

UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA

TEMA:

“DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE JUBILADOS NACIONES UNIDAS, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS DE LA CIUDAD DE QUITO, AÑO 2020”

Trabajo de investigación previo a la obtención del Título de Psicólogo General de la Universidad Tecnológica Indoamérica. Modalidad Proyecto de Investigación.

Autor

Morales Aguirre Stalin Francisco

Tutor

Dra. Calvo Rodríguez Marina Milagros

Quito - Ecuador

2020

APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Yo, Marina Milagros Calvo Rodríguez, con cédula de identidad 1756926265, en mi calidad de tutor del trabajo de titulación nombrado por el Comité Curricular de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud, Carrera de Psicología de la Universidad Tecnológica Indoamérica:

Certifico:

Que el Trabajo de Titulación **“DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE JUBILADOS NACIONES UNIDAS, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS DE LA CIUDAD DE QUITO, AÑO 2020”**, desarrollado por Morales Aguirre Stalin Francisco, estudiante de la Carrera de Psicología para optar por el Título de Psicólogo General ha sido revisado en todas sus partes y considero que dicho informe investigativo, reúne los requisitos técnicos, científicos y reglamentarios, para ser sometido a sustentación pública y evaluación por parte del tribunal Examinador.

Quito, 22 de septiembre del 2020



Dra. Marina Milagros Calvo Rodríguez

DECLARACIÓN DE AUTORÍA

El abajo firmante, en calidad de estudiante de la Carrera de Psicología de la Facultad de Ciencias Humanas y de la Salud de la Universidad Tecnológica Indoamérica, declara que los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de exclusiva responsabilidad de su persona como autor de este Trabajo de Titulación.

Quito, 22 de septiembre del 2020

A handwritten signature in blue ink, consisting of several loops and a long horizontal stroke at the end, positioned above a solid horizontal line.

Stalin Francisco Morales Aguirre

CI: 1724234982

**AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL AUTOR PARA LA CONSULTA,
REPRODUCCIÓN PARCIAL O TOTAL, Y PUBLICACIÓN ELECTRÓNICA
DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo Stalin Francisco Morales Aguirre, declaro ser autor del Proyecto de Tesis, titulado “Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida en el adulto mayor del Centro de Jubilados Naciones Unidas, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, año 2020”, como requisito para optar el grado de “Psicólogo General”. Autorizo al sistema de biblioteca de la Universidad Tecnológica Indoamérica para que con fines netamente académicos divulgue esta obra a través del Repositorio Digital Institucional (RDI-UTI).

Los usuarios del RDI-UTI podrán consultar el contenido de este trabajo en las redes de información del país y del exterior, con las cuales la Universidad tenga convenios. La Universidad Tecnológica Indoamérica no se hace responsable por el plagio o copia del contenido parcial o total de este trabajo.

Del mismo modo, acepto que los derechos de autor, morales y patrimoniales, sobre esta obra, serán compartidos entre mi persona y la Universidad Tecnológica Indoamérica, y que no tramitaré la publicación de esta obra en ningún otro medio, sin autorización expresa de la misma. En caso de que exista el potencial de generación de beneficios económicos o patentes producto de este trabajo, acepto que se deberán firmar convenios específicos adicionales, donde se acuerden los términos de adjudicación de dichos beneficios.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Quito, a los 22 días del mes de septiembre del 2020, firmo conforme:

Autor: Stalin Francisco Morales Aguirre.



Firma.

172423498-2.

Rumiñahui, Los cedros y Real Audiencia.

j.cstalin@hotmail.com – 0979056974.

APROBACIÓN TRIBUNAL

El trabajo de Investigación, ha sido revisado, aprobado y autorizada su impresión y empastado, sobre el Tema: **“DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE JUBILADOS NACIONES UNIDAS, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS DE LA CIUDAD DE QUITO, AÑO 2020”**, previo a la obtención del Título de Psicólogo General, reúne los méritos suficientes para ser sometido a disertación pública.

Para constancia firman:

.....

PRESIDENTE

.....

VOCAL 1

.....

VOCAL 2

Quito,

DEDICATORIA

Este proyecto de investigación está especialmente dedicado a mis dos personas más importantes de mi vida que son mis padres, por haberme ofrecido día tras día todo su apoyo condicional en este largo camino que estoy a punto de culminar, y que este proyecto revela todo su sacrificio y esfuerzo.

A mi hermano mayor, por haberme dado siempre ánimos desde la distancia para que yo tuviera la fuerza suficiente para poder cumplir una meta más en mi vida.

Stalin

AGRADECIMIENTO

Esta investigación va en gratitud a mis padres, Dolores y Moisés, a mi hermano Henry; quienes siempre estuvieron alado mío en todos los momentos más difíciles en mi etapa como estudiante universitario, por estar apoyándome constantemente en mi formación profesional y por confiar siempre en mí.

A mi tutora de tesis Calvo Marina por haberme guiado e instruido en este largo camino para la elaboración y culminación del presente proyecto, muchas gracias por su guía estoy eternamente agradecido.

Stalin

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES	ii
APROBACIÓN DEL TUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN	ii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA	iii
AUTORIZACIÓN PARA CONSULTA, REPRODUCCIÓN Y PUBLICACIÓN ...	iv
APROBACIÓN DE TRIBUNAL	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
ÍNDICE DE TABLAS	xiii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiv
RESUMEN	xv
ABSTRACT	xvi
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I	4
EL PROBLEMA	4
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	4
1.2 CONTEXTUALIZACIÓN	5
1.2.1 Macro	5
1.2.2 Meso	6
1.2.3 Micro	8
1.3 ANTECEDENTES	10

1.4 CONTRIBUCIÓN TEÓRICA	12
CAPÍTULO II	13
MARCO TEÓRICO	13
DETERIORO COGNITIVO	13
2.1 Envejecimiento	13
2.2 Tipos de Envejecimiento	13
2.2.1 Envejecimiento primario	14
2.2.2 Envejecimiento secundario	14
2.3 Adulto Mayor	14
2.4 Funcionamiento Cognitivo	15
2.5 Deterioro Cognitivo	16
2.5.1 Factores asociados al Deterioro Cognitivo	17
2.5.2 Causas que provoca el Deterioro Cognitivo	17
2.5.3 Deterioro Cognitivo Leve	18
2.6 Demencia	18
2.6.1 Clasificación	19
2.6.2 Factores de Riesgo	21
2.6.3 Diagnóstico	21
CALIDAD DE VIDA	22
2.7 Historia del concepto	22
2.8 Definición	23
2.9 Dimensiones de la Calidad de Vida	23
2.10 Factores que conforman la Calidad de Vida	24

2.10.1 Modo de Vida	24
2.10.2 Estilo de Vida	25
2.10.3 Condiciones de Vida	25
2.10.4 Nivel de Vida	25
2.11 Calidad de Vida relacionada con la Salud	26
2.12 Calidad de Vida en el Adulto Mayor	26
2.13 Calidad de Vida y Deterioro Cognitivo	28
2.14 Justificación	30
2.15 Objetivos	31
2.16 Objetivo General	31
2.17 Objetivos Específicos	31
CAPÍTULO III	32
METODOLOGÍA	32
3.1 Diseño de Investigación	32
3.2 Investigación Correlacional	32
3.3 Investigación Transversal	32
3.4 Investigación de Campo	32
3.5 Área de Estudio	33
3.6 Enfoque	33
3.7 Población	33
3.8 Muestra	33
3.9 Descripción de la Muestra	34
3.10 Instrumentos de Investigación	34

3.11 Escala de FUMAT	35
3.12 Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)	36
3.13 Procedimiento para la obtención de datos	37
3.14 Aspectos Éticos	37
3.15 Actividades	38
CAPÍTULO IV	39
ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
4.1 Datos sociodemográficos	39
4.2 Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)	42
4.3 Escala de FUMAT	45
4.4 Datos Estadísticos	48
4.5 Correlación de Pearson	49
CAPÍTULO V	50
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	50
5.1 Conclusiones	50
5.2 Recomendaciones	51
5.3 Discusión	51
CAPÍTULO VI	54
PROPUESTA	54
6.1 Tema	54
6.2 Datos Informativos de la Institución	54

6.3 Justificación	54
6.4 Objetivos	55
6.5 Objetivo General	55
6.6 Objetivos Específicos	56
6.7 Estructura Técnica de la Propuesta	56
6.8 Argumentación Teórica	57
6.9 Diseño Técnico de la Propuesta	59
6.10 Desarrollo de la Propuesta	60
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	79
ANEXOS	92

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Dimensiones de la Calidad de Vida	24
Tabla N° 2: Descripción de la Muestra	34
Tabla N° 3: Medidas de Tendencia Central	48
Tabla N° 4: Comprobación de correlación entre variables	49
Tabla N° 5: Planificación General	59
Tabla N° 6: El arte de poner atención al mundo que nos rodea	61
Tabla N° 7: Activa la memoria y potencia tu creatividad	65
Tabla N° 8: Diviértete con las matemáticas	69
Tabla N° 9: Mantengamos nuestro cerebro en plena forma	72
Tabla N° 10: Comuniquémonos a través de los símbolos	76

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Sexo	39
Gráfico N° 2: Edad	40
Gráfico N° 3: Edad de Hombres y Mujeres	41
Gráfico N° 4: Deterioro Cognitivo	42
Gráfico N° 5: Deterioro Cognitivo de Hombres y Mujeres	43
Gráfico N° 6: Deterioro Cognitivo entre edades	44
Gráfico N° 7: Calidad de Vida	45
Gráfico N° 8: Calidad de Vida de Hombres y Mujeres	46
Gráfico N° 9: Calidad de Vida entre edades	47

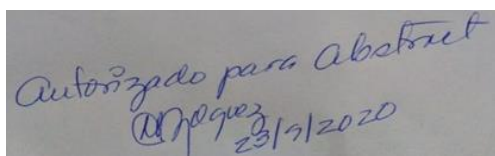
UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA

RESUMEN EJECUTIVO

TEMA: DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE JUBILADOS NACIONES UNIDAS, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESS DE LA CIUDAD DE QUITO, AÑO 2020.

AUTOR: STALIN FRANCISCO MORALES AGUIRRE



Autorizado para abstract
@Morales
23/7/2020

TUTOR: Dra. MARINA MILAGROS CALVO RODRÍGUEZ

RESUMEN:

En la actualidad el envejecimiento poblacional es un problema de numerosos países, incluido Ecuador. En los adultos mayores las enfermedades neurodegenerativas constituyen una de las patologías más frecuentes; en muchas de ellas se presenta deterioro cognitivo con la consecuente afectación en la calidad de vida. El objetivo de este estudio fue determinar la relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas” del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, durante el año 2020. Se realizó una investigación cuantitativa, correlacional, transversal y de campo, y contó con una muestra de 108 participantes entre hombres y mujeres mayores de 65 años de edad. Para la recolección de datos se utilizaron dos instrumentos, el Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC) para evaluar el funcionamiento cognitivo y la escala de FUMAT para evaluar la calidad de vida. Se obtuvo como conclusión que la mayoría de los adultos mayores del estudio no presentan deterioro cognitivo teniendo asimismo una calidad de vida excelente. Se pudo comprobar la hipótesis de investigación de que existe una correlación entre las dos variables estudiadas y se desarrolló una propuesta relacionada con un programa de Estimulación Cognitiva, con el objetivo de seguir potenciando el funcionamiento cognitivo e incrementar la calidad de vida de estos adultos mayores.

PALABRAS CLAVES: Deterioro Cognitivo, Calidad de Vida, Adulto Mayor, Funcionamiento Cognitivo, Estimulación Cognitiva.

TECHNOLOGICAL UNIVERSITY INDOAMERICA

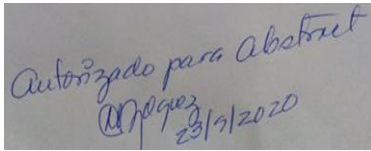
FACULTY OF HUMAN SCIENCES AND HEALTH

CAREER PSYCHOLOGY

EXECUTIVE SUMMARY

THEME: COGNITIVE DETERIORATION AND QUALITY OF LIFE IN THE ELDERLY ADULT FROM CENTRO DE JUBILADOS NACIONES UNIDAS, DEL INSTITUTO ECUATORIANO DE SEGURIDAD SOCIAL IESE IN THE CITY OF QUITO, YEAR 2020.

AUTHOR: STALIN FRANCISCO MORALES AGUIRRE



TUTOR: Dra. MARINA MILAGROS CALVO RODRÍGUEZ

ABSTRACT:

Currently, population aging is a problem in many countries, including Ecuador. In the elderly, neurodegenerative diseases are one of the most frequent pathologies; in many of them cognitive deterioration is presented with the consequent affectation in the quality of life. The objective of this study was to determine the relationship between cognitive impairment and quality of life in older adults at the “United Nations Retirement Center” of the Ecuadorian Institute of Social Security IESE in the city of Quito, during the year 2020. A quantitative, correlational, cross-sectional and field research was carried out with a sample of 108 participants among men and women over 65 years of age. Two instruments were used for data collection, the Mini Lobo Cognitive Test (MEC) to assess cognitive functioning and the FUMAT scale to evaluate the quality of life. The conclusion was obtained that most of the older adults in the study do not present cognitive deterioration and also have an excellent quality of life. It was possible to verify the research hypothesis that there is a correlation between the two variables studied and a proposal related to a program of Cognitive Stimulation was developed, with the aim of further enhancing the cognitive functioning and increasing the quality of life of these older adults.

KEY WORDS: Cognitive Deterioration, Quality of Life, Senior Citizens, Cognitive Functioning, Cognitive Stimulation.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad las enfermedades neurodegenerativas se están convirtiendo en un grave problema para todas las personas, debido a que el principal factor de riesgo para desarrollar estas enfermedades es haber alcanzado una edad avanzada, de modo que en un futuro muy cercano estas patologías se duplicarán y prevalecerán como consecuencia del envejecimiento poblacional a nivel mundial, afectando cada vez más la función del Sistema Nervioso Central en los adultos mayores provocando el deterioro cognitivo y cambios en la regulación del organismo.

A medida que el mundo va evolucionando el envejecimiento poblacional es una de las situaciones más importantes a nivel demográfico de muchos países del mundo, trayendo consecuencias desfavorables como más participación poblacional de personas maduras y longevas; disminución de tasas de fertilidad; consecuencias sociales; pérdidas en el ámbito socioeconómico y una baja calidad de vida.

La utilización del concepto de Calidad de Vida (CV) puede remontarse a los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras. (Campbell, 1981, y Meeberg, 1993, citados en Urzúa & Caqueo, 2012, p. 62)

Múltiples autores están de acuerdo que la calidad de vida es el grado de satisfacción general de las necesidades de las personas o de los grupos sociales, considerando siete dimensiones: salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relación social, relación con diversos elementos del entorno y contexto cultural. Cada uno de ellas son importantes en el estudio del adulto mayor y nos permite conocer cómo influyen en su área emocional, espiritual y desarrollo biopsicosocial, destacando que durante la adultez mayor no solo existen pérdidas.

Algunas de las pérdidas asociadas a la vejez son, en la dimensión social, la pérdida del estatus laboral y económico, mayor aislamiento social, todo ello amplificado por la menor capacidad y recursos de los que el anciano dispone para adaptarse a las circunstancias; mientras que en la dimensión biológica, mayor frecuencia de enfermedades físicas y la discapacidad consiguiente; y en la psicológica, es más frecuente la aparición de deterioro cognitivo. (González & Padilla, 2006, p. 502)

Camargo & Laguado (2017) señalan que: “el deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencias del envejecimiento” (p. 164).

Se clasifica en dos tipos, el deterioro cognitivo leve y la demencia (leve, moderada y severa). El deterioro cognitivo leve afecta a la memoria u otros dominios cognitivos, que supera el declive propio de la edad y que puede aumentar el riesgo de demencia. En las demencias se afectan todas las funciones cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, cognición social, gnosias, praxias y habilidades viso-espaciales) perjudicando la vida diaria de las personas que lo padecen en menor a mayor medida.

En la presente investigación se estudió la relación entre el Deterioro Cognitivo y la Calidad de Vida en el adulto mayor y está compuesto por:

CAPÍTULO I: El problema: Contiene la contextualización macro, meso y micro, los antecedentes investigativos y la contribución teórica del proyecto.

CAPÍTULO II: Marco teórico: desarrollo de las variables; independiente: deterioro cognitivo y variable dependiente: calidad de vida, incluyendo la respectiva justificación y los objetivos de investigación.

CAPÍTULO III: Metodología: incluye en detalle el enfoque de la investigación, alcance, población y muestra, instrumentos de investigación utilizados, procedimientos para el análisis de datos y los aspectos éticos.

CAPÍTULO IV: Análisis de resultados: análisis de datos cuantitativos obtenidos mediante los instrumentos de investigación y la utilización del programa SPSS, presentados en forma de gráficos y tablas y la interpretación de estos resultados para la comprobación de hipótesis.

CAPÍTULO V: Conclusiones y recomendaciones: incluye las conclusiones que se alcanzaron según los objetivos propuestos y el análisis de datos recopilados y recomendaciones para modificar los problemas detectados.

CAPÍTULO VI: Propuesta: sugerencia planteada para solucionar la situación encontrada y está conformada por un tema, una justificación, los objetivos, la estructura técnica de la propuesta, el argumento teórico y el diseño técnico de la misma.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Las personas de 65 años de edad en adelante, los adultos mayores, se encuentran en una etapa del ciclo vital donde ocurren diferentes acontecimientos en el ámbito físico, cognoscitivo y psicosocial, como por ejemplo, la jubilación y el aumento de las enfermedades degenerativas con sus consecuencias de incremento de la mortalidad y la discapacidad. De acuerdo con Ucha (2013) “un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona”. Dentro de esta población las enfermedades neurodegenerativas constituyen una de las patologías más frecuentes.

Por otra parte, las funciones cognitivas son aquellas que permiten a cualquier sujeto orientarse y desenvolverse en el medio que le rodea, como por ejemplo calcular, memorizar, pensar, recibir, elaborar y procesar información. Durante el envejecimiento algunas funciones cognitivas van a evidenciar deterioro mientras otras mantienen estabilidad.

El deterioro cognitivo se considera una disminución de funciones psicológicas previamente desarrolladas y conservadas como la orientación, la memoria, el lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas. Las consecuencias del deterioro guardan relación con la calidad de vida considerando sus diversas dimensiones, como el bienestar emocional, las relaciones interpersonales, el bienestar físico y la autodeterminación entre otras, lo que evidencia la necesidad de incrementar las investigaciones que aborden la relación entre ambas variables destacando las dimensiones más afectadas, que sirva de sustento teórico a programas de intervención.

1.2 CONTEXTUALIZACIÓN

1.2.1 Macro

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que:

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China, y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. (OMS, 2018)

Como se puede observar, en un futuro muy cercano la población de adultos mayores va a ocupar un lugar a nivel mundial de forma evidente, en la actualidad la tasa más alta de adultos mayores de 65 años le corresponde a Japón con un 45%, siendo hoy en día la nación más envejecida del mundo.

