Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación

Carrera de Psicopedagogía

Estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Trabajo de Integración Curricular previa a la obtención del Título de Licenciada en Psicopedagogía.

AUTORA:

Gabriela del Cisne López Jaramillo

DIRECTORA:

Lic. Milena Fernanda Vega Ojeda Mg. Sc

Loja - Ecuador

2022

Certificación

Loja, 08 de septiembre del 2022.

Lic. Milena Fernanda Vega Ojeda. Mg. Sc
DIRECTORA DEL 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 de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.,** previo a la obtención del título de **Licenciada en Psicopedagogía**, de la autoría de la estudiante **Gabriela del Cisne López Jaramillo,** con cédula de identidad Nro. **1105944845,** 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:
MILENA FERNANDA VEGA OJEDA

Lic. Milena Fernanda Vega Ojeda. Mg. Sc
DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

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

Firma:

Cedula de identidad: 1105944845

Fecha: 27/10/ 2022

Correo electrónico: gabriela.lopez@unl.edu.ec

Teléfono: 0959958915

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

Yo, **Gabriela del Cisne López Jaramillo,** declaro ser autora del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.,** como requisito para optar el título de **Licenciada en 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 veintisiete días del mes de octubre del dos mil veintidós

Firma:

Autor: Gabriela del Cisne López Jaramillo

Cedula Identidad: 1105944845

Dirección: Loja, calles almendros y laureles

Correo electrónico: gabriela.lopez@unl.edu.ec

Teléfono: 0959958915

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Lic. Milena Fernanda Vega Ojeda Mg. Sc.

Dedicatoria

Este Trabajo de Integración Curricular está dedicado a Dios por haberme permitido cumplir uno de mis objetivos, por haberme dado la fuerza y la fortaleza para no decaer en el transcurso de mi desarrollo académico.

A mi madre Norma Jaramillo por ser el pilar fundamental de mi vida y apoyarme en cada decisión que he tomaba, a mi hija por ser mi inspiración para seguir adelante con cada día y poder cumplir todos mis objetivos planteados.

Finalmente, a mi familia y amigos, especialmente a José Viteri que me ha brindado su apoyo y ha sido parte de mi proceso académico.

Gabriela del Cisne López Jaramillo

Agradecimiento

Expreso mi sincero agradecimiento a la Universidad Nacional de Loja, que me formó como profesional, así mismo a la Facultad de Educación, Arte y Comunicación y a los docentes de la carrera de Psicopedagogía por sus conocimientos impartidos en el transcurso de mi formación y de igual manera a la directora de la Carrera Dra. Flora Cevallos por su gran gestión educativa.

De manera muy especial a mi directora del Trabajo de Integración Curricular Lic. Milena Fernanda Vega Ojeda. Mg. Sc. por su esmero, dedicación y su valioso aporte académico, el cual fue de gran ayuda durante el proceso de la presente investigación.

De igual forma, expreso mis agradecimientos al centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, por permitirme realizar mi trabajo de investigación.

Gabriela del Cisne López Jaramillo

Índice de contenidos

Portada ..... **i**

Certificación ..... **ii**

Autoría ..... **iii**

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 Abstract 3

3. Introducción **4**

4. Marco teórico **7**

4.1 Estado cognitivo del adulto mayor 7

4.1.1 Antecedentes 7

4.1.2 Definición del estado cognitivo del adulto mayor 8

4.1.3 Procesos cognitivos básicos 8

4.1.3.1 Memoria 9

4.1.3.2 Atención 10

4.1.3.3 Percepción 10

4.1.4 Procesos cognitivos superiores 11

4.1.4.1 Pensamiento 11

4.1.4.2 Lenguaje 11

4.1.4.3 Inteligencia 11

4.1.5 Evaluación del estado cognitivo 11

4.1.5.1 Neuropsi 12
4.1.5.2 Mini examen cognoscitivo de Lobo 12
4.1.5.3 Examen Mine-Mental (MMSE) 12
4.1.6 Deterioro cognitivo 12
4.1.7 Tipos de deterioro cognitivo 13
4.1.7.1 Deterioro cognitivo normal 13
4.1.7.2 Deterioro cognitivo leve 13
4.1.7.3 Deterioro cognitivo moderado 13
4.1.7.4 Deterioro cognitivo profundo 13
4.1.8 Causas del deterioro cognitivo 13
4.1.9 Criterio de diagnóstico 14
4.1.9 Factores de riesgo sociodemográficos presentes en el deterioro cognitivo 14
4.1.9.1 Edad 15
4.1.9.2 Género 15
4.1.9.3 Nivel educativo 15
4.1.9.4 Ocupación 15
4.1.10 Bases Neuropsicológicas del deterioro cognitivo 15
4.1.11 Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget 16
4.1.12 Teoría sociocultural de Vygotsky 16
4.1.13 Teoría de la reserva cognitiva 17
4.1.14 Envejecimiento 18
4.1.15 Proceso normal del envejecimiento 18
4.1.16 Tipos de envejecimiento 19
4.1.16.1 Envejecimiento ideal 19
4.1.16.2 Envejecimiento activo 19
4.1.16.3 Envejecimiento habitual 19
4.1.16.4 Envejecimiento patológico 19
4.1.17 Factores de riesgo psicosociales en el envejecimiento 20
4.1.17.1 Jubilación 20

4.1.17.2 Viudez 20
4.1.17.3 Condiciones financieras desfavorables 20
4.1.17.3 Maltrato 20
4.1.17.4 Pérdida de roles sociales 20
4.1.17.5 Inactividad física o sedentarismo 20
4.1.17.6 Institucionalización 21
4.1.17.7 Disfunciones familiares 21
4.1.17.8 Barreras arquitectónicas 21
4.1.17.9 Aislamiento 21
4.1.18 Adulto mayor 21
4.1.19 Tipos de edades en el adulto mayor 21
4.1.20 Características del adulto mayor 22
4.1.20.1 Aspectos físicos 22
4.1.20.2 Aspectos psicológicos 23
4.1.20.3 Aspectos sociales 23
4.1.21 Estimulación cognitiva en el adulto mayor 23
4.2 Educación 23
4.2.1 Tipos de educación 24
4.2.1.1 Educación Formal 24
4.2.1.2 Educación no Formal 25
4.2.1.3 Educación Informal 25
4.2.2 Niveles educativos en el Ecuador 25
4.2.2.1 El nivel de Educación Inicial. 26
4.2.2.2 Básica Preparatoria 26
4.2.2.3 Básica Elemental 26
4.2.2.4 Básica Media 26
4.2.2.5 Básica Superior 26
4.2.2.6 Bachillerato General Unificado 26
4.2.3 Educación en el Adulto mayor 26
5. Metodología 28
5.1 Enfoque Mixto 28

5.1.1 Diseño de la investigación 28
5.1.2 Diseño no experimental 29
5.1.3 De corte transversal 29
5.1.4 Nivel correlacional 29
5.1.5 Tipo de investigación 30
5.1.5.1 Tipo descriptiva 30
5.1.5.2 Tipo bibliográfica 30
5.1.5.3 Investigación de campo 30
5.1.6 Métodos de investigación 30
5.1.6.1 Método científico 30
5.1.6.2 Método hipotético-deductivo 30
5.1.6.3 Método inductivo 31
5.1.6.4 Método deductivo 31
5.1.6.5 Método analítico- sintético 31
5.1.6.6 Método estadístico 31
5.1.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos 31
5.1.7.1 Instrumento para medir los estados cognitivos del adulto mayor 31
5.1.7.2 Técnica de entrevista para conocer el nivel educativo del adulto mayor 33
5.1.8 Área de investigación y escenario 33
6. Resultados 37
7. Discusión 58
8. Conclusiones 60
9. Recomendaciones 61
10. Bibliografía 62
11. Anexos 67

Índice de tablas:

Tabla 1 Poblacion y muestra.....34
Tabla 2 Resultados del Examen Cognoscitivo mini-mental 37
Tabla 3 Estados cognitivos de los adultos mayores.....40
Tabla 4 Nivel educativo del adulto mayor.....41
Tabla 5 Pruebas de chi-cuadrado 43
Tabla 6 Distribución de grupos en función de edad y género.....45
Tabla 7 Distribución de grupos en función de su ocupación en subida activa 46
Tabla 8 Distribución de grupos en función a estado civil y número de hijos.....46
Tabla 9 Distribución de grupos en función a con quien vive.....48
Tabla 10 Distribución de grupos en función al apoyo familiar 48
Tabla 11 Distribución de grupos razones por que no entró a un establecimiento.....49

Índice de Figuras:

Figura 1 Esenario.....34
Figura 2 Dimensiones Minimental test.....38
Figura 3 Estado cognitivo de los adultos mayores 40
Figura 4 Nivel educativo del adulto mayor 42
Figura 5 Prueba de probabilística del chi- cuadrado.....44

Índice de anexos:

Anexo 1 Solicitud de permiso.....67
Anexo 2 Solicitud de aceptación al centro 68
Anexo 3 Examen cognoscitivo mini-mental.....69
Anexo 4 Entrevista semiestructurada 71
Anexo 5 Registro fotografica.....73
Anexo 6 Certificación de traducción abstract.....74

1. Titulo

Estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

.

2. Resumen

El presente trabajo de Integración Curricular tuvo como objetivo general: Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor del centro; Investigación de enfoque mixto, tipo descriptiva, diseño no experimental, de corte transversal y correlacional. Se utilizó, el examen cognoscitivo mini-mental de Folstein, M, y Cols. y la entrevista semiestructurada, aplicados a la muestra de 16 adultos mayores en edades que fluctúan entre 65 a 93 años. De los resultados obtenidos se encuentra que el 56% de adultos mayores presentan un estado cognoscitivo normal, el 44% un estado cognoscitivo leve, presentando mayor dificultad en las áreas de atención y cálculo, y dibujo; en cuanto al nivel educativo el 50% se ubican en el nivel básico medio; el 25% en el nivel básico elemental, el 18,8% no tienen ningún nivel escolar y finalmente el 6,3% cursaron hasta el nivel preparatorio; en cuanto a establecer la relación del estado cognitivo y nivel educativo, el valor de Chi-cuadrado es de 4,148 en donde se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula la cual señala que el estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor; en base a los resultados obtenidos de la entrevista semiestructurada se realizó la caracterización de cada una de las dimensiones donde se destaca que los adultos mayores no cuentan con recursos económicos estables, viven solos, mantienen un estilo de vida inadecuado, tienen diferentes enfermedades que no alteran su estado cognitivo, además de limitaciones visuales y auditivas propias de esta etapa de desarrollo; concluyendo que en la población investigada no existe una influencia del nivel educativo en cuanto al estado cognitivo de los adultos mayores sin embargo existen otros factores que si influyen en el estado cognitivo como lo relacionado con su calidad de vida, presencia de enfermedades, sedentarismo, aspectos psicológicos entre otros.

Palabras claves: Adulto mayor, deterioro cognitivo, educación**,** procesos cognitivos, tipos de memoria

2.1 Abstract

The present Curriculum Integration Work had as general objective: To analyze the relationship between the cognitive state and the educational level of the older adult of the center; A mixed approach research, descriptive type, non-experimental, cross-sectional and correlational design was used. The mini-mental cognitive test of Folstein, M, and Cols. and the semi-structured interview, were applied to the sample of 16 older adults ranging in age from 65 to 93 years. From the results obtained, it is found that 56% of older adults present a normal cognitive state, 44% a mild cognitive state, presenting greater difficulty in the areas of attention, calculation, and drawing; Regarding the educational level, 50% are located in the middle basic level; 25% at the basic elementary level, 18.8% have no school level and finally 6.3% studied up to the preparatory level; In terms of establishing the relationship between cognitive status and educational level, the chi-square value is 4.148, where the alternative hypothesis is rejected and the null hypothesis is accepted, which indicates that the cognitive status is not related to the educational level of the student. Elderly; Based on the results obtained from the semi-structured interview, the characterization of each of the dimensions was carried out, highlighting that older adults do not have stable economic resources, live alone, maintain an inadequate lifestyle, have different diseases that do not alter their cognitive status, as well as visual and auditory limitations typical of this stage of development; concluding that in the investigated population there is no influence of the educational level in terms of the cognitive status of older adults, however there are other factors that do influence the cognitive status such as that related to their quality of life, presence of diseases, sedentary lifestyle, aspects psychological among others.

Keywords: Older adult, cognitive impairment, education, cognitive processes, memory types

3. Introducción

A nivel mundial la población de adultos mayores ha ido incrementando en los últimos años como bien lo expone la Organización Mundial de la Salud (OMS) Entre 2020 y 2050, el porcentaje de habitantes del planeta mayores de 60 años aumentará un 34% … En la actualidad, el número de personas de 60 años o más supera al de individuos menores de cinco años. En 2050, el número de personas de 60 años o más será superior al de adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años de edad (OMS, 2021).

En Ecuador y Latino América el número de centros gerontológicos y su demanda ha ido creciendo a 428 centros como lo afirma: Ministerio de Inclusión Económica y Social, estas cifras demuestran la tendencia de nuestra región en desplazar a los adultos mayores en los centros antes mencionados para su atención y cuidado.

En este sentido se puede constatar el evidente problema social que afecta a los adultos mayores, quienes luego de finalizar su etapa productiva en la sociedad son desplazados a sectores donde van perdiendo importancia y su rol en la sociedad ya no es activo.

