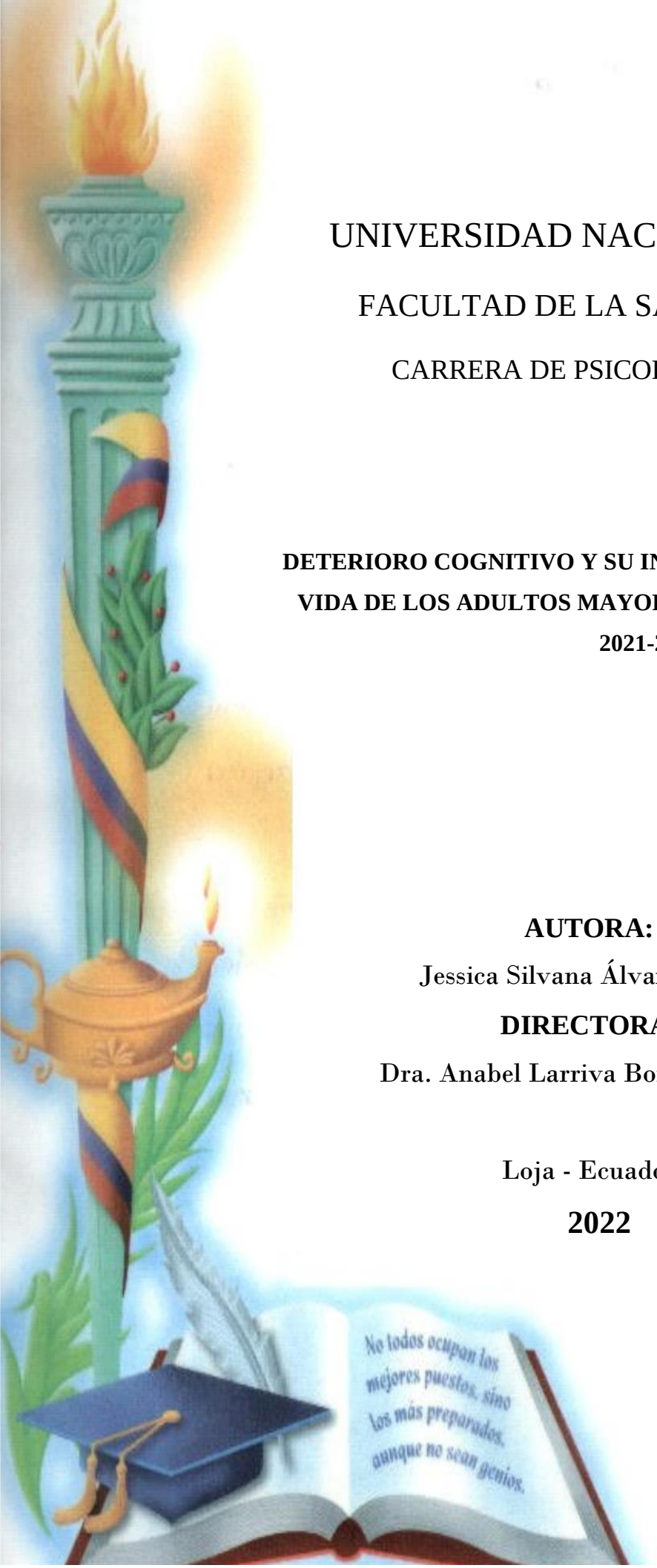


UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, 2021-2022.

Trabajo de integración curricular previo a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica.

AUTORA:

Jessica Silvana Álvarez Abad

DIRECTORA:

Dra. Anabel Larriva Borrero Mg.Sc.

Loja - Ecuador

2022

Certificación

Loja, 3 de marzo de 2022

Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero
DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:
Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración de tesis de grado titulado: DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, 2021-2022, de autoría de la estudiante Jessica Silvana Álvarez Abad, previa a la obtención del título de Licenciada en Psicología Clínica, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO

Dra. Anabel Larriva Borrero
DIRECTORA DE TESIS

Firmado digitalmente por ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO
Nombre de reconocimiento (DN): cn=ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO, serialNumber=220721180057, ou=ENTIDAD DE CERTIFICACION DE INFORMACION, o=SECURITY DATA S.A. 2, c=EC
Fecha: 2022.03.03 09:53:09 -05'00'

Autoría

Yo, Jessica Silvana Álvarez Abad, declaro ser autora del presente trabajo de integración curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido de la misma. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi tesis en el Repositorio Digital Institucional – Biblioteca Virtual.

Firma:

Cédula de Identidad: 1105257818
Fecha: 20 de abril del 2022
Correo electrónico: jessica.alvarez@unl.edu.ec
Teléfono o Celular: 0990362961

Carta de Autorización

Yo Jessica Silvana Álvarez Abad declaro ser autora de la tesis titulada **DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, 2021-2022,** como requisito para obtener el título de Licenciada en Psicología Clínica autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el RI, en las redes de información del país y del exterior con las cuales tenga convenio la Universidad.

La Universidad Nacional de Loja, no se responsabiliza por el plagio o copia del Trabajo de Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 20 días del mes de abril del 2022.

Firma:

Autor: Jessica Silvana Álvarez Abad

Cédula: 1105257818

Correo electrónico: jessica.alvarez@unl.edu.ec

Celular: 0990362961.

Dirección: San Antonio de las Aradas, Quilanga, Loja

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Director de Trabajo de Integración Curricular: Dra. Anabel Elisa Larriva Borrero. Mg. Sc.

Tribunal de Grado:

Presidente/a: Dr. Ana Catalina Puertas Azanza Mg. Sc.

Vocal: Psc. Cl. Vanessa Pineda Mg. Sc.

Vocal: Psc. Cl. María Paula Torrez Pozo Mg. Sc.

Dedicatoria

El presente trabajo de investigación va dedicado en primer lugar a Dios, por la oportunidad que me brindó para realizar este trabajo y finalizarlo con éxito, a mis padres, que con su amor paciencia y apoyo incondicional me han sabido guiar en este camino que estoy pronto a culminar, a mi amado hijo quien es el pilar fundamental para seguir adelante luchando por mis sueños, a mis hermanos por sus gratos e incondicional apoyo, compañeros de ilusiones y de sueños a mi familia y amistades quienes confiaron en mí y nunca me dejaron sola para así superarme y poder cumplir mi meta y a todas las personas que con sus palabras de aliento y muestras de cariño han sido los motores que me dieron la fuerza suficiente para cumplir una meta más en mi vida.

Jessica Silvana Álvarez Abad

Agradecimiento

Agradezco primeramente a Dios por darme la vida y brindarme la oportunidad de despertar cada día y seguir luchando para alcanzar mis sueños. Gracias por todas sus bendiciones otorgadas.

Desde lo más profundo de mi corazón doy gracias a mis queridos padres Delia Y Adán, los cuales me han guiado por un camino lleno de valores que me ha hecho una mejor persona y me han enseñaron a luchar para poder alcanzar mis metas propuestas, mediante su ejemplo pude superar obstáculos que alguna vez sentía que no podría, gracias por todo su sacrificio por su apoyo en los momentos difíciles y han confiado siempre en mí, por todo esto, mil gracias los amo.

A mi hijo amado Ismaelito, el cual es mi mayor tesoro que tengo y mi motor fundamental para seguir adelante, aunque también mi gran responsabilidad. Gracias, amor mío por brindarme tu amor incondicional y puro, tú eres mi mayor felicidad, perdóname, Ismaelito querido por mis ausencias, recuerda siempre que todo lo que hago es por ti por darte un mejor futuro y perdón si alguna vez no actúo de la mejor manera sé que no soy la mejor madre, pero cada día me esfuerzo por serlo, simplemente te amo eres mi vida entera.

A mis hermanos por ser parte importante de mi vida, Darwin y Jonathan los cuales me hacen sentirme orgullosa de ellos por ser un ejemplo de superación personal y profesional y me han brindado su apoyo necesario, gracias por la compañía, por los buenos y malos ratos que hemos compartido, por las tristezas y alegrías que le dan sabor a esta experiencia llamada vida.

Mi eterno agradecimiento a la Dra. Anabel Larriva, por convertirse en mi guía durante este proceso, por brindarme sus valorables conocimientos, por la dedicación brindada en este tiempo de elaboración del presente trabajo.

Mil gracias a las autoridades, coordinadores y profesionales del Cantón Saraguro, por brindarme la oportunidad de llevar cabo mi investigación dentro de este centro.

A mi querida Selena, compañera sobre todo amiga, que siempre estuvo a mi lado en los momentos difíciles brindándome su apoyo incondicional, lo cual fue parte fundamental para que pueda culminar esta etapa de mi vida con éxito.

Finalmente, a la Universidad Nacional de Loja, y a mis queridos docentes de la carrera de Psicología Clínica, por formar parte de mi formación los cuales me brindaron un amplio conocimiento que ayudaron alcanzar las metas trazadas como profesional de la salud mental.

Jessica Silvana Álvarez Abad

Índice

Hojas Preliminares

Certificación ii
Autoría iii
Carta de Autorización iv
Dedicatoria v
Agradecimiento vi
Índice vii

Cuerpo del Trabajo de Integración Curricular

1. Título 1
2. Resumen 2
2.1 Abstract 3
3. Introducción 4
4. Marco Teórico 6
4.1 Capítulo I: Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor 6
4.1.1 Adulto Mayor 6
4.1.2 Teorías del envejecimiento 6
4.1.2.1 La Teoría del Envejecimiento Programado 6
4.1.2.2 La Teoría del Desgaste 7
4.1.2.3 La Teoría de los Radicales Libres 7
4.1.2.4 La Teoría del Entrecruzamiento 7
4.1.2.5 Las Teorías Genéticas 7
4.1.4 Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor 8
4.1.5 Epidemiologia del deterioro cognitivo 9
4.1.6 Etiología del deterioro cognitivo 10
4.1.7 Tipos de deterioro cognitivo 11
4.1.7.1 Deterioro cognitivo leve 11
4.1.7.2 Demencia leve 11

4.1.7.3 Demencia moderada 11
4.1.7.4 Demencia grave 11
4.1.8 Criterios para el diagnóstico del deterioro cognitivo 12
4.1.9 Causas del Deterioro Cognitivo 12
4.1.10 Tratamiento 13
4.1.10.1 Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo leve 13
4.2 Capitulo II: Calidad de Vida 14
4.2.1 Definición 14
4.2.2 Calidad de vida en el envejecimiento 15
4.2.3 Dimensiones de la calidad de vida 16
4.2.3.1 Bienestar Emocional 16
4.2.3.2 Relaciones Interpersonales 16
4.2.3.3 Bienestar Material 16
4.2.3.4 Desarrollo Personal 16
4.2.3.5 Bienestar Físico 16
4.2.3.6 Autodeterminación 16
4.2.3.7 Inclusión Social 16
4.2.3.8 Derechos 17
4.2.4 Estrategias para mejor la calidad de vida 17
4.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud 17
4.2.6 Estilos de vida 18
4.2.7 Estilos de vida saludable 18
5. Metodología 19
5.1 Tipo de Investigación 19
5.2 Diseño y Enfoque 19
5.2.1 Población y Muestra 19
5.3 Procedimiento 20

5.4 Técnicas e Instrumentos 20
5.4.1 Técnicas e Instrumentos 20
5.4.2 Instrumentos 20
5.4.2.1 Consentimiento informado 20
5.4.2.2 Ficha sociodemográfica 21
5.4.2.3 Mini examen cognoscitivo (Mini mental) 21
5.4.2.4 GENCAT: Escala de Calidad de Vida 22
5.4.3 Procesamiento de datos y análisis estadístico 22
6. Resultados 24
6.1 Mini Examen Cognoscitivo MINI MENTAL 24
6.2 GENCAT Escala de Calidad de vida 25
6.3 Deterioro Cognitivo y su Influencia en la Calidad de vida de los Adultos Mayores 29
6.4 Plan de Intervención 30
6.4.1 Título 30
6.4.2 Presentación 30
6.4.3 Justificación 30
6.4.4 Objetivo General 30
6.4.5 Objetivos Específicos 31
6.4.6 Fases del Plan de Intervención 31
6.4.6.1 Primera Fase: Encuadre 31
6.4.6.2 Segunda Fase: Diagnóstico 31
6.4.6.3 Tercera Fase: Planificación De Sesiones 32
6.4.6.4 Cuarta Fase: Intervención 32
6.4.6.5 Quinta Fase 38
7. Discusión 40
8. Conclusiones 42
9. Recomendaciones 43

10. Bibliografía 44

11. Anexos 48

Tablas

Tabla 1. Nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores 24

Tabla 2. Presencia o Ausencia de Deterioro Cognitivo 24

Tabla 3. Índice de Calidad de Vida 25

Tabla 4. Dimensión 1: Bienestar Emocional 25

Tabla 5. Dimensión 2: Relaciones Interpersonales 26

Tabla 6. Dimensión 3: Bienestar Material 26

Tabla 7. Dimensión 4: Desarrollo Personal 27

Tabla 8. Dimensión 5: Bienestar Físico 27

Tabla 9. Dimensión 6: Autodeterminación 27

Tabla 10. Dimensión 7: Inclusión Social 28

Tabla 11. Dimensión 8: Derechos 28

Tabla 12. Deterioro Cognitivo e Índice de Calidad de Vida 29

Tabla 13. Pruebas de Chi-Cuadrado 29

Anexos

Anexo 1. Consentimiento Informado 48

Anexo 2. Encuesta Sociodemográfica 49

Anexo 3. Mini Examen del Estado Mental 51

Anexo 4. Gencat Escala de Calidad de Vida 53

Anexo 5. Evidencia Fotográfica 57

Anexo 6. Oficio de aprobación del Trabajo de Integración Curricular 61

Anexo 7. Oficio de Informe de estructura y coherencia del Trabajo de Integración Curricular 62

Anexo 8. Oficio de aprobación y designación del director/a del Trabajo de Integración Curricular 63

Anexo 9. Oficio de autorización al Centro Diurno Gurudel de Adultos Mayores del Cantón Saraguro 64

Anexo 10. Certificado de la traducción a Inglés 65

1 Título

DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SARAGURO, 2021 – 2022.

