Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación

Carrera de Psicopedagogía

Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno San Vicente del cantón Catamayo, periodo 2022

Trabajo de Integración Curricular previa a la obtención del título de licenciada en Psicopedagogía.

AUTORA:

Johanna Elizabeth Agreda Pérez

DIRECTORA:

Dra. Flora Edel Cevallos Carrión. Mg. Sc

Loja - Ecuador
2022

Educamos para Transformar

Certificación

Loja, 6 de septiembre del 2022.

Dra. Flora Edel Cevallos Carrión. Mg. Sc
DIRECTORA DE TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Certifico:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del dentro Diurno "San Vicente" del cantón Catamayo, periodo 2022** previa a la obtención del título de **Licenciada en Ciencias de la Educación, mención Psicopedagogía**, de la autoría de la estudiante **Johanna Elizabeth Agreda Pérez**, con cédula de identidad Nro**. 1150095097**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Firmado electrónicamente por:
FLORA EDEL CEVALLOS CARRION

Dra. Flora Cevallos. Mg. Sc
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Johanna Elizabeth Agreda Pérez**, declaro ser autora del presente Trabajo Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca Virtual.

Firma

Cedula: 1150095097

Fecha: Loja, 19 de octubre de 2022

Correo electrónico: johanna.agreda@unl.edu.ec

Teléfono o celular: 0961509618

Carta de autorización por parte de la autora, para consulta, reproducción parcial o total y/o publicación electrónica del texto completo del Trabajo de Integración Curricular

Yo, **Johanna Elizabeth Agreda Pérez,** declaro ser autora del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno "San Vicente" del cantón Catamayo, periodo 2022.** como requisito para optar el título de licenciada en Ciencias de la educación, mención Psicopedagogía, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que, con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Institucional.

Los usuarios pueden consultar el contenido de este trabajo en el 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 Integración Curricular que realice un tercero.

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los diecinueve días de octubre del dos mil veintidós.

Firma:

Autor: Johanna Elizabeth Agreda Pérez

Cedula: 1150095097

Dirección: Catamayo, Barrio "La Cruz"

Correo electrónico: johanna.agreda@unl.edu.ec

Celular: 0961509618

DATOS COMPLEMENTARIOS

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Dra. Flora Edel Cevallos Carrión. Mg. Sc

Dedicatoria

A Dios, que con su amor y bondad me sostuvo y me fortaleció para poder emprender este camino de los estudios universitarios y alcanzar un título profesional; confió eternamente en él porque me seguirá bendiciendo en mi proyecto de vida.

A mis padres María Graciela y José, quienes han sido mi pilar fundamental, que gracias a su esfuerzo y sacrificios lograron cumplir mi gran sueño anhelado, los triunfos que he tenido en la vida son por y para ustedes,

A mi compañero de vida por brindarme su apoyo incondicional, por estar presente en todo momento, con su amor, paciencia, ánimo y apoyo fortalecieron mi propósito.

Johanna Elizabeth Agreda Pérez

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja prestigiosa institución de Educación Superior, en la cual deje mi esfuerzo y amor por mi carrera de Psicopedagogía entregando mi dedicación absoluta. por darme la oportunidad de estudiar y de ser buenos profesionales. De manera especial a la Carrera de Psicopedagogía que me aportaron en este arduo camino del conocimiento; me gustaría agradecer a cada uno de los docentes durante toda la carrera profesional porque aportaron con un granito de arena en mi formación académica, y asimismo por sus consejos y su impecable enseñanza.

A la directora del Trabajo de Integración Curricular, Dra. Flora Cevallos por su esfuerzo y dedicación, quien, con sus conocimientos, sabiduría, paciencia y motivación ha logrado que pueda concluir y terminar mis estudios con éxito.

Y por último a los compañeros de tesis, los cuales son amigos apreciados y queridos y que sin duda alguna juntos hemos logrado ultimar esta etapa de nuestra vida profesional, adquiriendo experiencia y aprendiendo y corrigiendo cada uno de mis errores.

Al Centro Diurno San Vicente del Cantón Catamayo y directivos, que me dieron el acceso y disponibilidad para poder realizar la presente investigación. A los adultos mayores, por el compromiso y la buena voluntad para responder a los requerimientos generosamente.

Y a todas las personas que de alguna manera me ayudaron y que han sido parte de este proceso posibilitando poder alcanzar este logro.

Johanna Elizabeth Agreda Pérez

Índice de contenidos

Portada ..... **i**
Certificación ..... **ii**
Autoría ..... **iii**
Carta de autorización ..... **iv**
Dedicatoria ..... **v**
Agradecimiento ..... **vi**
Índice de contenidos ..... **vii**
Índice de tablas xi
Índice de Figuras xi
Índice de Anexos xi
1. Titulo **1**
2. Resumen **2**
2.1 Abstrac *3*
3. Introducción **4**
4. Marco teórico **8**
4.1 Estado cognitivo en el adulto mayor *8*
4.1.1 Antecedentes Investigativos *8*
4.1.2 Teoría de la reserva cognitiva *9*
4.1.3 La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget *10*
4.1.4 Vygotsky y la teoría sociocultural del desarrollo cognitivo *10*
4.1.5 Definición del estado cognitivo del adulto mayor *11*
4.1.6 Procesos cognitivos básicos *12*
4.1.6.1 Memoria 12
4.1.6.2 Atención 12
4.1.6.3 Percepción 12
4.1.7 Procesos cognitivos superiores *13*

4.1.7.1 Pensamiento 13
4.1.7.2 Lenguaje 13
4.1.8 Diagnóstico del estado cognitivo en el adulto mayor *13*
4.1.8.1 La Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal 14
4.1.8.2 El "Neuropsi" 14
4.1.8.3 Examen Mental Breve (MMSE) de Folstein, Folstein &Mchugh 14
4.1.9 Deterioro cognitivo en el adulto mayor *14*
4.1.10 Tipos de deterioro cognitivo *15*
4.1.10.1 Deterioro Cognitivo Leve 15
4.1.10.2 Deterioro Cognitivo Moderado 15
4.1.10.3 Deterioro Cognitivo Severo 15
*4.1.11*Criterios diagnósticos del deterioro cognitivo en el adulto mayor *16*
4.1.12 Causas y sintomatología del deterioro cognitivo *16*
*4.1.13*Factores de riesgo sociodemográficos presentes en el deterioro cognitivo *17*
4.1.13.1 Edad 17
4.1.13.2 Sexo 17
4.1.13.3 Escolaridad 17
4.1.14.4 Estilo de vida 18
4.1.14.5 Hábitos nocivos 18
4.1.15 El adulto mayor *18*
4.1.16 Características del adulto mayor *19*
4.1.16.1 Aspectos físicos y fisiológicos 19
4.1.16.2 Cambios psicológicos y cognitivos 19
4.1.16.3 Cambios psicomotores 19
4.1.16.3 Cambios socioafectivos 20
4.1.17 Etapas o edades del adulto mayor *20*
4.1.18 El envejecimiento *21*
4.1.19 Factores de riesgo psicosociales en el envejecimiento *21*
4.1.19.1 Falta de convivencia 21
4.1.19.2 Empleo y jubilación 22

4.1.19.3 Condiciones financieras desfavorables 22
4.1.19.4 Inactividad física o sedentarismo 22
4.1.19.5 Institucionalización 22
4.1.19.6 Disfunciones familiares 22
4.1.19.7 Estado civil 22
4.1.20 Cambios neurobiológicos asociados al envejecimiento normal *23*
4.1.20.1 Atención 23
4.1.20.2 Velocidad de procesamiento 23
4.1.20.3 Memoria 24
4.1.20.4 Funciones visoespaciales 24
4.1.20.5 Funciones viso perceptivas 24
4.1.20.6 Funciones viso constructivas 24
4.2 Nivel educativo y educación en el adulto mayor *25*
4.2.1 Educación *25*
4.2.1.1 Educación Formal 25
4.2.1.2 Educación No Formal 25
4.2.1.3 Educación Informal 25
4.2.2 Educación en el adulto mayor *26*
4.2.3 La reforma de educación para el adulto mayor *26*
4.2.4 Niveles educativos del sistema formal local *27*
4.2.4.1 Preparatoria 28
4.2.4.2 Básica Elemental 28
4.2.4.3 Básica Media 28
4.2.4.4 Básica Superior 28
5. Metodología 30
5.1 Enfoque mixto *30*
5.1.2 Diseño de la investigación *30*
5.1.2.1 Diseño no experimental 30
5.1.2.2 De corte transversal 31
5.1.2.3 Nivel correlacional 31

5.1.3 Tipo de investigación *31*
5.1.3.1 Descriptivo 31
5.1.3.2 Investigación Bibliográfica 32
5.1.3.3 Investigación de campo 32
5.1.4 Métodos de investigación *32*
5.1.4.1 Método Científico 32
5.1.4.2 Método hipotético-deductivo 32
5.1.4.3 Método Inductivo 32
5.1.4.4 Método Deductivo 33
5.1.4.5 Método Analítico- sintético 33
5.1.4.6 Método Estadístico 33
5.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos *33*
5.1.5.1 Instrumento para medir los estados cognitivos del adulto mayor 33
5.1.5.2 Técnica de la entrevista 35
5.1.6 Área de investigación y escenario *35*
6. Resultados 39
Resultados del Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL *39*
Estado cognitivo de los adultos mayores *42*
Nivel educativo de los adultos mayores *43*
Pruebas de chi-cuadrado *45*
Caracterizar el estado cognitivo de la población investigada *47*
7. Discusión 62
8. Conclusiones 65
9. Recomendaciones 66
10. Bibliografía 67
11. Anexos 81

Índice de tablas:

Tabla 1 Categorías subdivididas de las edades del adulto mayor 20
Tabla 2 Población y Muestra 36
Tabla 3 Resultados del Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL aplicado a los adultos mayores del centro diurno "San Vicente" 39
Tabla 4 Estado cognitivo de los adultos mayores 42
Tabla 5 Nivel educativo de los adultos mayores 43
Tabla 6 Estado cognitivo - nivel educativo 45
Tabla 7 Pruebas de chi-cuadrado 45
Tabla 8 Distribución de grupos en función a la edad y el género 47
Tabla 9 Distribución de grupos en función de la ocupación en su vida activa 48
Tabla 10 Distribución de grupos en función del estado civil y el número de hijos 49
Tabla 11 Distribución de grupos en función de con quién vive 50
Tabla 12 Distribución de grupos en función al apoyo familiar 51
Tabla 13 Distribución de grupos en función a las razones por que no entró a un establecimiento educativo 52

Índice de Figuras:

Figura 3. Resultados del Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL aplicado a los adultos mayores 40
Figura 4. Estado cognitivo de los adultos mayores 42
Figura 5. Nivel educativo de los adultos mayores 44
Figura 6 Prueba de Chi - cuadrado 60

Índice de Anexos:

Anexo 1. Solicitud de apertura del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, periodo 2022 81
Anexo 3. Consentimiento informado para los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, periodo 2022 82
Anexo 4. Instrumento Mini mental test para aplicar a los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del cantón Catamayo, periodo 2022 83
Anexo 5. Entrevista a los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del cantón Catamayo, periodo 2022 87

1. Titulo

Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno "San Vicente" del cantón Catamayo, periodo 2022

2. Resumen

El trabajo de titulación: Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno San Vicente del cantón Catamayo, 2022, tuvo como objetivo general: Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor; investigación de enfoque mixto, descriptivo, diseño no experimental, transversal y correlacional. Se utilizó el Examen Cognoscitivo Minimental y la entrevista semiestructurada, aplicados a los 30 adultos mayores en edades entre 65 y 93 años. En los resultados se encuentra que el 40% de adultos presentan un estado cognoscitivo normal y con el mismo porcentaje un estado cognitivo leve y el 20% presentan déficit cognoscitivo moderado; en cuanto al nivel educativo el 50% alcanza el nivel básico elemental, el 33, 3% llegan al básico medio; el 10% no tuvieron escolaridad, y el 6,7% estuvieron en preparatoria (primer grado). En la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo, el valor calculado de chi – cuadrado es de 8,50, entendiendo que, se acepta la hipótesis nula **H0=**El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor y se rechaza la hipótesis alterna**, H1=**El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor. Respecto a la caracterización, en la población investigada prevalece el género masculino, no tienen recursos económicos estables, la mayoría viven solos, en su ocupación la mayoría se dedicó a la agricultura, por ello no culminaron sus estudios primarios y si lo hicieron fue a edades adultas. En cuanto a las limitaciones presentan tanto auditivas, como visuales que son propias de la edad, finalmente, los estilos de vida no fueron los más adecuados, debido a que la mayoría tuvieron hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

Concluyendo que el estado cognitivo del adulto mayor es normal y leve; el nivel educativo en su mayoría básica y elemental; no existe relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo; la población investigada tiene características propias de la edad en relación a su educación, que no están alterando su estado cognitivo.

Palabras claves: adulto mayor, envejecimiento, educación, procesos cognitivos, reserva cognitiva

2.1 Abstrac

The title work: Cognitive status and educational level in the Older Adult of the San Vicente Day Center of Catamayo Canton, 2022, had as general objective: To analyze the relationship between the cognitive status and the educational level of the older adult; research of mixed approach, descriptive, non-experimental, cross-sectional and correlational design. The Minimental Cognitive Examination, by Folstein, M; et al. and the semi-structured interview were used, applied to 30 older adults between 65 and 93 years of age. In the results obtained it was found that 40% of the older adults presented a normal cognitive state and with the same percentage a mild cognitive state and 20% presented moderate cognitive deficit; as for the educational level, 50% reached elementary basic level, 33.3% reached middle basic level; 10% had no schooling, and 6.7% were in high school (first grade). In the relationship between cognitive status and educational level, the calculated chi-square value is 8.50, meaning that there is no relationship between the two variables; therefore, the null hypothesis is accepted and the alternative hypothesis is rejected. With respect to the characterization of the population investigated, the male gender prevails, they do not have stable economic resources, most of them live alone, in their occupation most of them were dedicated to agriculture, that is why they did not finish their primary studies and if they did it was at adult ages. As for the limitations, they present both auditory and visual limitations that are typical of age, finally, the lifestyles were not the most adequate, because most of them had habits of consumption of alcoholic beverages and tobacco.

It is concluded that the cognitive status of the elderly is normal and mild; the educational level is mostly basic and elementary; there is no relationship between cognitive status and educational level; the population investigated has characteristics of age in relation to their education, which are not altering their cognitive status.

Key words: older adult, aging, education, cognitive processes, cognitive reserve.

3. Introducción

En la actualidad, debido al avance científico y tecnológico, el número de adultos mayores se ha desarrollado significativamente, por lo que el fenómeno del envejecimiento sociodemográfico se ha establecido en todo el mundo, incidiendo en el cambio en la estructura de la población, a causa del aumento de la esperanza de vida y de la disminución del número de nacimientos.

Debido al incremento de la población longeva, la Organización Mundial de la Salud (2021) evidencia datos significativos de los cambios que se dan en las estructuras poblacionales. En la actualidad, por primera vez en la historia, los mayores de 60 años superaron en número a los menores de 5 años y para 2050 se espera que la población mundial de más de 60 años llegue a los 2000 millones, un aumento considerable frente a los 841 millones de la actualidad (p. 1)

Según Valdivia (2020), "Ecuador no se encuentra ajeno al proceso de envejecimiento poblacional que se experimenta a nivel global" Teniendo en cuenta las proyecciones poblacionales del Instituto de Estadística y Censos INEC 2010

> En el Ecuador existían más de 940.000 personas mayores de 65 años, que representan el 6,5% de la población nacional, y para el 2017 se estimaba que serían 1.180.944, es decir el 7% de la población. Además, se realizan proyecciones que señalan que para el 2050, las personas adultas mayores pasarán a ser el 17% y en el 2075 serán el 26% de la población (Maldonado Ruiz, 2018).

Además, en la ciudad de Loja, existe un número importante de adultos mayores. Esta población representa en un 8% del total de habitantes y se espera que para el año 2025 la cifra aumente alrededor de un 20% (proyecto de intervención psicopedagógica, 2022).

No obstante, con el aumento de la población de adultos mayores, se ha hecho evidente que el envejecimiento es un proceso normal, natural y necesario del ser humano y que en ese crecimiento bio-psico-socio-cultural y espiritual, existen cambios en las funciones de los procesos cognitivos básicos. Estos cambios según Gómez Viera (2003) "puede definirse como toda alteración de las capacidades mentales superiores, ya sea focal o múltiple" lo que puede generar consecuencias negativas en la calidad de vida del adulto mayor.

De tal forma, la pérdida de habilidades cognitivas está influenciada por múltiples y complejos factores internos y externos en la vida del adulto mayor. Como plantea León & Guillermo (2017), los eventos **cardiovasculares** como la **hipertensión arterial**, **nivel de**

escolaridad, niveles socioeconómicos bajos, **insuficiente nutrición**, **vivienda y atención en salud**, generando consigo detrimento en las actividades mentales superiores y por ende DC que muchas veces puede llegar a la demencia.

En este sentido se puede constatar que existe una gran variabilidad en la manifestación de patrones de deterioro cognitivo en la edad adulta. Por ende, en el presente trabajo de integración curricular se consideró la relación del estado cognitivo y el factor educativo como elemento de riesgo en el desarrollo de déficit cognitivo de los adultos mayores.

Con base a la problemática antes mencionada, se formula la pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, 2022?

Es así que, el presente trabajo de integración curricular titulado: Estado Cognitivo y Nivel Educativo en el Adulto Mayor del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, periodo 2022 está justificado puesto que el deterioro cognitivo es un problema de salud que afecta a los adultos mayores y que tiene diversas consecuencias en su funcionalidad y autonomía.

Se planteó como objetivo general: Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno San Vicente periodo 2022 y como objetivos específicos: Evaluar el estado cognitivo en los adultos mayores del centro; Identificar el nivel educativo del adulto mayor del centro; Establecer la relación del estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno San Vicente; Caracterizar el estado cognitivo de la población investigada con relación al nivel educativo del adulto mayor del centro diurno San Vicente del Cantón Catamayo.

En relación al marco teórico, se consideró referentes teóricos que fundamentan el estado cognitivo del adulto mayor con temas como: el estado cognitivo del adulto mayor, la teoría de la reserva cognitiva, el enfoque cognitivista, proceso cognitivos básicos y superiores, diagnóstico del estado cognitivo en el adulto mayor, deterioro cognitivo, tipos de deterioro, criterios diagnósticos del deterioro cognitivo, causas y sintomatología del deterioro, factores de riesgo sociodemográficos presentes en el deterioro, características del adulto mayor, etapas o edades del adulto mayor, envejecimiento, factores de riesgo psicosociales en el envejecimiento, cambios neurológicos asociados al envejecimiento normal.

De acuerdo a la segunda variable del nivel educativo, se integra temas que responden temas como: educación, educación formal, no formal e informal, educación en el adulto mayor, la reforma de educación para el adulto mayor, niveles educativos del sistema formal local.

Con base a la fundamentación teórica se encuentra explicitado el marco metodológico como proceso de investigación científica abordado a través de una serie de pasos y estrategias lógicamente estructurados y relacionados entres si: el enfoque mixto, diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional, ya que medió y procedió a asociar las dos variables, en el análisis de la relación entre los estados cognitivos del adulto y el nivel educativo del centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, 2022, la misma que se efectuará en la muestra y contexto particular, con los adultos mayores del centro antes mencionado.

Para la recolección de la información se utilizó el instrumento Cognoscitivo Mini-mental, con el fin de detectar el deterioro de funciones cognoscitivas, seguidamente la aplicación de la entrevista semiestructurada, para caracterizar la población investigada, la misma que permitió obtener datos de identificación, el nivel educativo cursado, el estado de salud, estilo de vida y por último aspectos psicológicos, de manera específica en cuánto a la memoria.

En relación al estado cognitivo del adulto mayor, se encuentra que el 40% de adultos mayores presentan un estado cognoscitivo normal y con el mismo porcentaje un estado cognitivo leve y el 20% presentan déficit cognoscitivo moderado.

En cuanto al nivel educativo el 50% alcanza el nivel básico elemental, el 33, 3% llegan al básico medio; el 10% no tuvieron escolaridad, y el 6,7% estuvieron en preparatoria (primer grado).

De acuerdo a los resultados obtenidos de la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo, el valor calculado de chi – cuadrado es de 8,50 dato que se encuentra en la zona de aceptación, entendiendo que no existe una relación entre ambas variables; por lo que, se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna**.**

En relación a los resultados de la entrevista semi estructurada para la caracterización del estado cognitivo y el nivel educativo, la mayoría de adultos mayores del centro diurno San Vicente, se encuentran en edades comprendidas de 65 a 93 años, prevaleciendo el género masculino, además en su edad productiva se dedicaron en su gran mayoría a la agricultura,

por ello en su totalidad no culminaron sus estudios primarios y si lo hicieron fue a edades adultas. Por otro lado, la mayoría no se casaron, pero se estima que debido a que los mismos tienen hijos si llevaron una relación de convivencia, sin embargo, en la actualidad viven en la mayoría solos por diversas razones o situaciones familiares.

En lo relacionado con las limitaciones que presentan las más significativas son las auditivas, así como las visuales que son propias de la edad; y, finalmente, los estilos de vida que adoptaron no fueron los más óptimos o adecuados, debido a que la mayoría tuvieron hábitos de consumo de bebidas alcohólicas, al igual de realizar pocas actividades físicas.

Concluyendo que el estado cognitivo del adulto mayor es normal y leve; el nivel educativo en su mayoría básica y elemental; no existe relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo; la población investigada presenta características propias de la edad en relación a su educación, que no están alterando su estado cognitivo.

4. Marco teórico

4.1 Estado cognitivo en el adulto mayor

4.1.1 Antecedentes Investigativos

En cuanto al contexto internacional se encuentran investigaciones sobre el deterioro cognitivo, mismo que está enmarcado en el estado cognitivo del adulto mayor.