Como lo menciona León y Guillermo (2017) el Deterioro Cognitivo (DC) en los adultos mayores (AM):

> Es un estado en el cual el individuo pierde sus capacidades de razonamiento, entendimiento y de memoria, sin que cumpla con criterios para clasificarlo como demencia. Las personas que lo padecen, suelen tener problemas de convivencia dentro del núcleo familiar, lo cual les lleva a disminuir su calidad de vida. De tal forma, el deterioro cognitivo definido como la pérdida de funciones cognitivas, depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a gran variabilidad interindividual (p.3).

Existen factores que representan un riesgo significativo en la aparición de DC, relacionados con los estilos de vida, condiciones sociales, y demográficas.

Teniendo en cuenta lo antes mencionado, surge la siguiente pregunta de investigación: ¿Existe relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos Mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL?

En estas consideraciones se presenta el proyecto de investigación de trabajo de integración curricular denominado: Estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Se planteó como objetivo general: Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba y como objetivos específicos: Evaluar el estado cognitivo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba, Identificar el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba , establecer la relación del estado cognitivo y nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba, Caracterizar el estado cognitivo de la población investigada con relación al nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba.

En relación al marco teórico se consideraron referentes teóricos que fundamenten el estado cognitivo del adulto mayor con temas como: Teoría de la reserva cognitiva, estado cognitivo del adulto mayor, procesos cognitivos básicos, procesos cognitivos superiores, deterioro cognitivo, tipos de deterioro cognitivo, causas del deterioro cognitivo, criterios de diagnóstico, factores de riesgo sociodemográficos presentes en el deterioro cognitivo, bases neuropsicológicas del deterioro cognitivo, envejecimiento, tipos de envejecimiento, factores de riesgo psicosociales en el envejecimiento, el adulto mayor, tipos de edades en el adulto mayor, características del adulto mayor, estimulación cognitiva del adulto mayor. En cuanto al nivel educativo, se integran temas como: Educación, tipos de educación, niveles educativos en el Ecuador, educación en el adulto mayor.

Luego del fundamento o base teórica, se encuentra explicitado el marco metodológico, como el proceso de investigación científica conformado por toda una serie de pasos lógicamente estructurados y relacionados entre sí: el enfoque mixto, tipo descriptivo, diseño no experimental, de corte transversal y correlacional, el tipo de investigación bibliográfica y de campo, basados en el método científico, y los métodos específicos hipotético deductivo, inductivo, analítico sintético y estadístico en cuanto a las técnicas e instrumentos se utilizó el examen cognoscitivo mini mental, con el fin de detectar el deterioro de funciones cognitivas de los adultos mayores, y la aplicación de la entrevista semiestructurada, para caracterizar la población investigada en sus dimensiones: educación, salud, estilo de vida y aspectos psicológicos del adulto mayor.

En relación, al estado cognitivo del adulto mayor, los resultados obtenidos se encuentran que: El 56% presentan un estado cognoscitivo normal, asimismo el 44% muestra un déficit cognoscitivo leve, presentado mayor dificultad en las áreas de atención calculo y dibujo.

En cuanto al nivel educativo del adulto mayor, el 50% logran el nivel básico medio, el 25% cursan el nivel básico elemental, en tanto que el 18,8% no tienen ningún nivel escolar y así mismo el 6,3% solo llegan al nivel preparatorio.

Los resultados de la relación del estado cognitivo y nivel educativo, con los datos obtenidos se evidencia que no existe relación entre estas dos variables, considerando que el valor de chi- cuadrado es de 4,148; este dato permite acepta la hipótesis nula: H0= El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.; y, rechaza la hipótesis alterna H1: El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Los resultados de la entrevista semiestructurada para la caracterización del estado cognitivo y el nivel educativo, se conoce y describe la educación general básica, en la salud tienen diferentes enfermedades y limitaciones por su edad (visuales y auditivas) sin embargo no alteran su estado cognitivo, mantienen un estilo de vida inadecuado, manifiestan aspectos psicológicos por su condición de vida (tristeza, soledad entre otros), escasos recursos económicos, abandono familiar en sus domicilios (viven solos).

Se concluye que el estado cognitivo del adulto mayor se encuentra un estado normal y leve; en cuanto al nivel educativo en su mayoría cursaron básica media y elemental; además, no existe relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula; y, por último, en la caracterización de la población investigada se conocen aspectos de educación, salud, estilo de vida y aspectos psicológicos.

4. Marco teórico

En esta sección se presentan los contenidos científicos que sustentan este proyecto, de acuerdo con lo establecido en las variables de investigación, se ampliará la información que se encuentra relacionada con el estado cognitivo y nivel educativo del adulto mayor con la finalidad de dar un entendimiento claro y coherente a cada una de las conceptualizaciones descritas a continuación:

4.1 Estado cognitivo del adulto mayor

4.1.1 Antecedentes

Para una mayor comprensión del estado cognitivo y el nivel de instrucción del Adulto mayor, centro u objeto de estudio es necesario realizar una exploración de otras investigaciones que den fe de las situaciones demográficas del adulto mayor con deterioro cognitivo analizando deductivamente en todos los contextos macro, meso y micro.

En este sentido, a nivel internacional, se encuentran diversas investigaciones sobre el deterioro cognitivo que están dentro del estado cognitivo dejando en evidencia la presencia de esta problemática.

En un estudio denominado, Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo realizado en Peru, en cual la muestra se encuentra compuesta por 280 adultos mayores distribuidos en 3 grupos de acuerdo al distrito de procedencia de la ciudad de Arequipa, y a su vez, divididos por género, siendo un 68.2% mujeres y un 31.8% varones. Mediante la aplicación del examen mental Abreviado (Mini-Mental) y un cuestionario de variables sociodemográficas, (Abarca, y otros, 2008) afirman que, “los sujetos con mayor nivel educativo muestran puntajes más altos”.

Así mismo un estudio realizado en Colombia por Camargo & Laguado (2017), denomido Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia, estudio cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal, con una población de 165 y una muestra de 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, y se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental) evidenciando que hay un alto indice de personas analfabetas, cual puede ser un factor de riesgo para presentar deterioro cognitivo.

Con respecto al nivel nacional, existen investigaciones sobre el tema planteado, por parte de Rios (2020), realizó un estudio en la ciudad de Quito denominado Deterioro cognitivo en pacientes con episodio depresivo que asisten al Centro del Adulto Mayor del Club Rotario de Quito en el año 2019, con un diseño epidemiológico analítico transversal con muestreo secuencial, con una poblacion de 220 adultos mayores encuentrandose el 83.18% en un rango de 63 -79 años en tanto el 16.82% restante se encuentra entre 80 -96 años de edad, lo cual dio como resulta en cuanto a la escolaridad que el 41.9% se encuentra con deterioro cognitivo, evidenciando que el nivel educativo influye en el deterioro cognitivo.

En el mismo sentido en nuestra localidad también existen estudios referentes al tema, una investigación realizada por Figueroa (2019), en la Universidad nacional de Loja sobre Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores de los centros del patronato de amparo social del cantón Loja, con un diseño descriptivo, transversal, con enfoque cuantitativo con una población de 20 adultos mayores con edades comprometidas entro los 65 y 85 años, evidenciado que el 40% ha cursado hasta la primaria incompleta y el 75% de la población ha ejercido una ocupación de tipo manual durante su vida es decir existe una asociación significativa entre primaria incompleta y la ocupación en el deterioro cognitivo ya que al mayor nivel de escolaridad menos riesgo de deterioro cognitivo.

4.1.2 Definición del estado cognitivo del adulto mayor

El estado cognitivo es el proceso continuo de adquisición de información y conocimientos que realiza una persona en el transcurso de su vida y que se encuentra compuesto por una compleja estructura cerebral, este procedimiento se caracteriza por ser complejo ya que implica el desarrollo de las funciones cognitivas. De manera que los avances de estas funciones son influidos por varios factores y contextos que el sujeto va adaptando y desarrollando a medida que pasa el tiempo.

Según Gonzalez (2013) “Los estados cognitivos son la expresión dinámica de la mente, de la cognición, sistema encargado de la construcción y procesamiento de la información que permite la elaboración y asimilación de conocimiento” (p. 53).

4.1.3 Procesos cognitivos básicos

Los procesos cognitivos, son destrezas mentales del ser humano necesarias para desenvolverse en cualquier actividad, a través de la misma se obtiene el conocimiento, como lo argumenta Ramos et al. (2009), los procesos cognitivos se pueden clasificar en básicos y superiores. Los básicos son considerados como centrales y ayudan a formar los superiores,

encargándose estos últimos de la solución de problemas, toma de decisiones, pensamiento crítico y pensamiento creativo (p. 202).

4.1.3.1 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, 1999, p. 705).

Para todo ser humano la memoria es su capacidad para para adquirir, retener y recuperar información y hacer uso de ella cuando sea necesario, es un estado cognitivo muy importante que poseen lo individuos ya que esto le permite asimilar conocimientos e información muy útiles, basándose en las acciones del sistema nervioso y en particular, del cerebro.

Tipos de memoria. A continuación, se describen los diferentes tipos de memoria como lo plantea Schaie & Willis (2005).

***Memoria sensorial**:* esta memoria almacena de manera transitorio la información que procede del entorno. Es concreta para cada sentido, por ejemplo, la memoria ecoica, almacena la información auditiva (ecos), la memoria icónica almacena la información visual (iconos), en el estado inicial del procesamiento de información, se conserva en un breve periodo de tiempo, de manera que se pueda reconocer dicha información para su procesamiento posterior.

Memoria a corto plazo: en esta memoria se conserva la información durante un corto periodo de tiempo, se divide en memoria primaria y memoria de trabajo. La memoria primaria es la memoria almacenada pasivamente en la conciencia y la cantidad de información almacenada es muy pequeña y abreviada (por ejemplo, números de teléfono).

Memoria a largo plazo: permite almacenar información por un período de tiempo amplio. Este tipo de memoria se subdivide en: episódica, semántica y procedimental.

Memoria episódica: radica en recordar un momento o lugar específico, lo que se hizo en un día en particular o cuándo se debería haber hecho una actividad (por ejemplo, recordar cuándo tomar la píldora), son parte de experiencias personales y se recopilan activamente utilizando información contextual sobre cómo y cuándo ocurren.

Memoria semántica: consiste en recordar conocimientos previamente adquiridos sobre el mundo, organizados y conceptualmente acumulados, involucrando el lenguaje y la memoria cristalizada, ejemplo de ello es cuando podemos saber que un bolígrafo sirve para escribir.

La memoria procedimental: se relaciona con aprendizajes de habilidades y acciones a menudo se relaciona con conductas automáticas como caminar, es decir, destrezas que una vez aprendidas no requieren esfuerzo consciente para ser recuperadas.

4.1.3.2 Atención

La atención es el proceso conductual y cognitivo que nos permite centrarnos en un estímulo o un grupo de estímulos concretos, de manera voluntaria o espontánea, puede focalizarse en un objeto tanto interno como externo, es lo que nos permite ignorar distracciones o aspectos poco relevantes. Dentro de la atención se encuentran:

Atención sostenida: Es la capacidad de mantenerse consciente de las necesidades de una tarea, en otras palabras, es la habilidad de mantener nuestra atención sobre ella, por un periodo de tiempo prolongado y evitando toda clase de distracciones (Quispe, 2013).

Atención selectiva: Su función es inhibir los estímulos sensoriales irrelevante y seleccionar voluntariamente aquellos que nos interesan este tipo de atención es importante para aquellas actividades que requieren de manera consciente un alto nivel de concentración (Caamaño, 2018).

Atención dividida: Por ello que la atención dividida según Gonzalez & Ramos (2006) es la capacidad que tiene el sujeto para responder de forma simultánea a múltiples tareas o a múltiples demandas de una misma tarea. Los procesos de división o distribución se activan cuando el ambiente nos exige atender a varias tareas o informaciones a la vez.

4.1.3.3 Percepción

La percepción es cómo los sentidos interpretan y comprenden la información. La percepción implica la decodificación y comprensión del cerebro de la información entrante, de modo que pueda ser aprovechada o almacenada.

Percepción visual: Consiste en percibir el color, el movimiento, la forma y el tamaño de los elementos externos para interpretar la información.

Percepción espacial: Este tipo de percepción se refiere a la capacidad de una persona para recibir señales visuales del mundo en su espacio tridimensional, con la capacidad de juzgar la distancia, la profundidad y la altura del estímulo.

Percepción olfativa: Es un tipo de percepción que se activa por el sentido del olfato, a través de los estímulos aromáticos, una ventaja de la percepción olfativa es que puede recoger información del entorno para asociar olores con ciertos recuerdos positivos o negativos.

Percepción auditiva: Esta percepción está provocada por cambios en las vibraciones que se producen en el entorno que recibe el oído o sistema auditivo. Además, es importante examinar la presencia de los elementos que nos rodean.

4.1.4 Procesos cognitivos superiores

Los procesos cognitivos superiores son aquellos que se han desarrollado después de los básicos y requieren un esfuerzo mental mayor para llevarlos a cabo, se encargan de integrar la información con la que ya se cuenta previamente al máximo. Por ello, vamos a detallar los procesos cognitivos más significativos en la educación.

4.1.4.1 Pensamiento

Es reconocido como la actividad mental asociada a la comprensión, el procesamiento y la comunicación del saber donde nuestro sistema cognitivo recibe, percibe y recupera información a través de una serie de procesos básicos, que determinan nuestra capacidad de analizar la realidad (Pérez, 2016).

4.1.4.2 Lenguaje

Es la capacidad que tienen todas las personas de emitir y comprender diferentes sonidos y palabras que provienen del exterior, combinados con una gran cantidad de frases y letras, para comprenderse a sí mismos y comunicarse con los demás (Glover, 2019).

