se aconseja el ingreso a un grupo de autoayuda de alcohólicos anónimos.

Tercera sesión: El objetivo de esta sesión fue encaminado a rescatar la relación padres-hijos y la comunicación. La primera mediante la técnica de afrontamiento desde la perspectiva de la psicología cognitivo-conductual (Lázaro y Folkman 1986). La segunda a través de la reflexión con la paciente y su hija de la importancia de la comunicación sana, clara, efectiva y nutrida, recobrando el uso del “por favor” y “gracias” para expresar sus emociones. Para reforzar la afectividad entre padres e hijos se sugirió la convivencia entre ellos y los nietos.

A la paciente se le otorgó referencia para la realización de mastografía y densitometría ósea. Respecto al deterioro se mandó hacer ejercicios de estimulación cognitiva, entre ellos: pintura, rompecabezas, recordatorios de fechas importantes, día, hora; visualización de imágenes. Mencionó que la llevan al Gerontológico. Se inició estrategias de educación para la salud como la realización de las actividades de vida diaria ajustadas a su capacidad. Como estrategias para la educación de la salud se le indicó actividades físicas y recreativas.

Cuarta sesión: Se trabajó en las primeras tres líneas de intervención clarificando la importancia de la toma de decisiones junto con su esposa e hijos, de los límites y reglas en la familia, mediante esquemas y dibujos.

El esposo presentó los resultados de ultrasonido de cuello solicitado, encontrando un lipoma gigante refiriéndolo al servicio de cirugía.

El hijo manifestó preocupación por falta de apoyo de sus hermanos y se pensó en citar a sus hermanos. Se analizaron las tareas y el cumplimiento de su rol en la familia a través de la misma dinámica.



Se otorgaron guías anticipadas de acuerdo a Geyman para el siguiente ciclo vital familiar.

Quinta sesión: Acudieron los cónyuges y se trabajó afectividad reforzando la comunicación y la expresión de sus emociones para que fuera clara, directa y respetuosa, a través de afrontamientos, imágenes y ejemplos de casos haciendo énfasis de la importancia de la ayuda, de procurar el bienestar y la escucha activa. Se intensificó la importancia de la familia como unidad y estrategias para la buena dinámica familiar como establecer un día de familia y de convivencia entre la pareja. Se fomenta la importancia del ahorro y de las tareas del desarrollo y se volvieron a entregar las guías anticipadas.

Sexta sesión: Acudieron la paciente, el esposo y su hija mayor. Se trabajó nuevamente con ellos la interacción y la afectividad, reforzando la expresión de emociones y la escucha activa. Se inició la evaluación de las estrategias empleadas, refiriendo la pareja que ha mejorado su relación porque se esforzaron en no gritarse pero no lograron demostrarse afecto. El esposo comentó que está llegando al grupo de apoyo para su adicción y al hospital para la programación de su cita que le dieron para el próximo año. Se continuó enseñando las actividades para mejorar su cognición con ayuda de la familia.

Séptima sesión: Acudieron los tres integrantes del núcleo familiar y cuatro de sus hijos que viven fuera del hogar de forma virtual y presencial trabajando con ellos la importancia de asumir la responsabilidad del cuidado y sustento de sus padres, el reconocimiento y aprobación de las acciones que realiza la paciente, la labor de protección y emocional familiar y reforzamiento de las funciones liderazgo y límites en la familia así como propiciar la participación de la pareja en la toma de decisiones.

Octava sesión: Acudió la familia y se revisó los avances, manifestaron que mejoró la interacción, ya que conviven en un día de familia, se expresan sus



emociones y procuran escucharse el uno al otro. Respecto a la distribución de tareas y responsabilidades, se involucraron los hijos en el cuidado y sustento económico de sus padres.

Novena sesión: Se aplicó el FF-SIL a los tres integrantes de la familia, obteniendo la paciente, el esposo y el hijo 58, 44 y 62 puntos respectivamente, etiquetándolos como familia funcional mejorando en las dimensiones de afectividad y roles. La paciente percibió el apoyo familiar como satisfactorio, pues actualmente sus hijos la apoyan económica y emocionalmente, mejoro la socialización al acudir a un grupo religioso y convivir con sus vecinos. El esposo continúa asistiendo a un grupo de doble AA.

Décima sesión: Se realiza el cierre con la familia, encontrando mejoría en la paciente en su aspecto emocional mediante su lenguaje no verbal y en su expresión: “me siento tranquila, duermo bien, amada”. El esposo continúa en abstinencia y acudiendo al grupo de ayuda, refirió mejora en la relación con sus hijos y esposa, que ya toman las decisiones en conjunto. Se continuó trabajando con el tiempo de calidad de la familia. Se les felicitó por el logro obtenido y de manera sencilla se explicó que los recursos estaban presentes, solo les faltaba que lo identificaran y los utilizaran. Se les sugirió continuar con sus citas en nutrición, psicología y centro gerontológico. Para continuar su seguimiento se citó a la familia al mes y a los seis meses.



9. DISCUSIÓN

El resultado de este estudio favoreció la dinámica familiar del adulto mayor con deterioro cognitivo, mediante el trabajo con familia donde se hizo énfasis en las tareas, reglas, límites, comunicación, adaptación y la resolución de problemas, mejorando ligeramente la cognición del paciente al disminuir su afección emocional. Se espera que exista un retardo en el progreso de la enfermedad o se evite su evolución desfavorable, como lo menciona Castro⁹¹ en su artículo envejecimiento saludable y deterioro cognitivo: El DCL es un precursor de las demencias, clasificado como etapa intermedia entre el envejecimiento normal y la demencia (de tipo Alzheimer), que puede ser revertido mediante alguna intervención terapéutica. En este caso, se decidió aplicar el Modelo de Trabajo con Familia para mejorar la dinámica familiar, que según Suárez et. al., impacta positivamente en la condición física, bienestar psicológico y social del paciente adulto mayor con DC⁹².