Por lo tanto, como plantea Ortíz-Rodriguez et al. (2018) en su estudio realizado en México sobre Deterioro cognitivo asociado con el nivel educativo e IMC en adultos mayores de Ciudad de México, el cual entrevistó a 110 adultos mayores (hombres, mujeres, con una edad mayor a 65 años, utilizó el Minimental State Examination (MMSE), concluyendo que se encontró una prevalencia de DC del 58% (65% y 54%) en hombres y mujeres, respectivamente. Se observaron diferencias significativas al comparar el puntaje obtenido en el MMSE con el nivel educativo, los adultos mayores con menor nivel educativo, obtuvieron menor puntaje en el MMSE (p.29)**.**

Asimismo, en una investigación realizada en Perú por Abarca et al. (2008) denominada Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa, manifiestan que se evaluaron 280 sujetos adultos mayores de tres distritos de la ciudad Arequipa con el Examen Mental Abreviado (Mini Mental) y un cuestionario de variables sociodemográficas, dando como resultado una relación significativa entre la edad y el deterioro cognitivo, observándose puntajes más bajos en sujetos con mayor edad; además observándose que los sujetos con mayor nivel educativo muestran puntajes más altos.

Por otro lado, en un estudio realizado por García (2017) El objetivo general fue determinar el perfil cognitivo y precisar las diferencias según género, estado civil, nivel educativo, La muestra estaba integrada por 60 personas de ambos sexos; que representan el 62% de varones y el 38% de mujeres, cuyas edades fluctúan entre 60 a 82 años de edad. Se concluyó que el perfil cognitivo total de la muestra es el 55% que corresponde el valor normal; el 23% para quienes presentan deterioro cognitivo leve, y el 22% a deterioro cognitivo moderado. En el factor según género, no se evidencian diferencias significativas. En lo referido a los grupos: estado civil, viudos, sin escolaridad; y el grupo platino; son considerados como factores de riesgo para presentar deterioro en la función cognitiva. Además, se estima que la escolaridad es un factor que influye directamente en el deterioro cognitivo en personas de 75 años hacia adelante, por el bajo puntaje obtenido, a ser valorado bajo los criterios del MMSE.

En cuanto al contexto nacional se encuentran investigaciones que ponen de manifiesto la presencia de esta problemática.

Por su parte, Espinoza & Vera (2021) en su investigación del tema relevancia del deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 a 85 años en el año 2021 en un Hospicio en la Ciudad de Guayaquil, aplicaron la técnica: Encuesta sociodemográfica y el Instrumento: Cuestionario de preguntas a los pacientes adultos mayores, en la población de 72 adultos mayores de 65 a 85 años, en el Asilo Sofia Ratinoff, lo cual dio como resultado, en cuanto a la escolaridad, fue evidente que el 76% de los casos que presentaron deterioro cognitivo, solo terminaron la primaria, mientas que el 24% restante culminó la secundaria. Eso se presenta, debido a que los adultos mayores no tuvieron un desarrollo cognitivo desde su infancia o edad mediana, lo cual contribuye a la aparición temprana del deterioro cognitivo.

De tal forma a nivel local se ha encontrado una investigación que asocia la presencia de los factores sociodemográficos como predominantes en el deterioro cognitivo.

En una investigación elaborada en la Universidad Nacional de Loja por Figueroa (2019), sobre factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores de los centros del patronato de amparo social del cantón Loja, en la investigación se recolectó información de 20 adultos mayores de ambos sexos, con edades comprendidas entre los 65 y 85 años, donde puede determinar que la prevalencia del DCL en los adultos mayores de los centros del Patronato de Amparo Social es del 62,5%; en cuanto al perfil sociodemográfico, el 75% de los participantes corresponden al sexo masculino, el 50% se encuentra con una edad comprendida entre los 80 a 85 años, con respecto al nivel de instrucción, el 40% ha cursado hasta la primaria incompleta y el 75% de la población ha ejercido una ocupación de tipo manual durante su vida; tras la aplicación de los programas estadísticos correspondientes se encontró relación significativa entre la primaria incompleta y el DCL, es decir existe una asociación significativa entre primaria incompleta y el DCL; mayor nivel de escolaridad menor será el riesgo de desarrollar DCL.

4.1.2 Teoría de la reserva cognitiva

Díaz (2009) refiere que la reserva cognitiva ha sido descrita por algunos autores como la capacidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia, es decir, para soportar mayor cantidad de neuropatología antes de llegar al umbral donde la sintomatología clínica comienza a manifestarse. Esta habilidad se cree que está desarrollada como resultado, o bien de una capacidad innata, o bien de los efectos de las experiencias vividas, tales como la educación o la ocupación laboral.

Yaakov Stern, uno de los mayores defensores en la comunidad científica internacional de la investigación a favor de este tema, hipotetiza que, con un nivel similar de patología cerebral, se espera que aquellos con mayor reserva cognitiva muestren menos deterioro cognitivo y que, entre sujetos con estatus cognitivo similar, aquellos con más reserva cognitiva tengan o sean más capaces de tolerar grados más elevados de patología. En opinión de Stern, una mayor reserva cognitiva se manifestaría un uso más eficaz de redes cerebrales o estrategias cognitivas alternativas, lo cual permitiría un rendimiento eficiente durante más tiempo en caso de existencia de patología cerebral (p. 151).

El modo en que se materializa este efecto protector no está exento de controversia y se contemplan como posibles estas explicaciones.

Las personas con niveles educativos más altos y estatus socioeconómico más elevado pueden estar menos expuestas a agresiones repetidas de toda índole contra su salud, con lo que gozarían de un estilo de vida más saludable y recibirían cuidados médicos de mejor calidad, todo lo cual conseguiría que sus cerebros sean más sanos.

Una mayor escolarización puede llevar a mayor conectividad neuronal en las primeras etapas de la vida que persiste durante el resto de la vida.

Un mayor nivel educativo puede estar relacionado con la estimulación mental y el crecimiento neuronal durante toda la vida (p. 151).

4.1.3 La teoría del desarrollo cognitivo de Piaget

Es una teoría completa sobre la naturaleza y el desarrollo de la inteligencia humana. Piaget menciona que la infancia del individuo juega un papel vital y activo con el crecimiento de la inteligencia, y que el niño aprende a través de hacer y explorar activamente. Esta teoría se centra en la percepción, la adaptación y la manipulación del entorno que le rodea. Afirmando que el desarrollo cognitivo está en el centro del organismo humano, y el lenguaje es contingente en el conocimiento y la comprensión adquirida a través del desarrollo cognitivo.

4.1.4 Vygotsky y la teoría sociocultural del desarrollo cognitivo

La teoría sociocultural es una teoría del aprendizaje. Esta teoría es una corriente de la psicología desarrollada por Lev Vygotsky (Rusia, 1896-1934), según la cual el aprendizaje y la adquisición de conocimientos resulta de la interacción social. De acuerdo con la teoría sociocultural de Vygotsky, el desarrollo cognitivo de los individuos se encuentra directamente relacionado con la interacción social en el marco de la cultura dominante, es decir, que responde al proceso de socialización. Se comprende, pues, que el desarrollo de la persona es consecuencia de la socialización. Vygotsky creía que los padres, parientes, los pares y la cultura

en general juegan un papel importante en la formación de los niveles más altos del funcionamiento intelectual, por tanto, el aprendizaje humano es en gran medida un proceso social.

En cuanto a los factores culturales del desarrollo cognitivo Vygotsky pone más énfasis en la cultura y como esta afecta el desarrollo cognitivo y sume que el desarrollo cognitivo varía según la cultura, mientras que Piaget establece el desarrollo cognitivo es sobre todo universal sin importar las diferencias culturales.

Vygotsky afirmó que los niños nacen con un repertorio básico de habilidades que permiten su desarrollo intelectual, pero mientras Piaget se centraba en los reflejos motores y las capacidades sensoriales, Vygotsky se refiere a las funciones mentales elementales: Atención, Sensación, Percepción, Memoria, eventualmente, por medo de la interacción dentro del entorno sociocultural, éstas funciones se desarrollan en procesos mentales más sofisticados y eficaces las cuales han sido llamadas como las funciones psicológicas superiores. Por lo tanto, Vygotsky ve las funciones cognitivas, incluso las realizadas solo, como afectados por las creencias, valores y herramientas de adaptación intelectual de la cultura en la que una persona se desarrolla y por lo tanto determina socioculturalmente. Las herramientas de adaptación intelectual, por tanto, varían de una cultura a otra, como en el ejemplo de la memoria (Vergara, 2019).

4.1.5 Definición del estado cognitivo del adulto mayor

El estado cognitivo según Rodríguez & Guapisaca (2021) “es entendido como el conjunto de las diferentes funciones que le permiten al ser humano llevar a cabo sus actividades cotidianas. Está compuesto por atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, habilidades visoespaciales, entre otras.” Además, González & León (2013) manifiestan que la cognición puede ser entendida como el sistema de construcción y procesamiento de conocimiento e información que desarrolla el ser humano, esta se activa en procesos que permiten al individuo apropiarse de todo aquello que lo rodea y de su realidad. Es la encargada del procesamiento ¿de la información, el cómo la adquieren, almacenan, recuperan y seguidamente de la construcción y adquisición del conocimiento. Algunos de los procesos cognitivos son; la memoria, el lenguaje, la percepción, el pensamiento, entre otros. Por lo tanto, los procesos cognitivos, son estructuras o mecanismos mentales que se ponen en funcionamiento cuando el hombre observa, lee, escucha, mira. Estos procesos son: percepción, atención, pensamiento, memoria, lenguaje. Los procesos cognitivos desempeñan un papel

fundamental en la vida diaria. El hombre, todo el tiempo, está percibiendo, atendiendo, pensando y utilizando la memoria y el lenguaje (Villasmil & Fuenmayor 2008).

A continuación, atendiendo a las diferentes conceptualizaciones del estado cognitivo, de acuerdo a los autores Rodríguez, González y León, es importante precisar cada uno de los procesos que conforman el estado cognitivo.

4.1.6 Procesos cognitivos básicos

4.1.6.1 Memoria

"La memoria es un proceso psicológico que sirve para almacenar información codificada. Dicha información puede ser recuperada, unas veces de forma voluntaria y consciente y otras de manera involuntaria" (Ballesteros S., 1999, p. 705).

Lo que aprendemos es retenido o almacenado en nuestro cerebro y constituye lo que denominamos memoria. De acuerdo a Bernal (2010) "La memoria es siempre inferida del comportamiento, por lo tanto, la memoria, gentes, lugares y sucesos, define lo que cada uno de nosotros somos y da a nuestra vida un sentido de continuidad. En este sentido se mencionan diferentes tipos de memoria" (p. 222)

4.1.6.2 Atención

"La atención es un proceso psicológico básico e indispensable para el procesamiento de la información de cualquier modalidad, basado en un complejo sistema neuronal que se encarga del control de la actividad mental de un organismo" (Londoño, 2009, p. 91).

Sohlberg & Mateer (2001) proponen una serie de componentes o elementos constitutivos del proceso de la atención, los cuales participan de forma activa e interna en el procesamiento de la información de cualquier modalidad sensorial.

4.1.6.3 Percepción

Vargas (1994) describe que la percepción posee un nivel de existencia consciente, pero también otro inconsciente; es consciente cuando el individuo se da cuenta de que percibe ciertos acontecimientos, cuando repara en el reconocimiento de tales eventos. Por otro lado, en el plano inconsciente se llevan a cabo los procesos de selección (inclusión y exclusión) y organización de las sensaciones. Sobre la base biológica de la capacidad sensorial, la selección y elaboración de la información del ambiente se inicia en la discriminación de los estímulos que se reciben, en tal discriminación subyace la mediación de mecanismos inconscientes. Esta mediación impulsa a evaluar lo que en determinado momento interesa de entre todas las posibles manifestaciones sensibles del ambiente; de lo potencialmente percibido se lleva a cabo

una selección de lo que es importante dentro de las circunstancias biológicas, históricas y culturales (pp. 48-49).

De acuerdo con Lugo (2022), Las personas tienen la capacidad de oler, oír y ver lo que sucede en su mundo. Estos sentidos son los que le ayudan a formar una información determinada sobre su realidad. En este sentido se describen los diferentes tipos de percepción.

4.1.7 Procesos cognitivos superiores

Los procesos cognitivos superiores son los que se llevan a cabo después de los básicos y se encargan de integrar la información con la que ya se cuenta previamente al máximo. De acuerdo a Glover (2019) "son procesos conscientes y requieren de un esfuerzo mental mayor para llevarlos a cabo"

4.1.7.1 Pensamiento

Se trata de un proceso mental que se encarga de razonar, tomar decisiones, resolver los problemas de la vida cotidiana, entre muchas más funciones debido a su complejidad y heterogeneidad. Para poder llevar a cabo todas estas acciones, necesitamos crear conceptos en nuestra mente, organizar nuestras ideas, agrupar objetos, personas, entre otros elementos.

4.1.7.2 Lenguaje

El lenguaje es la capacidad con la que contamos todos los seres humanos para emitir y comprender distintos tipos de sonidos y palabras que vienen del exterior en combinación con un gran número de frases y letras con la finalidad de entendernos y de comunicarnos con las demás personas.

Una vez contextualizado tanto el deterioro cognitivo, así como los elementos que constituyen la cognición es importante conocer las maneras de identificar un estado cognitivo en el ser humano y para ello a continuación se brindará elementos relacionados con el diagnóstico del estado cognitivo y de manera concreta en el adulto mayor.

4.1.8 Diagnóstico del estado cognitivo en el adulto mayor

En la evaluación neuropsicológica se considera fundamental la validez de constructo y contenido, así como la confiabilidad de test, la confiabilidad entre examinadores, la consistencia interna, y la validez predictiva (Romero, 2011, p. 84). Se trata de instrumentos útiles como primera aproximación al rendimiento cognitivo. De entre los test de screeninq o cribados utilizados en nuestro contexto están:

4.1.8.1 La Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal

(MoCA por sus siglas en inglés). Este instrumento fue desarrollado para la detección de deterioro cognitivo en pacientes que presentan un perfil cognitivo complejo, como el deterioro cognitivo leve, determinado cuando existe una declinación de las funciones mentales pero que no cumple criterios para considerarse demencia (Rodríguez et al., 2014, p. 518).

4.1.8.2 El "Neuropsi"

Consiste en una serie de test destinados a valorar el funcionamiento cognitivo global. Incluye test de orientación, atención, memoria, lenguaje, visoespacial, viso-percepción y funciones ejecutivas. Es una prueba que permite detectar trastornos cognitivos en una población de un amplio rango de edad. La prueba consta de 8 escalas que evalúan diferentes dominios cognitivos. Una de las fortalezas de la prueba consiste en que permite evaluar población analfabeta o con baja escolaridad (Burin et al., 2007).

Por último, se considera el Mini mental test que tiene relación con cada una de las variables a estudiar.

4.1.8.3 Examen Mental Breve (MMSE) de Folstein, Folstein &Mchugh

El “Mini Mental State Examination” (MMSE) fue desarrollado por Folstein y cols en 1975 como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos. Al ser un instrumento estandarizado de uso generalizado, también favorece la posibilidad de contar con un parámetro adecuado de comparación entre distintos centros. El MMSE ha alcanzado una amplia difusión debido a que es breve, fácil en su administración, y sencillo en su puntuación para ser utilizado por médicos de asistencia primaria. Si bien existen distintas versiones estandarizadas en español, la ausencia de valores de corte en nuestro país determina una utilización informal de esta importante herramienta diagnóstica (Mangona, 2001).

Si bien es cierto las habilidades cognitivas le permiten al adulto mayor una adecuada autonomía y funcionalidad en sus diferentes actividades cotidianas, sin embargo, con el pasar de los años este tiende a perder ciertas capacidades cognitivas que algunos autores la denominan deterioro cognitivo, cuyas definiciones se mencionan a continuación.

4.1.9 Deterioro cognitivo en el adulto mayor

Como plantea Delgado & Salinas (2009) “El deterioro cognitivo corresponde a ligeros déficits subjetivos y objetivos de la cognición, anormales para la edad, pero sin compromiso de las actividades funcionales del sujeto” (p. 245)

Si bien el concepto de deterioro cognitivo surge como un intento de definir una situación clínica de riesgo en el proceso de envejecimiento, lo cual implica una variabilidad de

cambios en las capacidades mentales, identificando etapas, grados o tipos de deterioro cognitivo en el adulto mayor que se mencionan a continuación.

4.1.10 Tipos de deterioro cognitivo

Con el avance de la edad, el deterioro cognitivo en el adulto mayor se hace más patente, aunque el grado varía en función de distintos elementos, como las habilidades que ha desarrollado alguien durante su vida o ciertas condiciones.

4.1.10.1 Deterioro Cognitivo Leve

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

4.1.10.2 Deterioro Cognitivo Moderado

"Es un síndrome caracterizado por deterioro en la memoria sin afectación en las habilidades funcionales del individuo. Esa condición está asociada con un incremento en la mortalidad y depresión" (Sequeira, 2019).

4.1.10.3 Deterioro Cognitivo Severo

El deterioro cognitivo severo implica un estado del paciente en el que sufre una gran pérdida de la memoria, así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas comunicativos. Se puede dar el caso de que llegado este punto ya no reconozca a las personas que tiene a su alrededor, ni los lugares en los que se encuentra, etc. Llegado este punto de la enfermedad, el paciente no puede casi valerse por sí mismo ya que necesitará ayuda para solventar cualquiera de sus necesidades básicas como son asearse, alimentarse o trasladarse a cualquier estancia (Centromente, 2016).

Además de utilizar instrumentos de screening, se puede tomar en cuenta algunos criterios diagnósticos del deterioro cognitivo, tal como se manifiesta en la literatura seguidamente.

4.1.11Criterios diagnósticos del deterioro cognitivo en el adulto mayor

Los criterios diagnósticos de DC según Peters citado en Samper (2011) incluyen:

- Alteración subjetiva de la memoria, corroborada por un informador fiable.

- Alteración de la memoria objetivada mediante test con datos normativos de personas de la misma edad y nivel de escolaridad.

- Función cognitiva general normal.

-Realización normal de las actividades de la vida diaria.

-No estar demenciado (p. 30).

Por consiguiente, entre las causas y las sintomantología del deterioro cognitivo como señala Pérez Martínez (2005) se menciona las siguientes:

4.1.12 Causas y sintomatología del deterioro cognitivo

Las causas frecuentes de deterioro cognitivo son las enfermedades psiquiátricas (delirios, amnesias), las enfermedades sistémicas y degenerativas como la demencia y el Parkinson. Asimismo, algunos deterioros y desórdenes adquiridos también provocan trastornos cognitivos como el accidente cerebrovascular o el traumatismo craneal.

Entre los síntomas y/o signos de sospecha de deterioro cognitivo podemos citar las pérdidas de memoria (se olvidan citas, nombres, números telefónicos, etc.), la desorientación en tiempo y lugar (se olvidan fechas y ocurren pérdidas en sitios perfectamente conocidos), problemas de lenguaje (se olvidan y sustituyen palabras, hay dificultades para encontrar la palabra apropiada en una conversación), la pobreza de juicio es característica (vestidos inadecuados), con frecuencia se pierden cosas o se colocan en lugares inapropiados, se producen cambios inesperados y frecuentes del estado de ánimo y de conducta (desinhibición, repetición de preguntas y actos, reacciones agresivas y violentas, manifestaciones sexuales inapropiadas, familiaridad con extraños, etc.), son comunes los cambios de personalidad (hay acentuación de rasgos previos, se vuelven suspicaces, temerosos, parecen como "ausentes", "raros", "extraños", etc.), se evidencia la pérdida de la iniciativa (se muestran pasivos y necesitan ser estimulados constantemente), así como también se acentúan las dificultades en la realización de las tareas familiares.

4.1.13 Factores de riesgo sociodemográficos presentes en el deterioro cognitivo

A lo largo de la vida, son muchos los factores sociales, psicológicos y biológicos que determinan la salud mental de una persona.

Seguidamente se describen investigaciones que dan fe de que existen factores implicados en el deterioro cognitivo, así como el impacto de sus interacciones en el empeoramiento. En general, varios factores asociados con la mala salud incluyen: autoestima de salud negativa, salud física, inactividad, dieta, consumo de tabaco y alcohol. Se encontró que, en particular, la edad, el sexo y el nivel educativo tienen un efecto sobre el estado cognitivo en la edad adulta. (Borquéz, 2016)**.**

Según Espinoza & Vera (2021) entre los factores sociodemográficos considerados como factor de riesgo, se debe prestar atención a la edad, el sexo, la educación y la ocupación antes de la aparición de la enfermedad.

4.1.13.1 Edad

La edad es una de las variables más estudiadas en los pacientes con trastornos de cognición, considerándola como un factor de riesgo para desarrollar deterioro cognitivo leve, la prevalencia de esta patología aumenta con el pasar de los años, pasa del 1% entre los 60 y los 65 años al 4,3% a los 75 años, hasta llegar al 28,5% a los 90 años.

4.1.13.2 Sexo

Se vincula esta variable con el desarrollo del deterioro cognitivo, pero sigue siendo controversial, debido a que en diferentes estudios sugieren que este deterioro es mayor en los hombres, mientras que, en otros estudios, se distingue una prevalencia mayor en las mujeres, agregando algunos autores que estos se debe por los cambios hormonales, junto con la carga afectiva que presenta esta población.

4.1.13.3 Escolaridad

Por otra parte, existe una relación significativa de la educación con la funcionalidad del cerebro, ya que esta actúa sobre la activación neural, de tal manera que hay una mejor aportación de oxígeno, como también de glucosa hacia el cerebro, así mismo hay un mejor desarrollo de protección contra los radicales libres. En base a esto, se puede justificar que el deterioro, se da con mayor afluencia en personas que no poseen un nivel de instrucción, en relación con aquellos que si han alcanzado un nivel educativo y que tienen una mejor sinapsis corticales.

4.1.14.4 Estilo de vida

El adulto mayor tiene comportamientos aprendidos durante el trascurso del ciclo vital; estas conductas forman parte del estilo de vida: alimentación, actividad física, descanso, vicios, así como la relación del individuo con su entorno, condiciones de vida, vivienda, acceso de recursos básicos etc. y son influenciadas por las características personales, y los factores socioeconómicos y cultural y determinan la salud y enfermedad de la persona adulta, incrementando su vulnerabilidad (Toapaxi, Guarate, et al, 2020).