4.1.4.3 Inteligencia

Es la capacidad de los seres humanos, para adaptarse a un ambiente o a varios y realizar abstracciones como: pensar racionalmente, solucionar problemas, aprender nuevas estrategias por medio de la experiencia o llevar a cabo comportamientos dirigidos a metas; todo esto es trascendental en el proceso de pensamiento, ya que combina varios tipos de capacidades y aptitudes tomando diversas formas de acuerdo con factores biopsicosociales (Pérez, 2016).

4.1.5 Evaluación del estado cognitivo

En la evaluación cognitiva se utiliza una serie de instrumentos para lograr tener un perfil o una idea general del rendimiento cognitivo es decir de todas las funciones del cerebro, así como también antecedentes previos como lo son su estilo de vida, situación afectiva, nivel de instrucción y situación familiar, en este proceso de evolución es necesario una exploración de las sintomatologías que presenta el individuo mismas que deberán ser corroboradas por un familiar cercano para una mejor valoración. Entre los test estandarizados para valorar el estado cognitivo del adulto mayor encontramos:

4.1.5.1 Neuropsi

Consiste en una serie de test que se utiliza para 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, estas pruebas nos permite evaluar personas sin escolaridad (Burin et al., 2007).

4.1.5.2 Mini examen cognoscitivo de Lobo

Este examen es la versión española del examen Mini-mental anterior, pero con algunas modificaciones ya que incluye otras áreas de la cognición, su valoración está en 35 puntos y posee el mismo punto de corte que el test de Folstein (Merchán, 2020).

4.1.5.3 Examen Mine-Mental (MMSE)

El "Mini Mental State Examination" (MMSE) fue desarrollado por Folstein y cols en 1975, como un instrumento práctico para la detección de trastornos cognitivos. una prueba fácil de aplicación corta para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos, una prueba muy utilizada para la detección de enfermedades neuropsiquiatras, se encarga de evaluar el estado mental y nos permite observar cómo va progresando en el estado cognitivo, se evalúa en las áreas como: orientación en el espacio, temporal, memoria, atención, lenguaje, entre otras, con un puntaje de 30 puntos, siendo los valeres de 27-30 normal, 21-26 leve, 11-20 moderado, 0- 30 grave (Barrera, 2017).

4.1.6 Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es un proceso normal durante el envejecimiento, es el declive de las funciones cognitivas, se lo puede asociar a diferentes patologías causando diversas dificultades, llegando de cierta manera a obstaculizar las actividades diarias del adulto mayor.

> El deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento. La función cognitiva es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro. Entre algunas de las funciones de la memoria que no se afectan notablemente o permanecen estables son la memoria semántica y la de procedimiento (Camargo & Laguado, 2017, p. 164).

4.1.7 Tipos de deterioro cognitivo

Según el nivel de deterioro que presente cada persona se clasifican en: leve, moderado y grave. como lo planeta Villasán et al. (2014) esxisten diferentes tipos de deterioro cognitivo.

4.1.7.1 Deterioro cognitivo normal

Existe un deterioro mínimo en las funciones cognitivas superiores, sin embargo, no repercuta en la vida diaria del adulto mayor, es decir puede llevar una vida autónoma.

4.1.7.2 Deterioro cognitivo leve

Describe a la modalidad con un ligero déficit en cuanto a la orientación, memoria y lenguaje, que puede verse asociado al proceso de envejecimiento en sí, cuadros de ansiedad, depresión y consumo de medicamentos afectando por ende su estado de ánimo.

4.1.7.3 Deterioro cognitivo moderado

Es la presencia de una marcada dificultad para retener, procesar y recordar nueva información y conocimientos; se observa también una afectación o declive de la memoria a corto plazo, además de un mayor uso de lenguaje confuso e incomprensible, problemas de desorientación e inconvenientes para resolver problemas. En este nivel de deterioro el sujeto ya no es capaz de realizar sus actividades de manera independiente, por lo cual necesita de ayuda y supervisión, con frecuencia el paciente no tiene conciencia de las limitaciones que presenta.

4.1.7.4 Deterioro cognitivo profundo

En esta fase los síntomas del nivel moderado se incrementan a tal nivel de gravedad que se vuelve imposible que lleve una vida normal, se presentan generalmente cuadros delirantes, fragilidad emocional, apatía e inercia, las funciones cognitivas se ven afectadas de manera severa y progresiva, el daño neuronal se vuelve irreversible lo cual podría revelar un caso de demencia.

4.1.8 Causas del deterioro cognitivo

El envejecimiento es la primera causa del deterioro cognitivo debido a lo diferentes cambios fisiológicos, psicológicos y sociales que presenta el adulto mayor a lo largo de su vida, otro origen asociado a este deterioro son los factores genéticos, factores de riesgo cardiovascular, estado emocional, género y educación, de igual forma influye el estilo de vida ya que el exceso de alcohol y sustancias psicotrópicas afectan al cerebro.

Existen diferentes causas de deterioro cognitivo como lo señala Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios (2016):

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

4.1.9 Criterio de diagnóstico

(Peña, 2007) se presentan los siguientes criterios para diagnosticar, según Peterson o Mayo.

a) Alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas
    - Atención concentración.
    - Lenguaje
    - Gnosias
    - Memoria
    - Praxias
    - Funciones viso espaciales
    - Funciones ejecutivas

b) Esta alteración puede ser:
    - Adquirida, mostrando un deterioro que se presenta en las capacidades previas.
    - Puede ser anunciada por el paciente o un informador fiable.
    - Objetivada con una demostración en neuropsicología.
    - Meses de duración y verificada por paciente que presentan un nivel de conciencia normal.

c) La alteración solo interviene mínimamente en las actividades instrumentales de la vida cotidiana.

d) La alteración cognitiva no se asocia al nivel de conciencia.

e) Sin criterios clínicos para demencia de acuerdo al DSMV o CIE 10.

4.1.9 Factores de riesgo sociodemográficos presentes en el deterioro cognitivo

Los factores sociodemográficos considerados un factor de riesgo son: edad, género, nivel educativo, ocupación antes de la enfermedad.

4.1.9.1 Edad

Existen dos términos de edad, el cronológico y el biológico, en la edad cronología el tiempo transcurre desde el nacimiento, es decir tiene un valor social más que un valor biológico porque marca eventos trascendentales en la vida. La edad biológica es un concepto fisiológico correspondiente a un estado función de nuestros órganos (INEC, 2012). Esta variable se considera como un factor de riesgo puesto que a mayor edad mayor es la prevalencia de deterioro de las funciones cognitivas como resultado del proceso de envejecimiento.

4.1.9.2 Género

Comprende la clasificación entre mujeres y hombres de acuerdo a sus características biológicas En algunos estudios los resultados sugieren que el sexo masculino es más propenso a padecer de un declive cognitivo, debido a cambios hormonales y una mayor carga familiar, esto se evidencia en la investigación de Petersen et al. (2010). el cual concluye que el deterioro cognitivo leve incide en un 7.2% en los hombres, mientras que para las mujeres fue del 5.7%.

4.1.9.3 Nivel educativo

Hace referencia al nivel de educación que una persona posee, el impacto de la educación en la función cerebral es importante porque permite vincular la actividad de las neuronas, lo que contribuye al aprendizaje. Según Katzman et al. (1990) el nivel de escolaridad repercute sobre el deterioro cognitivo, ya que las personas con mayor nivel educativo están en mejor capacidad de hacer frente a la pérdida neuronal.

4.1.9.4 Ocupación

Se comprende como la actividad, trabajo o labor que desempeñan a lo largo de su vida, estableciendo una relación especifica entre el tipo de labor realizada y el deterioro cognitivo, existen algunos estudios que establecen la relación entre ocupación y deterioro cognitivo como determina Gracia et al. (2021) las personas que realizaron actividades profesionales de tipo manual tuvieron un mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo, en comparación con actividades que requieren un mayor nivel de intelecto.

4.1.10 Bases Neuropsicológicas del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo va surgiendo cuando las neuronas pierden su capacidad de funcionamiento y la conexión con otras células, es un proceso normal producido por el envejecimiento, este déficit se debe a la deficiencia funcional de la corteza prefrontal lateral causando una alteración en las funciones ejecutivas como lo son la atención y concentración,

en este deterioro participa la acetilcolina que interviene en el proceso de la memoria, el inhibidor es la enzima acetilcolinesterasa, la mismas que realiza la función de la degradación de la acetilcolina produciendo déficit en la neurotransmisión debido al deterioro cognitivo, produciendo el Alzheimer, de la misma forma el glutamato interviene en la formación de la memoria, es el encargado del proceso de aprendizaje, este neurotransmisor incita a enfermedades neurodegenerativas, y por lo tanto perdida de la memoria.

4.1.11 Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget

Piaget influyó profundamente en nuestra forma de concebir el desarrollo del individuo, nos enseñó que se comportan como "pequeños científicos" que tratan de interpretar el mundo. Tienen su propia lógica y formas de conocer, las cuales siguen patrones predecibles del desarrollo conforme van alcanzando la madurez e interactúan con el entorno. Se forman representaciones mentales y así operan e inciden en él, de modo que se da una interacción recíproca (los individuos buscan activamente el conocimiento a través de sus interacciones con el ambiente, que poseen su propia lógica y medios de conocer que evoluciona con el tiempo).

Piaget fue uno de los primeros teóricos del constructivismo en Psicología. Pensaba que los individuos construyen activamente el conocimiento del ambiente usando lo que ya saben e interpretando nuevos hechos y objetos. La investigación de Piaget se centró fundamentalmente en la forma en que adquieren el conocimiento al ir desarrollándose.

En otras palabras, no le interesaba tanto lo que conoce el individuo, sino cómo piensa en los problemas y en las soluciones. Estaba convencido de que el desarrollo cognoscitivo supone cambios en la capacidad del individuo para razonar sobre su mundo (Linares, 2007, p. 2)

4.1.12 Teoría sociocultural de Vygotsky

Vygotsky formuló una teoría psicológica que correspondía a la nueva situación del país. Su teoría pone de relieve las relaciones del individuo con la sociedad. Afirmó que no es posible entender el desarrollo del individuo si no se conoce la cultura donde se cría. Pensaba que los patrones de pensamiento del individuo no se deben a factores innatos, sino que son producto de las instituciones culturales y de las actividades sociales. La sociedad de los adultos tiene la responsabilidad de compartir su conocimiento colectivo con los integrantes más jóvenes y menos avanzados para estimular el desarrollo intelectual.

Por medio de las actividades sociales el individuo aprende a incorporar a su pensamiento herramientas culturales como el lenguaje, los sistemas de conteo, la escritura, el

arte y otras invenciones sociales. El desarrollo cognoscitivo se lleva a cabo a medida que internaliza los resultados de sus interacciones sociales. De acuerdo con la teoría de Vygotsky, tanto la historia de la cultura del individuo como la de su experiencia personal son importantes para comprender el desarrollo cognoscitivo. En su perspectiva, el conocimiento no se construye de modo individual como propuso Piaget, sino que se construye entre las personas a medida que interactúan. Las interacciones sociales con compañeros y adultos más conocedores constituyen el medio principal del desarrollo intelectual. Según Vygotsky, el conocimiento no se sitúa ni en el ambiente ni en el niño. Más bien, se localiza dentro de un contexto cultural o social determinado (Linares, 2007, p. 20).

4.1.13 Teoría de la reserva cognitiva

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 esta 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.

La hipótesis de la reserva cognitiva postula que la educación proporciona una mayor tolerancia a los procesos patológicos cerebrales y, en consecuencia, la aparición de demencia requiere mayor pérdida cognitiva en sujetos con bajo nivel educativo, al tiempo que el analfabetismo asociado, es el factor de riesgo de mayor relevancia sociosanitaria para la demencia.

De 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.

Los logros educativos bajos pueden estar relacionados con exposiciones que incrementan el riesgo de demencia durante la vida. (Díaz et al., 2009, p. 152).

4.1.14 Envejecimiento

El envejecimiento es un proceso que naturalmente va apareciendo en los seres humanos, está compuesto por cambios físicos, psicológicos y neurológicos. Por otra parte, el envejecimiento es diferente de ser en ser y se encuentra definido por factores de orden alimenticio, contextual y hasta el nivel educativo que poseen los individuos.

A manera de introducción es importante revisar las concepciones de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021) define el envejecimiento como:

"El resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, a un mayor riesgo de enfermedades" (párr.4) lo cual no permite que se desenvuelva eficazmente en sus actividades de la vida diaria.

4.1.15 Proceso normal del envejecimiento

El envejecimiento es un proceso multifactorial que involucra, mecanismos biológicos, psicológicos y sociales, es un proceso universal que ocurre en todas las especies, se caracteriza por ser individualizado, lo que significa, que no todos envejecemos al mismo ritmo, va a depender de factores intrínsecos y extrínsecos y desgaste del propio organismo a lo largo de la historia del individuo. Durante el proceso normal de envejecimiento ocurren cambios, estructurales y funcionales en aparatos y sistemas con sus respuestas clínicas que se traducen en un déficit funcional, mental y social, que repercuten sobre la calidad de vida del adulto mayor, cambios que se relacionan con los estilos de vida.

Para hablar sobre declive cognitivo, es necesario definir cognición, cuyo concepto se define como los procesos mentales complejos que tienen lugar entre la propia experiencia del ambiente. Estos procesos abarcan la percepción del ambiente; la capacidad para recordar, razonar, y pensar todo lo percibido; la capacidad para tomar decisiones y resolver problemas. Por lo tanto, la función cognitiva es esencial para que el anciano sea capaz de tomar cierto sentido del ambiente (Castro Mariscal , 2012).