El Modelo atiende de manera integral a la familia al procurar transitar de los factores de riesgo a los protectores, apoyados en los recursos familiares que ayudan a superar las crisis y al desarrollo integral de la familia, además de brindar al Médico Familiar identidad al ampliar su perfil profesional con habilidades para efectuar diagnóstico e intervenciones biopsicosociales y espirituales⁹³. En este caso, para diagnosticar la dinámica familiar se utilizó la estructura y las dimensiones familiares, semejante al estudio de Sánchez et.al., cuyo objetivo fue describir la dinámica en pacientes con Alzheimer a través de los mismos instrumentos⁹⁴.

Esandi et. al⁹⁵., sugirieron estrategias dirigidas al fortalecimiento de sistema familiar como la exploración del conocimiento que la familia tenía sobre la demencia, aclarando dudas y debatiendo en las prioridades de la familia, acciones retomadas en este estudio dirigidas al DC.



El diagnóstico de DCL cumplió con los criterios clínicos geriátricos claves: menor rendimiento observado en la memoria a través del tiempo, evidencia de deterioro en el dominio de la memoria, visio-espacial y ejecutiva, preservación de la independencia en habilidades funcionales y ausencia de demencia, determinada en el MoCA y Katz ^{96,97,98} cuyo resultado mostró autonomía y ausencia de demencia en el paciente, datos que fueron indispensables para el diseño del plan de Trabajo con Familia aunado a las recomendaciones de Kopitowski para el tratamiento de un cuadro con deterioro cognitivo⁹⁹:

- Brindar a los miembros de la familia un espacio de orientación y apoyo
- Información sobre la patología y sobre el manejo social/ambiental de la enfermedad como el manejo de los síntomas neuropsiquiátricos que el paciente pueda cursar o la prevención de su aparición.
- Crear un espacio en el que cada miembro de la familia o la familia en su conjunto pueda expresar lo está pasando en relación al paciente, la situación y la enfermedad en sí misma.
- Tratar de reducir los niveles de estrés y ansiedad.
- Conseguir que los miembros de la familia reflexionen para que puedan tomar el control de la situación y compartir responsabilidades.

Los resultados de la aplicación del Modelo de Trabajo con Familia mejoró algunas áreas de la cognición del paciente adulto mayor principalmente las de memoria, orientación y percepción visio-espacial, semejante al estudio de intervención psicológica familiar realizado por Balea¹⁰⁰. Sin embargo, Gómez¹⁰¹ en su estudio realizado por intervenciones de un programa de estimulación cognitiva, refiere que no se mejoró el desempeño de la fluidez verbal, actividades de la vida diaria, ni estado de ánimo en el transcurso de los meses y señala que para ser eficaz deberá ser medido a largo plazo correspondiente a la ligera mejoría de las dimensiones que tuvo el adulto mayor de este estudio.



Ortiz¹⁰² asocia el nivel educativo e IMC a la prevalencia de DC, reportando que la población con bajo nivel educativo y alta proporción de analfabetismo son los de mayor riesgo para padecer deterioro cognitivo al haber poca reserva cognitiva como lo refiere Fonte et al; en su estudio para deterioro cognitivo leve en mayores de 85 años, siendo un factor de riesgo incluso el género femenino y el nivel educacional, características que tiene el adulto mayor en este estudio¹⁰³.

Los limitantes de este estudio fueron la carencia de evidencia científica de intervenciones familiares que permitan comparar resultados de las acciones realizadas, se recomienda mayor difusión de este tipo de investigación.

Universidad Juárez Autónoma de Tabasco.
México.



10. CONCLUSIONES

El estudio mostró a un adulto mayor, del género femenino, de 77 años de edad con diagnóstico de Hipertensión arterial controlada, Diabetes Mellitus tipo 2 descontrolada, Sobrepeso y Deterioro Cognitivo Leve, éste último con afectación en las dimensiones de memoria, orientación y atención.

La dinámica familiar se encontró disfuncional en las áreas de afectividad, roles, cohesión, jerarquía y comunicación.

Los factores protectores encontrados fueron: política de buena vecindad, servicios médicos, religión, casa propia.

Los factores de riesgo fueron las enfermedades crónicas, accidentes y caídas en casa, capacidad funcional disminuida, aislamiento social, inestabilidad económica y analfabetismo.

La intervención con Trabajo con Familia se enfocó en cuatro aspectos principales posterior a la jerarquización de problemas con la familia: educación para la salud, afectividad y comunicación, relación paterno-filiales y de cuidado, y técnicas de estimulación cognitiva.

Posterior a la intervención, los aspectos que mejoraron fueron: control de la diabetes mellitus, mejoría leve de la cognición. En la dinámica familiar se mejoró la afectividad, los roles, la jerarquía y se convirtió la red de apoyo familiar en un factor protector para el adulto mayor.

Con ello, podemos concluir que el trabajo con familia permite mejorar la dinámica familiar en el adulto mayor que padece deterioro cognitivo leve.



11. RECOMENDACIONES

Para la unidad de salud

- Fortalecer la prevención, detección y atención oportuna del adulto mayor con el objetivo de prevenir el deterioro cognitivo como una estrategia para el primer nivel de atención.
- Sensibilizar a los médicos familiares en la comunicación efectiva en el trato con las familias para detectar posibles deterioros subestimados.
- Capacitar a los médicos en el instrumento de cognición a los adultos mayores para la detección oportuna.
- Dar a conocer el servicio de trabajo con familia, así como la capacidad que tienen los médicos familiares en la contención emocional en la consulta externa.
- Motivar al médico familiar en el abordaje de los factores de riesgo y protectores de la funcionalidad familiar.
- Fomentar la realización de estudios de investigación en el abordaje integral de trabajo con familia.
- Integrar al servicio de gerontología al equipo multidisciplinario.

Para los médicos familiares

- Generar conjuntamente con la familia guías anticipadas de acuerdo al ciclo vital de la familia
- Énfasis en mantener como red de apoyo a la familia para generar la autonomía e independencia del adulto mayor.
- Implementar el estudio de salud en familias que presentan crisis con el fin de conocer a profundidad la dinámica familiar.



12. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- ¹ Ackerman NW. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos aires, Hormé, 1982.
- ² Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. Mexico: Ed. Alfil; 2005
- ³.Fuentes MC, Maya MU. Atención a la familia: la atención familiar en situaciones concretas. Anales sis San Navarra 2001, Vol. 24, Suplemento 2. DOI: <https://doi.org/10.23938/ASSN.0427>
- ⁴ Christie-Seely J. Working with families. J R Soc. Med. 195;78(S8):43-46
- ⁵ López Ortega M, Aranco N. Envejecimiento y atención a la dependencia en México. Ed. Banco interamericano de desarrollo. México 2019. Disponible en: https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_M%C3%A9xico_es.pdf
- ⁶Suarez Cid L, Ramiro Groos T. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. Rev. inf. cient. 2019 febrero; 98(1): p. 88-97.
- ⁷ OPS/OMSS. Envejecimiento saludable. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 8. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es
- ⁸ Psicogeriatría Ald. Declaración del Consenso Psicogeriatría. [Online].; 1996 [cited 2021 agosto 8. Available from: https://www.who.int/mental_health/media/en/457.pdf.
- ⁹ ISSSTE GdMP. Día del Adulto Mayor. [Online].; 2017 [cited 2021 septiembre 15. Available from: <https://www.gob.mx/pensionissste/articulos/dia-del-adulto-mayor-123010?idiom=es>.
- ¹⁰ Valdés KM GCSA. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017 Diciembre; 33(4).
- ¹¹ INEGI. Estadísticas a Propósito del Día Internacional de las Personas de Edad. In Comunicado de Prensa número 475/19; 2019; México. p. 1-9.
- ¹² Diego CM. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. Rev Med Hered [Internet]. 2018 Julio; 29(3): p. 182-191.
- ¹³ OPS/OMSS. Envejecimiento saludable. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 8. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es.
- ¹⁴ Gobierno de la República Mexicana. Guía de Práctica Clínica: Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Salud Sd, editor. Mexico; 2012.



- ¹⁵ Hernandez Chavez L. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*. 2017 Abril; 9(35): p. 6-10.
- ¹⁶ Castro Suarez S. Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. *Rev Neuropsiquiatria* [internet][citado el 15 de Jul de 2020]. 2018; 81(4): p. 215-216 DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3435>.
- ¹⁷ Vilchez Cornejo J, Soriano Moreno A, Saldaña Cabanillas D, Acevedo Villar T, Bendezu Sarabia P, Ocampo Portocarrero B, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta méd. Peru* [online]. 2017 Noviembre; 34(4): p. pp.266-272.
- ¹⁸ Rodriguez Garcia R, Lazcano Botello GA. *Practica de la Geriatria*. Tercera Edicion ed. Leon J, editor. Mexico, D.F.: McGraw-Hill; 2011.
- ¹⁹ Gutierrez Herrera RF. *El Alzheimer en Iberoamerica*. 1st ed. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2000.
- ²⁰ Hernandez Chavez Laura MQNea. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*. 2017 Abril; 9(35): p. 6-10.
- ²¹ Gutierrez Herrera RF. *El Alzheimer en Iberoamerica*. 1st ed. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2000.
- ²² Muñoz Perez JM, Espinosa Villaseñor D. Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Revista Mexicana de Neurociencia* [Internet]. 2016 Noviembre-Diciembre [citado 3 de agosto del 2020]; 17(6): p. 85-96. Disponible desde: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=69354>.
- ²³ Gutierrez Rodriguez J, Guzman Gutierrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*. 2017; 52(1): p. 3-6 DOI: 10.1016/S0211-139X(18)30072-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-definicion-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-S0211139X18300726?referer=buscador>.
- ²⁴ Gutierrez Rodriguez J, Guzman Gutierrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*. 2017; 52(1): p. 3-6 DOI: 10.1016/S0211-139X(18)30072-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-definicion-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-S0211139X18300726?referer=buscador>.
- ²⁵ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de Geriatria para Residentes* [Internet] Madrid: International Marketing & Communication; [citado 27 de julio del 2020] Disponible desde: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>.
- ²⁶ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. *Tratado de Geriatria para Residentes* [Internet] Madrid: International Marketing & Communication; [citado 27



de julio del 2020] Disponible desde:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>.

²⁷ Gutierrez Herrera RF. El Alzheimer en Iberoamerica. 1st ed. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2000.

²⁸ Gutierrez Rodriguez J, Guzman Gutierrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. Revista Española de Geriatria y Gerontologia. 2017; 52(1): p. 3-6 DOI: 10.1016/S0211-139X(18)30072-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-definicion-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-S0211139X18300726?referer=buscador>.

²⁹ Ministerio de Salud. Manual de Geriatria para Medicos [Internet] Chile: Subsecretaria de Salud Publica.2018 Marzo[citado el 25 de Julio del 2020] Disponible en: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2019/01/Manual-Geriatria.pdf>.

³⁰ Gil Gregorio P. Manual del residente de geriatria. 1st ed. Gerontologia SEdGy, editor. Madrid España: Ene Life Publicidad S.A. y Editores; 2011.

³¹ Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes [Internet] Madrid: International Marketing & Communication; [citado 27 de julio del 2020] Disponible desde: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>.

³² Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. Tratado de Geriatria para Residentes [Internet] Madrid: International Marketing & Communication; [citado 27 de julio del 2020] Disponible desde: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/segg-tratado-01.pdf>.

³³ Valdés KM GCSA. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados. Rev Cubana Med Gen Integr. 2017 Diciembre; 33(4).

³⁴ Vilchez Cornejo J, Soriano Moreno A, Saldaña Cabanillas D, Acevedo Villar T, Bendezu Sarabia P, Ocampo Portocarrero B, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta méd. Peru [online]. 2017 Noviembre; 34(4): p. pp.266-272.

³⁵ Cancino M, Rehbein L. Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve: Una mirada sinoptica. Terapia Psicologica. 2016 noviembre; 34(3): p. 183-189 <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002>.

³⁶ Arriola Manchola E, Carnero Pardo C, Freire Perez A, Lopez Mongil R, Lopez Trigo JA, Manzano Palomo S, et al. Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto mayor. Documento del consenso Gerontologia SEdGy, editor. Madrid España: International Marketing Communication; 2017.