2 Resumen

El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico que se presenta a partir de los 65 años de edad, como un declive en las funciones cognitivas, por ello la presente investigación tuvo como finalidad determinar el deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Saraguro, a través de un estudio descriptivo de corte transversal con enfoque cuantitativo y cualitativo, aplicándose una ficha socio demográfica, el Test mini mental state y la escala Gencat a una población de 90 adultos mayores. Se determinó que la mayoría de los adultos mayores, presentan deterioro cognitivo leve, sospecha patológica y en menor porcentaje, demencia. En cuanto a la calidad de vida, en las dimensiones bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos, puntuando la mayoría de ellos positivamente en todas las dimensiones, dando así un resultado de una calidad de vida idónea. Para establecer la relación entre Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida se aplicó la prueba estadística Chicuadrado, donde determinó la no existencia de relación entre las dos variables de estudio.

Palabras clave: Adulto mayor, deterioro cognitivo, calidad de vida.

2.1 Abstract

Cognitive impairment is a geriatric syndrome that occurs after 65 years of age, as a decline in cognitive functions, therefore the purpose of this research was to determine cognitive impairment and its influence on the quality of adults life of the Saraguro Canton, through a descriptive cross-sectional study with a quantitative and qualitative approach, applying a socio-demographic file, the Mini Mental State Test and the Gencat scale to a population of 90 seniors. It was determined that the majority of seniors present mild cognitive impairment, pathological suspicion and in a lower percentage dementia. Regarding to the quality of life, in the emotional well-being dimensions, interpersonal relationships, well-being material, physical well-being, self-determination, social inclusion and rights, most of them scoring positively in all dimensions, thus giving a result of a quality of life suitable. To establish the relationship between Cognitive Impairment and Quality of Life, the Chi-square statistical test was applied, where it was determined that there was no relationship between the two study variables.

Keywords: seniors, cognitive impairment, quality of life.

3 Introducción

El envejecimiento es un proceso biológico, resultante de una gran acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital que afecta de manera continua e irreversible a todos los seres vivos desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Se considera a la persona adulta mayor a partir de los 65 años (Vejarano Alvarado y Angulo Novoa, 2020).

El deterioro cognitivo, visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, tales como la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro. Se lo clasifica en dos tipos el normal y el deterioro cognitivo leve, uno de los principales síntomas para que se produzca el deterioro es el olvido, así como también otras áreas que se encuentran afectadas a mayor o menor escala (Camargo Hernández y Laguado Jaimes, 2017).

La calidad de vida posee un amplio concepto, varía dependiendo del país, su concepción es diferente y en gran medida subjetiva. La calidad de vida, es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva (Ardila, 2018). Cada una aportando con un análisis de gran importancia dentro de la investigación sobre todo para conocer como la persona adulta mayor se desenvuelve en el ámbito biopsicosocial, con énfasis en la salud de las personas, como un factor indispensable para favorecer el área espiritual y emocional.

Con el propósito de brindar un estudio exhaustivo de como el **DETERIORO COGNITIVO INFLUYE EN LA CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR, DEL CANTON SARAGURO**, ya que es a esta edad adulta en donde las complicaciones son evidentes, es indispensable identificar en el adulto mayor el deterioro cognitivo predominante y en que funciones registra complicaciones, para que su calidad de vida no sea afectada y el adulto mayor pueda vivir de la manera más cómoda y tranquila, de esta manera aportar información y diseñar un plan de intervención en prevención de deterioro cognitivo para los adultos mayores.

En la presente investigación la metodología que se utilizo fue de tipo correlacional, y descriptivo porque se busca una relación entre las dos variables y el impacto que cada una de ellas ejerce en la población, es decir como la variable dependiente deterioro cognitivo mantiene una influencia en la variable independiente calidad de vida. El enfoque de la investigación fue cuali-cuantitativo, cuantitativo ya que se utilizó la correlación de datos mediante el número de

adultos mayores del cantón Saraguro y el uso de análisis estadístico por medio de la tabulación de los resultados obtenidos, al ser cualitativo permitió realizar un proceso inductivo, el mismo que favoreció para explorar y describir el fenómeno de estudio, identifico el nivel de deterioro cognitivo, permitió conocer la calidad de vida de los adultos mayores y la elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Los instrumentos que se utilizaron fueron: Consentimiento informado y la ficha socio demográfica aplicado a los adultos mayores previo a la aplicación de los demás reactivos, tales como el test mini mental state, y escala gencat. La población investigada estuvo conformada por 90 adultos mayores, de los cuales 57 fueron mujeres y 33 hombres.

Los resultados obtenidos mediante los datos estadísticos, análisis e interpretación y discusión que permitieron llegar a las siguientes conclusiones: En relación con los Niveles de Deterioro Cognitivo, el nivel predominante es el Leve, seguido sospecha patológica y en menor porcentaje, demencia. En cuanto a la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Saraguro se concluye que: presentaron una calidad de vida idónea la mayoría de la población investigada y en mínimo porcentaje calidad de vida regular, en relación a sus dimensiones: dentro del Bienestar Emocional, en mayor porcentaje presentaron regularidad; dentro de las Relaciones Interpersonales, presentaron de forma frecuente, la mayoría de ellos; la mayoría de la población investigada puntuaron tener frecuentemente un buen Bienestar Material, en cuanto al desarrollo personal, la mayoría de ellos, presentan frecuentemente un desarrollo personal, dentro del Bienestar Físico, los adultos mayores lo presentan de forma frecuente; dentro de la Autodeterminación, la mayoría presentan siempre o casi siempre; dentro de la Inclusión Social, la mayoría de la población la presenta frecuentemente, dentro de la dimensión de Derechos la mayoría de los adultos mayores siempre o casi siempre se cumplen.

Se puede evidenciar que, dentro de los participantes que presentan deterioro cognitivo, la mayoría puntúa positivamente para una buena calidad de vida; mientras que, aquellos que presentan una buena capacidad cognitiva, no presentan irregularidades respecto a su calidad de vida.

4 Marco Teórico

4.1 Capítulo I: Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor

4.1.1 Adulto Mayor

El envejecimiento es un fenómeno presente a lo largo del ciclo vital que afecta de manera continua e irreversible a todos los seres vivos desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. Pero sin embargo a pesar de ser un fenómeno natural conocido por todos los seres humanos, es difícil de aceptar como una realidad innata del ser humano. Hablando desde una perspectiva biológica, encontramos que en el envejecimiento todos los sistemas fisiológicos, las capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas empiezan a declinar. Se presenta una serie de modificaciones funcionales y orgánicas, alterando su calidad de vida (Vejarano Alvarado y Angulo Novoa, 2020).

El concepto de envejecimiento hace alusión a "un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible, que determina una pérdida de la capacidad de adaptación de forma progresiva" (Rubio Rubio y Lou Arnal, 2020). Se debe tener en cuenta que es un fenómeno totalmente variable, el cual se ve influido por la genética y los contextos social e histórico, que contempla además gran cantidad de afectos y sentimientos (Alvarado García y Salazar Maya, 2014). Sugiere que son construidos a lo largo de la vida y que están determinados por la cultura, las relaciones sociales e incluso por la legislación de las naciones; cada vez alejándose más de la edad cronológica del sujeto, afirmando entonces que el envejecimiento es una construcción social.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015). Sugiere al envejecimiento como un proceso biológico, resultante de una gran acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo de los años, que llevan al ser humano hacia un descenso gradual de sus capacidades, tanto físicas como mentales, así como el aumento de riesgo de enfermedades y la muerte, siendo un proceso diferente para cada persona, y considerando que los cambios biológicos del envejecimiento están asociados a otras variables como la jubilación, las pérdidas emocionales, el cambio de lugar de residencia, este último de vital importancia para el presente estudio. Si bien son evidentes los cambios físicos relacionados al envejecimiento, la OMS señala que no existen características específicas relacionadas al mismo (Peña Contreras, 2020).

4.1.2 Teorías del envejecimiento

La Teoría del Envejecimiento Programado. La teoría de envejecimiento programado establece que el cuerpo tiene un "reloj genético" que determina el inicio del envejecimiento. Este reloj genético se puede manifestar con un número

predeterminado de divisiones celulares, por lo que el proceso de envejecimiento estaría bajo el comando de uno de los genes (Jiménez Herrero, 2017).

La Teoría del Desgaste. Esta teoría propone que cada organismo está compuesto de partes irremplazables y que la acumulación de daños de sus partes vitales llevaría a la muerte de la célula, tejidos, órganos y finalmente todo el cuerpo, es decir, que las células y tejidos tienen partes vitales que se van desgastando, por enfermedades, radiación, sustancias toxicas, alimentos y otros daños y que dan como resultado el envejecimiento (Niedmann y Nieme, 2017).

La Teoría de los Radicales Libres. "En ella se afirma que el envejecimiento es el resultado de la inadecuada protección contra el daño que ocasionan a cada uno de los tejidos los radicales libres y el estrés oxidativo a lo largo de la vida" (Rico-Rosillo et al., 2018).

La Teoría del Entrecruzamiento. "Esta teoría postula que se producen enlaces o entrecruzamientos entre las proteínas y otras macromoléculas celulares, lo que determinaría el envejecimiento debido al desarrollo de enfermedades dependientes de la edad" (Endériz García y Rebato Ochoa, 2014).

Las Teorías Genéticas. "Es una mutación de ADN puede alterar la síntesis de proteínas con una involución funcional que daría lugar a perdida de información de las células determinadas por un defecto en el ADN provocando la muerte celular" (Ortega, 2020).

4.1.3 Desarrollo cognitivo del Adulto Mayor

El deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento. La función cognitiva es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro (Camargo Hernández y Laguado Jaimes, 2017).Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación (Favela, 2012).

Sin embargo, el deterioro cognitivo definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual, el mantenimiento de la cognición del paciente mayor está ligado a variables

como las patologías del paciente, el soporte social, el estado anímico y la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia, de manera que atribuir las alteraciones cognitivas que se presentan en los adultos mayores sólo al aspecto del envejecimiento neurológico sería un error (Benavides-Caro, 2017).

A lo largo del ciclo vital, las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas.

Sin duda, el deterioro cognitivo, es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), es un tema de gran importancia, que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados (Jara Madrigal, 2016).

4.1.4 Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor

También el cerebro humano cambia con el envejecimiento, tanto en sus estructuras físicas como en su habilidad de llevar a cabo varias funciones. El cerebro es responsable de la "cognición," un término que incluye la memoria, la toma de decisiones, la velocidad de procesamiento, la sabiduría y el aprendizaje. El envejecimiento pueda afectar las funciones cognitivas dedicadas a la realización de tareas diarias, puede afectar la habilidad de una persona mayor de vivir independientemente, participar de sus actividades favoritas, y de mantener un sentido de identidad. Como resultado, algunas personas mayores se muestran reacias a informarles a sus seres queridos o proveedores de cuidado médico sobre cualquier cambio en sus funciones cognitivas (Valhondo y Cadavieco, 2013).

Las observaciones clínicas y de la vida cotidiana, junto con los estudios realizados, están poniendo de manifiesto que, prácticamente, casi todas las personas mayores de 65-70 años se quejan de que su memoria ya no funciona como antes. Esa posible incapacidad o dificultad para recordar datos, relativamente, poco importantes (nombres, objetos, lugares, etc.), no debe preocupar en exceso, ya que se trata de una pérdida de tipo benigno, asociada a la edad. Las personas mayores se quejan, frecuentemente, de problemas de memoria: no recuerdan el nombre de alguien conocido; dónde han puesto las llaves; no encuentran la palabra adecuada, cuando la necesitan; no recuerdan, con precisión, el día en que están; si salen de compras, olvidan algunas cosas que iban a comprar, o bien, si alguien deja un recado, olvidan comunicarlo a la persona indicada, etc. Estos olvidos aumentan con la edad, Rubi, (2015) afirmó lo siguiente:

Los olvidos normales, relacionados con la edad, no impiden el desarrollo de las actividades diarias, en forma plena. La disminución de la memoria, en la vejez, es un hecho conocido desde antiguo. Se sabe que la pérdida de la memoria sigue la conocida ley de Ribot, según la cual la persona mayor pierde antes las experiencias más modernas, tendiendo a conservar las antiguas.