A través de diferentes hallazgos, se demuestra que aquellas personas que tienen un mejor estilo de vida, tienen una menor probabilidad de presentar algún tipo de deterioro cognitivo, De esta forma, se puede establecer que aquellas personas que llevan continuamente hábitos de ejercicios, una mejor nutrición, duermen las horas necesarias y llevan una vida social activa, tienden a reducir el desarrollo de este tipo de trastornos

4.1.14.5 Hábitos nocivos

En algunos estudios, se ha encontrado cierta relación entre el desarrollo de este tipo de deterioros con los hábitos del consumo de tabaco, pero esto no ha sido totalmente comprobado, debido a que no se ha hecho una correlación en cuanto a la intensidad y la duración del consumo de esta sustancia. Sin embargo, si se ha determinado una mayor influencia del consumo del alcohol con el deterioro cognitivo, debido a que, mediante investigaciones, se ha comprobado la correlación de la ingesta moderada de esta sustancia y sus efectos en la parte cognitiva de los consumidores.

4.1.15 El adulto mayor

El término Adulto Mayor es un eufemismo para disimular la realidad de la vejez, considerada, de por sí, como un estigma, un estamento costoso e inútil (Gainzo Vicente, 2019). No obstante, a través de los siglos se ha valorado como una etapa de respeto y de sabiduría que merece más consideración, por lo cual el adulto mayor considerado así por un grupo de características otorgadas por el paso del tiempo, hasta llegar a una cierta edad, en la actualidad y en ciertos aspectos se los considera como improductivos, por el contrario, nos podríamos dar cuenta que estamos frente a los creadores del presente en el que vivimos, es decir son los forjadores primordiales de toda la sociedad actual (Abaunza, et al, 2014).

Por otro parte, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU) “considera anciano o adulto mayor a toda persona mayor de 65 años en países desarrollados y de 60 años a personas en países en vías de desarrollo como el nuestro”

4.1.16 Características del adulto mayor

Conforme van añadiendo años a la vida también se van incorporando en las personas mayores diversas modificaciones fruto del proceso natural de envejecimiento que conllevan cambios en las estructuras internas y externas (Alonso & Moros, 2011, p. 3). De esta manera, aparecen cambios físicos y fisiológicos, psicológicos y cognitivos, psicomotores y socioafectivos:

4.1.16.1 Aspectos físicos y fisiológicos

Se produce un deterioro del sistema nervioso provocando lentitud de movimiento y pérdida de actos reflejos, aumenta la posibilidad de manifestar enfermedades que afectan a los distintos sistemas del organismo como son las cardiovasculares (infartos, ACV, arterioesclerosis, etc.), respiratorios (atrofia de mucosa que afecta a la nariz, faringe y laringe, disminuye la elasticidad pulmonar, infecciones respiratorias graves como la neumonía, etc.), digestivos (disminución del sentido del gusto, del reflejo de tragar y de los movimientos automáticos que pasan a ser más lentos, etc.), músculo-esqueléticos (disminuye el tamaño y densidad de los huesos, las articulaciones reducen el rango de movimiento, a nivel muscular se produce una disminución del tono y de la capacidad elástica de las unidades músculo-tendinosas, etc.), el sistema inmunológico se debilita, se producen déficit sensoriales (de vista y oído), sistema urinario (los riñones reducen eficacia para eliminar los desechos y los medicamentos, así mismo, aumenta la posibilidad de incontinencia urinaria, etc.) (p. 3)

4.1.16.2 Cambios psicológicos y cognitivos

La predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son también aspectos relacionados con la vejez, estos bien pueden estar relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y/o a los aspectos sociales (jubilación, perdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social. Por otro lado, existen modificaciones en los procesos cognitivos tales como la atención, la memoria, la percepción, la orientación, el tiempo de reacción (enlentecimiento de la actividad mental), aumentan los problemas de razonamiento y pueden llegar a producirse pérdidas de memoria y otras funciones cognitivas debido a posibles patologías asociadas como la demencia senil, la enfermedad de Alzheimer, el Parkinson, etc (p. 3).

4.1.16.3 Cambios psicomotores

En el ser humano se produce una retrogénesis psicomotora, es decir, que el proceso por el cual la organización psicomotora que ha sido desarrollada desde recién nacidos hasta la adultez en algún momento sufrirá una degeneración o desorganización vertical descendente,

desde la praxia fina y habilidades perceptivo-motrices (estructuración espacial y temporal, lateralización, somatognosia, ritmo, etc.) al equilibrio y la tonicidad. Pueden aparecer síntomas de desestructuración en el esquema corporal y dificultades de reconocimiento del propio cuerpo, problemas de equilibrio y orientación, provocando una disminución de la capacidad de desplazamiento e involución de las cualidades físicas -coordinación, flexibilidad, fuerza, velocidad y resistencia (p. 4)

4.1.16.3 Cambios socioafectivos

Hace décadas, los mayores gozaban de una posición relevante en la sociedad, debido a que constituían una valorada fuente de sabiduría. La industrialización alteró este proceso pasando a ser sujetos "pasivos" para la sociedad. En la actualidad, el 8% de la población mundial tiene más de 65 años, y se espera que en 20 años este porcentaje aumente al 20%; muchas de estas personas incluso serán mayores de 80 años (p. 4)

4.1.17 Etapas o edades del adulto mayor

Según los criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS) "define como adulto mayor o anciano toda persona mayor de 60 años, subdivididos en las siguientes categorías"

Tabla 1

Categorías subdivididas de las edades del adulto mayor

Edad avanzada	60-74 años
Viejos o ancianos	75-89 años
Longevos	90-99 años
Centenarios	Más de cien años

Fuente. criterios de la Organización Mundial de la Salud (OMS). Datos tomados de Reyes (2018).

4.1.18 El envejecimiento

Bertrand Strehler propuso considerar al envejecimiento como un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que acontece con el tiempo en todo ser vivo, como expresión de la interacción entre el programa genético del individuo y su medio ambiente. Es un proceso deletéreo, porque ocurren pérdidas en la función fisiológica; es progresivo, porque las pérdidas son graduales; es intrínseco, porque las pérdidas son propias y es universal, porque las pérdidas se producen en todos los miembros de una especie, cuando llega la ocasión (Pulido, M.E.; 2003).

Lazarus (2000) menciona que cada individuo envejece de una forma distinta y en este proceso intervienen diversos factores de carácter: hereditarios, de sexo, estilo de vida, y relaciones afectivas, por tanto, el envejecimiento es una especie de reacción en cadena en la que un cambio adverso provoca otro. El envejecimiento es una expresión del estilo de vida, de la actitud frente al mundo y frente a los demás, es decir es la expresión final de los patrones de respuesta afectiva**.**

De acuerdo con Dulcey-Ruiz (2010) "el envejecimiento reconoce las trayectorias vitales de todas las personas se construyen en la interacción social, teniendo en cuenta condiciones y entornos socio-culturales, así como experiencias y significados diversos y cambiantes, sin desconocer, por ello, sus dimensiones biológicas" (p. 208).

4.1.19 Factores de riesgo psicosociales en el envejecimiento

El envejecimiento implica cambios psicosociales importantes como la falta de convivencia intergeneracional, perdida de seres queridos, jubilación, viudez, estado civil, etc. Estos eventos pueden traer consecuencias negativas como sufrimiento, soledad y depresión. Existen diferentes factores de riesgo psicosociales, así como lo platea (López, 2003 citado en Cisneros Vidal, 2012).

4.1.19.1 Falta de convivencia

Según la encuesta SABE (2010) En Ecuador persiste un entorno negativo hacia el proceso de envejecimiento, los adultos mayores están invisibilizados, y a diario sufren la exclusión y discriminación en distintos ámbitos, resaltando que 132.365 adultos mayores viven solos. También Rodríguez (2009) plantea que el primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentarse las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos, asimismo por tener relaciones pobres con los hijos, al igual que la muerte del cónyuge, prejuicios, la falta de actividades placenteras y por último la salida del mercado laboral conlleva a que se originen sentimientos de indefensión y soledad.

4.1.19.2 Empleo y jubilación

Sin la debida preparación psicológica y social, supone un cambio repentino de una situación activa a otra pasiva e improductiva, puede conllevar a que el individuo no encuentre bienestar y estimulación en otras actividades cotidianas, aunque estas actitudes no pueden ser generalizas en toda la población.

4.1.19.3 Condiciones financieras desfavorables

Representan afectaciones para el bienestar del adulto mayor, por dificultades para satisfacer necesidades básicas del ser humano, servicios sociales y de salud.

4.1.19.4 Inactividad física o sedentarismo

Es un factor de riesgo para diversas enfermedades frecuentes. Actualmente los adultos mayores tienen problemas de sedentarismo debido al temor de hacer ejercicios y las consecuencias de este sedentarismo son sobrepeso y obesidad, disminución en la elasticidad muscular, dolores lumbares y de cuello, taponamiento de arterias, aumento de colesterol, mala digestión y posibilidades de que tengan diabetes, cáncer de colon, etc.

4.1.19.5 Institucionalización

Tiende a desvincular al adulto mayor de su medio familiar, lo que lo lleva a realizar grandes esfuerzos de adaptación al nuevo ambiente que se le proporciona.

4.1.19.6 Disfunciones familiares

Esto sucede cuando el adulto mayor se relega a un segundo plano en el medio familiar, y puede llegar a traducirse en pérdida de autoestima, depresión y dependencia.

De acuerdo con Arroyo & Ribeiro (2011) La familia sigue siendo el principal soporte para cubrir las necesidades de los ancianos. En la familia, las personas mayores buscan cubrir sus necesidades cotidianas, de ayuda, de afecto, de comunicación, de pertenencia, de autoestima, de identificación, de compañía, de relaciones sociales, de cooperación y de solidaridad.

4.1.19.7 Estado civil

Ergin & Mandiracioglu (2015) refiere que el estado civil tiene una asociación significativa con la calidad de vida, indicando que los adultos mayores casados son menos propensos a presentar mala calidad de vida, en relación a los que se encuentran solos, separados, divorciados o viudos, esta población es propensa a sentirse solos o triste con sentimientos de soledad y desesperanza.

4.1.20 Cambios neurobiológicos asociados al envejecimiento normal

Serrano et al., (2013) en el envejecimiento ocurre un declive normativo heteromodal, en donde ciertas funciones declinan más que otras, principalmente la memoria a corto y largo plazo.

Según Román & Sánchez (1998) las funciones cognitivas afectadas varían en función del individuo, no obstante, existen patrones similares en estos, la atención, memoria a corto plazo, memoria de trabajo, funciones visoespaciales, viso perceptivas, viso constructivas, toma de decisiones en funciones ejecutivas, fluencia verbal y comprensión en lenguaje son áreas en común que cambian durante el proceso de envejecimiento.

A continuación, procederemos a presentar los cambios neurobiológicos que se han asociado con el proceso de envejecimiento, con independencia de que estos puedan estar causados directa o indirectamente por dicho proceso.

4.1.20.1 Atención

La alteración en la vigilancia también se ha relacionado con el envejecimiento normal ante situaciones que requieren un aumento de la capacidad atencional como consecuencia de encontrarse el sujeto sometido a un importante número de eventos o por incertidumbre respecto a las condiciones estimulares.

En relación al envejecimiento, los resultados referidos al componente selectivo de la atención son ambiguos. Para Madden (1990), Folk y Hoyer (1992), Hartley, Kieley y McKenzie (1992) y Madden, Connelly y Pierce (1994) no existen variaciones significativas asociadas a la edad en la focalización de la atención. No obstante, estos últimos autores señalan que cuando se le requiere al sujeto procesar simultáneamente otra información es cuando presenta dificultades en la atención selectiva.

En relación a la atención dividida, parece existir un acuerdo generalizado en cuanto a que durante el envejecimiento se produce una disminución del rendimiento en tareas duales.

No obstante, en cuanto a la causa subyacente, Madden (1990) señala que las dificultades podrían estar asociadas más con la complejidad de la tarea que con la división de la atención.

4.1.20.2 Velocidad de procesamiento

Una característica fundamental del proceso de envejecimiento es un enlentecimiento más o menos generalizado a nivel sensorial, motor y cognitivo, aunque se ha sugerido que en la base de este enlentecimiento estaría la presencia de alteraciones atencionales o dificultades para inhibir estímulos distractores. Esto lleva a que, durante el envejecimiento, la ejecución de las últimas operaciones de una tarea se encuentre limitadas como consecuencia de que gran

parte del tiempo disponible se ha empleado para la ejecución de las primeras operaciones, quedando las últimas degradadas o empobrecidas (Salthouse, 1996).

4.1.20.3 Memoria

La queja más frecuente que suelen realizar los ancianos en relación a su funcionamiento cognitivo está relacionada con su memoria en la vida diaria. Normalmente, aunque existe una amplia variabilidad entre los sujetos, las quejas van referidas a situaciones tales como olvidar nombres de objetos familiares, dificultad para encontrar la palabra que se desea utilizar, no reconocer a personas que acaban de saludar por la calle, marcar un número de teléfono y no saber a quién se estaba llamando, abrir el frigorífico para coger algo y no saber qué se quería coger, etc.

4.1.20.4 Funciones visoespaciales

Hacen referencia a la capacidad para relacionar la posición, dirección o movimientos de objetos o puntos en el espacio. Durante el envejecimiento, parece existir un decline en estas funciones

4.1.20.5 Funciones viso perceptivas

Están implicadas en la distinción de estímulos simbólicos o verbales y configuraciones estimulares. Así, los juicios perceptivos, tanto para estímulos espaciales como para los no espaciales, comienzan a sufrir un declive a partir de los 65 años.

4.1.20.6 Funciones viso constructivas

Aquellas que implican la integración visoespacial y viso perceptiva con la actividad motora, están influyendo en los déficits que aparecen asociados al envejecimiento en estas funciones.

En general, todas estas funciones presentan un decline significativo asociado a la edad (Lezak, 1995), considerándose que estas deficiencias estarían asociadas a un deterioro del hemisferio derecho, concretamente de su región posterior. Además, Junqué y Jurado (1994) consideran también la posibilidad de que las dificultades visoespaciales y viso perceptivas podrían estar relacionadas con las pérdidas visomotoras y la disminución en la velocidad asociada al envejecimiento. Así, los juicios perceptivos, tanto para estímulos espaciales como para los no espaciales, comienzan a sufrir un declive a partir de los 65 años.

4.2 Nivel educativo y educación en el adulto mayor

4.2.1 Educación

León (2007) manifiesta que “la educación es un proceso humano y cultural complejo” Para establecer su propósito y su definición es necesario considerar la condición y naturaleza del hombre y de la cultura en su conjunto, en su totalidad, para lo cual cada particularidad tiene sentido por su vinculación e interdependencia con las demás y con el conjunto.

En este sentido la escuela dejo de ser el lugar único donde se desarrollan los procesos aprendizaje, tal como plantea Foresto (2020) han emergido nuevos entornos de aprendizaje para atender a las necesidades de una sociedad que demanda la formación y el desarrollo de recursos humanos de forma continua y permanente. Es bajo esta perspectiva que se debe impulsar la emergencia de nuevas tipologías de aprendizaje que permanecen invisibilizados por los contextos formales; para esto, es necesario entender los aprendizajes como prácticas integrales y holísticas, que el individuo cumple a lo largo de su vida.

De esta manera, las distinciones entre educación formal, no formal e informal serían relativamente nuevas, y fueron introducidas hace aproximadamente 50 años atrás, siendo popularizadas por Coombs Prosser y Ahmed (1973) y Coombs y Ahmed (1974).

4.2.1.1 Educación Formal

El aprendizaje formal incluye a la educación escolar, más precisamente a los aprendizajes que se suscitan en el sistema escolar. De todas formas, es importante hacer notar que en lo escolar también se considera la educación secundaria y la superior (universitaria). Según Coombs y Ahmed (1974), el aprendizaje formal tiene lugar en un sistema educativo institucionalizado, cronológicamente calificado y estructurado jerárquicamente.

4.2.1.2 Educación No Formal

Es menos estructurada y más flexible, y puede ser provista por una multiplicidad de agentes, gubernamentales y no gubernamentales, para servir a todas las edades y a todos los niveles educativos. El aprendizaje no formal es intencional, la persona que asiste a estas formas de educación lo hace por razones propias, y los programas se organizan para el aprendizaje llegando a complementar, apoyar o como una fuente de valorización del aprendizaje de las experiencias adquiridas formalmente.

4.2.1.3 Educación Informal

Se trata de un aprendizaje autónomo, lo importante es que se trata de aprendizaje no mediado por una actividad de enseñanza. Este es un proceso de aprendizaje que acontece subordinada e indiferenciadamente a otros procesos sociales, es decir, que se presenta

entrelazado con otras realidades culturales, siendo, por lo tanto, un proceso que dura toda la vida, a partir del cual las persona adquieren los conocimiento, habilidades o actitudes mediante experiencias de la cotidianidad y su relación con el entorno.

4.2.2 Educación en el adulto mayor

En el área urbana la educación cumple mejor con su papel de vía de ascenso social, por el hecho de que el rápido crecimiento económico del país y la movilidad social ascendente que se promueve. Sin embargo, en el área rural para la mayoría de la población campesina, las oportunidades de obtener educación se reducen a la primaria. La población indígena, particularmente, es la menos favorecida. La educación como vía de movilidad social, tiene, en el área rural, un sentido diferente del que tiene en el área urbana.

Un alto porcentaje de población jamás ingresa a la escuela, una elevada proporción deserta, y otro elevado porcentaje repite los años escolares. Esta situación se expresa claramente a través de un amplio, afrentoso y persistente analfabetismo.

En una situación de este tipo, el campesino "ha desarrollado formas de conciencia particulares que lo llevan a interpretar la realidad de un cierto modo, a tener determinadas expectativas y valores e incluso a cultivar ciertas destrezas y habilidades específicas. Se trata de formas dé conciencia que mantienen actitudes de rechazo o de recelo hacia la educación, que sería percibida como un elemento ajeno.

Puesto que, aproximadamente el 80% de hogares ecuatorianos situados por debajo de la línea de la pobreza, obligaba a que cada familia busque nuevos ingresos económicos y una forma de hacerlo era incorporar más trabajadores en este caso los niños”

4.2.3 La reforma de educación para el adulto mayor

En el artículo 48 plantea que el Estado garantizará y estimulará la participación de las personas adultas mayores y brindará programas en todos los niveles de educación de acuerdo a su identidad cultural, preparación y aptitudes. En estos espacios educativos las personas adultas mayores podrán compartir sus saberes y experiencias con todas las generaciones.

Por otra parte, en el artículo 49 describe las Acciones en materia de educación: Para el ejercicio de este derecho el Estado garantizará las siguientes acciones:

En los planes y programas de estudio de todos los niveles educativos, el Estado incentivará la incorporación de contenidos sobre el proceso de envejecimiento activo, digno, saludable, sin violencia, y de respeto a los derechos de las personas adultas mayores.

Generar cupos para los adultos mayores con escolaridad inconclusa o que no hayan podido acceder a la educación a su debido tiempo en todos los niveles de educación.

Plantear una oferta educativa flexible que se ajuste a la realidad de las personas adultas mayores (LOEI, 2019, p. 21)

4.2.4 Niveles educativos del sistema formal local

Se puede mencionar que el nivel educativo hace referencia al lapso en que cada persona pasa por un centro educativo para aprender, es decir, el tiempo que perdura la enseñanza para cada persona o individuo.

Según La Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI, 2017) en su capítulo quinto establece que:

Art.37 El Sistema Nacional de Educación comprende los tipos, niveles y modalidades educativas, además de las instituciones, programas, políticas, recursos y actores del proceso educativo, así como acciones en los niveles de educación inicial, básica y bachillerato, y estará articulado con el Sistema de Educación Superior. Para los pueblos ancestrales y nacionalidades indígenas rige el Sistema de Educación Intercultural Bilingüe, que es instancia desconcentrada (p. 44).

De tal manera, el sistema nacional de educación abarca un conjunto de diferentes características que están relacionadas con la educación, por otro lado, para los pueblos ancestrales y de nacionalidades indígenas se encarga el sistema de educación intercultural bilingüe, ya que comprenden estas problemáticas presentadas.

De igual manera el Ministerio de Educación (2016), nos menciona que:

La educación General Básica en el Ecuador (EGBE), incluye desde primero hasta décimo grado, que a través de ello los alumnos logran un determinado objetivo en cuanto a sus capacidades y responsabilidades a partir de tres valores fundamentales que forma parte del perfil del bachiller ecuatoriano: justicia, innovación y solidaridad. Los alumnos que terminan este nivel, son capaces de continuar los estudios de bachillerato y participar en la vida política y social, conscientes de su rol histórico como ciudadanos ecuatorianos.

Es por ello que de acuerdo a lo mencionado en el artículo 27 del Reglamento de la LOEI (2016) divide a los niveles de educación de la siguiente manera: El sistema nacional de educación tiene tres (3) niveles: Inicial, Básica y Bachillerato El nivel de Educación Inicial se divide en dos (2) subniveles:

- Inicial 1, que no es escolarizado y comprende a infantes de hasta tres (3) años de edad
- Inicial 2, que comprende a infantes de tres (3) a cinco (5) años de edad.
- El nivel de Educación General Básica se divide en (4) subniveles:

4.2.4.1 Preparatoria

Corresponde a 1.º grado de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de cinco (5) años de edad

4.2.4.2 Básica Elemental

Corresponde a 2.º, 3.º y 4.º grados de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 6 a 8 años de edad

4.2.4.3 Básica Media

Corresponde a 5.º, 6º. y 7.º grados de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 9 a 11 años de edad

4.2.4.4 Básica Superior

Corresponde a 8.º, 9.º y 10.º grados de Educación General Básica y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 12 a 14 años de edad.

4.2.4.5 Bachillerato

Tiene tres (3) cursos y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 15 a 17 años de edad.

De acuerdo al reglamento existen edades estipuladas para cada nivel educativo, sin embargo, no se debe negar el acceso del estudiante a un grado o curso por su edad. En casos tales como repetición de un año escolar, necesidades educativas especiales, jóvenes y adultos con escolaridad inconclusa, entre otros, se debe aceptar, independientemente de su edad, a los estudiantes en el grado o curso que corresponda, según los grados o cursos que hubiere aprobado y su nivel de aprendizaje. (Ministerio de Educación, 2016)

Hipótesis

Hipótesis general

El estado cognitivo tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno "San Vicente" en el Cantón Catamayo, 2022

H1: hipótesis alterna

El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno "San Vicente" en el Cantón Catamayo, 2022

H0: hipótesis nula

El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno "San Vicente" en el Cantón Catamayo, 2022

5. Metodología

El diseño metodológico de la investigación se abordó a través de una serie de pasos y estrategias que se tomaron en cuenta para realizar la investigación, de acuerdo con diferentes autores confirman que, desde su propuesta amplia, este permite el desarrollo general de la investigación; es decir desde la elección del tema hasta las técnicas, instrumentos y criterios de análisis de los resultados.