- ³⁷ Benavides Caro CA. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2017 abril-junio; 40(2): p. 107-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72641>.
- ³⁸ Silva Moreno AA, Guerrero Castañeda RF, Beltran Campos V, Silva Vera M. Deterioro cognitivo e independencia del adulto mayor en el centro de Mexico. *Eureka*. 2019 septiembre; 16: p. 90-103.
- ³⁹ Organización Panamericana de la Salud. Modulo 4. Evaluacion del estado mental y emocional del adulto mayor. In *Salud OMDI. Valoracion clinica. Escala de valoraciones*. p. 48-56.
- ⁴⁰ Freire Perez A. Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2017; 52(1): p. 15-19.
- ⁴¹ Chorreno Parra JA, De la Rosa Arredondo T, Guadarrama Ortiz P. Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Int Méx*. 2020; 36(6): p. 807-824. <https://doi.org/10.24245/mim>.
- ⁴² Romo Galindo DA, Padilla Moya E. Utilidad de los test cognocitivos breves para detectar la demencia en poblacion mexicana. *archivos de neurociencias Mex*. 2019 febrero; 23(4): p. 26-34.
- ⁴³ Freire Perez A. Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2017; 52(1): p. 15-19.
- ⁴⁴ Viteri Chiriboga EA, Veliz Aguirre L, Terranova Barrezueta AE, Márquez Allauca KJ. FUNCIONALIDAD FAMILIAR Y ADULTOS MAYORES: UNA MIRADA DESDE LA INTERVENCIÓN COMUNITARIA. *Universidad Ciencia y Tecnología*. 2017; 4: p. 97-105.
- ⁴⁵ Benavides Caro CA. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*. 2017 abril-junio; 40(2): p. 107-112. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=72641>.
- ⁴⁶ Castro Suarez S. Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. *Rev Neuropsiquiatria [internet][citado el 15 de Jul de 2020]*. 2018; 81(4): p. 215-216 DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3435>.
- ⁴⁷ Organización Mundial de la Salud. 2020. <https://www.paho.org/es/familia-promocion-salud-curso-vida>
- ⁴⁸ Huerta Gonzalez JL. *Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad*. 1st ed. Mexico: Alfil; 2005.
- ⁴⁹ Garza Elizondo T, Gutierrez Herrera RF. *Trabajo con familias. Abordaje medico e integral*. 3rd ed. Mexico: Manual Moderno; 2015.
- ⁵⁰ Gómez Clavelina FJ. Diagnóstico de Salud Familiar. En Irigoyen-Coria A, Gómez-Clavelina FJ. *Fundamentos de Medicina Familiar*. 7ª ed. México: Medicina Familiar Mexicana. 2000. p. 103-140.



- ⁵¹ Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1st ed. Mexico: Ed. Alfil; 2005
- ⁵² Minuchin, S., *Familias y terapia familiar*, México, 1986
- ⁵³ Andolfi M. Terapia familiar. Un enfoque interaccional. Buenos Aires. Paidós, 1985
- ⁵⁴ Clavijo, A. (2011). *Crisis, familia y psicoterapia*. La Habana: Ecimed
- ⁵⁵ Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1st ed. Mexico: Alfil; 2005.
- ⁵⁶ Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1st ed. Mexico: Alfil; 2005.
- ⁵⁷ Garza Elizondo T, Gutierrez Herrera RF. Trabajo con familias. Abordaje medico e integral. 3rd ed. Mexico: Manual Moderno; 2015.
- ⁵⁸ Gutiérrez Herrera R, Ordóñez Azuara Y, Gómez Gómez C, Ramírez Aranda J, Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Analisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del medico familiar. Rev Med La paz. 2019 Enero-Junio; 25(1).
- ⁵⁹ Huerta Gonzalez JL. Medicina Familiar. La familia en el proceso salud-enfermedad. 1st ed. Mexico: Alfil; 2005.
- ⁶⁰ De la Revilla Ahumada L, Fleitas Cochoy L. Enfoque familiar de los problemas psicosociales. In Martin Zurro A. Enfoque familiar en atencion primaria. España: Elsevier; 2003. p. 157-171.
- ⁶¹ Rodriguez Garcia R, Lazcano Botello GA. Practica de la Geriatria. Tercera Edicion ed. Leon J, editor. Mexico, D.F.: McGraw-Hill; 2011.
- ⁶² Kopitoski K. Medicina Familiar y practica ambulatoria. 3rd ed. Buenos Aires Argentina: Panamericana; 2016.
- ⁶³ Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina. Fundamentos de la salud familiar. 1st ed. Colombia: Asociacion Colombiana de Facultades de Medicina; 2008.
- ⁶⁴ Balea Fernández, FJ; Alonso Ramírez. Intervención psicológica familiar en la enfermedad de Alzheimer. International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 1, 2020. España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349863388023>
- ⁶⁵ Suárez Cid Lilian, Gross Tur Ramiro. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. Rev. inf. cient. [Internet]. 2019 Feb [citado 2021 Oct 11] ; 98(1): 88-97. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-99332019000100088&lng=es.