En el deterioro cognitivo, en el proceso de memorización, existe una fase de percepción y atención inmediata (como citar nombres que acaban de serle comunicados a uno) y, a continuación, sigue el almacenaje de esta huella para su posible uso posterior (recordar nombres que le fueron comunicados o que leyó hace algún tiempo). La primera fase ha sido denominada "memoria primaria" y la segunda "memoria secundaria. Se ha comprobado que la memoria primaria no se ve afectada por el proceso de envejecimiento, y, en cambio, sí la memoria secundaria, que presenta un declive evidente con los años. También, hay que tener en cuenta, que existe una gran variabilidad individual, dependiente de los siguientes factores: salud, preparación previa, el entrenamiento, el interés y motivación por la cuestión a recordar, que pueden contribuir muchísimo a la buena conservación de la memoria en la edad avanzada (Park y Schwarz, 2002).

4.1.5 Epidemiologia del deterioro cognitivo

Según la Organización de las Naciones Unidas en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones, calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas. En Latinoamérica y el Caribe en los próximos 15 años la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores es de un 71%, siendo la más alta a nivel mundial, seguida por Asia (66%), África (64%), Oceanía (47%), Norte América (41%) y Europa (23%).

El aumento en la esperanza de vida también incrementa la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, a prevalencia del deterioro cognitivo leve (DCL) se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años. Un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de DCL de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para mayores de 85 años.

Los estudios de DCL en América Latina son escasos. Un estudio puerta a puerta en la ciudad argentina de Córdoba ha encontrado una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años.

Otro estudio poblacional en la ciudad colombiana de Medellín halló una prevalencia de DCL tipo amnésico de 9,7%. Un tercer estudio chileno comunica el seguimiento de 36 pacientes con DCL, observando la evolución a demencia en 15 de ellos en un periodo promedio de 31 meses; en un periodo de 2 años adicionales, 50% (10 casos) de los pacientes que permanecían como DCL estables en el tiempo progresaron a una demencia (Cardona-Arias et al., 2019).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) alrededor de 50 millones de personas en el mundo padecen demencia y 60% de los casos viven en países subdesarrollados. Se estima que cada año ocurren casi 10 millones de casos nuevos y para los años 2030 y 2050 se proyectan 75 y 132 millones de personas afectadas, respectivamente. La prevalencia global varía entre 2 y 8.5%, es más alta en países de América Latina y mayor en mujeres a partir de la séptima década de la vida de acuerdo con el reporte de la carga global de enfermedades, se estima que la demencia contribuye con 12% de años vividos con discapacidad en personas mayores de 60 años (Choreño y Guardarrama, 2020).

4.1.6 Etiología del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo se evidencia debido a diferentes cambios que se presenta en el adulto mayor como es el envejecimiento y por la presencia de enfermedades tales como: cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cerebrovascular, el aislamiento, de tal modo que se pueden presentar problemas psicológicos y psiquiátricos debido al proceso de jubilación. Por la presencia de factores cerebrovasculares e inflamatorios puede manifestarse el deterioro cognitivo, con el pasar de los años se va disminuyendo las habilidades visuales, espacial de cálculo, la capacidad de aprender, la capacidad que aún se sigue conservando es la verbal. Al padecer de este trastorno como es el deterioro cognitivo se puede evidenciar riesgo vascular que puede terminar en infartos cerebrales asociados a cualquier enfermedad degenerativa que se presente en el cerebro, esto debe ser tratado de manera especial con todos los pacientes que presenten deterioro cognitivo, ya que se asocia con trastornos somáticos (Urrutia, 2017).

Con el envejecimiento se presentan en el cerebro de forma normal cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal; algunos de los cambios morfológicos que se presentan son pérdida de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal que tiene un desempeño fundamental en la atención y funciones ejecutivas; disminución del volumen neuronal el cual no es uniforme, cambios sinápticos y en las extensiones dendríticas de las células piramidales que disminuyen en número y tamaño; disminución en neurotransmisores y disminución del número de receptores sobre todo en enfermedades neurodegenerativas, existe

disminución del flujo sanguíneo cerebral y el consumo de oxígeno en arteriosclerosis, pero permanecen invariables en el envejecimiento en el paciente sano; las alteraciones en la memoria están dadas por cambios en los circuitos frontales-estriados que parecen estar involucrados en el proceso de memorización y la formación del recuerdo (Benavides-Caro, 2017).

El envejecimiento cerebral se produce por diversos cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios, que se traducen en cambios funcionales, de cuyo alcance depende el desarrollo o no de deterioro cognitivo. La plasticidad cerebral, junto con la redundancia de los distintos circuitos cerebrales, hace que, aun habiendo deterioro del cerebro a distintos niveles con el envejecimiento, estos no se traduzcan en pérdida de las capacidades funcionales del mismo (Espada, 2018).

4.1.7 Tipos de deterioro cognitivo

Según el grado de déficit que presente cada paciente en los distintos tests psicométricos que cuantifican las funciones cognitivas y de función en la vida diaria, se clasificará la enfermedad como deterioro cognitivo leve o demencia (leve, moderada o grave). Las características generales de los grados son las siguientes:

Deterioro cognitivo leve. Deterioro leve de la memoria y de algunas funciones cognitivas superiores; a menudo no se pueden objetivar, sin ninguna repercusión sobre la vida diaria del paciente.

Demencia leve. Se comienza a afectar la situación funcional del paciente, la persona suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas muy conocidas, se evidencian problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en su conducta (irritabilidad, mal humor).

Demencia moderada. Los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del paciente (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporoespacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etcétera). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria comienza a hacerse evidente y lentamente y de modo progresivo se afectan las actividades básicas de la vida diaria. La afectación de la conducta es frecuente, apareciendo agitación, agresividad, ansiedad o incluso depresión.

Demencia grave. La mayoría de las veces ya se hace imposible comunicarse con la persona no comprende lo que se le dice y lo que dice no tiene sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo, la persona es totalmente dependiente para realizar las actividades básicas de la vida diaria (Queralt, 2016).

4.1.8 Criterios para el diagnóstico del deterioro cognitivo

La demencia es un síndrome, cuyo diagnóstico es clínico, basado en la objetivación del deterioro de las funciones cognitivas respecto al estado previo del sujeto, mediante la exploración neuropsicológica. Esta exploración deberá ser suficientemente extensa como para registrar con seguridad dicho deterioro, seleccionando pruebas estandarizadas y puntuaciones de corte apropiados para la edad y el nivel de formación académica del paciente, teniendo en cuenta su actividad profesional.

I. Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas:
   - Atención/concentración
   - Praxias
   - Lenguaje
   - Funciones visoespaciales
   - Gnosias
   - Funciones ejecutivas
   - Memoria.

Esta alteración debe ser:

a) Adquirida, señalando un deterioro respecto a las capacidades previas del individuo.
b) Referida por el paciente o un informador fiable.
c) Objetivada en la exploración neuropsicológica.
d) De meses de duración y constatada en el paciente con un nivel de conciencia normal.

II. La alteración cognitiva sólo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria.

III. La alteración cognitiva no se asocia a trastornos del nivel de conciencia (Robles et al., 2018).

4.1.9 Causas del Deterioro Cognitivo.

Según el Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios, (2016). Existen varias causas que produce deterioro cognitivo entre las cuales se puede señalar las siguientes:

- Deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración.
- Consumo de alcohol u otras sustancias.
- Enfermedades cardiovasculares.
- El estrés psicosocial.

- Cambios psicológicos (Callata, 2019).

4.1.10 Tratamiento

Se ha comprobado que algunas estrategias y hábitos saludables, así como algunos tratamientos farmacológicos, pueden mejorar la aparición del deterioro cognitivo leve, e incluso retrasar el inicio de la demencia.

Tratamiento no farmacológico del deterioro cognitivo leve. Los tratamientos no farmacológicos engloban algunas medidas dirigidas a modificar el estilo de vida, se entiende por intervención multicomponente al conjunto de técnicas diferentes que se desarrollan realizando una planificación adecuada en base a la valoración cognitiva y en función de la historia de vida de la persona.

Algunas de las técnicas más usadas son las siguientes:

Estimulación cognitiva. Facilitación general y temática de operaciones cognitivas basadas en evocación, relación y procesamiento.

Entrenamiento cognitivo. Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas específicas.

Rehabilitación cognitiva. Aprendizaje o refuerzo de operaciones cognitivas altamente individualizado, dirigido a mantener o a recuperar capacidades funcionales o sociales relevantes para el enfermo.

Reminiscencia. Elaboración cognitiva y afectiva a partir de acontecimientos o experiencias del pasado remoto (acontecimientos vividos, hechos del pasado, canciones antiguas, etc.).

Musicoterapia. Una de las más eficaces y de las más recomendadas desde cualquier perspectiva, dado que trabaja a la vez áreas como la emocional, la comportamental y, por ende, todas las áreas cognitivas.

Apoyo y psicoterapia. De corriente cognitivo-conductual, tiene la capacidad de empoderar al paciente en procesos como la toma de decisiones, planificación del futuro, mejora en la autoestima y el autoconcepto, manejo emocional y afrontamiento al deterioro.

Intervenciones sensoriales. Utilización de estímulos dirigidos a los cinco sentidos, con la finalidad de favorecer las operaciones cognitivas o de mejorar la afectividad o la conducta.

Ejercicio físico. El ejercicio regular ayuda a potenciar la movilidad, trabajar la respiración y mejorar significativamente los patrones

cardiovasculares, evitando problemas de este tipo que pudieran hacer avanzar el deterioro.

Arte-terapia. Elaboración guiada de obras con valor artístico (pintura, teatro, etc.), adaptada a las posibilidades del paciente, dando prioridad al refuerzo afectivo.

Orientación a la realidad. Conjunto de técnicas mediante las cuales la persona toma conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal).

Nuevas tecnologías. Desarrollo y trabajo con programas de estimulación a través de ordenador, tabletas o videojuegos. Programas como Gradior, Smart Braino Imentia disponen de un apoyo empírico discreto, pendientes aún de demostrar efectividad plena en situaciones de deterioro cognitivo leve con estudios que los avalen.

Otras terapias. como la estimulación no invasiva del cerebro por medio de magnetoterapia transcraneal, han comenzado a aplicarse a personas con deterioro cognitivo leve y quejas subjetivas para determinar si previenen o retrasan la progresión a la enfermedad del Alzheimer (Arriola et al., 2017).

4.2 Capitulo II: Calidad de Vida

4.2.1 Definición

La calidad de vida consiste es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Posee aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico y social y con la comunidad, y la salud objetivamente percibida (Ardila, 2018).

La OMS sugiere la siguiente definición la “calidad de vida” como la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto multidimensional y complejo que incluye aspectos personales como salud, autonomía, independencia, satisfacción con la vida y aspectos ambientales como redes de apoyo y servicios sociales, entre otros. La calidad de vida resulta de una combinación de factores objetivos y subjetivos. Donde el aspecto objetivo depende del individuo (utilización y aprovechamiento de

sus potenciales: intelectual, emocional y creador) y de las circunstancias externas (estructura socioeconómica, sociopsicológica, cultural y política) que interactúan con él. El aspecto subjetivo viene dado por la mayor satisfacción del individuo, el grado de realización de sus aspiraciones personales y por la percepción que él o la población tenga de sus condiciones globales de vida, traduciéndose en sentimientos positivos o negativos (Robles et al., 2016).

4.2.2 Calidad de vida en el envejecimiento

El proceso de envejecimiento genera cambios importantes en el estilo de vida de la población y tiene repercusiones significativas en el volumen y distribución de la carga social de la enfermedad y en la calidad de vida. La OMS, manifiesta que la calidad de vida es la percepción del individuo sobre su posición en la vida dentro del contexto cultural y el sistema de valores en el que vive y con respecto a sus metas, expectativas, normas y preocupaciones. Es un concepto extenso y complejo que engloba la salud física, el proceso psicológico, el nivel de independencia, las relaciones sociales, las creencias personales y la relación con las características sobresalientes del entorno. Las necesidades, aspiraciones e ideales relacionados con una vida de calidad varían en función de la etapa evolutiva, es decir, que la percepción de satisfacción se ve influida por variables ligadas al factor edad. La calidad de vida en adultos mayores involucra la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida, en tanto, se puede expresar como la relación inversa entre calidad de vida y expectativa de incapacidad (a mayor calidad de vida menor discapacidad).

Aun después de los aspectos subjetivos y la gran variabilidad entre poblaciones, hay algunos factores que permanecen constantes, entre ellos el soporte social, como un elemento que favorece la calidad de vida independiente de la fuente de donde provenga. Se ha sugerido que la calidad de vida en general puede variar de acuerdo a la edad, el sexo, la condición de salud y la residencia; aunque los factores socioeconómicos y la escolaridad son elementos de importancia, aunque no del todo determinantes para la calidad de vida de los ancianos (Botero de Mejía y Pico Merchán, 2007).

Velandia (1994, como se citó en Vera, 2013) sugiere que la calidad de vida del adulto mayor 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.

4.2.3 Dimensiones de la calidad de vida

Al referirnos al termino calidad de vida, se menciona al bienestar óptimo de las dimensiones de salud bienestar psicológico, físico, social, bienestar intelectual o mental y espiritual, (Barrera, 2017) las clasifica en:

Bienestar Emocional. Se refiere a cómo está el individuo tanto a nivel cognitivo, emocional, estabilidad mental, satisfacción y auto concepto.

Relaciones Interpersonales. Es la relación del individuo con las demás personas, los roles desempeñados en la sociedad, esenciales en el desarrollo de las personas, lo cual nos permite mantener un apoyo y nos brinda oportunidades. Aquí se incluye las relaciones sociales; relaciones familiares; relaciones de pareja.