4.1.16 Tipos de envejecimiento

Los diferentes tipos de envejecimiento son únicos para cada persona, son sucesos que conllevan diferentes cambios y esto dependerá del estilo de vida de cada individuo, al llegar a la vida adulta todos quisieran tener a una vejez ideal donde se pueda llevar una vida saludable, sin embargo, esto llega acompañado de diferentes enfermedades, deterioro cognitivo y discapacidades que repercutan en la vida diaria del adulto mayor**.**

Arrancando en la constitución de indicadores del estado de salud (capacidad funcional, enfermedades crónicas, autopercepción del estado de salud, deterioro cognitivo,) y de indicadores de factores de riesgo (consumo de tabaco y alcohol) se pueden mencionar cuatro clases de envejecimiento como lo señala Ávila (2010).

4.1.16.1 Envejecimiento ideal

Cuando el estado de salud es muy bueno y los factores de riesgo son bajos. El individuo es absolutamente capaz de realizar actividades de la vida diaria, es autosuficiente, no padece enfermedades crónicas, no tiene deterioro cognitivo, percibe su salud como buena, no fuma y no bebe.

4.1.16.2 Envejecimiento activo

Cuando hay un estado de salud muy bueno y factores de riesgo medios o altos. El individuo tiene una enfermedad crónica, percibe su estado de salud como regular, tiene alguna dificultad para realizar actividades de la vida diaria, aunque es independiente, no sufre deterioro cognitivo.

4.1.16.3 Envejecimiento habitual

Cuando el estado de salud es regular y los factores de riesgo son medios o bajos. La persona tiene más de una enfermedad crónica, tiene limitación en las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, deterioro cognitivo leve o ninguno.

4.1.16.4 Envejecimiento patológico

En estado de salud regular con riesgos altos, o bien, un estado de salud malo sin importar los factores de riesgo. La persona tiene enfermedades crónicas, mala autopercepción de salud, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad y muy probablemente es dependiente de terceros.

4.1.17 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, 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).

4.1.17.1 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.

4.1.17.2 Viudez

Es una de las pérdidas más comunes en la vejez, se considera perjudicial para la persona, tanto mental como física, incrementa el riesgo de trastornos psicológicos.

4.1.17.3 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.

4.1.17.3 Maltrato

Es un factor de riesgo que repercute en todos los aspectos de la salud, siendo un gran obstáculo para crear ambiente de bienestar integral y una adecuada calidad de vida.

4.1.17.4 Pérdida de roles sociales

Al no poder ejercer las actividades sociales que antes realizaba, el individuo puede desarrollar sentimientos de inutilidad e inconformidad con su entorno.

4.1.17.5 Inactividad física o sedentarismo

Es un factor de riesgo para diversas enfermedades frecuentes en la población adulta mayor, como las enfermedades cardiovasculares, diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras.

4.1.17.6 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.

4.1.17.7 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.

4.1.17.8 Barreras arquitectónicas

Estas constituyen un factor de riesgo para el aparecimiento de enfermedades y daños en las personas adultas mayores, ya que se convierte en obstáculos para movilidad, dependencia, perdidas de redes de apoyo, aislamiento, depresión, deterioro cognitivo y físico, además del aumento de la morbilidad y mortalidad.

4.1.17.9 Aislamiento

La ausencia de contacto social puede incidir negativamente en la salud social del adulto mayor, la inconformidad y la falta de comunicación, pueden llevarlo a la depresión y dependencia.

4.1.18 Adulto mayor

Según la OMS, el término adulto mayor refiere a cualquier persona, sea hombre o mujer que sobrepase los 60 años de edad, el cual tiene la necesidad de recibir de sus familiares todo el apoyo a medida que vayan apareciendo, poco a poco, las dificultades de valerse por sí mismo, el mayor cuidado que requiere debido a su condición física, psíquica, la comprensión de todo lo que implica ser adulto mayor.

Se considera adulto mayor, aquella persona que tiene 60 años de edad o más, que debido al proceso de envejecimiento presenta diversos cambios en funciones físicas y psíquicas propias de la edad que dependerá de la calidad de vida de cada persona, que ineludiblemente se producirán y distinguirán en el adulto mayor.

4.1.19 Tipos de edades en el adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a una persona como adulta mayor a partir de los 65 años de edad. A partir del siglo XX, la natalidad aumento y disminuyo la mortalidad, debido a que se encuentra cura para las infecciones, virus que existían, es por

esto que la especie humana puede alcanzar la vida hasta los 70 años de edad, con lo cual contribuye a la presencia de trastornos en la población adulta mayor y la senectud.

Según Riera, Duarte *et al.* (2012) mencionan que existen diferentes tipos de edades en el adulto mayor.

- Edad cronológica: es la edad que tiene desde el momento del nacimiento.
- Edad biológica: se refiere al proceso de envejecimiento.
- Edad psicológica: se refiere a los rasgos psicológicos presentes en la persona.
- Edad social: se trata de las relaciones familiares y sociales.

4.1.20 Características del adulto mayor

En el proceso del desarrollo de la vida existen diferentes cambios a medida que vamos envejeciendo a nivel físico, psicológico y social que van apareciendo de forma natural en el proceso de envejecimiento, cabe mencionar que los distintos cambios que se describen no se dan en todas las personas de la misma manera dependerá del desarrollo y estilo de vida de cada individuo. Así como los detallas (Guevara & Yépez, 2014).

4.1.20.1 Aspectos físicos

Los cambios físicos que predominan en el adulto mayor son los signos fisiológicos y anatómicos que se dan internamente como externamente.

Aspectos externos. Los cambios externos que predominan al inicio la edad adulta es la aparición de arrugas a causa de la disminución de la producción de aceites naturales, alopecia y blanqueamiento del cabello, encogimiento debido al envejecimiento de los huesos, articulaciones y músculos como consecuencia de esto el adulto mayor tiende arquearse haciendo que su cuerpo adopte una mala postura, finalmente la aparición de lunares y pecas en el cuerpo.

Aspectos internos. Estos aspectos traen consigo cambios cardiovasculares a causa del endurecimiento de las arterias que van perdiendo su elasticidad, cambios patológicos en el aparato digestivo, óseo y muscular, además de la disminución de las capacidades sensoriales tales como disminución de la agudeza visual y la deficiencia en la agudeza auditiva en tonos agudos.

4.1.20.2 Aspectos psicológicos

Estos cambios están ligados a las relaciones familiares y psicosociales a lo largo de su vida**,** así como a la aceptación de la adultez tardía, la salud física y emocional, las mismas que concatenan en resultados marcados tanto positivos como negativos que se reflejan en las actitudes, frente a la aceptación de convertirse en adulto mayor.

4.1.20.3 Aspectos sociales

Dentro de los aspectos sociales se evidencia la falta de convivencia intergeneracional, la libertad de creencias, la crisis y madurez filial, la pérdida de seres queridos. Estos eventos pueden tener reacciones negativas tales como depresión, soledad, aislamiento y sufrimiento, entre otros.

4.1.21 Estimulación cognitiva en el adulto mayor

La estimulación cognitiva es un modelo terapéutico no farmacológica, tiene como objetivo actuar sobre los trastornos, a través de actividades y estrategias de intervención que están encaminadas a fortalecer únicamente las funciones preservadas y el funcionamiento de los procesos cognitivos de personas con deterioro cognitivo o demencia, fortaleciendo las habilidades y capacidades cognitivas aún resguardadas, con el fin de lentificar el proceso del deterioro. Es fundamental recalcar que la estimulación cognitiva no va encaminada a recuperar en su totalidad o definitivamente los procesos degenerativos (Martínez *et al*., 2002).

La estimulación cognitiva es un conjunto de estrategias y técnicas que busca el progreso de las funciones cognitivas como son la memoria, atención, percepción, razonamiento, lenguaje, praxis y procesos de orientación a través de actividades que permitan incitar las capacidades cognitivas. Esta delegada aborda la afectividad, la esfera social, familiar, conductual y biológica del adulto mayor (Villalba y Espert, 2014).

Según lo expuesto por los autores la estimulación cognitiva reside en mantener y estimular las funciones cognitivas, mediante actividades de intervención para potenciar sus habilidades con el objetivo de decelerar el deterioro cognitivo para promover un envejecimiento activo.

4.2 Educación

Un aspecto importante en la presente investigación, es la educación, la misma es de trascendental importancia ya que permite diferenciar un adulto mayor de otro. La situación contextual también ocupa un amplio impacto, ya que a menor posibilidades de accesos a

programas educativos será más evidente la ausencia y en definitiva las consecuencias entendidas como el deterioro de funciones cognitivas, producto de la falta de actividad.

Para avanzar de forma concreta con la intención de la investigación es necesario conceptualizar: qué es la educación, dicho precepto es un el punto de partida para la comprensión del aparataje educativo en el país.

> La educación puede definirse como un proceso bidireccional, mediante el cual se transmiten conocimientos, valores, costumbre y formas de actuar. La educación no sólo se produce a través de la palabra; está presente en todas nuestras acciones, sentimientos y actitudes, los cuales son denominados en el ámbito educativo como un currículo oculto (García, 2010, p. 23).

En la misma dirección, es conveniente reveer lo planteado por, La Constitución de la República del Ecuador (2008), en su artículo 26, donde se estipula que "la educación es un derecho de las personas a lo largo de su vida y un deber ineludible e inexcusable del Estado", dentro de dicho articulado no existe una discriminación por edad, género o cualquier otra particularidad, dejando en claro que los adultos mayores deben ser partícipes activos en los procesos, programas y políticas educativas del estado.

4.2.1 Tipos de educación

La autoridad educativa ecuatoriana, a través de sus niveles administrativos, divide el sistema educativo en dos formas de concreción, las mismas varían en las características y formas de consecución de objetivos, sin embargo, persiguen el mismo fin, la transmisión de enseñanzas mediante el proceso de aprendizaje, entre ellas tenemos la educación formal entendida como la educación en la institucionalidad de un país y la no formal que complementa a manera de especializaciones a la anterior, por otra parte, aparece la educación informal que a pesar de no ser reconocida por el estado existe y acompaña a los individuos a lo largo de sus vidas.

4.2.1.1 Educación Formal

La UNESCO en el año 2011 expide el CINE o Clasificación Internacional Normalizada de la Educación, donde se define a la educación informal como: La educación institucionalizada e intencionada, organizada por entidades públicas y organismos privados acreditados que, en su conjunto, constituye el sistema educativo formal del país.

La educación formal tiene lugar en centros educativos cuya función primordial es impartir educación de tiempo completo a estudiantes dentro de un sistema concebido como una continua trayectoria de escolarización.

La educación formal también incluye y atiende la educación de todos los grupos de edad, con contenidos programáticos y certificaciones equivalentes a los impartidos u otorgados en la educación previa al ingreso al mercado de trabajo (UNESCO, 2011, p. 13).

4.2.1.2 Educación no Formal

La educación no formal puede ser de corta duración y/o baja intensidad y habitualmente se imparte bajo la forma de cursos, seminarios o talleres. En general, la educación no formal conduce a certificaciones que no son reconocidas por las autoridades nacionales o subnacionales competentes como equivalentes a la educación formal.

La educación no formal puede cubrir programas que contribuyen a la alfabetización de jóvenes y adultos y a la educación de individuos no escolarizados, así como programas de enseñanza de habilidades básicas para la vida, de destrezas laborales o los relacionados al desarrollo social y cultural. Asimismo, puede incluir iniciativas de capacitación en el lugar de trabajo destinadas a reforzar o adaptar certificaciones y destrezas ya existentes, capacitar para el empleo a personas no económicamente activas y, en ciertos casos, representar trayectorias alternativas a la educación formal (UNESCO, 2011, p. 13-14).

4.2.1.3 Educación Informal

La educación informal es el periodo por el cual los seres humanos van adoptando un aprendizaje más natural a través de las experiencias diarias a lo largo de su vida, Jaume Trilla Bernet formula que la educación informal es: “Un proceso que dura toda la vida y en el que las personas adquieren y acumulan conocimientos, habilidades, actitudes y modos de discernimiento mediante las experiencias diarias y su relación con el medio ambiente.” (Bernet, 2013, p.10).

4.2.2 Niveles educativos en el Ecuador

En los estatutos organizativos para la educación en el Ecuador, el MINEDUC ha dividido la educación por subniveles asociados a los rangos de edad de los individuos y que de manera pertinente y secuencial ordenan los contenidos y aprendizajes para los individuos. Como bien menciona el artículo 27 del Reglamento de la LOEI (Ley Orgánica de Educación Intercultural) que los define de la siguiente manera:

El Sistema Nacional de Educación tiene tres (3) niveles: Inicial, Básica y Bachillerato y (6) subniveles: inicial 1, inicial 2, básica preparatoria, básica elemental, básica media, básica superior, bachillerato general unificado. (LOEI, 2014).

4.2.2.1 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.

4.2.2.2 Básica Preparatoria

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

4.2.2.3 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.

4.2.2.4 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.

4.2.2.5 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.

4.2.2.6 Bachillerato General Unificado

Corresponde a 1.º, 2.º, 3.º de Bachillerato preferentemente se ofrece a los estudiantes de 15 a 17 años de edad.

4.2.3 Educación en el Adulto mayor

La educación en el adulto mayor juega un papel muy importante ya que les permite desarrollar sus capacidades y aptitudes para adaptarse a los cambios constantes que se le presentan en el diario vivir, desplegando un crecimiento personal para su desarrollo intelectual, biológico, social y emocional.

La educación va dirigida a mejorar la vida del adulto mayor buscando una nueva actitud de vida que le proporcione gratificaciones, enriquecimiento personal, solidez, a través de la

actividad, el intercambio, y la formación, dándoles la oportunidad para ser útiles, activos, portadores de valores propios (García Araneda, 2007).