Prince et al. (2015, citados en Cancino & Rehbein, 2016) señalan que: “a nivel mundial, el 23% del gasto en salud está destinado a la atención de enfermedades en el segmento de adultos mayores de 60 años y que el 7% de ese gasto corresponde a enfermedades neurológicas y mentales” (p. 184).

“Hoy en día, en los países desarrollados, llegar a una edad avanzada ha dejado de ser algo excepcional, sin embargo aún hoy muchas personas no logran envejecer con una buena calidad de vida” (Azpiazu et al., 2002, p. 684).

En el 2011 se realizó una investigación en la Ciudad de Holguín, Cuba, con el objetivo de evaluar el deterioro cognitivo en las Casas de Abuelos de dicho municipio:

Según la distribución por grupos de edades de los adultos mayores que asisten a las Casas de Abuelos, el mayor porcentaje tienen más 70 años. Los ancianos sin deterioro cognitivo predominaron en ambas Casas de Abuelos (con 65 casos) según los resultados. (Roig, Vega, Ávila, Ávila & Gil, 2011)

En Lima Metropolitana y Callao, Perú, en el 2018 se realizó un estudio para identificar el deterioro cognoscitivo y sospecha de demencia en los adultos mayores. Se encontró mediante la aplicación del Miniexamen Cognitivo de Folstein (MMSE) que el 17% de adultos mayores presentaron deterioro cognoscitivo, mientras que el 14.7% mediante el Cuestionario de Pfeffer presentaban pérdida de habilidades instrumentales, sin embargo, al asociar las dos escalas solo el 6.7% de adultos mayores presentaron deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia (Luna & Vargas, 2018).

En Cuba se publica un estudio acerca de medir la calidad de vida percibida por los adultos mayores del Hogar de Ancianos en la Ciudad de Cruces en 2014, donde se encontró que los adultos mayores de forma general:

Perciben baja calidad de vida, independientemente de las variables sociodemográficas (edad, sexo y nivel de escolaridad). La dimensión de resultados más bajos fue la satisfacción por la vida. El 82% de los adultos mayores perciben una baja calidad de vida en relación con la misma, seguida por la dimensión socioeconómica. (Corugedo et al., 2014, p. 208)

En el año 2016 se realizó una investigación en la Ciudad de Querétaro, México, referente a la percepción que tienen los adultos mayores sobre su calidad de vida en función de su salud a través de consultas en una unidad de Medicina Familiar, en el cual se encuestó a 116 adultos mayores y se encontró que el 29.3% de los entrevistados consideraban que su calidad de vida era buena y el 56% regular (Loredo, Gallegos, Xequé, Palomé & Juárez, 2016, pp. 162-163).

1.2.2 Meso

Por otra parte, sabemos que el continente con más población de personas longevas que están viviendo actualmente es el continente europeo, después de ellos sigue el continente americano. Velásquez (2018) menciona: “que en América Latina y

el Caribe hay 76 millones de personas mayores de 60 años y que para 2050 esta cifra puede alcanzar los 198,2 millones de ancianos”.

Uno de los países que más rápido está envejeciendo es Cuba. En 2040, la isla caribeña será el país más envejecido de la región con un índice de 240, lo que quiere decir que habrá 240 personas de más de sesenta años por cada centenar de personas de menos de 15 años. Chile, Argentina y Brasil se sitúan por detrás y, en un tercer grupo, con menor presión demográfica, se encontrarían Colombia, Perú, México y Ecuador. (Ormaetxea, 2018)

En Latinoamérica “estudios epidemiológicos muestran que un 26,4% de la población mayor de 60 años tiene deterioro cognitivo y un 8,3% demencia” (Allegri, 2016, p. 307).

En el año 2003 se realizó una investigación en la Ciudad de la Habana, Cuba, sobre el deterioro cognitivo en el adulto mayor detallando que:

De 286 personas mayores de 65 años que fueron incluidas en el estudio, 27 (9,4 %) tuvieron deterioro cognitivo comprobado con la evaluación neuropsicológica y en 259 (90,6 %) no se demostró afectación de las funciones cognitivas [...]. La distribución según el sexo de los pacientes con deterioro cognitivo demostró que 19 (70,3 %) eran del sexo femenino y 8 (29,7 %), del masculino, lo que evidencia un predominio de las mujeres en este grupo de estudio. (Gómez, Bonnin, Gómez, Yáñez & González, 2003, p. 13)

En Perú se hizo un estudio sobre el grado del deterioro cognitivo en los adultos mayores hospitalizados a nivel nacional en el año 2004, se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11% (Varela, Chávez, Gálvez & Méndez, 2004, p. 37).

En 2013, se realizó un estudio sobre el deterioro cognitivo en personas de tercera edad con atención hospitalaria en la Ciudad de México, México, cuyo resultado fue que:

El 81% obtuvo un nivel de deterioro cognitivo, mientras que el 19% tiene un nivel de cognición normal. El 43% obtuvo un nivel leve de deterioro cognitivo, el 22% tiene nivel moderado, el 19% tuvo un nivel normal de cognición y el 16% un nivel grave de deterioro cognitivo. (Coronel, Carmona & Ponce, 2013, p. 7)

En Cuba se evaluó la calidad de vida de adultos mayores incorporados a la Casa de Abuelos de la ciudad de Pinar del Río en el año 2009, obteniéndose como resultados que:

Entre los ancianos de la Casa de Abuelos, 24 de ellos, para un 57.2%, se incluyen en la categoría Calidad de Vida alta; en media y baja aparecen 8 y 7 casos respectivamente con 19.0% y 16.6%; en tanto, la categoría muy baja agrupa a 3 ancianos para un 7.2%. (Montanet, Bravo & Hernández, 2009)

En el 2016, se realizó un estudio en la Parroquia Eloy Alfaro de la Ciudad de Manta, acerca de la percepción de la calidad de vida en los adultos mayores que asisten a los Centros Médicos del Ministerio de Salud Pública del Ecuador, teniendo como resultado que el 61,8% de los participantes presentaron buena percepción de calidad de vida especialmente en la dimensión de salud mental, sin embargo, el 38,2% consideró tener una mala calidad de vida (Cedeño & Delgado, 2016, p. 47).

1.2.3 Micro

Ecuavisa (2017) señala que: “en Ecuador, hay 16.625 millones de habitantes, el 10 % corresponde a las personas de más de 60 años”, por lo que puede considerarse una población envejecida, aunque el porcentaje sea menor comparado con otros países.

Cada persona envejece de forma diferente pero el envejecimiento es algo inevitable que implica un declive fisiológico natural; se habla de un envejecimiento primario que se acompaña de modificaciones del funcionamiento cognitivo (declive y estabilidad). De presentarse un deterioro cognitivo este podrá afectar la calidad de vida del adulto mayor perjudicando su ámbito personal, familiar y social.

Según el Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC) nos detalla que en el Ecuador los adultos mayores de 65 años de edad presentan deterioro cognitivo que afecta a hombres con un 16,3% y a las mujeres con un 25,7%; de las personas que fueron diagnosticadas con demencia, el 21,4% oscilan entre los 61 y 70 años de edad a nivel nacional (INEC, 2009).

En el año 2014 se hizo un estudio en la Provincia del Azuay, Ecuador, detallando que “la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Cantón Gualaceo, es de 51,4%. La edad promedio fue de 78,57 (\pm 7,721) correspondiendo un 64,3% al sexo femenino y un 35,7% al sexo masculino” (Maldonado, Maldonado, Astudillo & Guapizaca, 2019, p. 20).

En la parroquia el Salto del cantón Babahoyo, Ecuador, se realizó una investigación en el 2017 sobre la prevalencia de deterioro cognitivo (DC) en adultos mayores que viven ahí, los resultados fueron de los 55 adultos mayores, el 62% tuvieron DC, de los cuales el 61,3% estuvo en el rango de edad entre 65 y 75 años. El 61,3% perteneció al sexo femenino, el 90,3% tienen instrucción básica, el 54,8% están en unión libre y el 58,1% poseen un nivel socioeconómico regular (León & León, 2018, p. 7).

En 2016 se realizó una investigación en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor de la Ciudad de Quito, Ecuador, cuyo objetivo es determinar la percepción que tienen los adultos mayores sobre la calidad de vida mediante el cuestionario Whoqol-Old (World Health Organization Quality of Life-Old), señalando que el 85% de los pacientes entrevistados perciben su calidad de vida como buena y el

15% la perciben como medianamente buena, ningún paciente percibe su calidad de vida como mala (Herrera & Mora, 2016, p. 86).

El envejecimiento poblacional ecuatoriano es un tema poco reconocido tanto por las autoridades de nuestro país, como por el público en general, por esta razón en el “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito no se han realizado investigaciones importantes de trascendencia que aborden este problema que presentan los adultos mayores, por lo que se ha constituido en una motivación más para la realización de esta investigación científica.

1.3 ANTECEDENTES

Roquet (2018) refiere que: “a medida que el mundo se va desarrollando, la esperanza de vida aumenta y hay más población de edad avanzada. Vivir más años es bueno, pero también tiene consecuencias sociales y económicas no tan positivas”.

Más aún la OMS (2018) señala que “entre el 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%”.

Para el 2030, las personas adultas mayores serán 1.400 millones, 16,5%. En 2050 aumentarán a 2.100 millones, que equivaldrá al 21%. Las personas mayores de 60 años son en la actualidad más numerosas que los niños menores de 5 años y en los próximos años superarán a la población menor de 15. (Paredes, 2015)

Como señala la OMS y la Organización Panamericana de la Salud (OPS):

Debido al aumento en la esperanza de vida y a la reducción del tamaño de una familia promedio, la población envejecida ha sido una tendencia demográfica dominante en América Latina durante el pasado medio siglo y seguirá en ese camino durante los próximos 50 años. (OPS/OMS, 2011)

Camacho, Hinostrosa & Jiménez (2010) sostienen que: “ante la creciente esperanza de vida de la población adulta mayor, se agrega la condición de padecer por lo menos una enfermedad crónico-degenerativa, entre las que se encuentra algún tipo de deterioro cognitivo con tendencia a la demencia” (p. 36).

En la actualidad el deterioro cognitivo persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado, que refleja una disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento. (Pérez, 2005)

Acerca de los Trastornos Neurocognitivos TNC según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-V, 2014) “la prevalencia del TNC varía ampliamente en función de la edad y del subtipo etiológico. Generalmente, sólo se dispone de estimaciones de la prevalencia global en poblaciones de personas mayores” (p. 608).

El DSM-V (2014, pp. 596-611) los clasifica en tres grupos:

- Grupo A: Delirium.
- Grupo B: Trastorno neurocognitivo Mayor.
- Grupo C: Trastorno neurocognitivo Leve.

En el Distrito Metropolitano de Quito unas 200 mil personas pertenecen a la población de adultos mayores (9,2% de la población total). De ellos, el 45% son hombre y el 55% mujeres. Es decir, 33.968 adultos mayores de Quito padecen discapacidad leve, moderado o severa, lo que limita de una u otra forma su calidad de vida. (El Telégrafo, 2015)

En la Ciudad de Cuenca, Ecuador, se realizó un trabajo sobre el deterioro cognitivo y riesgo de demencia en un grupo de adultos mayores jubilados del IESS en 2013:

Al someterse a la prueba de MMSE, se encuentra que la prevalencia de deterioro cognitivo es de 17.1%. Cuando se realiza el análisis de riesgo para deterioro cognitivo se encuentra que: la edad igual o mayor a 65 años representa un riesgo aumentado en 3.81 veces ($p=0.00$), el sexo más afectado fue el femenino. (Estévez, Abambario, Atiencia & Webster, 2014, p. 14)

1.4 CONTRIBUCIÓN TEÓRICA

El deterioro cognitivo es un trastorno que va apareciendo, con mayor frecuencia a partir de los 65 años de edad y tiene características específicas que dan origen a severas consecuencias tanto en el ámbito físico, psicológico y social.

A lo largo del tiempo el deterioro cognitivo ha sido estudiado en varias poblaciones y con diferentes metodologías que han permitido tener un pensamiento propio cada vez más seguro, acerca de diversos aspectos como los factores de riesgo y la afectación en la calidad de vida del adulto mayor.

En el “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito no hay investigaciones específicas que aborden los diferentes tipos de deterioro cognitivo con más profundidad, ni la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida por lo que este estudio ayudará a aportar elementos teóricos acerca del comportamiento del deterioro cognitivo en esta población seleccionada. Del mismo modo esta investigación aportará un programa de intervención, fundamentada en los datos obtenidos en el estudio y en una amplia revisión de la literatura.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

DETERIORO COGNITIVO.

2.1 Envejecimiento

En general, la mayoría de especialistas en el tema definen el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte. (Queralt, 2016)

Es decir que el envejecimiento es un proceso natural que todos los seres vivos presentan a lo largo de toda su vida y se caracteriza por cambios tanto físicos como psicológicos, sin embargo, la vejez o adultez mayor es la última etapa de vida de los seres humanos que empieza a partir de los 65 años de edad y que es parte del envejecimiento.

2.2 Tipos de Envejecimiento

Envejecimiento saludable, propuesto por la OMS (1998), definido como la etapa que comienza mucho antes de los 60 años. Esta solo puede obtenerse desarrollando desde edades tempranas hábitos y estilos de vida saludables, así como realizando prevención temprana de algunas enfermedades y discapacidades. (Bowling, 2005, citado por Alvarado & Salazar, 2014, p. 61)

El envejecimiento activo es definido según la OMS (2002, citado en Varela, 2016) como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación

y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen” (p. 200).

Para Pérez (2014) existen dos tipos de envejecimiento, ellos son:

2.2.1 Envejecimiento primario: toma en cuenta aquellos procesos de deterioro biológico genéticamente programados, que ocurren incluso en personas con buena salud y ausencia de enfermedades, es decir, que es universal.

2.2.2 Envejecimiento secundario: involucra a los procesos de deterioro que aumentan con la edad y que se relacionan con factores controlables tales como la nutrición, el ejercicio físico, los hábitos de vida y las influencias ambientales.

2.3 Adulto Mayor

Se denomina adultos mayores a las personas de 65 años en adelante, en el cual las personas de la tercera edad comienzan a ir presentando una serie de cambios tanto en el ámbito psicológico, biológico y social de manera continua e irreversible por medio de su tiempo de vida, completando así la última etapa de vida de los seres humanos antes de la muerte.

También se entendió por adulto mayor a toda persona de 65 o más años, asumiendo que esta población se encuentra en la culminación de un proceso natural con deficiencias funcionales como resultado de cambios biológicos, psicológicos y sociales, condicionado por un fondo genético, los estilos de vida adoptados en la niñez, la acumulación de excesos en la juventud y los aspectos ambientales en que vive el individuo. (Cardona, Estrada & Byron, 2006, p. 208)

En los adultos mayores el funcionamiento cognitivo experimenta una serie de cambios que son provocados por el envejecimiento natural del organismo y que se acompaña de alteraciones en los procesos cognitivos para la realización de cualquier actividad compleja.

Las capacidades cognitivas, como la atención, la memoria o la concentración entre otras, van desarrollándose desde que nacemos hasta la edad adulta, período en el que se mantienen hasta llegar a los 45-50 años. Es en este momento cuando comienza a producirse un declive cognitivo que se irá haciendo más evidente conforme se avanza hacia la tercera edad. (Bitbrain, 2018)

2.4 Funcionamiento Cognitivo

La función cognitiva es el conjunto de operaciones mentales que se efectúan mediante la interpretación perceptual de estímulos para transferirla a una respuesta o conducta de desempeño. En estas operaciones se encuentran involucrados los procesos cognitivos simples y complejos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia. (Gorostegui y Dörr, 2008, citados por Durán et al., 2013, p. 37)

Varela et al. (2004) plantean que: “la función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas” (p. 37).

Dicho de otra manera, todas las tareas o actividades que el ser humano puede realizar es gracias al funcionamiento cognitivo, que son procesos mentales a través de los cuales podemos manejar adecuadamente el mundo que nos rodea por medio de las sensaciones, percepciones y comprensión, asimismo estas funciones cognitivas nos permiten realizar actividades simples y complejas para la vida cotidiana.

Las funciones cognitivas más importantes son las siguientes:

- **Atención:** función cognitiva con la que seleccionamos los estímulos internos y externos que llegan simultáneamente del medio exterior hacia el cerebro, para realizar cualquier actividad motora o mental.

- **Memoria:** función cognitiva que permite codificar, almacenar y recuperar de manera efectiva la información aprendida de un suceso vivido.
- **Funciones ejecutivas:** se localizan en el lóbulo frontal del cerebro, permite el control cognitivo del pensamiento y la regulación de la conducta a través de varias actividades mentales complejas relacionadas entre sí.
- **Lenguaje:** es un sistema de comunicación simbólica, que nos permite hablar con las demás personas y se manifiesta a través del lenguaje.
- **Habilidades viso-perceptivas:** permite reconocer y discriminar todos los estímulos conocidos, que son almacenados por nuestro conocimiento.
- **Habilidades viso-espaciales:** son utilizadas para el análisis, comprensión y manipulación del espacio en el cual nosotros vivimos, ya sea en dos o tres dimensiones.

2.5 Deterioro Cognitivo

Existen diversas definiciones de Deterioro Cognitivo. Algunos autores hablan de deterioro cognitivo en relación con el envejecimiento mientras otros destacan que lo que se produce es un declive de las funciones cognitivas y que el deterioro supera lo esperado como parte del envejecimiento.

Gutiérrez (2015) refiere que: “el deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas tales como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento de la información. Aparece con el envejecimiento normal y depende de factores fisiológicos, ambientales y sociales”.

Se define asimismo como una “alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual y conducta, que interfieren en la actividad e interacción social de la persona afectada” (Moreno, 2005, citado en Camacho et al., 2010, p. 36).

Es decir, el deterioro cognitivo se manifiesta en el declive de las funciones cognitivas, debido a modificaciones en los factores fisiológicos y orgánicos que no

pueden ser atribuidos al proceso normal del envejecimiento, afectando así las posibilidades de poder realizar cualquier actividad de la vida diaria teniendo siempre algún grado de dificultad.

2.5.1 Factores asociados al Deterioro Cognitivo

Existen varios factores asociados con la modificación del estado cognitivo y funcional de los adultos mayores, entre ellas se encuentran la declinación cognitiva, declinación funcional y las distintas enfermedades crónicas degenerativas como la diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cerebrovasculares, cardiopatías entre otros (León, Milián, Camacho, Arévalo & Escartín, 2009, pp. 278-279).

El riesgo de sufrir deterioro cognitivo se asocia tanto a factores genéticos como ambientales, aunque potencialmente hay un fuerte riesgo genético, los factores genéticos no son modificables en estos momentos. Dentro de los factores ambientales que influyen sobre la función cognitiva existen factores demográficos no modificables como la edad, el sexo y el nivel de formación. (Climent, Vilaplana, Arnedo, Vilar & Moreno, 2013, p. 501)

Por otra parte, Robalino (2012) indica que “ha suscitado mayor atención y valor predictivo es la determinación del genotipo APO E, como factor de riesgo de un trastorno cognitivo leve o una demencia, aunque no es determinante en todas las personas”.

2.5.2 Causas que provoca el Deterioro Cognitivo

A medida que el ser humano va envejeciendo el deterioro cognitivo evoluciona en los adultos mayores de diferente manera, algunas de las causas que pueden generar dicho deterioro a nivel cognitivo puede ser por:

- Déficit de vitaminas.
- Infecciones
- Enfermedades neurodegenerativas.