Bienestar Material. Mencionaremos como el individuo se encuentra en relación con lo material, es decir su vivienda en qué condiciones se encuentra, y si cuenta con todo lo necesario para su alimentación y el entorno social en el cual se desenvuelve, además si las posibilidades económicas con las que cuenta la persona son las adecuadas para su edad.

Desarrollo Personal. La percepción del individuo hacia sí mismo en todas las actividades realizadas es decir su autosatisfacción, en las actividades que realiza en el diario vivir, el desenvolverse en las diversas competencias, y desarrollarse en el potencial propio de cada una de las personas, se lo menciona en un constructo como la felicidad, satisfacción personal, además se centra en apreciaciones cognitivas, afectivas.

Bienestar Físico. Se relaciona con el estado físico, y se evidencia a la ausencia de enfermedad, la causa de la enfermedad y los respectivos tratamientos sometidos a la persona que padece la misma. Se refiere a las consecuencias de la salud producidas en el sujeto.

Autodeterminación. El individuo ha cumplido con las metas, propósitos personales, puede elegir por sí mismo lo que es indispensable para su vida, si su trabajo es acorde a sus afines y sus limitaciones hasta dónde puede llegar como persona.

Inclusión Social. Se refiere a la participación del individuo y de la integración en diferentes índoles como son grupos, reuniones, programas, fiestas en los cuales

interactúa con personas de su misma índole, sentirse útil ante las actividades que realiza la sociedad.

Derechos. Se menciona en este tipo de dimensión de la calidad de vida el conocimiento acerca de los derechos de la persona que debe cumplir en todos los ámbitos en los cuales se desarrolla, saber qué es lo que debe hacer y en qué cosas no se debe actuar, poder respetar los estatutos que son impuesto de acuerdo con la nación de la persona.

4.2.4 Estrategias para mejor la calidad de vida

La Organización Panamericana de la Salud, cuenta con una serie de estrategias para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores. Estas estrategias están basadas en una serie de principios y lineamientos de las Naciones Unidas donde se puede mencionar las siguientes:

- La independencia
- La participación
- El cuidado
- La autorrealización
- La dignidad

De la misma manera constan de cuatro áreas críticas que son:

- Colocar a la salud y las personas mayores en las políticas públicas.
- Lograr la idoneidad de los sistemas de salud para afrontar los retos asociados al envejecimiento de la población.
- La capacitación de recursos humanos, principalmente del personal de salud, los propios adultos mayores, y personas encargadas de su cuidado.
- Generar la información necesaria para lograr intervenciones con base a experiencias exitosas (Najdich y Malkin, 2015).

4.2.5 Calidad de vida relacionada con la salud

En el departamento de Antioquia múltiples estudios han indicado que las condiciones de salud de los adultos mayores son de extrema vulnerabilidad, dada la situación de violencia, desplazamiento, desintegración familiar, soledad, aislamiento, marginalidad social, bajos niveles económicos e insatisfacción de necesidades básicas; algunos autores consideran que la pérdida de la funcionalidad e independencia físico-social revisten la mayor importancia en esta etapa. Todo ello, tiene repercusiones significativas en el volumen y la distribución de la carga de la enfermedad y en la calidad de vida.

En los adultos mayores, la calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) incluye variables biológicas, psicológicas y sociales propias de esta etapa, especialmente la capacidad funcional, la dificultad para cuidar de sí mismos y las situaciones de dependencia que les impide disfrutar completamente de su vida social y familiar. Según las investigaciones desarrolladas que han empleado la escala de CVRS de la OMS se ha reportado como principales factores asociados a esta, la depresión, la estabilidad emocional, la satisfacción con el estado de salud, los ingresos y las actividades de ocio (Cardona-Arias et al., 2014).

Por lo cual las personas mayores necesitan mejorar su salud, requiere atención integral, cuidados y solidaridad entre las personas para vivir mucho tiempo con calidad, mediante la adopción de estilos de vida saludables y el estricto control de enfermedades que puedan afectarla. Por otra parte, es necesario mejorar su situación económica y asistencia social, fomentar su desarrollo personal e integración social, el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación, para lo cual es de vital importancia implementar políticas y programas públicos para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Issn, 2017).

4.2.6 Estilos de vida

Los estilos de vida, son un conjunto de comportamientos que desarrollan las personas que algunas veces son saludables y en otras son nocivos para la salud; entre los nocivos, se encuentran la actividad física, alimentación no saludable y el consumo de sustancia psicoactivas como el cigarrillo y el alcohol, constituyendo factores de riesgo para las enfermedades crónicas no transmisibles, como la hipertensión arterial, enfermedad coronaria, cerebrovascular, obesidad, diabetes tipo II y el cáncer. Es así que la dieta y el estilo de vida saludable desempeñan roles importantes, en los cuales propenden por un desarrollo armónico del ser humano, para elevar la calidad de vida (Rosa, 2018).

4.2.7 Estilos de vida saludable

Tener un estilo de vida saludable es fundamental para disfrutar de una buena salud y calidad de vida, pero se altera su ritmo cuando abusamos o padecemos dolencias por no ajustarnos y llevar una vida libre de riesgos.

De tal modo el estilo de vida saludable, es aquel en el que se mantiene una armonía y equilibrio en su dieta alimentaria, actividad o ejercicio físico, vida sexual sana, conducción segura, manejo del estrés, capacidad intelectual, recreación (sobre todo al aire libre) descanso, higiene, paz espiritual buenas relaciones interpersonales, así como también la relación con nuestro entorno entre otras (Villafuerte Reinante et al., 2017).

5 Metodología

5.1 Tipo de Investigación

La presente investigación fue de tipo correlacional y descriptivo porque se buscó una relación entre las dos variables y el impacto que cada una de ellas ejerce en la población, es decir como la variable dependiente deterioro cognitivo mantiene una influencia en la variable independiente calidad de vida, de la misma manera la presente investigación, se caracterizó por la veracidad de sus resultados, debido a la validez y confiablidad de los instrumentos que se utilizaron para dar cumplimiento a los objetivos planteados:

OBJETIVO GENERAL

Determinar el deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Saraguro.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Identificar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Cantón Saraguro, través del TEST MINI MENTAL STATE
- Conocer la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Saraguro, a través de la ESCALA GENCAT.
- Diseñar una propuesta de intervención en prevención de deterioro cognitivo para los adultos mayores del Cantón Saraguro.

5.2 Diseño y Enfoque

El tipo de diseño fue de corte transversal, los datos se recolectaron en dos semanas en los tres primeros días se recabo información en el Centro Gerontológico de Atención Diurna Gurudel y los siguientes días se realizaron visitas domiciliarias, lo cual se llevó acabo en diferentes horarios. La investigación tuvo un enfoque cuanti-cualitativo, cuantitativo ya que se utilizó para la recolección de datos mediante el número de adultos mayores pertenecientes al Cantón Saraguro y el análisis estadístico por medio de la tabulación de los resultados obtenidos. Así mismo fue cualitativa ya que se realizó un proceso inductivo, es decir que se exploró y describió el fenómeno en estudio en este caso mediante la identificación de los niveles de deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Cantón Saraguro.

5.2.1 Población y Muestra

La muestra estuvo conformada por 90 adultos Mayores del Cantón Saraguro, 35 se encuentran ingresados en el Centro Gerontológico de Atención Diurna, 25 se encuentran en etapa preparatoria para posterior ingreso al centro diurno, 30 adultos mayores, se encuentran

en las parroquias del Cantón Saraguro, a los cuales se les realizó visitas domiciliarias por parte de Ministerio de Salud Pública MIES y otras instituciones que trabajan por el bienestar y desarrollo del adulto mayor, la población estuvo conformada por 33 hombres y 57 mujeres entre edades de 65 a 90 años.

5.3 Procedimiento.

En la presente investigación se llevó acabo lo siguiente:

- Se explicó sobre el consentimiento informado de forma individual a cada uno de los participantes para que puedan evidenciar que la presente investigación no conlleva ningún riesgo tanto para salud ni su integridad, y posteriormente el adulto mayor procedió a firmar o poner huella.
- Se aplicó una ficha socio demográfica a todos los participantes, que abarcan datos personales e importantes tales como: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación, entre otros, lo cual contribuye para analizar y corroborar los resultados de la investigación.
- Se realizó la aplicación de los tests para la obtención de resultados de las variables anteriormente planteadas primero se aplicó el test Mini Examen Cognoscitivo (MEC) a la población de adultos mayores que asistieron al Centro Gerontológico de Atención Diurno Gurudel, de la misma manera se realizó visitas domiciliarias con el fin de dar cumplimiento con la aplicación de los reactivos a todos los usuarios, con dicho test se evaluó el deterioro cognitivo, el cual tuvo una duración de 8 minutos, así dando cumplimiento a nuestra variable dependiente, continuando con la aplicación de la Escala Gencat a la misma población y de la misma manera, para medir la calidad de vida, se aplicó en un lapso de tiempo de 15 a 20 minutos para así poder dar cumplimiento con la variable independiente.

5.4 Técnicas e Instrumentos

5.4.1 Técnicas

La técnica que se utilizarse fue una entrevista, observación y aplicación de reactivos o test psicológicos.

5.4.2 Instrumentos

Consentimiento informado. Para llevar a cabo la presente investigación se procederá a aplicar un consentimiento informado donde el adulto mayor confirma voluntariamente su deseo de participar en el estudio del cual ha sido informado sobre todos los aspectos que se investigaran.

Ficha sociodemográfica. Permitirá obtener información personal especifica como edad, etnia, sexo, y características de su calidad de vida y deterioro cognitivo que nos servirá para analizar y corroborar los resultados de la investigación, y poder dar cumplimiento a nuestro primer objetivo planteado.

Mini examen cognoscitivo (Mini mental).

Autores. Folstein, Folstein y McHugh, fueron los creadores en 1975, se la realizó con el objetivo de poseer una prueba fácil que sea de aplicación corta para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos, esta es una prueba muy utilizada para la detección de enfermedades neuropsiquiatras, la misma que se utiliza en estudios clínicos y en la detección de patologías en este caso demencias.

Evalúa:

- La detección de trastornos cognitivos
- N. de ítems: 35 preguntas

Descripción. Se encarga de evaluar el estado mental y nos permite observar cómo va progresando en el estado cognitivo, se evalúa en las áreas como: orientación en el espacio en el tiempo, codificación, atención y concentración, recuerdo, lenguaje y construcción visual.

Interpretación. El punto de corte sugestivo de demencia es 23/24 para personas de 65 años o más y de 27/28 para menores de 65 años. (35 - 30 Normal; 29 - 25 Discreto déficit; pueden ser ocasionados por una enfermedad depresiva o muy bajo nivel cultural; 20 - 24 Deterioro cognitivo leve; 15 - 19 Deterioro cognitivo moderado; muy sugestivo de demencia clara; 0 - 14 Deterioro cognitivo grave).

Validez. Se puede observar correlaciones con diferentes medidas de inteligencia, memoria y otros aspectos cognitivos, y esto se le puede aplicar en una gran variedad de población, este test mantiene una excelente correlación con diferentes medidas como son la valoración clínica de un experto, la valoración de enfermería, con niveles de necesidades, también se ha encontrado correlación de la escala con daños biológicos identificados mediante tomografía computarizada, resonancia magnética.

Fiabilidad. La consistencia interna que se presenta en el test oscila entre 0.82-0.84. Su fiabilidad interjueces es de 0.83 esto es en pacientes que presentan demencia, de 0.95 en pacientes que presentan diferentes trastornos neurológicos,

y de 0.84-0.99 en adultos mayores que se encuentran en régimen de residencia. Posteriormente en sus coeficientes de correlación intra -clase está entre 0.69 y 0.78 en adultos mayores en 35 régimen de residencia. En el nivel de acuerdo interjueces llega al Kappa = 0,97 para 5 evaluadores. Su fiabilidad test- retest -entre un día y nueve semanas- alcanza índices comprendidos entre 0.75 y 0.94 en pacientes con demencias; 0.56 en pacientes con delirios; y 0.60-0.74 en pacientes con esquizofrenia. Como era de esperar la fiabilidad declina con el paso del tiempo, sobre todo en personas mayores y con trastornos.

GENCAT: Escala de Calidad de Vida.

Autores. Miguel Ángel Verdugo Alonso, Benito Arias Martínez, Laura E. Gómez Sánchez y Robert L. Schalock.

- Evalúa: El índice de calidad de vida de una persona.
- N. de ítems: 69

Descripción. Se realiza una evaluación objetiva de la Calidad de vida (bienestar emocional, bienestar físico, bienestar material, relaciones interpersonales, inclusión social, desarrollo personal, autodeterminación y derechos).

Interpretación. La puntuación directa total en cada sub escala o dimensión se han de sumar las respuestas (1-2-3-4) de cada uno de los ítems que las componen.

Validez. Esta escala cuenta con varios tipos de validez de contenido, validez convergente, validez discriminante, validez nomológica y validez de constructo.

Fiabilidad. El coeficiente de consistencia interna obtenido para el total de la escala fue de ,916. En cinco de las dimensiones la consistencia interna se consideró apropiada estas son (Autodeterminación, Bienestar emocional, Desarrollo personal, Derechos y Relaciones interpersonales), mientras tanto se puede observar que la más baja fue en (Inclusión social, Bienestar material y Bienestar físico).