> La Gerontología es una disciplina orientada a la formación de las personas mayores. Se preocupa de desarrollar modelos de formación de adultos, que recojan, las capacidades actuales de aprendizaje y desarrollo de las personas mayores, así como también, la demanda de formación de los mayores (García Araneda, 2007, p. 57).

Por lo tanto, la educación geriátrica proporciona la realización de la intervención social mediante acciones educativas, con el fin de ayudar a los adultos mayores a su crecimiento humano y mejorar su calidad de vida y de quienes le rodean.

HIPÓTESIS

Hipótesis general

El estado cognitivo tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del Adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

H1: hipótesis alterna

El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

H0: hipótesis nula

El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro Diurno del Adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 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 el autor desde su propuesta amplia, este permitió 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 tendrá un enfoque mixto, diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional, ya que medirá y procederá asociar las dos variables de estudio, cuando se realice el análisis de la relación entre los estados cognitivos y el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

5.1 Enfoque Mixto

De acuerdo al enfoque, la investigación se desarrolló de tipo mixta, la cual se basó en la unificación del enfoque cualitativo y cuantitativo que nos permitió un mejor entendimiento acerca de la población investigada, por lo tanto, se dio una perspectiva más amplia y profunda en base a la exploración de los datos.

Así mismo este enfoque nos permitió aplicar diversas técnicas e instrumentos de investigación, la técnica utilizada fue la entrevista semiestructurada, para caracterizar la población investigada (adulto mayor) y en relación a su nivel educativo y en la comprobación de hipótesis (cualitativo), así mismo se utilizó el examen cognoscitivo Mini-mental, el cual nos permitió medir el estado cognitivo de los adultos mayores (cuantitativo).

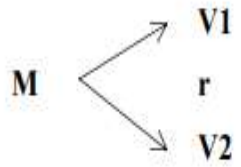
5.1.1 Diseño de la investigación

El presente proyecto de investigación será de tipo descriptivo, al respecto la investigación de tipo descriptiva tiene como objetivo general describir un fenómeno dado, a partir de diversas acciones no excluyentes entre ellas, en este tipo de investigación se reseñan las características o rasgos de la situación o fenómeno objeto de estudio. Por esta razón la presente investigación se centró en la realidad de la población investigada en relación de su estado cognitivo y nivel educativo fundamentada teóricamente, con los pertinentes resultados de la técnica de la entrevista semiestructurada y los resultados del examen cognoscitivo Mini-mental.

5.1.2 Diseño no experimental

En el presente proyecto de integración curricular es de enfoque mixto, en el cual se utilizó el diseño no experimental, la búsqueda empírica y sistemática en la que el científico no posee control directo de las variables independientes, debido a que sus manifestaciones ya han ocurrido o a que son inherentemente no manipulables. 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:



Donde:

M = Muestra (adultos mayores del centro CAMVIL).

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

V2 = Observación de la variable 2 (nivel educativo del adulto mayor).

r = Relación entre las variables. (correlación entre las variables).

5.1.3 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.

5.1.4 Nivel correlacional

En respuesta al tercer objetivo específico, esta investigación tiene la finalidad aclarar las relaciones existentes entre las variables más significativas a partir de una muestra. En este sentido, se estableció las relaciones entre el estado cognitivo y nivel educativo del adulto mayor.

5.1.5 Tipo de investigación

5.1.5.1 Tipo descriptiva

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.

5.1.5.2 Tipo bibliográfica

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

5.1.5.3 Investigación de campo

En el presente estudio se realizó la investigación de campo, con el propósito de recolectar datos directamente de los sujetos investigados. Po lo tanto se aplicaron los instrumentos que nos permitieron evaluar el estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

5.1.6 Métodos de investigación

5.1.6.1 Método científico

Es el conjunto de procedimientos que, valiéndose de los instrumentos o técnicas necesarias, examina y soluciona un problema o conjunto de problemas de investigación. En este sentido el uso de este método nos ayudó a la construcción del proyecto de interrogación curricular.

5.1.6.2 Método hipotético-deductivo

Consiste en un procedimiento que parte de unas aseveraciones en calidad de hipótesis y busca refutar o falsear tales hipótesis previamente establecidas, de acuerdo con los objetivos plateados en la investigación.

5.1.6.3 Método inductivo

Mediante este método se utiliza el razonamiento para obtener conclusiones que parten de hechos particulares aceptados como válidos, para llegar a conclusiones cuya aplicación sea de carácter general.

5.1.6.4 Método deductivo

Este método se fundamentó en el razonamiento de ir de lo general a lo particular, consiste en tomar conclusiones generales para obtener explicaciones particulares.

5.1.6.5 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 adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

5.1.6.6 Método estadístico

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

5.1.7 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Selección de instrumentos

Para llevar a cabo la presente investigación curricular, se utilizó diversas técnicas e instrumentos de recopilación de información esto dentro del enfoque mixto en su modelo de dos etapas, 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 dirigida a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL. 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.

5.1.7.1 Instrumento para medir los estados cognitivos del adulto mayor

Instrumento para medir los estados cognitivos del adulto mayor

Examen cognoscitivo Mini-mental

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 va 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 interjueces llega al Kappa = 0,97 para 5 evaluadores. Su fiabilidad test-retest -entre un día y nueve semanas- alcanza índices comprendidos entre 0.75 y 0.94 en pacientes con demencias; 0.56 en pacientes con delirios; y 0.60-0.74 en pacientes con esquizofrenia. Como era de esperar la fiabilidad declina con el paso del tiempo, sobre todo en personas mayores y con trastornos.

5.1.7.2 Técnica de entrevista para conocer el nivel educativo del adulto mayor

La recolección de datos se realizó a través de una fuente primaria, la cual consistió en una entrevista semiestructurada, la misma se administró para recolectar información del grupo de adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, misma que consta de 29 ítems en base a las variables de interés y referidas a la identificación del problema.

5.1.8 Área de investigación y escenario

Figura 1

Escenario

El escenario de la investigación, es el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, el mismo se encuentra ubicado en la parroquia Vilcabamba perteneciente a la ciudad de Loja. Este centro es de sostenimiento público, realiza un trabajo conjunto con entidades como el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y Gobierno Autónomo Descentralizado de Vilcabamba (GAD), su jornada de atención es matutina, desde las 8: 00 am

hasta las 14:00 pm, cuenta con un equipo multidisciplinario que brinda atención tanto en la salud tanto física como psicológica, con personal encargado del cuidado, la alimentación y estimulación del adulto mayor perteneciente a dicho centro. Para la investigación se considera los adultos mayores que se encuentren activos tanto físico como psicológico.

Población y muestra

Población.

La población se define como la totalidad del fenómeno a estudiar donde la unidad de población posee una característica común la cual se estudia y da origen a los datos de la investigación. Por lo tanto, la población integrada en este proyecto de investigación de integración curricular serán 25 adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Muestra.

Para obtener la muestra se utilizó en muestreo no probabilístico, porque no se hizo uso de la probabilidad ni fórmulas matemáticas, la muestra se realizó en base a las características de la propia investigación o lo que estime conveniente el investigador.

Tabla 1

Población y muestra

Informantes	Población	Muestra
Adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.	25 Adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.	16 Adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba en estado activo.
Total	25	16

Nota: La información se obtuvo de la coordinadora del centro.

Criterios de inclusión y exclusión

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

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que asisten al centro diurno “CAMVIL” de la parroquia Vilcabamba
- Adultos mayores que estén se encuentren de acuerdo con la aplicación de reactivos.
- Adultos mayores tanto de género masculino como de género femenino.
- Adultos mayores que cumplen el criterio de edad para la aplicación de reactivo.

- Adultos mayores sin limitaciones físicas.
- Adultos mayores que desean ser partícipes de la presente investigación.

Criterios de exclusión

Se excluirá a aquellas personas que no deseen participar en la presenta investigación o que sus familiares no autoricen que dicha participación.

Adultos mayores que puedan presentar:

- Adultos mayores que posean limitaciones físicas, puede ser sordera o ceguera.
- Adultos mayores que posean demencia y otras enfermedades catastróficas.

Procedimiento para la recolección de datos.

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

En primera instancia se solicitará la apertura mediante un oficio dirigido al GAD parroquial de la parroquia de Vilcabamba, posteriormente se enviará la solicitud pertinente a la directora de la carrera de Psicopedagogía, solicitando su autorización para la realización del presente proyecto de investigación de integración curricular, y a su vez, emita un oficio por parte de la Universidad Nacional de Loja hacia el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, acto seguido se acordara con la directora, los horarios para la aplicación de los instrumentos.

Posteriormente se procederá a la aplicación de los instrumentos para la recolección de información. La evaluación se aplicará en un entorno adecuado para la misma, es decir, que no existan distractores externos. Para el análisis de estos datos, se utilizará un software diseñado específicamente para la investigación. En este los datos serán recopilados con un código para mantener la confidencialidad de la información.

Métodos de análisis de datos

Después de la aplicación de los instrumentos se transfirió los valores registrados a un programa de análisis estadístico SPSS y para analizar la correlación entre las dos variables de estudio se utilizó la prueba Chi- cuadrado.

Coeficiente de correlación de Prueba del Chi – cuadrado de Pearson

Es una prueba estadística no paramétrica que permite evaluar hipótesis acerca de la relación entre dos variables categóricas.

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.

Se aplica la fórmula:

$$x^2 = \sum \frac{(Fo - Fe)^2}{Fe}$$

Aspectos éticos

El investigador se compromete a respetar la veracidad de los resultados, la confiabilidad de los datos suministrados por la Institución Educativa y el anonimato de la identidad de los adultos mayores que participaran 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 del reactivo mini mental test a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, el mismo que se realizó a una población de 16 adultos mayores.

El Mini-mental test 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.

Presentación de resultados

Objetivo 1

Evaluar el estado cognitivo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Tabla 2

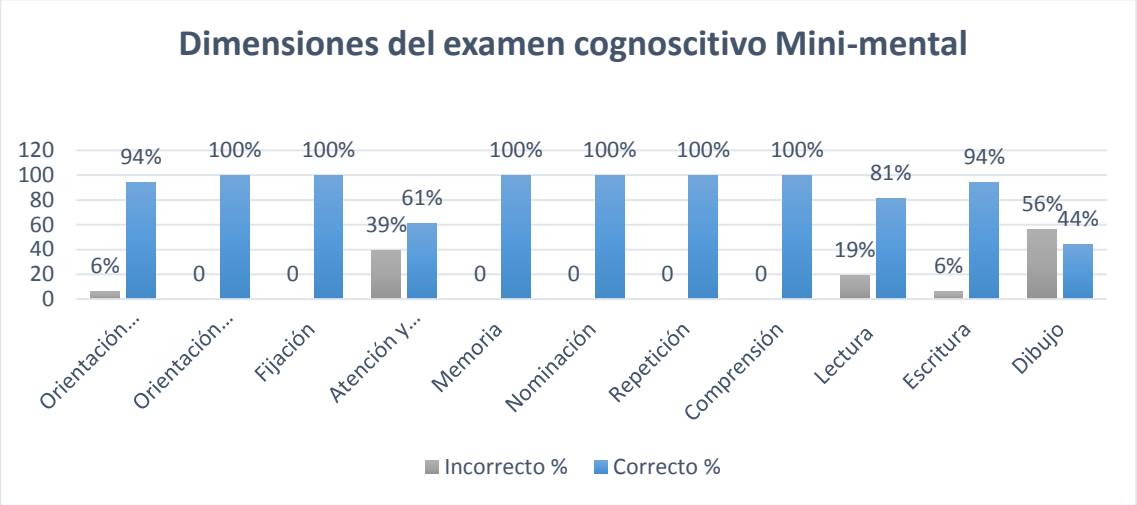
Resultados del examen cognoscitivo Mini-Mental aplicado a los adultos mayores del *centro diurno de Adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL*.

	Incorrecto		**Correcto**		**Total**	
Áreas Mini-mental test	**f**	**%**	**f**	**%**	**f**	**%**
Orientación temporal	1	6	15	94	16	100
Orientación espacial	0	0	16	100	16	100
Fijación	0	0	16	100	16	100
Atención y Cálculo	6	39	10	61	16	100
Memoria	0	0	16	100	16	100
Nominación	0	0	16	100	16	100
Repetición	0	0	16	100	16	100
Comprensión	0	0	16	100	16	100
Lectura	3	19	13	81	16	100
Escritura	1	6	15	94	16	100
Dibujo	9	56	7	44	16	100

Fuente: Datos obtenidos del examen cognoscitivo Mini-mental aplicado a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Figura 2

Dimensiones Mini-mental test.



Fuente: Resultados del examen cognoscitivo Mini-mental aplicado a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Análisis e interpretación

Según Camargo & Laguado (2017) Las funciones cognitivas son el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje, cálculo, funciones visoespaciales y viso constructivas las cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro de modo que la actividad intelectual se vuelve más lenta, y disminuye la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo en algunos adultos mayores.

Los resultados obtenidos en el examen cognoscitivo Mini-mental test aplicado a los adultos mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, se observó que, en la dimensión de orientación temporal, 15 adultos mayores que corresponde al 94% de la población evaluada presentan una orientación temporal adecuada, en contraste con 1 adultos mayor que corresponde al 6% presenta una orientación temporal inadecuada.

En cuanto a la orientación espacial 16 adultos mayores que corresponde al 100% respondieron adecuadamente, presentando una orientación espacial adecuada.

En relación a la fijación, se pudo evidenciar que 16 adultos mayores que corresponde al 100 % respondieron adecuadamente, presentando una fijación adecuada.