El presente proyecto de investigación se llevó a cabo mediante un enfoque mixto, de diseño no experimental, corte transversal y de nivel correlacional, puesto que, se procedió a medir y asociar las dos variables de estudio en el análisis de la relación entre los estados cognitivos del adulto mayor y el nivel educativo del centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, 2022, la misma que se efectuó en la muestra y contexto particular, con los adultos mayores del centro antes mencionado.

5.1 Enfoque mixto

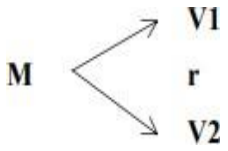
Con respecto al enfoque, la investigación desarrollada es de tipo mixta, porque se recolectó la información a través de un enfoque cualitativo y cuantitativo, de modo que la integración y discusión de ambos enfoques permitieron un amplio entendimiento del fenómeno o problema de estudio. En relación al método cuantitativo se fundamenta en la medición de las características de los fenómenos sociales, el cual se derivó desde un marco conceptual adecuado al problema analizado, por tanto, se procedió a la recolección y análisis de la información a través de la literatura revisada y del Examen Cognoscitivo Mini-Mental, para medir el estado cognitivo de los adultos mayores. Además, el método cualitativo, se orienta en cualificar y describir el fenómeno social a partir de rasgos determinantes, percibidos por los elementos mismos que están dentro de la situación estudiada, en este propósito, se utilizó la entrevista semiestructurada, para caracterizar la población investigada (adulto mayor) en relación a su nivel educativo y en la comprobación de hipótesis.

5.1.2 Diseño de la investigación

5.1.2.1 Diseño no experimental

Siguiendo con el diseño de la investigación, el estudio es no experimental, ya que la investigación se desarrolló sin la manipulación deliberada de variables y se orientó en la observación de los fenómenos en su ambiente natural para su respectivo análisis. En efecto, en

el estudio se realizó una descripción del problema existente en un contexto determinado y un tiempo específico; es decir, el problema existió cuando se realizó el análisis situacional.



Donde:

M = Muestra (Adultos mayor del Centro diurno “San Vicente”)

V1 = Observación de la variable 1 (Estado cognitivo del adulto mayor)

V2 = Observación de la variable 2 (Nivel educativo en el adulto mayor)

r = relación entre las variables (Correlación entre las variables)

5.1.2.2 De corte transversal

La investigación de corte trasversal estuvo encaminada en la descripción y análisis de las variables, del grupo estudiado, tal como se presentaron en el momento dado y en el lugar determinado; al momento de la investigación. Por lo tanto, el proyecto de investigación se realizó en el periodo 2022.

5.1.2.3 Nivel correlacional

En respuesta al tercer objetivo específico, esta investigación tiene la finalidad de ver el nivel de asociación que hay entre dos variables a partir de una muestra. En este caso se estableció la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos mayores en el Centro Diurno “San Vicente”.

5.1.3 Tipo de investigación

5.1.3.1 Descriptivo

El presente proyecto de investigación es de tipo descriptivo, tomando en cuenta los criterios de algunos autores, en donde nos indica que es la capacidad para seleccionar y describir detalladamente las características fundamentales del objeto de estudio. Por esta razón la presente investigación se enmarcó en la descripción de la realidad de la población investigada en relación a su estado cognitivo y el nivel educativo, fundamentada teóricamente y con los respectivos resultados de la técnica de la entrevista semiestructurada y de los resultados del examen cognoscitivo Mini – mental.

5.1.3.2 Investigación Bibliográfica

Esta investigación consistió en revisar con profundidad los contenidos disponibles, recolectados, seleccionados y analizados desde la teoría para la fundamentación sobre los fenómenos que suceden entre las variables estado cognitivo y nivel educativo del adulto mayor. Esta fundamentación teórica sintetizada en el marco teórico sirvió fundamentalmente para el análisis e interpretación de los resultados.

5.1.3.3 Investigación de campo

El presente estudio es una investigación de campo, que consistió en la recolección de todos los datos directamente de los sujetos investigados. Por lo tanto, se aplicaron los respectivos instrumentos que permitieron evaluar el estado cognitivo y por otro lado conocer el nivel educativo de los adultos mayores del Centro diurno “San Vicente” del Cantón Catamayo.

5.1.4 Métodos de investigación

5.1.4.1 Método Científico

Es el conjunto de postulados, reglas y normas para el estudio y la solución de los problemas de investigación. En este sentido el uso del método facilitó la realización del proyecto de tesis para la presentación del informe final del trabajo de integración Curricular.

5.1.4.2 Método hipotético-deductivo

Consistió en la elaboración de hipótesis que explicó el fenómeno, con el fin de comprobar la verdad o falsedad de determinadas hipótesis previamente establecidas, de acuerdo a los objetivos planteados de la investigación estado cognitivo y nivel educativo del adulto mayor.

5.1.4.3 Método Inductivo

Mediante este método se formularon las teorías y leyes científicas, el cual partió del inicio con un estudio individual de los hechos y se formularon las conclusiones universales que se postulan como leyes, principios o fundamentos de una teoría.

5.1.4.4 Método Deductivo

Este método se fundamentó en el razonamiento de ir de lo general a lo particular, mediante el uso de argumentos y/o silogismos, utilizando la lógica para llegar a conclusiones, a partir de determinadas premisas.

5.1.4.5 Método Analítico- sintético

Este método estudió el comportamiento y el análisis de cada una de las partes que permitieron la extracción de los elementos más importantes que se relacionan con el objeto de estudio. En este caso se delimitó el problema en las partes que lo componen, las variables, el tiempo 2022, y el espacio Centro diurno del "San Vicente" del Cantón Catamayo.

5.1.4.6 Método Estadístico

El método estadístico es un proceso que permitió la obtención, representación, simplificación, análisis, interpretación y proyección de las características, variables o valores numéricos de un estudio, en la cual facilitaron la comprensión de la realidad y una optimización en la toma de decisiones.

5.1.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Para llevar a cabo la presente investigación, se recurrió a diversas técnicas de recopilación de información esto dentro del enfoque mixto en su modelo de dos etapas, como bien lo mencionamos en su momento; en donde en la primera de ellas se recurrió a la aplicación del Examen cognoscitivo Mini - mental y como en segundo momento la aplicación de la entrevista semiestructurada a los adultos mayores.

Los instrumentos que se aplicaron están conforme a la metodología de la investigación, además de contar con confiabilidad y validez, ya que son instrumentos que se han aplicado antes en investigaciones.

5.1.5.1 Instrumento para medir los estados cognitivos del adulto mayor

Examen Cognoscitivo Minimental

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

Evalúa: La detección rápida del deterioro de funciones cognoscitivas

Aplicación: Individual

Ámbito de aplicación: adultos con posible deterioro cognoscitivo

Duración: aproximadamente 15 minutos

N. de ítems: 30 preguntas

Baremación: Estadísticos y puntuaciones centiles en muestras geriátricas (65 y más)

Material: manual de aplicación y hoja de anotación

Descripción: se encarga de evaluar el estado mental y nos permite observar cómo progresando en el estado cognitivo, se evalúa en las áreas como: orientación temporal, espacial, fijación, atención y cálculo, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura, escritura, dibujo.

Interpretación

27 - 30 Normal

21 - 26 leve

11 - 20 Moderado

0 – 10 Grave

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

Fiabilidad: La consistencia interna que se presenta en el test oscila entre 0.82-0.84. Su fiabilidad Inter jueces es de 0.83 esto es en pacientes que presentan demencia, de 0.95 en pacientes que presentan diferentes trastornos neurológicos, y de 0.84-0.99 en adultos mayores que se encuentran en régimen de residencia. Posteriormente en sus coeficientes de correlación intra -clase está entre 0.69 y 0.78 en adultos mayores en 35 régimen de residencia. En el nivel de acuerdo Inter jueces llega al Kappa = 0,97 para 5 evaluadores. Su fiabilidad test-retest - entre un día y nueve semanas- alcanza índices comprendidos entre 0.75 y 0.94 en pacientes con demencias; 0.56 en pacientes con delirios; y 0.60-0.74 en pacientes con esquizofrenia. Como era de esperar la fiabilidad declina con el paso del tiempo, sobre todo en personas mayores y con trastornos.

5.1.5.2 Técnica de la entrevista para conocer el nivel educativo del adulto mayor

La recolección de datos del nivel educativo se realizó a mediante una fuente primaria, que consistió en una entrevista semiestructurada, la misma se administró para recolectar información del grupo de adultos mayores del Centro “San Vicente”, la misma que constó de 29 preguntas diseñadas en base a las variables de interés y referidas a la identificación del problema.

5.1.6 Área de investigación y escenario

El escenario de la investigación es el centro diurno de “San Vicente” del Cantón Catamayo, de la ciudad de Loja, el mismo que se encuentra ubicado en Catamayo, en las calles Alonso de mercadillo y Atahualpa, en cuanto al sostenimiento del centro es de tipo mixto ya que involucra las instituciones del Ministerio de Inclusión Económica y social (MIES) y del GAD municipal del cantón Catamayo, además las jornadas que ofrece son matutina y vespertina brindando el cuidado y alimentación del adulto mayor, asimismo cuenta con un comedor y un salón de eventos en el cual realizan diferentes actividades adaptadas a los adultos mayores, está conformada por 35 adultos mayores por parte del MIES y también cuenta con un equipo multidisciplinario de especialistas de terapia física, trabajo social, psicología Psicorrehabilitación y tallerista, de manera que se enfoca en una atención integral y oportuna para el adulto mayor.

Población y muestra

Población

Según Arias (2010) define la población como "Un conjunto finito o infinito de elementos con características comunes para los cuales serán extensivas las conclusiones de la investigación" Esta quedó delimitada por el problema y por los objetos de estudio. De esta manera el grupo está constituido por 35 de adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo.

Muestra

Para obtener la muestra se utilizó el muestreo no probabilístico, porque no se hizo uso de la probabilidad ni fórmulas matemáticas, ya que, el rol del psicopedagogo es la intervención, por lo tanto, no se puede realizar una investigación muy amplia, debido a ello, en la muestra existe el muestreo no probabilístico que es de carácter intencional, en sí establecido de 30 adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente"

Tabla 2

Población y Muestra

Informantes	Población	Muestra
Adultos Mayores del Centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo.	35 adultos mayores del centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo.	30 adultos mayores del centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo.
TOTAL	35	35

Nota: La información se obtuvo de la Coordinadora del Centro.

Se detalla a continuación los criterios de inclusión y exclusión en el proceso de recolección de la información.

Criterios de Inclusión:

Adultos mayores que asisten al Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo

Adultos mayores que accedieron en la aplicación de reactivos.

Adultos mayores de ambos sexos.

Adultos mayores con la edad requerida para la aplicación de reactivo.

Adultos mayores sin limitaciones físicas

Se evaluó a los adultos mayores que participaron en la investigación

Criterios de Exclusión:

Se excluyó a las personas en cuyos casos no se logró conseguir la aprobación del consentimiento informado y/o personas que se negaron a participar en el estudio.

Adultos mayores que presentaron limitaciones sensoriales como sordera o ceguera.

Adultos mayores con demencia y enfermedades catastróficas como el Alzheimer, Parkinson y otros trastornos como accidentes cerebrovasculares o traumatismo craneal.

Procedimiento para la recolección de datos.

El procedimiento para la recolección de datos se estableció en 3 fases.

En primer lugar, los datos administrativos con el objetivo de conseguir las autorizaciones de las instancias respectivas: Prefecto de la provincia de Loja, directora de la Carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Loja y la Coordinadora del Centro Diurno del Adulto Mayor "San Vicente" del Cantón Catamayo.

Posterior a ello, se aplicaron los instrumentos con el objetivo de recoger la información para el estudio y finalmente la organización, procesamiento y análisis estadístico de la información.

Métodos de análisis de datos

Después de la aplicación de los instrumentos se transfirió los valores registrados a una hoja de cálculo de Excel, luego se procedió a colocarlos en un archivo/matriz de un programa computarizado de análisis estadístico SPSS y para analizar la correlación entre las dos variables de estudio se utilizó la prueba chi- cuadrado, esta prueba permitió determinar si existe una relación entre las dos variables categóricas (cualitativas). Es necesario resaltar que esta prueba indica si existe o no una relación entre las variables.

Se simboliza: x2

Hipótesis por probar: correlacionales.

Variables involucradas: dos. La prueba Chi cuadrada no considera relaciones causales.

Nivel de medición de las variables: nominal u ordinal (o intervalos o razón reducidos a ordinales).

Procedimiento:

- Se calcula por medio de una tabla de contingencia o tabulación cruzada, que es un cuadro de dos dimensiones y cada dimensión contiene una variable. A su vez, cada variable se subdivide en dos o más categorías

- Luego se obtienen el valor de la tabla de chi - cuadrado (grados de libertad: **gl= (f-1) (c-1)) y** nivel de significación **N.C=** 95% ∞ **= 0,05%)**
- Calcular el valor de chi – cuadrado (x2)
- Compara el valor calculado con el de la tabla

Aspectos éticos

El investigador se compromete a respetar la veracidad de los resultados, la confiabilidad de los datos suministrados por el centro diurno y el anonimato de la identidad de los adultos mayores que participaron en el estudio.

La información recogida no es plagiada, puesto que está detallada a lo largo del trabajo las diferentes citas bibliográficas correspondientes al marco teórico, las cuales se encuentran también en las referencias bibliográficas.

Del mismo modo el trabajo de la investigación ha sido redactado tomando como guía fundamental la Guía Para la Formulación del Proyecto de Investigación de Integración Curricular o Titulación de la Universidad Nacional de Loja (2021) y las Normas– APA Guía de Citación y Referenciación (7 edición.) Javeriana.

6. Resultados

A continuación, se detallan los resultados obtenidos, respecto a la aplicación Examen cognoscitivo Mini – mental a los adultos mayores que asisten al Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, el mismo que se realizó a una población de 30 adultos mayores.

Examen cognoscitivo Minimental se aplicó con el fin de conocer el estado cognitivo de los adultos mayores del centro objeto de estudio, además se aplicó una entrevista semiestructurada la misma que permitió obtener datos de identificación, el nivel educativo cursado, el estado de salud, estilo de vida y por último aspectos cognitivos, de manera específica en cuánto a la memoria.

En el presente apartado se mencionan los objetivos a cumplir y los resultados alcanzados en función del mismo.

Objetivo 1

Evaluar el estado cognitivo en los adultos mayores del centro diurno de "San Vicente", 2022

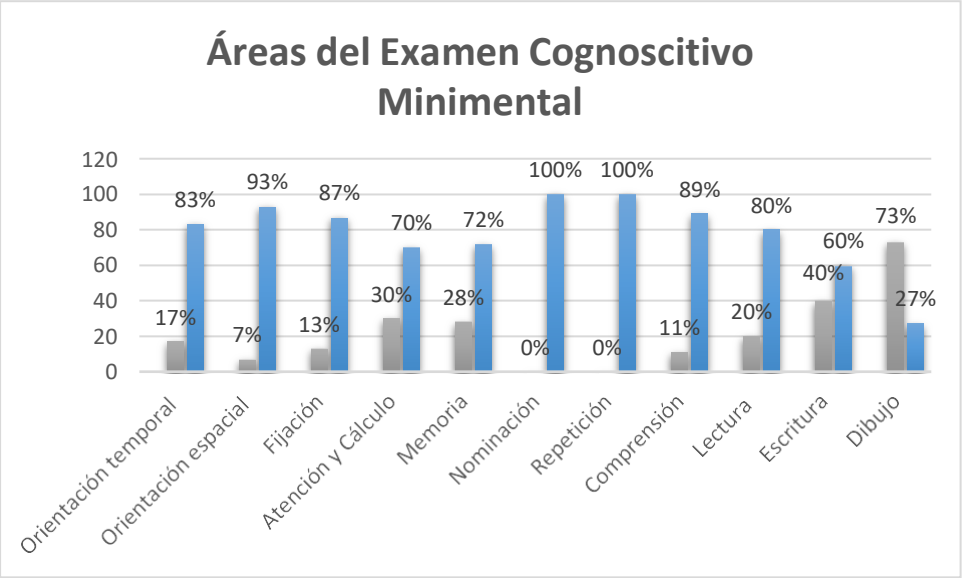
Presentación de aplicación del reactivo mini mental test a los adultos mayores del centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo

Tabla 3

Resultados del Examen Cognoscitivo MINI-MENTAL aplicado a los adultos mayores del centro diurno "San Vicente"

	Inadecuado		**Adecuado**		**Total**	
Áreas del Minimental test	**F**	**%**	**F**	**%**	**f**	**%**
Orientación temporal	5	17	25	83	30	100
Orientación espacial	2	7	28	93	30	100
Fijación	4	13	26	87	30	100
Atención y Cálculo	9	30	21	70	30	100
Memoria	8	28	22	72	30	100
Nominación	0	0	30	100	30	100
Repetición	0	0	30	100	30	100
Comprensión	3	11	27	89	30	100
Lectura	6	20	24	80	30	100
Escritura	12	40	18	60	30	100
Dibujo	22	73	8	27	30	100

Figura 3



Fuente: en el gráfico se muestran los resultados de cada dimensión del examen cognoscitivo Minimental, como correctos (azul) e incorrectos (gris).

Análisis e interpretación

Según Román & Sánchez (1998) las funciones cognitivas afectadas varían en función del individuo, no obstante, existen patrones similares en estos, la atención, memoria a corto plazo, memoria de trabajo, funciones visoespaciales, viso perceptivas, viso constructivas, toma de decisiones en funciones ejecutivas, fluencia verbal y comprensión en lenguaje son áreas en común que cambian durante el proceso de envejecimiento.

De acuerdo con los resultados obtenidos del examen cognoscitivo Minimental test aplicado a los adultos mayores del centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, se observa que, en el área de orientación temporal, 5 adultos mayores que corresponden al 17% manifiestan una inadecuada orientación, a diferencia de 25 adultos mayores que representan el 83% tienen una adecuada orientación.

Por otra parte, 2 adultos mayores, que representan el 7%, tienen una inadecuada orientación espacial, mientras que 28 adultos mayores que corresponde al 93%, tienen una adecuada orientación espacial.

En el área de fijación, 4 adultos mayores que corresponden al 13% tienen una inadecuada fijación, por el contrario 26 adultos mayores que representan el 87% tienen una fijación adecuada.

8 adultos mayores que corresponden al 30% mantienen una inadecuada atención y cálculo, en contraste con 21 adultos mayores que representan el 70% tienen una adecuada atención y cálculo.

También, en el área de memoria los 8 de adultos mayores que corresponden al 28% tienen una inadecuada memoria, mientras que 22 adultos mayores que son el 72% tienen una adecuada memoria.

De los 30 adultos mayores evaluados que representan el 100% tienen una adecuada nominación.

Asimismo, en el área de repetición, de los 30 adultos mayores que representan el 100% respondieron de manera adecuada.

En lo que respecta al área de comprensión, 3 adultos mayores que representa el 11% manifiestan una comprensión inadecuada, en contraste con 27 adultos mayores que representan el 89% tienen una adecuada comprensión.

Por su parte, 6 adultos mayores que representan el 20% muestran una inadecuada lectura, por otro lado, 24 adultos mayores que corresponden el 24% manifiestan una adecuada lectura.

En el área de escritura los 12 adultos mayores que corresponden al 40% tienen una inadecuada escritura, mientras que 18 adultos mayores correspondiente al 60% tienen una adecuada escritura.

Finalmente, 22 adultos mayores que corresponden al 73% manifiestan en el área de dibujo un porcentaje inadecuado, mientras que 8 adultos mayores que corresponden al 27% presentan un adecuado dibujo.

De acuerdo con los datos obtenidos se puede determinar que la mayoría de adultos mayores se encuentran adecuadamente en las áreas de nominación, repetición y orientación espacial, a diferencia de las áreas de escritura y dibujo, tomando como referencia el enunciado de Román & Sánchez establece que durante el envejecimiento las funciones cognitivas varían en cada individuo, de manera que en los adultos mayores evaluados, presentan cambios principalmente en las funciones asociados a las habilidades viso constructivas, viso motoras, que son factores fundamentales para la realización de tareas y conforme aumenta la edad, existe un enlentecimiento a nivel motor durante la vejez.

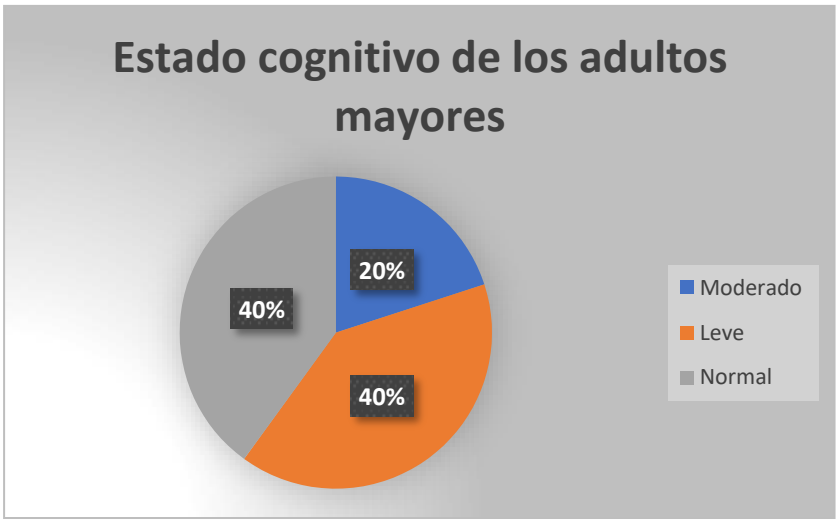
Tabla 4

Estado cognitivo de los adultos mayores

	Frecuencia	Porcentaje
Moderado	6	20,0%
Leve	12	40,0%
Normal	12	40,0%
Total	30	100,0%

Fuente. Datos obtenidos del programa SPSS del estado cognitivo de los adultos mayores del centro diurno" San Vicente" del Cantón Catamayo.