- Enfermedades vasculares.
- Deterioro cognitivo asociado a la edad.

Por lo general el deterioro cognitivo puede manifestarse en el adulto mayor en relación con la edad, el género, como esté el individuo en su salud y en su estado psicológico. Algunas veces puede ser tratado y otras veces continúa evolucionando hacia la demencia.

2.5.3 Deterioro Cognitivo Leve

Se denomina “Deterioro Cognitivo Leve” a un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia. En la actualidad, el constructo Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se reconoce como una condición patológica, no como un proceso normal asociado a la edad, y se utiliza específicamente para referirse a un grupo de individuos que presentan cierto grado de déficit cognitivo cuya severidad resulta insuficiente para cumplir criterios de demencia ya que no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria. (Petersen, 2004, citado por Pose & Manes, 2010, p. 7)

El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se clasifica en tres subtipos: el primero que tenemos son los llamados DCL amnésicos (DCLa), que se caracterizan por afectar de forma directa al sistema de memoria; luego tenemos al DCL multidominio (DCLm), caracterizados por un déficit de la memoria y de algún otro proceso cognitivo; y por último el DCL no amnésico (DCLna), en el que hay afectación de otras áreas cognitivas diferentes no relacionadas con la memoria (Díaz, García & Peraita, 2010, p. 106).

2.6 Demencia

La demencia es un trastorno mental caracterizado por una pérdida de la capacidad de pensar, razonar y recordar. La demencia es progresiva, es decir, empeora con el paso tiempo y finalmente los síntomas asociados a ella son lo

suficientemente severos como para interferir el trabajo, las actividades sociales y el funcionamiento diario. (Giménez, 2002, p. 54)

Según la Guía de bolsillo de la Clasificación Internacional de las Enfermedades (CIE-10, 2000, p. 25) la demencia es definida como:

Un síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente de naturaleza crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores, entre ellas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece clara.

Las características generales que tiene la demencia según su gravedad son:

- **Leve:** el paciente comienza a presentar algunos cambios de conducta, se comienza a evidenciar problemas de memoria y mostrar desorientación en el espacio y tiempo.
- **Moderada:** el paciente tiene síntomas cognitivos evidentes que afectan diversas actividades básicas de su vida y produce en el adulto mayor diversas conductas de mal humor.
- **Severa:** El paciente ya no puede comunicarse bien con las demás personas, presenta pérdida general de su memoria remota, no puede valerse por sí mismo y es totalmente dependiente para hacer cualquier actividad básica de la vida diaria.

2.6.1 Clasificación

Siguiendo la clasificación del CIE-10 (2000, pp. 25-35) la demencia se clasifica de la siguiente forma:

- **Demencia en la enfermedad de Alzheimer:** La enfermedad de Alzheimer es una enfermedad degenerativa cerebral primaria de etiología desconocida, con unos rasgos neuropatológicos y neuroquímicos característicos. El trastorno

suele tener un inicio insidioso y se desarrolla de forma lenta, pero progresiva, durante un período de varios años. (p. 27)

- **Demencia Vascular:** La demencia vascular es el resultado de la infartación del tejido cerebral debido a una enfermedad vascular, incluida la enfermedad vascular hipertensiva. Por lo general, los infartos son pequeños, pero sus efectos son acumulativos. El inicio suele ser en edades avanzadas. (p. 30)
- **Demencia en la enfermedad de Pick:** Demencia progresiva de inicio en la edad media de la vida, caracterizada por cambios de carácter y deterioro social precoces y lentamente progresivos, seguidos de un deterioro de las funciones de la inteligencia, de la memoria y del lenguaje. (p. 32)
- **Demencia en la enfermedad de Creutzfeldt-Jacob:** Se trata de una demencia progresiva, con múltiples signos y síntomas neurológicos, debida a cambios neuropatológicos específicos, supuestamente causados por un agente transmisible. El inicio suele tener lugar hacia la mitad o el final de la vida, pero puede presentarse en cualquier momento de la edad adulta. (p. 33)
- **Demencia en la enfermedad de Huntington:** La demencia se presenta formando parte de una degeneración diseminada del tejido cerebral. La enfermedad se transmite por un único gen autosómico dominante. La sintomatología aparece, por lo general, en la tercera y cuarta décadas. (p. 33)
- **Demencia en la enfermedad de Parkinson:** Demencia que aparece en el curso de una enfermedad de Parkinson claramente establecida. No se han demostrado todavía rasgos clínicos que permitan distinguirla de otras demencias. (p. 34)
- **Demencia en la infección por VIH:** Demencia que se desarrolla en el curso de una infección por VIH. (p. 35)

2.6.2 Factores de Riesgo

En el DSM-V la demencia se denomina Trastornos Neurocognitivos (TNC) Mayores y Leves, donde el principal factor de riesgo para presentar la demencia es haber cumplido una edad avanzada a partir de los 65 años en adelante. Incluso entre los TNC, la prevalencia relativa varía con la edad: la enfermedad de Alzheimer es rara antes de los 60 años y la prevalencia aumenta marcadamente a partir de entonces (DSM-V, 2014, p. 609).

El mayor factor de riesgo de los TNC mayor y leve es la edad, fundamentalmente porque la edad aumenta el riesgo de presentar enfermedades neurodegenerativas y cerebrovasculares. El género femenino se asocia a una mayor prevalencia global de la demencia y, en concreto, de la enfermedad de Alzheimer, pero esta diferencia es atribuible en gran medida, si no por completo, a la mayor longevidad de las mujeres. (DSM-V, 2014, p. 609)

2.6.3 Diagnóstico

El diagnóstico del deterioro cognitivo implica una evaluación clínica y el uso de escalas y test.

En la actualidad hay más casos de adultos mayores que presentan síntomas de demencia. Los expertos recomiendan aplicar escalas y tests de cribado en los ancianos mayores de 75 años, en los mayores de 65 años institucionalizados y en aquellos otros que independientemente de la edad, tengan dificultades para hacer todas sus actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). (Thomas & Nadal, 2001, p. 578)

Para diagnosticar la causa de la demencia, el médico debe reconocer el patrón de pérdida de habilidades y funciones, y determinar qué es lo que una persona todavía es capaz de hacer. Recientemente, se cuenta con biomarcadores para hacer un diagnóstico más preciso de la enfermedad de Alzheimer. (Mayo Clinic, 2019)

CALIDAD DE VIDA

2.7 Historia del Concepto

González et al. (2004, citados en Salazar, Pando, Arana & Heredia, 2005) mencionan que: “el concepto de *Calidad de Vida* surgió después de la II Guerra Mundial en su trágica secuela de invalidez y su relación con la satisfacción del sujeto, después de estar bajo tratamientos rehabilitatorios seguidos de situaciones traumáticas” (p. 161).

No fue hasta finales de los años 60 y durante la década de los 70 cuando el concepto de calidad de vida se vinculó realmente a una noción que incorporaba evaluaciones (denominadas ya entonces) subjetivas; es decir, evaluaciones que incluían aspectos como los sentimientos personales de felicidad o satisfacción. Desde aquel momento el concepto experimentó una evolución muy significativa que implicó superar la concepción del bienestar en términos puramente objetivos e incluir la perspectiva subjetiva de satisfacción con la vida. De este modo, la noción de calidad de vida pasó de tener un carácter puramente social y de basarse en aspectos objetivos a ser entendida desde una perspectiva más subjetiva y centrada en la persona. (Gómez, Verdugo & Arias, 2010, pp. 454-455)

No hay duda que el concepto de Calidad de Vida (CV) ha ido teniendo una evolución muy interesante en el transcurso del tiempo, estando presente desde la época de los antiguos griegos (Aristóteles) y en la actualidad tener un gran protagonismo e importancia para las personas, por otro lado, la instalación de este concepto dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90 y que está empezando a mantenerse a partir de los primeros años de este siglo XXI (Schwartzmann, 2003, pp. 9-10).

Smith, Avis y Assman (1999, citados por Urzúa & Caqueo, 2012) indican también que: “para algunos autores, el concepto de CV se origina a fin de distinguir

resultados relevantes para la investigación en salud, derivado de las investigaciones tempranas en bienestar subjetivo y satisfacción con la vida” (p. 62).

2.8 Definición

En el Foro Mundial de la Salud durante el año 1966, en Ginebra, la OMS (2002, citados en Robles, Rubio, De la Rosa & Nava, 2016) definió a la Calidad de Vida como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones” (p. 121).

Según el grupo WHO Quality of Life (WHOQOL, 1996) se define la Calidad de Vida como:

La manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones. Todo ello matizado, por supuesto, por su salud física, su estado psicológico, su grado de independencia, sus relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales. (p. 385)

Vale decir que la calidad de vida es “un estado de bienestar físico, social, emocional, espiritual, intelectual y ocupacional que le permite al individuo satisfacer apropiadamente sus necesidades individuales y colectivas” (Giusti, 1991, citado por Mora, Villalobos, Araya & Ozols, 2004, p. 3).

2.9 Dimensiones de la Calidad de Vida

Existen ocho dimensiones centrales que constituyen la Calidad de Vida, cada una de estas dimensiones acompañan a cualquier persona, como son las siguientes:

Tabla 1: Dimensiones de la Calidad de Vida.

DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA	INDICADORES
Bienestar Emocional	<ul style="list-style-type: none"> • Satisfacción con uno mismo • Auto concepto

	<ul style="list-style-type: none"> • Espiritualidad
Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none"> • Amistad • Afecto • Familia
Bienestar Material	<ul style="list-style-type: none"> • Vivienda • Estado financiero • Estatus socioeconómico
Desarrollo Personal	<ul style="list-style-type: none"> • Desempeño • Educación • Competencia personal
Bienestar Físico	<ul style="list-style-type: none"> • Actividades de la vida diaria • Atención sanitaria • Nutrición
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none"> • Metas y valores personales • Control personal • Decisiones
Inclusión Social	<ul style="list-style-type: none"> • Participación en comunidad • Roles comunitarios • Ambiente laboral
Derechos	<ul style="list-style-type: none"> • Legales • Humanos

Tabla 1: Dimensiones de la Calidad de Vida.

Elaborado Por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Schalock & Verdugo (2003).

2.10 Factores que conforman la Calidad de Vida

2.10.1 Modo de Vida

El modo de vida es concebido como una categoría económica y sociohistórica, que incluye la vida espiritual y es utilizada para designar el conjunto de actividad vital, socializada y sistemática que realizan los hombres para la satisfacción de sus necesidades en sus distintos niveles de interacción social y grupal (no individual) condicionados por la formación socioeconómica imperante. (González, 2005)

2.10.2 Estilo de Vida

El estilo de vida se puede considerar como los tipos de hábitos, actitudes, conductas, tradiciones, actividades y decisiones de una persona, o de un grupo de personas, frente a las diversas circunstancias en las que el ser humano se desarrolla en sociedad, o mediante su quehacer diario y que son susceptibles de ser modificados. (Tavera, 1994, citado en Sanabria, González & Urrego, 2007, p. 208)

El estilo de vida de acuerdo con García, García, Tapiero & Ramos (2012) es “una forma general de vida, basada en la interacción entre las condiciones de vida y los patrones individuales de conducta, determinados por los factores socioculturales y las características personales” (p. 171).

Podemos además mencionar que un estilo de vida saludable repercute de forma positiva en la salud de cualquier individuo. Porque comprende hábitos sanos, como la práctica habitual de ejercicios, una alimentación saludable y adecuada, el disfrute del tiempo libre, actividades de socialización, espiritualidad positiva frente a la vida entre otros (Rondanelli, 2014, p. 70).

2.10.3 Condiciones de Vida

Las condiciones de vida son el entorno cotidiano de las personas, donde éstas viven, actúan y trabajan. Estas condiciones de vida son producto de las circunstancias sociales y económicas, y del entorno físico, todo lo cual puede ejercer impacto en la *salud*, estando en gran medida fuera del control inmediato del individuo. (OMS, 1998)

2.10.4 Nivel de Vida

El nivel de vida es una categoría socio-económica, que se evalúa en función de los bienes materiales y los servicios con que cuenta la población, así como la equidad en su distribución.

Hay que mencionar, además que tanto el “bienestar” que es un estado vinculado con las necesidades y satisfacciones de las personas; la “satisfacción” relacionada a un sentimiento de bienestar cuando se cubre un deseo realizado; y la “felicidad” un estado de ánimo que combina la satisfacción por cumplir objetivos deseados, también forman parte de la calidad de vida cuya característica principal es que su interpretación es de forma objetiva y subjetiva que tenga cada persona de modo individual.

2.11 Calidad de Vida relacionada con la Salud

“El término calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos” (Soto & Failde, 2004, p. 53).

Este concepto comenzó a utilizarse en Estados Unidos, para saber cómo los individuos ven su calidad de vida a través de la salud, y se usa también para designar resultados concretos de evaluaciones clínicas y en la toma de decisiones terapéuticas (Fernández, Fernández & Cieza, 2010, p. 170).

Para Lizán (2009) la calidad de vida relacionada con la salud:

Se centra en evaluar la influencia subjetiva del estado de salud, los cuidados sanitarios y las actividades de prevención y promoción de la salud en la capacidad individual de lograr y mantener un nivel de funcionamiento que permita conseguir unos objetivos vitales y se refleje en un bienestar general. Las dimensiones fundamentales son: el funcionamiento físico, psicológico-cognitivo y social. (p. 411)

2.12 Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Cardona (2010) menciona que: “la calidad de vida de las personas adultas mayores está altamente relacionada con su capacidad funcional y con el conjunto de

condiciones que le permitan cuidarse a sí mismas y participar en la vida familiar y social” (p. 150).

También la calidad de vida del adulto mayor está conformada por numerosas variables importantes, como son la:

Satisfacción, felicidad, autoestima, además de capacidad adquisitiva, disfrutar de buena salud física-psíquica y una relación social satisfactoria, entre otras muy diversas. Muchos autores están de acuerdo en que la variable salud es la que mayor peso tiene en la percepción de bienestar de los ancianos, y que los déficits de salud constituyen el primer problema para ellos. (Real, 2008)

Es evidente que a medida que una persona empieza a cumplir más años, comienzan a aparecer los primeros síntomas de deterioro tanto físicos como psicológicos, por otro lado, para que la calidad de vida siga manteniéndose estable va a depender de la capacidad que el adulto mayor tenga de ser cuidadoso consigo mismo, y de que pueda seguir los constantes cambios del medio actual desarrollándose acorde con sus preferencias y gustos personales. (Aránzazu, Hernández, Gutiérrez & Agudelo, 2013, p. 48).

Velandia (1994, citado por Vera, 2007) indica que la calidad de vida en las personas de la tercera edad es:

La resultante de la interacción entre las diferentes características de la existencia humana (vivienda, vestido, alimentación, educación y libertades humanas); cada una de las cuales contribuye de diferente manera para permitir un óptimo estado de bienestar, teniendo en cuenta el proceso evolutivo del envejecimiento, las adaptaciones del individuo a su medio biológico y psicosocial cambiante, el cual se da en forma individual y diferente; adaptación que influye en su salud física, fallas en la memoria y el temor, el abandono, la muerte, la dependencia o la invalidez. (p. 285)

2.13 Calidad de Vida y Deterioro Cognitivo.

En la actualidad la disminución de las tasas de natalidad y el incremento de adultos mayores, ha generado un aumento notorio en la frecuencia de enfermedades crónico-degenerativas en las personas de tercera edad, entre ellas están las alteraciones cognitivas, con la consecuente afectación en su calidad de vida (Estrella, González & Moreno, 2008, p. 132).

El Deterioro Cognitivo Leve o Deterioro Cognitivo sin demencia (DCL) es un problema socio-sanitario de gran impacto sobre la calidad de vida de la población adulto mayor y sus familiares, es considerado un estado transicional entre la normalidad de la salud cognitiva y la demencia, en la que los pacientes no presentan un compromiso esencial en las actividades de la vida diaria, sin embargo se trata de una condición patológica y no un proceso normal asociado a la edad. (Pose y Manes, 2010, citados en Chávez, Núñez, Díaz & Poma, 2014, p. 14)

Davis et al. (2015, citados por Castro & Galvis, 2018) indican que: “la demencia comprende un grupo de trastornos que abarcan una pérdida progresiva de las funciones cognitivas y afecta habilidades que son necesarias para el desarrollo normal de las actividades de la vida diaria” (p. 569).

En concreto, la enfermedad de Alzheimer (EA), es uno de los procesos más incapacitantes para las personas que lo padecen, ya que con lleva un deterioro cognitivo y una pérdida progresiva de habilidades, llegando a producir una reducción de las actividades placenteras y/o cotidianas, traduciéndose en una disminución de la calidad de vida (CV). (Almkvist y Winblad, 1999, Brod, Steward, Sands y Walton, 1999, Lawton, 1994, Lopera, 1997, Rabins y Black, 2007, y Wierenga y Bond, 2007, citados en Sánchez, Torrellas, Fernández & Martín, 2013, p. 762)

Estrella et al. (2008) señalan que: “entre los problemas de salud que afectan más a la población anciana, resaltan los trastornos cognitivos de la conducta y la demencia por su magnitud y gravedad, además por su impacto en la calidad de vida de las personas” (p. 131).

Al momento de revisar estudios científicos asociados sobre el tema, se encontró que en el año 2017 se realizó una investigación en la Ciudad de Ambato, Ecuador, en donde se descubrió que el deterioro cognitivo si puede influenciar en la calidad de vida de los adultos mayores, pero de forma no muy marcada (Jessenia, 2017, pp. 77-79).

El estudio de la calidad de vida en la tercera edad, obliga a incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital, en la cual el sujeto no sólo se enfrenta al envejecimiento cronológico sino también al envejecimiento funcional, dado este último por la disminución de las capacidades físicas, psíquicas y sociales para el desempeño de las actividades de la vida diaria (AVD). (Bayarre, 2009, citado por Rubio, Rivera, Borges & González, 2015, p. 3)

2.14 Justificación

Los adultos mayores constituyen uno de los pilares fundamentales para la sociedad; por ser personas que aportaron muchos años de su vida en todos los ámbitos en los cuales se desempeñaron y por ser un sector poblacional en franco crecimiento en todos los países del mundo, incluyendo nuestro país Ecuador.

Importantes organizaciones del mundo destacan que no todos los adultos mayores pueden llegar a disfrutar una buena calidad de vida por medio de su jubilación, ya sea por falta de apoyo por parte de las autoridades que tenga cada país o por no tener una adecuada atención, apoyo y cuidado desde la familia.

Entre los temas que más han generado un mayor número de investigaciones se encuentra el deterioro cognitivo. Para los adultos mayores el riesgo de padecer deterioro cognitivo se vincula con varios factores de riesgo, muchos de ellos se relacionan por tener una mala salud tanto física como mental, presentar distintas enfermedades crónicas degenerativas y mostrar una declinación cognitiva o funcional. Otro elemento importante que podemos mencionar es la edad.

