



Universidad  
Nacional  
de Loja

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA  
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA  
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**Funcionamiento Cognitivo y su incidencia en la  
Autonomía Personal de los Adultos Mayores del  
Centro Integral del Adulto Mayor Rincón De Amor  
Del Sector Ceibopamba, periodo 2021-2022**

**Trabajo de Titulación  
previo a la obtención del  
título de Psicólogo Clínico**

AUTOR: Carlos Daniel Hidalgo Vásquez

DIRECTORA: Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg. Sc.

LOJA – ECUADOR

2022

# Certificación

## CERTIFICACIÓN

Ps. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg.Sc.

### DIRECTORA DE TESIS

#### CERTIFICA:

Haber dirigido, revisado y corregido el desarrollo del trabajo de titulación "Funcionamiento Cognitivo y su incidencia en la Autonomía Personal de los Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor "Rincón De Amor" Del Sector Ceibopamba, periodo 2021-2022" de la autoría del egresado de la carrera de Psicología Clínica, Carlos Daniel Hidalgo Vasquez, con número de cédula 1104307515.

Por lo que, en cuanto a mi criterio personal el trabajo de titulación del estudiante reúne satisfactoriamente los requisitos de forma y fondo, exigidos y estipulados en el régimen académico de la Universidad Nacional de Loja, por lo que autorizo su presentación para la asignación del Tribunal de Calificación y su disertación pública para la obtención del grado superior universitario.

Loja, enero 11 del 2022.



Firmado digitalmente por:  
CINDY ESTEFANIA  
CUENCA SANCHEZ

---

Psic.Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg.Sc.

**DIRECTORA DE TESIS**

## **Autoría**

Yo, Carlos Daniel Hidalgo Vásquez, declaro ser el autor del presente trabajo de titulación, y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo.

Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mi trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional a través de la Biblioteca virtual.

**Firma:**

**Cédula de Identidad:** 1104307515

**Fecha:** 28 de abril del 2022

**Correo Electrónico:** carlos.d.hidalgo@unl.edu.ec

**Teléfono celular:** 0988711824

## Carta de autorización

Yo, Carlos Daniel Hidalgo Vásquez, declaro ser el autor del Trabajo de Titulación denominado **Funcionamiento Cognitivo y su incidencia en la Autonomía Personal de los Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor Rincón De Amor Del Sector Ceibopamba, periodo 2021-2022** como requisito para optar el título de Psicólogo Clínico, 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 Digital Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el Repositorio Institucional, 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 Titulación que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los 28 días del mes de abril del 2022.

### **Firma:**

**Autor:** Carlos Daniel Hidalgo Vásquez

**Cédula de Identidad:** 1104307515

**Dirección:** Castaños y Hualtacos    **Correo Electrónico:** [carlos.d.hidalgo@unl.edu.ec](mailto:carlos.d.hidalgo@unl.edu.ec)

**Teléfono:** 0988711824

### **DATOS COMPLEMENTARIOS:**

**Directora del Trabajo de Titulación:** Psi.Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mg.Sc.

### **TRIBUNAL DE GRADO:**

**Presidenta del tribunal:** Dra. Ana Catalina Puertas Mgs.

**Miembro del tribunal:** Psi.Cl. Marco Vinicio Sánchez Mg.Sc.

**Miembro del tribunal:** Bqf. Gabriela Alexandra Merino Mg.Sc.

## **Dedicatoria**

Quiero dedicar este trabajo a mis padres, quienes ha sido el motor de mi vida cuyo fruto me ha permitido ser quien soy y lograr lo que me propongo, los amo mucho son los mejores padres que un hijo pueden tener. A mis abuelitas, que supieron educar con su ejemplo mostrándome el camino humano hacia la sabiduría y la naturaleza como fundamento de vida. De la misma forma mis nanos Sra. Anita y Don Teo, que han creído siempre en mí. A mis hermanas y hermano Amaia, Romina y Erick, que han acompañado mi camino incondicionalmente, así como a mis primas que siempre han sido tan leales conmigo como lo son Gaby y Giomar, primos, tías, tíos, amigas y amigos en especial a José, Daniel, Gustavo, Harold, Gonzalo, David, Omayck, André, Andrés y Kachito que han llenado la vida de alegrías y lecciones. Asimismo, dedico este trabajo a unas personas increíbles como Vicky y Sol quienes han sido un gran apoyo. Finalmente, al gran espíritu que me puso en este camino y ha sabido alimentar mi experiencia con enseñanzas y oportunidades siempre en el momento y lugar oportuno, llenando esta existencia de hermosas maravillas y belleza que inspiran admiración y gratitud.

## **Agradecimiento**

Agradezco a la Universidad Nacional de Loja, que abrió sus puertas en alma y espíritu como institución formada por un equipo humano que trabaja incansablemente día a día, que ha sabido forjarme profesionalmente durante todos estos años. A mis docentes de la carrera de Psicología Clínica, quienes guiaron con amor y disciplina paso a paso mi formación, han nutrido un amor profundo por la ciencia y de la misma manera han inculcado los valores humanos que precisan el trabajo en salud por el bienestar de las personas. A mis distintos directores de prácticas que me recibieron con calidez en las distintas instituciones y con paciencia fortalecieron mi experiencia académica y laboral.

A mi directora de tesis Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca, gracias por su constancia, cariño, apoyo, guía, amistad y aliento. Por el tiempo invertido en la enseñanza y trabajo que permitió hacer realidad la presente investigación.

A la Coordinadora Lcda. Vanesa Mendieta y al personal que labora en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de Amor” cuya colaboración fue indispensable para el desarrollo de este trabajo.

A la Psi. Cl. Patricia Córdova quien me guío siempre en mi desarrollo tanto personal como profesional a quien le tengo un inmenso respeto cariño y admiración.

Al equipo de trabajo de la Cabaña Centro Psicoterapéutico en especial al Psi.Cl. Cristian Abendaño y la Psi.Cl. Gabriela Encalada quienes creyeron en mí y me brindaron la oportunidad para seguirme forjando como profesional, a todos los quiero mucho siempre los llevaré en mi corazón.

De igual manera a mi familia y amigos, como refiero en mi dedicatoria, han sido la luz que han iluminado el camino, haciendo de esta etapa más divertida y siendo una inspiración en la búsqueda incansable de salud y felicidad.

A todas y todos los mencionados, y sobre todo a Dios doy las gracias por la fuerza y la oportunidad.

## Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría .....	iii
Carta de autorización .....	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
Índice de tablas .....	x
1. Título.....	1
2. Resumen.....	2
Abstract.....	3
3. Introducción .....	4
4. Marco Teórico.....	6
4.1. El envejecimiento.....	6
4.1.1. Teorías explicativas del envejecimiento .....	7
4.2. Funcionamiento cognitivo en el envejecimiento .....	10
4.2.1. Atención.....	10
4.2.2. Memoria.....	10
4.2.3. Lenguaje.....	10
4.2.4. Funciones ejecutivas .....	10
4.2.5. Inteligencia.....	10
4.3. Tipos de envejecimiento .....	11
4.3.1. Envejecimiento normal .....	11
4.3.2. Envejecimiento Patológico .....	12

4.3.2.1. Deterioro cognitivo leve .....	12
4.3.2.2. Enfermedad de Alzheimer .....	14
4.3.2.3. Enfermedad de Parkinson .....	15
4.3.2.4. Esclerosis Lateral Amiotrófica .....	15
4.4. Autonomía y dependencia en el adulto mayor.....	16
4.4.1. Autonomía personal y funcionamiento cognitivo en el adulto mayor.....	16
4.4.2. Autonomía y calidad de vida .....	18
4.4.3. Institucionalización en el adulto mayor .....	18
4.4.3.1. Impactos de la institucionalización.....	19
4.4.3.2. Antes de la institucionalización .....	19
4.4.3.3. Durante la institucionalización .....	19
4.4.3.4. Alternativas a la institucionalización.....	19
4.5. Envejecimiento activo.....	20
4.6. Intervención Neuropsicológica y terapias no farmacológicas .....	21
4.6.1. Rehabilitación Neuropsicológica.....	21
4.6.2. Terapias no Farmacológicas .....	23
5. Metodología.....	26
5.1. Tipo de estudio.....	26
5.2. Universo y muestra .....	26
5.2.1. Criterios de inclusión .....	26
5.2.2. Criterios de exclusión .....	26
5.3. Técnicas e instrumentos.....	26
5.3.1. Test Neurospi – Batería Neuropsicológica breve en español .....	27
5.3.2. Índice de Barthel Escala (IB).....	27
5.4. Procedimiento .....	27
5.4.1. Primera etapa .....	28

5.4.2. Segunda etapa .....	28
5.4.3. Tercera etapa.....	28
5.4.4. Cuarta etapa .....	28
5.4.5. Quinta etapa .....	29
5.4.6. Sexta Etapa.....	29
6. Resultados.....	30
7. Discusión.....	34
8. Conclusiones .....	38
9. Recomendaciones .....	39
10. Bibliografía .....	40
11. Anexos .....	50
Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis .....	50
Anexo 2: Solicitud para aplicación de reactivos psicológicos.....	51
Anexo 3: Certificado de traducción al inglés.....	52
Anexo 4: Certificado del Tribunal de Grado .....	53
Anexo 5: Certificado del Tribunal de Grado .....	54
Anexo 6: Evaluación Neuropsicológica Neuropsi .....	55
Anexo 7: Índice de Barthel .....	61
Anexo 8: Proyecto de investigación .....	64

## Índice de tablas

Tabla 1: <i>Prevalencia del funcionamiento cognitivo</i> .....	30
Tabla 2: <i>Prevalencia de la autonomía personal</i> .....	31
Tabla 3: <i>Tabla cruzada entre variables funcionamiento cognitivo y autonomía personal</i> .....	32
Tabla 4: <i>Prueba de Chi-cuadrado entre funcionamiento cognitivo y autonomía personal</i> .....	33

## **1. Título**

Funcionamiento Cognitivo y su incidencia en la Autonomía Personal de los  
Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón De Amor” Del  
Sector Ceibopamba, periodo 2021-2022

## 2. Resumen

El objetivo de este trabajo de investigación es determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la autonomía personal de los adultos mayores que residen en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de Amor” del Sector Ceibopamba. Se utilizó una metodología transversal, prospectiva y correlacional. Participaron 30 adultos mayores de un universo total de 41, quienes fueron evaluados mediante el Test Neuropsi y el Índice de Barthel. Para analizar los datos se utilizó estadística descriptiva e inferencial. En cuanto al perfil sociodemográfico de los participantes, 63,4% son hombres y el 36,7% mujeres, La prevalencia de funcionalidad cognitiva señala que el 23,3 % presentan capacidad cognoscitiva normal, el 26,7 % deterioro cognitivo leve, el 30% deterioro moderado y, el 20 % presentan deterioro moderado. En cuanto a la autonomía personal el 20 % son adultos mayores independientes para realizar actividades de la vida diaria, el 16,7 % poseen dependencia escasa y el 63,3 % presenta dependencia moderada. Se encuentra una correlación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y la autonomía personal  $p=0,035$ , lo cual permite inferir que a mayor capacidad cognoscitiva del adulto mayor aumenta su autonomía o independencia al momento de realizar las actividades de la vida diaria

*Palabras clave:* Funcionamiento cognitivo, autonomía, escolaridad, sexo, salud, deterioro cognitivo.

### **Abstract**

The objective of this research work is to determine the relationship between cognitive functioning and personal autonomy of older people residing at the Integral Senior Adult Center "Rincón de Amor" in Ceibopamba that is a sector . A transversal, prospective and correlational methodology was used. 30 Senior adults participated in a total universe of 41, which were evaluated through the Neuropsi test and the Barthel Index. To analyze the data, descriptive and inferential statistics were used. With regard to the sociodemographic profile of the participants, 63.4% are men and 36.7% of women, the prevalence of cognitive functionality indicates that 23.3% has normal cognitive capacity, 26.7% of cognitive slight deterioration, 30% of moderate deterioration and, 20% have moderate deterioration. With regard to personal autonomy, 20% are independent adults to carry out daily life activities, 16.7% have a scarce dependence and 63.3% have a moderate dependence. There is a statistically significant correlation between cognitive functioning and personal autonomy  $p = 0.035$ , which allows to infer that the greater cognitive capacity of the main adult increases the autonomy or independence of it at the time of daily life activities.

*Keywords:* cognitive performance, autonomy, education, sex(genre), health, cognitive deterioration.

### 3. Introducción

El envejecimiento poblacional es una de las características del siglo XXI. Este hecho demográfico sin precedentes en la historia de la humanidad les otorga un gran protagonismo a los mayores, haciendo que todo lo relacionado a este colectivo constituya un tema relevante. La inversión de la pirámide poblacional que se está produciendo se manifiesta debido a 2 factores, el primero es el aumento gradual de la proporción de personas mayores a 65 años en relación a la población global y el segundo el aumento de la esperanza de vida. Esto debido a los avances en el ámbito cultural, social y económico, así mismo, a las mejoras en las condiciones alimentarias y de salud (Guerrero, 2014).

La Organización Mundial de la Salud define al envejecimiento como: El resultado de la acumulación de una gran diversidad de perjuicios moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que acarrea a un declive progresivo de las capacidades fisiológicas y de las funciones cognitivas mentales, un aumento del peligro de contraer enfermedades, y finalmente a la muerte (OMS, 2018).

Actualmente, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su informe sobre envejecimiento de la población mundial manifiesta que: Entre el 2015 y el 2030 la población global con edades de 60 años o superior tendrá un incremento del 56%, superando los 1.3 billones de habitantes, deduciendo que hacia el 2050 la población global de personas adultas mayores será aún más que el doble en tamaño que en el 2015; alrededor de 2.1 billones de personas. En América Latina y el Caribe en los próximos 15 años la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores es de un 71%, resultando ser la más alta a nivel mundial, estando superior a algunos continentes que le preceden como: Asia con un (66%), África (64%), Oceanía (47%), Norte América (41%) y Europa (23%) (Benavides-Caro, 2017).

Según datos de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) para el año 2050, Ecuador tendrá una población de 23,4 millones de habitantes según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), lo que quiere decir que por primera vez la población adulta mayor será mayor frente a la infantil (FIAPAM, 2014). Se estima que en las próximas tres décadas la esperanza de vida aumente en Ecuador, esta debido a factores ya antes mencionados que influyen de manera directa con la calidad de vida de las personas; los mismos que

alcanzarán un aumento en la esperanza de vida con una cifra de los 82,3 años, misma que resulta incluso mayor a la observada ahora en naciones más desarrolladas que se ha estimado fuera de 80,9 años (United Nations, 2019).

El envejecimiento es una parte del ciclo vital donde la mayoría de personas presentan cambios a nivel cognitivo, fisiológico y psicológico como resultado de las diversas alteraciones que incluye este proceso. En consecuencia, pueden surgir patologías a nivel afectivo y afecciones psicomotrices que repercuten de forma negativa en los ámbitos en los que se desarrolla la persona.

Para el adulto mayor una de sus mayores preocupaciones es el poder conservar su capacidad funcional, es decir su autonomía, entendiéndose como la capacidad funcional que se requiere para realizar actividades básicas e instrumentales (Rojas, Toronjo, Rodríguez, & Rodríguez, 2006). En cambio, que la función cognitiva de un sujeto tiene como producto el funcionamiento global del pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas que son diferentes áreas intelectuales.

Sin embargo, el proceso de envejecimiento suele acompañarse de ciertos déficits a nivel cognitivo y físico, algunos adultos mayores pueden presentar enfermedades de carácter crónico que a menudo pueden generar discapacidad, afectar a la funcionalidad y a la calidad de vida (Ministério da Saúde, 2007). La funcionalidad, también puede estar en relación con el funcionamiento de la persona en su capacidad de autocuidado, la integridad física, el estado intelectual, mental y espiritual e interacciones sociales. Asimismo, la disminución cognitiva y fisiológica causa aislamiento y pérdida de autonomía e independencia, ya que el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones (Leite et al. 2015).

Ante lo expuesto, esta investigación tiene por objetivo conocer cuál es el nivel de autonomía y la capacidad cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados, además de establecer una relación entre ambos factores con el afán de conocer sus implicaciones en la vida cotidiana de los mayores residentes.

## 4. Marco Teórico

### 4.1. El envejecimiento

El ancestral interés de los humanos por vivir el mayor número de años posible, unido al creciente desarrollo de la ciencia y la técnica, sustentan la tendencia actual que considera que, si importante es vivir más años, es esencial que estos transcurran con la mejor calidad de vida posible (Álvarez, 2008).