Figura 4



Análisis e interpretación de resultados

El estado cognitivo según Rodríguez & Guapisaca (2021) "es entendido como el conjunto de las diferentes funciones que le permiten al ser humano llevar a cabo sus actividades cotidianas. Está compuesto por atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, habilidades visoespaciales, entre otras"

Con la aplicación del reactivo mini mental test, se obtuvo la valoración general del estado cognitivo en los adultos mayores, observándose que 12 adultos mayores que representan el 40% de la población evaluada muestran un estado cognoscitivo normal, dato que corresponde a la calificación del test, cuyo punto de corte oscilan entre 27 – 30 lo que equivale a un rango de normalidad, el cual se caracteriza por la ocurrencia de cambios neuroanatómicos, neuroquímicos y metabólicos cuyos efectos comienzan a notarse paulatinamente a contar de los sesenta años, aunque con una gran variabilidad individual,

asimismo 20 adultos mayores evaluados que corresponden al 40% presenta déficit cognoscitivo leve, cuyo punto de corte fluctúan entre 21 – 26 equivalente a un déficit leve, que se refiere un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia, frente a 6 adultos mayores que pertenece al 20% tienen un déficit cognoscitivo moderado, puesto que el punto de corte oscila entre 11 – 20 lo que equivale a déficit moderado, es un síndrome caracterizado por deterioro en la memoria sin afectación en las habilidades funcionales del individuo.

Por lo tanto, con los valores obtenidos del mini mental test, se evidencia que en la edad y en las condiciones que se encuentran los adultos mayores, la mayoría presentan un estado cognoscitivo normal y leve con ciertos déficits cognoscitivos a moderado, confirmando el enunciado de Rodríguez & Guapisaca, puesto que algunos participantes al encontrarse con un déficit cognoscitivo leve y moderado mantienen un envejecimiento normal.

Objetivo 2

Identificar el nivel educativo del adulto mayor en el centro "San Vicente",2022

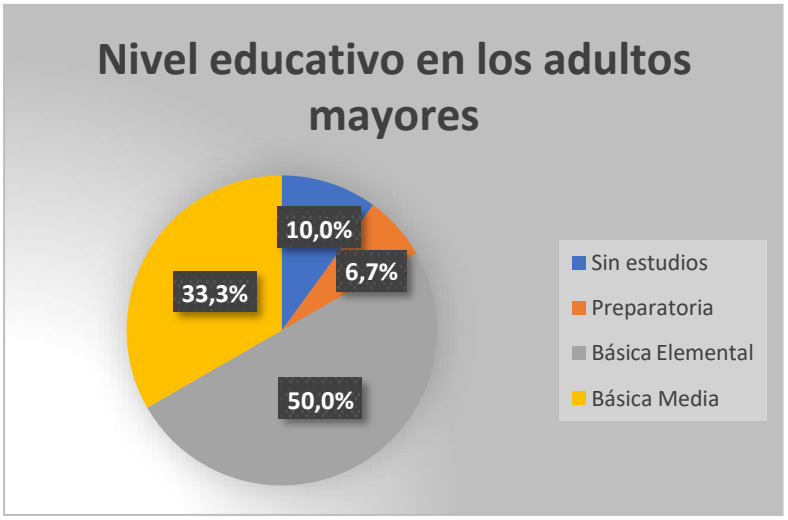
Tabla 5

Nivel educativo de los adultos mayores

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Sin estudios	3	10,0%
Preparatoria	2	6,7%
Básica Elemental	15	50,0%
Básica Media	10	33,3%
Total	30	100,0%

Fuente. Datos tomados del reactivo mini mental test aplicado a los 30 adultos mayores del Centro diurno "San Vicente"

Figura 5



Análisis e interpretación

Con base a los datos estadísticos de la INEC (2019) el nivel de instrucción de la población adulta mayor registra que el 34% tiene primaria nula y primaria inconclusa se registra el 32%, mientras que la secundaria incompleta representa un 27%. En cuanto a educación secundaria completa y superior el número de casos es inferior al 3% del total de la población en pobreza (MIES, 2020). Por lo tanto, teniendo en cuenta a Ferreira (2014) "resalta que en el Ecuador la tasa de analfabetismo más alta prevalece en el grupo de 65 años y más"

Respecto a los resultados obtenidos del nivel educativo, se evidencia que el 50% de adultos mayores evaluados cuenta con una Educación Básica Elemental, teniendo un curso de 2 a 4to año, asimismo, el 33,3% tiene Educación Básica Media, con una escolaridad completa e incompleta, además el 10% no tiene ningún tipo de instrucción educativa y finalmente el 6,7% poseen preparatoria, cursando solamente el primer grado.

En efecto, la mayoría de adultos mayores representan un grupo que no consiguió culminar sus estudios de educación general básica (primaria), por motivos económicos, sociales y culturales no tuvieron la oportunidad de poseer una educación formal que les garantizara tener un mayor nivel educativo, datos que se enmarcan perfectamente con las estadísticas mencionas por la INEC (2019).

Objetivo 3

Establecer la relación del estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor en el centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, 2022

Tabla 6

Tabla cruzada: Estado cognitivo - nivel educativo

		NIVEL EDUCATIVO				
		SIN ESCOLARIDAD	PREPARATORIA	BÁSICA ELEMENTAL	BÁSICA MEDIA	Total
ESTADO COGNITIVO	MODERADO	1	0	3	2	6
	LEVE	0	0	9	3	12
	NORMAL	2	2	3	5	12
Total		3	2	15	10	30

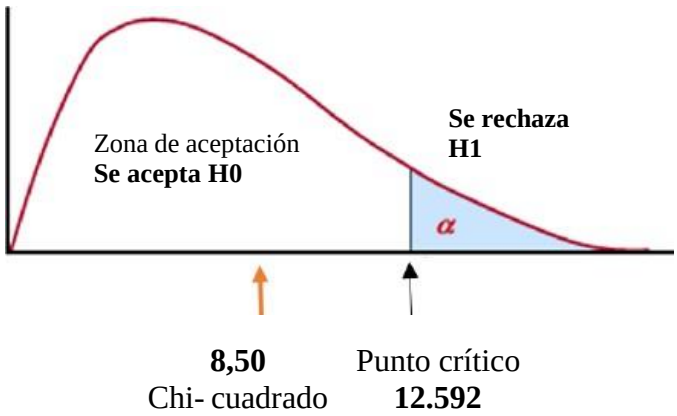
Tabla 7

Prueba de chi-cuadrado

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8, 500a	6	,204
Razón de verosimilitud	10,375	6	,110
Asociación lineal por lineal	,142	1	,707
N de casos válidos	30		

Fuente: Datos obtenidos de la prueba correlacional de Chi-Cuadrado de Pearson mediante el programa estadístico SPSS a partir de los resultados del estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno San Vicente del cantón Catamayo.

Gráfico 7



Análisis e interpretación

En los datos obtenidos, se evidencia que el valor calculado de chi – cuadrado es de **8,50**, valor que se encuentra en la zona de aceptación, que corresponde a la hipótesis nula. entendiendo que no existe una relación entre ambas variables. Esto quiere decir que el estado cognitivo de la población evaluada no puede ser explicado por su nivel educativo. Frente a lo mencionado se acepta la hipótesis nula **H0=**El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno "San Vicente" en el Cantón Catamayo, 2022 y se rechaza la hipótesis alterna, **H1=**El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno "San Vicente" en el Cantón Catamayo, 2022.

Respecto a las diferentes investigaciones encontradas, tales como García (2017); Espinoza & Vera (2021) estiman que la escolaridad influye directamente en el deterioro cognitivo de los adultos mayores. Sin embargo, en la población evaluada, no se encuentra relación, los datos indican que, de 3 adultos mayores con un nivel de escolaridad nulo, (2) de ellos se encuentran en un estado cognoscitivo normal y (1) con déficit cognoscitivo moderado. Por otra parte, 2 adultos que tienen un nivel educativo correspondiente a preparatoria, mantienen un estado cognitivo normal. Asimismo (15) adultos mayores con un nivel educativo de básica elemental, (3) presentan un estado cognoscitivo normal, (9) déficit cognoscitivo leve y (3) un déficit cognoscitivo moderado. Finalmente, (10) adultos que tienen un nivel educativo de básica media, (5) tienen un estado cognoscitivo normal, (3) déficit cognoscitivo leve y (2) un déficit cognoscitivo moderado.

Objetivo 4

Caracterizar el estado cognitivo de la población investigada con relación al nivel educativo del adulto mayor del centro diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo.

Tabla 8

Distribución de grupos en función a la edad y el género

Edad	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	F	%	F	%	F	%
65 a 69	2	7	5	17	7	23
70 a 74	1	3	1	3	2	7
75 a 79	6	20	5	17	11	37
80 a 84	3	10	2	7	5	17
85 a 89	1	3	0	0	1	3
90 a 94	4	13	0	0	4	13
Total	17	57	13	43	30	100

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente"

De acuerdo con la INEC (2019) en el Ecuador existen 1´264.423 adultos mayores de los cuales un 46% son hombres, mientras que el restante 54% son mujeres. En lo que respecta a la distribución etaria de esta población, el 41,35% de adultos mayores tienen una edad entre 65 y 70 años, el 24,71% una edad entre 71 y 75 años. La población adulta mayor representa el 7,17% del total de la población total (MIES, 2020).

De la población investigada de 30 adultos mayores, el 57% (17) corresponden al género masculino y el 43% (13) pertenecen al género femenino, siendo la prevalencia mayoritaria la población masculina. El rango de edades se encuentra mayoritariamente entre 75 a 79 años, siendo la edad mínima de 65 años, y la edad máxima 93 años.

Relacionando los datos estadísticos de la INEC (2019) y los resultados obtenidos en la población evaluada, se determina que los datos producto de la investigación difieren con los estadísticos de la INEC, es decir la mayoría de adultos mayores se encuentran en edades de 75 a 79 años, prevaleciendo el género masculino en el centro diurno" San Vicente" del Cantón Catamayo.

Tabla 9

Distribución de grupos en función de la ocupación en su vida activa

Ocupación	Total	
	F	%
Agricultor	19	63
Amas de casa	7	23
Empleada doméstica	4	13
Total	30	100

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente"

El país vivió, entre fines de la década de los cuarenta y mediados de la década de los cincuenta, una etapa de auge económico apoyada en el rápido crecimiento de las exportaciones de banano, en algunas provincias de la Costa que permitió la producción para el mercado externo e impulsó el desarrollo de relaciones salariales en el agro costeño, por el contrario, la Sierra se orientaba a la producción al mercado interno. Por tanto, el manifiesto predominio de la economía rural y la consiguiente debilidad de la economía urbana, tenían como consecuencia una población mayoritariamente rural y la escasa urbanización del país. Es así que la estructura económica correspondía a una estructura social poco diferenciada y muy rígida. Debido a que en la cúspide de la pirámide se encontraban los sectores sociales que contaban con el control de la agroexportación y captaban los ingresos generados por esta actividad; junto a estos sectores, se encontraban los grupos vinculados con la importación, las finanzas y propietarios latifundistas de la Sierra, que tradicionalmente protagonizaban las más importantes luchas por el poder. No obstante, a partir de 1925, las capas medias empezaban adquirir importancia dentro de la estructura social, así como gravitación política e ideológica, en la base de aquella pirámide social se encontraban la gran masa de campesinos, artesanos, un incipiente proletariado, y 'marginados' urbanos (Chamorro, 1980).

Caracterizando a la población investigada se encuentra que el 63% han sido agricultores, frente al 23% quienes fueron amas de casa y el 13% empleadas domésticas.

De acuerdo con la ocupación desempeñada por los adultos mayores en su época se logra evidenciar que la mayoría se dedicaron a la agricultura desde la niñez y juventud, debido al

auge de la agroexportación que constituía una actividad económica fundamental que les permitía tener un sostenimiento económico mediamente estable.

Tabla 10

Distribución de grupos en función del estado civil y el número de hijos

Estado civil	Número de hijos								Total	
	0 a 2 hijos		3 a 5 hijos		6 a 8 hijos		9 a + hijos			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Soltero/a	10	33	5	17	0	0	1	3	16	53
Casado/a	0	0	3	10	4	13	1	3	8	27
Divorciado/a	0	0	0	0	1	3	0	0	1	3
Viudo/a	1	3	3	10	1	3	0	0	5	17
Total	11	37	11	37	6	20	2	7	30	100

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente"

Ergin & Mandiracioglu (2015) refiere que el estado civil tiene una asociación significativa con la calidad de vida, indicando que los adultos mayores casados son menos propensos a presentar mala calidad de vida, en relación a los que se encuentran solos, separados, divorciados o viudos, esta población es propensa a sentirse solos o triste con sentimientos de soledad y desesperanza.

En relación con el estado civil, el 53% (16) son solteros/as, el 27% (8) son casados/as, el 3% (1) es divorciado/a y el 17% (5) son viudos/as. Con respecto al número de hijos el 37% (11) tiene de 0 a 2 hijos, el 37% (11) tiene de 3 a 5 hijos, el 20% (6) tiene de 6 a 8 hijos y el 7% (2) tiene de 9 a + hijos.

Ciertamente, la mayoría de adultos mayores no se casaron, pero se estima que debido a que los mismos tienen ciertos números de hijos si llevaron una relación de convivencia, que se constituye en un factor de protección emocional y cognitivo.

Tabla 11

Distribución de grupos en función de con quién vive

Con quién vive	Total	
	F	%
Solo/a	17	57
Con pareja	6	20
Hijos	6	20
Otros	1	3
Total	30	100

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente"

Según la encuesta SABE (2010) En Ecuador persiste un entorno negativo hacia el proceso de envejecimiento, los adultos mayores están invisibilizados, y a diario sufren la exclusión y discriminación en distintos ámbitos, resaltando que 132.365 adultos mayores viven solos. También Rodríguez (2009) plantea que el primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentarse las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos, asimismo por tener relaciones pobres con los hijos, al igual que la muerte del cónyuge, prejuicios, la falta de actividades placenteras y por último la salida del mercado laboral conlleva a que se originen sentimientos de indefensión y soledad.

De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto a su convivencia es posible identificar que el 57% (17) vive solo, el 20% (6) con pareja, el otro 20% (6) vive con los hijos y finalmente el 3% (1) vive con otras personas (nietos, tíos).

En efecto, los datos obtenidos de la población investigada coinciden con la Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor (SABE) y con el enunciado de Rodríguez, demostrando que en el proceso de envejecimiento la soledad en los adultos mayores es muy significativa, puesto que, por diferentes razones o situaciones familiares, estos tienen que afrontar el avance del deterioro físico y mental propio de la vejez sin el apoyo de otras personas.

Tabla 12

Distribución de grupos en función al apoyo familiar

Apoyo familiar	Total	
	F	%
Si	15	50
No	15	50
Total	30	100

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente"

De acuerdo con Arrollo & Ribeiro (2011) en la familia, las personas mayores buscan cubrir sus necesidades cotidianas, de ayuda, de afecto, de comunicación, de pertenencia, de autoestima, de identificación, de compañía, de relaciones sociales, de cooperación y de solidaridad. Sin embargo, diversas condiciones económicas y sociales han hecho que las familias no siempre puedan responder de manera satisfactoria ante las necesidades de los mayores.

Con respecto a los resultados obtenidos en la población investigada se encontró que el 50% (15) respondió que, si cuenta con el apoyo de su familia, mientras que el otro 50% (15) mencionó que no tiene ningún tipo de apoyo familiar.

De tal forma, se confirma que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo para los adultos mayores. No obstante, debido a las constantes transformaciones y cambios sociales, económicos y políticos a los que se han enfrentado las familias en las últimas décadas, han puesto en riesgo la capacidad de ésta para otorgar apoyo suficiente tanto afectivo como en el material, colocando al adulto y a su grupo familiar en una situación de riesgo psicosocial.

Tabla 13

Distribución de grupos en función a las razones por que no entró a un establecimiento educativo

Indicadores	Total	
	f	%
Falta de recursos económicos	9	30
Trabajo	16	53
Situación geográfica	3	10
Desvalorización del estudio	2	7
Total	30	100

Fuente: Entrevista semiestructurada aplicada los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente"

Según Ferreira et al., (2014) muestran las razones predominantes de no asistencia a un establecimiento educativo "el 69,7% por falta de recurso económicos, mientras el 55% por motivos de trabajo" De acuerdo con Vázquez & Saltos (2013) menciona que "aproximadamente el 80% de hogares ecuatorianos situados por debajo de la línea de la pobreza, obligaba a que cada familia busque nuevos ingresos económicos y una forma de hacerlo era incorporar más trabajadores en este caso los niños"

Respecto a los resultados obtenidos de la población investigada manifestó que el 53% no terminó sus estudios por trabajo, el 30% por falta de recursos económicos, además el 10% por situación geográfica y el 7% la situación de desvaloración de los padres hacia el estudio.

De esta manera se encuentra similitud frente a resultados obtenidos en la población evaluada, con el enunciado de Ferreira, Vázquez & Saltos, debido a que la mayoría de los adultos mayores en su infancia se reincorporaron tempranamente al mercado laboral para sustentar a su familia por la decadencia de ingresos económicos.

DIMENSIÓN DE EDUCACIÓN

A qué edad terminó el nivel de estudios que menciona.

Respuestas:

AME: 1, 7, 15, 19, 22, 23, 25

Los adultos mayores mencionaron que en el último año que cursaron los estudios tenían una edad cronológica de 10 años.

AME: 2, 8, 9, 13, 27

Los adultos mencionaron que terminaron sus estudios primarios cuando tenían 18 años de edad

AME: 3, 28

Los adultos mayores mencionaron que tenían 16 años de edad en el grado que cursaban y que luego se dedicaron a trabajar.

AME: 4, 5, 20, 29, 30

Los adultos mayores mencionaron que culminaron sus estudios de 30 años de edad aproximadamente, en una escuela nocturna.

AME: 16, 18, 24

Los adultos mayores mencionaron que nunca entraron a la primaria y que solo se dedicaron a trabajar

Qué otras actividades realizaban, paralelo al proceso educativo que cursaba

RESPUESTAS:

AME: 1, 15, 22, 2, 9, 20, 5, 10, 11, 25, 26, 27, 30

Los adultos mayores mencionan que se dedicaban a estudiar y a trabajar

AME: 7, 17, 13, 12, 23, 19, 3, 8, 4, 21, 14, 28, 29

Los adultos mayores expresan que solamente se dedicaban a estudiar

¿A qué dedicaba su tiempo libre en la infancia, adolescencia y juventud o cuales eran sus actividades para distraerse?

AME: 1, 15, 25, 26, 17, 13

Los adultos mayores expresan que salían y jugaban fútbol

AME: 22, 10, 12

Los adultos mayores mencionan que les gustaba leer y jugar

AME: 2, 9, 20, 5, 27, 30, 7, 23

Los adultos mayores mencionan que les gustaba mucho jugar bolly con sus amistades

AME: 7, 23

Los adultos mayores expresan que jugaban con sus amigas de repente

AME: 19, 3, 4, 21, 14, 28, 29, 11

Los adultos mayores mencionan que no tenía descanso y que solo pasaban en la casa ayudando a sus padres.

AME: 6, 18, 24, 16

Los adultos mayores mencionan que se dedicaban a trabajar.

En el Ecuador desde 1960 ha hecho intentos por expandir la cobertura educativa especialmente en la educación pública, puesto que la educación como vía de movilidad social, tiene, en el área rural, un sentido diferente del que tiene en el área urbana. Para la mayoría de la población campesina, las oportunidades de obtener educación se reducen a la primaria. La población indígena, particularmente, es la menos favorecida para la que aquel código cultural resulta ininteligible (Chamorro,1980). Por otro lado, citando a Díaz (2009) menciona que la educación proporciona una mayor tolerancia a los procesos patológicos cerebrales, debido a que puede llevar a mayor conectividad neuronal en las primeras etapas de la vida que persiste durante el resto de la vida (p. 151).

De acuerdo a los resultados obtenidos en la dimensión educación, la mayoría de adultos mayores mencionaron que el último año que cursaron los estudios tenían una edad cronológica de 10 años, asimismo otros indicaron que terminaron sus estudios primarios a una edad de 30 años aproximadamente, a diferencia de una minoría que no entro a ninguna institución educativa.

En efecto, la educación en el ecuador tenía un sentido diferente, debido a que los adultos mayores en su totalidad provenían de sectores rurales, expresando claramente un amplio y persistente analfabetismo, de esta manera, eran muy pocos los estudiantes de ese origen que llegaban a culminar la primaria, por falta de recursos o ingresos económicos de sus familias, por lo cual era necesario que se dediquen a trabajar para sustentar y tener solvencia económica que les permitiera vivir y sobrevivir ante la situación de crisis que presentaba el país.

DIMENSIÓN DE SALUD

¿Presenta algún tipo de limitación?

RESPUESTAS:

AME: 20, 11

Respondieron que presentan limitación fisica.

AME: 12, 24, 9, 25

Respondieron que presentan limitaciones auditivas

AME: 5, 15, 23, 10, 30

Respondieron que presentan limitaciones visuales y auditivas

AME: 6, 22

Respondieron que presentan limitaciones auditivas y físicas

AME: 2, 26, 7, 17, 13, 19, 8, 4, 21, 14, 16, 1, 18, 27, 29

Respondieron que presentan limitaciones visuales

AME: 3, 28

Respondieron que no presentan ningún tipo de limitación

¿Ha tenido algún problema de salud?

RESPUESTAS:

AME: 30 adultos mayores

Los adultos mayores mencionaron que si tienen problemas de salud

¿Señale las enfermedades que tiene?

RESPUESTAS:

AME: 6

Fu mijita yo soy operado de la cabeza, rodilla, próstata, toma pastillas

AME: 22

Sufrí un infarto recientemente, tuve tifoidea, además tengo diabetes y presión.

AME: 25

Tengo los problemas con la presión y me duelen los huesos mucho.

AME: 9, 24, 15, 1, 28, 30

Respondieron que tienen la presión alta

AME: 10

Yo tengo problemas en el estómago, y ahora continuo así, me duele.

AME: 5

Por ratos tengo mareos y me caigo.

AME: 20

Tengo problemas al corazón y sufro de la presión alta.