En el adulto mayor se puede mantener un funcionamiento cognitivo normal o presentar diferentes niveles de deterioro cognitivo, cada uno de los cuales afectarán de diferente manera en su calidad de vida. Es por esto que nace la presente investigación, con el objetivo de realizar un estudio acerca del deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. Es indispensable identificar en el adulto mayor la presencia de deterioro cognitivo predominante y cuáles son las funciones más afectadas para que su calidad de vida no sea afectada y el adulto mayor pueda vivir con la mayor autonomía posible.

Se considera que el presente proyecto es factible, porque será realizado por el autor, dado que también existe el permiso y la aprobación por parte de las autoridades del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito” y contando al mismo tiempo el total apoyo y

disponibilidad de los adultos mayores del recinto para la cooperación del estudio, siendo ellos los principales beneficiados con el proyecto.

También esta investigación la realizo con el compromiso de ayudar con información que beneficie a los adultos mayores pertenecientes al “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito”. Dentro de este proyecto se incluye un programa de intervención para prevenir el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores por medio de talleres interactivos y divertidos con información actualizada y pertinente.

2.15 Objetivos

2.16 Objetivo General

Determinar la relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores del Centro de Jubilados Naciones Unidas, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, año 2020.

2.17 Objetivos Específicos

1. Identificar el nivel de funcionamiento cognitivo en adultos mayores del Centro de Jubilados Naciones Unidas, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, año 2020.

2. Evaluar la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Jubilados Naciones Unidas, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, año 2020.

3. Desarrollar un programa de intervención para prevenir el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida en adultos mayores del Centro de Jubilados Naciones Unidas, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, año 2020.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 Diseño de Investigación

Se realizó una investigación cuantitativa, correlacional, transversal y de campo.

3.2 Investigación Correlacional

La utilidad que tiene la investigación correlacional es medir el grado de relación que existe entre dos o más variables y establecer una correlación estadística entre las mismas, que puede ser dado en un contexto en particular. En el caso de que haya una relación de dos variables puede surgir una correlación positiva (directamente proporcional) o negativa (inversamente proporcional), lo que significa que una puede afectar a la otra o viceversa (Moreno, 2018).

3.3 Investigación Transversal

El diseño transversal nos permite analizar los datos de cierta población que se recopila en un momento determinado en el tiempo, lo que permite extraer conclusiones acerca de los fenómenos y su incidencia en un momento dado.

3.4 Investigación de Campo

La investigación de campo nos permite estudiar directamente el objeto de estudio entrando en contacto directo a la situación real o el ambiente natural y como las personas pueden convivir dicho ambiente. Gracias a esto podemos obtener los datos más relevantes de forma sencilla y que nos garantiza poder realizar la investigación sin ningún problema.

3.5 Área de Estudio

Psicología de grupos etarios (Adultos Mayores).

3.6 Enfoque

Para esta investigación psicológica se utilizó un enfoque cuantitativo. Como señala Hernández, Fernández & Baptista (2014) el “enfoque cuantitativo utiliza la recolección de datos para probar hipótesis con base en la medición numérica y el análisis estadístico, con el fin de establecer pautas de comportamiento y probar teorías” (p. 4).

3.7 Población

La población estuvo conformada por 150 adultos mayores pertenecientes al “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, que asisten a diversas actividades de Promoción y Prevención de Salud que se desarrollan diariamente en la institución y que en el momento de la investigación estaban participando en dos talleres:

- **Talleres de memoria:** 100 Adultos mayores entre Hombres y Mujeres.
- **Talleres de atención:** 50 Adultos mayores entre Hombre y Mujeres.

3.8 Muestra

Se calculó el tamaño muestral con un margen de error del 5% y un nivel de confianza del 95% quedando conformada por 108 adultos mayores. La selección de la muestra fue probabilística y se utilizó el muestreo aleatorio simple.

Criterios de Inclusión:

- Pertenecer al “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito en el momento del estudio.
- Consentimiento Informado.

Criterios de Exclusión:

- Adulto mayor que exprese su deseo de no participar en la investigación.

3.9 Descripción de la Muestra

La muestra quedó conformada por 108 adultos mayores, 41 adultos mayores entre 65 a 70 años de edad, de los cuales 7 son hombres y 34 mujeres; un total de 46 adultos mayores entre 71 a 80 años, de los que 14 son hombres y 32 mujeres; contando también con un total de 20 adultos mayores entre 81 a 90 años de edad, de los cuales 3 son hombres y 17 son mujeres y entre las edades que oscilan de 91 a 100 años de edad corresponde a un adulto mayor, como se detalla en la siguiente tabla:

Tabla 2: Descripción de la Muestra

Adultos mayores	Hombres	Mujeres	Total
Entre 65 a 70 años	7	34	41
Entre 71 a 80 años	14	32	46
Entre 81 a 90 años	3	17	20
Entre 91 a 100 años	0	1	1
Total	24	84	108

Tabla 2: Descripción de la Muestra.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Investigación Propia.

3.10 Instrumentos de Investigación

Los instrumentos de investigación para este proyecto de estudio fueron dos cuestionarios, el primero con preguntas semi-abiertas de respuesta libre y el segundo con preguntas cerradas de opción múltiple con una escala de ponderación, sabiendo que estas herramientas psicológicas están conformadas por “un conjunto de preguntas diseñadas para generar los datos necesarios para alcanzar los objetivos propuestos del proyecto de investigación” (Galán, 2009).

Para estudiar las dos variables de la presente investigación se utilizaron los siguientes cuestionarios.

3.11 Cuestionario para la evaluación de la calidad de vida: Escala de FUMAT.

La escala de FUMAT fue desarrollado en España por Miguel Ángel Verdugo Alonso, Laura Elísabet Gómez Sánchez y Benito Arias Martínez de la Universidad de Salamanca en 2009, con el objetivo de evaluar la calidad de vida de los adultos mayores que son usuarios/as de algún tipo de servicios sociales (Verdugo, Gómez & Arias, 2009, p. 11).

Este instrumento muestra cómo la calidad de vida está conformada por ocho dimensiones básicas e importantes que el ser humano va teniendo a lo largo de su vida, y permite tener un punto de vista general como estas dimensiones van a adaptándose a las necesidades concretas del adulto mayor. Además, es un instrumento que nos permite obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento (Verdugo, Gómez & Arias, 2009, p. 25).

La Escala de FUMAT es un instrumento que ha sido utilizado en diversas investigaciones tanto a nivel internacional como nacional, en el cual la validez y la confiabilidad de este instrumento muestra un índice de correlación alta de 0.962, constatando así su validez segura. Por otro lado, este test solo puede ser utilizado y llenado por un profesional que haya completado al menos cuatro años de estudios universitarios y que esté trabajando en el campo de los servicios sociales (un psicólogo, un trabajador social, entre otros) (Verdugo, Gómez & Arias, 2009, pp. 54-65).

En cuanto a la interpretación del puntaje corresponde a: 99-81 puntos Excelente; 80-61 puntos Muy Buena; 60-36 puntos Buena; 35-16 puntos Regular y de 15-1 punto Deficiente.

3.12 Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)

Este instrumento está basado en el Mini – Mental State Examination de Folstein (MMSE) del año 1975 diseñado por Marshal F. Folstein, Susan Folstein y Paul R. McHung cuya funcionalidad principal del instrumento es poder diferenciar en los pacientes psiquiátricos los trastornos funcionales orgánicos (Losada, 2019).

En el año 1979 Lobo realizó una adaptación y validación de este test para la población española. Obtuvo como resultado que esta prueba permite tener resultados más precisos al momento de aplicarla a cualquier población de un país determinado, ya que se adapta fácilmente a cualquier cultura y el tiempo de su duración es máximo de 10 minutos.

La adaptación y validación española por Lobo y colaboradores ayuda a evaluar el estado del funcionamiento cognoscitivo en adultos mayores y permite identificar la presencia del deterioro cognitivo y una posible demencia o delirium en pacientes psiquiátricos (como el Alzheimer) de una forma rápida y sencilla (Serrani, 2014, pp. 5-6).

La validez y la fiabilidad de este instrumento psicológico ha demostrado que tiene una consistencia interna que oscilan entre 0.82 y 0.84 en pacientes con enfermedades neurológicas, garantizando así en tener buenos resultados al momento de su uso (Garamendi, Delgado & Amaya, 2010, p. 27). Es un test heteroaplicado.

A diferencia del Folstein el test de Lobo tiene una puntuación total de 35 puntos ya que incorpora la evaluación del pensamiento abstracto.

Lobo y colaboradores propusieron los siguientes puntos de corte en su versión de 35 puntos dividida de la siguiente manera: 35-24 puntos sin deterioro cognitivo; 23-19 puntos deterioro cognitivo; y de 18-0 puntos deterioro cognitivo grave (Stimulus, 2019).

3.13 Procedimientos para obtención y análisis de datos

Se envió un oficio a la Licenciada Jessica Macías Villavicencio, Coordinadora Provincial del Seguro de Salud del IEES Pichincha, con el objetivo de obtener la aprobación de la institución para realizar el estudio. Una vez obtenida esta aprobación inicial se obtuvo la aprobación de la Dra, Geovany Ortega, responsable de las actividades de Promoción de Salud, en este caso de los Talleres de Atención y Memoria.

Se procedió a contactar con los adultos mayores pertenecientes a estos talleres y se obtuvo su consentimiento para participar en el estudio, procediéndose a la selección de la muestra y la aplicación de los instrumentos.

Con la información recogida se confeccionó una base de datos en el programa estadístico SPSS versión 23 y se procedió a realizar los análisis descriptivos y correlacionales presentándose los resultados obtenidos en tablas y gráficos.

3.14 Aspectos Éticos (Consentimiento informado):

Para la presente investigación previamente se realizó una reunión con todos los participantes seleccionados, con el objetivo de obtener su consentimiento informado para participar en la investigación. Se les explicó que su participación en el estudio es de forma voluntaria, y que en el caso de no desear continuar participando tienen el derecho de salir en cualquier momento y sin consecuencia alguna.

Todos los participantes expresaron su aprobación después de haberles explicado, que este estudio cumple con toda legislación vigente de nuestro país y que esta investigación de forma segura tiene beneficios en el futuro para ellos.

Se garantizó la confidencialidad al momento de recoger los datos por medio de las entrevistas y la privacidad individual de los participantes que fueron protegidas en todo momento.

3.15 Actividades

- Información recolectada por fuentes bibliográficas.
- Descripción metodológica (métodos, técnicas, población y muestra).
- Resultados: con la ayuda de los instrumentos seleccionados se comenzó a recopilar los datos en el “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito; en seguida se procedió a la tabulación de resultados y análisis e interpretación de datos, cuyo propósito es verificar la hipótesis del presente estudio.
- Determinar tanto conclusiones como recomendaciones según los objetivos generales y específicos del proyecto.
- Realizar una propuesta en relación con los resultados alcanzados y el soporte teórico de la literatura revisada.

CAPÍTULO IV

ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Datos sociodemográficos

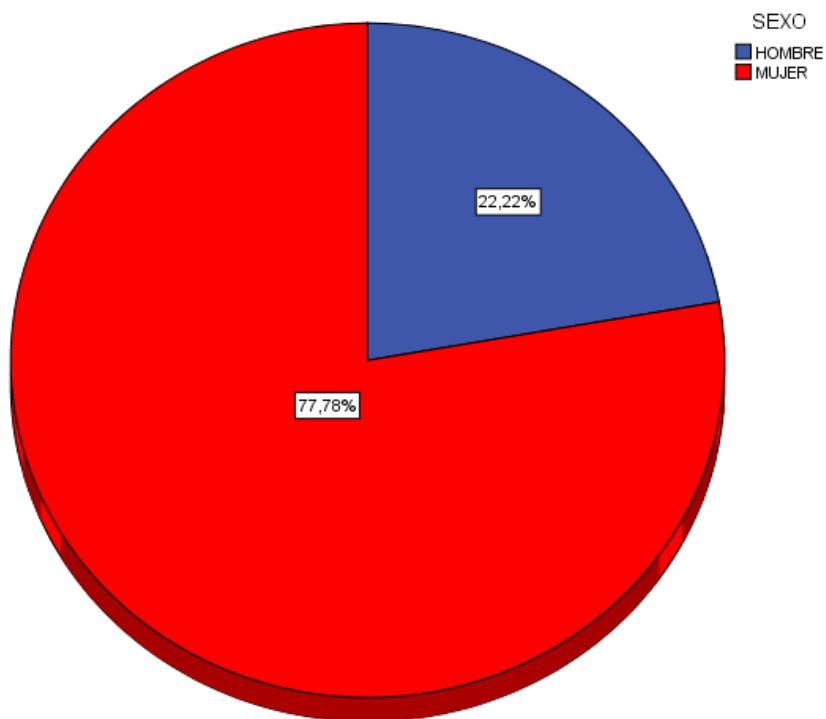


Gráfico 1: Sexo.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

Según los datos sociodemográficos recolectados se obtuvo que el 77,78% de los participantes en la investigación son mujeres y el 22,22% son hombres.

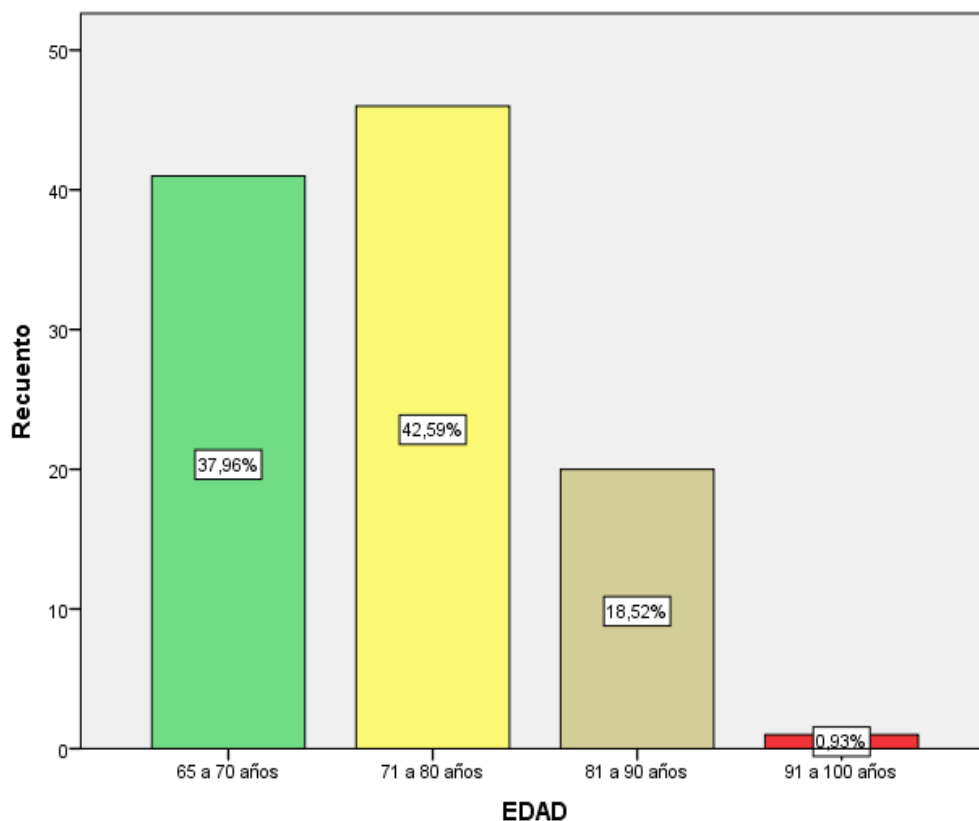


Gráfico 2: Edad.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

De acuerdo con los datos sociodemográficos recolectados se obtuvo que el 42,59% de los participantes se encuentran en las edades de 71 a 80 años, seguida por el grupo etario de 65 a 70 años de edad con el 37,96%, contando asimismo con adultos mayores que se ubican en las edades comprendidas de 81 a 90 años que corresponde el 18,52% y el 0,93% de la población estudiada pertenecen a las edades de 91 a 100 años.

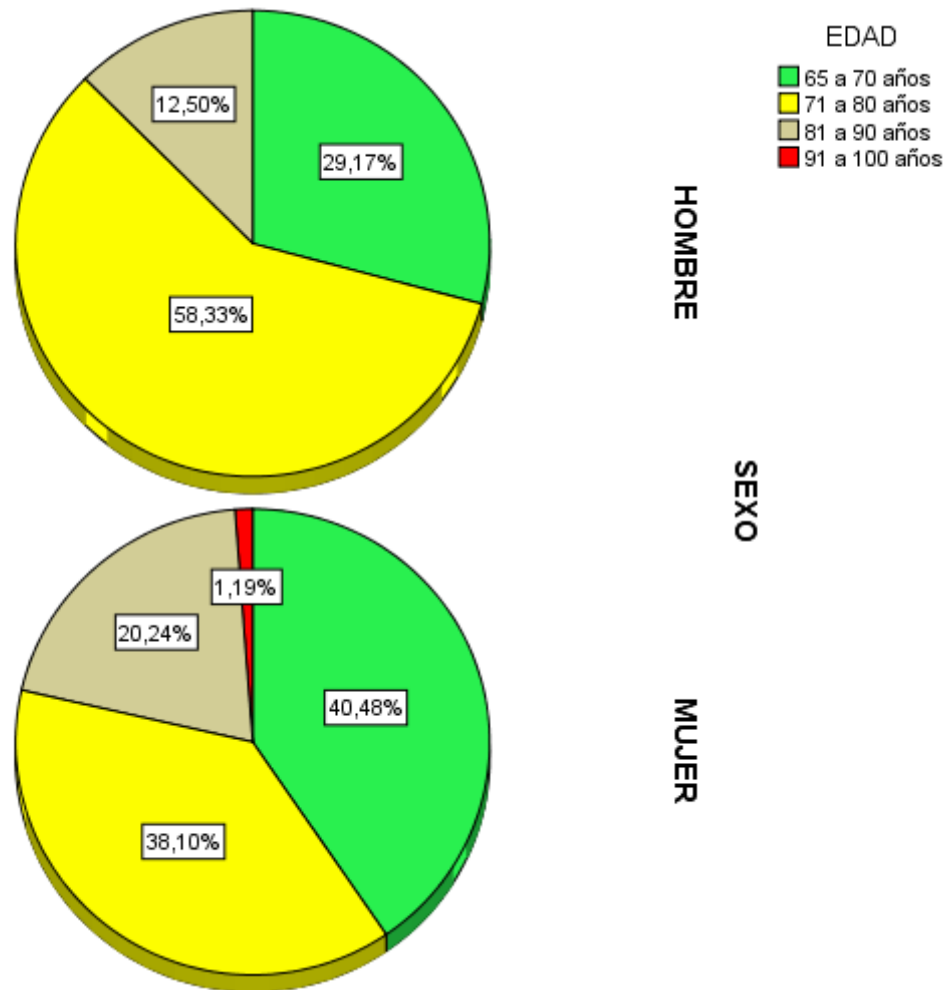


Gráfico 3: Edad de Hombres y Mujeres.
Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.
Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

En base a los resultados obtenidos se obtuvo que la gran mayoría de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, están entre los 71 a 80 años de edad que corresponde a hombres con el 58,33% y en mujeres la gran totalidad se encuentran entre las edades de 65 a 70 años representada con el 40,48%.