5.4.3 Procesamiento de datos y análisis estadístico

Al finalizar el proceso de recolección de datos, se verifico el correcto llenado de los mismos, luego se procedió a elaborar una matriz de datos en el programa Excel, donde se ingresó toda la información obtenida, seguidamente la matriz elaborada en Excel, fue exportada

al programa estadístico SPSS, donde se hicieron algunos ajustes necesarios y luego se procedió al análisis estadístico correspondiente, teniendo en cuenta la secuencia de los objetivos y el diseño del estudio, a su vez se elaboraron tablas de doble entrada teniendo en consideración las variables estudiadas el cual se aplicó para determinar la relación que existe entre ambas variables, se hizo uso de la prueba no paramétrica Chi-cuadrado.

6 Resultados

A continuación, se presentará los respectivos resultados que se obtuvo de la aplicación de los reactivos a los adultos mayores del Cantón Saraguro. El reactivo psicológico que se aplicó para determinar si el adulto mayor presenta algún deterioro cognitivo fue el MINI MENTAL, además se aplicó la escala GENCAT, la cual permite conocer la calidad de vida predominante en el adulto mayor.

6.1 Mini Examen Cognoscitivo MINI MENTAL

Este mini examen cognoscitivo está conformado por un total de 11 dimensiones que se califican con puntajes de 0, 1, 2 y 3, dependiendo de la pregunta a la que se responde. Los puntos de corte ocupados en esta investigación se corresponden a: 27 - 30 normal; 24 - 26 sospecha patológica; 12 - 23 deterioro; y 9 - 11 para demencia.

Tabla 1
Nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Normal	17	18,9%
Sospecha Patológica	13	14,4%
Deterioro leve	59	65,6%
Demencia	1	1,1%
Total	90	100,0%

Fuente: *Mini examen cognoscitivo (Mini mental)*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 1, se puede evidenciar que, de 90 personas adultas mayores, que son el 100% de la población investigada, 65,6% de los participantes presentan un deterioro cognitivo leve, 18,9% se encuentran normales, sin presentar ninguna alteración o deterioro de sus funciones cognoscitiva, 14,4%, de los participantes presentan sospecha patológica, mientras que 1,1% de los participantes presentan demencia, del total de la población investigada.

Tabla 2
Presencia o Ausencia de Deterioro Cognitivo

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
No hay deterioro	17	18,9%
Si hay deterioro	73	81,1%
Total	90	100,0%

Fuente: *Mini examen cognoscitivo (Mini mental)*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 2, se puede evidenciar que, de 90 participantes, el 81,1% si presentan deterioro lo cual, se consideró la sospecha patológica, deterioro leve y la demencia, mientras que el 18,9% restante no presenta algún tipo de deterioro cognitivo.

6.2 GENCAT Escala de Calidad de vida

La calidad de vida es evaluada a través de 69 ítems distribuidos en ocho subescalas que se corresponden con las dimensiones del modelo de calidad de vida: Bienestar emocional, Relaciones interpersonales, Bienestar material, Desarrollo personal, Bienestar físico, Autodeterminación, Inclusión social y Derechos. Todos se responden utilizando una escala de frecuencia de cuatro opciones: nunca o casi nunca, a veces, frecuentemente y siempre o casi siempre.

Tabla 3
Índice de Calidad de Vida

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Idónea	88	97,8%
Regular	2	2,2%
Baja	0	0%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

El índice de calidad de vida se obtuvo mediante la sumatoria de las puntuaciones obtenidas dentro de la escala, dando como puntos de corte lo siguiente: 0 – 78 Índice Bajo; 79 – 182 Índice Regular; y 183 – 276 Índice Idóneo. Los resultados que son reflejados en la Tabla 3, evidencian que la mayor cantidad de adultos mayores que participaron en esta investigación mantienen una calidad de vida idónea, con un total del 97,8%, mientras que la población restante, es decir, el 2,2% mantienen una calidad de vida regular.

Tabla 4
Dimensión 1: Bienestar Emocional

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	0	0%
Frecuentemente	60	66,7%
Siempre o Casi Siempre	30	33,3%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 4, se puede evidenciar que, en la calidad de vida de los adultos mayores, en la dimensión de bienestar emocional, el 66,7%, presentan frecuentemente un buen bienestar emocional, mientras que 33,3% de los participantes, presentan siempre o casi siempre un buen bienestar emocional, del total de la población investigada.

Tabla 5
Dimensión 2: Relaciones Interpersonales

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	0	0%
Frecuentemente	77	85,6%
Siempre o Casi Siempre	13	14,4%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 5, se puede evidenciar que, en la calidad de vida de los adultos mayores en la dimensión de relaciones interpersonales, el 85,6%, de los participantes, presentan frecuentemente buenas relaciones interpersonales, mientras que el, 14,4% de los participantes, presentan siempre o casi siempre buenas relaciones interpersonales del total de la población investigada.

Tabla 6
Dimensión 3: Bienestar Material

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	1	1,1%
Frecuentemente	61	67,8%
Siempre o Casi Siempre	28	31,1%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 6, se puede evidenciar que, en la calidad de vida de los adultos mayores en la dimensión de bienestar material, el 67,8% de los participantes frecuentemente se encuentran satisfechos con su bienestar material, el 31,1% presentan siempre o casi siempre un buen bienestar material, mientras que el 1,1% de los participantes, presentan algunas veces estar satisfecho, con su bienestar material, del total de la población investigada.

Tabla 7
Dimensión 4: Desarrollo Personal

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	1	1,1%
Frecuentemente	78	86,7%
Siempre o Casi Siempre	11	12,2%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 7, se puede evidenciar que, en la calidad de vida de los adultos mayores, en la dimensión de desarrollo personal el, 86,7% de los participantes frecuentemente se encuentran satisfechos con su desarrollo personal, el 12,2% de los participantes, presentan siempre o casi siempre un buen desarrollo personal, mientras que el, 1,1% de los participantes, presentan algunas veces estar satisfecho con su desarrollo personal, del total de la población investigada.

Tabla 8
Dimensión 5: Bienestar Físico

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	0	0%
Frecuentemente	81	90,0%
Siempre o Casi Siempre	9	10,0%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 8, se puede evidenciar que, en la calidad de vida de los adultos mayores en la dimensión de bienestar físico, el 90% de los participantes, presentan frecuentemente un buen desarrollo físico, mientras el 10% de los participantes, presentan siempre o casi siempre un bienestar físico, del total de la población investigada.

Tabla 9
Dimensión 6: Autodeterminación

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	0	0%
Frecuentemente	8	8,9%
Siempre o Casi Siempre	82	91,1%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 9, se puede evidenciar, que, en la calidad de vida de los adultos mayores en la dimensión de autodeterminación, el 91,1% de los participantes, presentan siempre o casi siempre una autodeterminación, mientras que el, 8,9%, de los participantes presentan frecuentemente autodeterminación, del total de la población investigada.

Tabla 10
Dimensión 7: Inclusión Social

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	0	0%
Frecuentemente	80	88,9%
Siempre o Casi Siempre	10	11,1%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 10, se puede evidenciar que, en la calidad de vida de los adultos mayores en la dimensión de inclusión social, el 88, 9%, de los participantes presentan frecuentemente una inclusión social, mientras que el, 11,1% de los participantes, presentan siempre o casi siempre una inclusión social, del total de la población investigada.

Tabla 11
Dimensión 8: Derechos

Categoría	Frecuencia	Porcentaje
Nunca o Casi Nunca	0	0%
Algunas Veces	0	0%
Frecuentemente	3	3,3%
Siempre o Casi Siempre	87	96,7%
Total	90	100,0%

Fuente: *GENCAT Escala de Calidad de vida*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la tabla 11, se puede evidenciar que, en la calidad de vida de los adultos mayores en la dimensión de derechos, el 96,7% de los participantes, presentan siempre o casi siempre sus derechos adecuados, mientras que el, 3,3% de los participantes presentan frecuentemente sus derechos adecuados, del total de la población investigada.

6.3 Deterioro Cognitivo y su Influencia en la Calidad de vida de los Adultos Mayores

Tabla 12
Deterioro Cognitivo e Índice de Calidad de Vida

			Índice de la Calidad de Vida		Total
			Idónea	Regular	
Deterioro Cognitivo	No hay deterioro	Recuento	17	0	17
		% dentro de Deterioro Cognitivo	100,0%	0,0%	100,0%
		% dentro de Índice de la Calidad de Vida	19,3%	0,0%	18,9%
	Si hay deterioro	Recuento	71	2	73
		% dentro de Deterioro Cognitivo	97,3%	2,7%	100,0%
		% dentro de Índice de la Calidad de Vida	80,7%	100,0%	81,1%
Total		Recuento	88	2	90
		% dentro de Deterioro Cognitivo	97,8%	2,2%	100,0%
		% dentro de Índice de la Calidad de Vida	100,0%	100,0%	100,0%

Fuente: *Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales - SPSS*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

En la Tabla 12 se muestra el deterioro cognitivo existente en los adultos mayores encuestados, comparado con la calidad de vida que presentan, dando como resultado que: de los participantes que no presentaron algún nivel de deterioro cognitivo (17 casos), el 100% presentan un índice de calidad de vida idónea. En cambio, dentro de los participantes en los que se presentó el deterioro cognitivo (71 casos), el 97,3% presenta un índice de calidad de vida idónea, mientras que el 2,7% restante presenta un índice de calidad de vida regular.

En resumen, se puede evidenciar que, dentro de los participantes que presentan deterioro cognitivo, la mayoría puntúa positivamente para una buena calidad de vida; mientras que, aquellos que presentan una buena capacidad cognitiva, no presentan irregularidades respecto a su calidad de vida.

Tabla 13
Pruebas de Chi-Cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)	Significación exacta (bilateral)	Significación exacta (unilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,476[a]	1	0,490		
Corrección de continuidad[b]	0,000	1	1,000		
Razón de verosimilitud	0,848	1	0,357		
Prueba exacta de Fisher				1,000	0,656
Asociación lineal por lineal	0,471	1	0,493		
N de casos válidos	90				

Fuente: *Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales - SPSS*
Elaborado por: *Jessica Silvana Álvarez Abad*

Como el valor de significancia es mayor al valor Alfa (0,490 > 0,05), se acepta la hipótesis nula que rechaza la asociación entre las variables, es decir que, el deterioro cognitivo no está significativamente relacionada con la calidad de vida, a un nivel de 95% de confiabilidad.

6.4 Plan de Intervención

6.4.1 Título

Plan de intervención para el deterioro cognitivo a los adultos mayores.

6.4.2 Presentación

El presente plan de intervención en prevención psicoterapéutica, se basa en un enfoque Cognitivo, Conductual, centrado en el aquí y ahora, pretende llevar al paciente hacia la conducta adecuada, normal y deseada por medio de procesos de aprendizaje, el cual centra sus técnicas en la estimulación cognitiva, (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias) de las personas que presentan deterioro cognitivo, mejorando así la situación en todas las esferas de la persona y por ende su calidad de vida, tratando de conseguir la mayor independencia y disminuyendo así, el riesgo a que este deterioro empeore.

Por lo cual es necesario la formulación de objetivos psicoterapéuticos, estructuración de las sesiones y el establecimiento de las técnicas que le apoyarán en la intervención psicoterapéutica.

6.4.3 Justificación

El presente plan de intervención es diseñado a partir de los resultados y las necesidades encontradas durante la presente investigación, con la finalidad de intervenir y disminuir el progreso del deterioro cognitivo, por lo cual es de vital importancia, la psicoestimulación cognitiva en personas adultas mayores y la necesidad de hacer uso de intervenciones no farmacológicas en la población longeva.

Las personas mayores tienen un riesgo elevado de padecer alguna enfermedad que repercuta en el estado de su cognición, y este riesgo aumenta cuando las condiciones ambientales son poco estimuladas, por lo cual se requiere de la estimulación de las funciones cognitivas para prevenir el deterioro de estas funciones, y de tal modo aumentar su bienestar y mejoramiento de la vida de la persona de edad avanzada.

6.4.4 Objetivo General

Ofrecer a los pacientes adultos mayores herramientas que les faciliten mantener las habilidades intelectuales (atención, memoria, praxias, funciones ejecutivas, cálculo) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de preservar su autonomía.

6.4.5 Objetivos Específicos

- Crear un entorno rico en estímulos que facilite el razonamiento y la actividad motora.
- Proporcionar información sistematizada y repetitiva básica a personas desorientadas o confusas, respecto a orientación en el tiempo (temporal), en el espacio y respecto a las personas.
- Estimular la comunicación y la interacción, mejorando las relaciones interpersonales de los sujetos.

6.4.6 Fases del Plan de Intervención

Primera Fase: Encuadre

Se procederá a informar al paciente sobre la importancia de recibir atención psicológica, manifestando las ventajas en su calidad de vida. En el encuadre básico el terapeuta hace un convenio con el paciente, en cuanto a tipo de terapia, la duración de la misma, así como también se habla sobre los límites del terapeuta – paciente, los logros que se alcanzan, el sentido de la confidencialidad, además de establecer los objetivos de la terapia y compromisos por parte del terapeuta como del paciente.

Luego en las primeras sesiones se trabaja con el rapport en el sentido de garantizar una relación en sintonía con el paciente dentro de los marcos de confidencialidad.

Además, se debería tomar en cuenta algunas sugerencias que faciliten la relación psicoterapéutica:

1) Crear un clima agradable.
2) Tomar conciencia del sufrimiento del paciente y expresar empatía.
3) Demostrar experiencia.
4) Establecer la guía y dirección del cliente.
5) Equilibrar los roles en el proceso de terapia.