Así pues, usualmente cuando se hace referencia al envejecimiento se tiende a suponer definiciones con expresiones negativas, pero debemos instaurar y modificar ese pensamiento en la búsqueda de elementos que manifiesten de mejor manera el proceso de envejecer. El envejecimiento debe sobre todo reunir el punto de vista de los adultos mayores, para dejar claro cuál es su visión del envejecimiento y como se define la vejez, ya que de esta manera se construirá una definición apropiada (Rodríguez, 2018).

La Organización Mundial de la Salud la define como:

La consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2018).

De forma más general, Vargas, (2019) describe al envejecimiento como proceso progresivo natural del ser humano, que cada persona experimenta con diferente intensidad. Todas las especies envejecen y experimentan notables cambios desde su nacimiento hasta la muerte.

En otras palabras, el envejecimiento es un proceso universal, irreversible, dinámico, progresivo y heterogéneo de cambios biopsicosociales que experimenta el individuo a través del tiempo, y que además de suponer un proceso de individualización, constituye una etapa de pérdidas y ganancias (Bazarra y Castillo, 2006).

El proceso de la vejez comienza alrededor de los 60 años. Sin embargo, en muchas ocasiones, el disminuir vitalmente no se acompaña de un decremento objetivo en las funciones cerebrales que pueden permanecer intactas hasta la muerte (Vega et al., 2016).

La Organización de las Naciones Unidas menciona que se debe considerar anciano a toda persona mayor de 65 años en los países desarrollados y de 60 años en adelante los países en vías de desarrollo. De acuerdo a la Organización Mundial de la Salud (OMS) las personas de 60 a 74 años son de edad avanzada, de 75 a 90 años son ancianos y mayores de 90 años son grandes viejos (Camacho, 2016).

#### **4.1.1. Teorías explicativas del envejecimiento**

El envejecimiento como cualquier otra etapa de desarrollo humano, tiene implicaciones en todos los aspectos de la vida de la persona que la está experimentando, es por ello que las teorías explicativas del mismo se concentran en tres enfoques: biológicas, psicológicas y sociológicas.

Entre las biológicas se encuentran las del error catastrófico, acumulación de productos de desechos, del desgaste natural, de la autointoxicación, de los radicales libres y demás teorías genéticas que explican el envejecimiento considerando el funcionamiento orgánico y los problemas que se producen en este con el paso de los años (Vargas, 2019).

***Teoría del Error catastrófico.*** Esta teoría expone que con el tiempo aparecen errores en las síntesis de las proteína y ADN. Si una de estas proteínas anómalas llega a formar parte de la maquinaria que sintetiza proteínas, incitará más errores en la sucesiva generación de proteínas y así una generación tras otra. Esto sobrelleva un error catastrófico de la homeostasis celular que induce la muerte celular (Giró Miranda, 2006).

***Teoría de la acumulación de productos de desechos.*** Esta teoría se genera en el proceso de envejecimiento celular y se originan de la rotura de productos citoplásmicos perjudiciales para la célula, lo que ocasiona que las células puedan evitar su mortalidad, creciendo y diluyendo estos productos de desecho. Sheldrake propuso a la lipofuscina como un producto perjudicial. Respecto al compuesto que ha mantenido diversos debates sobre si es citotóxico para la célula  $\beta$ , este es el péptido amiloide o amilina (Castro-Juárez et al., 2017).

***Teoría del desgaste natural.*** Establece que los animales envejecen debido a que sus sistemas vitales acumulan perjuicios por el deterioro o estrés de la vida diaria, y desgastan las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos. Puesto que la decadencia natural molecular, afecta claramente a las mitocondrias

que son los organelos que contribuyen la energía para todas las actividades celulares, si su nivel de producción de energía decae el funcionamiento celular también (Alexander & Alencastro, 2021).

***Teoría de la autointoxicación.*** También se la conoce con el nombre de la teoría por intoxicación por sustancias intrínsecas. Nos menciona que durante la vida se acumulan sustancias de desecho en el interior o exterior de la célula como la lipofuscina y otros pigmentos, creatinina, colesterol en las placas de ateroma (aterosclerosis) que son productos del metabolismo celular, lo que a largo plazo genera complicaciones de un correcto envejecimiento (González et al., 2013).

***Teorías de los radicales libres.*** Ha sido propuesta por el norteamericano Denham Harman en 1956, en la actualidad es una de las más estudiadas, en esta teoría Harman propone que el envejecimiento es el resultado de los perjuicios producidos por radicales libres en los tejidos ya que estos oxidan biomoléculas y transportan a la muerte celular y daño tisular (Mora, 2018).

Por otra parte, en el aspecto sociológico se reconoce que el envejecimiento va más allá de los cambios a nivel biológico, sino que también contempla un agotamiento psicofísico, un “proceso cultural de personificación del *self* y de aprendizaje que opera en las personas en tanto que actores en los dramas cotidianos de la sociedad.” (Barfield, 2001, p. 239), es decir, las condiciones sociales también tienen efectos significativos en la forma en la que se experimenta esta etapa. Entre las teorías que más se destacan son: la teoría de roles, teoría de la modernización y la teoría de la continuidad.

***Teoría de los Roles.*** La norteamericana Irving Rosow en 1967 desarrollo su teoría, dicha teoría sostiene que, a lo largo de la vida de un individuo, la sociedad le va asignando cargos o roles que el sujeto debe asumir: rol de estudiante, rol de hijo, rol de padre/madre, rol de trabajador, etc. Estas designaciones se encuentran en constantes cambios debido a las diversas etapas de su desarrollo cronológico. Es decir, las personas de acuerdo a su rango de edad asumen las responsabilidades correspondientes (E. M. y R. Cifuentes, 2013).

***Teoría de la Modernización.*** Desarrollada en 1972 por Donald Cowgill y Lowel Holmes, los autores sostienen que el avance del proceso de industrialización genera como

resultado una pérdida del estatus para los adultos mayores, es por ello que examinan el impacto de los procesos de modernización en sociedades tradicionales (Bravo, 2014).

***Teoría de la Continuidad.*** Atchley con su teoría buscaba explicar la razón por la cual los adultos mayores y personas ancianas hacían lo posible por almacenar los conocimientos adquiridos durante sus etapas anteriores de la vida, empleando estrategias previamente conocidas que ayuden a enfrentar su propio proceso de envejecimiento. Dentro de esta teoría podemos destacar 3 aspectos: 1. la continuidad interna o subjetiva, relacionada con el enfoque cognitivo, el afecto, el temperamento, las experiencias y las habilidades; 2. la continuidad externa, basada en las relaciones interpersonales, las actividades previamente establecidas y el conocimiento del contexto físico y social, y 3. la continuidad de la vida propia, clasificada en tres categorías: baja (inadaptación al cambio), óptima (capacidad para afrontar nuevos retos) y excesiva (carente de novedad) (Robledo & Orejuela, 2020).

Por último, dentro del enfoque psicológico sus teorías se han centrado en aspectos a nivel cognoscitivo, de personalidad y de estrategias de afrontamiento. Entre las principales son las propuestas por Erikson y la de Peck.

***Teoría de Erikson.*** Este psicoanalista estadounidense desarrollo una teoría que se enfoca en 8 estadios por los que el ser humano debe transitar a lo largo de su vida, en otras palabras, los individuos pasan por ocho crisis, que se corresponden con los cambios de etapa vital. Dentro del proceso de envejecimiento según este autor el sujeto experimenta la octava etapa donde se produce la necesidad de aceptar el modo de vida que el sujeto ha seguido (integración). Al no efectuarse esa aceptación, se procede a la desesperación (McGraw Hill, 2015).

***Teoría de Robert Peck o los ajustes de la vejez.*** Robert Peck profundizó el análisis de Erikson acerca del desarrollo, en el mismo sostuvo que gran parte de las personas adaptadas de una manera asertiva compensen su sabiduría con su vigor, su escasa fortaleza física y su aspecto juvenil. Esta sabiduría es la que les permite a los individuos diferenciar, optar y asumir los grandes retos que se les presentan en su día a día. Es decir, las personas gracias a sus experiencias previas o pasadas generan mecanismos de resiliencia ante situaciones que se les presenten (Novillo, 2013).

## **4.2. Funcionamiento cognitivo en el envejecimiento**

Los procesos cognitivos incluyen una diversidad de funciones mentales tales como atención, percepción, memoria, lenguaje y capacidad para solucionar problemas. Cada una de estas tiene una sucesión progresiva de desarrollo que se correlaciona con la madurez del sistema nervioso central (SNC) (Ardila, et al., 2010).

### **4.2.1. Atención**

La atención es una función neuropsicológica que funciona como componente de activación y funcionamiento de otros procesos mentales que son más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica (Gil & Pérez Martínez, 2008).

### **4.2.2. Memoria**

La memoria es una función neurocognitiva de procesos mentales complejos que incluye la recolección, almacenamiento y recuperación de información. Esta función ejecutiva al ser correctamente estimulada desde tempranas edades puede aplazar o evitar cualquier deterioro o alteración en la memoria (M. E. Flores et al., 2020).

### **4.2.3. Lenguaje**

Pérez (2020), realizó una revisión histórica de definiciones del lenguaje en la cual resalta la definición de Valles (2008), que indica que el lenguaje puede definirse como un fenómeno social, influenciado por diferentes variables socioculturales que se deben tener en cuenta en la evaluación de la calidad del intercambio lingüístico.

### **4.2.4. Funciones ejecutivas**

Son una serie de procesos de orden superior (tales como control inhibitorio, memoria de trabajo y flexibilidad atencional...) que gobiernan la acción hacia un objetivo; y que permite emitir respuestas adaptativas a situaciones novedosas o complejas (Villamizar, 2013).

### **4.2.5. Inteligencia**

Villamizar y Donoso (2013), realizó una revisión histórica de definiciones de Inteligencia en la cual destaca la definición de Martin (2007) que indica que resulta de la

unión de los términos logos y nous. Logos significa recoger, reunir, juntar, elegir, escoger, contar, enumerar, computar, referir, decir, hablar, y corresponde al desarrollado en un discurso argumentado. En cuanto al término nous, este se relaciona con la facultad de pensar, reflexionar, meditar, percibir y memorizar.

La capacidad funcional del adulto mayor se define como el conjunto de destrezas mentales, físicas y sociales que ayudan al individuo con el desarrollo de las actividades que exige su medio y/o entorno". Esta capacidad viene determinada por la existencia de habilidades conductuales, cognitivas y psicomotoras (Spirduso Mc Rae en: GJ, 2004). La disminución en la capacidad funcional se enfrenta de manera más efectiva cuando el adulto mayor cuenta con un entorno ambiental seguro, vínculos familiares y acceso a la atención en salud (Cadena, & Tafur , 2017).

### **4.3. Tipos de envejecimiento**

#### **4.3.1. Envejecimiento normal**

El envejecimiento normal es simultáneo con el estado de salud en la medida que se acompañe de un buen ajuste social y un juicio personal de bienestar vital. En otras palabras, el envejecimiento normal o llamado también sano es un proceso progresivo no atribuible a las enfermedades, que afecta a todos los sistemas orgánicos, produciendo cambios metabólicos y fisiológicos con el paso del tiempo (Portellano, 2015). De igual manera, Vizcaya et al., (2018) definen el envejecimiento normal o fisiológico, como aquel que desempeña una sucesión de parámetros aprobados en función de la edad de los sujetos que le permiten una buena adaptación psíquica, física y social al entorno que lo rodea.

Existen variables como los estados de salud previos, estilo de vida, la historia ocupacional, los elementos socioculturales y la educación que influyen en las distintas funciones cognitivas y que determinan el estado de vejez de la persona (Cruz et al., 2019). En el envejecimiento sano se manifiestan cambios o afecciones que no necesariamente son consideradas como discapacidades funcionales y se entiende que los cambios cognitivos ligados a la edad cronológica evidencian variaciones continuas relativamente estables que muy pocas veces evoluciona a una demencia (Green et al., 2000). Las capacidades cognitivas que se ven reducidas en el envejecimiento normal son la velocidad de procesamiento de la información, las relaciones visuoespaciales y la memoria a largo

plazo, mientras que las destrezas verbales parecen conservarse de una mejor manera (Calatayud et al., 2020).

La pérdida neuronal asociada al envejecimiento en individuos sin déficits funcionales o patológicos aparentes está limitada a zonas concretas y existe una gran variabilidad individual. Entre ellas se encuentran el locus coeruleus (neuronas catecolaminérgicas), la sustancia negra (neuronas dopaminérgicas), el núcleo basal de Meynert y el hipocampo (neuronas colinérgicas) (Borrás Blasco & Viña Ribes, 2016).

#### **4.3.2. Envejecimiento Patológico**

El envejecimiento patológico es sinónimo de enfermedad, implica la salida de los términos de esa normalidad, funcional o estadística, constituye de por sí una de las pertenencias de la patología (García, s.f.). En otras palabras, es el desgaste físico e intelectual por la acumulación gradual de afecciones por razones genéticas y hereditarias (Peña, 2012).

El envejecimiento es patológico cuando la enfermedad perturba la diversidad de parámetros e imposibilitan u obstaculizan la correspondiente adaptación.

En el envejecimiento cerebral patológico se evidencian afección a nivel del sistema nervioso, estos cambios o alteraciones se presentan en las neuronas y en las células gliales, en otras palabras, consideramos que la presencia de elementos neuropatológicos que se encuentra dentro y fuera de la célula en especial las “placas amiloides” y “ovillos neurofibrilares”. Se habla entonces de una involución neurodegenerativa que se encuentra relacionada con la aparición y posterior evolución de las demencias (Toledano et al., 2014).

Dentro de este envejecimiento se pueden incluir las enfermedades neurodegenerativas o demencias, detallaremos a continuación las más comunes.

##### **4.3.2.1. Deterioro cognitivo leve**

Se define deterioro cognitivo leve (DCL) al estadio precoz a una demencia que supera lo normalmente esperable para la edad cronológica de la persona, pero que no cumple con criterios de demencia en especial la enfermedad de Alzheimer, debido a que en esta la funcionalidad se encuentre preservada (Custodio et al., 2013). Se caracteriza

por presentar una disminución en el rendimiento de evaluaciones cognitivas, pero conservando la autonomía y funcionalidad al momento de desarrollar actividades de la vida diaria (González & Grasso, 2018).

Para Petersen (2009), citado en Mora-Simón et al., (2012), existen 4 tipos de DCL, deterioro cognitivo leve amnésico (en el que se evidencian alteraciones en la memoria), deterioro cognitivo leve multidominio (afección de la memoria y otras funciones cognitivas), deterioro cognitivo leve no amnésico (alteración exclusivamente de una función que no sea la memoria), deterioro cognitivo leve no amnésico multidominio (afección de más de una función que no sea la memoria).

El deterioro cognitivo es un síndrome neurológico en el que se requiere de una considerable inversión social y económica, que sustente programas de prevención y promoción, pero que al existir escasas políticas de salud pública que se enfoquen enfocadas en mejorar las condiciones en la calidad de vida de la población en general y del paciente geriátrico en particular, es complejo que se pueda solventar con las necesidades que aquejan a estas personas afectadas por esta patología (Benavides-Caro, 2017).

En los últimos años se han realizado ensayos clínicos con pacientes DCL, aún no existe evidencia farmacológica para prevenir este deterioro. Estudios realizados por la corporación de la enfermedad de Alzheimer han demostrado que fármacos como el donacepilo y la Vitamina E, han mostrado resultados los primeros 12 meses, al llegar a los 36 meses se fue perdiendo efectividad (Pose & Manes, 2010).

Con respecto a la terapia no farmacológica Olivera y Valero (2015), manifiestan que existen algunos tratamientos que los detallaremos a continuación.

- ✓ *Intervenciones cognitivas*: La estimulación cognitiva puede enlentecer la progresión de deterioro cognitivo en las personas mayores.
- ✓ *Ejercicio físico*: Se ha demostrado que la práctica de ejercicios psicomotores, unidas a las actividades físicas y estimulación cognitiva benefician a la persona afectada por DCL y también en las fases leves de demencia.

- ✓ *Dieta y estilos de vida mediterráneos*: Estas dietas han traído resultados óptimos, debido a que reducen tanto la incidencia en el DCL como con la conversión de DCL a enfermedad de Alzheimer (Olivera-Pueyo & Pelegrín-Valero, 2015).
  
- ✓ *Prevención y control de los factores de riesgo vascular*
  - Hipertensión arterial: El riesgo de sufrir demencia puede disminuir en los pacientes tratados con antihipertensivos.
  
  - Diabetes: Un control adecuado en los niveles de glucosa en la sangre puede disminuir la incidencia en DCL y demencia a lo largo de los años.
  
  - Tabaco: Las personas fumadoras, así como fumadoras pasivas presentan mayor probabilidad de sufrir demencia con el pasar de los años.