4.2 Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)

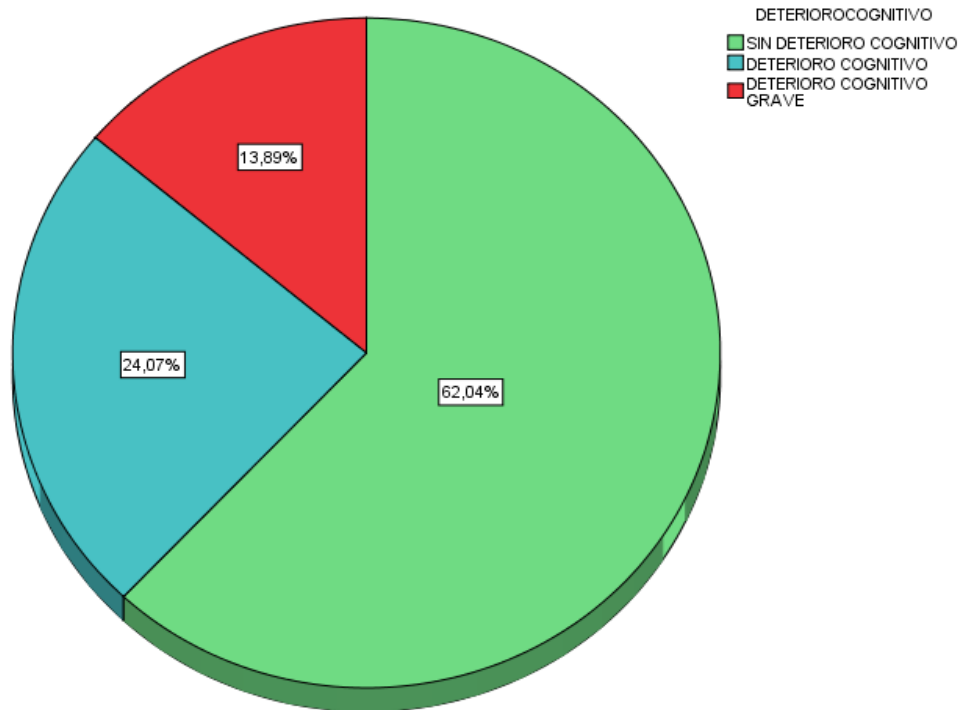


Gráfico 4: Deterioro Cognitivo.
Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.
Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la aplicación del “Mini Examen Cognoscitivo” la gran mayoría de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito no presentan deterioro cognitivo con el 62,04%, siguiéndole después aquellos que presentan deterioro cognitivo (24,07%) y mientras que el menor porcentaje (13,89 %) correspondió a adultos mayores que presentan deterioro cognitivo grave.

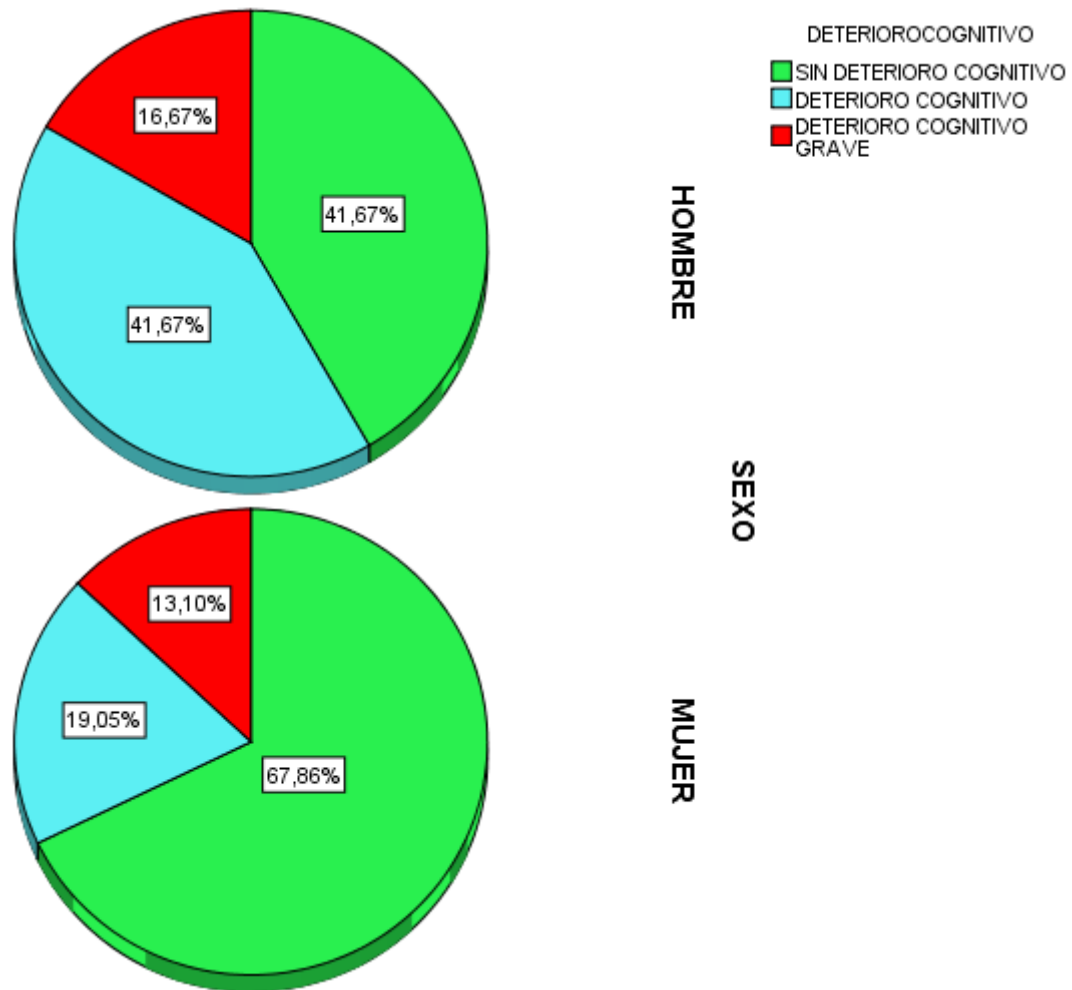


Gráfico 5: Deterioro Cognitivo de Hombres y Mujeres.
Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.
Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

A través de la aplicación del “Mini Examen Cognoscitivo” se obtuvo como resultado que la gran mayoría de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, no muestran deterioro cognitivo representada más en mujeres con el 67,86% y en hombres tan solo el 41,67%.

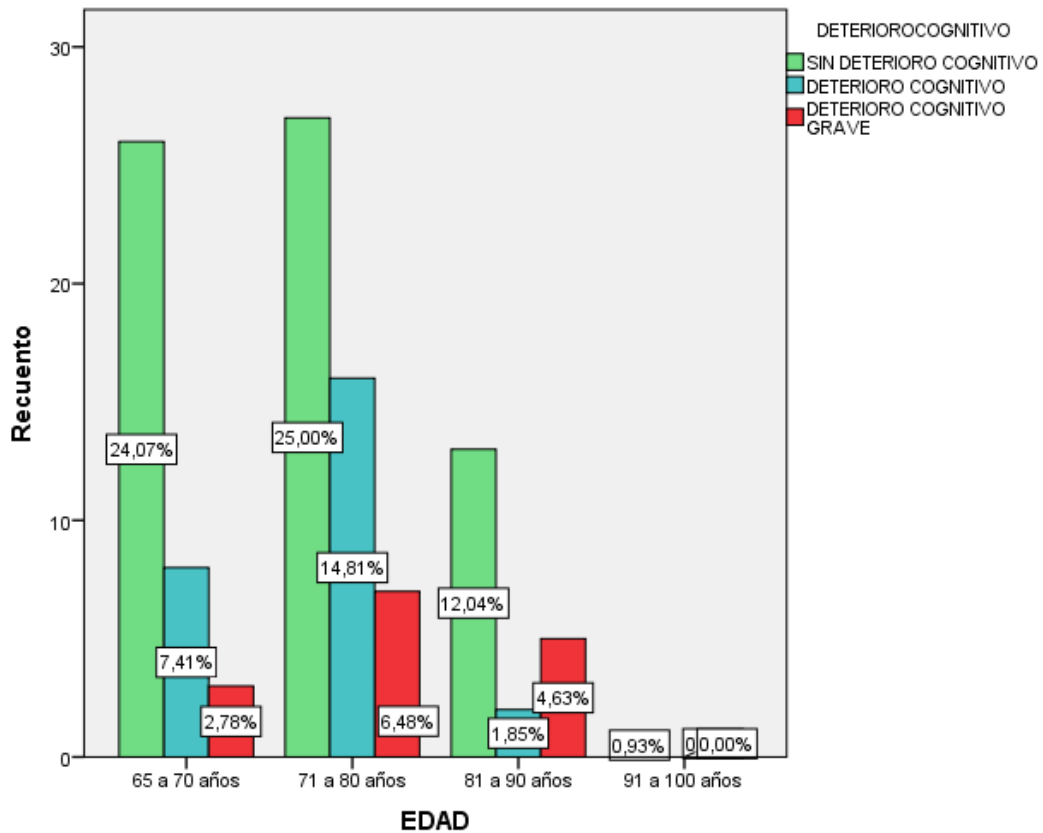


Gráfico 6: Deterioro Cognitivo entre edades.
Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.
Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

En base a los resultados obtenidos se obtuvo que la gran mayoría de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, están entre los 71 a 80 años de edad que corresponde a participantes sin deterioro cognitivo, con deterioro cognitivo y deterioro cognitivo grave.

4.3 Escala de FUMAT

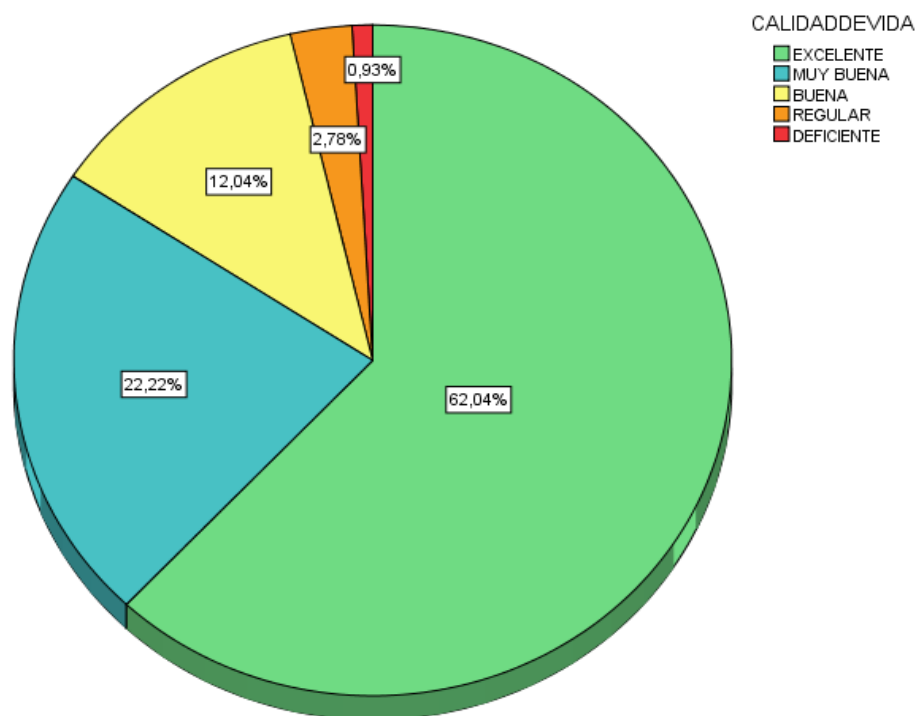


Gráfico 7: Calidad de Vida.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

De acuerdo con los resultados obtenidos a través de la aplicación del cuestionario de “Fumat” podemos interpretar que los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito; presentan una calidad de vida excelente con el 62,04%, siguiéndole después con el 22,22% que es muy buena, con un 12,04% vinculada a buena, mientras que el 2,78% muestra un nivel regular de estilo de vida y tan solo un 0,93% de adultos mayores del centro tienen una calidad de vida deficiente.

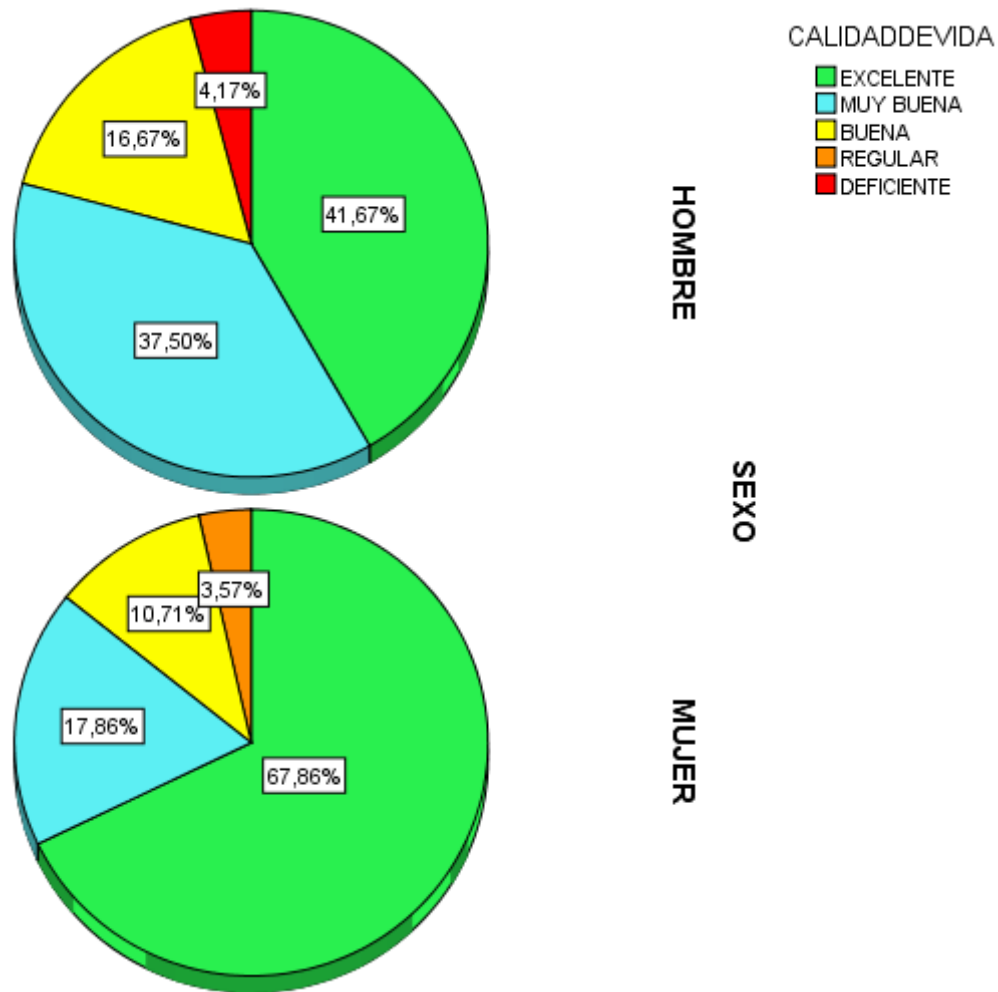


Gráfico 8: Calidad de Vida de Hombres y Mujeres.
Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.
Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

A través de la aplicación del cuestionario de “Fumat” se obtuvo como resultado que la gran mayoría de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, consideran tener una calidad de vida excelente asimismo representada más en mujeres con el 67,86% y en hombres tan solo el 41,67%.

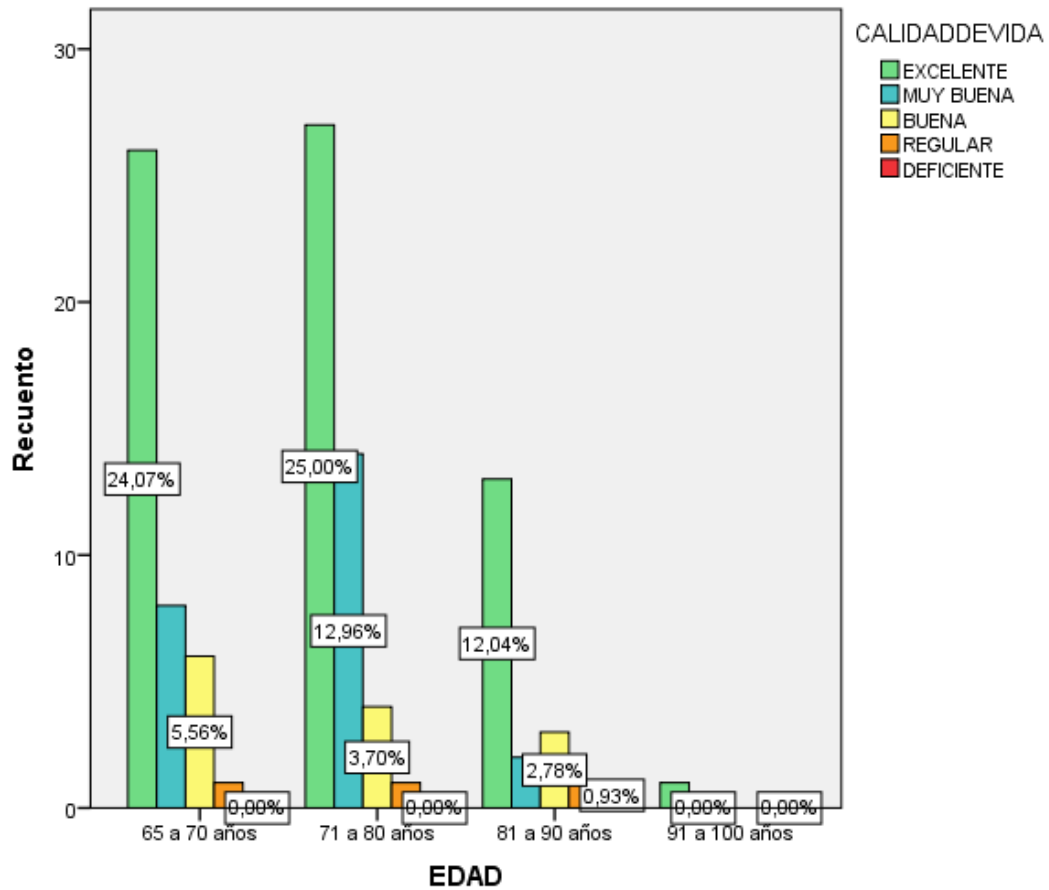


Gráfico 9: Calidad de Vida entre edades.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

En base a los resultados obtenidos se obtuvo que la gran mayoría de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito que perciben su calidad de vida como excelente, muy buena, regular y deficiente están entre las edades de 71 a 80 años, en cambio los participantes que se encuentran en los 65 a 70 años de edad indican tener una buena calidad de vida.

4.4 Datos Estadísticos

Tabla 3: Medidas de Tendencia Central

		Estadísticos	
		Mini Examen Cognoscitivo	Fumat
N	Válido	108	108
	Perdidos	0	0
Media		26,08	77,62
Mediana		28,00	83,50
Moda		32	82
Desviación estándar		6,268	18,217
Varianza		39,292	331,845
Rango		25	90
Mínimo		10	4
Máximo		35	94

Tabla 3: Medidas de Tendencia Central.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

La tabla N° 3 nos muestra que el análisis estadístico del “Mini Examen Cognoscitivo” aplicado a una población de 108 adultos mayores, muestra una media de 26,08; una mediana de 28,00; una moda de 32; una desviación estándar de 6,268; una varianza de 39,292; un rango de 25; con el mínimo de 10 y un máximo de 35.