La actitud del terapeuta debe ser comprensiva, respetuosa, cordial y de aceptación, cuidando los detalles en la gesticulación, posturas, signos de tranquilidad.

Segunda Fase: Diagnóstico

Mediante la aplicación de reactivos psicológicos, los mismos que permitirán evaluar y diagnosticar sintomatología, de los adultos mayores que presentaron deterioro cognitivo, así detallando las diferentes situaciones personales, tales como problemas con la memoria, la planificación, concentración, el seguimiento de instrucciones o la toma de decisiones que se han presentado en la vida de cada paciente y así se obtuvo un diagnóstico y de esta manera se

planifica un proceso psicoterapéutico de acuerdo a las necesidades de los adultos mayores investigados.

Tercera Fase: Planificación De Sesiones

Para la ejecución del plan de intervención psicoterapéutico en adultos mayores con deterioro cognitivo, se emplearán las técnicas más propicias para desaparecer las quejas y alcanzar las demandas, es decir, se deberán elegir aquellas que faciliten la retroalimentación de aquellas conductas establecidas como metas a conseguir. Para ello, es necesario identificar aquellas a tratar y el orden en el que se efectuará la intervención de las mismas.

La intervención, generalmente consta de 6 a 10 sesiones, la cual se trabajará de manera grupal realizadas una vez por semana, y en casos especiales se plantea realizarlas dos veces por semana durante un periodo de 1 o 2 semanas. Al finalizar la intervención, se realizará 4 o 5 sesiones de apoyo durante todo el año, para reforzar lo aprendido.

En cada una de las sesiones los pacientes deberán realizar tareas, con la finalidad de ir evaluando sus cogniciones. Posteriormente antes de iniciar la próxima sesión se evaluarán las tareas con la finalidad de que el paciente se dé cuenta que sus habilidades van progresando y además descubra la utilidad de cada sesión terapéutica.

Cuarta Fase: Intervención

Luego de haber desarrollado la planificación de sesiones se pretende la ejecución del presente Plan de Intervención Psicoterapéutico propuesto, dado que es necesario para los adultos mayores, con deterioro cognitivo, incrementar la actividad de las habilidades cognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, razonamiento y praxias) que intenta mantener las habilidades intelectuales (memoria, orientación, atención, cálculo, funciones ejecutivas, praxias) conservadas el máximo tiempo posible con la finalidad de restaurar la autonomía.

Sesión N°1
Técnica: Psicoeducación
Objetivo: Informar, orientar y ayudar a identificar con mayor entendimiento y claridad el problema para enfocarse adecuadamente, en forma conjunta, su resolución o tratamiento y favorecer, por ende, una mejora en la calidad de vida.
Duración: Dos encuentros terapéuticos (60-90 minutos)

Saludo Y Presentación.

Actividad De Inicio: se realizará una dinámica (Quién es quién)

En este juego se debe formar un grupo de personas y taparle los ojos a una de ellas con ayuda de una venda. Cuando el jugador elegido tenga los ojos tapados, uno de los participantes del grupo deberá decir una palabra relacionada con esa persona para que el adulto mayor con la venda adivine quien es. En caso de que el adulto mayor no consiga acertar sobre qué persona se trata, el resto de los integrantes tendrán que decir más pistas hasta que este logre adivinarlo**.**

Procedimiento: Se trata de concientizar a los adultos mayores sobre el deterioro cognitivo y sus implicaciones en su vida cotidiana, es decir se proporcionar información, explicando una determinada situación de modo coherente, precisa, sencilla, presentando al paciente los elementos necesarios para la comprensión del tema, estimulando conductas adecuadas para afrontar el problema.

Los contenidos Psico-educacionales deben centrarse en:

1) El diagnóstico y sus implicancias.
2) La necesidad de realizar un tratamiento integral.
3) El fundamento del tratamiento psicofarmacológico.
4) La importancia de seguir el tratamiento.
5) La definición del objetivo final del tratamiento en relación con la calidad de vida.

Cierre: Se realiza una retroalimentación de lo antes mencionado y se realiza preguntas a los adultos mayores del tema tratado.

Sesión N°2
Técnica: Orientación a la Realidad
Objetivo: Orientar a la realidad disminuyendo las situaciones de desorientación y la ansiedad que puede aparecer.
Duración: Dos encuentros terapéuticos (60-90 minutos) dependerá de las necesidades de cada paciente.
Saludo Y Presentación. **Actividad De Inicio:** se empieza con un juego (Simón dice) Este juego es ideal para ejercitar los reflejos y la memoria. Primero se debe designar a una persona entre los jugadores para que sea Simón. La persona que sea escogida indicará una acción que puede comenzar o no comenzar con "Simón dice…" y dependiendo de esto, los oyentes verán si la realizan. Un ejemplo: "Simón dice salta", y todos deben saltar, pero si sólo dice "salta", ninguno debe saltar o quedarán eliminados.

Procedimiento: Para iniciar con la ejecución de la presente técnica se realiza lo siguiente: • Identificación: ¿Quiénes estamos?, ¿quiénes faltan? El nombre de cada uno de nosotros. • Orientación temporal: ¿Qué día de la semana es hoy?, fecha, mañana o tarde y relacionarlo con las actividades propias del momento, si hay alguna festividad cercana, etc. • Orientación espacial: ¿Dónde nos encontramos?, la sala, el piso, el centro, el pueblo. **Cierre:** Retroalimentación, se realizan preguntas como la fecha, la hora, en qué lugar se encuentran, se envía tarea que en un calendario todos los días señalen que fecha es.
Material Utilizado: Carteles y calendarios**.**
Responsables: Psicóloga o Psicólogo y psicoterapeuta del centro.
Materiales: Venda, computadora, infocus**.**

Sesión N°3
Técnica: Orientación a la Realidad
Objetivo: Fomentar las habilidades sociales, la comunicación, la interacción o de escucha de las opiniones de los otros y de las propias.
Duración: Dos encuentros terapéuticos (60-90 minutos) dependerá de las necesidades de cada paciente.
Saludo **Actividad De Inicio:** Se iniciará con una dinámica (Palabras encadenadas). Esta dinámica puede realizarse en parejas o en grupos de como máximo 5 personas. La misma consiste en decir o escribir palabras donde la última sílaba de una palabra concuerde con el comienzo de la siguiente para así formar una especie de cadena. Por ejemplo: ta-za, za-pa-to, to-ma-te, te-ne-dor, dor-mi-to-rio, y así sucesivamente hasta que se decida finalizar el juego. **Procedimiento:** Para iniciar con la ejecución de la presente técnica se realiza lo siguiente: • Acontecimientos diarios, cotidianos. • Ejercicios/ tareas de carácter lúdico relativos a funciones cognitivas: como son la orientación, la atención, la retención y la estimulación. • Orientación espacial: Recuerdo. • Orientación temporal: Recuerdo. Así mismo, se utilizarán ciertos recursos como la historia de vida, datos importantes de la persona o repaso del tiempo o reminiscencias (reactivar el pasado y mantener la identidad). **Cierre:** se les envía una tarea a los adultos mayores que recuerden como fue su primer noviazgo.
Material Utilizado: Periódico, revistas, diarios personales.
Responsables: Psicóloga o, Psicólogo, psicoterapeuta del centro.

SESIÓN N°4
Técnica: Reminiscencia
Objetivo: Estimular la memoria episódica autobiográfica, la atención, el lenguaje expresivo y comprensivo.
Duración: Dos encuentros terapéuticos (60-90 minutos) dependerá de las necesidades de cada paciente.
Saludo Y Presentación **Actividad De Inicio:** se realiza la siguiente dinámica (Determinar nombre de canción y artista) Debemos tomar las canciones más escuchadas del tiempo en el que las personas mayores eran jóvenes. Acto seguido, le daremos al play a alguna de esa canción durante un corto tiempo. En total, pondremos 10 canciones para este juego. Los participantes, mencionaran el nombre de esa canción que cree que ha escuchado junto con el artista que la canta. El ganador del juego saldrá de la persona que haya conseguido más aciertos. **Procedimiento:** Se usan fotografías, videos, música, sonidos, cualquier elemento que estimule los sentidos o se invita de forma directa a la persona adulta mayor a que evoque oralmente momentos de su pasado. • **Se trabaja con la memoria episódica** (recuerdos personales y específicos como el nacimiento de los hijos, viajes, trabajos…) • **Memoria semántica** (datos históricos relevantes sobre los que hablar). Temas para trabajar la reminiscencia pueden ser: • Infancia, hogar y familia. • Vida laboral, trabajos. • Cómo se arreglaban para salir, modas, tipos de trajes, películas. • Bodas, luna de miel. • Excursiones y vacaciones. **Cierre:** como actividad de cierre se les pide a los adultos mayores que canten una canción de su agrado.
Material utilizado: videos, fotografías, sonios y música.
Responsables: Psicóloga o Psicólogo y psicoterapeuta del centro.

SESIÓN N°5
Técnica: Estimulación Cognitiva
Objetivo: Ejecución de ejercicios para mejorar las funciones como la memoria, el lenguaje o la orientación.
Duración: Cuatro encuentros terapéuticos (60-90 minutos) dependerá de las necesidades de los pacientes.
Saludo **Actividad De Inicio:** Los adultos mayores empezarán formando Rompecabezas, ya que les permite mejorar su habilidad de concentración, además de la observación, intuición y las funciones cognitivas como la memoria y la atención. En este juego deberán formar una imagen con ayuda de una gran cantidad de piezas, las cuales deben ir colocadas en una posición en concreto para poder formar la imagen original. **Procedimiento:** Para iniciar con la ejecución de la presente técnica se realiza lo siguiente: Se realiza la formación de los grupos, se recomienda que lo formen de 2 a 4 adultos mayores, para facilitar la intervención, cada uno de los grupos se diferenciarán sólo en la hora de aplicación del tratamiento. Pueden distribuirse los(as) participantes en función de su edad, sexo, puntaje obtenido en el Mini Examen Cognoscitivo. Seguidamente se realizan las siguientes actividades: –Leer – Memorizar refranes – Ordenar frases – Identificar palabras en sopa de letras – Armar puzzles – Localizar palabras en un texto – Realizar ejercicios de repetición Una vez concluido con todos los encuentros terapéuticos se administra por segunda vez el Mini Examen Cognoscitivo con el objetivo de evaluar el grado de funcionalidad de la técnica aplicado. **Cierre:** Se envía a los adultos mayores a recordar algunos refranes.
Material Utilizado: Tableros, números, figuras geométricas, láminas de imágenes, cuadernos de ejercicios, revistas.
Responsables: Psicóloga o Psicólogo y psicoterapeuta responsables del centro.

SESIÓN N°6
Técnica: Actividades artísticas
Objetivo: El objetivo de esta técnica es facilitar la evocación de información importante a través de intervalos de tiempo progresivamente más largos.
Duración: dos encuentros terapéuticos (60-90 minutos) dependerá de las necesidades de cada paciente.
Saludo: **Actividad De Inicio:** se empieza con el juego «¿Qué falta aquí?» Se debe presentan imágenes a los adultos mayores, muy familiares en las que no falta ningún detalle, se le pide al adulto que las mire atentamente, y haga una descripción detallada de cada objeto que ve. Posteriormente, se vuelven a presentar esas mismas imágenes, pero en las que falta un elemento importante, que hay que identificar. Con este tipo de ejercicios de estimulación se trabaja la atención, la memoria visual, la capacidad de asociación y la expresión oral, entre otros aspectos. **Procedimiento:** Se trata de hacer recordar al paciente una determinada información en intervalos de tiempo cada vez más largos (5, 20, 30 segundos). Cuando se presenta un fallo en la recuperación de la información, se lleva al intervalo de tiempo anterior en que se logró el recuerdo. Este método se relaciona con la memoria implícita. La mayoría de las intervenciones, que han utilizado esta técnica de recuperación espaciada, han encontrado una mejoría en el aprendizaje de nombres de objetos, asociaciones de nombre-cara y objeto-lugar. **Cierre:** se realiza un juego de baile**.**
Material Utilizado: imágenes, frases cortas.
Responsables: Psicóloga o Psicólogo responsable del centro, psicoterapeuta.

Quinta Fase: Seguimiento

Una vez terminada la intervención, se sugieren sesiones posteriores de seguimiento, las cuales consisten en contactos esporádicos del terapeuta con el paciente durante determinado tiempo, con la finalidad de comprobar si los resultados del tratamiento se mantienen, han mejorado o existe la presencia de progreso. En este tiempo de seguimiento se analiza si el paciente suele utilizar las estrategias y técnicas aprendidas durante la terapia, para poder evaluar si los resultados del tratamiento se mantienen o incluso mejoran; si esto se cumple, entonces se puede decir que la intervención clínica ha finalizado con éxito y que se han cubierto los objetivos terapéuticos planeados. En caso de que el paciente tenga recaídas, se le vuelve a

inducir al tratamiento para reafirmar el objetivo terapéutico mediante las técnicas empleadas, o para tratar nuevas demandas.

7 Discusión

El estudio de investigación fue realizado con una muestra de 90 adultos mayores a partir 65 años, en donde se tuvo como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor del Cantón Saraguro.