#### **4.3.2.2. Enfermedad de Alzheimer**

La EA es la enfermedad neurodegenerativa más común y la principal causa de demencia en Europa. La EA es un síndrome que se caracteriza por el deterioro en las funciones cognitivas, que en su gran parte afecta habitualmente a la memoria y al menos otro dominio cognitivo, como el lenguaje, el reconocimiento de lo que se percibe a través de los sentidos, o la capacidad para realizar movimientos coordinados en un acto voluntario, o la capacidad ejecutiva, afectan al desarrollo de las actividades de la vida cotidiana (Molinuevo, 2007).

Según Vasconcelos (1990), la enfermedad de Alzheimer se divide en tres etapas.

*Inicial*: Presencia de sintomatología leve, la persona mantiene su autonomía y requiere de supervisión para la ejecución de actividades complejas.

*Intermedia*: Presencia de sintomatología moderada, la persona no puede realizar las actividades de la vida diaria por lo que depende de un cuidador.

*Terminal*: La persona es totalmente dependiente.

Al ser una patología neurodegenerativa de curso progresivo no existe una cura conocida hasta el día, por ello, los tratamientos se basan en mejorar la calidad de vida de la persona afectada y a través de fármacos anticolinesterásicos que ayudan a retrasar el progreso de la enfermedad. De igual manera, el apoyo del grupo primario y la práctica de actividades que ayudan a estimular las funciones cognitivas cumplen un rol fundamental (Vasconcelos, 1990).

#### **4.3.2.3. Enfermedad de Parkinson**

La EP es la segunda enfermedad neurodegenerativa más común a nivel mundial en adultos mayores. Se caracteriza por la pérdida gradual de neuronas dopaminérgicas en la sustancia nigra pars del mesencéfalo y en algunos casos la aparición de cuerpos de Lewy que son la marca anatomopatológica de la enfermedad (Valadez-Barba et al., 2021).

Los síntomas más comunes que presentan las personas afectadas por esta patología son problemas con el equilibrio, rigidez y temblor que aparece durante el reposo (Chana, P; Albuquerque, 2010).

En la actualidad no se dispone de un tratamiento curativo para las personas que padecen Parkinson. La medicación, se centra en reestablecer el contenido de dopamina en el cerebro con el objetivo de mejorar los síntomas y la calidad de vida. Entre los fármacos más usados son: Agonistas de dopamina, anticolinérgicos, amantadina, inhibidores de la MAO-B/COMT y los precursores de la dopamina (*Sanitas.Es*, 2021).

De la misma manera, existen tratamientos que tienen como principal objetivo mejorar la autonomía e independencia, que les permita afrontar de mejor manera el día a día, entre los más comunes tenemos: Fisioterapia, logopedia, terapia ocupacional, psicoterapia.

#### **4.3.2.4. Esclerosis Lateral Amiotrófica**

La Esclerosis Lateral Amiotrófica es una enfermedad neurodegenerativa de carácter progresivo, la misma que resulta de la degeneración de las neuronas medulares, bulbares y corticales (Bucheli et al., 2015).

La ELA se presenta en cada persona de diferente manera, pero su inicio más común comienza en las manos, los pies o las extremidades y posteriormente se extiende

a otras partes del cuerpo. A medida que la enfermedad se agrava y las neuronas se destruyen, los músculos se debilitan. Con el tiempo, esto afecta a la respiración, la deglución, el habla y la masticación. La Esclerosis Lateral Amiotrófica deteriora gradualmente las neuronas motoras lo que con el pasar del tiempo hace que mueran. Las neuronas motoras se extienden dando su inicio en el cerebro hasta la médula espinal y posteriormente con los músculos de todo el cuerpo (*MAYO CLINIC*, 2021).

La ELA es una enfermedad de curso progresivo que hasta la actualidad no tiene cura, existen algunos fármacos han resultado eficaces para frenar su evolución (como el riluzole). La adaptación al entorno de la persona afectada con esta enfermedad requiere de una atención integral del equipo multidisciplinario que ayude a afrontar de mejor manera la enfermedad (Castro-Rodríguez et al., 2021).

#### **4.4. Autonomía y dependencia en el adulto mayor**

En la actualidad se relaciona la ancianidad con la dependencia, Al ser factores que se encuentran ligados se debería conocer su significado. Para Hopkins y Smith, la autonomía es el derecho de un sujeto a autodeterminarse; a ser autosuficiente en la ejecución y el desarrollo de las decisiones acerca de la propia vida. En cambio, que, una definición de dependencia se deriva del estado de carácter indeleble en que se encuentran las personas que, por razones procedentes de la edad, la enfermedad o la variedad funcional, y combinadas a la falta o la pérdida de autonomía física mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas para realizar las actividades de la vida diaria, del trabajo, de la educación y del ocio (Planella, 2012).

##### **4.4.1. Autonomía personal y funcionamiento cognitivo en el adulto mayor**

En la investigación realizada por Sève-Ferrieu (2017), cita a Le Gall M, quien define a la autonomía como “Un proceso interactivo de adaptación recíproca de la persona con su ambiente en sentido amplio, basado en respuestas en términos de acción (control, decisión, organización, planificación) y de comportamiento frente a cuestiones multifactoriales, generadas por y en el sistema ambiental del individuo”. De igual manera abordando un punto de vista puramente funcional, en un estudio Kagan (2016), la detalla como la facultad que tiene una persona para efectuar por sí sola los actos de la vida cotidiana, con un objetivo de seguridad y de satisfacción de las necesidades.

La función cognitiva de un sujeto tiene como producto el funcionamiento global del pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas que son diferentes áreas intelectuales. El funcionamiento global de los procesos cognitivos sufre diferentes alteraciones de acuerdo a la edad. Para algunas personas el envejecimiento se da de forma exitosa pues sus funciones cognitivas se mantienen conservadas mientras que para la mayoría son frecuentes las variaciones en las esferas cognitivas y se dificultan procesos como el aprendizaje de información nueva y la ejecución de movimientos motores rápidos, sin embargo condiciones como la enfermedad de Alzheimer son las que producen un deterioro en el funcionamiento cognitivo más significativo (Altamirano et al., 2017).

Según Bortz citado en Molina et al. (2011), la disminución del rendimiento cognitivo en el envejecimiento se manifiesta porque el sujeto, por un lado, es menos estimulado por el ambiente en el que se desarrolla y, además, se involucra menos en actividades cognitivas que requieren de mayor esfuerzo debido a que estas actividades son inapropiadas para su edad y se atribuye una menor competencia para ellas, dejando de utilizar determinadas habilidades cognitivas, lo que produce menor funcionamiento cognitivo.

El deterioro en la funcionalidad de los adultos mayores es bastante común en la actualidad, donde se manifiestan causas que predisponen la aparición del mismo, como son los cambios que tiene relación con los factores sociales, la edad y las patologías; alrededor del 25% de los pacientes adultos mayores de 65 años de edad necesitan ayuda para la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD): vestirse, continencia, alimentarse, trasladarse, bañarse y asearse, igualmente para actividades de refuerzo en la vida diaria: cocinar, compras, cocinar, utilizar el teléfono, manejo del dinero, toma de medicamentos, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa. En cambio, el 50% de los pacientes mayores de 85 años de edad requieren ayuda de otra persona para cumplir con las AIVD (Segovia, Hernandez, 2011).

La capacidad funcional está ligada también al género, se ha visto que los adultos mayores hombres reconocen sus limitaciones y son conscientes de las dificultades que la soledad representa (realización de las actividades diarias), llegando a manifestar más necesidad de encontrar una pareja para evitar la ejecución de las actividades cotidianas,

este no es el caso de las mujeres, quienes están más capacitadas para cuidarse así y por ende no tendrían ninguna complicación de vivir solas. Los hombres presentan más dependencia en las actividades que se encuentran estrechamente ligadas con el hogar, y las mujeres en la utilización del transporte y del dinero (Gallo, 2011).

Una investigación realizada a roedores en España (Arranz et al., 2009), detalla que el aislamiento social es un factor determinante al momento de desenvolverse con normalidad en ambientes nuevos o potencialmente angiogénicos, que las personas que siguen viviendo en comunidad y desarrollando actividades de la vida diaria. Esto genera en los individuos que presenten altos niveles de ansiedad y menor supervivencia, lo que exacerba la involución mental e inmutaría provocando alteraciones en el neurocognitivas.

Existe una investigación realizada en España por Rojas Ocaña et al., (2006), en la que se identifican factores como la en la mayor parte de adultos mayores institucionalizados e incluso en quienes ingresan aun con situación cognitiva normal, factores como la disminución de la capacidad cognitiva, apatía y disminución de la autonomía.

#### **4.4.2. Autonomía y calidad de vida**

Diversos componentes y variables biopsicosociales se han relacionado con la calidad de vida del adulto mayor, entre estos el bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud en general y estado de salud mental y física.(Urzúa et al., 2011). La calidad de vida se encuentra ligada a factores como: si la alimentación es defectuosa, el entorno se encuentra contaminado y el estrés del día a día es influyente para poder subsistir, todos esos factores pueden predisponer que la persona envejezca mucho más rápido, a comparación de una que goza de una calidad de vida digna” (Gomez, & Toro, 2020).

#### **4.4.3. Institucionalización en el adulto mayor**

En su investigación Cifuentes (2005), cita la definición de la Reunión Regional de la Sociedad Civil Sobre Envejecimiento en Santiago de Chile como “todo aquel lugar donde residen grupos de personas que están separadas de la sociedad, comparten una situación común y en el cual transcurre una parte de su vida en régimen cerrado y formalmente administrado”.

#### ***4.4.3.1. Impactos de la institucionalización***

Una alternativa para combatir el abandono del adulto mayor es la institucionalización del mismo, que viene a solventar la protección social del adulto mayor.

En su investigación Guevara-peña (2016), menciona aspectos que pueden influir en la institucionalización del adulto mayor, así como alternativas para evitar el mismo.

#### ***4.4.3.2. Antes de la institucionalización***

Los aspectos más comunes que los adultos mayores presentan antes de ser institucionalizados son: trabajos informales en las calles, sufren abandono familiar, carencia de recursos económicos, presencia de enfermedades que afectan su calidad de vida, consumo problemático de sustancias psicoactivas.

#### ***4.4.3.3. Durante la institucionalización***

El proceso de adaptación para los adultos mayores es dificultoso, implica cambios en las relaciones sociales, intereses personales, ausencia en muchos de los casos del contacto con sus familiares por exigencias en las normas de la institución. De esta manera es como los adultos mayores pierden el interés por realizar actividades diarias tales como: cocinar, lavar, barrer, salir con amigos, etc., que son negados en la mayoría de lugares de este tipo por las exigencias que el centro residencial exige y que pueda comprometer alguna lesión por parte del adulto mayor.

#### ***4.4.3.4. Alternativas a la institucionalización***

Lo más idóneo es que al agotar los recursos y herramientas una última opción para resolver una situación de vulneración de derechos en ellos, sea la institucionalización, y eso se puede prever trabajando en políticas de salud públicas que beneficien y prioricen el cuidado y la atención de este grupo de edad donde se promueva la búsqueda de la familia del afectado y puedan brindarle el cuidado necesario, inserción en diversos servicios sociales (Proyectos sociales, comedores comunitarios, centros diurnos, etc.,). Se ha demostrado que la participación social es un factor protector para evitar la institucionalización.

Otro factor determinante según Alves (2013), es el rechazo que existe entre las personas sanas con los adultos mayores que presentan algún tipo de deterioro, lo que en algunos casos lleva a la selección y posterior división por plantas o secciones conforme a su estado de salud. También hace énfasis que se ha visto muy común que las relaciones más asertivas que los usuarios presentan son las que tienen con el personal cuidador, no así con su grupo de pares, debido a las diferencias no solo en su estado cognoscitivo, sino también con sus intereses del centro.

#### **4.5. Envejecimiento activo**

Havighurst fue el primero en utilizar el concepto de envejecimiento activo en 1961, la define en términos de satisfacción y felicidad; es decir, que las personas que presentan envejecimiento con éxito se sienten satisfechas con sí mismos y con el entorno que los rodea, al mismo tiempo son activas, independientes y son autosuficientes. (Petretto et al., 2016). De la misma manera, Rowe (1998), clasifica al envejecimiento exitoso en 3 componentes: un alto compromiso con la vida, un alto funcionamiento cognitivo y físico, y una baja probabilidad de enfermar y de presentar discapacidad. Estos 3 componentes se encuentran estrechamente vinculados entre sí de forma jerárquica.

Según Martín Lesende et al., (2007), para potenciar el envejecimiento activo desde un punto de vista sanitario se requiere de diversos determinantes.

##### **1. Tener una buena salud**

Para ello se requiere trabajar en actividades de promoción, prevención secundaria y terciaria que promuevan la calidad de vida en todas las personas, específicamente en los adultos mayores.

##### **2. Tener buen funcionamiento físico**

El practicar ejercicios de manera constante resulta beneficioso a la hora de contribuir un desarrollo más sano y, por ende, se promueva un envejecimiento exitoso.

##### **3. Tener un buen funcionamiento mental**

Mientras más activas conservemos las destrezas cognitivas y de aprendizaje, obtendremos un rendimiento más óptimo durante mayor tiempo. Para esto es fundamental

enfocar en diversos frentes, los mismos que pueden ser: trabajar en actividades de estimulación cognitiva que ayude a mantener y agilizar nuestras habilidades mentales, programas de prevención, promoción y detección temprana de problemas de salud mental (p. ej., estados ansiosos), abordar alteraciones, sustancias psicoactivas (como el consumo problemático de tabaco) y factores asociados con la medicación que pueden asociarse con el deterioro cognitivo.

#### **4. Ser independiente y autónomo**

Potenciar los aspectos de movilidad, habilidades físicas, disminución de riesgos. fisioterapia, terapia ocupacional, son algunas de las principales que fortalecen la independencia y autonomía en la persona.

#### **5. Vinculación y participación social**

Además de continuar siendo activo físicamente, es importante permanecer social y mentalmente activo, ejecutando actividades recreativas, desenvolviéndose en labores con carácter voluntario o remuneradas, siendo eje principal en actividades culturales, sociales y educativas, que potencien un sistema de inclusión donde la participación social sea de gran ayuda en las comunidades.

### **4.6. Intervención Neuropsicológica y terapias no farmacológicas**

#### **4.6.1. Rehabilitación Neuropsicológica**

La rehabilitación neuropsicológica según Barbara Wilson citada en Vázquez, (2019) es definida como un proceso de trabajo integral de los profesionales de salud mental con las personas que tienen daño cerebral para lograr aliviar los déficits cognitivos que se pueden presentar tras una afección neurológica.

La población de adultos mayores demanda de un proceso de atención relevante, no solo de tipo asistencial que incluye el cuidado corporal y de la salud, sino de una intervención especializada e integral, que se desarrolle a través de diseños de programas neuropsicológicos que potencien la calidad de vida de las personas en cada uno de sus procesos cognitivos. En una investigación realizada por Palacios (2016), se comprueba que, la capacidad de procesamiento cognitivo está fundamentalmente afectada en los adultos mayores por lo tanto, se relaciona directamente con los procesos cognitivos

principalmente con la creatividad y el lenguaje expresivo, es por esto que, es muy importante la realización de programas de estimulación con énfasis en la creatividad, que se lleven a cabo en el comienzo de la edad adulta, pues según los resultados de esta investigación mientras el individuo tenga mayor actividad a nivel motor, cognitivo y social, existe menor deterioro cognitivo que hace parte de la edad.

Los adultos mayores presentan una mayor capacidad de reserva, la cual es llamada plasticidad cerebral, motivo por el cual se han diseñado diversos programas para que una vez detectado el deterioro cognitivo se pueda actuar para mejorar o prevenir un daño mayor (Araujo et al., 2010).

En un estudio realizado por K Ball, DB Berch, y col, citado en Garamendi et. al (2010), el cual fue publicado en el año 2002, con 2,832 pacientes de 65 a 94 años donde se tenían como principal estrategia el entrenamiento cognitivo y el mejoramiento de las habilidades mentales, enfocado en el funcionamiento de la cotidianidad de los adultos mayores, los resultados demuestran la efectividad y durabilidad del entrenamiento en el área cognitiva estudiada. En cuanto a las intervenciones cognitivas, Arroyo-Anlló (2003) realizó una revisión sobre los tres tipos de intervención de rehabilitación neuropsicológica en función del grado de deterioro cognitivo que se observa en personas mayores de 65 años, y son: animación gerontológica, rehabilitación o readaptación neuropsicológica y estimulación psico-cognitiva.