Por otro lado, el análisis estadístico del cuestionario de “Fumat” aplicado a una población de 108 adultos mayores, se obtuvo una media de 77,62; una mediana de 83,50; una moda de 82; una desviación estándar de 18,217; una varianza de 331,845; un rango de 90; con el mínimo de 4 y un máximo de 94.

4.5 Correlación de Pearson entre Deterioro cognitivo y Calidad de vida

Tabla 4: Comprobación de correlación entre variables

		Correlaciones	
		Mini Examen Cognoscitivo	Fumat
Mini Examen Cognoscitivo	Correlación de Pearson	1	,954**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	108	108
Fumat	Correlación de Pearson	,954**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	108	108

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Tabla 4: Comprobación de correlación entre variables.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: IBM SPSS Statistics 23.

Interpretación

La tabla N° 4 nos muestra que existe una correlación positiva (directamente proporcional) de 0,954** en relación a la puntuación del “Mini Examen Cognoscitivo” y el cuestionario de “Fumat”, esto significa que si una variable aumenta la otra variable también lo hace, con un nivel de significación bilateral de 0,01, implicando un resultado estadísticamente muy significativo.

Este cuadro demuestra claramente que a medida que aumenta o disminuye la puntuación del Mini Examen Cognoscitivo, igual aumenta o disminuye la puntuación del cuestionario de “Fumat.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Por medio del “Mini Examen Cognoscitivo” para estudiar la primera variable del estudio podemos concluir que la mayoría de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, no presentan deterioro cognitivo con el 62,04%, teniendo un nivel de funcionamiento cognitivo normal representado más en mujeres que en hombres.
- A través del cuestionario de “Fumat” de Calidad de Vida la mayoría de adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, consideran tener una excelente calidad de vida asimismo con el 62,04%, representado nuevamente más en las mujeres que en los hombres.
- Se evidencia que el funcionamiento cognitivo correlaciona positivamente con la calidad de vida, es decir, a mayor funcionamiento cognitivo mejor calidad de vida, lo que comprueba la hipótesis planteada, de que existe una correlación directa entre las variables evaluadas y analizadas.
- Elaborar un programa de estimulación cognitiva para los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito con el propósito de aportar conocimientos y estrategias para potenciar el funcionamiento cognitivo, prevenir el deterioro cognitivo y mejorar la calidad de vida.

5.2 Recomendaciones

- Realizar el Programa de Estimulación Cognitiva para los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito.
- Incrementar los talleres ya existentes que oferta el IESS para que sigan fortaleciendo en todos los adultos mayores un envejecimiento activo y saludable.
- Favorecer que los adultos mayores incrementen su reserva cognitiva mediante diversas actividades de Estimulación Cognitiva, con el objetivo de llegar a una edad más avanzada con una menor probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo.

5.3 Discusión

Con la revisión bibliográfica se pudo detectar que en el Ecuador existen pocas investigaciones, referencias, artículos y estudios que aborden el tema. Esto constituye una delimitación para establecer comparaciones, pero con los resultados alcanzados podemos señalar los siguientes estudios:

En el año 2018 se realizó una investigación en el barrio “San Francisco de Quito” de la ciudad de Quito, encontrando que todos los adultos mayores del estudio en relación a su funcionamiento cognitivo predominó un funcionamiento normal y normal alto, es decir, que los adultos mayores estudiados mantienen un estilo de vida saludable y todo esto es gracias a la realización de actividades físicas y estar incorporados a talleres de la casa Barrial donde realizan diferentes actividades de estimulación cognitiva (Mañay, 2019, p. 80). Resultados que coinciden con los resultados del presente estudio en el cual se comprobó que todos los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas” tienen un funcionamiento cognitivo

normal, por ser adultos mayores activos que asisten semanalmente a todos los programas y talleres que tiene el IESS, aumentando así su calidad de vida.

En la investigación realizada en los años 2017 y 2018 en el “Centro Corazón de María” de la ciudad de Quito, se encontró que la gran mayoría de los adultos mayores estudiados en el género masculino presentaron deterioro cognitivo leve con el 55%, mientras que el género femenino con el 64% tuvieron una frecuencia de deterioro cognitivo moderado (Jervis, 2018, pp. 31-32). Estos resultados difieren de los alcanzados en el presente estudio, donde tanto hombres como mujeres en nuestra investigación no tienen deterioro cognitivo (Ver Gráfico 5). Esto puede obedecer a que el “Centro Corazón de María” es una institución dedicada al cuidado permanente de adultos mayores, a diferencia de los participantes de nuestro estudio que son adultos mayores que se mantienen en su comunidad, con su familia y por tener además una vida social activa.

Sánchez, Vásquez & Zúñiga (2013) concluyeron que: “la prevalencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores jubilados de los servicios sociales del IESS de la ciudad de Cuenca es de 35.4%, clasificado en deterioro cognitivo leve con una prevalencia de 27% y en demencia 8.4%” (p. 85). Sin embargo, en la presente investigación se demuestra que no hay prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten al “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito (Ver Gráfico 4).

En el estudio del año 2013, realizado en el barrio Pérez Pallares ubicado en la “Administración Zonal de Eloy Alfaro” en el sur de Quito, se comprobó que los adultos mayores que participaron en el programa Sesenta y Piquito implementado por el Municipio de Quito, este programa favoreció que tengan una muy buena calidad de vida representado más en las edades de 59 a 68 años con el 70% (Zapata, 2013, pp. 84-109). A comparación con nuestro estudio, se evidencio que todos los adultos mayores al asistir semanalmente a todos los programas y talleres del IESS tienen asimismo una

excelente calidad de vida, pero interpretado más en las edades de 71 a 80 años (Ver Gráfico N° 9).

En Perú se realizó un estudio descriptivo sobre el tamizaje de deterioro cognitivo leve (DCL) en adultos mayores en el año 2013. Se obtuvo como resultado que los adultos mayores que presentan Deterioro Cognitivo Leve fueron 97 (39,75%) con una edad promedio de 79,64 años y con actividad cognitiva normal 147 (60,25%) con un promedio de edad de 73,89 años. La frecuencia del DCL es más representada en las personas mayores de 80 años (54,67%) (Chávez, Núñez, Díaz & Poma, 2014, p. 16). Si comparamos con nuestros resultados obtenidos la gran mayoría de adultos mayores de la investigación sin deterioro cognitivo, con deterioro cognitivo y con deterioro cognitivo grave están entre las edades de 71 a 80 años (Ver Gráfico 6).

En el 2014 se realizó un estudio acerca de medir la calidad de vida que es percibida por los adultos mayores institucionalizados del “Hogar de Ancianos” en la Ciudad de Cruces, Cuba, donde se encontró que el género femenino con el 28,6% y el género masculino con el 67,9% perciben una baja calidad de vida (Corugedo et al., 2014, p. 212). Pero estos resultados discrepan mucho con los resultados obtenidos de nuestra investigación, en que tanto los hombres con el 67,86% como las mujeres con el 41,67% tienen una excelente calidad de vida (Ver Gráfico N° 8).

En Cuba se evaluó la calidad de vida de adultos mayores incorporados a la “Casa de Abuelos” de la ciudad de Pinar del Río en el año 2009, se obtuvo como resultado que la gran mayoría de ancianos presentan una calidad de vida alta representada con el 57,2% (Montanet et al., 2009). Resultados que coinciden con los resultados de la presente investigación, en el cual se comprobó que todos los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas” tienen una excelente calidad de vida con el 62,04% (Ver Gráfico N° 7).

CAPÍTULO VI

PROPUESTA

Tema: Programa de Estimulación Cognitiva para adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito.

6.2 Datos Informativos de la Institución

Nombre:	“Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito.
Ubicación:	Avenida Naciones Unidas.
Provincia:	Pichincha.
Cantón:	Quito.
Parroquia:	Rumipamba.

6.3 Justificación

De acuerdo con los resultados obtenidos con el presente estudio el 62,04% de adultos mayores no presentan deterioro cognitivo teniendo una función cognitiva normal y una excelente calidad de vida, esto es gracias a que son adultos mayores que tienen un estilo de vida activo como practicar algún deporte, conservar su nivel de socialización y participar en algunos grupos sociales (por ejemplo, programas y talleres que tiene el IESS).

Por este motivo se establece la importancia de diseñar un programa de Estimulación Cognitiva que permita seguir potenciar las capacidades cognitivas y

seguir conservando la buena calidad de vida de los adultos mayores que asisten al “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, ya que la estimulación cognitiva a más de ayudar el funcionamiento cognitivo al mismo tiempo incrementa el rendimiento funcional de las personas.

Los adultos mayores cognitivamente íntegros también pueden beneficiarse con programas de este tipo porque recrean funciones nerviosas y mantienen activas las funciones cognitivas; la estimulación y el entrenamiento posibilitan la utilización de las capacidades cognitivas y el despertar de las funciones no usadas o abandonadas. (Tárrega, 2001, citado por Luque & Gonzalez, 2012)

Para los adultos mayores sanos y activos de nuestra investigación, la estimulación cognitiva les va a traer otros beneficios, como promover más su desempeño autónomo, independencia, esperanza de vida, estado emocional y social. Con todo ello, se consigue mejorar la calidad de vida del adulto mayor, así como su vida familiar, incidiendo por tanto en el entorno que le rodea.

Además, la estimulación cognitiva es una terapia que está sustentado en la neurofisiología o neurociencia, ya que la rehabilitación neuropsicológica representa una herramienta de intervención terapéutica orientada a la recuperación funcional, cuyo mecanismo neurofisiológico subyacente es la plasticidad neuronal y la reserva cognitiva (Demey, Allegri & Barrera, 2014, p. 131).

6.4 Objetivos

6.5 Objetivo General

1. Diseñar un programa de estimulación cognitiva mediante talleres interactivos para mantener y mejorar el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito.

6.6 Objetivos Específicos

1. Prevenir el deterioro cognitivo de los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito.
2. Incrementar la autonomía personal y la calidad de vida en los adultos mayores del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito.

6.7 Estructura Técnica de la Propuesta

La presente propuesta tiene como objetivo seguir potenciando el funcionamiento cognitivo y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, ya que en el presente estudio se comprobó la correlación entre las dos variables estudiadas.

Esta propuesta presenta cinco talleres, estructurados en inicio, desarrollo y cierre con una duración entre 1 hora a 1 hora y 30 minutos.

Cada taller contará con un total de 18 participantes. Se propone que se realicen 6 grupos para completar la participación de los 108 adultos mayores asistentes al “Centro de Jubilados Naciones Unidas” del IESS.

Cada grupo funcionará durante 1 mes y 1 semana y se desarrollará en las instalaciones del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito. Contando con el apoyo de las autoridades del IESS y la colaboración de la profesora encargada de Promoción de Salud de este centro.

6.8 Argumentación Teórica

La estimulación cognitiva es un tratamiento que se basa en mejorar el funcionamiento cognitivo, a través de varias actividades o ejercicios de estimulación por medio de programas estructurados, por otra parte, la estimulación cognitiva es definida como aquellas actividades que se dirigen a mantener o a mejorar las capacidades cognitivas ya existentes para retrasar el deterioro cognitivo, mediante ejercicios en las áreas cognitivas de atención, percepción, memoria, concentración, lenguaje, funciones ejecutivas entre otros (Medeiros, 2016).

García (2009, citado en Muñoz, 2018) define a la estimulación cognitiva como:

El conjunto de técnicas y estrategias que optimizan la eficacia del funcionamiento de las capacidades y funciones cognitivas (percepción, atención, razonamiento, abstracción, memoria, lenguaje, orientación y praxis) mediante una serie de actividades concretas que se planean y estructuran en lo que se denominan programas de estimulación. (p. 3)

También hay que mencionar que este tratamiento no solamente se centra en el funcionamiento cognitivo de las personas, sino que busca intervenir en otros factores de relevancia que van a ayudar al ser humano, tales como la afectividad, lo conductual, lo social, lo biológico y lo familiar (Madrigal, 2007, p. 9).

La estimulación cognitiva también se basa en la neurobiología como un sustento de utilidad para mejorar y rehabilitar las distintas capacidades cognitivas.

“La base científica de la estimulación cognitiva en adultos mayores sanos o con demencia, tiene como punto de referencia la existencia de dos condiciones en el sistema nervioso del adulto, la neuroplasticidad y la reserva cognitiva” (Rozo, Rodríguez, Montenegro & Dorado, 2016, p. 13).

“La OMS (1982), define el término neuroplasticidad como la capacidad de las células del sistema nervioso para regenerarse anatómica y funcionalmente, después de

estar sujetas a influencias patológicas ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades” (López, 2012, citado por Sierra & León, 2019).

Zamarrón, Tárraga & Fernández (2008) mencionan que: “la estimulación cognitiva incrementa la reserva cognitiva, dado que mediante entrenamientos se restauran capacidades intelectuales de forma que el deterioro puede ralentizarse y también retardar sus efectos sobre el funcionamiento en la vida diaria del paciente” (p. 433).

Barrio, González, Pérez & Lara (2019, p. 18) señalan que la estimulación cognitiva permite a cualquier persona con algún deterioro:

- Mejorar su calidad de vida.
- Potenciar su autonomía, y con ello su autoestima.
- Mantener sus capacidades mentales el máximo tiempo posible.
- Facilitar su interacción con el entorno físico y humano.
- Disminuir la ansiedad y la confusión.
- Orientarle a la realidad.
- Evitar que se desconecte del mundo que le rodea adaptándole funcionalmente.
- Estimular su propia identidad.
- Estimular todas las capacidades mentales superiores: memoria, cálculo, atención, praxias, funciones ejecutivas, lenguaje y lectoescritura.

De forma general la estimulación cognitiva potencia diferentes áreas del funcionamiento cognitivo, ayudando no solamente a personas que muestran deterioro cognitivo y presencia de demencia, como el Alzheimer, sino que ayuda de igual forma a personas con un funcionamiento cognitivo normal.

6.9 Diseño Técnico de la Propuesta

Tabla 5: Planificación General

TALLERES	TEMA	OBJETIVO	TIEMPO	RESPONSABLE
Taller 1	El arte de poner atención al mundo que nos rodea.	Potenciar la atención y percepción de los adultos mayores del taller.	60 minutos	Investigador
Taller 2	Activa la memoria y potencia tu creatividad.	Ejercitar y mantener los diferentes tipos y procesos de la memoria de los adultos mayores del taller.	90 minutos	Investigador
Taller 3	Diviértete con las matemáticas.	Fortalecer el funcionamiento cognitivo por medio de ejercicios de cálculo, potenciando en los adultos mayores su agilidad y fluidez mental.	90 minutos	Investigador
Taller 4	Mantengamos nuestro cerebro en plena forma.	Mantener y activar la orientación personal, temporal y espacial de los adultos mayores del taller	60 minutos	Investigador
Taller 5	Comuniquémonos a través de los símbolos.	Reforzar y mejorar el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores del taller a través de ejercicios de lenguaje.	90 minutos	Investigador

Tabla 5: Planificación General.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Investigación de campo.

6.10 Desarrollo de la Propuesta

Tabla 6: El arte de poner atención al mundo que nos rodea.

Taller N° 1	Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo	Responsable
Inicio	Saludo y presentación.	Exposición breve de todos los taller del programa.	Proyector.	5 minutos	Investigador.
	Presentación con el grupo de participantes.	Conocer a todos los adultos mayores del taller.	Recursos humanos.	10 minutos	Investigador.
	Juego grupal de presentación.	Romper el hielo e inicio con los ejercicios de estimulación cognitiva.	Pelota. Recursos humanos.		Investigador.
Desarrollo	Identificar las diferencias entre dos dibujos aparentemente iguales.	Fortalecer la atención visual y selectiva.	Esfero azul. Revista “Súper Pandilla”.	7 minutos	Investigador.
	Encerrar por medio de un circulo todos los símbolos, letras, números y figuras geométricas que se repiten varias veces.	Reforzar la atención sostenida, selectiva y visual.	Fichas impresas. Esfero azul.	7 minutos	Investigador.
	Escuchar, resolver y contestar algunas adivinanzas.	Potenciar la concentración; y la atención auditiva.	Adivinanzas impresas.	7 minutos	Investigador.

	Identificar distintas secuencias de golpes de sonido, por medio de los palos de madera.	Potenciar y mejorar la percepción visual, auditiva; y la atención.	Palos de madera.	7 minutos	Investigador.
	Reconocer con los ojos vendados varios objetos.	Potenciar y mejorar la percepción táctil.	Bufanda. Objetos.	7 minutos	Investigador.
Cierre	Retroalimentación final.	Realizar conclusiones positivas del taller.	Recursos humanos.	10 minutos	Investigador.
	Abrazo grupal.	Cierre simbólico.	Compañerismo		Investigador.

Tabla 6: El arte de poner atención al mundo que nos rodea.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Investigación de campo.

6.10 Desarrollo de la Propuesta

Taller 1: El arte de poner atención al mundo que nos rodea.

Objetivos del taller

- Potenciar y reforzar en los participantes los diferentes tipos de atención.
- Mejorar y mantener la percepción visual, auditiva y táctil de los adultos mayores.

Tiempo: 60 minutos.

Actividad Inicial (5 minutos)

- Saludo y exposición breve de todos los talleres del programa.
- Presentación con todos los adultos mayores del taller.
- Recordación del día y la hora de inicio del próximo taller.
- Antes de iniciar se les pide a los participantes que formen una U en la sala.

Juego grupal de presentación (10 minutos)

Se jugará el juego llamado “TINGO, TINGO Y TANGO” que consiste en pasar una pelota pequeña de forma rápida por parte de los participantes de mano en mano mientras que el investigador repite en voz alta “tingo” varios segundos, después de varios segundos el investigador dice “tango” la pelota se detiene y quien quede con esta en su mano debe presentarse con su nombre, edad, apodo y cuál es su expectativa para el taller.

Actividad Principal (35 minutos)

- Los participantes deben identificar entre dos dibujos aparentemente iguales sus respectivas diferencias. Los adultos mayores deben encerrar esas diferencias con un esfero azul.

- Por medio de diferentes fichas impresas los participantes deben rodear con un círculo todas las figuras geométricas, símbolos, letras, números y objetos que se repiten varias veces.
- El investigador lee algunas adivinas a los participantes. El adulto mayor que resuelva más adivinanzas gana la actividad.
- A todos los participantes se les entregaran palos de madera pequeños, mientras en el fondo empieza a sonar distintas secuencias de golpes de sonido a modo de melodía realizadas por el investigador. Los adultos mayores a través de los palos deben realizar el mismo golpe de sonido.
- Cada participante con los ojos vendados se le entregará cualquier objeto a la mano, ellos deben reconocer y decir en el menor tiempo posible que cosa es.

Materiales a utilizar

- Proyector.
- Pelota pequeña.
- Lápices, esferos azules y borradores.
- Revista “Súper Pandilla” del comercio.
- Fichas y adivinanzas impresas.
- Palos de madera.
- Bufanda y objetos.