AME: 7

Diabetes y dolor de huesos que ya no me aguanto el dolor

AME: 14, 4, 8, 19, 29, 2, 27, 26, 11

Respondieron que tienen diabetes y presión

AME: 21

Yo tengo gastritis, el hígado graso y el colesterol, por eso debo cuidarme mucho.

AME: 13

Sufro de la próstata, tengo el hígado graso y para colmo la presión alta.

AME: 17

Estuve internado en el hospital por Covid.

Tengo también el colesterol y la presión alta.

Actualmente diría que su estado de salud es

RESPUESTAS:

MUY BUENO

AME: 3, 28

Los adultos mayores mencionan que tienen muy buen estado de salud

BUENO

AME: 16, 18, 12, 11

Los adultos mayores responden que tienen buen estado de salud

REGULAR

AME: 6, 22, 25, 9. 10, 5, 15, 24, 20, 1, 14, 21, 4, 8, 19, 2, 27, 29, 30, 13, 17, 23

Los adultos mayores mencionaron que con todas sus enfermedades tienen una salud regular

MALO

AME: 7

Respondió que siente dolencia constantemente y que por eso lo considera malo

Lazarus (2000) menciona que cada individuo envejece de una manera distinta y en este proceso actúan diversos factores de carácter: hereditarios, de sexo, estilo de vida, y relaciones afectivas, por tanto, el envejecimiento es una especie de reacción en cadena en la que un cambio adverso provoca otro. El envejecimiento es una expresión del estilo de vida, de la actitud frente al mundo y frente a los demás, es decir es la expresión final de los patrones de respuesta afectiva.

Respecto a los resultados obtenidos en la dimensión de salud se determina que la mayoría de adultos mayor presentan limitaciones auditivas y visuales, a diferencia de dos adultos que presentan limitaciones físicas. Por otra parte, todos presentan problemas de salud relacionados a la diabetes y presión alta. En general, la mayoría considera que tienen un

estado de salud regular debido a sus enfermedades, no obstante, algunos de ellos mencionaron que tienen un buen estado de salud.

De esta manera, los resultados obtenidos en la población investigada se enmarcan de acuerdo al enunciado de Lazarus, puesto que durante el proceso de envejecimiento se presentan diferentes limitaciones propias de la edad.

DIMENSIÓN ESTILO DE VIDA

¿Cuenta con solvencia económica estable?

RESPUESTAS:

AME: 1, 6, 18, 22

Los adultos mayores respondieron que si tienen solvencia económica

AME: 10, 5, 20, 9, 2, 17, 15, 25, 26, 27,19, 23, 13, 12, 30, 8, 3, 4, 21, 14, 24, 11, 16, 28, 7,29

Los adultos mayores respondieron que no tiene solvencia económica estable.

¿Cómo parte de su alimentación usted ha tomado suplementos alimenticios?

RESPUESTAS:

AME: 17, 24

Respondieron que nunca han tomado medicamento o vitaminas

AME: 12, 6, 9, 15, 20, 1, 4, 8, 19, 13, 7, 23, 30, 16, 18, 22, 25, 14

Los adultos mayores respondieron que en el pasado tomaron suplementos alimenticios

AME: 16, 18, 22, 25, 14

Los adultos mayores respondieron que si toman medicamento o vitaminas de forma continua para su alimentación

AME: 3, 11, 10, 5, 21, 2, 27, 28, 29, 26

Respondieron que toman suplementos vitamínicos de forma estacional o por temporadas, cuando les proporciona el centro.

¿Cuántas comidas tiene día?

RESPUESTA:

Debido a que los adultos mayores se encuentran en un centro diurno, todos contestaron que tienen las tres comidas al día, gracias a la ayuda del municipio y del MIES.

¿Debido a su estado de salud, sigue algún tipo de dieta?

RESPUESTAS:

AME: 21, 17, 23, 16, 22, 25,

Respondieron que si tienen dietas para su alimentación

AME: 3, 11, 10, 5, 2, 27, 26, 24, 12, 6, 9, 15, 20, 1, 4, 8, 19, 13, 7, 18, 14, 28, 29, 30

Respondieron que no siguen ninguna dieta, pese a sus enfermedades no pueden cuidarse por no tener dinero.

¿Ha consumido o consume algún tipo de sustancias psicotrópicas? (Alcohol, Tabaco, Sustancias psicotrópicas)

RESPUESTAS:

AME: 22, 25, 3, 11, 10, 5, 2, 27, 26, 12, 6, 9, 15, 20, 1, 13, 18, 28, 30

Los adultos mayores respondieron que si consumían alcohol y tabaco hace años, sin embargo, algunos aún consumen ya sea alcohol o tabaco.

AME: 21, 11, 23, 16, 24, 4, 8, 19, 7, 14, 29

Los adultos mayores respondieron que nunca en su vida han consumido bebidas alcohólicas y tabaco.

¿Realiza algún tipo de actividad físicas?

AME: 15 adultos mayores realizan actividades físicas

AME: 15 adultos mayores no realizan ejercicios físicos

¿Presenta dificultades para conciliar el sueño?

AME: 25, 11, 2, 27, 21, 23, 16, 14, 24, 13, 18

Respondieron que, si presentan dificultades para conciliar el sueño, debido a problemas de salud o por preocupaciones.

AME: 22, 3, 10, 5, 26, 12, 6, 9, 15, 20, 17, 4, 8, 19, 7, 1, 28, 29, 30

Respondieron que no presentan dificultades para dormir

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño?

La mayoría de adultos mayores no toman ningún medicamento para dormir pese a tener dificultades para conciliar el sueño.

El adulto mayor tiene comportamientos aprendidos durante el trascurso del ciclo vital; estas conductas forman parte del estilo de vida: alimentación, actividad física, descanso, vicios, así como la relación del individuo con su entorno, condiciones de vida, vivienda, acceso de recursos básicos etc. y son influenciadas por las características personales, y los factores socioeconómicos y cultural y determinan la salud y enfermedad de la persona adulta, incrementando su vulnerabilidad (Toapaxi, Guarate, et al.,2020).

En cuanto a los resultados obtenidos de la dimensión estilo de vida, se puede observar que la mayoría de adultos mayores no poseen solvencia económica estable, una minoría si la tiene. Por otra parte, en cuanto al consumo de vitaminas o suplementos alimenticios mencionan la mayoría que nunca han tomado vitaminas, a diferencia de 10 adultos que han

tomado de forma estacional, mientras que una menor parte toman medicamentos suplementicos de forma continua. Respecto a su alimentación, todos señalaron que tienen las tres comidas al día. Por su parte, referente a dieta, la mayoría respondió que no tienen dietas alimenticias debido a la falta de recursos económicos, mientras que 6 personan indicaron que tienen una dieta estricta por el médico. Referente al consumo de sustancias psicotrópicas, la mayoría de ellos expresaron que si haber consumido alcohol y tabaco, y 11 indicaron, principalmente mujeres, jamás haber tomado ningún tipo de sustancias, en relación a la actividad física, 15 indicaron que sí, mientras que el resto expresó no realizar actividades físicas. En lo que respecta al sueño, la mayoría indico que no presenta problemas para conciliar el sueño, a diferencia de 11 adultos que mencionaron que, si se les dificulta, debido a sus problemas de salud y preocupaciones. Por último, la mayoría de adultos mayores, señalaron no tomar ningún medicamente para conciliar el sueño, pues mencionan que no les gusta tomar pastillas.

Por tanto, los datos obtenidos de la población evaluada, se enmarcan con lo mencionado de Toapaxi, Guarate, et al., puesto que, el envejecimiento al ser un proceso normal, natural e inevitable, puede tener diferentes resultados, generalmente del reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida, es así que los adultos mayores del centro diurno “San Vicente” posiblemente por la falta de recursos económicos, no tuvieron un estilo de vida óptimo, que les permitiera vivir en plenitud su vejez.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

¿Qué tan satisfecho esta con su vida en la actualidad?

RESPUESTAS:

AME: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Los adultos mayores respondieron que se encuentran satisfechos y agradecidos con Dios

AME: 5, 6, 7

Los adultos respondieron que no se encuentran satisfechos debido a sus dolencias y por motivos de soledad.

¿Cómo ve Usted su salud comparada con otras personas de la misma edad?

AME: 3, 28

Respondieron que tienen una muy buena salud comparada con sus compañeros

AME: 18, 16, 2, 27, 11, 1, 15, 9, 12, 26, 22, 7, 6

Respondieron que tienen una buena salud

AME: 13, 14, 24, 23, 21, 25, 19, 8, 4, 20, 10, 5, 29, 30

Respondieron que tienen una salud regular debido a sus dolencias y enfermedades

AME: 17

Respondieron que tienen una mala salud

Como considera el estado actual de su memoria

6, 3, 28

MUY BUENA

26, 7, 13

BUENA

18, 2, 27, 11, 1, 15, 9, 12, 24, 23, 21, 19, 8, 4, 20

REGULAR

17, 16, 22, 14, 25, 5

MALA

¿Qué es lo que más se olvida?

AME: 22, 5, 18, 30

Los adultos mayores respondieron que olvidan frecuentemente los nombres de sus compañeros

AME: 1, 2, 27, 6, 10

Los adultos mayores respondieron que tienden a olvidar de las actividades que están realizando.

¿Qué es lo que más se recuerda?

AME: 11, 12, 6, 3, 5, 18, 20

11)Recuerdo el presente, de cómo pasar con mis compañeros

12)Recuerdo el pasado, el presente, y como prevenir cualquier emergencia

6) Recuerdo mucho a mi esposa

3)Recuerda que bailaba, viajaba y sus salidas

AME: 5, 18, 20

Recuerdo más mi enfermedad

AME: 1, 2, 4, 7, 8, 9, 10, 13, 14, 15, 16, 17, 19, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30

Respondieron que recuerdan su niñez y juventud

¿Le genera algún tipo de frustración los olvidos que tiene?

Todos los entrevistados respondieron que les causa frustración, tristeza y melancolía el hecho de olvidarse.

Alonso & Moros (2011) demuestra que los cambios psicológicos en el adulto mayor, manifiestan la predisposición a la tristeza, la melancolía y a la depresión son también aspectos relacionados con la vejez, estos bien pueden estar relacionados con los aspectos físicos debido a la pérdida de autonomía y/o a los aspectos sociales (jubilación, perdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social.

Con respecto a los resultados de la dimensión psicológica, la mayoría de adultos mayores manifestaron que se encuentran satisfechos y agradecidos con Dios. Por su parte solamente 3 de ellos, indicaron que no están satisfechos con su vida debido a sus dolencias y por la soledad. Por otro lado, en cuanto a su salud comparada con otras personas de su edad, indicaron la mayoría de los adultos que tienen una salud regular por sus dolencias y enfermedades, mientras que algunos de ellos mencionaron que tienen una buena salud y 1 expresó que tiene una mala salud.

Es evidente que para el adulto mayor la calidad de vida representa mantener paz, calma y tranquilidad, que sea cuidado y protegido por la familia con dignidad, amor y respeto, y tener satisfechas como ser social sus necesidades de libre expresión, decisión, comunicación e información. Sin embargo, tomando como referencia el enunciado de Alonso & moros se determina que, durante el proceso de envejecimiento, existen diversas modificaciones en la vida del adulto mayor, evidenciando en la población evaluada emociones de tristeza, frustración, sensaciones de abandono y soledad.

Caracterizando de manera general a la población en relación al estado cognitivo y el nivel educativo, se identificó que la mayoría de adultos mayores del centro diurno" San Vicente" del Cantón Catamayo, se encuentran en edades comprendidas de 65 a 93 años, prevaleciendo el género masculino, los adultos mayores investigados en su edad productiva se dedicaron en su gran mayoría a la agricultura, esto debido al auge de la agroexportación que constituía una actividad económica fundamental de la época. Por otro lado, en la misma época en el ecuador la educación tenía una percepción diferente, pues las familias daban mayor valoración al trabajo que a la educación, es por ello que los adultos mayores objeto de investigación en su totalidad no culminaron sus estudios primarios y si lo hicieron fue a edades adultas.

En lo relacionado con el estado civil encontramos que la mayoría de adultos mayores no se casaron, pero se estima que debido a que los mismos tienen hijos si llevaron una relación de convivencia, sin embargo, en la actualidad viven en la mayoría solos por diversas

razones o situaciones familiares. En cuanto a las limitaciones que presentan las más significativas son las auditivas, así como las visuales que son propias de la edad; y, finalmente, los estilos de vida que adoptaron no fueron los más óptimos o adecuados, debido a que la mayoría tuvieron hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y sedentarismo, sin embargo, en lo que concierne a la ocupación tuvieron una vida muy activa, puesto que desde su niñez se dedicaron a trabajar.

7. Discusión

La presente investigación se ejecutó en el Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo. Con relación a los objetivos planteados, se procedió a realizar la discusión de los resultados, mismos que de forma gramatical se los comprende por el orden y lógica tanto en su análisis como en su redacción.

Con relación al primer objetivo, Evaluar el estado cognitivo en los adultos mayores en el Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, periodo 2022, con la aplicación del reactivo mini mental test, se obtuvo la valoración general del estado cognitivo en los adultos mayores, evidenciando que 12 adultos mayores que representan el 40% de la población evaluada muestran un estado cognoscitivo normal, asimismo 12 adultos mayores evaluados que corresponden al 40% presenta déficit cognoscitivo leve, frente a 6 adultos mayores que pertenece al 20% tienen un déficit cognoscitivo moderado. Por lo tanto, con los valores obtenidos del mini mental test, se evidencia que en la edad y en las condiciones que se encuentran los adultos mayores, la mayoría presentan un estado cognoscitivo normal y leve con ciertos déficits cognoscitivos a moderado. Estos resultados son comparados con el trabajo investigativo de García (2017) donde se aprecia que el 55% de la muestra ha logrado como resultado el valor normal; el 23% corresponde a quienes presentan deterioro cognitivo leve, y el 22% el grupo con deterioro cognitivo moderado, frente a los resultados obtenidos de la muestra evaluada, en donde no se encontró ningún adulto mayor presenta un estado cognitivo grave. Así también Delgado & Salinas (2009) refieren que "el deterioro cognitivo corresponde a ligeros déficits subjetivos y objetivos de la cognición, anormales para la edad, pero sin compromiso de las actividades funcionales del sujeto" Frente a esta realidad es indudable encontrar que durante el proceso de envejecimiento ocurren pérdidas progresivas y graduales propias de la edad, que afectan las funciones fisiológicas y cognitivas. Es así que es fundamental señalar que se implementen recursos para mejorar y potenciar aquellas capacidades de la memoria que se han decaído o disminuido, además del entrenamiento de

habilidades elementales como la lectura, la escritura y el cálculo que permita una correcta reserva cognitiva en el envejecimiento en el centro diurno “San Vicente” del Cantón Catamayo.

Por su parte, en el segundo objetivo Identificar el nivel educativo del adulto mayor en el centro “San Vicente”,2022 con respecto a los resultados obtenidos se evidencia que el 50% de adultos mayores evaluados cuenta con una Educación Básica Elemental, teniendo un curso de 2 a 4to año, asimismo, el 33,3% tiene Educación Básica Media, con una escolaridad completa e incompleta, además el 10% no tiene ningún tipo de instrucción educativa y finalmente el 6,7% poseen preparatoria, cursando solamente el primer grado. En efecto, la educación en el ecuador desde los años 40 en adelante tenía un sentido diferente, debido a que los adultos mayores en su totalidad provenían de sectores rurales, expresando claramente un amplio y persistente analfabetismo, de esta manera, eran muy pocos los estudiantes de ese origen que llegaban a culminar la primaria, por falta de recursos o ingresos económicos de sus familias. Por lo tanto, teniendo en cuenta a Ferreira (2014) “resalta que en el Ecuador la tasa de analfabetismo más alta prevalece en el grupo de 65 años y más, sin embargo, durante los últimos años, debido al acelerado proceso de modernización del país, ha generado indudables presiones sobre el sistema educativo. La expansión, transformaciones, y mayor complejidad de la economía, requieren, en cantidades constantemente crecientes, personal con un mayor nivel educativo del que tradicionalmente ha demandado la estructura económica. Es evidente la reincorporación temprana de niños o adolescentes al mercado laboral en tiempos pretéritos, debido a que la mayoría de los adultos mayores en su infancia fueron obligados a trabajar para sustentar a su familia por la decadencia de ingresos económicos, siendo así que no llevaron a culminar sus estudios académicos.

En cuanto al tercer objetivo específico establecer la relación del estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor en el centro diurno “San Vicente” del Cantón Catamayo, 2022, los resultados reflejaron que el valor calculado de chi – cuadrado es de **8,50** valor que se encuentra en la zona de aceptación, entendiendo que no existe una relación entre ambas variables. Esto quiere decir que el estado cognitivo de la población evaluada no puede ser explicado por su nivel educativo. Frente a lo mencionado se acepta la hipótesis nula **H0=**El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno “San Vicente” en el Cantón Catamayo, 2022 y se rechaza la hipótesis alterna, **H1=**El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno “San Vicente” en el Cantón Catamayo, 2022. Respecto a las diferentes investigaciones encontradas, tales como García (2017); Espinoza & Vera (2021) estiman que la escolaridad influye

directamente en el deterioro cognitivo de los adultos mayores. Sin embargo, en la población evaluada, no se encuentra relación, los datos indican que, de 3 adultos mayores con un nivel de escolaridad nulo, (2) de ellos se encuentran en un estado cognoscitivo normal y (1) con déficit cognoscitivo moderado. Por otra parte, 2 adultos que tienen un nivel educativo correspondiente a preparatoria, mantienen un estado cognitivo normal. Asimismo, (15) adultos mayores con un nivel educativo de básica elemental, (3) presentan un estado cognoscitivo normal, (9) déficit cognoscitivo leve y (3) un déficit cognoscitivo moderado. Finalmente, (10) adultos que tienen un nivel educativo de básica media, (5) tienen un estado cognoscitivo normal, (3) déficit cognoscitivo leve y (2) un déficit cognoscitivo moderado. En efecto, en relación a la caracterización, los adultos mayores en su entorno cultural, con una educación desvalorizada, la mayoría no logró culminar sus estudios académicos, sin embargo, presentan un estado cognitivo normal, con ciertos déficits de leve a moderado, debido a que en su cotidianidad y en relación a su entorno, han mantenido una vida activa. Por lo cual se sostiene que no existe una relación significativa entre el estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos mayores. En tal sentido, bajo lo mencionado anteriormente y al analizar los resultados, se propone que se realicen nuevas investigaciones donde puedan existir correlaciones con variables de estilos de vida, ocupación y bienestar psicológico que permita obtener hallazgos más amplios e importantes.

8. Conclusiones

En la evaluación general del estado cognitivo en los adultos mayores se evidencia que la mayor parte de la muestra evaluada se encuentra en un estado cognoscitivo normal, y un déficit cognoscitivo leve, y una minoría presenta un déficit cognoscitivo moderado, de manera que no afecta la vida ni a la cotidianidad del adulto mayor.

Se identificó que los adultos mayores representan un grupo que no consiguió culminar sus estudios de educación formal, puesto que en su gran mayoría tienen una educación básica elemental y media. Todos estos bajos niveles educativos alcanzados por la población de adultos mayores principalmente se deben a motivos económicos, sociales y culturales que no favorecían al desarrollo educativo a consecuencia de la desvalorización del estudio y valoración del trabajo que se constituía una actividad económica principal en la época que corresponde a los adultos mayores evaluados en la década de los cuarenta y cincuenta.

Al relacionar el nivel educativo con el estado cognitivo, se evidencia que no existe una relación significativa, aceptando la hipótesis nula **H0=**El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno "San Vicente" en el Cantón Catamayo, 2022.

En relación a la caracterización, la población investigada se ubica en un rango de edades mayoritariamente entre 75 a 79 años, siendo la edad mínima de 65 años, y la edad máxima de 93 años. Predominando el género masculino. Respecto a la ocupación los adultos mayores se dedicaron a la agricultura, sosteniendo una vida muy activa, puesto que desde su niñez se dedicaron a trabajar, de manera que en su totalidad no culminaron sus estudios primarios y si lo hicieron fue a edades adultas. Por su parte, en relación a lo psicológico la mayoría muestra emociones de tristeza, frustración, sensaciones de abandono y soledad. Además, presentan diferentes limitaciones auditivas y visuales que son propias de la edad. Finalmente, su estilo de vida adoptado no fue el más adecuado, debido a que tuvieron hábitos de consumo de bebidas alcohólicas y tabaco.

9. Recomendaciones

Es importante que el centro Diurno San Vicente del Cantón Catamayo, amplié dentro de su estructura organizativa una instancia encargada de la evaluación psicológica de los usuarios con la finalidad de que los mismos puedan encargarse de la aplicación de pruebas para evaluar aspectos psicológicos dentro de los cuales se encuentran las funciones cognitivas, así como integrar en su plan de trabajo, actividades que sirvan para preservar dichas funciones.

Involucrar a las familias como corresponsables del cuidado de los adultos mayores con la finalidad de generar relaciones afectivas y prevenir estados de depresión, tristeza o melancolía que son cambios psicológicos que se manifiesta a consecuencia del abandono familiar.

Realizar nuevas propuestas investigativas que abarque otros factores tales como estilo de vida, ocupación, y bienestar psicológico con la finalidad de ampliar más las variables que tienen relación con el estado cognitivo.

10. Bibliografía

Abarca, J., chino, B., Llacho, M., Gonzales, K., Mucho, K., Vázquez, R., & Cárdenas, C. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría yNeurociencias, 8*(2), 1-9. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/Dialnet-RelacionEntreEducacionEnvejecimientoYDeterioroCogn-3987691%20(2).pdf

Abaunza, C. I., Mendoza, M. A., Bustos, P., Paredes, G., Enriquez, K., & Padilla, A. C. (2014). *Concepción del adulto mayor.* Bogotá: Editoral Universidad del Rosario. Obtenido de https://books.scielo.org/id/33k73/pdf/abaunza-9789587385328-07.pdf

Abeles, R., & White, M. (1987). Longevity, Social Structure, and Cognitive Aging. En R. Abeles, & M. White, *Cognitive functioning and social structure over the life course* (págs. 161-162). EE. UU: Ablex Publishing Corporation.

Acosta, I., Sosa, A., Salinas, R., & Hiriart, M. (2013). Diabetes mellitus and its association with dementia and mild cognitive impairment in elderly mexican urban and rural population. *ResearchdGate*.