- ⁶⁶ Castro Jiménez L, Galvis-Fajardo C. Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Rev Cubana Salud Pública* 44 (3) Jul-Sep 2018. Disponible: <https://scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n3/e979/es/>
- ⁶⁷ Viteri E, Velis L, Terranova A, Márquez K. Funcionalidad Familiar Y Adultos Mayores: Una Mirada Desde La Intervención Comunitaria. *uct* [Internet]. 2019Ene 17 [consultado el 28 de noviembre de 2021]; (4). Disponible en: <https://uctunexpo.autanabooks.com/index.php/uct/article/view/13>
- ⁶⁸ González Sáenz de Lafuente C, Muñoz Castellanos J. Efectividad de un programa de estimulación cognitiva en pacientes con deterioro cognitivo leve de la comunidad. *Enfermería Comunitaria*. 2018; 14. Disponible en: <http://ciberindex.com/c/ec/e11542> [acceso: 29/11/2021]
- ⁶⁹ Petry H, Ernst J, Steinbrüchel-Boesch C, Altherr J, Naef R. The acute care experience of older persons with cognitive impairment and their families: A qualitative study. *Int J Nurs Stud*. 2019 Aug;96:44-52. doi: 10.1016/j.ijnurstu.2018.11.008. Epub 2018 Dec 31. PMID: 30660445.
- ⁷⁰ Valdés KM, González CJA, Salisu AM. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr*. 2017;33(4):1-15.
- ⁷¹ Mora Quezada J, Osses Paredes C, Rivas Arenas SM. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 2017 Mar [citado 2020 Jul 21]; 33(1): 18-30. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192017000100004&lng=es.
- ⁷² Tigre Bueno J, Rodríguez Pardillo C, González Estrella J, Aldaz Barrena C. Funcionalidad Familiar Y Deterioro Cognitivo En Los Adultos Mayores De La Zona 7. Ecuador, 2016. *Rev. Med. Fcm-Ucsg Vol. 22 No 1 2018*. Pag 9-13. DOI: <https://doi.org/10.23878/medicina.v22i1.871>
- ⁷³ Vilchez Cornejo J, Soriano Moreno A, Saldaña Cabanillas D, Acevedo Villar T, Bendezu Sarabia P, Ocampo Portocarrero B, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta méd. Peru* [online]. 2017 Noviembre; 34(4): p. pp.266-272.
- ⁷⁴ OPS/OMSS. Envejecimiento saludable. [Online].; 2019 [cited 2021 agosto 8. Available from: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthy-aging&Itemid=42449&lang=es
- ⁷⁵ Hernandez Chavez Laura MQNea. Depresión en un centro geriátrico comunitario en Quintana Roo. *Salud Quintana Roo*. 2017 Abril; 9(35): p. 6-10.
- ⁷⁶ INEGI. Mujeres y hombres en Tabasco. 2005



- ⁷⁷ Freire Perez A. Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2017; 52(1): p. 15-19.
- ⁷⁸ Fonte Sevillano T, Santos Hedman D. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Rev cubana med* [Internet]. 2020 Mar [citado 2021 Nov 28] ; 59(1): e1314. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002&lng=es. Epub 01-Mar-2020.
- ⁷⁹ Gutierrez Rodriguez J, Guzman Gutierrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia*. 2017; 52(1): p. 3-6 DOI: 10.1016/S0211-139X(18)30072-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-definicion-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-S0211139X18300726?referer=buscador>.
- ⁸⁰ Vega Alonso T, Miralles Espí M, Mangas Reina JM, Castrillejo Pérez D, Rivas Pérez AI, Gil Costa MA. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*. 2018;**33(8)**:491—498. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>
- ⁸¹ Organización Mundial de la Salud. Informa mundial sobre el envejecimiento y la salud. Biblioteca OMS. 2015. Disponible: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf
- ⁸² Nasreddine ZS, Phillips NA, Bédirian V, Charbonneau S, Whitehead V, Collin I, et al. The Montreal Cognitive Assessment (MoCA): A brief screening tool for mild cognitive impairment. *J Am Geriatr Soc*. 2005;53:695–9. <https://doi.org/10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x>
- ⁸³ Cabañero Martínez, M. J., Cabrero García, J., Richart Martínez, M. y Muñoz Mendoza, C. L. (2009). The spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. *Arch Gerontol Geriatr*, 49(1), e77-e84(ADL): a structured review. *Arch Gerontol Geriatr*, 49(1), e77-e84. DOI: [10.1016 / j.archger.2008.09.006](https://doi.org/10.1016/j.archger.2008.09.006)
- ⁸⁴ Mena Lopez R, Lozano Davila ME, Arevalo Balleza A, Archundia Gonzalez R. Principios del abordaje gerontológico en la persona adulta mayor e intervenciones básicas. Mexico: Secretaria de Salud; 2012.
- ⁸⁵ McGoldrink M, Gerson R. Genogramas en la evaluación familiar. 3er edición. España. Ed. Gedisa; 1985
- ⁸⁶ Ortega Veitía T, Cuesta Freijomil D, Días Retureta C. Propuesta de un instrumento para la aplicación del proceso de atención de enfermería en familias disfuncionales. *Rev Cubana Enfermer* [Internet]. 1999 Dic [citado 2021 Nov 23]; 15(3): 164-168. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03191999000300005&lng=es.

⁸⁷ Méndez Castellano, H. *Sociedad y Estratificación. Método Graffar-Méndez Castellano*. Caracas: Fundacredesa; 1994.

⁸⁸ I. Conceptos básicos para el estudio de las familias. *Archivos en Medicina Familiar* [Internet]. 2005; 7 (1): 15-19. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=50712789003>

⁸⁹ Irigoyen-Coria. "Nuevo Diagnóstico Familiar", Ed. MFM. 1era. Edición, México, D.F. 2005.

⁹⁰ Christie-Seely J. Working with families. *J R Soc. Med.* 195;78(S8):43-46

⁹¹ Castro Suarez S. Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. *Rev Neuropsiquiatria* [internet][citado el 15 de Jul de 2020]. 2018; 81(4): p. 215-216 DOI: <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3435>.

⁹² Suarez Cid L, Ramiro Groos T. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Rev. inf. cient.* 2019 febrero; 98(1): p. 88-97.

⁹³ Gutiérrez Herrera R, Ordóñez Azuara Y, Gómez Gómez C, Ramírez Aranda J, Méndez Espinoza E, Martínez Lazcano F. Analisis sobre elementos de contenido en medicina familiar para la identidad profesional del medico familiar. *Rev Med La paz.* 2019 Enero-Junio; 25(1).