En lo que corresponde atención y cálculo, 10 de los adultos mayores que corresponde al 61% respondieron adecuadamente, en contraste con 6 adultos mayores que representan el 39% que respondieron de forma inadecuada.

En relación a la memoria, 16 adultos mayores que corresponde al 100% de la población evaluada respondieron adecuadamente a esta área.

En cuanto a nominación, 16 adultos mayores que corresponde al 100% siendo la totalidad de la población evaluada presentan una nominación adecuada.

En la dimisión de repetición, 16 adultos mayores que corresponde al 100% de la respondieron adecuadamente a esta área.

Así mismo en la dimensión de comprensión, 16 adultos mayores que corresponde al 100% siendo la totalidad de la población evaluada presentan una comprensión adecuada.

En la dimensión de lectura, 13 adultos mayores que corresponde al 81% respondieron adecuadamente, en contraste con 3 adultos mayores que corresponde al 19% respondieron de forma inadecuada.

En lo que respecta a la escritura, 15 de los adultos mayores que corresponde al 94% respondieron de forma adecuada a esta área, mientras que 1 adultos mayor que corresponde al 6% presentan una escritura inadecuada.

Finalmente, en el área de dibujo, 8 de los adultos mayores que corresponde al 44% respondió de forma adecuada a esta área, en contraste con 9 adultos mayores que representa el 56% que respondieron de forma inadecuada.

De los resultados obtenidos se puede determinar que la mayoría de los adultos mayores no presentan dificultades en las áreas de orientación temporal, orientación espacial, fijación, memoria, nominación, repetición, comprensión, lectura y escritura, a diferencia de las áreas de atención-calculo y dibujo que presentaron mayor dificultad debido a que las funciones cognitivas sufren algún grado de deterioro debido a la edad, afectado sus funciones de atención, viso constructivas y viso motoras.

Tabla 3

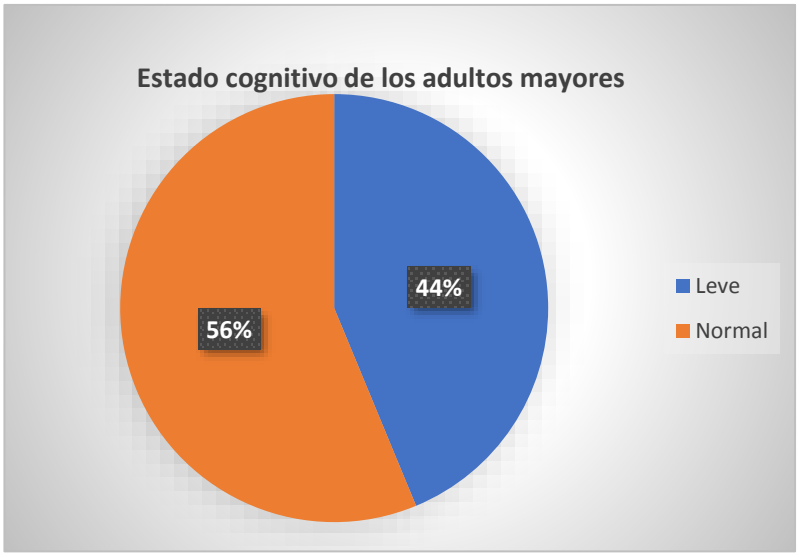
Estados cognitivos de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Función/déficit cognitivo		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Leve	7	44,0	44,0	44,0
	Normal	9	56,0	56,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: Estado cognitivos de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL

Figura 3

Estado cognitivo de los adultos mayores



Análisis e interpretación

El estado cognitivo es el proceso continuo de adquisición de información y conocimientos que realiza una persona en el transcurso de su vida que se encuentra compuesto por una compleja estructura cerebral, este procedimiento se caracteriza por ser complejo ya que implica el desarrollo de las funciones cognitivas. De manera que los avances de estas funciones son influidos por varios factores y contextos que el sujeto va adaptando y desarrollando a medida que pasa el tiempo. De acurdo con González (2013) "Los estados cognitivos son la expresión dinámica de la mente, de la cognición, sistema encargado de la construcción y

procesamiento de la información que permite la elaboración y asimilación de conocimiento" (p. 53).

Con la aplicación del examen cognoscitivo Mini-mental, se obtuvo la valoración general del estado cognitivo en los adultos mayores, evidenciando que 9 adultos mayores que representan el 56% 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 donde existe un deterioro mínimo en las funciones cognitivas superiores, sin embargo, no repercuta en la vida diaria del adulto mayor, es decir puede llevar una vida autónoma, asimismo 7 adultos mayores evaluados que corresponden al 44% presenta déficit cognoscitivo leve, cuyo punto de corte fluctúan entre 21 – 26 equivalente a un déficit leve, el cual se caracteriza por un ligero déficit en cuanto a la orientación, memoria y lenguaje, que puede verse asociado al proceso de envejecimiento.

En este aspecto se puede determinar que la mayoría de los adultos mayores no se presentan alteraciones o dificultades significativas puesto que se encuentran en un estado cognitivo normal.

Objetivo 2

Identificar el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIl, 2022.

Tabla 4

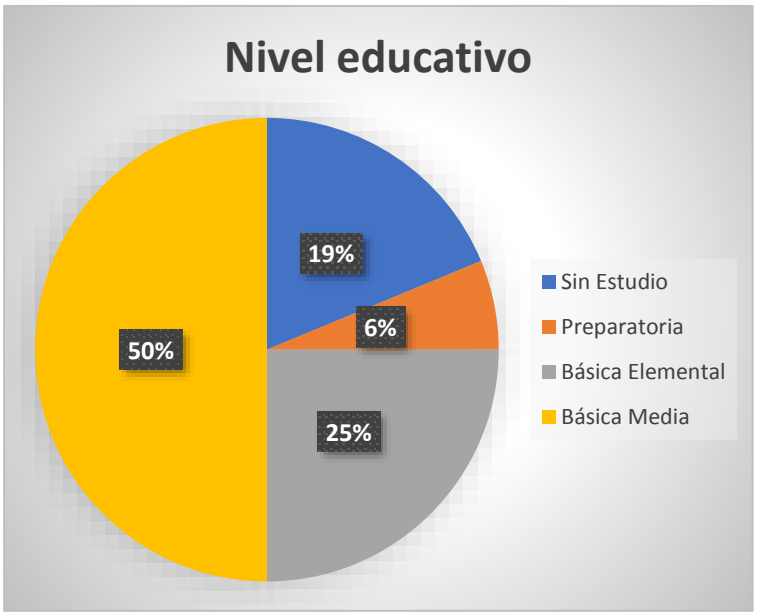
Nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	**Sin escolaridad**	3	19,0	19,0	19,0
	Preparatoria	1	6,0	6,0	25,0
	Básica elemental	4	25,0	25,0	50,0
	Básica media	8	50,0	50,0	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

Fuente: *Datos obtenidos de la entrevista realizada a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL*

Figura 4

Nivel educativo del adulto mayor



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).

Respecto a los resultados obtenidos del nivel educativo, se evidencia que el 50% de adultos mayores evaluados cuenta con una educación básica media, con una escolaridad completa e incompleta, el 25% de adultos mayores tienen educación básica elemental, teniendo un curso de 2do a 4to año, asimismo el 6,3 % poseen preparatoria, cursando solamente el primer grado, finalmente el 18,8% no tienen ningún tipo de instrucción educativa.

Es importe mencionar que los adultos mayores no pudieron culminar sus estudios, debido a diferentes factores económicos, sociales y culturales teniendo en cuenta que en dicha época el estudio no era una prioridad, es por ello que no tuvieron la oportunidad de ser parte de un sistema educativo formar, datos que se enmarcan perfectamente con las estadísticas mencionas por la INEC (2019).

Objetivo 3

Establecer la relación del estado cognitivo y nivel educativo del adulto mayor del centro diurno de adulto mayor de Vilcabamba CAMVIl, 2022.

Tabla 5

Tabla cruzada

ESTADO COGNITIVO*NIVEL EDUCATIVO

		NIVEL EDUCATIVO				
		Sin escolaridad	**Preparatoria**	**Básica elemental**	**Básica media**	**Total**
Estado cognitivo	Leve	2	0	3	2	7
	Normal	1	1	1	6	9
Total		3	1	4	8	16

Pruebas de Chi-cuadrado

	Valor	**df**	**Significación asintótica (bilateral)**
Chi-cuadrado de Pearson	4,148	3	,246
Razón de verosimilitud	4,615	3	,202
Asociación lineal por lineal	1,081	1	,298
N de casos válidos	16		

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 del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Figura 5

Prueba probabilística del Chi- cuadrado

Nota: El punto crítico se calcula a través de la formula y una vez obtenido el resultado se refleja en la tabla de los baremos y si el resultado del Chi-calculado es < que el punto crítico se acepta la H0.

Análisis e interpretación

En los datos obtenidos, se evidencia que el valor de Chi-cuadrado es de 4,148, datos que se encuentran en la zona de aceptación, refiriendo que no existe una relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo aceptando la **hipótesis nula H0=** El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.; y, rechazar la **hipótesis alterna H1:** El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

En las diferentes investigaciones encontradas tales como Camargo & Laguado (2017) denominada grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, evidencianod que hay un alto indice de personas analfabetas lo cual puede ser una factor de riesgo para el deterioro cognnitivo. Asi mismo se encuentra una investigacion realiada por Rios (2020) denominada deterioro cognitivo en pacientes con episodio depresivo que asisten al centro del adulto mayor del club Rotatio de Quito, evicenciando que el nivel educativo si influye en el estado cognitivo, al contrario de la muestra investigada que no existe una relacion entre estas dos variables.

Objetivo 4

Caracterizar el estado cognitivo de la población investigada con relación al nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Tabla 6

Distribución de grupos en función de edad y género del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Edad	Género				Total	
	Masculino		Femenino			
	f	%	f	%	f	%
65 a 69	0	0	1	6	1	6
70 a 74	3	19	2	13	5	32
75 a 79	1	6	2	13	3	19
80 a 84	0	0	3	19	3	19
85 a 89	2	12	0	0	2	12
90 a 94	1	6	1	6	2	12
Total	7	43	9	57	16	100

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista semiestructurada aplicada a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Análisis e interpretación

Tomando en cuenta los datos estadísticos de la INEC (2019) existen alrededor de 1´264.423 adultos mayores de los cuales un 46% son hombres, mientras que el 54% son mujeres, es decir, 584.543 hombres y 679.880 mujeres, por otra parte, en lo que respecta a la distribución etaria de esta población, se puede observar que el 41,35% de adultos mayores tienen una edad entre 65 y 70 años, el 24,71% una edad entre 71 y 75 años (MIES, 2020).

De los 16 adultos mayores evaluados, el 57% (9) corresponde al género femenino y el 43% (7) corresponden al género masculino. Estableciendo la función de edades a partir del género se determina que el 32% (5) se encuentra entre edades de 70 a 74 años, así mismo el 19% (3) se encuentre en edades de 75 a 79 años, con el mismo porcentaje encontramos edades de 80 a 84 años, en cuanto al 12% (2) se encuentran en edades de 85 a 89 años, en el mismo porcentaje se encuentran edades de 90 a 94 años, finalmente el 6% se encuentran en edades de 65 a 69 años.

Es importante señalar que existe una prevalencia de género femenina en población investigado al contrario del género masculino que existe un menor porcentaje, por otra parte,

la población de adultos mayores se encuentra mayoritariamente en edades de 70 a 74 años y en su minoría en edades de 65 a 69 años.

Tabla 7

Distribución de grupos en función de su ocupación en subida activa del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL

Ocupación	**Total**	
	f	%
Agricultor	7	44
Amas de casa	9	56
Total	16	100

Fuente: Datos obtenidos de la entrevista semiestructurada del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL

Análisis e interpretación

De los 16 adultos mayores evaluados, el 56% (9) tuvieron una ocupación como amas de casa, frente a un 44% (7) que se dedicaron a la agricultura.

El 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, 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).

De acuerdo con la ocupación desempeñada por los adultos mayores 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 8

Distribución de grupos en función a estado civil y número de hijos del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL

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	2	12	0	0	0	0,0	0	0	2	13
Casado/a	0	0	4	25	0	0	1	6	5	31
Viudo/a	0	0	6	38	3	19	0	0	9	56
Total	2	12	10	63	3	19	1	6	16	100

***Nota*:** Datos obtenidos de la entrevista semiestructurada del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL

Análisis e interpretación

Pineda (2014) establece que encuentra un mayor número de viudos vinculados a redes de apoyo formal. Este factor se relaciona con el hecho de que la viudez es un evento significativo propio en esta etapa del ciclo vital. La búsqueda de la interacción social y la compañía son uno de los factores que inciden en la mayor recurrencia de las personas viudas.

La viudedad suele ser el principal desencadenante del sentimiento de soledad en las edades avanzadas. El anciano se encuentra de pronto sin la compañía y la afectividad que tenía con su pareja, dando pie a problemas personales de adaptación a la viudedad de tipo no únicamente emocional, sino también material y relativos a la gestión del tiempo de las tareas propias del hogar y de la vida doméstica y social Rodríguez (2009).

De la población investigada de 16 adultos mayores, el 56% (9) son viudos, el 31% (5) casados y el 13% (2) solteros, en función al número de hijos de 0 a 2 hijos se encuentra el 12% (2), de 3 a 5 hijos el 62% (10), de 6 a 8 hijos el 19% (3) y de 9 hijos a más se encuentra el 6% (1).

En efecto la mayoría de la población es viuda y han concebido de 3 a 5 hijos, en cuanto a la viudez es algo natural que ocurre al culminar un ciclo de vida, sin embargo, este evento es el origen de sentimientos de soledad en la vida adulta.