Aguilar, G. (2013). Estilo de vida del adulto mayor que asiste al Hospital Materno Infantil Villa Maria del Triunfo, 2013. *Tesis de licenciatura.* Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima. Obtenido de https://core.ac.uk/download/pdf/323349483.pdf

Aleaga, A. (2018). Análisis de la situación del adulto mayor en Quito Caso: Hogar de Ancianos Santa Catalina Labouré, período 2017. *Master's thesis.* Universidad Andina Simón Bolívar, Ecuador. Obtenido de https://repositorio.uasb.edu.ec/bitstream/10644/6465/1/T2772-MGDE-Aleaga-Analisis.pdf

Alonso, R., & Moros, T. (2011). Intervención Psicomotriz en Personas Mayores. *Revista TOG, 8*(14), 1-13.

Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Scielo*, 2.

Alvarado, B., Zunzunegui, M., Ser, T., & Béland, F. (2002). El deterioro cognitivo está relacionado con la educación y la ocupación en una cohorte española de mayores. *Envejecimiento Clin Exp Res*, 2.

Álvaro, A., & Salazar, Á. (2014). Análisis de Concepto de Envejecimiento. *Gerokomos, 25*(2), 57-62. doi: https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002

Araníbar, P. (2001). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina. En P. Araníbar, *Población y Desarrollo* (pág. 7). Chile: CEPAL.

Ardila, A; Ostrosky, F. (2012). Guía para el diagnóstico neuropsicológico. *Guía Neuropsicológica*, 144.

Arias, W. (2010). Metodología de la Investigación. *Revista Digital Universitaria*, 10.

Arroyo, M., & Ribeiro, M. (2011). El apoyo familiar en adultos mayores con dependencia: tensiones y ambivalencias. *Revista Ciencia UANL, 14*(3), 297-305. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/402/40219049011.pdf

Ballesteros, R., Kruse, A., Zamarrón, M., & Caprara, M. (2009). Calidad de vida, satisfacción con la vida y envejecimiento positivo. *DIALNET*.

Ballesteros, S. (1999). Memoria humana: investigación y teoría. *Psicothema, 11*(4), 705. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/727/72711401.pdf

Barahona Esteban, N., Villasán, A., & Sánchez, A. (2014). Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (dcl) disputes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology, 1*(2), 47-54. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/3498/349833719007.pdf

Barrera, J. (2017). Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida de los adultos mayores. *Tesis deterioro cognitivo y calidad de vida.* Universidad Técnica de Ambato, Ambato. Obtenido de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf

Barrera, J. (2017). Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. *Tesis de licenciatura.* Universidad Técnica de Ambato, Ambato. Obtenido de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf

Bernal. (2010). *Metodología de la investigación.* PEARSON EDUCACIÓN. Obtenido de file:///C:/Users/ASUS/Downloads/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf

Biere, T. (2012). Integridad y malos tratos de las. *Semana*, 8-12.

Bisquerra, A. R. (2009). *Metodología de la Investigación.* Madrid: la muralla s.a. obtenido de file:///c:/users/asus/downloads/metodologia_de_la_investigacion_e ducativ%20(2).pdf

Bonilla, E., & Rodríguez, P. (2005). *Más allá del dilema de los métodos.* Colombia: Grupo Editorial Norma.

Borquéz, P. (2016). *Influencia de la ocupación en el deterioro cognitivo de los adultos mayores mexicanos*. Obtenido de El colegio de la frontera norte: https://www.colef.mx/posgrado/wp-content/uploads/2016/11/TESIS-B%C3%B3rquez-Arce-Paola.pdf

Burin, D., Drake, M., & Harris, P. (2007). *Evaluación Neuropsicológica en Adultos.* Buenos Aires: Paidós.

Burns, A., & Zauding, M. (2002). Mild cognitive impairment in older people. *National Library of Medicine*.

Cabrera, B., & Lescano, A. (2020). *Deterioro cognitivo en adultos mayores de un hospital de un hospital de las fuerzas armadas*. obtenido deuniversidad Ricardo de palma: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/3453/Tesis%20Deterioro%20Cognitivo%20en%20Adultos%20Mayores%2011.2020%20%281%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Cabrera, V., & Álvaro, L. (2020). Deterioro cognitivo en adultos mayores. *Tesis.* Universidad Ricardo Palma, Perú.

Canitas. (2021). *¿Qué es un Adulto Mayor Según la OMS?* Obtenido de Canitas: https://canitas.mx/guias/adulto-mayor-oms/

CCHS. (2022). *El Método Estadístico*. Obtenido de Consejo Superior de Investigaciones Científicas: http://humanidades.cchs.csic.es/cchs/web_UAE/metodo/metodo.htm

Censos, I. N. (2010). *Cómo crecerá la población en el Ecuador*. Obtenido de INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf

Centromente. (2016, diciembre 15). Obtenido de Cómo ayudar a un familiar que padece un deterioro cognitivo leve: http://www.centromente.com/novedades/category/deterioro-cognitivo-severo/

Chamorro, A. (1980). Educación y desarrollo en el Ecuador (1960-1978). *Educación y sociedad en América Latina y el Caribe-Santiago: UNICEF, 1980*, 113-127. Obtenido de https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/28525/S7900472_es.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Chuquipul, P., & Izaguirre, C. (2018). Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, villa los reyes, ventanilla 2018. *(Tesis para obtener la licenciatura).* Universidad Privada Norbert Wiener, Lima.

CINE, C. I. (2011). *Nivel Educativo*. Obtenido de Instituto Internacional de Planificación de la Educación de la Unesco: https://inee.org/es/eie-glossary/nivel-educativo

Condes, C. l. (2013). *Cambios Anatómicos y Fisiológicos asociados al Envejecimiento*. Obtenido de Geriatría: https://www.clinicalascondes.cl/Centros-y-especialidades/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatría/Cambios-Anatómicos

Coraza, B., & Tagua, N. (2011). *Adultos mayores albergados en un hogar*. obtenido de universidad nacional de cuyo: https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9518/coraza-belen.pdf

Cualificaciones, I. N. (2001). Sistemas de cualificaciones. Puentes para el aprendizaje a lo largo de la vida. *Ministerio de Educación y Formación Profesional*.

Custodio, N. (2012). ¿Vivir con demencia El sistema de salud está enfrentado a la sobrecarga? *Neuropsiquiatría*, 1.

de León-Arcila, R. M.-S.-C.-C.-C. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 281.

De Salud, S. (2009). *Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer nivel de Atención. México:* México: Editorial centro Nacional de Excelencia Tecnológica en Salud.

Delgado, C., & Salinas, P. (2009). Evaluación de las alteraciones cognitivas. *Revista Hospital clínico de la Universidad de Chile, 20*, 244-251. Obtenido de http://educagratis.cl/moodle/pluginfile.php/20871/mod_resource/content/0/alteraciones_adultos_mayores.pdf

Díaz, U., Buiza, C., & Yanguas, J. (2009). Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 150-155.

Dulcey-Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Revista Colombiana de Psicología, 19*(2), 207-224.

Duque P, S. (2008). Síndromes neuropsicológicos del desarrollo: *Revista Pediatría de Atención Primaria*, 126.

Duque, S. J. (2008). Síndromes neuropsicológicos del desarrollo: una introducción y una aproximación a la atención primaria. *Pediatria de atención primaria*, 3. Obtenido de https://archivos.pap.es/Empty/PAP/front/Articulos/Imprimir/_OrCjUxDG4cq4Ol74jAY_MprfOqVc4i3x

Envejecimiento, P. (2022). *El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos, psicológicos.* Perú.

espaciadora, I. l. (2020). Ecuador envejece sin seguridad social. págs. 1-2. Obtenido de https://www.labarraespaciadora.com/ddhh/seguridad-social-en- ecuador/#:~:text=En%20Ecuador%2C%20los%20datos%20oficiales, apenas%20el%2030%2C79%25.

Espinoza, N., & Vera, V. (2021). Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 a 85 años en el año 2021 en un Hospicio en la Ciudad de. *(Título de Grado).* Universidad Católica de Santiago de Guayaquil, Guayaquil.

Eurosalud. (2008). Extensión de la protección social en salud a poblaciones. *OISS.*

Fernandes, R., & De Lima, I. (2016). El entrenamiento cognitivo en los ancianos y efectos en las funciones ejecutivas. *Acta Colombiana de Psicología*, 178-197. doi:

Fernández Ballesteros, R. (2000). Gerontología Social. En R. Fernández Ballesteros, *Gerontología Social.* España: Psicología Pirámide.

Ferreira, C., García, K., Macías, L., Pérez, A., & Tomsich, C. (2014). *Mujeres y hombres del ecuador en cifras III.*

Fidias, G. (2012). *El proyecto de Investigación.* República Bolivariana de Venezuela: Episteme.

Figueroa, D. (2019). Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores de los centros del patronato de amparo social del cantón loja. *Facultad de la Salud Humana.* Universidad Nacional de Loja, Loja.

Flores Sierra, B. (2016). Proceso de la atención y su implicación en el proceso de aprendizaje. *Revista Didasc@ lia: Didáctica y Educación, VII*(3), 187.

Foresto, E. (2020). Aprendizajes formales, no formales e informales. . *Una Revisión Teórica Holística*.

Fritsch, T., Mckee, J., Smyth, K., & Ogrocki, P. (2005). Efectos del logro educativo y el estado ocupacional sobre el deterioro cognitivo y funcional en personas con demencia tipo Alzheimer. *Revista Cambridge Core*, 3.

Gallegos, M., Castillo Diaz, R., & Rosas, O. (2013). Dementia in Older People Review. *ResearchGate*, 3.

García, B. (2017). Perfil cognitivo de los adultos mayores de un Programa Social en una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres. *Tesis de Licenciatura.* Universidad inca Garcilaso de la vega, Perú. obtenido de http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/1400/trab.sufic.prof.%20garc%c3%8da%20espinoza%2c%20oscar.pdf?sequence=2&isallowed=y

Glover, M. (2019). *Procesos cognitivos básicos y superiores: ejemplos y tipos*. Obtenido de Psicología-Online: https://www.psicologia-online.com/procesos-cognitivos-basicos-y-superiores-ejemplos-y-tipos-4282.html

Gómez Viera, N. (2003). Deterioro cognitivo. Avances y controversias. *Cubana de Medicina, 42*(5), 1. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75232003000500001

Gonzáles, A., Vidales, J., Camacho, J., Rosas, E., & Alcántara, A. (1999). Síndrome de deterioro intelectual: *Revista Médica del Hospital General*, 43.

González, B., & León, A. (2013). Procesos cognitivos: De la prescripción curricular a la praxis educativa. *Revista de Teoría y Didáctica de las Ciencias Sociales, 19*, 49-67. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/652/65232225004.pdf

GRADIOR. (2021). *Tipos de deterioro cognitivo*. Obtenido de GRADIOR: https://www.gradior.es/que-es-el-deterioro-cognitivo/

Guido, G., Navarrete, V., & Pinto, A. (2016). *Estimulación cognitiva y calidad de vida en un grupo de adultos mayores*. obtenido de universidad ucinf: http://repositorio.ugm.cl/bitstream/handle/20.500.12743/541/T305.260983%20G158e%202016.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Gutiérrez Robledo, L. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de población, 5*(19), 125-147.

Gutiérrez, L. M. (1999). El proceso de envejecimiento humano: algunas implicaciones asistenciales y para la prevención. *Papeles de Población, 5*(19), 125-147. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/112/11201908.pdf

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2006). *Metodología de la Investigación* (Cuarta ed.). México: Ultra, S. A. de C. V.

Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación* (Sexta ed.). México: S.A. DE C.V.

Hernández, J. (2012). Cognición y autonomía en personas mayores dependientes. *Anales Psicología*, 1.

Homs, M. (2001). Orígenes y evolución del concepto de educación no formal. *Revista española de pedagogía*.

INEC. (2008). *La población adulto mayor en la cuidad de Quito*. Obtenido de INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Bibliotecas/Estudios/Estudios_Economicos/Evolucion_de_la_indus_Alimen_Beb_2001-2006/Poblac_Adulto_Mayor.pdf

INEC. (2010). *¿Cómo crecerá la población en Ecuador?* Obtenido de INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf

INEC. (2012). Obtenido de En el 2050 seremos 23,4 millones de ecuatorianos: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/en-el-2050-seremos-234-millones-de-ecuatorianos/

Ivonne, J. (2017). Deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria en adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor de la provincia de Tungurahua del cantón Ambato. *Tesis de licenciatura.* Universidad Técnica de Ambato, Lima. Obtenido de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24810/2/Vargas%20Maisa%20Liz%20Ivonne.pdf

Lara, E. (2011). *Fundamentos de Investigación.* México: Grupo Editor Alfa Omega.

Lazarus, R., & Lazarus, B. (2006). Emotions and Emotion Regulation in a Female Couple Undergoing in Vitro. *Oxford University Press*.

León, A. (2007). Qué es la educación. *Educere, 11*(39), 595-604.

León, A. (2017). Qué es la educación. *Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal*.

León, E. T., & Guillermo, L. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *cumbres*, 10.

Ley. (2022). *El Senado y Cámara de Diputados de la provincia*. Obtenido de Disposiciones generales: https://www.bahia.gob.ar/wp-content/uploads/2016/11/ley-14263.pdf

Linares, J., Lira, D., Montesinos, R., Custodio, N., Beldezú, L., & Herrera, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Revista Anales de la Facultad de Medicina, 73*(4), 321-330. Obtenido de https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=37925427009

Lob-Hüdepohl, A. (2006). *La seguridad social en una tercera edad en peligro Principios ético-sociales y perspectivas político-sociales.* Obtenido de https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Ponencia_Prof_Andreas_LobHudephol.pdf

Loei. (2019). ley orgánica de las personas adultas mayores. *loei*, 21.

lolas, f. (2001). las dimensiones bioéticas de la vejez. *acta bioethica*.

londoño, l. p. (2009). La atención: un proceso psicológico básico. *Revista de la facultad de psicología universidad cooperativa de Colombia*, 91.

López, M., & Marín, R. (2016). Revisión teórica y empírica desde la psicología representaciones sociales del envejecimiento. *General José María Córdova*, 178.

Ludi, M. (2011). Envejecer en el actual contexto. *Cátedra Paralela*, 3-5.

Lugo, D. M. (2022, marzo 31). *Tipos de percepción en psicología*. Obtenido de Psicología-Online: https://www.psicologia-online.com/tipos-de-percepcion-en-psicologia-6287.html

Macías Núñez, J. (2005). *Geriatría desde el principio* (Segunda ed.). editorial glosa.

Maldonado Ruiz, T. (2018). *Información estadística de casos referentes a personas adultas mayores.* Obtenido de Defensoría del Pueblo de Ecuador: http://repositorio.dpe.gob.ec/bitstream/39000/2191/1/deoi-dpe-012-2018.pdf

Mangona, C. (2001). El "Mini - Mental State Examination en español. Normas para Buenos Aires. *Revista Neurológica de Argentina*, *26*(1), 11-17. ¿Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/38085252/02e7e53b4c3a1a41e1000000.pdf20151010-63298-m2y0rj-with-cover-page-v2.pdf?expires=1653528226&signature=bqh0pbh0omcqn7~5klnsshjddot1dxexidvyfm4cnk48kbie5p6gshhu4owdqngjksijxr76c~fk4acjzyb3xgfg6ccfj8aogaczs9xzm~

Manuel E. Cortés, Miriam Iglesias León. (2004). *Generalidades sobre Metodología de la Investigación* (Primera Edición ed.). Mexico. Obtenido de https://www.unacar.mx/contenido/gaceta/ediciones/metodologia_investigacion.pdf

Martín, M; Laguado, E, Fernández, M. (2021). El anciano en situación de dependencia y su familia. *ResearchGate*, 34.

Martínez, M., Lanuez, M., & Pérez, V. (2019). *El Maestro y la Investigación Educativa en el Siglo XXI*. Obtenido de Scribd: https://es.scribd.com/doc/55928029/El-Maestro-y-la-Investigacion-Educativa-en-el-Siglo-XXI

Martínez-Sanguinetti, (2019). Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. *Médica de Chile*, 1013-1023.

Mesonero, A., & Fombona, J. (2013). Envejecimiento y funciones cognitivas: las pérdidas de memoria y los olvidos frecuentes. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *2*(1), 317-326.

Mesonero, A., & Cadavieco, J. (2013). Envejecimiento y funciones cognitivas. *Psicología positiva*.

MIES. (2018). *Norma Técnica para la Implementación y Prestación de Servicios Gerontólogicos de: Centros Gerontológicos de Atención Diurna.* Obtenido de https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2018/12/Norma-T%C3%A9cnica-para-Centros-Diurnos.pdf

MIES. (2020). *Informe Mensual de Gestión del Servicio de Atención y Cuidado para personas adultas mayores y del estado situacional de su población.* Obtenido de file:///C:/users/usuario/downloads/2020%20informe%20pam%20mayo%20(2).pdf

Montenegro, E., & Melgar, C. (2012). *Geriatría y Gerontología*. Obtenido de Internista: http://www.medicinainterna.net.pe/sites/default/files/geriatria_para_el_internista.pdf

Montenegro, S., & Heredia, E. (2016). Funciones cognitivas en adultos mayores de más de 60 años, pertenecientes al grupo de salud y vida, del centro de salud en el blanqueado, entre diciembre del 2015 y marzo del 2016. *Tesis de licenciatura.* Universidad Politécnica Salesiana Sede Quito, Quito. Obtenido de https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/13283/1/UPS-QT10808.pdf

Morgado Bernal, I. (2005). Psicobiología del aprendizaje y la memoria. *CIC. Cuadernos de Información y Comunicación*, 222-223.

Niño, V. (2011). *Metodología de la Investigación.* Bogotá: Ediciones de la U.

Olivo, M., & Piña, M. (2009). *Envejecimiento y Cultura en América Latina y el Caribe.* Chile: Ril Editores.

ONU, N. (2019). La población mundial sigue en aumento, aunque sea cada vez más vieja. *ONU*, 2.

Orosa, T. (2001). *La tercera edad y la familia. Una mirada desde el adulto mayor.* Cuba: Poligráfica Félix Varela.

Ortíz-Rodriguez, M., Delgado-Sánchez, U., Martínez-Flores, F., & Villa, A. (2018). Deterioro cognitivo asociado con el nivel educativo e IMC en adultos mayores de Ciudad de México. *Revista de Fisioterapia y Tecnología Médica*, *2*(3), 29-36.

doi:https://www.ecorfan.org/taiwan/research_journals/Fisioterapia/vol2num4/Revista_de_Fisioterapia_y_Tecnolog%c3%ada_M%c3%a9dica_V2_N4_4.pdf

Palacios Almudena. (2018, Julio 12). *www.magisterio.com*. Obtenido de www.magisterio.com: https://www.magisterio.com.co/articulo/el-metodo-montessori-en-que-consiste-este-famoso-metodo-educativo

Palella, S., & Martins, F. (2006). *Metodología de la Investigación Cuantitativa.* Venezuela: fedupel.

Palloli, A., & Peléz, M. (2004). Salud, bienestra y envejecimiento. *Sabe*, 50. Obtenido de Sabe.

Peinado-Herreros, M., Moral-Leal, M., Esteban, F., Martinez-Lara, E., Siles, E., Jiménez, A., . . . Pedrosa, J. (2000). Envejecimiento y neurodegeneración: bases moleculares y celulares. *Neurología*.

Pérez Martínez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsora. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 9.

Petretto, D., Pili, R., Gaviano, L., Lopez, C., & Zuddas, L. (2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable. *Revista española de geriatría y gerontología*. Obtenido de Universidad Miguel Hernández de Elche: http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20Maria%20Antonia.pdf

Ponce Alencastro, J. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar, 5*(1), 140-164. doi: https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.213

Pose, M., & Manes, F. (2010). Deterioro cognitivo leve. *Revista Acta Neurol Colomb, 26*(3), 7-12. Obtenido de https://d1wqtxts1xzle7.cloudfront.net/45526530/Definicion_deterioro_Manes_Colombia-with-cover-page-v2.pdf?expires=1658595881&signature=syz5qtetk42ihrnmnofzjtikzh75f6xaouhp-dba-jextbmrznduca8dv6yrezfknym4ppi60zng5rlcgrlg89i6rjkex6hyu3jbohijcyvkhj7klkhl1svk

Pulido Álvarez, E. (s/f). *Generalidades sobre el envejecimiento.* Obtenido de Envejecimiento y Longevidad: https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2011/06/envejecimiento-y-longevidad.pdf

Quintanar, A. (2020). *Análisis de la calidad de vida en los adultos mayores*. Obtenido de Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/huejutla/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf

Ramírez, A., & Ramírez, L. (2010). Educación para adultos en el siglo XXI: análisis del modelo de educación para la vida y el trabajo en. *Revista tiempo de educar, 11*(21), 59-78. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/311/31116163004.pdf

Ramírez, L., & Ramírez, A. (2010). Educación para adultos en el siglo XXI: análisis del modelo de educación para la vida y el trabajo en. *Revista tiempo de educar*, 59-78. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/311/31116163004.pdf

Ramón, F., & Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología, 14*(1), 27-43.

Reyes, M. (2007). *Familia y geriátricos* . Obtenido de La relatividad del abandono: http://catalogosuba.sisbi.uba.ar/vufind/Record/201603170442565724/Details

Reyes, R. (2018). *Adulto mayor inteligente*. Obtenido de Adulto mayor significado: http://www.adultomayorinteligente.com/significado-de-adulto-mayor/

Rodríguez álvarez, M. J., & Guapisaca Juca, J. F. (2021). Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso: Centro del Adulto Mayor de Acción Social Municipal, Cuenca 2021. *Polo del Conocimiento, 7*(2), 533-547. Obtenido de file:///C:/Users/USUARIO/Downloads/3601-19148-3-PB%20(1).pdf

Rodríguez Daza, K. (2010). Vejez y envejecimiento. *(Documento de Inestigación).* Universidad del Rosario, Bogotá.

Rodríguez, L., Saracco, R., Escamilla, R., & Fresán, A. (2014). Validez de la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal (MoCA) para determinar deterioro. *Salud Mnetal*, 518.

Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *Gerokomos, 20*(4), 159-166. Obtenido de https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2009000400003

Román , F., & Sánchez, J. (1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología, 14*(1), 27-43. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/167/16714104.pdf

Romero Aguilar, I. E. (2019). Disfunción Cognitiva en el adulto mayor que acude al centro de salud Tayta Wasi 2019. *Tesis de Licenciatura.* Universidad Privada Norbert

Wiener, Perú. Obtenido de http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3174/TESIS%20Romero%20Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Romero, E. (2011). Confiabilidad y validez de los instrumentos de evaluación neuropsicológica. *Subjetividad y Procesos Cognitivos, 15*(2), 83-92. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/3396/339630258004.pdf

Ruiz, E. (2010). Psicología social del envejecimiento y perspectiva del transcurso de la vida: consideraciones críticas. *Psicología*.

S Vázquez, L., & G Saltos, N. (2013). *Ecuador su realidad.* Quito: Fundación José Peralta. Obtenido de https://es.scribd.com/document/348007812/Ecuador-y-su-realidad-pdf

Salgado, N., & Wong, R. (2007). Género y pobreza:determinantes de la salud en la vejez. *Salud pública de México*, 507.

Salud, O. M. (2018). *Género y salud*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/gender#:~:text=El%20g%C3%A9nero%20se%20refiere%20a,personas%20con%20identidades%20no%20binarias.

Salud, O. M. (2021). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health

Salud, O. M. (2022). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de OMS: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores#:~:text=Los%20adultos%20mayores%20tambi%C3%A9n%20son,p%C3%A9rdidas%20de%20dignidad%20y%20respeto.

Salud, O. P. (1994). El adulto mayor en América Latina. *Conferencia Interamericana de seguridad social*.

Samper, J., Llibre, J., Sánchez, C., & Sosa, S. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 29.

Sánchez, M. (2011). Género y vejez una mirada disitnta a un problema común. *Ciencia*, 50-51.

Sarramona, J., Vázquez, G., & Colom, A. (1998). *Educación no formal.* Barcelona: Ariel S.A.

Schmelkes, S., & Kalman, J. (1997). Educación de adultos: estado del arte. Hacia una estrategia alfabetizadora para México. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*.

Schooler, C. (2007). Úselo y consérvelo, más tiempo, probablemente: una respuesta a Salthouse . *Perspectiva Psychol Science*, 5.

Segura-Cardona, (2018). Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan*, 215.

Sequeira, L. (2019). Deterioro cognitivo moderado y factores de riesgo. *Revista Clínica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica, 16*(22), 16-22. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr195c.pdf

Serrano, C., Dillon, C., Leis, A., Taragano, F., & Allegri, R. (2013). Deterioro cognitivo leve: riesgo de demencia según subtipos. *Actas Esp Psiquiatr*, 330-339. Obtenido de https://www.actaspsiquiatria.es/repositorio/15/86/esp/15-86-esp-330-339-909296.pdf

Social, M. d. (2020). *Informe mensual de gestión del servicio de atención y cuidado para personas adultas mayiores y del estado situacional de su población objetivo*. obtenido de file:///c:/users/usuario/downloads/2020%20informe%20pam%20mayo%20(2).pdf

Stern, Y. (2002). What is cognitive reserve? Theory and research application of the reserve concept. *Society, Journal of the International Neuropsychological*.

Toapaxi, E., Guarate, Y., & Cusme, N. (2020). Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores. *enfermería investiga, 5*(4), 18-24. obtenido de file:///c:/users/usuario/downloads/966-110-2331-1-10-20201201.pdf

Trinidad, M. (2022). Sindrome confusional agudo en geriatria . *Cuiencias Médicas*, 2.

Urrutia Miranda, K. L. (2019). Severidad del deterioro cognitivo de los adultos mayores que asisten a centros geriátricos de la ciudad de ambato. análisis en función a la edad y el sexo. *Tesis de licenciatura.* Pontificia Universidad Católica del Ecuador, Ambato. Obtenido de https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/2571/1/76830.pdf

Urrutia, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor* . Obtenido de Universidad Técnica de Ambato: file:///c:/users/usuario/downloads/tesis%20deterioro%20cognitivo%20y%20calidad%20de%20vida-carolina%20barrera.docx.pdf

Vacía, S. (2015). La educación de adultos en el Ecuador: un reto aplazado. *El Comerico*, pág. 1.

Valdivia, P. (2020). Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. *Banco Interamericano de Desarrollo*, 7.

Valera, L. (2013). Nutrición en el adulto mayor. *Revista Médica Herediana, 24*(3), 183-185. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v24n3/v24n3e1.pdf

Valneza, M., & Ariza, M. (2018). Uso de test dual en ancianos institucionalizados con diferentes niveles de deterioro cognitivo. Estudio transversal. *Facultad de medicina*, 1.

Vargas, L. M. (1994). Sobre el concepto de percepción. *Alteridades*, 48-49.

Varona, D., & Cascudo, N. (2017). Deterioro cognitivo leve y multimorbilidad en adultos mayores. *Gerontología y Geriatría*, 1-30.

Velazco, L., & Carrera, T. (2017). Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar "misioneros de amor", Chaclacayo, 2016. *(Tesis de pregrado).* Universidad Peruana Union, Lima.

Villar, F., Triado, C., Pinazo, S., Celdrán, M., & Solé, M. (2010). Motivos de la participación de los adultos mayores en programas universitarios en España. *Gerontología Educativa*, 5.

Villarroig, L., & Muiños, M. (2018). La atención: principales rasgos, tipos y estudio. *Tesis.* Universidad Jaume, España.

Villasmil, Y., & Fuenmayor, G. (2008). La percepción, la atención y la memoria como procesos cognitivos utilizados para la comprensión. *Revista de Artes y Humanidades UNICA*, *9*(22), 187-202. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/1701/170118859011.pdf

Zapata, E. (2014). *Propuesta de programa de entrenamiento cognitivo en mayores con y sin deterioro cognitivo*. Obtenido de Universidad Almería: http://repositorio.ual.es/bitstream/handle/10835/3519/1873_TFG%20Elena%20Zapata%20Gonzalez.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zarzar, C. (2015). *Métodos y Pensamiento Crítico.* México: Grupo Editorial Patria.

11. Anexos

Anexo 1. Solicitud de apertura del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, periodo 2022

Universidad Nacional de Loja

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Loja, a 8 abril de 2022

Sr. Abogado
Armando Figueroa Augurto
ALCALDE DEL CANTÓN CATAMAYO
En su despacho. -
De mi especial consideración:

Reciba un cordial saludo de la carrera de Psicopedagogía de la Universidad Nacional de Loja. Desando éxitos en sus delicadas y acertadas funciones.

Cabe mencionarle que en la carrera de Psicopedagogía existe un proyecto de investigación denominado **Intervención psicopedagógica basada en un programa neuropsicológico para mejorar las funciones cognitivas básicas de los adultos mayores**, ejecución que se cumple desde el mes de octubre de 2021, en base a ello y según los lineamientos de Investigación de nuestra Universidad, se debe incrementar tesistas para que investiguen de acuerdo a su realidad e interés personal con personas adultos mayores de manera que sirva de particular interés para el centro que atiende a esta importante población. En el caso de la ciudad de Catamayo las estudiantes, que a continuación detallo pertenecen a este cantón:

- Johanna Agreda
- Lisbeth Paladines

Por lo que en calidad de directora del mencionado proyecto solicito de la manera más comedida a su autoridad, permita realizar una visita de observación a los centros:

- Centro diurno del Buen Vivir "La Providencia" (Lisbeth Paladines)
- Centro diurno "San Vicente" (Johanna Agreda)

Dicha observación requiere conversar con el responsable de los centros para identificar de forma general el Estado cognitivo, salud y las principales dificultades que presentan los usuarios y realizar una investigación que servirá a su gestión; fortaleciendo espacios académicos, sociales, y de intervención psicopedagógica, beneficiando a la población adulta mayor.

Agradeciendo su gentil atención

Atentamente,

BLANCA LUCIA INIGUEZ AUQUILLA
Firmado digitalmente por BLANCA LUCIA INIGUEZ AUQUILLA
Fecha: 2022.04.08 11:59:30 -05'00'

Dra. Lucia Iñiguez Auquilla
DIRECTORA DEL PROYECTO

Anexo 2. Aceptación de oficio de apertura del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, periodo 2022

Universidad Nacional de Loja

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Loja, a 8 abril de 2022

GOBIERNO AUTONOMO DESCENTRALIZADO MUNICIPAL DE CATAMAYO
Recibido por: [illegible]
Fecha: 11.04.22
Hora: 11:23
SECRETARIA RECEPCIONISTA

Sr. Abogado
Armando Figueroa Augurto
ALCALDE DEL CANTÓN CATAMAYO
En su despacho. -
De mi especial consideración:

Reciba un cordial saludo de la carrera de Psicopedagogia de la Universidad Nacional de Loja. Desando éxitos en sus delicadas y acertadas funciones.

Cabe mencionarle que en la carrera de Psicopedagogia existe un proyecto de investigación denominado **Intervención psicopedagógica basada en un programa neuropsicológico para mejorar las funciones cognitivas básicas de los adultos mayores**, ejecución que se cumple desde el mes de octubre de 2021, en base a ello y según los lineamientos de Investigación de nuestra Universidad, se debe incrementar tesistas para que investiguen de acuerdo a su realidad e interés personal con personas adultos mayores de manera que sirva de particular interés para el centro que atiende a esta importante población. En el caso de la ciudad de Catamayo las estudiantes, que a continuación detallo pertenecen a este cantón:

- Johanna Agreda
- Lisbeth Paladines

Por lo que en calidad de directora del mencionado proyecto solicito de la manera más comedida a su autoridad, permita realizar una visita de observación a los centros:

- Centro diurno del Buen Vivir "La Providencia" (Lisbeth Paladines)
- Centro diurno "San Vicente" (Johanna Agreda)

Dicha observación requiere conversar con el responsable de los centros para identificar de forma general el Estado cognitivo, salud y las principales dificultades que presentan los usuarios y realizar una investigación que servirá a su gestión; fortaleciendo espacios académicos, sociales, y de intervención psicopedagógica, beneficiando a la población adulta mayor.

Agradeciendo su gentil atención

Atentamente,

BLANCA LUCIA INIGUEZ AUQUILLA
Firmado digitalmente por BLANCA LUCIA INIGUEZ AUQUILLA
Fecha: 2022.04.08 11:59:30 -05'00'

Dra. Lucia Iñiguez Auquilla
DIRECTORA DEL PROYECTO

Anexo 3. Consentimiento informado para los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del Cantón Catamayo, periodo 2022

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación

Loja, 6 de junio de 2022

CARRERA DE PSICOPEDAGOGÍA

ESTADO COGNITIVO Y NIVEL EDUCATIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIURNO "SAN VICENTE" DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA DULTOS MAYORES

Johanna Elizabeth Agreda Pérez, estudiante de la Carrera de Psicopedagogía de la Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación, me encuentro realizando un estudio como trabajo de Tesis previo a la obtención del título de Psicopedagoga, sobre el estado cognitivo y el nivel educativo que presentan los adultos mayores, por tal motivo le realizaremos a Usted, un test llamado "mini mental test" que consiste en una serie de 30 preguntas que evalúan cinco funciones cognitivas superiores: Orientación temporal, Orientación espacial, Fijación, Atención y Cálculo, Memoria, Nominación, Repetición, Comprensión, Lectura, Escritura, Dibujo. Además, se realizará una entrevista semiestructurada con la finalidad de obtener datos de filiación que incluyen nombre, edad, sexo, escolaridad, también se investigará si usted padece de enfermedades crónicas degenerativas. Toda la investigación no tiene costo para usted. El beneficio que se obtendrá es determinar la relación del estado cognitivo y el nivel educativo del Adulto mayor.

Cualquier duda sobre el estudio puede preguntar a los aplicadores de los instrumentos o al responsable del proyecto, la información que se obtenga de los participantes para este estudio se mantendrá en el anonimato.

El participante: Después de haber leído detenidamente el formulario de consentimiento informado, declaro que acepto participar en el estudio por lo cual otorgo mi firma voluntariamente.

.....	.....
Firma del participante en el estudio	**Firma responsable del proyecto**

072 -54 7234 Ext. 101
Ciudad Universitaria "Guillermo Falconí Espinosa",
Casilla letra "S", Sector La Argelia · Loja - Ecuador

Anexo 4. Instrumento Mini mental test para aplicar a los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del cantón Catamayo, periodo 2022

MMSE EXAMEN COGNOSCITIVO MINI-MENTAL ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

Nombre:

Edad: Escolaridad completada:

Fecha: / / Examinador:

INSTRUCCIONES

Lo escrito en negrita debe ser leido al entrevistado en voz alta, de manera clara y despacio. Las alternativas a algunos ítems aparecen entre paréntesis. El examen debe realizarse en privado y en el idioma materno del entrevistado. Marque con un aspa (X) el "0" si la respuesta es incorrecta, o el "1" si la respuesta es correcta. Comenzar preguntando lo siguiente:

Si no le importa, quería preguntarle por su memoria. ¿Tiene algún problema con su memoria?

ORIENTACIÓN TEMPORAL

Dígame por favor,	RESPUESTA (anote la contestación)	PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
¿Sabe en qué año estamos?		0 1
¿En qué estación o época del año estamos?		0 1
¿En qué mes estamos?		0 1
¿Qué día de la semana es hoy?		0 1
¿Qué día del mes es hoy?		0 1

ORIENTACIÓN ESPACIAL Pueden sustituirse, y anotarse en su caso, los lugares originales por los alternativos.

¿Me puede decir en qué país estamos?		0 1
¿Sabe en qué provincia estamos? (Comunidad Autónoma)		0 1
¿Y en qué ciudad (pueblo) estamos?		0 1
¿Sabe dónde estamos ahora? (Hospital / Clínica / Casa: nombre de la calle)		0 1
¿Y en qué planta (piso)? (Casa: piso o número de la calle)		0 1

FIJACIÓN Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, series alternativas de palabras (LIBRO, QUESO, BICICLETA) cuando tenga que re-evaluarse al paciente.

Ahora, por favor, escuche atentamente. Le voy a decir tres palabras y le voy a pedir que las repita cuando yo termine. ¿Preparado? Éstas son las palabras: PELOTA (pausa), CABALLO (pausa), MANZANA (pausa). ¿Me las puede repetir? *(Repetirlas hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).*	PELOTA	0 1
	CABALLO	0 1
	MANZANA	0 1

Ahora trate de recordar esas palabras; se las preguntaré en unos minutos.

ATENCIÓN Y CÁLCULO

Si tiene 30 monedas y me da 3, ¿cuántas le quedan? Siga quitando de 3 en 3 hasta que le diga "basta".

¿Cuántas monedas le quedan si a 30 le quitamos 3?		(27)	0 1
Si es necesario:	Siga, por favor	(24)	0 1
Si es necesario:	Siga, por favor	(21)	0 1
Si es necesario:	Siga, por favor	(18)	0 1
Si es necesario:	Siga, por favor	(15)	0 1

Mini-Mental Status Examination. Folstein, M.F., Folstein, S.E., McHugh, P.R. y Fanjiang, G. (1975, 1998, 2001) - Adaptación española: Lobo, A., Saz, P., Marcos, G. y el Grupo ZARADEMP (1979, 1999, 2001) - Copyright © 2002 by TEA Ediciones, S.A. - *Este ejemplar está impreso en dos tintas. Si le presentan un ejemplar en negro es una reproducción ilegal. En su beneficio y en el de la profesión, NO LA UTILICE* - Prohibida la reproducción total o parcial. Printed in Spain. Impreso en España.

		RESPUESTA (anote la contestación)	PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
MEMORIA			
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (No dar pistas)	PELOTA		0 1
	CABALLO		0 1
	MANZANA		0 1
NOMINACIÓN Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, objetos comunes alternativos (por ejemplo, gafas, silla, llaves, etc.).			
¿Qué es esto? (Mostrar un lápiz o bolígrafo)			0 1
Y esto ¿qué es? (Mostrar un reloj)			0 1
REPETICIÓN			
Ahora le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? **EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS.** **¿Me la puede repetir ahora, por favor?** *(Repetirla hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).*			
	EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS		0 1

Separe la página adjunta cortando de arriba abajo por la línea de puntos y, a continuación, córtela por la mitad siguiendo la línea horizontal de puntos. Utilice la mitad superior de la página (en blanco) para las pruebas de Comprensión, Escritura y Dibujo que vienen a continuación. Utilice la mitad inferior de la página como estímulo para las pruebas de Lectura ("CIERRE LOS OJOS") y Dibujo (pentágonos entrelazados).

COMPRENSIÓN			
Escuche atentamente, voy a pedirle que haga algo. Coja este papel con la mano derecha (pausa), **dóblelo por la mitad** (pausa), **y póngalo en el suelo** (o **mesa).**			
	COGER EL PAPEL CON LA MANO DERECHA		0 1
	DOBLARLO POR LA MITAD		0 1
	PONERLO EN EL SUELO (o MESA)		0 1
LECTURA			
Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí (Mostrar la hoja con el estímulo: frase escrita).	CIERRE LOS OJOS		0 1
ESCRITURA			
Por favor, escriba una frase, ... algo que tenga sentido. (Si el paciente no contesta, decirle por ejemplo: **Escriba algo sobre el tiempo que hace hoy)** Coloque el trozo de papel en blanco (sin doblar) frente al paciente y proporciónele un lápiz o bolígrafo. Dar un punto si la frase es comprensible y consta de sujeto, verbo y predicado. No tener en cuenta errores gramaticales u ortográficos.			0 1
DIBUJO			
Por favor, copie este dibujo (Muestre los pentágonos entrelazados que sirven como estímulo). Dar un punto si el dibujo consta de dos figuras de cinco lados que quedan entrelazadas formando entre ambas una figura de cuatro lados.			0 1

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA

Alerta/ responde	Obnubilación	Estupor	En coma/ No responde

PUNTUACIÓN TOTAL (Suma de todos los ítems) ☐ (Máximo 30 puntos)

CIERRE LOS OJOS

Anexo 5. Entrevista a los adultos mayores del Centro Diurno "San Vicente" del cantón Catamayo, periodo 2022

1859

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA EDUCACIÓN EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN

CARRERA DE PSICOPEDAGOGÍA

ENTREVISTA A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO RESIDENCIAL DEL ADULTO MAYOR "LA PROVIDENCIA" DEL CANTÓN CATAMAYO, PERIODO 2022

IDENTIFICACIÓN

Apellidos y nombres: _____

Lugar y Fecha de nacimiento: _____ A____ M____ D____

Estado Civil: Soltero/a___ Casado/a___ Divorciado/a___ Viudo/a___

Con quién vive: Sola/o __ Con pareja___ Hijos __ Otros __

Sexo: Femenino ____ Masculino ____

Hijos: SI ___ ¿Cuántos? _____ NO ___

Adulto mayor jubilado ____ Adulto mayor sin jubilación ___

A que se dedicaba en su vida activa

Ocupación

_____

EDUCACIÓN

Sin estudios ___

Hasta que año estudio

_____

2. SALUD

¿Cuenta con seguro social?

SI ___ NO ___

¿Presenta algún tipo de limitación?

Visual ___ Auditiva ___ Física ___

¿Ha tenido algún problema de salud?

SI ___ NO ___

¿Señale las enfermedades que tiene?

_____

_____

_____

Actualmente diría que su estado de salud es

Muy bueno ___ Bueno ___Regular ___ Malo ___ Muy malo ___

ESTILO DE VIDA

¿Cuenta con solvencia económica estable?

SI ___ (jubilación, ayuda del gobierno, u otras entidades)

NO ___

¿Cómo parte de su alimentación usted consumo suplementos alimentaciones?

Nunca ___

En el pasado (hace más de 12 meses) ___

De forma continua, actualmente ___

De forma estacional o por temporadas ___

¿Cuántas comidas tiene día?

1 a 2 veces ___

2 a 3 veces ___

3 a 4 veces ___

4 a 5 veces ___

¿Debido a su estado de salud, sigue algún tipo de dieta?

SI ___ NO ___

Indique qué alimentos no consume por cuidar su salud:

_____

_____

¿Ha consumido o consume algún tipo de sustancias psicotrópicas? (Alcohol, Tabaco, Sustancias psicotrópicas)

SI ___ **¿Cuáles?** _____

NO ___

¿Realiza algún tipo de actividad físicas?

SI ___ NO ___en parte___

¿Presenta dificultades para conciliar el sueño?

SI __ NO ___en parte___

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño?

SI___NO___ CUAL_____

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

¿Cómo ve Usted su salud comparada con otras personas de la misma edad?

Muy buena ___ Buena ___Regular ___ Mala ___ Muy mala ___

¿Ha tenido algún tipo de olvidos?

Si___ No ___ a veces

¿mencione las cosas, aspectos de su vida que olvida con más facilidad?

_____

_____

_____

¿Cómo se siente usted, cada vez que se olvida alguna actividad?

_____

Memoria

Como considera el estado actual de su memoria

Muy buena___ Buena ___Regular ___ Mala ___ Muy mala ___

Que situaciones son las que más le dificulta memorizar

_____

_____

_____

Anexo 6. Registro fotográfico

Anexo 7. Certificado de traducción abstract

Loja, 18 de octubre del 2022

David Andrés Araujo Palacios

TRADUCTOR E INTÉRPRETE DE IDIOMAS (INGLÉS-ESPAÑOL-INGLÉS)

CERTIFICO:

Que se ha realizado la traducción de español a ingles del resumen derivado de la tesis denominada **"Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno San Vicente del cantón Catamayo, periodo 2022"** De autoría de la Srta. **Johanna Elizabeth Agreda Pérez**, portadora de la cédula de identidad número **1150095097**, estudiante de la **Carrera de Psicopedagogía** de la **Facultad de la educación, el arte y la comunicación** de la Universidad Nacional de Loja, la misma que se encuentra bajo la dirección de la **Dra. Flora Edel Cevallos Carrión. Mg. Sc.**, previo a la obtención del título de **Licenciada en psicopedagogía.**

Es todo cuanto puedo certificar en honor a la verdad, facultando al interesado hacer uso del presente en lo que considere conveniente.

David Andrés Araujo Palacios

Senescyt: MDT-3104-CCL-252098

David A. Araujo P.
TRADUCTOR
3104-2021-252098
C.I.:1104521545