En relación con los Niveles de Deterioro Cognitivo se encontró que él, 65,6% presenta deterioro cognitivo leve; el 18,9% presentó normalidad; el 14,4% presentó sospechas patológicas y él; 1,1% presentó demencia, dando a entender que el nivel más presentado es el Leve. Estos resultados difieren con los hallazgos de, (Barrera, 2017) quien en su investigación titulada "Deterioro Cognitivo y su influencia en la Calidad de Vida del adulto mayor" encontró que el 51% de su población presentó un discreto déficit; 29% presentó deterioro cognitivo leve; 17% deterioro cognitivo moderado y 3% normal; siendo el nivel denominado como "Déficit Discreto" el más presentado.

Mientras que, refiriéndonos al Deterioro Cognitivo en general, en esta investigación se determinó que el 81,1% presenta deterioro cognitivo, mientras que el 18,9% no la presenta. Comparando resultados con los de ciertos autores, encontramos que, Capote, (2016). Evidenció en su estudio que un 83% de su población no tiene un deterioro cognitivo, mientras que el 17% si lo presenta; por otro lado, Gonzales, (2014). Refirió que en sus resultados se mostró que un 79% no tiene déficit cognitivo y un 21% si tiene déficit cognitivo.

En relación a la variable calidad de vida del Adulto Mayor del Cantón Saraguro, se encontró que el 97,8% presentó una calidad de vida idónea, el 2,2% calidad de vida regular; coincidiendo con los resultados de, Vargas, (2019). Quien en su investigación titulada calidad de vida en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor de la municipalidad de san juan de Miraflores encontró que, la calidad de vida de los adultos mayores es regular en un 60%, calidad de vida mala en un 20.0 % y calidad de vida buena que corresponde al 20.0%.

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida del Adulto mayor, dentro de esta investigación se concluye que: dentro de la D. Bienestar Emocional, el 66,7% la presentaron con regularidad; dentro de la D. Relaciones Interpersonales, el 85,6% la presentaron de forma frecuente; dentro de la D. Bienestar Material, el 67,8% la presentan frecuentemente; dentro de la D. Desarrollo Personal, el 86,7% la presentaron frecuentemente; dentro de la D. Bienestar Físico, el 90% la presentan frecuentemente; dentro de la D. Autodeterminación, el 91,1% la presentan siempre o casi siempre; dentro de la D. Inclusión Social, el 88,9% la presentan frecuentemente; y para finalizar, dentro de la D. Derechos, el 96,7% la presentan siempre o casi siempre.

Los resultados difieren con la investigación realizada por, Chuquipul, (2018). Con su tema denominado: Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida del adulto mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, en donde el 74% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida baja en la dimensión función física y un 22% calidad de vida promedio; el 100% presentaron una calidad de vida muy bajo en la dimensión rol físico; el 80% presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión dolor corporal y un 14% calidad de vida alta; el 60% presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión salud general y un 32% calidad de vida alta; el 86% presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión vitalidad y un 3% calidad de vida baja; el 70% presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión función social y el 18% calidad de vida alta; el 100% presentaron una calidad de vida muy bajo en la dimensión rol emocional; el 78% presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión salud mental y el 16% calidad de vida baja; el 70% presentaron una calidad de vida alta en la dimensión transición de la salud y el 18% calidad de vida baja.

En relación al objetivo general se pudo determinar la relación entre las variables Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida, para lo cual se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado, cabe mencionar que, estadísticamente el valor Alfa fue de 0.490, siendo este superior al margen de error =0.05, por lo tanto, no existía relación entre ambas variables. En síntesis, el Deterioro Cognitivo, no está significativamente relacionada con la Calidad de Vida del Adulto Mayor del Cantón Saraguro, por lo que dicho estudio difiere con la investigación de Chuquipul, (2018). De los Adultos Mayores de la Asociación Organización Social Villa los Reyes, el cual mostró que no existía relación entre sus variables, donde su valor p fue de 0.337 siendo este superior al margen de error p =0.05, por lo que se pudo afirmar con evidencia estadística que no existe relación significativa entre Calidad de vida y Deterioro cognitivo.

8 Conclusiones

En el presente trabajo de investigación se pudo determinar los niveles de deterioro cognitivo en el adulto mayor del Cantón Saraguro de la siguiente manera: la mayoría de la población investigada presenta deterioro; en menor porcentaje, sospecha patológica mientras que en un porcentaje mínimo demencia. Se observa también que, dentro de la población investigada, existe de forma predominante el deterioro cognitivo, conocido como deterioro leve, pero su calidad de vida de los adultos mayores no se ve afectada de una manera significativa.

En cuanto a calidad de vida la mayoría de los adultos mayores, del Cantón Saraguro presentó calidad de vida idónea y en mínimo porcentaje calidad de vida regular, en relación a sus dimensiones, la mayoría de los investigados presentaron frecuentemente estar satisfechos en cuanto a: Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico e Inclusión Social, mientras que en un menor porcentaje de los adultos mayores, siempre o casi siempre se encuentras satisfechos en las dimensiones: Autodeterminación y Derechos.

En cuanto a la relación entre el Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida, se pudo determinar, no existía relación entre ambas variables. En síntesis, el Deterioro Cognitivo, no está significativamente relacionada con la Calidad de Vida del Adulto Mayor del Cantón Saraguro.

9 Recomendaciones

En vista de lo antes mencionado, se hacen las siguientes recomendaciones:

En la etapa de la vida de los adultos mayores, muchas de las veces se presentan enfermedades, por lo cual es de suma importancia el diagnóstico a tiempo y brindar apoyo de una manera eficaz y oportuna para el bienestar de aquellos adultos mayores, de tal manera poder así evitar dolencias y posibles complicaciones.

Informar a las autoridades locales e instituciones sobre las necesidades individuales de los adultos mayores, los cuales garantizan la protección, atención y seguimiento de estos, para así brindarles una buena calidad de vida.

Se recomienda a los profesionales encargados de la población investigada del Cantón Saraguro brindar capacitaciones a los adultos mayores, las cuales se relacionen al cuidado, la prevención y promoción de la mente, tratando así de mantener un envejecimiento saludable y digno.

Mediante diferentes actividades ejercitar el cerebro de los adultos mayores, que ayuden a mejorar la memoria y concentración asegurando así el bienestar cognitivo.

Implementar programas preventivos donde los adultos mayores se encuentren realizando actividades que mantengan su mente activa esto con la finalidad de preservar y disminuir el proceso del deterioro cognitivo es decir manteniendo sus áreas, con es la mente, lenguaje, orientación y percepción.

10 Bibliografía

Ardila, R. (2018). Calidad de vida: Una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicologia*, *35*(2). https://www.redalyc.org/pdf/805/80535203.pdf.

Alvarado García, A., & Salazar Maya, Á. (Junio de 2014). Análisis del concepto de envejecimiento. GEROKOMOS, vol.25. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002

Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López-Mogil, R., López-Trigo, J. A., Manzano, S., y Olazarán, J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de consenso. In *Sociedad Española de Geriatría y Gerontología.*

Barrera, J. (2017). *Deterioro Cognitivo y su influrncia en la Calida de Vida del Adulto Mayor*. Obtenido de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf

https://www.segg.es/media/descargas/Consenso deteriorocognitivoleve.pdf.

Benavides-Caro, D. C. A. (2017). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, *XIII*(4), 1–11. Deterioro cognitivo en el adulto mayor Dra. Cristina Alexandra Benavides-Caro*%0A*.

Botero de Mejía, B. E., y Pico Merchán, M. E. (2007). Quality of Life Related to Health (QLRH) in Seniors over 60 Years of Age: A Theoretical Approach. *Hacia La Promoción de La Salud*, *12*(1), 11–24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002&lng=en&nrm=iso&tlng=es.

Callata, J. V. (2019). *Factores Asociados a Diabetes Mellitus Tipo 2 En Elhospital Carlos Monge Medrano De Juliaca En El Año 2019*, 58. http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/9687/Yenny_Maritza_Zapana_Apaza.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Capote Leyva, E., Casamayor Laime, Z., Castañer Moreno, J., Rodríguez Apolinario, N., Moret Hernández, Y., & Peña, R. (2016). Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor. Revista Cubana de Medicina Militar. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v45n3/mil10316.pdf

Camargo Hernández, K. D. C., y Laguado Jaimes, 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. https://doi.org/10.22267/rus.171902.79.

Cardona-Arias, J. A., Álvarez-Mendieta, M. I., y Pastrana-Restrepo, S. (2019). *Anales de la Facultad de Medicina Deterioro cognitivo leve.* 1–16. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1025-55832012000400009&script=sci_arttext

Choreño, J., Arredondo, T., y Guadarrama, P. (2020). Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. *Med Int Mex*, *36*(6), 807–824. https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96466&id2=

Chuquipul, P., & Izaguirre, C. (2018). Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida del adulto mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Desktop/PROYECTO/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf

Endériz García, S., y Rebato Ochoa, E. (2014). Revisión sobre envejecimiento y obesidad. *Antropo*, *32*, 69–77. http://www.didac.ehu.es/antropo/32/32-7/Enderiz.pdf.

Espada, J. M. . R. (2018). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Hemorragia Digestiva Baja: Protocolo Diagnóstico-Terapéutico*, *57*(5), 2018. https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-neurofisiologia-envejecimiento-concepto-bases-fisiopatologicas-S0211139X16301366.

González , B., Carhuapoma , M., Zuñiga, E., Mocarro , M., Aleixo Diniz, M., & Silva, J. (2014). Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día – Lima, Perú. Facultad de Ciencias Medicas, Vol. 38 Núm.1-2. Obtenido de https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=103403

Guía de Referencia Rápida Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención Guía de Práctica Clínica GPC. (2012).

Jara Madrigal, M. (2016). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Abordaje Diagnóstico Del Paciente Con Deterioro Cognitivo En El Primer Nivel de Atención*, *28*(3), 391–397. http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf.

Jiménez Herrero, F. (2017). Antienvejecimiento y longevidad. In *Geriatrika* (Vol. 20, Issue 4, pp. 44–46).

Najdich, M. I., y Malkin, V. M. (2015). Predicting the reliability of operation of the main technological equipment of the roasting conveyor machines. *Stal’*, *4*, 15–18. https://www.redalyc.org/pdf/3606/360643422019.pdf.

Niedmann, C., y Nieme, A. (2017). *Actualización De Las Teorías Biológicas Del Envejecimiento*. 1–53. http://repositorio.uft.cl/bitstream/handle/20.500.12254/556/Niedmann-Nieme

2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

OMS. (2015). El envejecimiento y la salud . Estados Unidos de América.

Ortega, C. P. (2020). Enfoques Teoricos del envejecimiento y la vejez. Revista Edu-fisica.com, 50. Obtenido de http://revistas.ut.edu.co/index.php/edufisica/article/view/2218/1721

Park, D., y Schwarz, N. (2002). Envejecimiento Cognitivo. *Envejecimiento Cognitivo*, 360.

Peña Contreras, E. K. (2020). *Envejecimiento exitoso, bienestar y autonomía funcional en adultos mayores inmigrantes en la ciudad de Cuenca – Ecuador*. 1–196. https://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/76638/Tesis para RODERIC.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Queralt, M. (2016). Deterioro cognitivo, concepto y tipos. *Canal Mafre Salud*, 1–5. https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/.

Rico-Rosillo, M. G., Oliva-Rico, D., y Vega-Robledo, G. B. (2018). Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. *Revista Medica Del Instituto Mexicano Del Seguro Social*, *56*(3), 287–294. http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30394717.

Robles, A. I., Rubio, B., De la Rosa, E. V., y Nava, A. H. (2016). Generalidades y Conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *El Residente*, *11*(3), 120–125. https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf.

Rosa. (2018). Estilos de vida relacionados con factores de riesgo cardiovascular. *Archivos Venezolanos de Farmacologia y Terapeutica.*, *37*(2), 0–2. https://www.revistaavft.com/images/revistas/2018/avft_2_2018/11_estilos_de_vida_relacionados.pdf.

Rubi, M. Quijano. (2015). Envejecimiento Y Funciones Cognitivas: Las Pérdidas De Memoria Y Los Olvidos Frecuentes. *Rev Fac Nac Salud Pública*, *20*, 1–17. http://hdl.handle.net/10810/29279.

Rubio Rubio, M., & Lou Arnal, ,. (Agosto de 2020). Tratamiento renal conservador en ancianos con enfermedad renal. Anales Sis San Navarra, 142-143. Obtenido de https://scielo.isciii.es/pdf/asisna/v43n2/1137-6627-asisna-43-02-141.pdf

Urrutia, J. (2017). Deterioro Cognitivo Y Su Influencia En La Calidad De Vida Del Adulto Mayor. *Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Terapia Física*, 115. http://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/8480.

Valhondo, M., y Cadavieco, F. (2013). *Envejecimiento Y Funciones Cognitivas: La Perdida*

de Memoria Y Olvidos Frecuentes. *2*(1), 317–326. http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=349852173021%0Ahttp://dehesa.unex.es/handle/10662/5606?show=full.