⁹⁴ Sánchez Márquez NI, Bilbao Fuentes DB. Dinámica familiar de pacientes con enfermedad de Alzheimer antes y después del inicio de la enfermedad. *Pensando Psicol.* [Internet]. 19 de octubre de 2018 [citado 29 de noviembre de 2021];14(24). Disponible en: <https://revistas.ucc.edu.co/index.php/pe/article/view/2581>

⁹⁵ Esandi N, Canga A. Atención centrada en la familia: un modelo para abordar los cuidados de la demencia en la comunidad. *Elsevier España*, 2016 Vol. 48. Núm. 4. Pág. 265-269. DOI: 10.1016/j.aprim.2015.11.006

⁹⁶ Gutierrez Herrera RF. *El Alzheimer en Iberoamerica*. 1st ed. Mexico: Universidad Autónoma de Nuevo León; 2000.

⁹⁷ Gutierrez Rodriguez J, Guzman Gutierrez G. Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatria y Gerontologia.* 2017; 52(1): p. 3-6 DOI: 10.1016/S0211-139X(18)30072-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-resumen-definicion-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-S0211139X18300726?referer=buscador>.

⁹⁸ Ministerio de Salud. *Manual de Geriatria para Medicos* [Internet] Chile: Subsecretaria de Salud Publica.2018 Marzo[citado el 25 de Julio del 2020] Disponible en: <http://familiarcomunitaria.cl/FyC/wp-content/uploads/2019/01/Manual-Geriatria.pdf>.



⁹⁹ Kopitowski Karin. Medicina Familiar y práctica ambulatoria. 3er ed. Argentina. Editorial Panamericana. 2016

¹⁰⁰ Balea Fernández, FJ; Alonso Ramírez. Intervención psicológica familiar en la enfermedad de Alzheimer. International Journal of Developmental and Educational Psychology, vol. 1, núm. 1, 2020. España. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349863388023>

¹⁰¹ Gómez Soria I, Andrés Esteban EM, Gómez Bruton A, Peralta Marrupe P. Aten Primaria. 2021 agosto-septiembre; 53 (7): 102053. Español. Publicado en línea el 14 de abril de 2021 doi: 10.1016 / j.aprim.2021.102053

¹⁰² Ortiz Rodríguez MA, Delgado Sánchez U, Martínez Flores F, Villa Antonio. Deterioro cognitivo asociado con el nivel educativo e IMC en adultos mayores de Ciudad de México. Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica. 2018. 2-3: 29-36. Disponible en:

https://www.ecorfan.org/taiwan/research_journals/Fisioterapia/vol2num3/Revista_de_Fisioterapia_y_Tecnolog%C3%ADa_M%C3%A9dica_V2_N3_4.pdf

¹⁰³ Fonte Sevillano T, Santos Hedman D. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Rev cubana med [Internet]. 2020 Mar [citado 2021 Nov 28] ; 59(1): e1314. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232020000100002&lng=es. Epub 01-Mar-2020.



13. ANEXOS

Anexo 1.- ESCALA GRAFFAR-MENDEZ-CASTELLANOS

VARIABLES	PUNTOS	ITEMS
1.- Profesión del Jefe de familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior).
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores.
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores.
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.- Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas
TOTAL: 17 PUNTOS		
INTERPRETACION: Nivel Marginal		



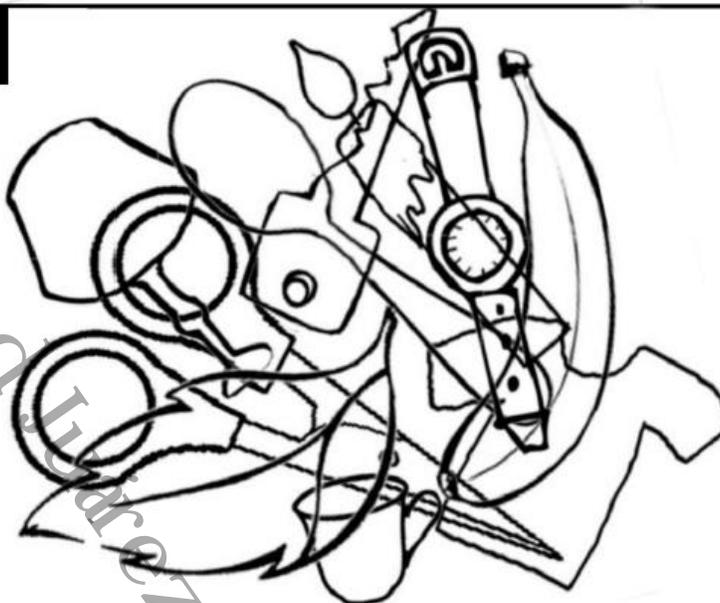
Anexo 2.- Evaluación Cognitiva de Montreal- Básica