Tabla 9

Distribución de grupos en función a con quien vive del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Con quién vive	Total	
	f	%
Solo/a	8	50
Con pareja	6	38
Hijos	2	12
Total	16	100

***Nota*:** Datos obtenidos de la entrevista semiestructurada del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Análisis e interpretación

Según Rodríguez (2009) El primer acontecimiento importante al que se suelen enfrentar las personas mayores es el abandono del hogar por parte de los hijos para iniciar una vida independiente. Los padres esperan que éstos les presten la ayuda necesaria cuando sufran algún proceso de dependencia o enfermedad, y el incumplimiento de este deber puede deteriorar las relaciones paterno filiales y originar sentimientos de indefensión y soledad.

De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto a su convivencia el 50% (8) vive solo, el 38% (6) con pareja y finalmente el 12% (2) vive con los hijos.

En cuanto a la convivencia los adultos mayores en su mayoría viven solos por motivos de abandono de sus familias, viudez, que afectan su estado emocional y psicológicos ya que la soledad es su diario vivir.

Tabla 10

Distribución de grupos en función al apoyo familiar del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Apoyo familiar	Total	
	f	%
Si	8	50
No	8	50
Total	16	100

***Nota*:** Datos obtenidos de la entrevista semiestructurada del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Análisis e interpretación

La familia es la primera red de apoyo social que tiene una persona a lo largo de su vida, es fuente de amor, satisfacción y felicidad, pero también puede significar insatisfacción, malestar y estrés, de acuerdo con Rodríguez (2009) "La familia juega un papel fundamental, se la puede considerar el principal soporte social del anciano, considerando las relaciones y el amparo en los seres queridos como un recurso clave en la lucha contra la soledad" (p.161).

Con respecto a los resultados obtenidos en la población investigada se encontró que el 50% (8) respondió que cuentan con el apoyo de su familia, mientras que el otro 50% (8) mencionó que no tiene ningún tipo de apoyo familiar.

La soledad es de los sentimientos más comunes que aparecen en la adultez, es inevitable que los seres humanos caigan en cuadros depresivos cuando se encuentran aislados, por el contrario la presencia de la familia y la importancia que el adulto tenga en la misma servirán como aliciente para evitar crisis y así mejorar la calidad de vida del adulto mayor, relacionando los datos de la muestra se puede inferir que la mitad de los ancianos en algún momento han tenido crisis emocionales, misma que pudiesen ir empeorando debido a la falta de apoyo del núcleo familiar.

Tabla 11

Distribución de grupos en función a las razones por que no entró a un establecimiento educativo del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL

Indicadores	**Total**	
Razones	f	%
Recursos económicos	1	6
Trabajo	15	94
Total	16	100

***Nota*:** Datos obtenidos de la entrevista semiestructurada del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Análisis e interpretación

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 Vázquez & Saltos (2013) manifiestan 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 individuos".

Respecto a los resultados obtenidos de la población investigada, el 94% (15) no terminó sus estudios por trabajo, el 6% (1) por falta de recursos económicos.

Es importante hacer énfasis en que el total de la población pertenece a zonas rurales donde los programas educativos llegan de manera intermitente, también cabe señalar que la mayoría de adultos mayores no consideran a los estudios como medios de producción asociados a su economía, más bien concentran sus esfuerzos en las actividades u oficios que heredan y que desarrollan a lo largo de su vida, este ciclo tiende a repetirse de padres a hijos, hace algunos años que los esfuerzos gubernamentales por alfabetizar a la población han ido incrementando, sin embargo no siempre existieron políticas o garantías constitucionales que velen por la educación de los adultos mayores o la población en general.

DIMENSIÓN DE EDUCACIÓN

¿A qué edad terminó el nivel de estudios que menciona?

Respuestas:

AME: 2,5,9,16

Los adultos mayores con timidez respondieron que culminaron los estudios mencionados cuando tenían 10 años.

AME: 1,4,6,7,13,14,15

Los adultos mayores respondieron que terminaron los estudios indicados a los 12 años.

AME: 3,8,12

Los adultos mayores manifestaron que culminaron los estudios mencionados a los 9 años.

¿Qué otras actividades realizaban, paralelo al proceso educativo que cursaba?

RESPUESTAS:

AME: 1,4,7,9,11,13,14

Los adultos mayores nos manifestaron que se dedicaban al trabajo para ayudar a su familia y poder ayudar a sus padres económicamente.

AME: 2,3,5,6,8,10,12,15,16

Los adultos mayores mencionaron que se dedicaban ayudar a las madres a las labores del hogar.

Análisis e interpretación

Para la mayoría de la población campesina, las oportunidades de obtener educación eran nulas, en concordancia con aquella escasa diversificación de la estructura productiva, existía una exigua diferenciación social de modo que las demandas sociales por educación eran selectivas, por lo tanto, eran reducida al área urbana, de ahí que el analfabetismo era elevado y los niveles de instrucción bastante bajos (Chamorro, 1980). De acuerdo con (Díaz et al., 2010) 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 esta dimisión, la mayoría de los adultos mayores terminaron sus estudios primarios a los 12 años, asimismo algunos de ellos asistieron a la escuela, pero no pudieron culminar sus estudios, al contrario de una minoría de adultos mayores que no tuvieron acceso a la educación debido la falta de recursos económicos, por lo tanto, tuvieron que dedicarse a trabajar para poder ayudar a sus padres a sustentar el hogar.

Es evidente los bajos niveles de instrucción, debido a que los adultos mayores procedían de sectores rurales, donde la educación no era una prioridad, hallándose un extenso analfabetismo.

DIMENSIÓN DE SALUD

¿Presenta algún tipo de limitación?

RESPUESTAS:

AME: 1,4,6,7,9,10,12,15,16

Los adultos mayores mencionaron que presentan limitaciones visuales.

AME: 2,3,5,8,11,13,14

Los adultos mayores respondieron que tienen dificultad para ver.

¿Ha tenido algún problema de salud?

RESPUESTAS:

AME: 1,2,3,4,5,7,8,9,10,11,12,14,16

Los adultos mayores manifestaron que si presentan problemas de salud.

AME: 6,13,15

Los adultos mayores mencionaron que no presentan problemas de salud.

¿Señale las enfermedades que tiene?

RESPUESTAS:

AME: 2,4,8,11

Los adultos mayores manifestaron que tiene problemas de tiroides.

AME: 1,3,10,12,14

Los adultos mayores mencionaron que presentan problemas de hipertensión.

AME: 5,7,9,16

Los adultos mayores respondieron que tienen diabetes.

AME: 6,13,15

Los adultos mayores que no presentan ninguna enfermedad.

¿Actualmente diría que su estado de salud es?

RESPUESTAS:

AME: 2,3,5,8,12,14,15,16

Los adultos mayores mencionan que su estado de salud es muy bueno.

AME: 1,4,6,7,9,10,11,13

Los adultos mayores manifestaron que es bueno su estado de salud.

Análisis e interpretación

Según Duran et al. (2010) El impacto de las enfermedades crónicas en el estado funcional es mayor en los pacientes de edad avanzada, ya que hay déficits en los órganos del cuerpo, la estructura ósea y la masa muscular; al igual, que se reduce el funcionamiento de los órganos sensoriales. Asimismo, son comunes las fallas de la memoria, la actividad intelectual se vuelve más lenta, y disminuye la capacidad de atención, de razonamiento lógico y de cálculo en algunos adultos mayores; estas situaciones, sumadas a las enfermedades crónicas, hacen que el adulto mayor sea incapaz de desarrollar plenamente su autonomía y se incrementa la relación de dependencia con el medio, así se puede apreciar cómo la hipertensión arterial, una de las enfermedades más comunes en los adultos mayores, se convierte en un factor de riesgo para el

desarrollo de otro tipo de enfermedades. Por su parte, la diabetes, como otra de las enfermedades que más se presenta en esta etapa, puede traer complicaciones que causan enfermedades cardiovasculares, retinopatías y problemas renales. (p.18).

Respecto a los resultados obtenidos en la dimensión de salud se determina que todos los adultos mayoría presentan limitaciones auditivas y visuales acordes a su edad, por otra parte, la mayoría de adultos presentan problemas de salud relacionados con la diabetes, hipertensión y tiroides. En general, los adultos mayores mencionan que tienen un estado de salud muy bueno pese a las enfermedades que han adquiriendo con el pasar de los años.

DIMENSIÓN ESTILO DE VIDA

¿Cuenta con solvencia económica estable?

RESPUESTAS:

AME: 1,7,11,13,14

Los adultos mayores manifestaron que si tiene solvencia económica.

AME: 2,3,4,5,6,8,9,10,12,15,16

Los adultos mayores respondieron que no cuentan con solvencia económica.

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

RESPUESTAS:

AME: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

Los adultos mayores manifestaron que no han tomado suplementos alimenticios.

¿Cuántas comidas tiene día?

RESPUESTA:

AME: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

Los adultos mayores mencionan que cuentan con más de tres comidas al día.

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

RESPUESTAS:

AME: 2,4,6,8,11,13,15

Los adultos mayores manifiestan que no siguen ninguna dieta.

AME: 1,3,5,7,9,10,12,14,16

Los adultos mayores mencionaron que si sigue un tipo de dieta.

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

RESPUESTAS:

AME: 1,4,7,9,11,13,14

Los adultos mayores respondieron que si consumen sustancias psicotrópicas.

AME: 2,3,5,6,8,10,12,15,16

Los adultos mayores manifestaron que no consumen sustancias psicotrópicas**.**

¿Realiza algún tipo de actividad físicas?

AME: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

Los adultos mayores mencionaron que no realizan ningún tipo de actividad física.

¿Presenta dificultades para conciliar el sueño?

AME: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

Los adultos mayores manifiestan que no tiene dificultades para conciliar el sueño.

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño?

AME: 1,2,3,4,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16

Los adultos mayores no toman ningún tipo de medicamentos para conciliar el sueño.

Análisis e interpretación

Llibre et al. (2018) plantean que los estilos de vida se refieren al conjunto de comportamientos que una persona pone en práctica de manera consistente y mantenida en su vida cotidiana y que pueden influir en el mantenimiento de su salud o en colocarlo en situación de riesgo para la aparición de los trastornos cognitivos y demencias. En los estilos de vida, se incluyen varios factores, entre ellos, los hábitos tóxicos, actividad física, nutrición, ciclo de sueño y vigilia, relaciones sociales, estados depresivos y condición socioeconómica. Si bien estos factores están íntimamente relacionados entre sí y con los trastornos cognitivos, lo

trataremos de forma individual para brindar una información breve y diferenciada de cada uno de ellos. (p.146).

En cuanto a los resultados obtenidos de la dimensión estilo de vida, se puede evidenciar que la mayoría de adultos mayores no poseen solvencia económica estable, al contrario de una minoría que, si la tiene, es por ellos que los adultos mayores no han consumido suplementos alimenticios, respecto a su alimentación todos señalaron que tienen más de tres comidas al día. De la misma forma, la mayoría de adultos mayores llevan una dieta en su alimentación por las diferentes enfermedades que presentan. Referente al consumo de sustancias psicotrópicas los adultos mayores de géneros masculinos nos manifestaron si han consumido alcohol y tabaco, al contrario del género femenino que nunca han ingerido sustancias psicotrópicas, en relación a la actividad física los adultos mayores manifestaron que no realizan ninguna actividad física debido a la edad, con lo que respecta al sueño los adultos mayores mencionaron que no tiene dificultas al conciliar el sueño, como consecuencia no toman ningún tipo de medicamento.

Con respecto a los datos obtenidos de la población evaluada se pude evidenciar que los adultos mayores no tuvieron un estilo de vida adecuado, ya que no contaban con solvencia económica, asimismo su nutrición no era la adecuada es por ello, que no consumían suplementos alimenticios. Además, los adultos mayores de género masculino consumían alcohol y tabaco generando en ellos una adicción, sin embargo, con el apoyo del centro los adultos mayores presentan un estilo de vida mejor ya que cuentan con alimentación y otros cuidados que por su edad necesitan.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS

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

RESPUESTAS:

AME: 1,5,9,12,16

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

AME: 2,3,4,6,7,8,10,11,13,14,15

Los adultos mayores manifestaron que se encuentran satisfechos porque están atendidos en el Centro del Adulto Mayor.

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

AME: 2,3,5,8,12,14,15,16

Los adultos mencionaron que su estado de salud es muy bueno ya que aún se encuentran activos.

AME: 1,4,6,7,9,10,11,13

Los adultos mayores manifestaron que su estado de salud es bueno comparado con otros adultos mayores.

Análisis e interpretación

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 obtenidos en la dimensión psicológica, la mayoría de los adultos manifestaron que se encuentran satisfechos porque están atendidos en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, al contrario de una minoría, indicaron que no están satisfechos con su vida debido a sus dolencias y a su soledad. Por otro lado, en cuanto a su salud comparada con otras personas de su edad, la mitad de la población indicaron que su estado de salud es muy bueno ya que aún se encuentran activos, mientras que las poblaciones restantes manifestaron que su estado de salud es bueno comparado con otros adultos mayores.

Es evidente que los adultos mayores pese a que reciben apoyo del centro, se sienten desprotegidos debido al abandono de sus familiares generando en ellos tristeza, soledad, ansiedad y depresión.

Caracterizando de forma general la población investigada se determina que los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, se encuentran en edades comprendidas de 70 a 74 años, prevaleciendo el género femenino, por otro lado, la mayoría de la población se dedicó a la agricultura desde muy pequeños debido a la falta de ingresos económicos, esta actividad era fundamental ya que les permitía tener un sustento económico y poder llevar una vida estable, de esta manera queda en evidencias que los estudios no eran

considerados como medios de producción asociados a su economía, reflejando un analfabetismo.