Actividad de Cierre (10 minutos)

- Hacer una retroalimentación final, preguntar a los adultos mayores que han aprendido y que expresen con que cosas del taller se quedan y cuales dejarían.
- Con todos los adultos mayores se realizará un abrazo grupal, mientras todos están abrazados en seguida se le pide a cualquier participante que de un mensaje de unión, amor y compañerismo para finalizar el taller.
- Agradecer a cada uno de los adultos mayores por asistir al taller y convocar para la próxima sesión.

Tabla 7: Activa la memoria y potencia tu creatividad.

Taller N° 2	Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo	Responsable
Inicio	Saludo y bienvenida.	Dar la bienvenida a todos los adultos mayores del taller.	Recursos humanos.	7 minutos	Investigador
	Noticia Introdutoria	Conversar noticias interesantes sobre el adulto mayor por parte de los participantes del taller.	Recursos humanos.		Investigador
	Juego grupal de calentamiento.	Ganar más la empatía de los participantes del taller.	Recursos humanos.	13 minutos	Investigador
Desarrollo	Evocar el máximo número de nombre de animales, durante un tiempo limitado.	Entrenar la memoria sensorial auditiva. Mejorar la memoria operativa.	Lista de animales.	5 minutos	Investigador
	Recordar el nombre, género y autor de una canción, sin ninguna ayuda.	Ejercitar la memoria de largo plazo. Reforzar la memoria implícita.	Celular. Parlantes. Lista de música	10 minutos	Investigador
	Levantar dos imágenes iguales e ir recogiendo las que coincidan, en el menor tiempo posible.	Entrenar la memoria sensorial visual. Ejercitar la memoria a corto plazo de agenda viso-espacial.	Carta de frutas. Mesa grande. Recursos humanos.	15 minutos	Investigador

	Juego de Cuarenta.	Ejercitar y potenciar la memoria sensorial; la memoria de corto y largo plazo.	Baraja de cartas. Mesas.	30 minutos	Investigador
Cierre	Cartas de Dedicación.	Cierre Simbólico	Amistad. Hojas. Sobres.	10 minutos	Investigador

Tabla 7: Activa la memoria y potencia tu creatividad.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Investigación de campo.

Taller 2: Activa la memoria y potencia tu creatividad.

Objetivo del taller

Entrenar y mejorar en los participantes la memoria sensorial y las memorias de corto y largo plazo.

Tiempo: 90 minutos.

Actividad Inicial (7 minutos)

- Dar la bienvenida a todos los adultos mayores que ingresaron al taller.
- Entregar a cada adulto mayor una hoja en blanco y un sobre.
- Recordación del día y la hora de inicio del próximo taller.
- Se les pide a los participantes conformar grupos de seis integrantes y que formen una U en la sala.
- Se hablará acerca de cualquier noticia interesante relacionado con el adulto mayor (puede ser noticias de internet, radio, periódico, televisión y revistas).

Calentamiento (13 minutos)

Se jugará el juego llamado “TELÉFONO DESCOMPUESTO”, con los grupos ya establecidos la primera persona del grupo comenzara a decir una palabra y los participantes siguientes deben ir agregando una palabra nueva y en este sentido se formará una frase. El adulto mayor que tiene el turno debe repetir recordando toda la frase y agregar una nueva palabra.

Actividad Principal (60 minutos)

- El investigador lee en un periodo de tiempo una lista de nombres de animales que existen actualmente. El adulto mayor que conteste en voz alta, el mayor número de nombres de animales que recuerde gana la actividad.

- El investigador pone en cada minuto una pista de música. Por turnos cada participante debe contestar en voz alta cual es el nombre y autor de la canción, sin ninguna ayuda.
- Se coloca en una mesa grande un conjunto de “cartas de frutas” boca abajo de las cuales existen dos iguales, después se deberá mezclarlas y dispersarlas por toda la mesa nuevamente, los participantes deben levantar dos imágenes iguales e ir recogiendo las que coincidan, si fallan les vuelven a dar la vuelta y prueban de nuevo. Cada adulto mayor solo podrá fallar máximo 4 veces en el juego.
- Con los grupos ya formados, en seguida se les pide a los participantes que jueguen el “Juego de Cuarenta”.

Materiales a utilizar

- Lista de animales impresa.
- Celular y parlantes
- Lista de música impresa.
- Cartas de frutas.
- Mesas grandes.
- Barajas de cartas.

Actividad de Cierre (10 minutos)

- Con el sobre y la hoja en blanco entregado al inicio del taller, los participantes deben hacer una carta de forma anónima y escribir o dedicar mensajes positivos, para la persona que lo va a leer.
- Luego se colocará y mezclará todas las cartas ya terminadas por los participantes en una mesa grande.
- Todos los adultos mayores se acercarán a la mesa grande y cogerán una carta finalizando el taller.
- Agradecer a cada uno de los adultos mayores por asistir al taller y se les convocará para la próxima sesión.

Tabla 8: Diviértete con las matemáticas.

Taller N° 3	Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo	Responsable
Inicio	Saludo y bienvenida.	Dar la bienvenida a todos los adultos mayores del taller.	Recursos humanos.	7 minutos.	Investigador
	Noticia Introdutoria.	Platicar noticias interesantes sobre el adulto mayor por parte de los participantes del taller.	Recursos humanos.		Investigador
	Dinámica de Cohesión Grupal	Fomentar y mantener el vínculo estrecho entre los participantes del taller.	Recursos humanos.	13 minutos.	Investigador
Desarrollo	Restar de tres en tres a partir del número cuarenta en voz alta correctamente.	Ejercitar habilidades de conteo y cálculo mental.	Recursos humanos.	10 minutos.	Investigador
	Ordenar y escribir en una hoja de papel los números pares e impares de mayor a menor o viceversa.	Identificar y reconocer signos gráficos.	Hoja de papel. Lista de números. Esfero azul.	10 minutos.	Investigador
	Resolver en una hoja de papel los ejercicios de matemática simple de suma,	Entrenar habilidades de cálculo simple.	Pizarrón. Marcadores. Hoja de papel.	15 minutos.	Investigador

	resta, multiplicación y división.	Potenciar a través del cálculo la resolución de problemas.	Esfero azul. Lápiz.		
	Juego de Sudoku	Fortalecer la capacidad de concentración. Ejercitar a través del cálculo el razonamiento.	Lápiz. Borrador. Esfero azul. Sudoku.	25 minutos.	Investigador
Cierre	Retroalimentación final.	Obtener sugerencias y recomendaciones para mejorar los talleres siguientes.	Recursos humanos.	10 minutos.	Investigador

Tabla 8: Diviértete con las matemáticas.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Investigación de campo.

Taller 3: Diviértete con las matemáticas.

Objetivo del taller

Fortalecer el funcionamiento cognitivo por medio de ejercicios de cálculo.

Tiempo: 90 minutos.

Actividad Inicial (7 minutos)

- Dar la bienvenida a todos los adultos mayores que ingresaron al taller.
- Se les pide a los participantes que formen una U en la sala.
- Recordación del día y la hora de inicio del próximo taller.
- Se hablará acerca de cualquier noticia interesante relacionado con el adulto mayor (puede ser noticias de internet, radio, periódico, televisión y revistas).

Calentamiento (13 minutos)

Se jugará el juego llamado “QUE NÚMERO ESTOY PENSANDO”, en el que consiste que el investigador piensa mentalmente un número del 1 al 20, por turnos cada participante dice en voz alta un número, el adulto mayor que acierte el número que está pensando el investigador debe realizar una pequeña penitencia de cualquier cosa, como por ejemplo cantar, bailar, decir un poema, contar un chiste, etc.

Actividad Principal (60 minutos)

- Por turnos cada participante debe ir restando a partir del número 40 de 3 en 3 y decir en voz alta cuando le toque, cada adulto mayor tiene una sola oportunidad.
- Se le entrega a cada participante una lista de números, en donde ellos deben ordenar en números pares, de mayor a menor y en números impares, de menor a mayor en una hoja de papel en blanco.
- El investigador pone en el pizarrón ejercicios matemáticos simples de suma, resta, multiplicación y división, cada participante del taller debe resolver estos

ejercicios en una hoja de papel en blanco. Los adultos mayores deben sacar los resultados correctamente sin ninguna ayuda de una calculadora o celular.

- Se le entrega a cada participante un sudoku impreso de 6x6 o 9x9 compuestas por “regiones”, en el cual los participantes deben rellenar las celdas vacías, con un número en cada una de ellas, de forma que cada columna, fila y región incluyan todos los números solo una vez. El adulto mayor debe buscar muy bien que número falta, para llenar bien el sudoku impreso.

Materiales a utilizar

- Hojas de papel en blanco
- Lápiz y borrador.
- Esfero azul.
- Lista de números.
- Pizarrón
- Marcadores.
- Sudoku 6x6 y 9x9 impreso.

Actividad de cierre (10 minutos)

- Hacer una retroalimentación final, preguntar a los adultos mayores: ¿Que les ha parecido esta sesión y si se han divertido? y que expresen además si tienen algunas recomendaciones o sugerencias para seguir mejorando los talleres del programa.
- Agradecer a cada uno de los adultos mayores por asistir al taller y convocar para la próxima sesión.

Tabla 9: Mantengamos nuestro cerebro en plena forma.

Taller N° 4	Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo	Responsable
Inicio	Saludo y bienvenida	Dar la bienvenida a todos los adultos mayores del taller.	Recursos humanos.	10 minutos	Investigador
	Noticia Introdutoria.	Charlar noticias interesantes sobre el adulto mayor por parte de los participante.	Recursos humanos.	5 minutos	Investigador
	Ejercicio de respiración y relajamiento.	Relajar a los participantes antes de iniciar con los ejercicios de estimulación cognitiva.	Recursos humanos.	5 minutos	Investigador
Desarrollo	Repasar información personal y básica.	Mantener la orientación personal de los adultos mayores del taller.	Gorra. Preguntas.	8 minutos	Investigador
	Reconocer el lugar, país, ciudad, barrio, etc.	Potenciar la orientación espacial de los participantes del taller.	Globos. Preguntas.	15 minutos	Investigador
	Identificar la hora, día, mes, año entre otros.	Reforzar la orientación temporal de los participantes del grupo.	Recursos humanos.	7 minutos	Investigador
Cierre	Retroalimentación final.	Realizar conclusiones positivas del taller.	Recursos humanos.	15 minutos	Investigador
	Baile grupal de despedida.	Cierre simbólico.	Celular. Parlantes.	15 minutos	

Tabla 9: Mantengamos nuestro cerebro en plena forma.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Investigación de campo.

Taller 4: Mantengamos nuestro cerebro en plena forma.

Objetivo del taller

Mantener y activar la orientación personal, temporal y espacial de los adultos mayores del taller.

Tiempo: 60 minutos.

Actividad Inicial (10 minutos)

- Dar la bienvenida a todos los adultos mayores que ingresaron al taller.
- Tomar a cada adulto mayor una foto de recuerdo.
- Recordación del día y la hora de inicio del próximo taller.
- Se les pide a los participantes que formen una U en la sala.
- Se hablará acerca de cualquier noticia interesante relacionado con el adulto mayor (puede ser noticias de internet, radio, periódico, televisión y revistas).

Calentamiento (5 minutos)

Con todos los participantes realizamos una “TÉCNICA DE RESPIRACIÓN Y RELAJACIÓN”, cada adulto mayor debe tomar aire profundamente por la nariz mientras levantan las manos poco a poco haciendo una pequeña pausa, se suelta el aire por la boca lentamente mientras tanto bajan sus manos suavemente, esta secuencia se debe repetir por lo menos 5 minutos.

Actividad Principal (30 minutos)

- A cada participante se le pasa una gorra que contiene pequeñas hojas de papeles enrolladas con preguntas mezcladas de orientación personal, como por ejemplo ¿Cómo te llamas?; ¿En qué año naciste?; ¿Qué edad tienes? entre otros. Posteriormente cada adulto mayor coge una pregunta y la responde en ese mismo momento.

- Los participantes deberán pasarse un “globo frágil” de mano en mano de forma rápida y sucesivamente, el adulto mayor que rompa un globo deberá responder una pregunta. Cada “globo frágil” tiene adentro una pequeña hoja de papel enrollada con una pregunta de orientación espacial, como por ejemplo ¿Dónde estás?; ¿En qué país estamos?; ¿En dónde vives? entre otros.
- El investigador le pregunta a cada uno de los participantes una pregunta de orientación temporal, como por ejemplo ¿Hoy es lunes?; ¿Este es el año 2020?; ¿Hoy es sábado? entre otros. Por turnos cada adulto mayor debe responder si es verdadero o falso.

Materiales a utilizar

- Pequeñas hojas de papel enrolladas.
- Lista de preguntas.
- Gorra
- Globos
- Celular
- Parlantes.

Actividad de cierre (15 minutos)

- Hacer una retroalimentación final, preguntar a los adultos mayores: ¿Que han aprendido? y que expresen sus vivencias en relación con el desarrollo del taller.
- Con todos los participantes hacemos un baile grupal de despedida finalizando así el taller correspondiente.
- Agradecimiento a cada uno de los adultos mayores por haber asistido al taller y se les convocara para la próxima sesión.

Tabla 10: Comuniquémonos a través de los símbolos.

Taller N° 5	Actividad	Objetivo	Recursos	Tiempo	Responsable
Inicio	Saludo y bienvenida	Dar la bienvenida a todos los adultos mayores del taller.	Recursos humanos.	10 minutos.	Investigador
	Noticia Introdutoria.	Comentar noticias interesantes sobre el adulto mayor por parte de los participante.	Recursos humanos.		Investigador
	Dinámica de Cohesión Grupal	Fomentar y mantener el vínculo estrecho entre los participantes del taller.	Recursos humanos.	10 minutos.	Investigador
Desarrollo	Ordenar una secuencia de palabras desordenadas, formando después una frase gramaticalmente.	Ejercitar la comprensión verbal y escrita de los participantes..	Pizarra. Marcadores. Hoja de papel. Esfero azul.	5 minutos.	Investigador
	Escribir en una hoja en blanco sinónimos y antónimos de una serie de palabras dictadas.	Fortalecer la fluidez verbal de los adultos mayores del taller.	Lista de palabras. Hoja de papel. Esfero azul.	5 minutos.	Investigador

	Escribir en una hoja de papel una historia corta o larga de un cuento.	Reforzar la expresión escrita.	Hoja de papel. Esfero azul.	10 minutos.	Investigador
	Leer en voz alta cualquier publicación de un periódico impreso.	Mantener la expresión verbal. Ejercitar la lectura.	Recursos humanos. Periódico.	15 minutos.	Investigador
	Crucigrama	Potenciar las habilidades verbales, vocabulario, lectura, etc.	Crucigrama. Lápiz. Borrador.	25 minutos.	Investigador
Cierre	Retroalimentación final.	Cierre del taller: aclaración de dudas o inquietudes que tengan los participantes. Realizar conclusiones finales y cierre del programa.	Recursos humanos.	10 minutos.	Investigador
	Collage de Fotografías.	Cierre Simbólico.	Compañerismo Fotos. Cartulina. Pega blanca.		Investigador

Tabla 10: Comuniquémonos a través de los símbolos.

Elaborado por: Stalin Francisco Morales Aguirre.

Fuente: Investigación de campo.

Taller 5: Comuniquémonos a través de los símbolos.

Objetivo del taller

Reforzar y mejorar el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores del taller a través de ejercicios de lenguaje.

Tiempo: 90 minutos.

Actividad Inicial (10 minutos)

- Dar la bienvenida a todos los adultos mayores que ingresaron al taller.
- Entregar a cada adulto mayor su foto de recuerdo correspondiente.
- Se les pide a los participantes que formen una U en la sala.
- Se hablará acerca de cualquier noticia interesante relacionado con el adulto mayor (puede ser noticias de internet, radio, periódico, televisión y revistas).

Calentamiento (10 minutos)

Se jugará el juego llamado “MI BARCO VIENE CARGADO”, el juego comienza con la primera persona del taller en decir una palabra que empiece con cualquier letra del abecedario y los participantes siguientes deben ir agregando una palabra nueva. El adulto mayor que tiene el turno y no sabe que palabra decir pierde y realiza una pequeña penitencia de cualquier cosa, el juego se reinicia nuevamente, pero se inicia con otra letra nueva.

Actividad Principal (60 minutos)

- En el pizarrón se coloca una serie de palabras desordenadas escritas por un marcador, los participantes en una hoja deben ordenar las palabras y escribir una frase gramaticalmente correcta.
- Cada participante debe escribir en una hoja de papel en blanco sinónimos y antónimos de una serie de palabras dictadas.

- Se les pide a todos los participantes que escriban en una hoja de papel en blanco un cuento largo o corto. El adulto mayor que termine primero su cuento se le pide que lea en voz alta para todo el grupo.
- El investigador les entrega a los participantes un periódico, por turnos cada adulto mayor debe leer en voz alta un tema o un párrafo del periódico.
- Se les entrega a todos los participantes un crucigrama vacío impreso, en donde los participantes deben descubrir palabras específicas en forma horizontal y vertical, a partir de pistas o referencias. Cada adulto mayor cuando termine repite en voz alta todas las palabras encontradas del crucigrama.

Materiales a utilizar

- Foto de recuerdo
- Pizarra y marcadores.
- Lista de palabras.
- Hojas de papel en blanco.
- Lápiz, borrador y esfero azul.
- Crucigrama vacío impreso y periódicos.
- Pliegos de cartulina y pega blanca.

Actividad de cierre (10 minutos)

- Hacer una retroalimentación final, aclarando dudas que tengan los participantes acerca de los cinco talleres realizados y pedir a cualquier adulto mayor que exprese una opinión final sobre el programa.
- Con el pliego de cartulina y pega blanca, todos los adultos mayores realizarán un “Collage” con las fotos de recuerdo entregadas al inicio del taller y poner atrás de la cartulina el nombre de cada participante con un esfero o marcador.
- En seguida se colocará el “Collage” en cualquier parte del curso, finalizando el programa de estimulación cognitiva con una foto grupal de recuerdo.
- Agradecer a cada uno de los adultos mayores por haber asistido a todos los talleres que tuvo el programa.

BIBLIOGRAFÍA

- Allegri, R. (2016). Latinoamérica, un camino hacia la prevención del deterioro cognitivo. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(2), 307-310. doi:10.21501/22161201.2019
- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62.
- Aránzazu, G., Hernández, A., Gutiérrez, M., & Agudelo, D. (2013). Necesidad de tratamiento bucal y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista UstaSalud*, 12(1), 47-54.
- Azpiazu, M., Cruz, A., Villagrasa, J., Abanades, J., García, N., & Alvear, F. (2002). Factores asociados a mal estado de salud percibido o a mala Calidad de Vida en personas mayores de 65 años. *Revista Española de Salud Pública*, 76(6), 683-699.
- Barrio, E., González, S., Pérez, M., & Lara, V. (2019). *Programa de Estimulación para personas con Alzheimer*. España: CEAFA. Obtenido de <https://www.ceafa.es/files/2019/09/programa-de-estimulacion-para-personas-con-alzheimer.pdf>
- Bitbrain. (4 de Julio de 2018). *La estimulación cognitiva en adultos, mayores y ancianos*. Obtenido de <https://www.bitbrain.com/es/blog/estimulacion-cognitiva-adultos-mayores-ancianos>
- Camacho, L., Hinostrosa, G., & Jiménez, A. (2010). Sobrecarga del cuidador primario de personas con deterioro cognitivo y su relación con el tiempo de cuidado. *Enfermería Universitaria*, 7(4), 35-41.

- Camargo, K., & Laguado, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 19(2), 163-170. doi:<http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Terapia Psicológica*, 34(3), 183-189. ISSN: 0716-6184.
- Cardona, D. (2010). Comparativo de la calidad de vida del adulto mayor. Medellín, 2008. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 28(2), 149-160. ISSN: 0120-386X.
- Cardona, D., Estrada, A., & Byron, H. (2006). Calidad de vida y condiciones de salud de la población adulta mayor de Medellín. *Biomédica*, 26(2), 206-215. ISSN: 0120-4157.
- Castro, L., & Galvis, C. (2018). Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 44(3), 567-590. Obtenido de <https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n3/e979/es>
- Cedeño, I., & Delgado, E. (2016). Análisis de la Calidad de vida relacionada a la salud y los factores sociodemográficos que influyen en su percepción, en los adultos mayores que acuden a la consulta externa de los centros de salud pertenecientes al Ministerio de Salud Pública del Ecuador, de la parroquia Eloy Alfaro de la ciudad de Manta durante los meses de julio al mes de agosto del año 2016. (*Tesis de grado*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12900>
- Chávez, L., Núñez, I., Díaz, C., & Poma, J. (2014). Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. *Revista Médica de Risaralda*, 20(1), 14-19.

- CIE-10. (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid, España: Editorial Médica Panamericana. ISBN: 84-7903-492-0. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42326/8479034920_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Climent, M., Vilaplana, A., Arnedo, A., Vilar, J., & Moreno, L. (2013). Estilos de vida asociados a deterioro cognitivo. Estudio preliminar desde la farmacia comunitaria. *Revista de Investigación Clínica*, 65(6), 500-509.
- Coronel, M., Carmona, B., & Ponce, G. (2013). Deterioro cognitivo en ancianos diabéticos hospitalizados en medicina interna en un hospital de segundo nivel de atención en México, Distrito Federal. *Enfermería Neurológica*, 12(1), 5-9.
- Corugedo, M., García, D., González, V., Crespo, G., González, G., & Calderín, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 30(2), 208-216.
- Demey, I., Allegri, R., & Barrera, M. (2014). Bases Neurobiológicas de la Rehabilitación. *Revista CES Psicología*, 7(1), 130-140. ISSN: 2011-3080.
- Díaz, M., García, S., & Peraita, H. (2010). Detección precoz del deterioro cognitivo leve y conversión a la enfermedad de Alzheimer: un estudio longitudinal de casos. *Psicogeriatría*, 2(2), 105-111.
- DSM-V. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (Quinta ed.). Madrid, España: Editorial medica panamericana. ISBN: 978-84-9835-810-0.
- Durán, T., Aguilar, R., Martínez, M., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vázquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36-42.

- Ecuavisa. (1 de Octubre de 2017). *Cuántas personas longevas hay en el mundo, latinoamericana y Ecuador*. Obtenido de <https://www.ecuavisa.com/articulo/noticias/actualidad/324361-cuantas-personas-longevas-hay-mundo-latinoamericana-ecuador>
- El Telégrafo. (15 de Febrero de 2015). *Nueve de cada 100 quiteños son adultos mayores*. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/quito/11/nueve-de-cada-100-quitenos-son-adultos-mayores>
- Estévez, F., Abambario, C., Atiencia, R., & Webster, F. (2014). Deterioro Cognitivo y Riesgo de Demencia, una Realidad Para el Ecuador. Estudio de Factores de Riesgo en un Grupo de Pacientes Jubilados del IESS en Cuenca en el Año 2013. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 23(1-3), 12-17. Obtenido de http://revecuatneurologia.com/wp-content/uploads/2016/01/Deterioro-cognitivo-y-riesgo-de-demencia_REN-Vol-23-N%C2%BA1-3-2014.pdf
- Estrella, A., González, A., & Moreno, Y. (2008). Deterioro cognitivo y calidad de vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de México. *Archivos en Medicina Familiar*, 10(4), 127-132.
- Fernández, J., Fernández, M., & Cieza, A. (2010). Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). *Revista Española de Salud Pública*, 84(2), 169-184.
- Galán, M. (27 de Abril de 2009). *El cuestionario aplicado a la investigación*. Obtenido de [Entrada de blog]: <http://manuelgalan.blogspot.com/2009/04/el-cuestionario-en-la-investigacion.html>
- Garamendi, F., Delgado, D., & Amaya, A. (2010). Programa de entrenamiento cognitivo en adultos mayores. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22(1), 26-31.

- García, D., García, G., Tapiero, Y., & Ramos, D. (2012). Determinantes de los estilos de vida y su implicación en la salud de jóvenes universitarios. *Hacia la Promoción de la Salud*, 17(2), 169-185. ISSN: 0121-7577.
- Giménez, S. (2002). Demencia. Un trastorno complejo. *Farmacia Profesional*, 16(2), 54-60.
- Gómez, L., Verdugo, M., & Arias, B. (2010). Calidad de vida individual: avances en su conceptualización y retos emergentes en el ámbito de la discapacidad. *Behavioral Psychology / Psicología Conductual*, 18(3), 453-472.
- Gómez, N., Bonnin, B., Gómez, M., Yáñez, B., & González, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Medicina*, 42(1), 12-17.
- González, A., & Padilla, A. (2006). Calidad de vida y estrategias de afrontamiento ante problemas y enfermedades en ancianos de la Ciudad de México. *Universitas Psychologica*, 5(3), 501-509. ISSN: 1657-9267.
- González, U. (2005). El modo de vida en la comunidad y la conducta cotidiana de las personas. *Revista Cubana de Salud Pública*, 31(2). ISSN: 0864-3466. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=21420137015>
- Gutiérrez, R. (24 de Julio de 2015). *Deterioro cognitivo en adultos mayores*. Obtenido de El Universal: <https://www.eluniversal.com.mx/articulo/cultura/letras/2015/07/24/deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN* (Sexta ed.). Ciudad de México, México: McGraw Hill. ISBN: 978-1-4562-2396-0.
- Herrera, C., & Mora, J. (2016). Percepción de calidad de vida mediante el cuestionario Whoqol- Old en adultos mayores que asisten a la consulta externa del Hospital

- de Atención Integral del Adulto Mayor de Quito. (*Tesis de Grado*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/12575>
- INEC. (2009). *Salud mental en el Ecuador*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/camas/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>
- Jervis, C. (2018). Depresión y su influencia en el funcionamiento cognitivo en adultos mayores en el centro corazón de maría, en la ciudad de quito, en el periodo 2017-2018. (*Tesis de Grado*). Universidad Tecnológica Indoamerica, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.uti.edu.ec//handle/123456789/1501>
- Jessenia, B. (2017). "Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor". (*Tesis de Grado*). Universidad Técnica de Ambato, Ambato, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24676>
- León, G., & León, E. (2018). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto - Babahoyo (Ecuador). *Revista Cumbres*, 4(1), 01-13. ISSN: 1390-9541.
- León, R., Milián, F., Camacho, N., Arévalo, R., & Escartín, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 47(3), 277-284.
- Lizán, L. (2009). La calidad de vida relacionada con la salud. *Atención Primaria*, 41(7), 411-416. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7022031/pdf/main.pdf>
- Loredo, M., Gallegos, R., Xequé, A., Palomé, G., & Juárez, A. (2016). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. doi:<http://dx.doi.org/10.1016/j.reu.2016.05.002>

- Losada, C. (16 de Julio de 2019). *¿Qué es el Test de Lobo y cómo ayuda para detectar la demencia?* Obtenido de 65ymas: https://www.65ymas.com/salud/preguntas/que-es-el-test-de-lobo-y-como-ayuda-para-detectar-la-demencia_6003_102.html
- Luna, Y., & Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1). ISSN: 0034-8597 / 1609-7394. Obtenido de <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3720/372058061008/372058061008.pdf>
- Luque, L., & Gonzalez, M. (2012). *Eficacia de un programa de estimulación cognitiva en adultos mayores sanos*. Obtenido de Acta Académica: <https://www.aacademica.org/000-072/346>
- Madrigal, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 4-14. Obtenido de <https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf>
- Maldonado, B., Maldonado, P., Astudillo, J., & Guapizaca, F. (2019). Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores y factores asociados, Gualaceo 2014. *Ateneo*, 17(2), 17-22. ISSN: 1390-4396. Obtenido de <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/62/67>
- Mañay, M. (2019). Depresión y Funciones cognitivas en personas de la tercera edad en el barrio "San Francisco de Quito" de la ciudad de Quito, en el año 2018. (*Tesis de Grado*). Universidad Tecnológica Indoamerica, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.uti.edu.ec/handle/123456789/1264>
- Mayo Clinic. (13 de Septiembre de 2019). *Demencia*. Obtenido de <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/dementia/diagnosis-treatment/drc->

OPS/OMS. (27 de Mayo de 2011). *El envejecimiento de la población se presenta como un desafío para la expansión de la seguridad social en América Latina*. Obtenido de Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5515:2011-population-aging-challenge-expanding-social-protection-latin-america&Itemid=135&lang=es

Ormaetxea, A. (21 de Enero de 2018). *Latinoamérica se enfrenta al rápido envejecimiento de su población*. Obtenido de Expansión: <https://www.expansion.com/latinoamerica/2018/01/21/5a651b34268e3e75688b4575.html>

Paredes, K. (19 de Septiembre de 2015). *Demencia: un caso nuevo cada 3,2 segundos*. Obtenido de El Telégrafo: <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/palabra/1/demencia-un-caso-nuevo-cada-32-segundos>

Pérez, G. (15 de Agosto de 2014). *El envejecimiento como proceso*. Obtenido de Gerontología para todos y todas: <https://gerontologiaparatodos.wordpress.com/2014/08/15/el-envejecimiento-como-proceso/>

Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2). Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017

Pose, M., & Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve; Mild cognitive impairment. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(3:1), 7-12. Obtenido de https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_7-12.pdf

- Queralt, M. (3 de Noviembre de 2016). *Definición de envejecimiento*. Obtenido de Salud Canales Mapfre: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/definicion-de-envejecimiento/>
- Real, T. (26 de Marzo de 2008). *Dependencia funcional, depresión y calidad de vida en ancianos institucionalizados*. Obtenido de http://www.masterpsicogeriatría.com/archivos/doc11_08.pdf
- Robalino, J. (9 de Julio de 2012). *Los trastornos cognitivos en adultos mayores*. Obtenido de Instituto de Neurociencias Junta de Beneficencia de Guayaquil: <https://institutoneurociencias.med.ec/blog/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>
- Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E., & Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente, 11*(3), 120-125.
- Roig, C., Vega, V., Ávila, E., Ávila, B., & Gil, Y. (2011). Aplicación de terapia cognitivo conductual para elevar la autoestima del adulto mayor en Casas de abuelos. *Correo Científico Médico de Holguín, 15*(2). ISSN: 1560-4381. Obtenido de <http://www.cocmed.sld.cu/no152/no152ori01.htm>
- Rondanelli, R. (2014). Estilo de vida y enfermedad cardiovascular en el hombre. *Revista Médica Clínica Las Condes, 25*(1), 69-77.
- Roquet, G. (15 de Noviembre de 2018). *El coste del envejecimiento poblacional*. Obtenido de El Orden Mundial - EOM: <https://elordenmundial.com/el-coste-del-envejecimiento-poblacional/>
- Rozo, V., Rodríguez, O., Montenegro, Z., & Dorado, C. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología, 11*(1), 12-18. ISSN: 0718-0551.

- Rubio, D., Rivera, L., Borges, L., & González, F. (2015). "Calidad de vida en el adulto mayor". *VARONA*(61), 1-7. ISSN: 0864-196X. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=360643422019>
- Salazar, J., Pando, M., Arana, C., & Heredia, D. (2005). Calidad de vida: hacia la formación del concepto. *Investigación en Salud*, 7(3), 161-165.
- Sanabria, P., González, L., & Urrego, D. (2007). Estilos de vida saludable en profesionales de la salud colombianos. Estudio exploratorio. *Revista Med*, 15(2), 207-217. ISSN: 0121-5256.
- Sánchez, J., Torrellas, C., Fernández, M., & Martín, J. (2013). Influencia de la reserva cognitiva en la calidad de vida en sujetos con enfermedad de Alzheimer. *Anales de Psicología*, 29(3), 762-771. ISSN: 0212-9728.
- Sánchez, J., Vásquez, D., & Zúñiga, J. (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2013. (*Tesis de Pregrado*). Universidad de Cuenca, Cuenca, Ecuador. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5261>
- Schalock, R., & Verdugo, M. (2003). *Calidad de vida: Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales*. Madrid, España: Alianza.
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia y Enfermería*, 9(2), 9-21. ISSN: 0717-2079.
- Serrani, D. (2014). Validación en español del test TYM para cribado de demencia en una población argentina. *Universitas Psychologica*, 13(1), 1-31. ISSN: 1657-9267. Obtenido de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=64730432022>
- Sierra, E., & León, M. (2019). Plasticidad cerebral, una realidad neuronal. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 23(4). ISSN: 1561-3194. Obtenido de

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942019000400599#B5

Soto, M., & Failde, I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 11(8), 53-62.

Stimulus. (18 de Septiembre de 2019). *Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)*. Obtenido de <https://stimuluspro.com/blog/mini-examen-cognoscitivo-de-lobo#:~:text=El%20Mini%20Examen%20Cognoscitivo%20de,Mental%20State%20Examination%20de%20Folstein.&text=Una%20de%20esas%20pruebas%20de,Lobo%20o%20MEC%20de%20Lobo>.

Thomas, E., & Nadal, M. (2001). Abordaje diagnóstico y terapéutico de la demencia en atención primaria. *Medicina de Familia - SEMERGEN*, 27(11), 575-586.

Ucha, F. (marzo de 2013). *Definición de Adulto mayor*. Obtenido de Definición ABC: <https://www.definicionabc.com/social/adulto-mayor.php>

Urzúa, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. ISSN: 0716-6184.

Varela, L. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 33(2), 199-201. doi:<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>

Varela, L., Chávez, H., Gálvez, M., & Méndez, F. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*, 17(2), 37-42. Obtenido de <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2>

Velásquez, M. (4 de septiembre de 2018). *Los países de Latinoamérica con la población más vieja*. Obtenido de CNN Español:

<https://cnnespanol.cnn.com/2018/09/04/los-paises-de-latinoamerica-con-la-poblacion-mas-vieja/>

Vera, M. (2007). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284-290. ISSN: 1025-5583.

Verdugo, M., Gómez, L., & Arias, B. (2009). *Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT*. Salamanca, España: INICO.

WHOQOL. (1996). ¿Qué calidad de vida? / Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387. Obtenido de https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zamarrón, M., Tárraga, L., & Fernández, R. (2008). Plasticidad cognitiva en personas con la enfermedad de Alzheimer que reciben programas de estimulación cognitiva. *Psicothema*, 20(3), 432-437. ISSN: 0214-9915.

Zapata, P. (2013). Análisis de la calidad de vida del adulto mayor, caso programa Sesenta y Piquito en el barrio Pérez Pallares. (*Tesis de Grado*). Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Quito, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/6074>

ANEXOS

- **Escala de FUMAT**

INSTRUCCIONES: A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
1	En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2	Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3	Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4	Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5	Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7	Manifiesta sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8	Muestra sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

RELACIONES INTERPERSONALES		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10	Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11	Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12	Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13	Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL

BIENESTAR MATERIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
15	El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16	Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17	Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18	El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19	El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20	Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21	El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

AUTODETERMINACIÓN		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
36	Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37	Muestra dificultades para manejar el dinero de forma autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38	Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39	Elige cómo pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40	Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41	Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42	Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43	Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

INCLUSIÓN SOCIAL		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
44	Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1
45	Está excluido en su comunidad	1	2	3	4
46	En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	3
47	Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1
48	Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4
49	Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
50	Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1
51	Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4
52	Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL

DERECHOS		Siempre o Casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o Casi Nunca
53	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos	4	3	2	1
54	Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1
55	Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4
56	Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1
57	Disfruta de todos sus derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL

• **Mini Examen Cognoscitivo de Lobo (MEC)**

**MINI EXAMEN
COGNOSCITIVO (MEC)**

Paciente.....Edad.....

Ocupación.....Escolaridad.....

Examinado por.....Fecha.....

ORIENTACIÓN

• Dígame el día..... fechaMes..... Estación.....Año..... ___5

• Dígame el hospital (o lugar).....
planta.....ciudad.....Provincia.....Nación..... ___5

FIJACIÓN

• Repita estas tres palabras ; peseta, caballo, manzana (hasta que se las aprenda) ___3

CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO

• Si tiene 30 ptas. y me dando de tres en tres ¿cuantas le van quedando ? ___5

• Repita estos tres números : 5,9,2 (hasta que los aprenda) .Ahora hacia atrás ___3

MEMORIA

• ¿Recuerda las tres palabras de antes ? ___3

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN

• Mostrar un bolígrafo. ¿Qué es esto ?, repetirlo con un reloj ___2

• Repita esta frase : En un trigal había cinco perros ___1

• Una manzana y una pera ,son frutas ¿verdad ?
¿qué son el rojo y el verde ? ___2

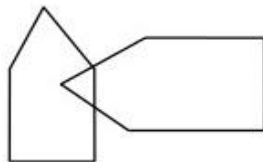
• ¿Que son un perro y un gato ? ___3

• Coja este papel con la mano derecha dóblelo y póngalo encima de la mesa ___1

• Lea esto y haga lo que dice : CIERRE LOS OJOS ___1

• Escriba una frase ___1

• Copie este dibujo ___1 ___1



Puntuación máxima 35.

- **Consentimiento Informado**



UNIVERSIDAD INDOAMÉRICA
FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación titulada Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida en el adulto mayor del “Centro de Jubilados Naciones Unidas”, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la ciudad de Quito, año 2020 tiene como objetivo identificar el nivel del funcionamiento cognitivo y evaluar la calidad de vida de los participantes.

Para lograr estos objetivos se utilizarán dos cuestionarios con un tiempo estimado de aplicación de 10 minutos.

El único beneficio que se obtendrá de la presente investigación es de carácter científico, que va a permitir dar una estrategia de intervención para seguir manteniendo o aumentando el funcionamiento cognitivo de los adultos mayores del centro.

Este estudio cumple con toda legislación vigente de nuestro país y que esta investigación de forma segura tiene beneficios para el participante y no conlleva ningún riesgo.

La participación es absolutamente voluntaria, pero en el caso de no estar de acuerdo el participante tiene el derecho de salir en cualquier momento y sin tener ninguna consecuencia por esta decisión.

En todo momento se respetará estrictamente la confidencialidad y la privacidad individual de cada participante.

Dejo constancia de haber comprendido la información que he recibido. Presto plena conformidad a su realización.

Nombre y Apellido: _____

C.I.: _____

Firma de Autorización.: _____

- **Fotografías**