Las intervenciones cognitivas en general están divididas en tres tipos principales las cuales pueden aplicarse tanto a personas sanas como a personas con deterioro cognitivo y son: estimulación cognitiva, entrenamiento cognitivo y rehabilitación cognitiva (Toribio-Guzmán et al., 2018).

La estimulación cognitiva vislumbra la participación en una serie de actividades grupales para la estimulación del funcionamiento cognitivo y social general, de una manera inespecífica se basa en actividades gratificantes que permiten el desarrollo del pensamiento, la concentración y la memoria (Woods, Aguirre, Spector y Orrell, 2012, citado en Vázquez, 2019). El entrenamiento cognitivo toma un enfoque más delimitado y centrado que consiste en ilustrar a los pacientes en estrategias y habilidades que permitan mejorar las funciones cognitivas específicas. Generalmente implica una práctica orientada sobre un conjunto de tareas estandarizadas diseñadas para ocuparse de la

memoria, atención o resolución de problemas que son funciones cognitivas particulares (Bahar-Fuchs, Clare y Woods, 2013, citado en Vázquez, 2019).

En cambio, la rehabilitación cognitiva detalla el uso de diferentes estrategias de intervención, siempre y cuando permita a los pacientes y a sus familias manejar los déficits cognitivos que se presenten (Clare et al., 2003, citado en Vázquez, 2019), con el fin de mejorar el funcionamiento y la autonomía en las actividades cotidianas de la vida diaria. Los objetivos a abordar en la rehabilitación cognitiva son afrontados por el paciente, sus cuidadores y el profesional de salud mental que se encarga de la identificación y la definición de las estrategias, por las cuales estará compuesto el tratamiento.

#### **4.6.2. Terapias no Farmacológicas**

Se entiende como terapias no farmacológicas a las intervenciones realizadas en ausencia de fármacos, que están teóricamente sustentadas, cuyo proceso y resultados pueden repetirse, y están dirigidas a personas que padecen deterioro cognitivo y sus cuidadores, con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los pacientes y las personas que los rodean. Es indispensable una buena valoración cognitiva, adicional a esto tener una idea de los hobbies, aficiones, pasatiempos y preferencias de las personas que padecen esta enfermedad resulta útil para desarrollar motivación y estimular su participación en diversas actividades encaminadas a optimizar el rendimiento productivo y el descubrimiento de las áreas cognitivas que se encuentran en buen funcionamiento (Arriola et al., 2017). Existen diversas terapias no farmacológicas que se describen a continuación:

- **Reminiscencia:** Terapia basada en elaboraciones ya sean cognitivas o afectivas a partir de acontecimientos vividos en el pasado, recuerdos con carga emocional o experiencias.
- **Musicoterapia:** Es un proceso sistemático de intervención que se fundamenta en la utilización de experiencias musicales. Básicamente consiste en comunicar las emociones a través de la música, promoviendo y facilitando el cambio terapéutico en el paciente. La terapia con música permite cambios en el ámbito cognitivo-emocional, psicofisiológico,

espiritual y social. En cuanto a los resultados de trabajar con musicoterapia, varios terapeutas señalan entre los más relevantes: la disminución de la agitación, el estrés y la depresión, a la vez que beneficia y aumenta la relajación y la respuesta emocional positiva en los pacientes con demencia; mejorando la movilidad, marcha, en aspectos motores, mientras que facilita la comunicación y la afectividad a nivel cognitivo (Sánchez et al., 2017).

- **Apoyo y psicoterapia:** En cuanto a psicoterapia, las intervenciones cognitivo-conductual han demostrado tener mayor eficacia en el tratamiento del deterioro cognitivo, además de mejorar la capacidad del paciente en la toma de decisiones, capacidad de afrontamiento y resolución de problemas (Arriola et al., 2017). En un estudio realizado a adultos mayores bajo tratamiento médico por elevación de la presión arterial se encontró que los niveles de presión sistólica y diastólica disminuyeron después de la aplicación de las técnicas cognitivo-conductuales, algunas de las intervenciones aplicadas fueron: relajación y respiración, reestructuración cognitiva, psicoeducación, indicadas en el manejo de depresión, ansiedad, estrés y hábitos conductuales que ayudaron en la regulación de la actividad del sistema nervioso simpático, y por lo tanto en la disminución de la presión arterial (Rodríguez Uribe et al., 2010).
- **Intervenciones sensoriales:** Se usan los estímulos del medio dirigidos a los cinco sentidos, con la finalidad de favorecer y mejorar las operaciones cognitivas, y en su defecto optimizar la afectividad o la conducta.
- **Ejercicio físico:** la realización de ejercicio de forma regular ayuda a potenciar la movilidad, además de producir innumerables beneficios, entre los que podemos destacar: disminución de la frecuencia cardíaca, disminución del trabajo respiratorio, mejora en los patrones del sueño, disminución de la ansiedad y depresión, ayudando a conservar una adecuada salud mental, y mayor fuerza vital y física. En un estudio realizado por Roig Hechavarría se concluyó que los adultos mayores que

realizaron ejercicios, asistiendo a la casa de abuelos del municipio de Holguín, en su mayoría no presentaron deterioro cognitivo ni alteraciones psicoafectivas (Ginarte Paúl & Santiesteban Molina, 2012).

- **Arteterapia:** Es una disciplina de intervención terapéutica, donde se promueve la creación de obras artísticas orientadas a producir un cambio psicológico en el paciente y aliviar posibles conflictos internos, mediante la pintura, el teatro y demás manifestaciones artísticas. Es una terapia no invasiva en la cual, el paciente puede entrar en contacto consigo mismo, a través del conocimiento, exploración e interpretación del contenido de su inconsciente, y empezar a reconocer sus pensamientos, sentimientos y emociones a través de la creatividad (marge a, 2019).
- **Orientación a la realidad:** Se trata de un conjunto de técnicas a través de las cuales se maneja la orientación de la persona para que tome conciencia de su situación en el tiempo (orientación temporal), en el espacio (orientación espacial) y respecto a su propia persona (orientación personal).
- **Nuevas tecnologías:** Las nuevas tecnologías se suman al tratamiento del deterioro cognitivo. El desarrollo y trabajo con programas de estimulación cerebral a través de los dispositivos electrónicos como el computador, celulares, tablets. Programas como Grador, Smart Braino Imentia, disponen de un apoyo empírico discreto, aunque aún no se ha podido demostrar efectividad plena en situaciones y con pacientes de deterioro cognitivo leve.

## **5. Metodología**

### **5.1. Tipo de estudio**

Se realizó un estudio de tipo descriptivo-correlacional, con enfoque cuantitativo-cualitativo de tipo no experimental con corte transversal.

### **5.2. Universo y muestra**

El universo de la investigación estuvo conformado por 43 adultos mayores que residían en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de amor” del Sector Ceibopamba de la parroquia Malacatos.

Se utilizó un muestreo de tipo probabilístico, conformado por 30 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, los cuales se detallan a continuación:

#### **5.2.1. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores legamente institucionalizados en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de Amor”.
- Adultos mayores que tengan entre 65-85 años de edad.

#### **5.2.2. Criterios de exclusión**

- Adultos mayores que presenten graves alteraciones en la comunicación.
- Adultos mayores que posean grave deterioro cognitivo y físico.
- Adultos mayores que tengan edades (menores a 65 años y mayores a 85).
- Adultos mayores que no deseen participar de la investigación.
- Adultos mayores que respondan a los reactivos psicológicos de manera inconclusa.

### **5.3. Técnicas e instrumentos**

Para la recolección de información, debido a la emergencia sanitaria se emplearon todas las medidas de bioseguridad para la aplicación de los reactivos psicológicos. Se inició con una planificación y entrevista previa para reconocer el lugar y la población a estudiar. La aplicación de los test se realizó en espacios que reunían las condiciones

apropiadas, como luz adecuada, libre de interrupciones, para que los adultos mayores dieran respuesta al mismo. Los instrumentos aplicados para la obtención de información, fueron los siguientes:

### **5.3.1. Test Neurospi – Batería Neuropsicológica breve en español**

Esta encuesta fue elaborada en la Ciudad de México en 1999 por Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli. El test Neurospi consiste en una serie de test consignados a valorar el funcionamiento cognitivo y global. Incluye test de funciones ejecutivas, atención, visuoespacialidad, lenguaje, viso-percepción, orientación, memoria. Es una evaluación que permite descubrir trastornos cognitivos en una población de un amplio rango de edad. La prueba consta de 8 escalas que evalúan diversos factores cognitivos. Una de las fortalezas de la evaluación radica en que permite evaluar población que no haya sido escolarizada (Burin, Drake, & Harris, 2007).

El puntaje total del test es de 130 puntos y las categorías cualitativas y las categorías cuantitativas de valoración normal son: normal, alteración leve, moderada y grave. La administración de la prueba dura aproximadamente entre 25 y 30 min (Ostrosky-Solís, Ardila, & Rosselli, 1998).

### **5.3.2. Índice de Barthel Escala (IB).**

Sus autores son: Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. El índice de Barthel (IB) es una herramienta que mide la capacidad de un individuo para desarrollar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como elementales, obteniéndose una apreciación cuantitativa de su nivel de independencia.

Es una escala heteroadministrada. El tiempo de aplicación de la evaluación dura aproximadamente unos 5 minutos, y la obtención de la información es de manera directa a través de la observación y/o mediante el interrogatorio al paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, la información se obtendría mediante su cuidador o familiares.

## **5.4. Procedimiento**

Con la finalidad de dar el cumplimiento a los objetivos planteados de la investigación se cumplieron las siguientes etapas de desarrollo:

#### **5.4.1. Primera etapa**

Se realizó una búsqueda bibliográfica que complementa el proyecto de investigación con respecto a marco teórico, metodología, instrumentos, recogiendo las sugerencias, evidenciando la viabilidad y dar paso a su desarrollo previo a la aceptación y aprobación.

#### **5.4.2. Segunda etapa**

Una vez aprobado se procedió al acercamiento a las autoridades de la institución presentando un oficio en el que se solicitó la lista de adultos mayores que residen en el Centro Geriátrico, así como autorización para la aplicación de instrumentos en horas laborables. El día 29 de septiembre del 2021 mediante oficio la Viceprefecta de la Provincia de Loja autorizó la entrega de información solicitada.

#### **5.4.3. Tercera etapa**

Para la coordinación y desarrollo de la recolección de información se adaptó los instrumentos escogidos de forma física. Se hizo el acercamiento de forma presencial en la Sala de Eventos del Centro Geriátrico, en donde se socializó la investigación que se iba a realizar tanto con el personal laboral como con los adultos mayores, la recolección de la información se elaboró entre los días 04 de octubre al 29 de octubre del 2021 por medio de aplicación de reactivos psicológicos de manera presencial.

#### **5.4.4. Cuarta etapa**

Luego de haber recolectado la información se procedió a la organización, calificación, revisión, tabulación y análisis estadísticos de los resultados obtenidos. La organización, calificación y revisión se la realizó por medio de Excel 2019 y el análisis estadístico se llevó a cabo por medio del programa informático IBM SPSS Statistics versión 25. Para llevar a cabo este proceso se desarrolló de la siguiente manera:

- Agrupamiento de casos en una matriz única y revisión de variables en el programa Excel 2019.
- Traspaso de los datos en una matriz de todos los casos recolectados al programa IBM SPSS Statistics 25.
- Pruebas paramétricas, operaciones de estadística descriptiva como tablas de frecuencias, histogramas y curvas de distribución normal.

- Operaciones de correlación entre variables para la que se usó el procedimiento chi-cuadrado para variables paramétricas.

#### **5.4.5. Quinta etapa**

Se elaboró tablas y gráficos de los resultados, así como la interpretación y análisis correspondiente de cada uno de los objetivos, además, el desarrollo de la discusión, conclusiones, recomendaciones y estructura del informe final. Para estas actividades se utilizó el programa Word 2019, luego de ser revisada y aprobada por la Tutora de Tesis la cual emite la certificación se procede a la presentación formal en Dirección de la Investigación.

#### **5.4.6. Sexta Etapa**

Se realizó un taller de socialización de resultados en el lugar de investigación con el personal laboral, así como con los actores principales de dicha investigación.

## 6. Resultados

**Objetivo 1:** Evaluar el funcionamiento cognitivo mediante la aplicación del instrumento de Evaluación Neuropsicológica Neuropsi en la población estudiada.

Tabla Nro. 1

***Funcionamiento cognitivo de los Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Sector Ceibopamba.***

<b>Nivel de funcionamiento cognitivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Normal</b>	7	23,3%
<b>Deterioro Leve</b>	8	26,7%
<b>Deterioro Moderado</b>	9	30,0%
<b>Deterioro Severo</b>	6	20,0%
<b>Total</b>	30	100%

*Fuente: Evaluación Neuropsicológica Neuropsi aplicada a los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Sector Ceibopamba.*

*Elaboración: Carlos Hidalgo*

### **Análisis e interpretación**

En cuanto a la prevalencia de funcionamiento cognitivo, 9 adultos mayores que representan el 30,0% de la muestra presentaron deterioro moderado, 8 adultos mayores que equivalen al 26,7% de la muestra presentaron un nivel de deterioro leve, 7 adultos mayores que representan el 23,3% de la muestra presentaron capacidad cognoscitiva normal y 6 adultos mayores que representan el 20,0% de la muestra presentan deterioro severo en su funcionamiento cognitivo.

Se evidenció que el mayor número de evaluados, representando un 30% de la población total, presentaron un deterioro cognitivo moderado, mientras que el 26,7% manifestaron un deterioro cognitivo leve.

**Objetivo 2:** Evaluar la autonomía personal mediante la aplicación del Índice de Barthel en la población estudiada.

Tabla Nro. 2

***Autonomía Personal los Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Sector Ceibopamba.***

<b>Nivel de funcionamiento cognitivo</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Dependencia Total</b>	0	0%
<b>Dependencia Severa</b>	0	0%
<b>Dependencia Moderada</b>	19	63,3%
<b>Dependencia Escasa</b>	5	16,7%
<b>Independencia</b>	6	20,0%
<b>Independencia (Uso de silla de ruedas)</b>	0	0%
<b>Total</b>	30	100%

*Fuente: Índice de Barthel aplicada a los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Sector Ceibopamba.*

*Elaboración: Carlos Hidalgo*

**Análisis e interpretación**

En cuanto a la prevalencia de la autonomía personal, 19 adultos mayores que representan el 63,3% de la muestra presentaron dependencia moderada, 6 adultos mayores que equivalen al 20,0% de la muestra presentaron independencia, 5 adultos mayores que representan el 16,7% de la muestra presentaron dependencia escasa al momento de realizar actividades diarias.

Se evidenció que el mayor número de adultos mayores que representa el 63,3% presentó dependencia moderada, seguido de un 16,7 % de los evaluados que presentaron una dependencia escasa al realizar sus actividades diarias

Tabla 3.

**Tabla cruzada entre variables funcionamiento cognitivo y autonomía los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Sector Ceibopamba.**

		Autonomía						Total
		Dependencia Total	Dependencia Escasa	Dependencia Moderada	Dependencia Severa	Independencia	Independencia (Uso de silla de ruedas)	
<b>Funcionalidad</b>	Normal	0	1	2	0	4	0	7
	Deterioro Leve	0	3	5	0	0	0	8
	Deterioro Moderado	0	1	6	0	2	0	9
	Deterioro Severo	0	0	6	0	0	0	6
Total		0	5	19	0	6	0	30
			16,7 %	63,3 %	0 %	20,0 %	0 %	100 %

*Fuente: Evaluación Neuropsicológica Neuropsi y el Índice de Barthel en función del funcionamiento cognitivo y la autonomía de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Sector Ceibopamba.*

*Elaboración: Carlos Hidalgo*

### **Análisis e interpretación**

En cuanto a los resultados obtenidos en la tabla cruzada entre las variables funcionamiento cognitivo y la autonomía personal se encuentra los siguientes resultados:

De los 7 adultos mayores que presentaron capacidad cognoscitiva normal, 4 presentaron independencia lo que representa a más de la mitad de los adultos mayores tienen autonomía para realizar actividades diarias, 2 dependencia moderada, y el otro restante presentó dependencia escasa.

De los 8 adultos mayores que presentaron un deterioro cognoscitivo leve, 5 presentaron dependencia moderada, y los 3 restantes presentaron dependencia escasa.

De los 9 adultos mayores que presentaron un deterioro cognoscitivo moderado, 6 presentaron dependencia moderada, 2 presentaron independencia y el otro restante dependencia escasa.

De los 6 adultos mayores que presentaron un deterioro severo, todos presentaron dependencia moderada para realizar actividades diarias.