Además, por la falta de recursos económicos no tuvieron un estilo de vida saludable que les permitirá tener un envejecimiento de calidad, evidenciando que los adultos mayores presentan diferentes problemáticas tales como, diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, limitaciones auditivos y visuales asociados al proceso de envejecimiento.

7. Discusión

La presente investigación se realizó en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, en relación a los resultados obtenidos, se procede a realizar una discusión de los mismos, que serán redactados de acuerdo al orden de cada objetivo tomando en consideración los siguientes aspectos para su redacción: descripción de los resultados, la interpretación de los resultados, la contratación de los resultados con otros autores y el análisis reflexivo del investigador.

Con relación al primer objetivo, Evaluar el estado cognitivo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIl, 2022, con la aplicación del examen cognoscitivo Mini-mental, se obtuvo la valoración general del estado cognitivo en los adultos mayores, evidenciando que 9 adultos mayores que representan el 56% de la población evaluada muestran un estado cognoscitivo normal, asimismo 7 adultos mayores evaluados que corresponden al 44% presenta estado cognoscitivo leve. Por lo tanto, con los valores obtenidos del examen cognoscitivo Mini-mental, se evidencia que la mayoría presentan un estado cognoscitivo normal y leve. Estos resultados se asemejan con la investigación de (Montenegro, 2016) denominado funciones cognitivas en adultos mayores de más de 60 años, pertenecientes al grupo salud y vida, del centro de salud el Blanqueado, donde se evidencia que el 63% se encuentra en un estado cognoscitivo normal, y el 37 con un estado cognoscitivo leve, reflejando que en las dos investigaciones no se encuentran adultos mayores con un estado cognoscitivo moderado ni grave. De la misma forma Villasán et al. (2014) señala que en el deterioro cognitivo normal existe un déficit mínimo en las funciones cognitivas superiores, sin embargo, no repercuta en la vida diaria del adulto mayor, es decir puede llevar una vida autónoma, así mismo el deterioro cognitivo leve, presenta un ligero déficit en cuanto a la orientación, memoria y lenguaje, que puede verse asociado al proceso de envejecimiento sin alterar sus actividades diarias.

Respecto al segundo objetivo Identificar el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIl, 2022, a partir de los resultados obtenidos se evidencia que el 50% de adultos mayores evaluados cuenta con una Educación Básica media, con una escolaridad completa e incompleta, el 25% de adultos mayores tienen Educación Básica Elemental, teniendo un curso de 2do a 4to año, asimismo el 6,3 % poseen preparatoria, cursando solamente el primer grado, finalmente el 18,8% no tienen ningún tipo de instrucción educativa. Estos resultados son comparados 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. En efecto los adultos mayores no pudieron culminar sus estudios, debido a diferentes factores económicos, sociales y culturales teniendo en cuenta que en dicha época el estudio no era una prioridad, es por ello que no tuvieron la oportunidad de ser parte de un sistema educativo formar.

En cuanto al tercer objetivo Establecer la relación del estado cognitiva y nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022. En los datos obtenidos, se evidencia que el valor de Chi-cuadrado es de 4,148 < punto crítico de 7.815 datos que se encuentran en la zona de aceptación, refiriendo que no existe una relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo aceptando la **hipótesis nula H0=** El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.; y, rechazar la **hipótesis alterna H1:** El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022. Estos resultados se contrastan con una investigación realizada por Abarca et. al (2008) denominada Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo realizado en Perú con una muestra de 280 adultos mayores en la ciudad de Arequipa, evidenciando resultados representativos al asociar las dos variables, niveles de escolaridad y deterioro cognitivo, obteniendo una correlación positiva significativa (r = 0,597) nivel de significación (p<0,01), indicando una clara relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo, al contrario de nuestra investigación que no existe una relación entre las dos variables, indicando una clara relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo, al contrario de nuestra investigación que no existe una relación entre las dos variables, lo cual respondería a diversos factores relacionados con el nivel socioeconómico, socioculturales, estilo de vida, enfermedades entre los más importantes.

8. Conclusiones

Se concluye que:

En base a los instrumentos aplicados a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, se determina que se encuentran en un estado cognoscitivo normal y leve, demostrando que no presentan alteraciones o dificultades significativas, puesto que se encuentran en un estado cognitivo normal asociado a la etapa de la vejez.

Los adultos mayores no pudieron culminar sus estudios, debido a diferentes factores económicos, sociales y culturales, razón por la cual la mayoría de la población cuenta con una educación básica de nivel elemental y media, a diferencia de otros que no cuenta con ningún tipo de instrucción educativa.

No existe relación entre el estado cognitivo y nivel educativo rechazando la hipótesis alterna y aceptando la hipótesis nula la cual señala que el estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor.

Los adultos mayores no cuentan con un estilo de vida saludable, por diferentes razones como es el consumo de bebidas alcohólicas y el tabaquismo, además de diferentes problemáticas relacionadas a la salud como diabetes, hipertensión, hipotiroidismo, limitaciones auditivos y visuales asociados al proceso de envejecimiento, factores que limitan tener un envejecimiento activo y saludable.

9. Recomendaciones

Se recomienda:

La Aplicación de programas de intervención dirigidos a preservar las funciones cognitivas del adulto mayor, implementando distintas actividades de trabajo para así disminuir el impacto del deterioro cognitivo.

A los profesionales de la psicopedagogía realizar investigaciones enfocadas en conocer la influencia del estilo de vida en el estado cognitivo y así obtener datos significativos para la elaboración de propuestas psicopedagógicas orientadas a la prevención del deterioro cognitivo del adulto mayor.

Al centro diurno del adulto mayor CAMVIL realizar campañas sobre la importancia de la estimulación cognitiva para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y establecer una red de apoyo, que fomente la participación de la familiares y sociedad.

Al centro diurno CAMVIL impartir talleres informativos para mejorar la calidad de vida en la etapa de la vejez dirigidos a los familiares y cuidadores del adulto mayor.

10. Bibliografía

Abarca, J., Chino, B., Llacho, M. L., Gonzáles, K., Mucho, K., Vázquez, R., . . . Soto. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo. *Revista Chilena de Neuropsicogía*, 1-4.

Alonso, A., & Moros, T. (2011). Intervencion psicomotriz en personas mayores. *TOG*, 1-13.

Ávila, A. (2010). Definición y objetivos de la geriatría. *El Residente*.

Ballesteros, S. (1999). Memoria humana investigaciòn y teoria . *Psicothema*, 705.

Barrera, J. (2017). *Deterioro Cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]*. Repositorio institucional.

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

Caamaño, C. (2018). *Claves para potenciar la Atención Concentración*. Obtenido de Centro de Aprendizaje Campus Sur Universidad de Chile : file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Cuadernillo%20Claves%20para%20Potenciar%20la%20Atenci_n-Concentraci_n.pdf

Camargo, K., & Laguado, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 164.

Castro Mariscal , J. (2012). *Influencia de un programa de intervención de enfermeria para mejorar la memoria y calidad de vida en adultos mayores con deterioro cognitivo leve [Maestrria en enfermeria, Universidad Nacional Autónoma de México]*. Repositorio Universitario. Obtenido de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/09/987767/68castro-juan-de-fco-6a.pdf

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

Cisneros Vidal, M. (2012). *Influencia de los factores de salud física y mental en el estado cognitivo en un grupo de adultos mayores del cantón Loja [Tesis de licenciatura Universisas Técnica Particular de Loja]*. Repositorio Universitario. Obtenido de

file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Influencia%20de%20los%20factores%20de%20salud%20f%C3%ADsica%20y%20mental%20en%20el%20estado%20cognitivo%20(1).pdf

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

Durán, A., Valderrama, L., Uribe, A., González, A., & Molina, J. (2010). Enfermedad crónica en adultos mayores. *Redalyc*. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018676003.pdf

Ferreira, C., García, K., Macías, L., Pérez, A., & Tomsich, C. (2014). *Mujeres y hombres del Ecuador en cifras III*. Obtenido de Instituto Nacional de Estadística y Censos: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/wp-content/descargas/Libros/Socioeconomico/Mujeres_y_Hombres_del_Ecuador_en_Cifras_III.pdf

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 [Tesis de Psicóloga Clínica, Universidad Nacional deLoja]*. Repositoria Universitario.

García Araneda, N. (2007). La Educación con personas mayores en una sociedad que envejece . *redalyc.org*, 57.

García, P. G. (2010). *Influencia de la Metodología Docente, en el Aprendizaje de los estudiantes de la Escuela Benjamín Araujo, durante el año lectivo 2008 [Tesis de magister, Universidad Técnica de Ambato]*. Repositorio Universitario.

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

Gonzalez, A., & Ramos, J. (2006). *La atención y sus alteraciones: del cerebro a la conducta* . Mexico: El Manuel Moderno .

Gonzalez, L. (2013). Procesos cognitivos: De la prescripción curricular. *Redalyc.org*, 51.

Gracia, A., Santabárbara, J., López, R., Aznar, T., & Aragüés, G. (2021). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. *Scielo*.

Guevara, S. M., & Yépez, S. M. (2014). *La incidencia del abandono familiar en el procesó de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados de la residencia Santa Catalina Laboure [Titulación de psicología, Universidad Politécnica Salesiana]*. Repositorio Universitario. Obtenido de https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/7848/1/UPS-QT06446.pdf

INEC. (2019). *Cómo crecerá la poblacion en el Ecuador* . Obtenido de INEC: https://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Poblacion_y_Demografia/Proyecciones_Poblacionales/presentacion.pdf

Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios . (2016). *¿Qué causa el deterioro cognitivo en las personas mayores?* Obtenido de Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios : https://www.isesinstituto.com/noticia/que-causa-el-deterioro-cognitivo-en-las-personas-mayores

Katzman, R., Zhang, M., & Salmon, D. (1990). *La prevalencia de la demencia y la enfermedad de Alzheimer en Shanghai, China: impacto de la edad, el género y la educación*. Obtenido de publmed.gov: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2353798/

León, E., & Guillermo, L. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo . *Cumbres* , 1-13.

Linares, A. (2007). *Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky.* . Obtenido de Master en Paidopsiquiatría: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf

Llanga, E., Logacho, G., & Molina, L. (2019). LA MEMORIA Y SU IMPORTANCIA EN LOS PROCESOS COGNITIVOS EN EL ESTUDIANTE. *Revita Atlante* , 2.

Llibre, J., Diaz, J., & Rodriguez, A. (2018). Determinantes del estado de salud de la población y su influencia en el desarrollo de los trastornos cognitivos. *Scielo*. Obtenido de https://www.scielosp.org/pdf/rcsp/2018.v44n1/141-152/es

Merchán, A. (2020). *Estado cognitivo de los adultos mayores usuarios del dispensario del Seguro Social Campesino de la parroquia San Pedro de Vilcabamba [Titulo de licenciatura, Universidad Nacioanal de Loja]*. Repositorio institucional.

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, F. (2016). *Funciones cognitivas en adultos mayores de mas de 60 años, perteneciente al grupo salud y vida, del centro de salud de Blanqeuado (tesis de Licenciatura, Univesidad Politecnica Salesiana).* Repositorio institucional. Obtenido de https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/13283/1/UPS-QT10808.pdf

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

Organización Mundial de la Salud. (2021). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,%C3%BAltima%20instancia%2C%20a%20la%20muerte.

Peña, J. (2007). *Neurología de la conducta y neuropsicología.* Barcelona: Panamericana.

Pérez, M. (2016). *El desarrollo del pensamiento lógico verbal y abstracto en educación inicial [Tesis de Maestria, Universidad Andina Simón Bolívar]*. Repositorio Universitario.

Petersen, R., Roberts, R., Knopman, D., Geda, Y., RHCha, Pankratz, V., . . . Rocca, W. (2010). La prevalencia de deterioro cognitivo leve es mayor en los hombres. El estudio de Mayo Clinic sobre el envejecimiento. *Publmeed.gov*.

Quispe, M. (2013). *La atenciòn en la comprenciòn lectora en niños del curso 6to de primaria de la Unidad San Jòse de la Fe y Alegria [Tesis de licenciatura, Universidad Mayor San Andres.* Repositorio Universitario.

Ramos, A., Herrera, M., & Ramírez. (2009). Desarrollo de habilidades cognitivas con aprendizaje móvil: un estudio de casos. *Educaciòn*, 202.

Rios, J. (2020). *Deterioro cognitivo en pacientes con episodio depresivo que asisten al Centro del Adulto Mayor del Club Rotario de Quito en el año 2019 [Título de Especialista en Psiquiatría Universidad Central del Ecuador]*. Repositorio Universitario.

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

Rodríguez, M. (2009). La soledad en el anciano. *SCIELO*, 159-199. Obtenido de https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v20n4/comunicacion2.pdf

Schaie, W., & Willis, S. (2005). Intellectual Functioning in Adulthood: Growth, Maintenance, Decline, and Modifiability . *MIND ALERT*.

UNESCO. (2011). Clasificación Internacional Normalizada de la Educación CINE 2011. *Instituto de Estadística de la UNESCO*, 13. Obtenido de https://uis.unesco.org/sites/default/files/documents/isced-2011-sp.pdf

Vázquez, L., & Saltos, N. (2013). *Ecuador y su realidad.* Quito: Fundación Jóse Peralta. Obtenido de https://es.scribd.com/document/348007812/ECUADOR-Y-SU-REALIDAD-pdf

Villasán, A., Barahona, M., & Cabaco, A. (2014). Controversias y utilidad clínica del deterioro cognitivo leve (DCL). *ResearchGate*.

11. