

**UNIVERSIDAD GALILEO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**



**FACTORES RELACIONADOS CON EL AISLAMIENTO SOCIAL Y EL  
DETERIORO COGNITIVO EN PERSONAS ADULTOS MAYORES  
DIAGNOSTICADAS CON COVID 19 QUIENES FUERON ATENDIDOS EN SU  
DOMICILIO POR PERSONAL DE GERIATRIC CARE, DURANTE EL PERÍODO  
DE JULIO A DICIEMBRE, 2021**

**INVESTIGACIÓN**

**PRESENTADA A LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**POR**

GABRIELA CAROLINA VALLE MENDOZA 20002736

LAURA ROSSELY MARROQUIN ORDOÑEZ 20005774

JOSE LEONEL CARRILLO LEMUS 16005904

EDUARDO AYALA VILLACORTA 20002783

MELVIN ARTURO HERNANDEZ 20006714

**PREVIO A CONFERIRSE EL TÍTULO DE  
GERIATRA Y GERONTÓLOGO  
EN EL GRADO ACADÉMICO DE  
MAESTRO**

**GUATEMALA, DICIEMBRE, 2021**

<b>I. INTRODUCCIÓN</b>	3
<b>CAPÍTULO I.</b>	4
<b>1. MARCO METODOLÓGICO</b>	4
<b>1.1. Justificación de la investigación</b>	4
<b>1.2. Planteamiento del problema</b>	5
<b>1.2.2. Delimitación del problema</b>	6
<b>1.2.2.5. Ámbito institucional:</b>	9
<b>1.2.2.6. Ámbito Personal:</b>	10
<b>1.3 Hipótesis</b>	11
<b>1.4 Objetivos de la investigación</b>	11
<b>Capítulo II.</b>	12
<b>2. MARCO TEÓRICO</b>	12
<b>2.1 ADULTO MAYOR:</b>	12
<b>2.2 COVID 19:</b>	13
<b>PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS</b>	34
<b>4.1. Resultados:</b>	34
<b>4.2. Discusión:</b>	39
<b>5.1. Conclusiones:</b>	41
<b>5.2. Recomendaciones:</b>	42
<b>Capítulo VI.</b>	43
<b>6. BIBLIOGRAFÍA</b>	43
<b>CAPÍTULO VII.</b>	45
<b>6. ANEXOS</b>	45
<b>6.1 FICHA EPIDEMIOLÓGICA</b>	45
<b>6.2 MINI MENTAL TEST</b>	46

## I. INTRODUCCIÓN

En Guatemala los adultos mayores son las personas que se encuentran más vulnerables, por la condición de salud, situación familiar, enfermedades crónico-degenerativas, problemas económicos, y abandono familiar.

El envejecimiento poblacional, situación que de manera progresiva se ha evidenciado, crea desafíos en la economía, previsión social y familiar. Actualmente Guatemala no cuenta con una estrategia gubernamental de atención específica de las personas mayores siendo un grupo vulnerable ante la enfermedad COVID 19, por lo que es un grupo que se debe tener prioridad con un plan de atención específico de emergencia en la que se les debe incluir prevención, detección, atención y seguimiento.

Según datos del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS en agosto de 2021 se documentó que aún falta por vacunar el 53% de los mayores de 70 años con una dosis de COVID 19; el 46% de las personas de 60 a 69 años y al 52% de las personas entre 50 a 59 años.

El deterioro cognitivo es la manifestación clínica más importante de las demencias, con un impacto en la calidad de vida de las personas, familia y cuidadores. Por la pandemia y el aislamiento social que están viviendo los adultos mayores se percibe un aumento de la enfermedad disminuyendo la calidad de vida de las personas, en caso no se le dé un seguimiento apropiado.

Es importante la detección temprana del deterioro cognitivo, dada la necesidad del proceso en las fases iniciales para determinar el tratamiento óptimo según cada persona. Así como proporcionar seguimiento a las personas mayores diagnosticadas con COVID 19 y prevenir el avance de la enfermedad, así como disminuir los efectos secundarios causados por el aislamiento social.

Los pacientes que fueron atendidos por personal de Geriatric Care fueron personas mayores de 60 años diagnosticadas con COVID 19 en aislamiento domiciliario. La información se recolectó por medio de un cuestionario de deterioro cognitivo mini mental test de folstein y ficha epidemiológica.

## **CAPÍTULO I.**

### **1. MARCO METODOLÓGICO**

#### **1.1. Justificación de la investigación**

La investigación sobre la relación en los adultos mayores con COVID 19 es relevante, ya que es una población vulnerable que presenta peor pronóstico por sus comorbilidades, los síndromes geriátricos y la fragilidad asociada al envejecimiento es por esto por lo que se quiere observar el efecto que tiene la pandemia en el deterioro cognitivo y el aislamiento social.

La fragilidad de las personas mayores, la reducción de la capacidad funcional y el daño psicológico y emocional que se está viendo por el confinamiento son similares al de un estrés postraumático. El estar en aislamiento y separados de las familias especialmente en situaciones difíciles se ha vuelto aún más complicado de manejar.

El estudio busca alternativas de confinamiento de las personas mayores y sobre todo con demencia, por consecuencias negativas como la reducción de la inactividad física y su implicación con problemas de sueño, insomnio; lo que aumenta el deterioro cognitivo por haber dejado de realizar actividades de estimulación cognitiva, con afectación del estado emocional, con aumento de depresión y por soledad.

Una de las alternativas de solución a este problema es disminuir los riesgos, crear alternativas para que las personas mayores aun estando aisladas puedan tener comunicación con familiares por videoconferencias.

Es importante el manejo multidisciplinario en pacientes adultos mayores con COVID 19 hospitalizados, incentivar a psicólogos, psiquiatras, terapia ocupacional, terapia física para continuar con el manejo adecuado para estos pacientes, darle el seguimiento y disminuir las complicaciones del aislamiento social y deterioro cognitivo.

Es conveniente conocer el impacto de la pandemia para poder realizar medidas que promuevan la detección precoz, la intervención, rehabilitación y el seguimiento. Es importante implementar soluciones que puedan englobar actividades ya conocidas como estimulación cognitiva, la promoción de la actividad física y alternativas para el tratamiento oportuno para disminuir la afectación del estado emocional.

## **1.2.Planteamiento del problema**

La situación de la pandemia y el aislamiento social está afectando a la población en general. Es por eso por lo que esta investigación pretende mostrar la relación entre el aislamiento social, deterioro cognitivo y COVID 19 para poder estar preparados frente a esta y otras crisis sanitarias.

Por el riesgo de la población vulnerable, es probable que estas personas mayores sean las últimas en abandonar el confinamiento. Es importante generar evidencias de calidad sobre su impacto sobre la población adulta mayor y las posibles intervenciones para prevenir y dar tratamiento oportuno durante la hospitalización y al egreso de este.

Las personas mayores con enfermedades crónicas y en situación de dependencia son un grupo vulnerable y de mal pronóstico en relación con el COVID 19 y son una población prioritaria para buscar alternativas para disminuir el deterioro cognitivo y el distanciamiento social.

### **1.2.1. Definición del problema:**

El aislamiento social crea un impacto en la persona tanto en su estado de salud, nivel emocional, familiar creando preocupación ante la inestabilidad en su condición personal.

Por lo que es importante implementar con el equipo multidisciplinario estrategias para facilitar la integración social para evitar poner en riesgo la integridad física y mental de los adultos mayores.

El aislamiento social por la pandemia del COVID 19 ha provocado a la población adulta mayor un encierro involuntario, siendo un grupo vulnerable y es uno de los más afectados aumentando la incidencia de deterioro cognitivo.

La relevancia de la investigación es por el aumento del deterioro cognitivo a causa del aislamiento social de los adultos mayores diagnosticados con COVID 19. El efecto en la salud mental que se evidencia en el aislamiento social y la importancia de implementar equipo multidisciplinario en las personas para disminuir los efectos secundarios, importante darles seguimiento a los pacientes para continuar con el tratamiento psicológico y medicina física con énfasis en el apoyo familiar para mejorar su estado de salud y evitar el avance del deterioro cognitivo.

### **Especificación del problema:**

¿Cuáles son los factores relacionados entre el aislamiento social y el deterioro cognitivo en personas adultas mayores diagnosticadas con COVID 19 en aislamiento domiciliario atendidos por personal de Geriatric Care durante el período de julio a diciembre de 2021?

### **Alcance y límites:**

El presente trabajo se realizó con personas adultas mayores, con factores relacionados al aislamiento social y el deterioro cognitivo, en el domicilio por personal de Geriatric Care, para demostrar que el aislamiento social asociado a COVID 19 dio deterioro cognitivo y caracterización sociodemográfica.

## **1.2.2. Delimitación del problema**

### **1.2.2.1. Unidad de análisis:**

La unidad de análisis son pacientes en aislamiento domiciliario diagnosticados con COVID 19 atendidos por personal de Geriatric Care.

### **1.2.2.2. Sujetos de investigación:**

Personas mayores de 60 años de género femenino y masculino en aislamiento domiciliario diagnosticados con COVID 19 tratados por personal de Geriatric care

### **1.2.2.3. Tamaño de la muestra:**

100% de las personas mayores en aislamiento domiciliario diagnosticadas con COVID 19 en el período de la investigación

### **1.2.2.4. Ámbito geográfico:**

La extensión de la República de Guatemala es 108,900 km<sup>2</sup>. Población 17,154,812 habitantes. Limita al norte y al oeste con México; al noreste con Belice, y mar Caribe, al sureste con Honduras, El Salvador, al sur con el océano Pacífico. Se divide en 22 departamentos, organizados en ocho regiones y 339 municipios;

- Región I o Metropolitana: Guatemala
- Región II o Norte: Alta Verapaz y Baja Verapaz
- Región III o Nororiental: Chiquimula, El Progreso, Izabal y Zacapa
- Región IV o Suroriental: Jutiapa, Jalapa y Santa Rosa
- Región V o Central: Chimaltenango, Sacatepéquez y Escuintla
- Región VI o Suroccidental: Quetzaltenango, Retalhuleu, San Marcos, Suchitepéquez, Sololá y Totonicapán
- Región VII o Noroccidental: Huehuetenango y Quiché
- Región VIII: Petén

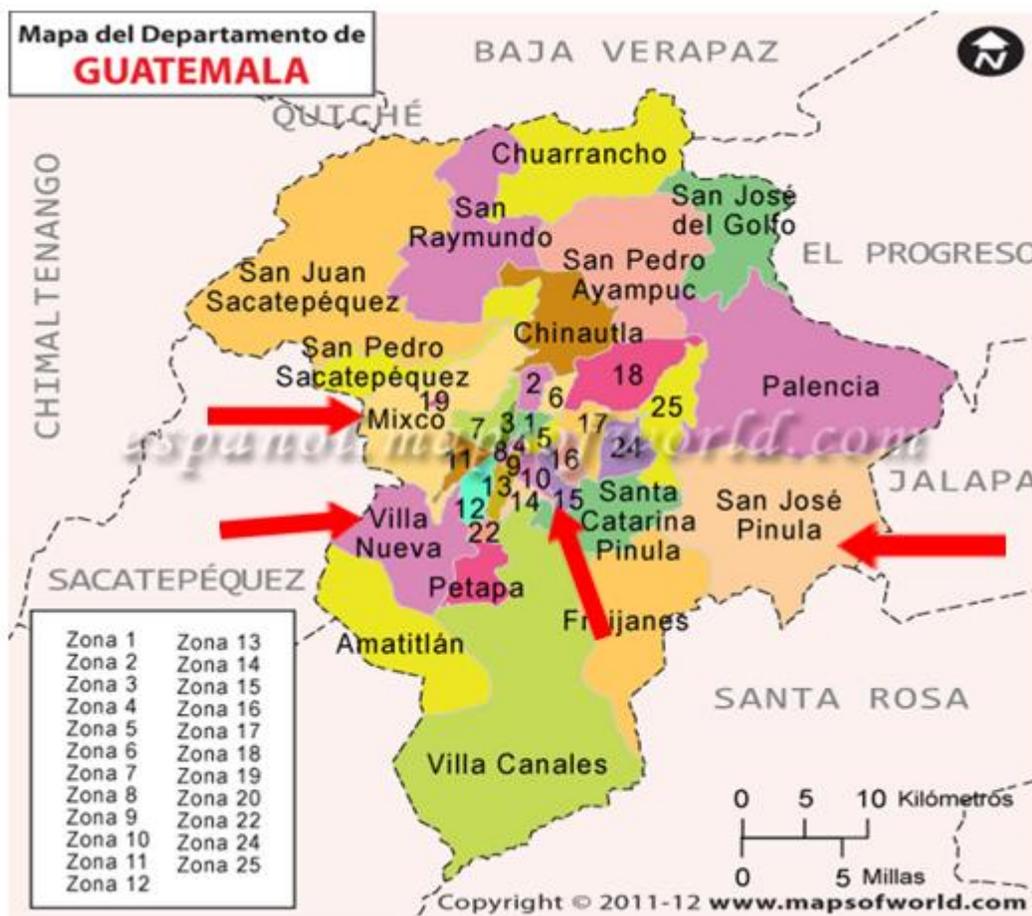
Mapa 1: Mapa de la República de Guatemala



Fuente: Mapa geográfico de Guatemala. Disponible en: <http://www.mapacarreteras.org/p91-Guatemala/>

Guatemala uno de los departamentos se ubica en el centro del país. Extensión 2,253 km<sup>2</sup>. Población, según el censo en el departamento de Guatemala 2015, alcanza 3,134,276 habitantes. Tiene 17 municipios y su cabecera es el municipio de Guatemala.

Mapa 2: Ciudad de Guatemala



Fuente: Mapa geográfico de la ciudad de Guatemala. Disponible en: <http://www.sh-dz.net/8-regiones-de-guatemala-departamentos-y-municipios.html>

#### I.2.2.5. **Ámbito institucional:**

##### **Geriatric Care:**

Somos especialistas en brindar atención médica domiciliar y consulta por telemedicina, contamos con un equipo de profesionales comprometidos en mejorar la calidad de vida de nuestros pacientes.

Contamos con alta tecnología para brindarle todo tipo de exámenes de laboratorio, realizados por un equipo calificado, capacitado y humanizado para ofrecerle un excelente diagnóstico.

Brindamos servicios de imágenes de visualización de la estructura del cuerpo, contamos con la tecnología de vanguardia y con un equipo de médicos radiólogos para ofrecer un diagnóstico profesional a nuestros pacientes.

#### Misión:

Somos Geriatric Care una empresa guatemalteca dedicada a prestar servicios de salud integrales a domicilio, contamos con un equipo de profesionales altamente calificados con los que brindamos respuestas a la alta demanda de servicios de salud con calidad y accesibilidad, poniendo a disposición en los hogares consultas médicas Generales y con especialistas, diagnósticos por imágenes, exámenes de laboratorios.

#### Visión:

Ser una de las primeras empresas reconocidas en la prestación de servicios de salud a domicilio a nivel nacional, para ello mantendremos actualizado constantemente nuestra cultura que vela por mantener los estándares de calidad en nuestro equipo de trabajo para que puedan brindar un servicio excepcional a nuestros clientes y superar sus expectativas.

#### **Cobertura:**

Dentro de la capital y departamental

#### **1.2.2.6. Ámbito Personal:**

Pacientes Adultos Mayores, con factores relacionados al aislamiento social y deterioro cognitivo diagnosticados con COVID 19, atendidos por personal de Geriatric Care.

#### **1.2.2.7. Ámbito temático**

Factores relacionados con el aislamiento social y el deterioro cognitivo en personas adultas mayores diagnosticadas con COVID 19.

#### **1.2.2.8. Ámbito temporal**

Julio 2021 a diciembre 2021.

### **1.3 Hipótesis**

Ha: El 75% de los adultos mayores con COVID 19 en aislamiento domiciliario atendidos por personal de Geriatric care presentan deterioro cognitivo.

Ho: EL 75% de los adultos mayores con COVID 19 en aislamiento domiciliario atendidos por personal de Geriatric care no presentan deterioro cognitivo.

### **1.4 Objetivos de la investigación**

#### **1.4.1 Objetivo general:**

Determinar los factores relacionados entre el aislamiento social y en el deterioro cognitivo en los adultos mayores diagnosticados con COVID 19 en su domicilio durante el período de julio a diciembre 2021

#### **1.4.2 Objetivos específicos**

**1.4.2.1** Diagnosticar el deterioro cognitivo en los adultos mayores con COVID 19 mediante la herramienta mini mental test de folstein.

**1.4.2.2** Determinar las condiciones relacionales entre el deterioro cognitivo y aislamiento social en los adultos mayores.

**1.4.2.3** Determinar las características clínicas y epidemiológicas de los adultos mayores diagnosticados con COVID 19.

## **CAPÍTULO II.**

### **MARCO TEÓRICO**

#### **2.1 ADULTO MAYOR:**

El Adulto mayor es un término reciente que se le da a todas las personas mayores de 60 años de edad. Estas también pueden ser llamadas de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico, social, relaciones interpersonales y psicológico experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida. (Gonzalez-Montalbo JL, 1991)

Los adultos mayores son un símbolo de estatus, prestigio y fuente de sabiduría. Por lo general son tratados con mucho respeto y se les identifica por ser maestros o consejeros en ciertas sociedades debido a su trayectoria. Actualmente se necesita dar apoyo a adultos mayores en diferentes naciones para que puedan tener una vida digna.

#### **Tipología de pacientes ancianos**

A medida que pasan los años, aumenta la prevalencia de enfermedades y de discapacidad. Sin embargo, también es cierto que muchas personas llegan a edades avanzadas de la vida con buen estado de salud. Entre un 15-40% de los ancianos de 70 años carecen de enfermedades objetivables; por lo tanto, no es posible predecir la salud de un individuo en función únicamente de su edad. (AJ, 2000)

#### **Adulto mayor sano:**

Se trata de una persona de edad avanzada con ausencia de enfermedad objetivable. Su capacidad funcional está bien conservada y es independiente para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y no presenta problemática mental o social derivada de su estado de salud.

#### **Adulto mayor enfermo:**

Es aquel anciano sano con una enfermedad aguda. Se comportaría de forma parecida a un paciente enfermo adulto. Suelen ser personas que acuden a consulta o ingresan en los hospitales

por un proceso único, no suelen presentar otras enfermedades importantes ni problemas mentales ni sociales. Sus problemas de salud pueden ser atendidos y resueltos con normalidad dentro de los servicios tradicionales sanitarios de la especialidad médica que corresponda.

### **Adulto mayor frágil:**

Es aquel anciano que conserva su independencia de manera precaria y que se encuentra en situación de alto riesgo de volverse dependiente. Se trata de una persona con una o varias enfermedades de base, que cuando están compensadas permiten al anciano mantener su independencia básica, gracias a un delicado equilibrio con su entorno sociofamiliar. En estos casos, procesos intercurrentes (infección, caídas, cambios de medicación, hospitalización, etc.) pueden llevar a una situación de pérdida de independencia que obligue a la necesidad de recursos sanitarios y/o sociales. En estos ancianos frágiles la capacidad funcional está aparentemente bien conservada para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), aunque (como ya se explicará más adelante), pueden presentar dificultades en tareas instrumentales más complejas. El hecho principal que define al anciano frágil es que, siendo independiente, tiene alto riesgo de volverse dependiente (riesgo de discapacidad); en otras palabras, sería una situación de pre-discapacidad.

### **Paciente geriátrico:**

Es aquel paciente de edad avanzada con una o varias enfermedades de base crónicas y evolucionadas, en el que ya existe discapacidad de forma evidente. Estos pacientes son dependientes para las actividades básicas de la vida diaria (autocuidado), precisan ayuda de otros y con frecuencia suelen presentar alteración mental y problemática social. En otras palabras, podría decirse que el llamado paciente geriátrico es el anciano en quien el equilibrio entre sus necesidades y la capacidad del entorno de cubrirlas se ha roto y el paciente se ha vuelto dependiente y con discapacidad. (Baztán cortés JJ, 2000)

## **2.2 COVID 19:**

En diciembre del año 2019 se inició un brote de casos neumónicos en la ciudad de Wuhan China. El virus del síndrome respiratorio agudo severo tipo-2 (SARS-CoV-2), causante de

COVID-19, se ubica taxonómicamente en la familia Coronaviridae. Los coronavirus tienen forma esférica o irregular, con un diámetro aproximado de 125nm. Su genoma está constituido por ARN de cadena sencilla, con polaridad positiva, y con una longitud aproximada de 30.000 ribonucleótidos (Francisco Javier Díaz-Castrillón, 2020)

Son virus envueltos, pleomórficos o esféricos, que presentan el RNA como genoma, su tamaño está entre los 80 a 120 nm de diámetro. Superficialmente pueden observarse proyecciones de la glicoproteína spike (S), y al igual que la mayoría de la beta coronavirus posee dímeros de proteínas hemaglutinina-esterasa (HE) (Ciro Maguiña Vargas, 2020)

Son virus envueltos, pleomórficos o esféricos, que presentan el ARN como genoma, su tamaño está entre los 80 a 120 nm de diámetro. Superficialmente pueden observarse proyecciones de la glicoproteína spike (S), y al igual que la mayoría de la beta coronavirus posee dímeros de proteínas hemaglutinina-esterasa (HE) (Ciro Maguiña Vargas, 2020)

### **Síntomas Variantes:**

Según la CDC -Centers for Disease Control and Prevention los síntomas notificados actualmente varían desde aquellos que presentan síntomas leves, así como los que no presentan ningún síntoma o tienen síntomas complicados. Algunos de los síntomas actualmente identificados son los siguientes:

- Fiebre o escalofríos
- Tos
- Dificultad para respirar (sentir que le falta el aire)
- Fatiga
- Dolores musculares y corporales
- Dolor de cabeza
- Pérdida reciente del olfato o el gusto
- Dolor de garganta
- Congestión o moqueo
- Náuseas o vómitos
- Diarrea

- Cuadro clínico:

Con respecto a las características de los casos confirmados de COVID 19 en la ciudad de Wuhan, China una cohorte retrospectiva de 41 pacientes demostró que la edad promedio fue de 49 años, con prevalencia masculina. Se consideraron signos y síntomas importantes de COVID 19: fiebre (98%), tos seca (76%), disnea (55%), mialgia o fatiga (44%) y linfopenia (63%).

Las personas infectadas pueden estar asintomáticas o presentar un cortejo de signos y síntomas muy variados que oscilan desde leves a muy graves según las características de cada persona.

El inicio de COVID 19 se manifiesta principalmente como fiebre, pero en ocasiones solo se presentan escalofríos y síntomas respiratorios dado por tos seca leve y disnea gradual, además de fatiga y diarrea. algunos síntomas muy frecuentes según ha registrado la organización mundial de la salud OMS, son expectoración (33%), odinofagia (14%), cefalea (14%), mialgia o artralgia (15%), náuseas o vómitos (5%), congestión nasal (5%). (Pérez et al., 2020)

Debido a la diferencia en la presencia de los síntomas en cada uno de los pacientes se decidió en Guatemala dividir los casos como:

- Caso Confirmado
- Caso Sospechoso
- Caso Probable
- Caso Recuperado
- Caso Positivo

**Tratamiento:**

Actualmente no existe un tratamiento específico para COVID 19 ya que aún se encuentran varias investigaciones en proceso, sin embargo, ya existen ciertos estudios con resultados preliminares entre los cuales podemos encontrar los siguientes:

El Remdesivir es un medicamento que pertenece al grupo de análogos de los nucleótidos, este se metaboliza intracelularmente en un análogo de adenosina trifosfato que inhibe las ARN polimerasas víricas. (J.H. Beigel, 2020)

El cuerpo de evidencia disponible hasta el momento muestra que remdesivir podría asociarse a beneficios modestos sin eventos adversos severos. La certeza en los efectos de remdesivir sobre la salud de pacientes con COVID-19 es baja. (J.H. Beigel, 2020)

El remdesivir actualmente presenta menos interacciones que otros antivíricos, con un perfil de seguridad probado en estudios en fase 1 en más de 500 pacientes con infección por virus Ébola. (Ministerio de Salud Argentina, 2021)

Se han publicado recientemente varios estudios sobre el uso de remdesivir en COVID-19. El primero de ellos evalúa el uso compasivo de remdesivir en pacientes con COVID-19. De los 53 pacientes analizados, el 57% recibió Ventilación Mecánica y el 8% oxigenación por membrana extracorpórea [ECMO]. La mortalidad global fue del 13% (18% entre pacientes en Ventilación Mecánica, 5% entre los no ventilados). (Ministerio de Salud Argentina, 2021)

Existen algunos efectos adversos identificados como anemia o descenso del filtrado glomerular hasta en un 28,8% de los pacientes, también se ha observado la aparición de hipotensión arterial durante la infusión del medicamento.

### **Corticoides**

La dexametasona es un medicamento que se está utilizando en el manejo de COVID 19 actualmente parece desempeñar un importante papel en la fisiopatología del daño pulmonar.

Los pacientes con esta enfermedad presentan niveles elevados de citoquinas proinflamatorias y otros biomarcadores inflamatorios. Actualmente existe evidencia muy limitada sobre el beneficio de este medicamento para el tratamiento de COVID 19.

### **Tocilizumab**

El último estudio aleatorizado, controlado y abierto que se encuentra sobre este medicamento fue aplicada a pacientes que presentaban hipoxia, una dosis de 400mg a 800mg según el peso

de cada uno y administrado intravenosamente. Un estudio realizado entre el 23 de abril de 2020 y 24 de enero de 2021, 4116 adultos de 21550 pacientes inscritos en el ensayo RECOVERY se incluyeron en la evaluación de tocilizumab, incluidos 3,385 (82%) pacientes que recibieron corticosteroides sistémicos.

En general, 621 (31%) de los 2,022 pacientes asignados a tocilizumab y 729 (35%) de los 2,094 pacientes asignados a la atención habitual murieron dentro de los 28 días (razón de tasas 0 · 85; IC del 95%: 0 · 76–0 · 94;  $p = 0 · 0028$ ). Se observaron resultados consistentes en todos los subgrupos de pacientes, incluidos los que recibieron corticosteroides sistémicos. Los pacientes asignados a tocilizumab tuvieron mayor probabilidad de ser dados de alta del hospital dentro de los 28 días (57% vs 50%; razón de tasas 1 · 22; 1 · 12–1 · 33. (Ministerio de Salud Argentina, 2021)

### **2.3 Criterios de Ingreso Hospitalario:**

Según guías del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social:

#### **Caso Confirmado por laboratorio**

Un paciente que tenga la confirmación del área de laboratorio de infección por SARS-CoV-2 independientemente de los signos o síntomas que presente. Actualmente existen hisopados o bien PCR (Ronald Galdámez, 2020)

#### **Caso Confirmado por Nexo Epidemiológico**

Persona que tuvo contacto con una persona confirmada por laboratorio. Esta no requiere hospitalización. (Ronald Galdámez, 2020)

#### **Caso Sospechoso**

Estos casos pueden darse de tres formas:

1. Persona que presente infección respiratoria aguda a cualquier nivel de gravedad, con fiebre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ) y al menos uno de los siguientes signos o síntomas: tos, dolor de garganta, dificultad respiratoria, anosmia, ageusia. (Ronald Galdámez, 2020)

2. Persona con infección respiratoria aguda moderada o grave que requiere hospitalización.
3. Todo trabajador de la salud con contacto directo con paciente confirmado, quien tenga temperatura  $>37.5^{\circ}\text{C}$  e infección respiratoria aguda. (Ronald Galdámez, 2020)

### **Caso Probable**

Estos casos pueden darse de dos formas:

1. Persona fallecida con síntomas respiratorios sin prueba confirmatoria de SARS- CoV-2 y que tuvo contacto con un caso confirmado. (Ronald Galdámez, 2020)

En el que la causa básica de muerte registrada en el certificado sea el de defunción por COVID-19 sin tener el resultado de laboratorio. (Ronald Galdámez, 2020)

### **Tratamiento de Caso Confirmado**

Ya que actualmente aún no existe un tratamiento específico para el COVID 19 en el Instituto Guatemalteco de Seguridad Social se ha decidido tener un abordaje terapéutico inicial de soporte, vigilancia y tratamiento de complicaciones.

### **Síndrome Respiratorio Leve**

Todo paciente sin síntomas clínicos de gravedad, factores de riesgo de desenlace fatal o evidencia radiológica de neumonía (rayos X de tórax postero anterior y lateral obligatorio), podrá egresar con tratamiento sintomático ambulatorio y plan educacional extenso sobre medidas de aislamiento domiciliario, valorando el contexto social que permita al paciente su cuidado en casa (por ejemplo, estado funcional adecuado y apoyo familiar de bajo riesgo). (Ronald Galdámez, 2020)

### **Neumonía Moderada a Grave**

Evidencia radiológica de neumonía, edad mayor de 70 años, comorbilidades (hipertensión arterial, cardiopatía, Virus de inmunodeficiencia humana , cáncer activo, Enfermedad renal crónica, Diabetes mellitus, insuficiencia renal aguda, Enfermedad pulmonar obstructiva crónica,

obesidad) inestabilidad hemodinámica, riesgo incrementado de mortalidad (PSI clase III/IV), al menos un marcador de laboratorio de riesgo de ARDS o riesgo aumentado de mortalidad, saturación de O<sub>2</sub> < 90% o frecuencia respiratoria > 30 por minuto. (Ronald Galdámez, 2020)

Colchicina 1.5 mg vía oral de carga, 0.5 mg tras 60 minutos y luego 0.5 mg cada 12 horas por un máximo de 3 semanas.

Si el paciente tiene requerimiento de oxígeno iniciar dexametasona 6 mg IV cada 24 horas por un máximo de 10 días o hasta el egreso, lo que sea más corto; por considerarse dosis alta de glucocorticoide deberá traslaparse a su equivalente (37.5 mg) de prednisona vía oral, con disminución progresiva de la dosis de 5 mg cada cinco días hasta omitir, a partir de una dosis inicial de 35 mg. Como alternativa a la dexametasona se puede utilizar, de segunda línea, metilprednisolona 40 mg IV BID por 3 días, seguido de 20 mg BID por tres días. (Ronald Galdámez, 2020)

Remdesivir 200 mg IV de carga y 100 mg IV cada 24 horas por cinco días 28–32. El presente tratamiento de casos moderados estará aunado a trombo profilaxis o anticoagulación según se requiera, así como tocilizumab si se cumplen los criterios para la utilización de este. (Ronald Galdámez, 2020)

Síndrome de Distrés Respiratorio Agudo, sepsis o disfunción orgánica por sepsis, requerimiento de oxigenoterapia de alto flujo, ventilación mecánica invasiva o no invasiva, síndrome de hiperinflación (HS score > 169) o niveles de IL-6 >40 pg/mL 22,23,31. Tratamiento de neumonía moderada a grave.

Si presenta síndrome de hiperinflación o niveles de IL-6 >40 pg/mL agregar a la terapia Tocilizumab 8 mg/Kg (dosis máxima de 800 mg) IV, cada 12 horas por 2 dosis (diluir en 100 ml de Solución salina 0.9%, invertir bolsa o frasco de infusión gentilmente para mezclar evitando espuma, administrar como infusión única en el transcurso de 1 hora); de no existir el fármaco para administración Intravenosa, podrá optarse como alternativa su administración subcutánea a una dosis de 324 mg en una única dosis. (Ronald Galdámez, 2020).

Plasma de paciente convaleciente a una dosis  $\geq$  400 mL para una única infusión, o  $\geq$  200 mL cada 12 horas por infusión, no más de 2 a 3 días; aunque existen estudios de su uso por 10 a 15

días, estos últimos están relacionados a lesión pulmonar aguda producida por transfusión (TRALI) y otros efectos adversos severos. Cada unidad de plasma debe infundirse en un periodo de 60 minutos. Pre-mediar con acetaminofén oral o paracetamol intravenoso más difenhidramina o clorfenamina (Ronald Galdámez, 2020)

### **. Trombo profilaxis y Anticoagulación**

Todo paciente con criterios de ingreso hospitalario debe recibir profilaxis trombótica de preferencia con heparinas de bajo peso molecular (HBPM) a menos que presente alguna contraindicación de falla renal terminal, sangrado activo y conteo plaquetario.

Al final de los 10 días de tratamiento, o al egreso, debe considerarse un plan para reemplazo de corticoides; considerando que su uso fue durante menos de tres semanas, puede optarse por un esquema de reducción rápida de 5 mg cada cinco días hasta su omisión. (Ronald Galdámez, 2020)

Se ha considerado el uso de metilprednisolona como terapia alternativa al uso de dexametasona resultado del nivel de evidencia disponible. Un estudio de cohorte retrospectiva ha evaluado el desarrollo de síndrome de distrés respiratorio agudo y muerte en pacientes con COVID-19 destacando el uso temprano de metilprednisolona como factor protector de riesgo de muerte en pacientes con factores de riesgo independientes de complicaciones. (Ronald Galdámez, 2020)

Recientemente el ensayo GLUCOCOVID, estudio multicéntrico, parcialmente aleatorizado, preferencial, etiqueta abierta, que incluyó pacientes adultos con neumonía por COVID-19, alteración del intercambio gaseoso y datos bioquímicos de hiperinflación, evaluó el tratamiento estándar versus tratamiento estándar más metilprednisolona intravenosa (40 mg/12 horas por 3 días, luego 20 mg/12 horas por 3 días); definió el punto primario compuesto como muerte, admisión a UCI y requerimiento de ventilación mecánica no invasiva, demostrando un efecto beneficioso sobre el mismo en el brazo de metilprednisolona. (Ronald Galdámez, 2020).

## **2.5 Aislamiento social:**

El aislamiento social es la falta de contactos sociales y el tener pocas personas con las que se puede interactuar con regularidad. Puede vivir solo y no sentirse solo o aislado socialmente o, por el contrario, puede sentirse solo mientras está con otras personas.

"Hoy, más personas, incluso en los países más pobres, están viviendo vidas más largas", dijo la doctora Margaret Chan, directora general de la Organización Mundial de la Salud. "Pero esto no es suficiente. Necesitamos asegurar que estos años adicionales de vida sean saludables, significativos y dignos. Alcanzar esto no solo será bueno para las personas mayores sino para toda la sociedad". (Organización Panamericana de La Salud, s.f.)

Los adultos mayores tienen un mayor riesgo de aislamiento social y soledad debido a los cambios en la salud y las conexiones sociales que pueden ocurrir con el envejecimiento, así como la pérdida de audición, visión y memoria, una discapacidad, problemas de movilidad o la pérdida de familiares y amigos. (U.S Department of health & human services, 2021)

Todas las personas adulto-mayores necesitan tener interacciones sociales para sobrevivir y prosperar, sin importar la edad que tengamos, aunque en los polos de la vida suelen ser donde más necesitamos el cuidado y contacto social de una persona ya sea para cuidado o para interacciones sociales o de apoyo. Pero a medida que las personas envejecen, a menudo pasan más tiempo solas. Estar apartadas puede hacer que las personas mayores sean más vulnerables a la soledad y al aislamiento social, lo que puede afectar su salud y bienestar como ya se había mencionado antes.

Todo esto puede llegar a presentar un deterioro de la salud de una persona que se puede llegar a manifestar con enfermedades ya sean físicas o mentales las cuales hay que poner mucha atención ya que pueden ayudar a desarrollar una enfermedad o empeorar la condición de esta, entre esos factores podemos mencionar:

### **Factores de riesgo para aislamiento social y soledad en los adultos mayores.**

- **Factores individuales:**
  - Psíquicos: personalidad fóbica, narcisismo patológico

- Físicos: enfermedad grave, discapacidad
- **Situaciones vitales:**
  - Duelos recientes
- **Factores sociodemográficos**
  - Entorno familiar y social.

**Características sociodemográficas, físicas, psicológicas, económicas y ambientales, que identifican a las personas de alto riesgo.**

- **Psicofísicos:**
  - Situación de duelo,
  - Depresión,
  - El insomnio y la fatiga diurna,
  - El abuso de alcohol o tabaco,
  - La mala imagen corporal relacionada con la obesidad u otra cosa,
  - La incapacidad física,
  - Los problemas de visión y auditivos,
  - La incontinencia urinaria.
- **Sociales**
  - Mujeres mayores viudas, divorciadas o solteras,
  - Los que viven solas, una merma salarial o de estatus socioeconómico,
  - La jubilación, los habitantes de barrios con problemas de seguridad o vandalismo, o zonas que carecen de una adecuada red de transporte.

### **Efectos del aislamiento social y la soledad**

- Depresión.
- Riesgo de suicidio.
- Riesgo de tabaquismo, de consumo excesivo de alcohol y de alimentación inadecuada.
- Riesgo de juego patológico.
- Conductas agresivas y ansiedad social.

- Trastornos del sueño y cansancio diurno.
- Riesgo de deterioro cognitivo.
- El sentimiento de soledad, más que el aislamiento social o el vivir solo, predice la aparición de demencia de forma independiente de los otros factores de riesgo conocidos. (Myriam, 2018)

Las personas adulto-mayores que se sienten solas experimentan dolor emocional. Perder el sentido de interconexión y comunidad puede cambiar la forma en que una persona ve el mundo. Las personas que padecen de soledad crónica pueden sentirse amenazadas y desconfiar de los demás.

El dolor emocional puede activar las mismas respuestas de estrés en el cuerpo que el dolor físico. Cuando esto se prolonga durante mucho tiempo, puede provocar una inflamación crónica (liberación sobre activa o prolongada de sustancias que pueden dañar los tejidos) y una inmunidad reducida (capacidad para combatir enfermedades). Esto aumenta el riesgo de enfermedades crónicas y puede dejar a una persona adulta mayor más vulnerable a algunas enfermedades infecciosas.

El aislamiento social y la soledad también pueden ser perjudiciales para la salud cerebral, pues se les ha relacionado con una función cognitiva más deficiente y un mayor riesgo de demencia, especialmente la enfermedad de Alzheimer. Además, la poca actividad social y estar a solas la mayor parte del tiempo puede contribuir a una disminución en la capacidad para realizar tareas cotidianas como conducir, pagar facturas, tomar medicamentos y cocinar. (U.S Department of health & human services, 2021).

### **Señales de alerta del aislamiento social**

Como características comunes entre estas personas mayores que sufren esta forma de aislamiento, los expertos enumeran:

1. No tienen visitas de familiares o reciben una visita mensual de alguien conocido de su entorno social.
2. Sufren problemas de salud asociados a la soledad, como depresión, enfermedades cardiovasculares, hipertensión y demencia.

3. Tienen problemas de movilidad, un mayor peligro de caer y de sufrir fracturas.
4. Están peor alimentados, pues suelen tener problemas económicos.
5. Tienen peor higiene. (HOY, 2015)

El aislamiento social se está convirtiendo en una epidemia: cada vez se reconocen más sus nefastas consecuencias a nivel físico, mental y emocional. La soledad es un problema en especial engañoso porque aceptar y hablar de nuestra soledad conlleva una profunda estigmatización. Hay que admitir que estar solos puede sentirse como aceptar que hemos fallado en los terrenos fundamentales de la vida: la pertenencia, el amor, el apego. Va en contra del instinto básico de mantener nuestra reputación, y hace que pedir ayuda sea difícil más para las personas adulto-mayores (Universidad Maimónides, 2016)

## **2.6 Envejecimiento:**

El envejecimiento es un proceso continuo, universal, heterogéneo y complejo. El cual presenta deterioro gradual de las capacidades funcionales. El envejecimiento del cerebro muestra cambios característicos. Los cambios a nivel cognitivo pueden ser atribuidos a múltiples factores asociados al envejecimiento, estos pueden considerarse extrínsecos, tales como enfermedades crónico-degenerativas: enfermedad cerebrovascular, hipertensión, diabetes, endocrinopatías, enfermedades psiquiátricas, aislamiento social y alteraciones sensoriales. (León & León, 2016)

El envejecimiento trae vulnerabilidad psicológica, social y ambiental. Su fragilidad aumenta el riesgo de padecer diversas infecciones debido a la disminución de la respuesta inmune. Además, las múltiples comorbilidades y antecedentes de mayores hospitalizaciones aumentan las probabilidades de contraer una infección. El COVID 19 la pandemia agravó la exclusión social de las personas adultas mayores con medidas para restringir la relación con otras personas. (Arriola, y otros, 2017)

**Deterioro cognitivo leve:** el deterioro leve de la memoria y de algunas funciones cognitivas superiores; no afectan las actividades básicas de la vida diaria

**Deterioro cognitivo moderado:** se afecta la situación funcional del paciente. Suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas

conocidas, se evidencia problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en la conducta.

**Deterioro cognitivo severo:** los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del paciente. Se evidencia dificultad de aprendizaje, comprensión, desorientación tiempo espacial, errores en las funciones de cálculo numérico.

La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente y de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria.

**Demencia:** se evidencia dificultad en la comunicación con la persona, no comprende el lenguaje verbal y estructural no tiene sentido. existe pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. El paciente es totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria.

#### **Factores de riesgo:**

Los factores de riesgo para la demencia en general son: el envejecimiento, genética y factores ambientales. Dentro de estas incluye la edad avanzada, antecedentes familiares de demencia, trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia, hipertensión arterial , hipercolesterolemia, vasculitis, diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos, infecciones del sistema nervioso central[meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH], abuso del alcohol y otras sustancias, delirium postoperatorio o durante la hospitalización, evento cerebrovascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis y enfermedad de Parkinson.

#### **Diagnóstico:**

La evaluación clínica debe ser dirigida eficiente y se debe de interpretar con las enfermedades y factores contribuyentes. Se realizan cuando la familia o paciente se quejan de problemas de memoria.

La evaluación cognitiva se debe realizar a todos los adultos mayores en atención rutinariamente o por lo menos una vez al año en busca de deterioro cognitivo.

Se debe de realizar una evaluación médica general, para descubrir trastornos asociados al delirium o factores de riesgo para demencia vascular o enfermedad de Alzheimer, además de una revisión de fármacos para evidenciar a aquellos con polifarmacia o que usen psicotrópicos. Se debe tener una entrevista con la familia para conocer la pérdida de actividades de la vida diaria, memoria, síntomas y cualquier alteración conductual. (Arrieta E, Fernández L, González V, Goñi M, Guerrero MT, López P, 2012).

Algunos de los instrumentos breves más utilizados para el cribado del deterioro cognitivo:

**El mini mental state examination [MMSE]** este instrumento ha sido ampliamente utilizado para la detección rápida de deterioro de funciones cognitivas de diversas patologías como demencias, deterioro cognitivo leve. Este test consiste en una serie de apartados que evalúan orientación temporal, espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura y dibujo su puntuación máxima es de 30 y la puntuación de umbral patológico se encuentra entre 21 y 26 puntos de acuerdo con el rango de edad

**Evaluación rápida de funciones cognitivas:** este instrumento de evaluación breve del estado mental consta de apartados para orientación, aprendizaje, memoria inmediata, cálculo mental, razonamiento y juicio, comprensión, denominación, repetición, comprensión de una orden escrita, fluidez verbal apraxia ideo motora, identificación de un dibujo y escritura.

**Evaluación neuropsicológica breve en español (NEUROPSI)** establece el diagnóstico diferencial entre alteraciones corticales y subcorticales.

La prueba consiste en una serie de apartados que evalúan orientación tiempo espacial, atención, concentración, memoria, lenguaje, habilidades visoespaciales, funciones ejecutivas, lectura, escritura y cálculo (Villarejo & V, 2011)

#### **Tratamiento no farmacológico:**

Se refiere a toda intervención sin fármacos o agentes químicos y que pretenden mejorar la calidad de vida de las personas en las que se ven afectadas sus capacidades cognitivas.

Para realizar una intervención efectiva es necesario realizar diferentes pasos, una buena valoración cognitiva e integral, la motivación y participación en actividades y un programa para trabajar las áreas cognitivas reservadas.

**Estimulación cognitiva:** se refiere a un conjunto de ejercicios y de actividades destinadas a mejorar y mantener las capacidades cognitivas de una persona a lo largo del tiempo

**Entrenamiento cognitivo:** se refiere a programas para mantener y mejorar las funciones ejecutivas como clave para la atención memoria y la velocidad de aprendizaje

**Rehabilitación cognitiva** se refiere a operaciones cognitivas individuales, dirigidas a mantener o a recuperar las capacidades funcionales o sociales.

**Reminiscencia:** se refiere a la elaboración cognitiva de acontecimientos o experiencias del pasado, puede asociarse a evocaciones, memorias o recuerdos.

**La musicoterapia** se refiere a actividades con la utilización de la música y sus elementos para promover y facilitar la comunicación, las relaciones, aprendizaje, trabaja las expresiones mejorando las relaciones físicas emocionales, sociales y todas las áreas cognitivas.

**Psicoterapia:** es importante para que el paciente mejora la capacidad de control, manejo de emociones, toma de decisiones, mejora en la autoestima y el afrontamiento al deterioro cognitivo.

**Intervenciones sensoriales:** se refiere al proceso neurológico que permite a la persona recibir, procesar y organizar las sensaciones provenientes del cuerpo y del ambiente. Esto con la finalidad de favorecer las operaciones cognitivas

**Ejercicio físico:** el ejercicio regular es importante para potenciar la movilidad, trabajar y mejorar significativamente el sistema cardiovascular, evitando que pueda avanzar el deterioro cognitivo.

**Terapia artística:** es la forma de terapia expresiva que usa el proceso creativo del arte, para mejorar el bienestar físico y psicológico del paciente.

## **Otras terapias**

Se refiere al desarrollo de programas de estimulación a través de ordenador, tabletas o videojuegos.

La estimulación no invasiva del cerebro por medio de magnetoterapia transcraneal, han comenzado a aplicarse a personas con deterioro cognitivo leve, pero se precisan más estudios para establecer la utilidad de estos métodos

### **Tratamiento farmacológico:**

Control de los factores de riesgo:

La hipertensión arterial en edades medias de la vida, diabetes mellitus, la obesidad, el sedentarismo, el tabaquismo y el alto consumo de bebidas alcohólicas.

Las acciones para la prevención de una isquemia cerebral transitoria o evento cerebrovascular isquémico es el uso de antiagregantes.

Dieta mediterránea

### **Los inhibidores de colinesterasa:**

Donepezilo, galantamina y rivastigmina, mejoran la función cognitiva, actividades de la vida diaria y en pacientes con demencia leve a moderada debido a su mecanismo de acción, sin embargo, no previenen la progresión de deterioro cognitivo leve a demencia y deben suspenderse en demencia grave

El control de la presión arterial es especialmente recomendable debido a los beneficios observados en la reducción de la mortalidad, de eventos cardiovascular y de demencia vascular la prevención secundaria en eventos cerebrovasculares en pacientes con deterioro cognitivo de origen vascular debe realizarse con fármacos antihipertensivos, estatinas y antiagregantes plaquetarios.

**Ginkgo Biloba:**

Se evidencia efectos que inducen neuro protección por estabilización mitocondrial, reducción de déficit de neurotransmisores relacionado con la edad, captura de radicales libres, mejora del manejo de dopamina y acetilcolina en la corteza prefrontal. Se evidencia mejora en la ansiedad, conducta y funciones ejecutivas.

**La citicolina**

Se trata de un intermediario de la biosíntesis de fosfatidilcolina, componente de la membrana celular. En relación con su uso para deterioro cognitivo vascular leve y demencia vascular, se observó un efecto positivo en la memoria y conducta, al menos a corto y mediano plazo. En un estudio de pacientes con patología vascular, tras un primer evento cerebrovascular se apreciaron mejoras en cognición y calidad de vida a medio plazo.

**Los antidepresivos** pueden ser utilizados en el tratamiento de la comorbilidad con depresión. Se sugiere utilizar principalmente inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina ya que los antidepresivos tricíclicos pueden empeorar el déficit cognitivo por sus efectos anticolinérgicos secundarios.

**Las benzodiacepinas** no son recomendadas para el manejo de los síntomas conductuales de la demencia, ya que están asociadas a mayor riesgo de caídas, somnolencia diurna y mayor deterioro cognitivo.

**Los antipsicóticos** buscan mejorar los síntomas conductuales que se presentan en la demencia: psicosis, agresión, los antipsicóticos convencionales pueden ser utilizados con precaución. (Arriola, y otros, 2017)

## **CAPÍTULO III.**

### **MÉTODOS TÉCNICAS E INSTRUMENTOS**

#### **3.1. Métodos de investigación.**

##### **3.1.1. Tipo de estudio:**

El tipo de estudio de esta investigación es descriptivo transversal prospectivo cuantitativo porque se recolectó la información durante se llevó a cabo la investigación los factores relacionados con el aislamiento social y deterioro cognitivo de los adultos mayores con COVID 19 en un período determinado.

##### **3.2. Técnicas:**

En la presente investigación se utilizaron tres procesos para poder obtener la información necesaria para dar cumplimiento a nuestros objetivos, uno se realizó mediante la entrevista del mini-mental test y el otro por medio del llenado de la ficha epidemiológica de vigilancia virus respiratorios – COVID19 del ministerio de salud de Guatemala.

Para el diagnóstico del deterioro cognitivo en los adultos mayores con COVID 19 se realizó una entrevista cara a cara con preguntas estructuradas.

Para determinar las características clínicas y epidemiológicas de los adultos mayores diagnosticados con COVID 19 se realizó una revisión documental, ya que la información se obtuvo de las fichas epidemiológicas del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social-MSPAS, donde se extrajeron los datos como los síntomas asociados a la enfermedad y datos como edad, sexo y domicilio del paciente.

Para determinar las condiciones relacionadas entre el deterioro cognitivo y aislamiento social en los adultos mayores se realizó una entrevista cara a cara con preguntas estructuradas

### 3.3 Instrumentos:

Para diagnosticar el deterioro cognitivo en los adultos mayores con COVID 19 se utilizó el instrumento mini mental test de folstein: Herramienta utilizada a nivel internacional para medir el deterioro cognitivo para lo que cuenta con una escala de puntuación que va del 0 a los 30 puntos. Los ítems están agrupados en 5 apartados que comprenden la memoria, orientación, atención, cálculo, lenguaje y recuerdo, el puntaje entre 12 y 24 puntos se interpreta como deterioro cognitivo, menor de 12 puntos como demencia y si es mayor a 24 se interpreta normal.

Para determinar las características clínicas y epidemiológicas en las personas diagnosticadas con COVID 19 se llenó una ficha Epidemiológica Vigilancia Virus Respiratorios – COVID 19 del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social -MSPAS se utilizarán los datos clínicos como síntomas y antecedentes médicos de enfermedades crónicas y, datos generales, como sexo edad, y domicilio.

Para determinar el deterioro cognitivo a causa del aislamiento social, desarrollamos una herramienta que incorporan preguntas para determinar el aislamiento social (ver anexo 6.2)

### 3.4 Cronograma de actividades

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Diseño de investigación						
Revisión bibliográfica						
Diseño de instrumentos						
Validación de instrumentos						

Actividades	Julio	Agosto	Septiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre
Levantamiento de información						
Ingreso y procesamiento de datos						
Entrega de investigación						

### 3.5 Recursos

#### 3.5.1 Recursos humanos

##### 3.5.1.1 Investigador

Gabriela Carolina Valle Mendoza  
 Laura Rossely Marroquín Ordoñez  
 José Leonel Carrillo Lemus  
 Eduardo Ayala Villacorta  
 Melvin Arturo Hernández

##### 3.5.1.2 Asesor

Licenciada Silvia Estrada Zavala

**3.5.1.3 Sujetos de la investigación:** Personas mayores de 60 años de género femenino y masculino con diagnóstico de COVID 19 en aislamiento domiciliario

**3.5.1.4 Personal de la empresa** Enfermería, médicos, director médico, neumólogo, radiólogo, cardiólogo

#### 3.5.2 Recursos materiales

##### 3.5.2.1 Transporte

- 3.5.2.2 Equipo de oficina
- 3.5.2.3 Insumos de oficina
- 3.5.2.4 Internet
- 3.5.2.5 Alimentación
- 3.5.2.6 Combustible
- 3.5.2.6 Hisopado PCR
- 3.5.2.7 Rayos x

**3.5.3 Recursos financieros**

<b>Recurso</b>	<b>Quetzales</b>
<b>Transporte</b>	<b>Q 450.00</b>
<b>Equipo de oficina</b>	<b>Q 500.00</b>
<b>Insumos de oficina</b>	<b>Q 800.00</b>
<b>Internet</b>	<b>Q 165.00</b>
<b>Alimentación</b>	<b>Q 500.00</b>
<b>Combustible</b>	<b>Q 400.00</b>
<b>Hisopado PCR</b>	<b>Q700.00</b>
<b>TOTAL</b>	<b>Q 3515.00</b>

## CAPÍTULO IV.

### PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

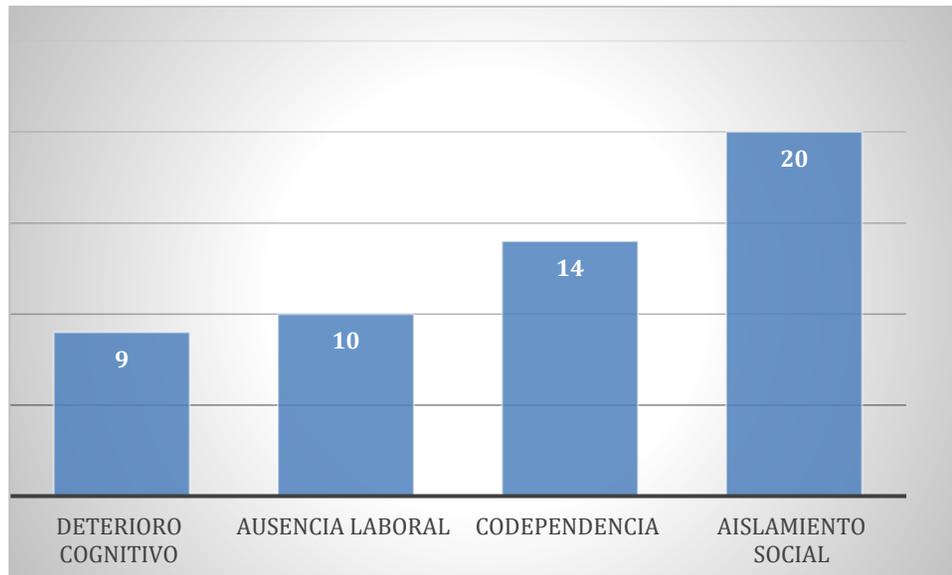
#### 4.1. Resultados:

En esta investigación participaron 20 pacientes mayores de 60 años en aislamiento domiciliario tratados por personal de Geriatric care, de los cuales ocho eran mujeres y 12 eran hombres.

Se identificó que el 45% de los pacientes presentan deterioro cognitivo, el total 100% de las personas mayores presentaron aislamiento social por la enfermedad y el 70% de las personas refirieron codependencia el cual se evidenció en su estado de ánimo. El 50% de las personas que aún trabajaban y por la enfermedad con diagnóstico de COVID 19 fueron suspendidas de sus labores, llevaron su tratamiento a nivel domiciliario.

**Gráfica No. 1**

**Los factores relacionados entre el aislamiento social y en el deterioro cognitivo en los adultos mayores diagnosticados con COVID 19**

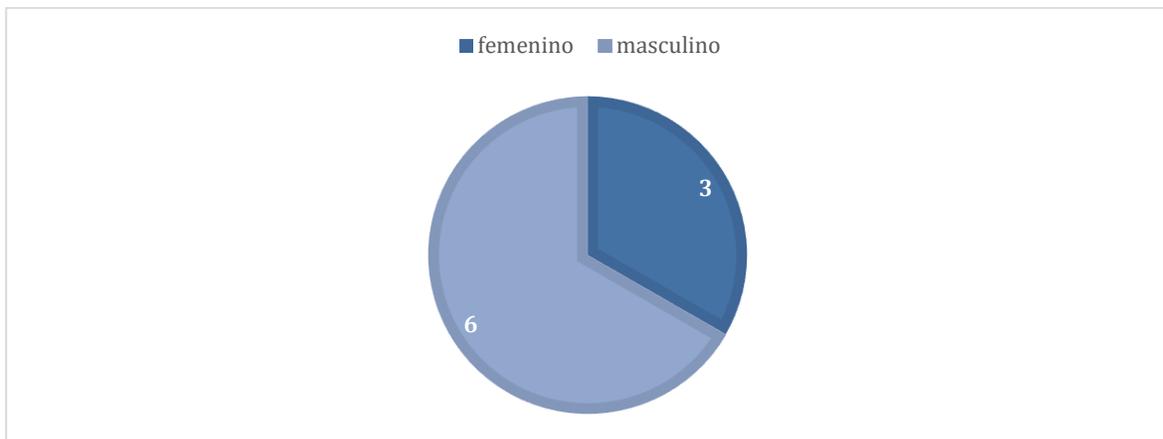


Fuente: Boleta de recolección de datos

En la presente gráfica No. 2 se observa el resultado de la evaluación de los 20 pacientes con diagnóstico de COVID-19, quienes estaban en aislamiento domiciliario a quienes se les realizó evaluación utilizando la herramienta mini-mental test en el cual se identificó deterioro cognitivo en nueve [9] pacientes de estos seis [6] fueron hombres y [3] fueron mujeres diagnosticados con deterioro cognitivo.

**Gráfica No. 2**

**Deterioro cognitivo en los adultos mayores con COVID 19**

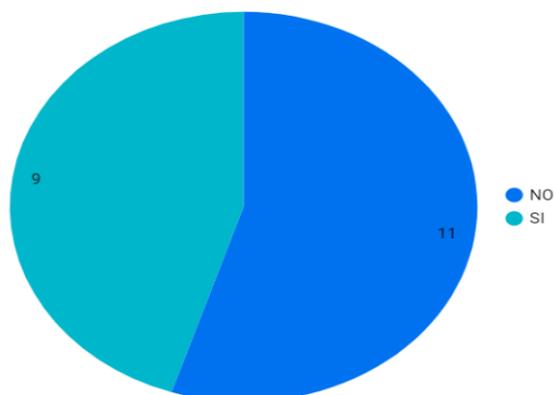


Fuente: mini-mental test

Al identificar las condiciones relacionadas entre el deterioro cognitivo y aislamiento social. Se identificó que, de los 20 pacientes atendidos, el total de los pacientes presentó un mal apego al tratamiento, así como un aislamiento social marcado y nueve del total presentó deterioro cognitivo.

**Gráfica No. 3**

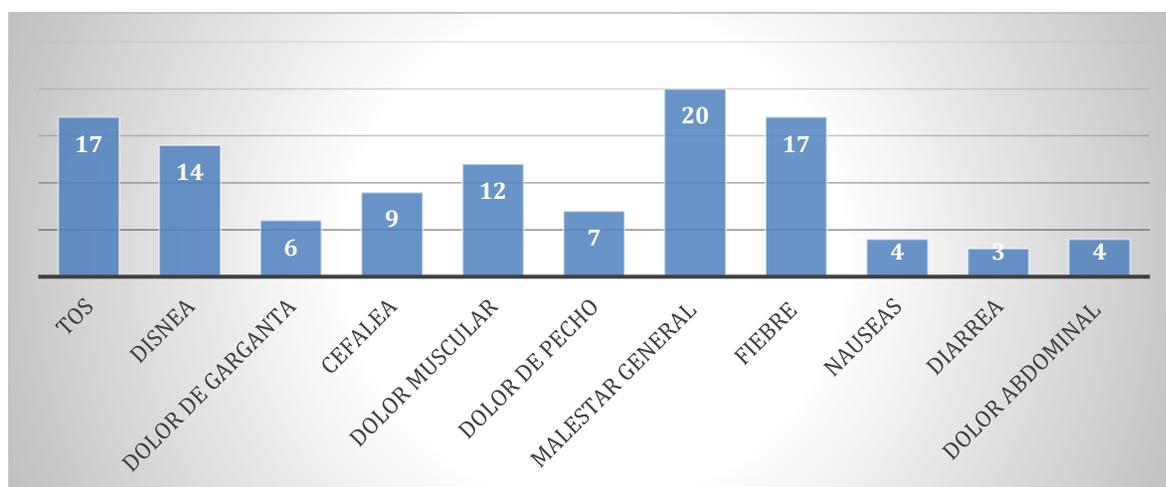
**Condiciones relacionadas entre deterioro cognitivo y asilamiento social**



En relación a los síntomas de los casos positivo de COVID19, predominan: malestar general 100 % (n=20), fiebre y tos el 85% (n=17), disnea el 70% (n=14), dolor muscular 60% (n=12) dolor de garganta el 30% (n=6), cefalea el 45% (n=9), dolor de pecho el 35%, dolor de garganta el 30% (n=6), náuseas y dolor abdominal 20% (n=4), y diarrea 15% (n=3).

**Gráfica No. 4**

**Características clínicas en pacientes diagnosticados con COVID 19**

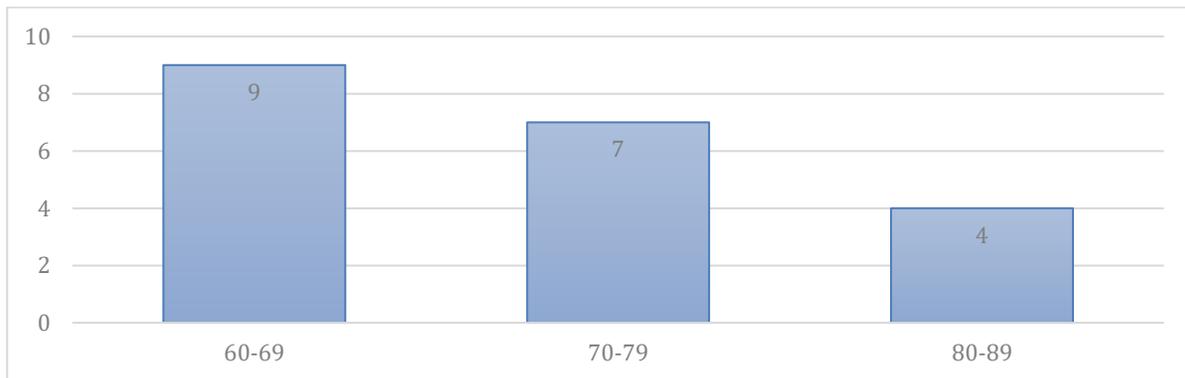


Fuente; ficha epidemiológica

Se evidenció un predominio de adultos mayores diagnosticados con COVID 19, entre el rango de edad de 80-89 años con cuatro casos el 20 %, seguido por los pacientes entre rango de 70 a 79 que corresponde a siete personas el 35% y el de 60 a 69 años, nueve personas que corresponde al 45%.

**Gráfica No. 5**

**Características epidemiológicas en pacientes diagnosticados con COVID 19**

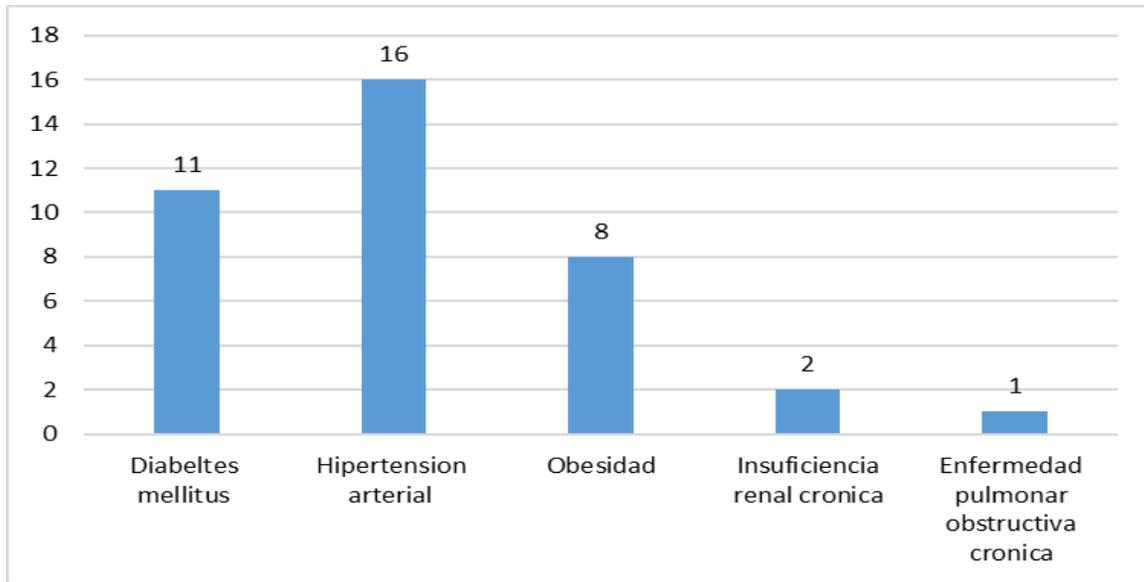


Fuente: ficha epidemiológica

Las comorbilidades presentes en los casos positivo por COVID 19 predominan enfermedades como hipertensión arterial 80% (n=16), diabetes mellitus 55% (n=11), obesidad 40% (n= 8) insuficiencia renal crónica 10% (n=2) y enfermedad pulmonar obstructiva crónica 0.5% (n= 1) respectivamente

**Gráfica No. 6**

**Comorbilidades frecuentes en pacientes diagnosticados con COVID 19**

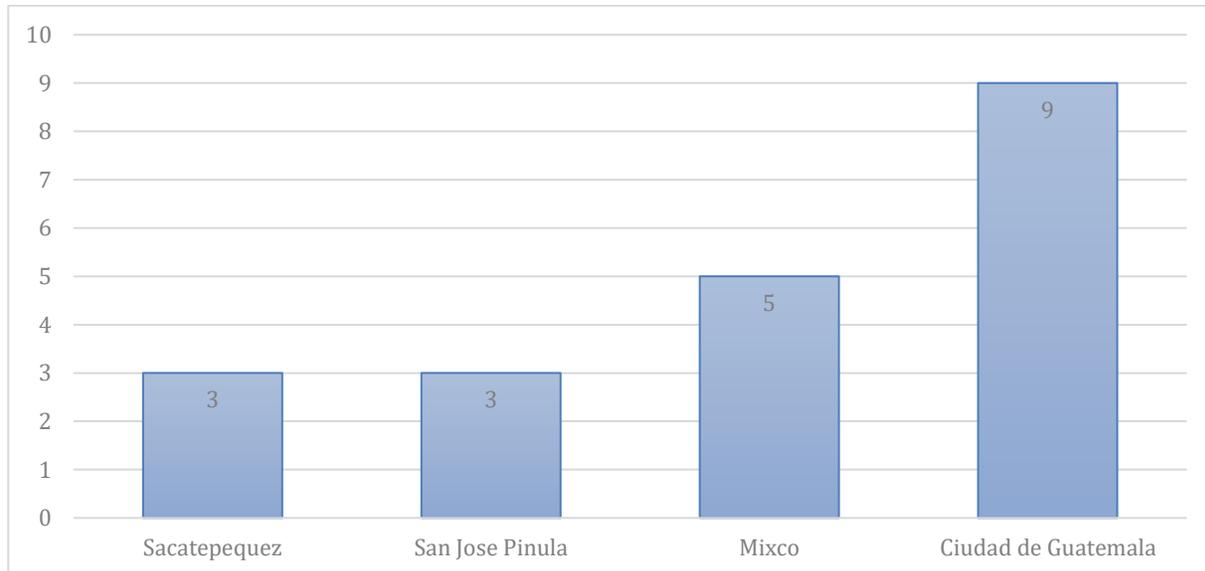


Fuente; ficha epidemiológica

Se evidenció en el estudio una mayor cantidad de personas mayores diagnosticadas con COVID 19 provenientes de la Ciudad Guatemala 45% en comparación a los municipios Mixco 25%, 15% Sacatepéquez y San José Pinula.

**Grafica No. 7**

**Características epidemiológicas en pacientes diagnosticados con COVID 19**



Fuente: ficha epidemiológica

## **4.2. Discusión:**

Esta investigación evidencia la relación entre el aislamiento social y el deterioro cognitivo, cómo esto afecta la vida diaria del adulto mayor, así como el de su familia y su entorno social.

El deterioro cognitivo del adulto mayor está asociado a la disminución de la capacidad de atención, así como de la concentración y mala memoria tanto a corto como a largo plazo. Todo esto a consecuencia de la enfermedad del COVID 19 que puede impactar de distintas maneras en la salud de las personas adultas mayores ya que la hipoxemia, desnutrición, aislamiento, entre otros factores, puede llegar a ser perjudicial para la salud y contribuir al deterioro físico y mental de la persona adulto mayores.

Es por ello que se vuelve indispensable brindar información confiable, clara y concisa, en la que cualquier miembro de la familia y la sociedad pueda brindar confort y un apoyo ideal para evitar las complicaciones que se pueden presentar en el aislamiento.

En esta investigación se puede evidenciar con un 45% el deterioro cognitivo, a causa de múltiples factores. Dentro de los más importantes se puede mencionar el aislamiento social y familiar, debido a que trae como consecuencias un mal apego al tratamiento, una mala nutrición y un deterioro físico, por lo tanto se vuelve muy importante cuidar de dichos aspectos y de esta manera se puedan reducir las probabilidades desarrollar deterioro cognitivo tomando en cuenta que los adultos mayores son más propensos a sufrir de estos además que es necesario para que el padecimiento de la enfermedad sea más llevadero y evitar rechazo o deterioro en las relaciones familiares debido al aislamiento.

En el estudio realizado, los pacientes confirmados para COVID 19 en los meses de julio a diciembre predominó la edad entre 60- 69 años y de sexo masculino frente al sexo femenino. Los síntomas y signos del COVID 19, se han manifestado entre dos y catorce días después de la exposición al virus. Las características clínicas de mayor porcentaje según síntomas en casos positivos por COVID 19 fueron malestar general, tos, fiebre, disnea, dolor de garganta y dolor muscular. Son semejantes a la información transmitida por la OMS en china, por el centro nacional epidemiológico de España.

Con respecto a las características clínicas de los casos confirmados de COVID 19 en la ciudad de Wuhan, China una cohorte retrospectiva de 41 pacientes demostró la prevalencia en pacientes masculinos y los síntomas más frecuentes que eran fiebre y tos. mientras que en nuestro estudio predominó malestar general y tos.

Asimismo, se evidenció en el estudio una mayor cantidad de personas mayores diagnosticadas con COVID 19 provenientes de la Ciudad capital en comparación a los municipios Mixco, Sacatepéquez y San José Pinula.

Dado que el estudio fue realizado en pacientes en el domicilio se evidencio casos leves y moderados no se trasladó a hospital a ninguno de las personas evaluadas, a pesar de que la mayoría presentaba comorbilidades asociadas al COVID 19, resulta de suma importancia conocer las características clínicas para brindar la mejor atención y prevención a que avance la enfermedad casos graves.

Predominan en su mayoría enfermedades como Hipertensión arterial, Diabetes mellitus, obesidad, insuficiencia renal crónica y enfermedad pulmonar obstructiva crónica.

Estos hallazgos se encuentran relacionados al estudio realizado en la provincia de virus con la COVID 19. Se comprobó que la población adulta mayor estando aislada y con tratamiento domiciliario al no ver a su familia y no saber en qué estado se encuentran presentaban periodos de depresión y angustia y preferían no tomar el tratamiento indicado.

## **CAPÍTULO V.**

### **CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

#### **5.1. Conclusiones:**

- 5.1.1 El deterioro cognitivo en el adulto mayor con COVID - 19 diagnosticado y atendido de forma domiciliar presentó un nivel medio bajo según los resultados del estudio, por tanto, se acepta la hipótesis nula (Ho) ya que únicamente el 45% de la muestra mostró un deterioro cognitivo consecuencia del aislamiento social.
- 5.1.2 Se determinó por medio de la herramienta mini-mental test que el 45% de los pacientes con diagnóstico de COVID-19 que fueron atendidos en su domicilio presentaron algún tipo de déficit cognitivo.
- 5.1.3 Los pacientes con diagnóstico de COVID-19 indicaron sentirse tristes ya que se encontraban aislados de sus seres queridos.
- 5.1.4 Dentro de las características clínico-epidemiológicas tenemos que el sexo más frecuente fueron hombres, siendo el malestar general el principal síntoma y la hipertensión arterial la comorbilidad más frecuente.
- 5.1.5 Debido al nivel de contagio y mortalidad que la enfermedad ha presentado en los dos años de pandemia; el aislamiento social es forzado dando como resultado que el 100% de la muestra se aísla al momento de confirmar el padecimiento del COVID-19. Como consecuencia el 50% de la muestra presenta una ausencia laboral debido a las complicaciones que genera la enfermedad como tos, disnea, dolor de garganta, cefalea, dolor muscular, dolor de pecho, malestar general y fiebre.

## **5.2. Recomendaciones:**

5.2.1 Se recomienda educación sobre el padecimiento del COVID 19 a los familiares, especificando sus medios de transmisión y medidas de protección para no generar rechazo social y familiar.

5.2.2 Implementación de actividades dinámicas aptas para adultos mayores integrando la tecnología que ayude a mantener sus mentes ocupadas y la capacidad de retención de información, como, por ejemplo, domino, acertijos, sopas de letras, adivinanzas, entre otras.

5.2.3 Practicar la empatía y complacer los antojos del adulto mayor con el padecimiento de la enfermedad como comidas, bebidas, juegos.

5.2.4 Es necesario desarrollar un plan de acción coordinado que involucre a las familias de los pacientes, las autoridades sanitarias y el personal de salud que habitualmente atiende a los pacientes con COVID 19 para mitigar el impacto negativo de la cuarentena y epidemia en la salud de los sujetos con deterioro cognitivo.

## CAPÍTULO VI.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ciro Maguiña Vargas, R. G. (31 de marzo de 2020). *Scielo*. Recuperado el 21 de septiembre de 2021, de Rev Med Hered: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v31n2/1729-214X-rmh-31-02-125.pdf>
2. Francisco Javier Díaz-Castrillón, A. I.-M. (26 de abril de 2020). *docs.bvsalud*. (E. M. Medellín, Ed.) Recuperado el 20 de 09 de 2021, de docs.bvsalud: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1096519/covid-19.pdf>
3. J.H. Beigel, K. T. (5 de mayo de 2020). *NEJM*. Recuperado el 21 de septiembre de 2021, de <https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMoa2007764>
4. *Ministerio de Salud Argentina*. (15 de abril de 2021). Recuperado el 21 de septiembre de 2021, de <http://iah.salud.gob.ar/doc/585.pdf>.
5. Ronald Galdámez, A. A. (26 de agosto de 2020). *IGSS*. Recuperado el 21 de septiembre de 2021, de <https://www.igssgt.org/covid-19-sala-virtual/guias-protocolos-covid-19/>
6. Arrieta E, Fernández L, González V, Goñi M, Guerrero MT, López P, (5 de septiembre de 2012). *Diagnóstico y Tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención*. Obtenido de Guía práctica clínica GPC: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
7. Arriola, e., carnero, c., Freire, A., López, r., López, j., Manzano, S., & Olazarán, J. (10 de septiembre de 2017). *Deterioro Cognitivo leve en el adulto Mayor*. Obtenido de Deterioro Cognitivo leve en el adulto Mayor: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

8. León, G., & León, e. (2016). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia el salto Babahoyo ecuador. *revista cumbres*.
9. Myriam, M. (01 de junio de 2018). *Las Consecuencias*. Obtenido de La Sociedad Argentina de Gerontología y Geriátrica: <http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2018/06/Aislamiento-social-CSG-01-06-2018.pdf>
10. organización Panamericana de La Salud. (s.f.). *La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren importantes cambios sociales*. Obtenido de Organización Panamericana de La Salud: [https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302:world-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es)
11. U.S Department of health & human services. (14 de enero de 2021). *Soledad y aislamiento social: Consejos para mantenerse conectado*. Obtenido de National Institute on Aging: <https://www.nia.nih.gov/espanol/soledad-aislamiento-social-consejos-mantenerse-conectado>
12. Universidad Maimónides. (28 de diciembre de 2016). *El aislamiento social nos está matando*. Obtenido de Universidad Maimónides: <https://gerontologia.maimonides.edu/2016/12/el-aislamiento-social-nos-esta-matando/>

# CAPÍTULO VII.

## 6. ANEXOS

### 6.1 FICHA EPIDEMIOLÓGICA

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA Y ASISTENCIA SOCIAL CENTRO NACIONAL DE EPIDEMIOLOGÍA				FICHA EPIDEMIOLÓGICA VIGILANCIA VIRUS RESPIRATORIOS – COVID 19				Versión: 2 Actualización febrero 2021		
<b>1. DATOS DE LA NOTIFICACIÓN</b>										
UNIDAD NOTIFICADORA	Fecha de notificación	Día	Mes	Año	No. de ficha (Código Unidad de Salud)	Evento COVID19	Año	No.		
Área de Salud					Distrito					
Servicio u Hospital			Seguro Social (IGSS)		Establecimiento Privado		Especifique:			
Servicio donde se capta el caso		Consulta Externa	Emergencia	Encamamiento	UCI	Domicilio	Otro	Especifique:		
Responsable del llenado del instrumento – Nombre completo						Cargo				
Teléfono		Correo Electrónico			Firma y Sello					
<b>2. INFORMACIÓN PERSONAL DEL PACIENTE</b>										
NOMBRE DEL PACIENTE 1er. Nombre					2do. Nombre					
1er. Apellido				2do. Apellido			Sexo		Masculino	Femenino
Embarazada		Si	No	Edad Gestacional		Trimestre		Post Parto		
Ocupación		Edad		Años:		Meses:		Fecha de Nacimiento		
Código Único de Identificación			Nombre del Tutor			Teléfono del tutor				
Pueblo		Maya	Ladino/Mestizo	Garífuna	Xinca	Otro: (especifique)				
Escolaridad		Ninguna	Primaria	Secundaria	Diversificado	Universitario	No sabe			
<b>3. DIRECCIÓN DE RESIDENCIA</b>										
Dirección:							Teléfono			
Departamento			Municipio			Comunidad / Aldea/Zona				
<b>4. ANTECEDENTES</b>										
Caso sospechoso de reinfección		Si	No	Fecha de Diagnóstico		Lugar de Diagnóstico				
Recibió Vacuna de COVID-19		Si	No	Número de dosis recibida de la vacuna COVID-19		Una dosis		Dos dosis		
Fecha de vacunación de la primera dosis		Día	Mes	Año	Tipo de vacuna recibida (1)		No. Fuente de Información de la Vacuna (2)			
Fecha de vacunación de la segunda dosis		Día	Mes	Año	Tipo de vacuna recibida (1)		No. Fuente de Información de la Vacuna (2)			
<b>5. DATOS CLÍNICOS</b>										
FACTORES DE RIESGO										
Diabetes mellitus	Si	No	No sabe	Tratamiento con corticosteroides		Si	No	No sabe		
Enf. Pulmonar obstructiva crónica	Si	No	No sabe	Enfermedad hepática crónica		Si	No	No sabe		
Insuficiencia renal crónica	Si	No	No sabe	Cardiopatía crónica (hipertensión arterial)		Si	No	No sabe		
Cáncer	Si	No	No sabe	Disfunción Neuromuscular		Si	No	No sabe		
Asma	Si	No	No sabe	Obesidad		Si	No	No sabe		
Inmunosupresión	Si	No	No sabe	Otras:		Si	No	No sabe		
Fecha de inicio de Síntomas		Día	Mes	Año	<<Síntomatología Al Momento De La Toma De Muestra>>					
Fiebre ≥ 38º Centígrados	Si	No	No sabe	Pérdida de Olfato		Si	No	No sabe		
Antecedentes de fiebre	Si	No	No sabe	Rinorrea		Si	No	No sabe		
Malestar general	Si	No	No sabe	Vómitos o diarrea		Si	No	No sabe		
Dolor muscular o de articulaciones	Si	No	No sabe	Disnea (dificultad para respirar)		Si	No	No sabe		
Dolor de cabeza	Si	No	No sabe	Estridor laríngeo		Si	No	No sabe		
Tos	Si	No	No sabe	Tiraje Subcostal		Si	No	No sabe		
Odinofagia	Si	No	No sabe	Otros:		Si	No	No sabe		
<b>6. INFORMACIÓN COVID-19</b>										
Motivo de realización de la prueba para COVID-19	Trabajador de Salud	Regreso del Extranjero	Frontera	Contacto con Caso Confirmado	Búsqueda de Atención Médica	Otro	Especifique:			
¿Participó en algún evento social con presencia de caso(s) confirmados(s) en los últimos 14 días?			Si	Especifique:			No	No sabe		
<b>7. MUESTRAS TOMADAS</b>										
Se tomó muestra	Si	No	Tipo de muestra		Hisopado nasofaríngeo	Hisopado orofaríngeo	Hora toma de muestra		Fecha de toma de muestra	
Virus detectado:										
<b>8. VIGILANCIA EPIDEMIOLÓGICA</b>										
Vigilancia ETI (Pacientes ambulatorios)					Vigilancia IRAG (Pacientes hospitalarios)					
IRAG/ETI en trabajador de salud							Si	No		
Defunción relacionada con IRAG/ETI de causa desconocida							Si	No		
Clasificación	Confirmado	Confirmado por nexo Epidemiológico	Sospechoso	Probable	Descartado					
<b>9. EVOLUCIÓN DEL PACIENTE</b>										
El paciente fue Hospitalizado		Si	No	Fecha de Hospitalización			No. Expediente Clínico			
Ingreso A Encamamiento		Si	No	Ingreso A Observación		Si	No			
Ingreso A UCI		Si	No	Tubo Endotraqueal		Si	No			
Referido A Otro Hospital:		Si	No	Ventilación Asistida		Si	No			
Fecha de recuperación/ egreso/fallecimiento		Día	Mes	Año	¿Cuál?		Condición del paciente al egreso			
							Vivo	Muerto		

## 6.2 MINI MENTAL TEST

### MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

*Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)*

Nombre: \_\_\_\_\_ Varón [ ] Mujer [ ]  
 Fecha: \_\_\_\_\_ F. nacimiento: \_\_\_\_\_ Edad: \_\_\_\_\_  
 Estudios/Profesión: \_\_\_\_\_ Núm. Historia: \_\_\_\_\_  
 Observaciones: \_\_\_\_\_

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	<b>ORIENTACIÓN TEMPORAL</b> (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	<b>ORIENTACIÓN ESPACIAL</b> (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1    Caballo 0-1    Manzana 0-1 (Balón 0-1    Bandera 0-1    Árbol 0-1)	<b>FIJACIÓN RECUERDO</b> inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1    27 0-1    24 0-1    21 0-1    18 0-1 (0 0-1    D 0-1    N 0-1    U 0-1    M 0-1)	<b>ATENCIÓN CÁLCULO</b> (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1    Caballo 0-1    Manzana 0-1 (Balón 0-1    Bandera 0-1    Árbol 0-1)	<b>RECUERDO DIFERIDO</b> (máx. 3)	
<b>DENOMINACIÓN.</b> Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. <b>REPETICIÓN.</b> Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un trigal había 5 perros") 0-1. <b>ÓRDENES.</b> Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. <b>LECTURA.</b> Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. <b>ESCRITURA.</b> Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. <b>COPIA.</b> Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	<b>LENGUAJE</b> (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	<b>PUNTUACIÓN TOTAL</b> (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

### 6.3 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD GALILEO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
MAESTRÍA EN GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA



FACTORES RELACIONADOS CON EL AISLAMIENTO SOCIAL Y EL DETERIORO  
COGNITIVO EN PERSONAS ADULTOS MAYORES DIAGNOSTICADAS CON COVID  
19 QUIENES FUERON ATENDIDOS EN SU DOMICILIO POR PERSONAL DE  
GERIATRIC CARE, GUATEMALA, CIUDAD 2021

Investigadores:

GABRIELA CAROLINA VALLE MENDOZA  
ZAVALA

LAURA ROSSELY MARROQUIN ORDOÑEZ

JOSE LEONEL CARRILLO LEMUS

EDUARDO AYALA VILLACORTA

MELVIN ARTURO HERNANDEZ

Asesor:

Licda. SILVIA ESTRADA

Indicación: El presente estudio tiene como fin identificar el deterioro cognitivo en personas adultas mayores diagnosticadas con COVID 19 que fueron atendidos por personal de Geriatric Care Guatemala Ciudad 2021

Instrumento de recolección de datos

Datos generales:

Nombre: \_\_\_\_\_ Registro: \_\_\_\_\_

Procedencia: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_\_. Estado civil: S / U / C / V. Alfabeto: Sí No

1. ¿Hay gente a su alrededor, pero no está con usted?

SI NO

2. ¿Se siente aislado de otros?

SI NO

3. ¿Se siente excluido?

SI NO

4. ¿Siente que le hace falta compañía?

SI NO

5. ¿Antes de la pandemia COVID19, usted participaba presencialmente en algún grupo social?

SI NO

6. ¿Se siente más ansioso o intranquilo de lo normal actualmente por tener COVID 19?

SI NO

7. ¿Se siente aislado del mundo exterior?

SI NO