Estas distribuciones indican la presencia de un patrón identificable dentro de estas variables, por lo tanto, se confirma la hipótesis de una relación entre ellas.

Tabla 4.

***Prueba de Chi-cuadrado entre funcionamiento cognitivo y autonomía personal***

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
<b>Chi-cuadrado de Pearson</b>	13,551 <sup>a</sup>	6	0,035
<b>Razón de verosimilitud</b>	15,347	6	0,018
<b>Asociación lineal por lineal</b>	6,372	1	0,012
<b>N de casos válidos</b>	30		

*Fuente: Evaluación Neuropsicológica Neuropsi y el Índice de Barthel en función del funcionamiento cognitivo y la autonomía de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Sector Ceibopamba.  
Elaboración: Carlos Hidalgo*

**Análisis e interpretación**

Debido a que se está usando un coeficiente de confianza de 95%, el nivel de significancia es 5 % (0,05); como la significancia asintótica bilateral es 0,035 menor que 0,05, por lo que se comprueba la relación estadística significativa entre el funcionamiento cognitivo y la autonomía personal.

## 7. Discusión

En cuanto al primer objetivo se utilizó la batería neuropsicológica Neuropsi para obtener información sobre el estado cognoscitivo de las personas mayores sanas.

Considerando la evaluación del funcionamiento cognitivo empleada, nos centramos en las puntuaciones obtenidas, indicando que, de nuestra muestra, un poco de las tres cuartas partes de la población evaluada (76,7%) presenta algún tipo de deterioro cognitivo ya sea leve, moderado o grave, siendo el deterioro moderado el predominante entre los evaluados. Y la población que no presenta deterioro cognitivo son el (23,3%) que representan a 8 sujetos de la muestra evaluada. Estos resultados coinciden con los reportados por Pérez et al., (2018), de un total de 59 adultos mayores institucionalizados el 76 % se encuentra con deterioro cognitivo y un 24% sin deterioro cognitivo. De forma similar en otro estudio realizado a 30 adultos mayores institucionalizados en Nicaragua por Tercero Rivera, (2021), se comprobó que el 85 % de la población evaluada presenta algún tipo de deterioro cognitivo, y en algunos casos alcanzan la condición de discapacidad. En contraste a los resultados obtenidos en nuestra investigación se desarrolló un estudio en Ecuador por Castro & Montoya (2019), con una muestra de 24 adultos mayores residentes en un centro integral de adulto mayor, en el que se obtuvo como resultado 16 adultos mayores sin deterioro cognitivo, 6 con deterioro cognitivo leve y sólo una persona con deterioro cognitivo severo, difiriendo significativamente de esta investigación ya que la proporción de población con deterioro cognitivo fue relativamente menor que la sana, esto puede deberse ya que en dicha investigación presentaban escolaridad entre media y alta, a diferencia de la nuestra donde predominó la baja

Al ser una investigación probabilística, se evaluó tanto a hombres como a mujeres, siendo el sexo masculino el de mayor número de participantes ocupando el 63,3% que equivale a 19 usuarios de toda nuestra muestra evaluada, y del sexo femenino engloba el 36,7% equivalente a 11 usuarios del total de la población evaluada. Se correlacionó ambos tipos de población con la variable del funcionamiento cognitivo mediante la prueba estadística chi cuadrado cuyo resultado es 3,33 y ( $p > 0,05$ ), no se encontró significancia estadística. Del análisis de estos datos, se comprueba que el funcionamiento cognitivo y el sexo no guardan relación. Estos resultados son similares a los encontrados por Flores et al., (2020), donde se evaluó a 32 adultos mayores institucionalizados y se comprobó que no existe relación entre el estado cognitivo y el sexo. Este no es el caso de una investigación realizada en España (Álvarez Hernández & Sicilia Molina, 2007) , donde mencionan que ambas variables tanto sexo como

estado cognoscitivo guardan estrecha relación, pero se debe recalcar que el número de población fue de 15 veces más y que esto pudo influir en dichos resultados.

El factor socioeducativo es de suma importancia; de todos los sujetos que participaron en la investigación, se determinó que un poco menos de las tres cuartas partes de la muestra evaluada (73,3%), han tenido escolaridad deficiente, ya sea baja o nula, y que la parte restante (26,7%) presentó un nivel de escolaridad medio y alto, y mediante análisis estadísticos, no se observa relación significativa  $p > 0,05$  entre el estado cognoscitivo y el nivel de escolaridad. La literatura describe lo contrario, como es el caso de una investigación realizada en un Hospital Militar de Cuba por Samper et al., (2011) donde se menciona que ambas variables tanto funcionalidad cognoscitiva como escolaridad guardan estrecha relación. Al igual que este estudio y en diferentes otras investigaciones en términos generales siempre existe esta relación; en el caso de nuestro estudio la cantidad de la población pudo jugar un rol determinante en los resultados.

En cuanto al segundo objetivo se utilizó el índice de Barthel para obtener información acerca de autonomía personal en las actividades de la vida diaria.

Considerando la evaluación de la autonomía personal empleada, nos centramos en las puntuaciones obtenidas, indicando que, un poco más de las tres cuartas de la población evaluada (80%) presenta algún tipo de dependencia ya sea escasa o moderada, al momento de realizar actividades de la vida diaria. Siendo la dependencia moderada la más presente entre los participantes. La población que presentó independencia para ejecutar actividades cotidianas fueron el (20%) siendo un total de 6 sujetos de la muestra evaluada. Resultados que apoyan los datos registrados por Campo et al., (2019), se comprobó que de los 48 adultos mayores residentes en Centros de Bienestar de Floridablanca que participaron en la investigación, el 70 % presenta algún tipo de dependencia, siendo la dependencia moderada la más presente entre los participantes del estudio. De igual manera se encontró resultados similares en otro estudio realizado en Salamanca por Fernández, (2019), de una muestra de 101 adultos mayores institucionalizados, el 20 % presenta independencia, y la dependencia moderada es la más presente entre los participantes de la investigación. En contraste con nuestro estudio, en una investigación realizada en Colombia por Laguado et al., (2017), donde se evaluó a 60 adultos mayores institucionalizados, se determinó que el 26,9 % de la población evaluada presenta pérdida de la autonomía al momento de realizar actividades básicas de la vida diaria y el 24,6 % para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. De igual manera, en una

investigación realizada por Criollo (2019), se evaluó a 87 adultos mayores institucionalizados, comprobando que la mayor parte de la población evaluada son independientes y que tan solo el 34 % presenta dependencia leve a moderada.

Globalmente se evaluó la autonomía personal tanto en hombres como mujeres. Se correlacionó ambas variables mediante la prueba estadística chi cuadrado cuyo resultado es 1,29 y ( $p > 0,05$ ), no se encontró significancia estadística. De los análisis de los datos, se comprueba que la autonomía personal y el sexo no guardan relación. Este no es el caso de una investigación realizada en España por Álvarez y Hernández et al., (2012), donde se evaluó a 472 adultos mayores institucionalizados de ambos sexos, se determinó que existe estrecha relación entre la autonomía y el sexo, mencionaron que existen actividades como lavar y planchar donde existe un predominio por parte de las mujeres, pero esto puede deberse a un desconocimiento a la realización de estas actividades asociado al género masculino. De la misma manera, en un estudio realizado en España con adultos mayores residentes en un asilo por Sève-Ferrieu (2017), se determinó que los hombres son más dependientes que las mujeres, esto se debe a que las mujeres en gran parte han cumplido con el rol de cuidadoras gran parte de su vida. En otro estudio realizado en Colombia por Laguado et al., (2017), a 60 adultos mayores residentes en centros de bienestar, se determinó que el género femenino demuestra mayor autonomía funcional a diferencia con el género masculino que presentó mayor grado de dependencia.

En cuanto al tercer objetivo, se ha determinado la relación entre el funcionamiento cognitivo y la autonomía personal de los usuarios de nuestra muestra. Se correlacionó ambas variables mediante la prueba estadística chi cuadrado cuyo resultado es 13,59 y ( $p = 0,035$ ), se encontró significancia estadística. Se comprueba que la autonomía personal y la funcionalidad cognitiva guardan estrecha relación estadísticamente significativa, estos son resultados esperados ya que el ser humano para poder desarrollar asertivamente actividades de la vida diaria, necesita presentar niveles óptimos en su estado cognitivo. De igual forma en una investigación realizada en México por Duran-Badillo et al., (2020), donde se evaluó a 146 adultos mayores institucionalizados, se determinó que a menor función cognitiva es mayor la dependencia para realizar las actividades de la vida diaria. Asimismo, en una investigación realizada por Vallejo & Rodríguez (2010), en España a 55 adultos mayores institucionalizados sin presencia de patologías neurológicas y deterioro cognitivo severo, se comprobó que el aumento de la prevalencia del deterioro cognitivo y su repercusión en el nivel de independencia

y calidad de vida de los mayores institucionalizados justifica la necesidad de realizar diagnósticos tempranos, para iniciar, lo antes posible, programas de intervención dirigidos a retrasar la dependencia, potenciar las capacidades residuales y mejorar la calidad de vida de los mayores residentes. Estos resultados contrastan con una investigación realizada por Torregrosa et al., (2018), de un universo de 62 adultos mayores institucionalizados, se evaluó a 37 que cumplieron con los criterios de inclusión. Tras realizar el análisis de las variables como funcionamiento cognitivo y autonomía personal se comprobó que no existe relación significativa.

## **8. Conclusiones**

Una vez finalizadas las tareas investigativas y tomando como base los objetivos planteados se llega a concluir lo siguiente:

Se observó que un número considerable de adultos mayores que representa un poco más de los tres cuartos de la muestra aproximadamente presentó algún tipo de deterioro cognitivo ya sea leve, moderado y severo.

Se observó que un número considerable de adultos mayores que representa un poco más de los tres cuartos de la muestra aproximadamente presentan algún tipo de dependencia ya sea escasa, moderada y severa.

Existe relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la autonomía personal. A nivel funcional se pudo establecer una asociación entre la realización de actividades cotidianas e instrumentales de la vida diaria y la presencia de déficit cognitivo. Se identificó que mientras existía mayor nivel de deterioro cognitivo, se evidenciaba menor autonomía, sustentado en términos estadísticos. Además, se encontró que el deterioro cognitivo moderado y la dependencia moderada abarcan la mayor cantidad de relación.

## **9. Recomendaciones**

Se recomienda el desarrollo de talleres prácticos con enfoque en la estimulación cognitiva para adultos mayores donde se promueva un envejecimiento activo que mejore su calidad de vida de ellos, instando principalmente en su autonomía para la ejecución de las actividades del día a día.

Revisar y promover programas de envejecimiento saludable con un enfoque de prevención primaria, para así mejorar y mantener el mayor tiempo posible la funcionalidad de los adultos mayores, favoreciendo su independencia en todo lo relacionado a las AVD.

Se recomienda que en los diversos centros de atención al adulto mayor se desarrollen actividades que tengan como principal objetivo mejorar la autonomía personal y las capacidades cognitivas en los adultos mayores institucionalizados. A través de la incorporación de terapias no farmacológicas como: musicoterapia, apoyo y psicoterapia, intervenciones sensoriales, ejercicio físico, reminiscencia, arteterapia, orientación de la realidad y el uso de las nuevas tecnologías debido a la eficacia que tienen para desarrollar y estimular actividades encaminadas a optimizar el rendimiento productivo y el descubrimiento de las áreas cognitivas que se encuentran en buen funcionamiento

## 10. Bibliografía

- Alexander, J., & Alencastro, P. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 5(1), 140–164. [https://doi.org/10.37811/cl\\_rcm.v5i1.213](https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.213)
- Altamirano, N., Flores, H., Martínez, N., & Tercero, T. (2017). *Evaluación del grado de autonomía física y cognitiva en actividades de la vida diaria en adultos mayores residentes de hogares de anciano de la región del pacífico de Nicaragua, Octubre - febrero 2017*. 1–9.
- Álvarez-Hernández, J., Aguilar-Parra, J. M., & Mercader-Rubio, I. (2012). Cognición y autonomía en personas mayores dependientes. *Anales de Psicología*, 28(3), 946–953. <https://doi.org/10.6018/analesps.28.3.156191>
- Álvarez Hernández, J., & Sicilia Molina, M. (2007). Deterioro cognitivo y autonomía personal básica en personas mayores. *Anales de Psicología*, 23(2), 272–281.
- Álvarez, S. (2008). Temas de Medicina General Integral. In *salud familiar* (p. 127).
- Alves, R. (2013). *Institucionalización del adulto mayor: análisis de la experiencia subjetiva a partir de la creación de un taller literario*.
- Araujo, F. G., Adrián, D., Ruiz, D., Agustina, M., & Alemán, A. (2010). Cognitive training program in older adults. *Revista Mexicana de Medicina Física y Rehabilitación*, 22(1), 26–31.
- Ardila, A., Matute, E., & Rosselli, M. (2010). Neuropsicología del desarrollo infantil. In *El Manual Moderno*.
- Arranz, L., Giménez-Llort, L., De Castro, N. M., Baeza, I., & De La Fuente, M. (2009). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo, conductual e inmunitario. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 44(3), 137–142. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2008.12.001>
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López-Mogil, R., López-Trigo, J. A., Manzano, S., & Olazarán, J. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Documento de

- consenso. In *Sociedad Española de Geriátría y Gerontología*.  
[https://www.segg.es/media/descargas/Consenso\\_deteriorocognitivoleve.pdf](https://www.segg.es/media/descargas/Consenso_deteriorocognitivoleve.pdf)
- Benavides-Caro, D. C. A. (2017). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor*. Medigraphic.Com.  
<https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Borrás Blasco, C., & Viña Ribes, J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51(Supl 1), 3–6. [https://doi.org/10.1016/S0211-139X\(16\)30136-6](https://doi.org/10.1016/S0211-139X(16)30136-6)
- Bravo, F. (2014). Aproximaciones teóricas al estudio de la vejez y el envejecimiento. *VIII Jornadas de Sociología de La UNLP*, 1–22.  
[http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab\\_eventos/ev.4547/ev.4547.pdf%0AMemoria](http://www.memoria.fahce.unlp.edu.ar/trab_eventos/ev.4547/ev.4547.pdf%0AMemoria)  
 Académica, repositorio institucional de la Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación (FaHCE) de la Universidad Nacional de La Plata. Gestionado por Bibhuma, bibliotec
- Bucheli, M. E., Campos, M., Bermudes, D. B., Chuquimarca, J. P., Sambache, K., Niato, J. F., Villalba, P., Montalvo, J., Andino, A., Calero, C., & Guerrero, P. (2015). Esclerosis lateral amiotrófica: Revisión de evidencia médica para tratamiento. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 22(1–3), 68–76.
- Cadena Arias, A. M., & Tafur Arévalo, B. M. (2017). *Relación Entre El Funcionamiento Cognitivo, Afectivo Y La Funcionalidad De Los Adultos Mayores Residentes En El Hogar Geriátrico Atardecer Sereno*. Universidad Cooperativa De Colombia. Facultad De Psicología. Santa Marta Magdalena.
- Calatayud, E., Plo, F., & Muro, C. (2020). Analysis of the effect of a program of cognitive stimulation in elderly people with normal aging in primary care: Randomized clinical trial. *Atencion Primaria*, 52(1), 38–46. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.09.007>
- Camacho, L. B. B. (2016). *Calidad de vida en los adultos mayores que asisten al Centro Del Día San José De Loja*. Universidad Nacional De Loja.
- Campo, H. A. B., García, A. S. N., & Vargas, V. A. M. (2019). Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de

- Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*, 30(4), 163–166.  
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=141178628&lang=es  
&site=ehost-live](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=c8h&AN=141178628&lang=es&site=ehost-live)
- Castro-Juárez, C. J., Ramírez-García, S. A., Villa-Ruano, N., & García-Cruz, D. (2017).  
Epidemiología genética sobre las teorías causales y la patogénesis de la diabetes mellitus  
tipo 2. *Gaceta Medica de Mexico*, 153(7), 864–874.  
<https://doi.org/10.24875/GMM.17003064>
- Castro-Rodríguez, E., Azagra, R., Gómez-Batiste, X., & Povedano, M. (2021). Amyotrophic  
lateral sclerosis (ALS) from the perspective of Primary Care. Epidemiology and clinical-  
care characteristics. *Atencion Primaria*, 53(10), 102158.  
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102158>
- Castro Espinoza, D. A., & Montoya Méndez, A. J. (2019). *Reserva cognitiva y deterioro  
cognitivo en usuarios del Centro de Atención Integral del Adulto Mayor. Guano 2018.*  
[http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3697/1/unach-fceht-tg-e.básica-2017-  
000019.pdf](http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/3697/1/unach-fceht-tg-e.básica-2017-000019.pdf)
- Chana, P; Albuquerque, D. (2010). *Orientación para quien se le ha diagnosticado  
recientemente la Enfermedad de Parkinson*. 12.
- Cifuentes, E. M. y R. (2013). Teorías Psicosociales del Envejecimiento. *Journal of Chemical  
Information and Modeling*, 53(9), 1689–1699.
- Cifuentes, R. (2005). *Adulto mayor institucionalizado*. Universidad Academia De  
Humanismo Cristiano Escuela De Trabajo Social.
- Criollo, W. A. (2019). Valoración de la capacidad funcional y actividades de la vida diaria en  
adultos mayores institucionalizados. *Movimiento Científico*, 13(2).  
<https://doi.org/10.33881/2011-7191.mct.13201>
- Cruz, T., García, L., Álvarez, M. A., & Manzanero, A. L. (2019). Sleep quality and memory  
function in healthy ageing. *Neurologia*, 1–7. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2018.10.001>
- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J., & Bendezú, L. (2013).

Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de La Facultad de Medicina*, 73(4), 321.

<https://doi.org/10.15381/anales.v73i4.1032>

Duran-Badillo, T., Salazar-González, B. C., Cruz-Quevedo, J. E., Sánchez-Alejo, E. J., Gutierrez-Sanchez, G., & Hernández-Cortés, P. L. (2020). Sensory and cognitive functions, gait ability and functionality of older adults. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 28, 1–8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.3499.3282>

Fernández, O. (2019). *Funcionalidad, dependencia y desempeño ocupacional en personas mayores institucionalizadas* (Issue July). Universidad de Salamanca.

FIAPAM. (2014). *Los desafíos del envejecimiento en Ecuador. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores*. Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores.

Flores, A. S., Silva, A. F., Edelmira, V., Ordaz, G. M., Velasco, R., Rodríguez, & Hernández, M. G. P. (2020). Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. *Revista CuidArte*, 9(17), 28–38.

Flores, M. E., Rodríguez, M., González, guillermo, Robles, J., & Valle, M. A. (2020). Declive Cognitivo De Atención Y Memoria En Adultos Mayores. *Panamerican Journal of Neuropsychology*, 14, 65–77. <https://doi.org/10.7714/CNPS/14.1.208>

Gallo, J. (2011). Dependencia y entorno residencial y familiar de las personas mayores de 75 años que viven solas: Autopercepción y comportamiento. In *Universitat de les Illes Balears*. <http://hdl.handle.net/10803/52177>

García, J. C. C. (n.d.). *Aspectos generales del envejecimiento normal y patológico: fisiología y fisiopatología*.

Gil, I. Y. S., & Pérez Martínez, V. T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: Atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 1–7.

Ginarte Paúl, M., & Santiesteban Molina, R. (2012). Importancia del ejercicio físico en la

salud del adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina Física y Rehabilitación*, 4(2), 125–134.

Giró Miranda, J. (2006). Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. *Envejecimiento Activo, Envejecimiento En Positivo, 2006, ISBN 84-96487-11-3, Págs. 37-64, 1990, 37–64*. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2756876>

Gomez;Toro. (2020). Estudios teóricos sobre vejez y envejecimiento. In *Human Relations* (Issue 1).  
[http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=bth&AN=92948285&site=eds-live&scope=site%0Ahttp://bimimpactassessment.net/sites/all/themes/bcorp\\_impact/pdfs/em\\_stakeholder\\_engagement.pdf%0Ahttps://www.glo-bus.com/help/helpFiles/CDJ-Pa](http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=bth&AN=92948285&site=eds-live&scope=site%0Ahttp://bimimpactassessment.net/sites/all/themes/bcorp_impact/pdfs/em_stakeholder_engagement.pdf%0Ahttps://www.glo-bus.com/help/helpFiles/CDJ-Pa)

González, E. M., Romero, C. J., & Usera, M. A. de. (2013). *Estudio comparativo entre receptores de trasplante hepático mayores y menores de 60 años: resultados a largo plazo*. 508. <http://eprints.ucm.es/21927/1/T34576.pdf>

González, M., & Grasso, L. (2018). *Potencial de aprendizaje en el envejecimiento exitoso*. May, 1–12.

Green, M., Kaye, J., & Ball, M. (2000). El estudio de Oregon sobre el envejecimiento del cerebro: neuropatología que acompaña al envejecimiento saludable en los ancianos. *Neurología*, 54, 105–113.

Guerrero, N. (2014). Estudio de los procesos de envejecimiento activo de las/los adultos mayores habitantes del centro histórico de la ciudad de Quito [Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito]. In *Tesis*.  
<http://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/5081/1/UPS-CYT00109.pdf>

Guevara-peña, N. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. *Entramado*, 12(1), 138–151. <http://dx.doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>

Kagan, Y. (2016). Pérdida de autonomía: evaluación y tratamiento. *EMC - Tratado de Medicina*, 20(3), 1–10. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(16\)79457-8](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(16)79457-8)

- Laguado, E., Camargo, K., Campo, E., & Martín, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3), 135–141. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
- marga, B. C. (2019). Arteterapia y adulto mayor. *Metas de Enfermería*, 22. <https://doi.org/10.35667/metasenf.2019.22.1003081482>
- Martín Lesende, I., Martín Zurro, A., Moliner Prada, C., & Aguilera García, L. (2007). Envejecimiento activo, la mejor «receta» para prevenir la dependencia. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 42(Supl 2), 4–6. [https://doi.org/10.1016/s0211-139x\(07\)75733-5](https://doi.org/10.1016/s0211-139x(07)75733-5)
- MAYO CLINIC. (2021). Esclerosis Lateral Amiotrófica.
- McGraw Hill. (2015). El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos psicológicos y sociales. *Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes En Instituciones Sociales*, 38. [www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf](http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf)
- Molina, M. Á., Schettini, R., López-Bravo, M. D., Zamarrón, M. D., & Fernández-Ballesteros, R. (2011). Actividades cognitivas y funcionamiento cognitivo en personas muy mayores. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 46(6), 297–302. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2011.07.002>
- Molinuevo, J. . (2007). La enfermedad de Alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas. In *Libro de la salud del Hospital Clínic de Barcelona y la Fundación BBVA* (1ª ed. Bil, pp. 497–500).
- Mora-Simón, S., García-García, R., Perea-Bartolomé, M. V., Ladera-Fernández, V., Unzueta-Arce, J., Patino-Alonso, M. C., & Rodríguez-Sánchez, E. (2012). Mild cognitive impairment: Early detection and new perspectives. *Revista de Neurologia*, 54(5), 303–310. <https://doi.org/10.33588/rn.5405.2011538>
- Mora, J. (2018). *GLICACIÓN Y ENVEJECIMIENTO*. 2, 10–11.
- Novillo. (2013). *La depresión del adulto mayor y el cumplimiento del plan de vida*.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/35612/1/Trabajo de Titulacion.pdf>

Olivera-Pueyo, J., & Pelegrín-Valero, C. (2015). Introducción: objetivos del tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Prevención y Tratamiento Del Deterioro Cognitivo Leve*, 5(DCL), 45–55. [www.viguera.com/sepg](http://www.viguera.com/sepg)

OMS. (2018). *Envejecimiento Poblacional*.

Palacios, N. (2016). *Propuesta de Intervención Neuropsicológica basada en la Creatividad para Adultos Mayores*. Universidad Internacional De La Rioja.

Peña. (2012). Envejecimiento normal y patológico. In *Psiquiatría universitaria* (pp. 192–104).

Pérez, M., Velasco, R., Maturano, J., Hilero, A., García, L., & García, M. (2018). Investigación Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima , México Cognitive impairment and risk of falling in institutionalized older adults in the state of Colima , Mexico. *Rev Enferm IMSS* 2018, 178. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim183c.pdf>

Pérez, S. (2020). *Envejecimiento y lenguaje*. Universidad de Valladolid.

Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., Matos López, C., & Zuddas, C. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Espanola de Geriatria y Gerontologia*, 51(4), 229–241. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2015.10.003>

Planella, J. (2012). Enfoques Subjetividad, dependencia y autonomía. *ACADEMIA*.

Portellano, J. (2015). *Introducción a la neuropsicología* (McGraw-Hil).

Pose, M., & Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve Mild cognitive impairment Mariangeles Pose, Facundo Manes. *Acta Neurol Colomb Suplemento*, 263(31).

Robledo Marín, C. A., & Orejuela Gómez, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95–102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>

- Rodríguez, Á. (2018). Envejecimiento: Edad, Salud y Sociedad. In *Horizonte sanitario* (pp. 87–88).
- Rodriguez Uribe, A. F., Valderrama Orbegozo, L. J., & Molina Linde, J. M. (2010). Intervención psicológica en adultos mayores. *Psicología Desde El Caribe*, 0(0), 246–258.
- Rojas Ocaña, M. J., Toronjo Gómez, A., Rodríguez Ponce, C., & Rodríguez Rodríguez, J. (2006). Autonomy and health status perceived by elderly institutionalised people. *Gerokomos*, 17(1), 6–23.
- Rowe, M. (1998). Divided loyalties: Sovereignty, politics and public service in the Rhineland under French occupation, 1792–1801. *European Review of History: Revue Européenne d'histoire*, 5(2), 151–168. <https://doi.org/10.1080/13507489808568207>
- Samper, J., Llibre, J., Sánchez, C., & Pérez, C. (2011). Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 40(3–4). [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0138-65572011000300001](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572011000300001)
- Sánchez, T., Barranco, P., Alberto, M., & Fornies, M. (2017). La musicoterapia como indicador de mejora de la calidad de vida en un envejecimiento activo. *Metas Enferm*, 20(7), 24–31.
- Sanitas.es*. (2021). Expertos En Parkinson.
- Segovia, M; Torres, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22(4), 162–166.
- Sève-Ferrieu, N. (2017). Independencia, autonomía y calidad de vida: análisis y evaluaciones. *EMC - Kinesiterapia - Medicina Física*, 38(1), 1–16. [https://doi.org/10.1016/s1293-2965\(16\)81752-1](https://doi.org/10.1016/s1293-2965(16)81752-1)
- Spiriduso Mc Rae en: GJ, G. N. (2004). Introducción a la problemática del envejecimiento. Psicomotricidad y ancianidad. *Ciencias de La Educación Preescolar y Especial*, 19–27.
- Tercero Rivera, T. I. (2021). Capacidad funcional de adultos mayores institucionalizados y de la comunidad, Nicaragua 2016. *Revista Científica de FAREM-Estelí*, 39, 66–81.

<https://doi.org/10.5377/farem.v10i39.12616>

Toledano, A., Álvarez, M. I., & Toledano-Díaz, A. (2014). Envejecimiento cerebral normal y patológico: Continuum fisiopatológico o dualidad de procesos involutivos. *Anales de La Real Academia Nacional de Farmacia*, 80(3), 500–539.

Toribio-Guzmán, J. M., Parra Vidales, E., Viñas, J., Fundación, R., Zamora, I., Bueno, Y., Fundación, A., Valladolid, I., Cid, T., Fundación, B., & Franco-Martín, M. A. (2018). *Rehabilitación cognitiva por ordenador en personas mayores: programa gradior = Computer Cognitive Rehabilitation in Older People: gradior Program*. 24, 61–75.  
<https://doi.org/10.14201/aula2018246175>

Torregrosa, E., Jaimes, E., Carbonell, M., & Camargo, K. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4), 1–14.  
<http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640/395>

United Nations. (2019). *Envejecimiento, Personas Mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: Perspectiva Regional y de Derechos Humanos*.

Urzúa, A., Bravo, M., Ogalde, M., & Vargas, C. (2011). Factores vinculados a la calidad de vida en la adultez mayor. *Revista Medica de Chile*, 139(8), 1006–1014.  
<https://doi.org/10.4067/S0034-98872011000800005>

Valadez-Barba, V., Juárez-Navarro, K., Padilla-Camberos, E., Díaz, N. F., Guerra-Mora, J. R., & Díaz-Martínez, N. E. (2021). Parkinson's disease: An update on preclinical studies of induced pluripotent stem cells. *Neurologia*, xxxx.  
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.01.005>

Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M. (2010). Prevalencia of the mild cognitive impairment in institutionalized elders. *Gerokomos*, 21(4), 153–157.  
<https://doi.org/10.4321/S1134-928X2010000400003>

Vargas. (2019). *Envejecimiento: Teorías explicativas*.

Vasconcelos, D. (1990). Enfermedad de Alzheimer. *Gaceta Medica de Mexico*, 126(6), 523–

525. [https://doi.org/10.1016/s1636-5410\(01\)70148-1](https://doi.org/10.1016/s1636-5410(01)70148-1)

Vázquez, O. (2019). *Intervención neuropsicológica y terapia cognitivo - conductual de tercera generación en salud mental*. 2019–2020.

Vega, R., Oscar, R., Zulay, M., & Carlos, D. (2016). Efecto de la implementación de un programa de estimulación cognitiva en una población de adultos mayores institucionalizados en la ciudad de Bogotá. *Revista Chilena de Neuropsicología*, *11*(January), 1–8. <https://doi.org/10.5839/rcnp.2016.11.01.03>

Villamizar, G. (2013). Definiciones y teorías sobre inteligencia. revisión histórica. *Acción Psicológica*, *11*(1), 21. <https://doi.org/10.5944/ap.11.1.13789>

Villamizar, G., & Donoso, R. (2013). Definiciones Y Teorias Sobre Inteligencia Revision Historica. *Psicogente*, *16*, 407–423. [file:///D:/dialnet-DefinicionesYTeoriasSobreInteligenciaRevisionHisto-6113904 \(1\).pdf](file:///D:/dialnet-DefinicionesYTeoriasSobreInteligenciaRevisionHisto-6113904%20(1).pdf)

Vizcaya, J., Pinto, V., Mora, C., & Roca, M. (2018). Efectos del Programa de Rehabilitación Neuropsicológica sobre los Procesos Mnésicos de Personas con Envejecimiento Normal. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, *18*(3), 85–97.

## 11. Anexos

### Anexo 1: Aprobación del proyecto de tesis



Universidad  
Nacional  
de Loja

**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

---

Oficio. No. -184- C.PS.CL- FSH-UNL  
Loja, 09 de septiembre del 2021

Señor  
Carlos Daniel Hidalgo Vásquez  
**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: "FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR "RINCÓN DE AMOR" DEL SECTOR CEIBOPAMBA, PERIODO 2021-2022", de su autoría; el mismo fue emitido por la Psic. Cl. Cindy Cuenca Sánchez Mgs. docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes..

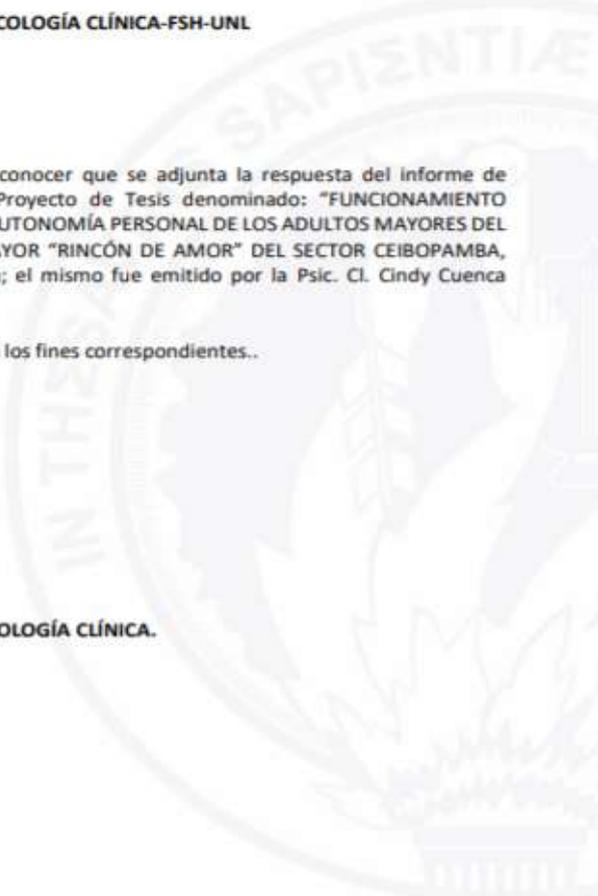
Atentamente,



**ANA CATALINA  
PUERTAS  
ASAMBA**

Dra. Ana Puertas Asanza Mgs  
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA.**

C/c. Carlos Daniel Hidalgo Vásquez  
Expediente Estudiantil  
Archivo



## Anexo 2: Solicitud para aplicación de reactivos psicológicos

---

Loja 08 de septiembre de 2021

Lic.  
María José Coronel Romero  
**VICEPREFECTA DE LA PROVINCIA DE LOJA**

LOJA -

De mi consideración:

Reciba un cordial y afectuoso saludo, de CARLOS DANIEL HIDALGO VASQUEZ, estudiante del último ciclo de la carrera de Psicología Clínica; el motivo del presente es solicitarle de la manera más comedida su AUTORIZACIÓN para la investigación del proyecto de titulación de pregrado denominada "Funcionamiento cognitivo y su incidencia en la autonomía personal de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor "Rincón de Amor" del sector Ceibopamba, periodo 2021-2022" que servirá para desarrollar propuestas donde se promueva la autonomía del adulto mayor a través del envejecimiento activo y productivo. En caso de ser favorable esta solicitud, será llevada a cabo en las siguientes semanas del presente año.

Aprovecho la ocasión para expresarle a usted mis sentimientos de consideración



Carlos Hidalgo  
**ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE  
PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNL**

### Anexo 3: Certificado de traducción al inglés

Loja, 18 de abril de 2022

Yo Juan Diego Iñiguez Carrión, licenciado en Ciencias de la Educación mención inglés con registro Nro.1031-2021-2295809

#### CERTIFICO

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma inglés de resumen del trabajo de titulación denominado: **“Funcionamiento Cognitivo y su incidencia en la Autonomía Personal de los Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor Rincón De Amor del Sector Ceibopamba, periodo 2021-2022”** de la autoría de Carlos Daniel Hidalgo Vasquez con cédula de ciudadana número 1104307515 egresado de la Carrera de Psicología Clínica de la Universidad Nacional de Loja.

Lo certifico en honor a la verdad pudiendo el interesado hacer uso de este documento como estime conveniente

Firma:

Lcdo. Juan Diego Iñiguez Carrión

Cdla: 1104652258

## Anexo 4: Certificado del Tribunal de Grado



**UNL**

Universidad  
Nacional  
de Loja **CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Facultad  
de la Salud  
Humana

### CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 25 de abril de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado **FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y SU INCIDENCIA EN LA AUTONOMÍA PERSONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR RINCÓN DE AMOR DEL SECTOR CEIBOPAMBA, PERIODO 2021-2022**, de la autoría del Sr. **CARLOS DANIEL HIDALGO VASQUEZ** portador de la cédula de identidad Nro., **1104307515** previo a la obtención del título de **Psicólogo Clínico**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por los miembros del Tribunal o por la Director Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

**APROBADO**

*C. D. J. C.*

Dra. Ana Puertas Azanza Mgs  
**PRESIDENTA DEL TRIBUNAL**



*Gabriela Merino*

Bqf. Gabriela Alexandra Merino Peralta. Mgs  
**VOCAL PRINCIPAL**

*Psic. Marco Vinicio*

Psic. Marco Vinicio Sánchez Salinas Mgs  
**VOCAL PRINCIPAL.**

## Anexo 5: Certificado del Tribunal de Grado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado participante, reciba un cordial saludo de parte de Carlos Daniel Hidalgo Vasquez, estudiante de la Universidad Nacional de Loja de la Facultad de la Salud Humana, carrera Psicología Clínica, actualmente me encuentro realizando el proyecto de tesis titulado *“Funcionamiento cognitivo y su incidencia en la autonomía personal de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor Rincón de Amor del Sector de Ceibopamba, periodo 2021-2022”* que tiene como objetivo principal comprobar la relación entre las variables funcionamiento cognitivo y autonomía personal en el desarrollo de la adultez mayor. Motivo por el cual solicito de la manera más comedida su colaboración para responder un cuestionario formado de dos partes: índice de Barthel y la evaluación neuropsicológica en español Neuropsi

Su participación es esencial e importante, ya que permitirá aportar a la ciencia conocimientos en el campo de la psicología clínica y a los profesionales dotar de herramientas a la sociedad para que establezcan vínculos y relaciones sanas, asegurando su calidad de vida y salud mental. Toda la información que me proporcione será utilizada únicamente para fines académicos, y será manejada de manera respetuosa y confidencial, los resultados obtenidos serán publicados manteniendo los criterios de anonimato, no implica riesgos a su integridad física o mental; su participación es voluntaria, por lo que puede abstenerse de participar en el caso que usted lo crea conveniente. Por si surge alguna duda o pregunta sobre el estudio adjunto mi información personal de contacto, correo: carlos.d.hidalgo@unl.edu.ec; teléfono celular: 0988711824.

En base a lo expuesto, si está de acuerdo y desea participar por favor complete la siguiente información:

Yo \_\_\_\_\_ con cédula de ciudadanía N.º \_\_\_\_\_ he sido informado sobre los objetivos e implicaciones del presente estudio. Mi participación es totalmente voluntaria y tengo pleno conocimiento de los posibles riesgos, complicaciones o beneficios que podrían desprenderse de dicho acto.

---

**PARTICIPANTE**

## Anexo 6: Evaluación Neuropsicológica Neuropsi

### EVALUACIÓN NEUROPSICOLÓGICA BREVE EN ESPAÑOL NEUROPSI

Dra. Feggy Ostrosky-Solís, Dr. Alfredo Ardua y  
Dra. Mónica Rosselli

#### PROTOCOLO DE APLICACIÓN ESCOLARIDAD BAJA, MEDIA Y ALTA

INDICACIÓN GENERAL: Para los criterios de calificación cualitativos y cuantitativos de cada reactivo, es necesario consultar el manual.

#### 1.- ORIENTACIÓN

	Respuesta	Puntaje
A.-Tiempo	¿En qué día estamos? _____	0 1
	¿En qué mes estamos? _____	0 1
	¿En qué año estamos? _____	0 1
B.-Espacio	¿En qué ciudad estamos? _____	0 1
	¿En qué lugar estamos? _____	0 1
C.-Persona	¿Cuántos años tiene usted? _____	0 1
TOTAL _____		(6)

#### II.- ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

##### A.-DÍGITOS EN REGRESIÓN

Pida que repita cada serie en orden regresivo, es decir, del último al primero; ej. 2-5, respuesta: "5-2". Si logra repetir el primer ensayo, se pasa a la serie siguiente. Si fracasa, aplique los dos ensayos.

Respuesta	Respuesta	Respuesta
4-8 _____ 2	2-8-3 _____ 3	8-6-3-2 _____ 4
9-1 _____ 2	7-1-6 _____ 3	2-6-1-7 _____ 4
Respuesta	Respuesta	
6-3-5-9-1 _____ 5	5-2-7-9-1-8 _____ 6	
3-8-1-6-2 _____ 5	1-4-9-3-2-7 _____ 6	
TOTAL _____		(6)

### B.-DETECCIÓN VISUAL

Se coloca la hoja de detección visual frente al sujeto y se le pide que marque con una "X" todas las figuras que sean iguales al modelo (lámina A del material anexo), el cual se presentará durante 3 segundos. Suspender a los 60 segundos.

TOTAL DE ERRORES \_\_\_\_\_

TOTAL DE ACIERTOS \_\_\_\_\_

### C.- 20-3

Pida que a 20 le reste 3. No proporcione ayuda y suspenda después de 5 operaciones.

17-14-11-8-5 Respuesta \_\_\_\_\_ TOTAL \_\_\_\_\_ (5)

### III- CODIFICACIÓN

#### A.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Enuncie la serie de palabras y pida que la repita una vez que usted termine.

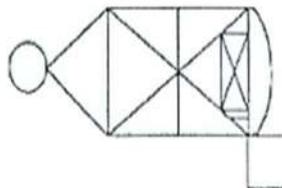
Proporcione los tres ensayos.

#### 1. CURVA DE MEMORIA ESPONTÁNEA

1	2	3	
Gato _____	Mano _____	Codo _____	INSTRUIONES _____
Pera _____	Vaca _____	Fresa _____	PERSEVERACIONES _____
Mano _____	Fresa _____	Pera _____	PRIMACIA _____
Fresa _____	Gato _____	Vaca _____	PRESENCIA _____
Vaca _____	Codo _____	Gato _____	
Codo _____	Pera _____	Mano _____	
Total _____	_____	_____	TOTAL PROMEDIO _____ (6)
1er. ensayo	2o. ensayo	3er. ensayo	

#### B.- PROCESO VISOESPACIAL (COPIA DE FIGURA SEMICOMPLEJA)

Pida que copie la lámina 1 del material anexo. Utilice la reproducción presentada abajo para registrar la secuencia de la copia.



HORA \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (12)

#### IV.- LENGUAJE

##### A.-DENOMINACIÓN

Pida que nombre lo que observa en las láminas de la 2 a la 9 del material anexo y anote la respuesta.

	Puntaje	Respuesta		Puntaje	Respuesta
CHIVO	0	1 _____	LLAVE	0	1 _____
GUITARRA	0	1 _____	SERPIENTE	0	1 _____
TROMPETA	0	1 _____	RELOJ	0	1 _____
DEDO	0	1 _____	BICICLETA	0	1 _____
				TOTAL	_____ (8)

NOTA: SI EL PACIENTE PRESENTA PROBLEMAS DE AGUDEZA VISUAL QUE LE LIMITEN REALIZAR LA ACTIVIDAD ANTERIOR, EN SU LUGAR, PIDA QUE DENOMINE LOS SIGUIENTES ESTÍMULOS PREGUNTÁNDOLE: "¿QUÉ ES ESTO?"

LÁPIZ, RELOJ, BOTÓN, TECHO, CODO, TOBILLO, ZAPATO, LLAVE

1      2      3      4      5      6      7      8

TOTAL \_\_\_\_\_ (8)

##### 8.-REPETICIÓN

Pida que repita las siguientes palabras y oraciones.

	Respuesta	Puntaje
Sol.....	_____	0    1
Ventana.....	_____	0    1
El niño llora.....	_____	0    1
El hombre camina lentamente por la calle.....	_____	0    1
TOTAL _____		(4)

**C.-COMPRESIÓN**

Presente la lámina 10 y evalúe la comprensión de las siguientes instrucciones, considerando que para que este reactivo tenga validez, debe asegurarse que el sujeto comprenda los términos de cuadrado y círculo, de no ser así, intente con otras palabras como por ejemplo "bolita" y "cuadro".

	Puntaje	
Señale el cuadrado pequeño.....	0	1
Señale un círculo y un cuadrado .....	0	1
Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande .....	0	1
Toque el círculo pequeño, si hay un cuadrado grande .....	0	1
Toque el cuadrado grande, en lugar del círculo pequeño.....	0	1
Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño.....	0	1

TOTAL \_\_\_\_\_ (6)

**D.-FLUIDEZ VERBAL**

Pida que nombre en un minuto todos los animales que conozca. Posteriormente, empleando el mismo tiempo, solicite que mencione todas las palabras que recuerde que inicien con la letra "F" sin que sean nombres propios o palabras derivadas (y. gr. familia, familiar).

**Nombres de animales**

**Palabras que inician con "F"**

1. _____	15. _____	1. _____	15. _____
2. _____	16. _____	2. _____	16. _____
3. _____	17. _____	3. _____	17. _____
4. _____	18. _____	4. _____	18. _____
5. _____	19. _____	5. _____	19. _____
6. _____	20. _____	6. _____	20. _____
7. _____	21. _____	7. _____	21. _____
8. _____	22. _____	8. _____	22. _____
9. _____	23. _____	9. _____	23. _____
10. _____	24. _____	10. _____	24. _____
11. _____	25. _____	11. _____	25. _____
12. _____	26. _____	12. _____	26. _____
13. _____	27. _____	13. _____	27. _____
14. _____	28. _____	14. _____	28. _____

TOTAL SEMÁNTICO \_\_\_\_\_  
 INTRUSIONES \_\_\_\_\_  
 PERSEVERACIONES \_\_\_\_\_

TOTAL FONOLÓGICO \_\_\_\_\_  
 INTRUSIONES \_\_\_\_\_  
 PERSEVERACIONES \_\_\_\_\_

### V.- LECTURA

Pida que lea en voz alta la lectura de la lámina 11 del material anexo. Mencione que se le harán preguntas sobre su contenido.

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Respuesta	Puntaje	
¿Porqué se ahogó el gusano?	_____	0	1
¿Qué pasó con el otro gusano?	_____	0	1
¿Cómo se salvó el gusano?	_____	0	1
TOTAL _____		(3)	

### VI.- ESCRITURA

NOTA: NO SE APLIQUE A LOS INDIVIDUOS CON ESCOLARIDAD DE 1-4 AÑOS.

	Puntaje	
DICTAR: El perro camina por la calle	0	1
COPIAR: Las naranjas crecen en los árboles (presentar lámina 12)	0	1
TOTAL _____		(2)

### VII.- FUNCIONES EJECUTIVAS

#### A.- CONCEPTUAL

##### 1.- SEMEJANZAS

Pregunte en qué se parecen los siguientes estímulos. Proporcione ej. "silla-mesa.... son muebles".

	Respuesta	Puntaje		
naranja-pera	_____	0	1	2
perro-caballo	_____	0	1	2
ojo-nariz	_____	0	1	2
TOTAL _____		(6)		

##### 2.-CÁLCULO

Pida que resuelva mentalmente las siguientes operaciones. Límite de tiempo para resolver cada problema: 60 segundos. Se puede leer nuevamente el problema dentro del límite de tiempo.

	Respuesta	
¿Cuánto es $13 + 15$ ? (28).....	_____	
Juan tenía 12 pesos, recibió 9 y gastó 14 ¿Cuánto le quedó? (7).....	_____	
¿Cuántas naranjas hay en dos docenas y media? (30).....	_____	
TOTAL _____		(3)

## B.- MEMORIA VERBAL

### 1.- MEMORIA VERBAL ESPONTÁNEA

Pida que recuerde y evoque las palabras que anteriormente aprendió.

gato	_____	pera	_____	INTRUSIONES	_____
mano	_____	vaca	_____	PERSEVERACIONES	_____
codo	_____	fresa	_____		

TOTAL \_\_\_\_\_ (6)

### 2.- POR CLAVES

Pida que recuerde las palabras anteriormente memorizadas de acuerdo con las siguientes categorías:

partes del cuerpo	_____	INTRUSIONES	_____
frutas	_____	PERSEVERACIONES	_____
animales	_____		

TOTAL \_\_\_\_\_ (6)

### 3.- RECONOCIMIENTO

Lea las siguientes palabras y pida que reconozca aquellas que pertenecen a la serie memorizada anteriormente.

Boca	_____	codo*	_____	zorro	_____	vaca*	_____
Gato*	_____	árbol	_____	mano*	_____	flor	_____
Cama	_____	gallo	_____	fresa*	_____		
Pera*	_____	lápiz	_____	ceja	_____		

INTRUSIONES \_\_\_\_\_

TOTAL \_\_\_\_\_ (6)

## Anexo 7: Índice de Barthel

INDICE DE BARTHEL (IB) (Versión Original. Actividades Básicas de la Vida Diaria) <sup>1</sup> FICHA N° 3a				
Nombre del Usuario		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años	Meses:	Aplicado por:	
<p>A continuación encontrará 10 ítems correspondientes a actividades básicas de la vida diaria. Lea en voz alta las alternativas pertenecientes a cada una de ellas y solicite a la persona evaluada que escoja la que más coincida con la realidad de la persona adulta mayor.</p> <p>La información se obtiene preguntando directamente al usuario o a su cuidador principal.</p>			Fecha aplicación primer semestre	Fecha aplicación segundo semestre
			dd / mm / aa	dd / mm / aa
1. COMER				
0	Incapaz			
5	Necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.			
10	Independiente: (puede comer solo)			
2. TRASLADARSE ENTRE LA SILLA Y LA CAMA				
0	Incapaz, no se mantiene sentado.			
5	Necesita ayuda importante ( una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado			
10	Necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)			
15	Independiente			
3. ASEO PERSONAL				
0	Necesita Ayuda con el Aseo Personal			
5	Independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse.			