Vargas, M., Kayli , S., Lázaro , C., & Karina , P. (2019). Calidad de vida en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor de la Municipalidad de San Juan de Miraflores, Lima. Tesis para optar por el Titulo profesional de Licenciada en Enfermeria. Obtenido de https://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12866/8204/Calidad_VargasMaucaylle_Kayli.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Vejarano Alvarado, F., y Angulo Novoa, A. (2020). Vejez y envejecimiento: *Envejecer En Colombia*, 25–62. https://doi.org/10.2307/j.ctv13qfwsp.5

Vera, M. (2013). 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. https://doi.org/10.15381/anales.v68i3.1218

Villafuerte Reinante, J., Alonso Abatt, Y., Alonso Vila, Y., Alcaide Guardado, Y., Leyva Betancourt, I., y Arteaga Cuéllar, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *Medisur*, *15*(1), 85–92. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100012implementar políticas y programas públicos

11 Anexos

11.1 Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____con Cédula de Identidad_____ autorizo a la Srta./ Jessica Álvarez. hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, 2021-2022” de la Universidad nacional de Loja, Facultad Salud Humana, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en el: centro gerontológico de atención Diurno Gurudel del Cantón Saraguro, el objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas. Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento cognitivo en cuanto a la memoria, en complemento con tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida. Con el fin de agilitar la investigación se procederá a hacer una explicación previa, antes de que conteste los test de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma: _____

Fecha: _____

11.2 Anexo 2

ENCUESTA SOCIODEMOGRAFICA
AUTORA: JESSICA SILVANA ÁLVAREZ ABAD

MARQUE EN EL PARÉNTESIS LA RESPUESTA QUE CORRESPONDA

Nombre y Apellido: _____

Fecha: _____

EDAD

a. 65 a 70 años ( )
b. 70 a 75 años ( )
c. 75 a 85 años ( )
d. 85 a 90 años ( )

SEXO

a. Femenino ( )
b. Masculino ( )

ETNIA

a. Indígena ( )
b. Mestizo ( )

ESTADO CIVIL

a. Casado (a) ( )
b. Viudo (a) ( )

GRADO DE INSTRUCCIÓN

a. Sin instrucción ( )
b. Primaria ( )
c. Secundaria ( )

PRESENTA ALGUNA ENFERMEDAD METABOLICA

a. Diabetes mellitus tipo 2 ( )
b. Hipertensión Arterial ( )
c. Ninguna ( )

TOMA ALGUN MEDICAMENTO

a. Si ( )
b. No ( )

PERSEPCION DE LAS RELACIONES FAMILIARES

a. Buenas ( )
b. Regulares ( )
c. Malas ( )

ACTIVIDADES RECREATIVAS QUE REALIZA

a. Hilar / tejer ( )
b. Crianza de animales ( )
c. Sembrar ( )
d. Ninguna ( )

IMPORTANCIA DE LA RELIGION EN SU VIDA

a. Muy importante ( )
b. Importante ( )
c. Poco importante ( )
d. No es importante ( )

CON QUIEN VIVE EN CASA

a. Esposa/ esposo ( )
b. Hijos ( )
c. Nietos ( )
d. Solo/a ( )

TENENCIA DE LA VIVIENDA

a. Propia ( )
b. Prestada ( )

GRCIAS POR SU COLABORACIÓN

11.3 Anexo 3

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL					
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:	
Nombre de la Unidad de Atención:					
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:	

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO	0	1
En qué Día estamos (fecha):		
En qué mes:		
En qué año		
En qué día de la semana		
¿Qué hora es aproximadamente?		
PUNTUACIÓN (máx. 5)		

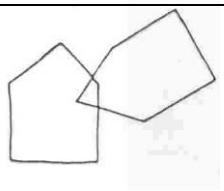
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO	0	1
¿En qué lugar estamos ahora?		
¿En qué piso o departamento estamos ahora?		
¿Qué barrio o parroquia es este?		
¿En qué ciudad estamos?		
¿En qué país estamos?		
PUNTUACIÓN:(máx. 5)		

MEMORIA

CONSIGNA: ***"Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".***

*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.

	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		

ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: *"Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".*	**0**	**1**
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: *"Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".*	**0**	**1**
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
DENOMINACIÓN	**0**	**1**
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN:(máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: "*Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".*	**0**	**1**
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: *"Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez":* *"TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"*		
	0	**1**
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
LECTURA.	**0**	**1**
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
ESCRITURA.	**0**	**1**
CONSIGNA: *"Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"*		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.	**0**	**1**
CONSIGNA: *"Copie por favor este dibujo tal como está"*		
 PUNTUACIÓN:(máx. 1)		

PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)

11.4 Anexo 4

GENCAT ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

Número de identificación:

Nombre

Apellidos

Sexo

☐ Varón ☐ Mujer

Dirección

Localidad/Provincia/CP

Teléfono

Lengua hablada en casa

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación			
Fecha de nacimiento			
Edad cronológica			

GENCAT ESCALA DE CALIDAD DE VIDA

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		Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2	1
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3	4
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2	1
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3	4
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3	4
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2	1
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3	4
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2	

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 con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.
ÍTEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.

BIENESTAR MATERIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.

DESARROLLO PERSONAL

		Siempre o casi siempre		Algunas veces	Nunca o casi nunca
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4

INCLUSIÓN SOCIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.
ÍTEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.
ÍTEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.
ÍTEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

DERECHOS

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

11.5 Anexo 5

Evidencia Fotográfica

11.6 Anexo 6

Oficio de aprobación del Trabajo de Integración Curricular

Universidad Nacional de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Loja, 1 DE FEBRERO DE 2022

Dra. Ana Puertas Azanza
GESTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

En primer lugar, quiero llegar a usted con un cordial y efusivo saludo, muestra de mi estima y consideración.

En respuesta al oficio No. 299-C.PS.CL C.PS.CL- FSH-UNL, el proyecto denominado: "DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE ATENCION DIURNO GURUDEL DEL CANTON SARAGURO, 2021", de la autoría del señorita, JESSICA SILVANA ALVAREZ ABAD; con C.I. 1105257818, en cuanto al análisis solicitado y luego de haber revisado el proyecto se recomienda para la aprobación ampliar la investigación al cantón Saraguro, por tanto para su aprobación el proyecto para la investigación queda con el tema: **"DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, 2021-2022"**

Esperando la favorable acogida a la presente le anticipo mis más sinceros agradecimientos, deseándole éxitos en las funciones que viene desempeñando en beneficio de nuestra carrera.

Atentamente:

ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO

Anabel Larriva Borrero
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNL

Firmado digitalmente por ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO
Nombre de reconocimiento (DN): cn=ANABEL ELISA LARRIVA BORRERO, serialNumber=220721180057, ou=ENTIDAD DE CERTIFICACION DE INFORMACION, o=SECURITY DATA S.A. 2, c=EC
Fecha: 2022.02.01 09:34:47 -05'00'

11.7 Anexo 7

Oficio de Informe de estructura y coherencia del Trabajo de Integración Curricular

Universidad Nacional de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad de la Salud Humana

Oficio. No. -046- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 28 de enero del 2022

Señorita
Jessica Silvana Álvarez Abad
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA** del Proyecto de Tesis denominado: **"DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, 2021-2022"**, de su autoría, el mismo fue emitido por la Dra. Anabel Larriva Borrero Mgs. docenteresponsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes.

Atentamente,

ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.

C/c. Expediente Estudiantil
Archivo

Calle Manuel Monteros
frente al Hospital Isidro Ayora - Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

11.8 Anexo 8

Oficio de aprobación y designación del director/a del Trabajo de Integración Curricular

Universidad Nacional de Loja | **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA** | Facultad de la Salud Humana

Oficio. No. -055- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 03 de febrero del 2022

Doctora
Anabel Larriva Borrero Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el "Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009", una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está gestión, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **"DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTON SARAGURO, 2021-2022"**, autoría de la Srta., estudiante Jessica Silvana Álvarez Abad , con C. 1105257818, estudiante del VIII ciclo de la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

En seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento.

Atentamente,

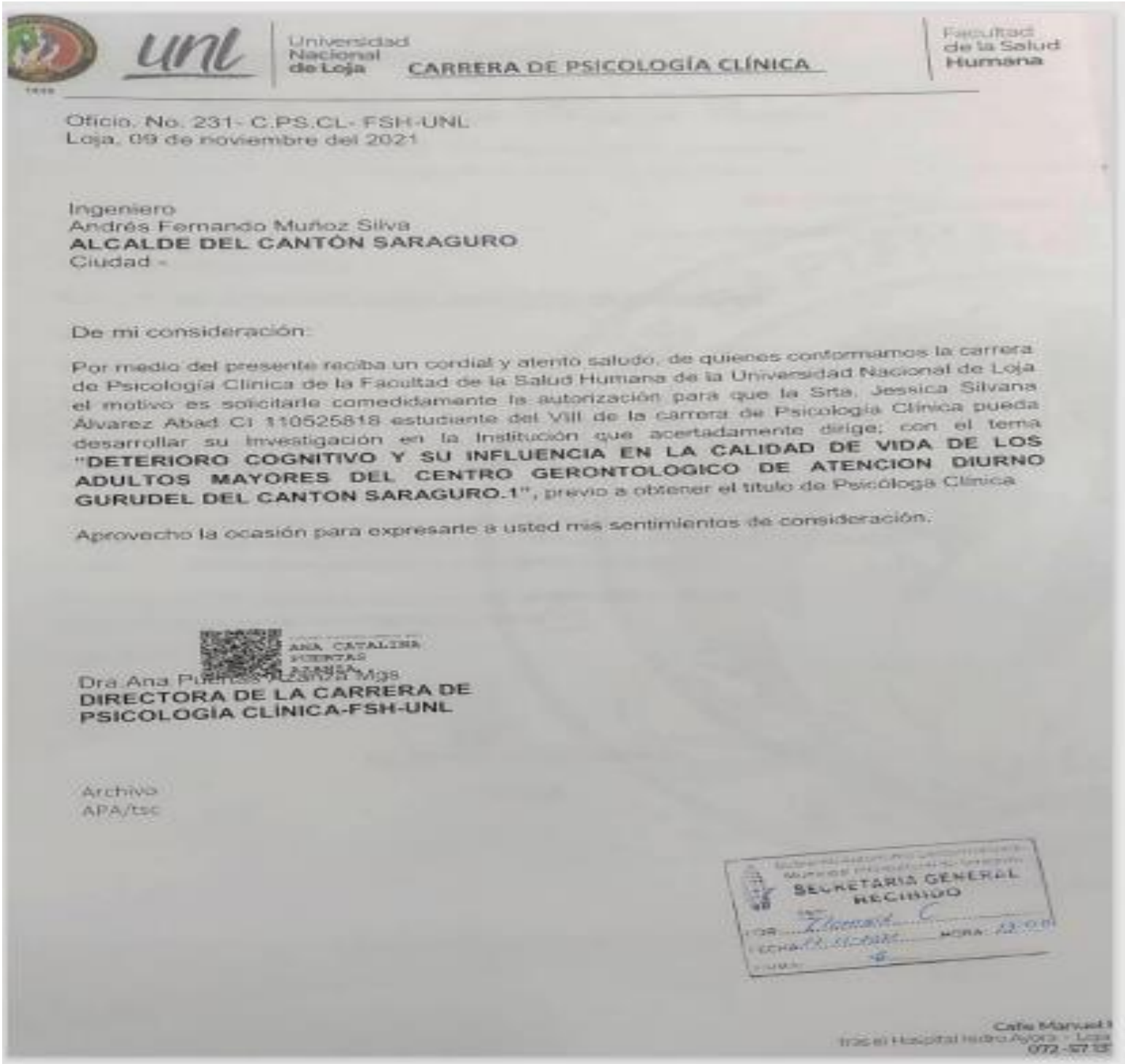
ANA CATALINA PUERTAS AZANZA

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA -UNL

C/c. Jessica Silvana Álvarez Abad
Expediente estudiantil
Archivo

11.9 Anexo 9

Oficio de autorización al Centro Diurno Gurudel de Adultos Mayores del Cantón Saraguro



unl Universidad Nacional de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad de la Salud Humana

Oficio. No. 231- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 09 de noviembre del 2021

Ingeniero
Andrés Fernando Muñoz Silva
ALCALDE DEL CANTÓN SARAGURO
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Srta. Jessica Silvana Álvarez Abad CI 110525818 estudiante del VIII de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Investigación en la Institución que acertadamente dirige; con el tema **"DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO GERONTOLOGICO DE ATENCION DIURNO GURUDEL DEL CANTON SARAGURO.1"**, previo a obtener el título de Psicóloga Clínica

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración.

ANA CATALINA PUENTAS AZANZA

Dra.Ana Puentas Azanza Mgs
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL

Archivo
APA/tsc

SECRETARIA GENERAL
RECIBIDO

Cafe Manuel I
tras el Hospital Isidro Ayora - Loja
072-57 13

11.10 Anexo 10

Certificado de la traducción a Inglés

FINE-TUNED ENGLISH LANGUAGE INSTITUTE

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Ing. María Belén Novillo Sánchez.
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés del resumen de tesis **"DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DE CANTÓN SARAGURO, 2021-2022"**, autoría de **Jessica Silvana Alvarez Abad** con número de cédula **1105257818**, estudiante de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad y autorizo a la interesada hacer uso del presente en lo que a sus intereses convenga.

Loja, 02 de marzo del 2022

Ing. María Belén Novillo Sánchez.
ENGLISH TEACHER- FINE TUNED ENGLISH CIA LTDA.

Matriz - Loja: Macará 205-51 entre Rocafuerte y Miguel Riofrío - Teléfono: 072578809
Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero - Teléfono: 072606169
Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas - Edificio Sindicato de Choferes - Teléfono: 072301329

www.fte.edu.ec