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT-BASIC (MOCA-B) (Evaluación Cognitiva de Montreal-Básica)					Nombre _____ Sexo _____ Escolaridad _____ Edad _____ Fecha del examen _____ Administrado por _____			
FUNCIÓN EJECUTIVA						PUNTAJE HORA INICIO _____		
						(/1)		
MEMORIA INMEDIATA Administre los dos ensayos incluso si el primero es exitosamente logrado		ROSA 1 ^{er} ensayo _____ 2 ^o ensayo _____	SILLA 1 ^{er} ensayo _____ 2 ^o ensayo _____	MANO 1 ^{er} ensayo _____ 2 ^o ensayo _____	AZUL 1 ^{er} ensayo _____ 2 ^o ensayo _____	VASO 1 ^{er} ensayo _____ 2 ^o ensayo _____	Sin puntos	
FLUIDEZ Mencione la mayor cantidad de FRUTAS posible en un minuto		Ítems N 1..... 2..... 3..... 4..... 5..... 6..... 2 puntos si N = 13 o más 7..... 8..... 9..... 10..... 11..... 12..... 1 punto si N = 8 - 12 13..... 14..... 15..... 16..... 17..... 18..... 0 puntos si N = 7 o menos				(/2)		
ORIENTACIÓN <input type="checkbox"/> hora (± 2 hrs) <input type="checkbox"/> día <input type="checkbox"/> mes <input type="checkbox"/> año <input type="checkbox"/> lugar <input type="checkbox"/> ciudad						(/6)		
CÁLCULO Describa 3 formas de pagar, utilizando billetes de 1 peso, de 5 pesos y de 10 pesos, un objeto que vale exactamente 13 pesos		3 puntos si 3 formas correctas 2 puntos si 2 formas correctas 1 punto si 1 forma correcta 0 puntos si ninguna correcta				(/3)		
ABSTRACCIÓN ¿A qué categoría pertenecen estos objetos? (ej.: manzana – naranja: frutas)		<input type="checkbox"/> tren – barco <input type="checkbox"/> norte – sur <input type="checkbox"/> tambor – flauta				(/3)		
MEMORIA DIFERIDA Los puntos son atribuidos por las palabras recordadas sin indicios (1 punto por cada ítem)		Recordados sin indicios ROSA [] SILLA [] MANO [] AZUL [] VASO []	Recordado con indicio de categoría ROSA [] SILLA [] MANO [] AZUL [] VASO []			Recordado + indicio de opción múltiple ROSA [] SILLA [] MANO [] AZUL [] VASO []		(/5)
PERCEPCIÓN VISUAL Identificar los dibujos. No más de 60 segundos. Ver hoja complementaria		tijeras camiseta plátano lámpara vela reloj taza hoja llave cuchara	3 puntos si N= 9-10 2 puntos si N= 6-8 1 punto si N= 4-5 0 puntos si N= 0-3 N			(/3)		
DENOMINACIÓN Identificar animales. Ver hoja anexa.		<input type="checkbox"/> cebra <input type="checkbox"/> pavo real <input type="checkbox"/> tigre <input type="checkbox"/> mariposa				(/4)		
ATENCIÓN Leer los números escritos en los círculos. Ver hoja complementaria		1 5 8 3 9 2 0 3 9 4 0 2 1 6 8 7 4 6 7 5				(/1)		
Nombrar los números dentro de los círculos y cuadrados. Ver hoja anexa		3 8 5 1 3 0 2 9 2 0 4 9 7 8 6 1 5 7 6 4 1 5 8 3 9 2 0 3 9 4 0 2 1 0 8 7 4 6 7 5			ERRORES N 2 puntos si 2 errores o menos 1 punto si 3 errores 0 puntos si 4 errores o más		(/2)	
PUNTAJE TOTAL /30 Agregar 1 punto si escolaridad < 4 años Y agregar 1 punto si analfabeto						HORA FIN _____		
Copyright: Z. Nasreddine, MD Traducido al español por Eduardo Cisneros, M.A. Versión final: marzo 2016								

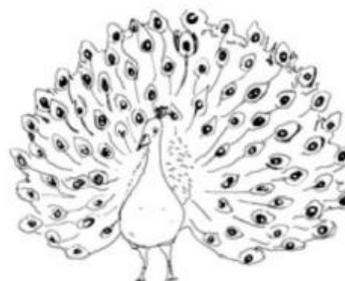


MOCA-B. HOJA COMPLEMENTARIA

PERCEPCIÓN VISUAL



DENOMINACIÓN



ATENCIÓN

① ⑤ ⑧ ③ ⑨ ② ⑦ ③ ⑨ ④ ① ② ① ⑥ ⑧ ⑦ ④ ⑥ ⑦ ⑤

③ ⑧ ⑤ ① ③ ⑦ ② ⑨ ② ⑦ ④ ⑨ ⑦ ⑧ ⑥ ① ⑤ ⑦ ⑥ ④

① ⑤ ⑧ ③ ⑨ ② ⑦ ③ ⑨ ④ ① ② ① ⑥ ⑧ ⑦ ④ ⑥ ⑦ ⑤



Anexo 3.- Actividades Básicas de la vida Diaria

Actividades básicas de la vida diaria (Índice de KATZ)

		Si (1 punto)	No (0 puntos)
INDEPENDENCIA EN ABVD	1) Baño (Esponja, regadera o tina) Sí: No recibe asistencia (puede entrar y salir de la tina u otra forma de baño). Sí: Que reciba asistencia durante el baño en una sola parte del cuerpo (ej. espalda o pierna). No: Que reciba asistencia durante el baño en más de una parte.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	2) Vestido Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse completamente, sin asistencia. Sí: Que pueda tomar las prendas y vestirse sin asistencia excepto en abrocharse los zapatos. No: Que reciba asistencia para tomar las prendas y vestirse.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	3) Uso del sanitario Sí: Sin ninguna asistencia (puede utilizar algún objeto de soporte como bastón o silla de ruedas y/o que pueda arreglar su ropa o el uso de pañal o cómodo). Sí: Que reciba asistencia al ir al baño, en limpiarse y que pueda manejar por sí mismo/a el pañal o cómodo vaciándolo. No: Que no vaya al baño por sí mismo/a.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	4) Transferencias Sí: Que se mueva dentro y fuera de la cama y silla sin ninguna asistencia (puede estar utilizando un auxiliar de la marcha u objeto de soporte). Sí: Que pueda moverse dentro y fuera de la cama y silla con asistencia. No: Que no pueda salir de la cama.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	5) Continencia Sí: Control total de esfínteres. Sí: Que tenga accidentes ocasionales que no afectan su vida social. No: Necesita ayuda para supervisión del control de esfínteres, utiliza sonda o es incontinente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	6) Alimentación Sí: Que se alimente por sí solo sin asistencia alguna. Sí: Que se alimente solo y que tenga asistencia sólo para cortar la carne o untar mantequilla. No: Que reciba asistencia en la alimentación o que se alimente parcial o totalmente por vía enteral o parenteral.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CALIFICACIÓN DE KATZ

- [A] Independencia en todas las actividades básicas de la vida diaria.
- [B] Independencia en todas las actividades menos en una.
- [C] Independencia en todo menos en bañarse y otra actividad adicional.
- [D] Independencia en todo menos bañarse, vestirse y otra actividad adicional.
- [E] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario y otra actividad adicional.
- [F] Dependencia en el baño, vestido, uso del sanitario, transferencias y otra actividad.
- [G] Dependiente en las seis actividades básicas de la vida diaria.
- [H] Dependencia en dos actividades pero que no clasifican en C, D, E, y F.