<b>4. USO DEL RETRETE ( ESCUSADO, INODORO )</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo solo		
10	Independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)		
<b>5. BAÑARSE/DUCHARSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Independiente para bañarse o ducharse		
<b>6. DESPLAZARSE</b>			
0	Inmóvil		
5	Independiente en silla de ruedas en 50 metros		
10	Anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal)		
15	Independiente al menos 50m con cualquier tipo de muleta excepto andador		
<b>7. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS</b>			
0	Incapaz		
5	Necesita ayuda física o verbal puede llevar cualquier tipo de muleta.		
10	Independiente para subir y bajar.		
<b>8. VESTIRSE O DESVERTIRSE</b>			
0	Dependiente.		
5	Necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente sin ayuda		

10	Independiente incluyendo botones, cremalleras (cierres) y cordones		
<b>9. CONTROL DE HECES</b>			
0	Incontinente, (o necesita que le suministren enema)		
5	Accidente excepcional (uno por semana)		
10	Continente		
<b>10. CONTROL DE ORINA</b>			
0	Incontinente o sondado incapaz de cambiarse la bolsa		
5	Accidente excepcional (máximo uno por 24 horas)		
10	Continente, durante al menos 7 días.		
		<b>PUNTUACION TOTAL :</b>	

**Puntuación máxima total:** 100 puntos /90 puntos si utiliza silla de ruedas

**Puntos de corte:**

0 - 20	<b>Dependencia Total</b>
21 - 60	<b>Dependencia Severa</b>
61 - 90	<b>Dependencia Moderada</b>
91 - 99	<b>Dependencia Escasa</b>
100	<b>Independencia</b>
90	<b>Independencia</b> <b>*Uso de silla de ruedas</b>

**FIRMA DEL EVALUADOR:**

## Anexo 8: Proyecto de investigación



Funcionamiento Cognitivo y su incidencia en la Autonomía Personal de los Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón De Amor” Del Sector Ceibopamba, periodo 2021-2022

Proyecto de Trabajo de Titulación

Carlos Daniel Hidalgo Vasquez

Dr. Luis Morocho

Loja, Ecuador 2021

- 1. Tema: Funcionamiento Cognitivo y su incidencia en la Autonomía Personal de los Adultos Mayores del Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón De Amor” del Sector Ceibopamba durante el periodo 2021-2022.**

## 2. Problemática

La ciencia y la tecnología avanzan a paso firme, su evolución es permanente, en contraste con nuestra permanencia en la tierra. Desde el nacimiento lo único seguro es la muerte, por este motivo los seres humanos han empeñado una búsqueda implacable de la inmortalidad, o por lo menos la prolongación de la vida.

Según la Organización Mundial de la Salud define al envejecimiento como: El resultado de la acumulación de una gran diversidad de perjuicios moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que acarrea a un declive progresivo de las capacidades fisiológicas y de las funciones cognitivas mentales, un aumento del peligro de contraer enfermedades, y finalmente a la muerte (OMS, 2018).

Actualmente, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) en su informe sobre envejecimiento de la población mundial manifiesta que: Entre el 2015 y el 2030 la población global con edades de 60 años o superior tendrá un incremento del 56%, superando los 1.3 billones de habitantes, deduciendo que hacia el 2050 la población global de personas adultas mayores será aún más que el doble en tamaño que en el 2015; alrededor de 2.1 billones de personas. En América Latina y el Caribe en los próximos 15 años la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores es de un 71%, resultando ser la más alta a nivel mundial, estando superior a algunos continentes que le preceden como: Asia con un (66%), África (64%), Oceanía (47%), Norte América (41%) y Europa (23%) (Benavides-Caro, 2017).

La carencia de una correcta atención y el aumento en las necesidades de este grupo de atención prioritaria requiere mucho cuidado debido a que son datos alarmantes que afectan no solo a los países desarrollados sino también a los que se encuentran en vías de desarrollo. Según datos de la Federación Iberoamericana de Asociaciones de Personas Adultas Mayores (FIAPAM) para el año 2050, Ecuador tendrá una población de 23,4

millones de habitantes según las proyecciones del Instituto Nacional de Estadística y Censos (INEC), lo que quiere decir que por primera vez la población adulta mayor será mayor frente a la infantil (FIAPAM, 2014).

Conforme pasan los años las expectativas de vida crecen gradualmente. Este crecimiento se debe a tres posibles causas: la migración, el aumento de la esperanza de vida (disminución de la tasa de mortalidad) y la disminución de la tasa de natalidad, pero el envejecimiento tiene también un impacto significativo en la sociedad debido a que las personas mayores tienen diferentes responsabilidades con la sociedad y el Estado, y en ciertas ocasiones también tienen valores diferentes, como los derechos de pensión y de propiedad (CENIE, 2021). Se estima que en las próximas tres décadas la esperanza de vida aumente en Ecuador, esta debido a factores ya antes mencionados que influyen de manera directa con la calidad de vida de las personas; los mismos que alcanzarán un aumento en la esperanza de vida con una cifra de los 82,3 años, misma que resulta incluso mayor a la observada ahora en naciones más desarrolladas que se ha estimado fuera de 80,9 años (United Nations, 2019).

Las personas mayores o iguales a 65 años están pasando por la etapa que en la mayoría de personas se les hace difícil asimilar como lo es la de la adultez mayor. El envejecer es una parte del ciclo de la vida donde se presentan alteraciones a nivel cognitivo, fisiológico y psicológico propios del deterioro. Como resultado pueden surgir patologías a nivel afectivo y afecciones psicomotrices cuando estas enfermedades se fusionan con otras preexistentes repercuten de forma negativa en los ámbitos en los que se desarrolla la persona. Para el adulto mayor tener la capacidad y responsabilidad de su cuidado está relacionado directamente con su autonomía, entendiéndose como autonomía la capacidad funcional que se requiere para realizar actividades básicas e instrumentales (Rojas, Toronjo, Rodríguez, & Rodríguez, 2006). Asimismo, la funcionalidad es la capacidad

física y fisiológica para desarrollar actividades de la vida diaria de forma independiente y segura, sin provocar cansancio (León & Torres, 2011). Ambas definiciones guardan estrecha relación que de forma indirecta o directa repercuten en el proceso de envejecimiento.

Los adultos mayores son más propensos a contraer enfermedades neurodegenerativas, sin embargo, la práctica de actividades físicas y mentales, el ejercicio, cambio de hábitos pueden aplazar su aparición, y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen. La pérdida de la autonomía progresiva en los adultos mayores, producto de las enfermedades neurodegenerativas, es un reto para la familia principalmente para el cuidador primario ya que demanda un cuidado permanente que muchas de las veces no puede brindarlo ya sea por falta de tiempo o recursos; esto sin duda constituye un factor de riesgo para el adulto mayor, teniendo como única opción la institucionalización. El ingreso a una residencia de mayores es una opción viable para aquellos que cuentan con una red de apoyo familiar deficiente o ausente, el objetivo es dar atención integral y de calidad al adulto mayor en situación de dependencia.

La capacidad de una persona para ser autónoma depende de su salud en general, la movilidad, la capacidad para realizar las actividades de la vida diaria y su función cognitiva, siendo este último un factor que determina un porcentaje importante de esa condición. En otras palabras practicar estilos de vida saludables ayudan a mantener una sana salud cognitiva.

Hoy en día conocemos estadísticas exactas de la población adulta mayor, las causas de los decesos mediante alguna pericia o algún informe médico, pero no sabemos con exactitud en qué condiciones viven, si se alimentan adecuadamente, si son correctamente cuidados por sus familiares a cargo, si viven solos por abandono, si alguien atiende sus dudas y sus problemas, si disponen de algún sustento económico, si extrañan algún

familiar; es decir, se puede confirmar que la mayor parte de la población, los adultos mayores, constituyen el grupo de edad más invisibilizado por las autoridades y la sociedad entera. La solidaridad social siempre será un reto puesto que mientras los avances científicos surgen, los valores sociales brillan por su ausentismo (Bengoa, 2002).

En Ecuador la salud física es escasamente un fragmento de la situación que afronta el adulto mayor, la gran carga de enfermedades y su potencial riesgo de generar dependencia y discapacidad obliga mantener una estrecha vigilancia sobre ellos. En la actualidad existen más de 1 millón de personas adultas mayores en nuestro país, por lo que se necesitan medidas, en materia de políticas públicas, que garanticen y estén pendientes de que estas personas no pierdan su funcionalidad, independencia, autonomía y como resultado sufran el abandono durante la última etapa de su vida (Parra, 2018).

Por la gran influencia que tiene el funcionamiento cognitivo con la autonomía personal en las personas adultas mayores institucionalizadas, se puede identificar la importancia de abordar el presente tema, por lo que el presente trabajo de investigación pretende dar respuesta a la siguiente interrogante ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento cognitivo y la autonomía de los adultos mayores residentes en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de Amor” del Sector Ceibopamba de la parroquia rural de Malacatos?

### **3. Justificación**

La presente investigación está encaminada al estudio de la autonomía y como se relaciona con la capacidad cognitiva de un grupo de adultos mayores institucionalizados con el afán de señalar la importancia de mejorar el estado de salud física y mental a través de la promoción de la autonomía de los adultos mayores que viven en situaciones de vulnerabilidad.

El presente estudio se realizará con los Adultos Mayores en el Sector Ceibopamba de la parroquia rural Malacatos, tiene por objetivo determinar el estado cognoscitivo y el grado de autonomía en la realización de las actividades básicas diarias en los adultos mayores. Lo que se pretende es conocer en qué medida se asocia el funcionamiento cognitivo y la autonomía, siendo que la importancia de esta investigación es el aporte a la hora de desarrollar propuestas donde se promueva la autonomía en el adulto mayor a través del envejecimiento activo y productivo, viéndose beneficiado tanto el adulto mayor como la familia y la población en general promoviendo además la puesta en marcha de programas intergeneracionales, donde jóvenes puedan participar conjuntamente con personas mayores generando actividades en pro de una mejora de la calidad de vida.

Al no promover prácticas o programas que tiendan a la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores en el ámbito donde se desenvuelven, se estaría contribuyendo al deterioro en sus funciones cognitivas, mayor grado de dependencia. Por ende, en este contexto es propicio realizar un análisis de aquellos factores que inciden en las problemáticas de salud que aquejan la población adulta mayor motivando a las instituciones geriátricas y las autoridades de gobierno a aplicar el modelo de atención integral en salud dirigido a esta población, según lo establece el artículo 38 de la Constitución de la República: Fortalecer los servicios de cuidados para las personas

adultas mayores con modalidades de atención que promuevan su autonomía, con enfoque de género y enfoque interseccional.

Por ende, realizar este tipo de investigaciones que sirvan de apoyo para este grupo de atención prioritaria como los son los adultos mayores siempre resultará fructífero, debido que tendríamos una visión más objetiva y clara de la problemática que hoy en día aqueja a este grupo de edad.

#### **4. Objetivos**

Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la autonomía personal en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón De Amor” del Sector Ceibopamba durante el periodo 2021-2022.

- Evaluar el funcionamiento cognitivo mediante la aplicación del instrumento de evaluación neuropsicológica Neuropsi en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de Amor”
- Evaluar la autonomía personal mediante la aplicación de la Escala de Barthel en los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de amor”.
- Analizar la relación entre el funcionamiento cognitivo de la población evaluada y la autonomía personal.

## **5. Metodología**

### **5.1. Tipo de investigación**

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo el cual se basa en la recolección y medición del funcionamiento cognitivo y la autonomía mediante reactivos psicológicos; y cualitativo por el cual se pretende observar la relación que tiene el funcionamiento cognitivo con la autonomía de la persona, la información fue obtenida de manera prospectiva y según un periodo de tiempo establecido.

### **5.2. Nivel de investigación**

Tendrá un alcance descriptivo y correlacional ya que se realizará la descripción de la naturaleza de las variables de la población estudiada, así como también se cuantificará la relación entre las variables de funcionamiento cognitivo y autonomía.

### **5.3. Diseño de investigación**

El diseño de la investigación es no experimental de corte transversal porque se recogerán los datos de la población en un único momento.

### **5.4. Lugar del estudio.**

El lugar en donde se llevará a cabo la presente investigación es en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón De Amor” el cual se encuentra ubicado en el sector Ceibopamba, de la parroquia Malacatos.

### **5.5. Población y muestra**

La población estimada con la que se desarrollará el estudio es de 29 adultos mayores que residen en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de Amor”.

### **5.6. Criterios de inclusión**

- Adultos mayores legalmente institucionalizados en el Centro Integral del Adulto Mayor “Rincón de Amor”.

- Adultos mayores que tengan entre 65-85 años de edad.

### 5.7. Criterios de exclusión

- Adultos mayores que presenten graves alteraciones en la comunicación.
- Adultos mayores que posean grave deterioro cognitivo y físico.
- Adultos mayores que tengan edades (menores a 65 años y mayores a 85).

### 5.8. Criterios de eliminación

- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación

## 6. Operacionalización de las variables

Variable	Definición Conceptual	Tipo	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Funcionamiento cognitivo	La funcionalidad es la capacidad física y mental para desarrollar actividades de la vida diaria de forma segura y autónoma, sin provocar cansancio (León & Hernández, 2011).  La capacidad funcional del adulto mayor es definida como “el conjunto de destrezas sociales, mentales y físicas que	Variable independiente	Normal  Alteración leve  Alteración moderada	Orientación  Atención  Concentración  Memoria de trabajo  Memoria verbal  Memoria visual  Funciones ejecutivas  Funciones motoras.	Neuropsi

	<p>permiten al individuo la ejecución de las actividades que exige su medio y/o entorno” (Spiridus, García, &amp; Morales, 2004).</p>				
Autonomía	<p>La autonomía se describe como el conjunto de habilidades que cada individuo tiene para efectuar sus propias elecciones, tomar sus decisiones y responsabilizarse de las secuelas de las mismas. La autonomía se asimila, se consigue mediante su entrenamiento, mediante el</p>	Variable dependiente	<p>Totalmente Dependiente Dependiente grave Dependiente moderado Dependiente Leve Totalmente independiente</p>	<p>Trasladarse entre la silla y la cama Comer Aseo personal Uso de retrete Bañarse/ ducharse Desplazarse Subir/bajas escaleras Vestirse/desvertirse Control de heces</p>	Índice de Barthel

	<p>aprendizaje que procede de uno mismo y de la interacción social. Se refiere, así pues, de un entrenamiento directo de los propios sujetos y desde su propio control que se aprende (López, Fraguas, &amp; cols, 2004).</p>			Control de orina	
--	---	--	--	------------------	--

## 7. Instrumentos

La recolección de datos se realizará a través de la aplicación simultanea de:

- Test Neuropsi- Batería Neuropsicológica breve en español
- Índice de Barthel.

### *7.1 Test Neuropsi- Batería Neuropsicológica breve en español*

- Test Neuropsi- Batería Neuropsicológica breve en español
- Ostrosky-Solís, Ardila y Rosselli (1999) México
- El test Neuropsi consiste en una serie de test consignados a valorar el funcionamiento cognitivo global. Incluye tests de funciones ejecutivas, atención, visuoespacialidad, lenguaje, viso-percepción, orientación, memoria. Es una evaluación que permite descubrir trastornos cognitivos en una

población de un amplio rango de edad. La prueba consta de 8 escalas que evalúan diversos factores cognitivos. Una de las fortalezas de la evaluación radica en que permite evaluar población que no haya sido escolarizada (Burin, Drake, & Harris, 2007).

- El puntaje total del test es de 130 puntos y las categorías cualitativas y las categorías cuantitativas de valoración final son: normal, alteración leve, moderada y grave.
- La Administración de la prueba dura aproximadamente entre 25 y 30 minutos (Ostrosky-Solíz, Ardila, & Rosselli, 1998).

## ***7.2 Índice de Barthel***

- Índice de Barthel.
- Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J.
- El índice de Barthel (IB) es una herramienta que mide la capacidad de un individuo para desarrollar diez actividades de la vida diaria (AVD), consideradas como elementales, obteniéndose una apreciación cuantitativa de su nivel de independencia.
- Es una escala heteroadministrada. El tiempo de aplicación de la evaluación dura aproximadamente unos 5 minutos, y la obtención de la información es de manera directa a través de la observación y/o mediante el interrogatorio al paciente o, si su capacidad cognitiva no lo permite, la información se obtendría mediante su cuidador o familiares.

## 8. Cronograma de Actividades

Actividades	inicio	finalización	Duración	Mayo				Junio				Julio				Agosto				Septiembre			
				1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
				Asesoramiento sobre la realización del proyecto	2021-05-17	2021-05-29	1 semana			X	x												
Elección y definición del tema del proyecto	2021-05-31	2021-06-18	3 semanas					x	x	x													
Redacción de problema y justificación	2021-06-21	2021-06-25	1 semana								x												
Elaboración de objetivos	2021-07-05	2021-07-16	2 semana									x	x										
Marco teórico	2021-07-19	2021-08-06	3 semanas											x	x	x							
Elaboración de hipótesis,	2021-08-09	2021-08-14	1 semana													x							



## 9. Presupuesto

<b>Tipo</b>	<b>Rubro de gastos</b>	<b>Valor</b>
<b>Recursos disponibles</b>	Materiales de oficina	20\$
	Equipo informático (hardware y software)	250\$
<b>Recursos necesarios</b>	Reactivos impresos	20\$
	Pasajes	30\$
	<b>Total</b>	320\$
<b>Financiamiento: propio</b>		