Resultado /6[]

• Katz, S., Ford, A. B., Moskowitz, R. W., Jackson, B. A. y Jaffe, M. W. (1963). Studies of illness in the aged. The index of adl: a standardized, measure of biological and psychosocial function. JAMA, 185 (12), 914-919

• Cabañero Martínez, M. J., Cabrero García, J., Richart Martínez, M. y Muñoz Mendoza, C. L. (2009). The spanish versions of the Barthel index (BI) and the Katz index (KI) of activities of daily living (ADL): a structured review. Arch Gerontol Geriatr, 49(1), e77-e84(ADL): a structured review. Arch Gerontol Geriatr, 49(1), e77-e84



Anexo 4.- Evaluación del funcionamiento familiar (FF-SIL)

Casi siempre	5
Muchas veces	4
A veces	3
Pocas veces	2
Casi nunca	1

Diagnóstico del funcionamiento familiar según puntuación total de la prueba FF-SIL

Funcional	De 70 a 57 puntos
Moderadamente funcional	De 56 a 43 puntos
Disfuncional	De 42 a 28 puntos
Severamente disfuncional	De 27 a 14 puntos

Evaluación del funcionamiento familiar según instrumento FF-SIL.

Prueba de percepción del funcionamiento familiar (FF-SIL): a continuación se presenta un grupo de situaciones que pueden ocurrir o no en su familia. Usted debe clasificar y marcar con una X su respuesta según la frecuencia en que la situación se presente.

La escala tiene diferentes valores de acuerdo con el criterio seleccionado, según se observa en el siguiente cuadro:

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

La puntuación final de la prueba se obtiene de la suma de los puntos por ítems, lo que permite llegar al diagnóstico de funcionamiento familiar; este se muestra en el siguiente cuadro:



Anexo 5.- Ficha de identificación

FICHA DE IDENTIFICACIÓN: FAMILIA

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación	Estado Civil
AAM**	77a	Madre	Analfabeta	Labores del hogar	Casada
FMM	70a	Padre	Analfabeto	Desempleado	Casado
JMA	32a	Hijo	Secundaria	Empleado	Soltero

** Caso índice

Anexo 6.- Factores de riesgo individual y familiar

FACTORES DE RIESGO INDIVIDUAL

Integrante	Factores de riesgo	Factores protectores
Paciente con deterioro cognitivo	<p>Biológicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes mellitus • Obesidad • Hipertensión arterial • Deterioro cognitivo <p>Físicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Riesgo de presentar accidentes en casa • Riesgo de presentar caídas en casa • Capacidad funcional disminuida <p>Sociales:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuadro de ansiedad moderada que podría desencadenar retraimiento social o aislamiento. • Riesgo de desarrollar depresión debido a la pérdida de memoria • Riesgo de agravamiento de la enfermedad por inestabilidad de su situación económica. <p>Económico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inestabilidad económica <p>Educativa:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sin escolaridad, lo que condiciona al analfabetismo. 	<p>Médicos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Cuenta con servicio médico. • Inmunizaciones acorde a su edad <p>Religioso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Católica. <p>Social:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Política de buena vecindad. • Apoyo parcial de parte de sus hijos



ESPOSO	Biológicos: <ul style="list-style-type: none">• Carga genética para desarrollar diabetes e hipertensión arterial• Alcoholismo• Carga para desarrollar Cáncer debido a la tumoración de cuello. Físicos: <ul style="list-style-type: none">• Riesgo de presentar caídas y accidentes en casa Sociales: <ul style="list-style-type: none">• Cuadro de ansiedad por la situación familiar y enfermedad no tratada.• Riesgo de desarrollar depresión por la falta de empleo y el sentirse disfuncional Económicos: <ul style="list-style-type: none">• Inestabilidad económica. Educativos: <ul style="list-style-type: none">• Sin escolaridad, lo que condiciona al analfabetismo.	Médicos: <ul style="list-style-type: none">• Cuenta con servicio de Salud. Religioso: <ul style="list-style-type: none">• católica Social: <ul style="list-style-type: none">• Política de buena vecindad.• Apoyo parcial de parte de sus hijos
HIJO	Biológicos: <ul style="list-style-type: none">• Carga genética para desarrollar diabetes• Carga genética para desarrollar hipertensión arterial Físicos: <ul style="list-style-type: none">• Riesgo de accidentes durante los traslados a su trabajo Sociales: <ul style="list-style-type: none">• Riesgo de ansiedad ante el trabajo inestable• Riesgo de baja autoestima Económico: <ul style="list-style-type: none">• Inestabilidad económico• Trabajo inestable Educativo: <ul style="list-style-type: none">• Escolaridad baja.	Médicos: <ul style="list-style-type: none">• Cuenta con servicio de seguridad social Religiosos <ul style="list-style-type: none">• católica Social: <ul style="list-style-type: none">• Política de buena vecindad• Apoyo por la familia (hermana)• Compañerismo en el lugar de trabajo• Buena relación con su madre



Anexo 7.- Diagnóstico Biopsicosocial Individual

ESPOSO	PACIENTE	HIJO
<ul style="list-style-type: none"> • Tiene adicción al alcoholismo. • Crisis por pérdida de estatus al perder su empleo. • Crisis de abandono por parte de alguno de sus hijos. • Crisis por pérdida de la salud. • Falta de afecto y hacia su pareja e hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Presenta diabetes tipo 2 e hipertensión arterial condicionando estrés ante su enfermedad. • Crisis por pérdida del estado cognitivo lo que ha condicionado a estrés. • Falta de afecto y comunicación hacia su pareja e hijos. • No asume el rol de madre ni abuela ante la falta de socialización con sus nietos e hijos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ansiedad por falta de un trabajo estable y bien remunerado. • Preocupación por falta de apoyo de sus hermanos. • Falta de comunicación y afecto en las relaciones fraternales.

Anexo 8.- Jerarquización de los factores de riesgo

Factores de riesgo	Magnitud	Trascendencia	Vulnerabilidad	Factibilidad	Total
Falta de relaciones paterno-filiales y de cuidado	1	2	3	2	8
Afectividad y comunicación en las relaciones fraternales	1	2	3	2	8
Deterioro cognitivo de la paciente	1	3	3	1	8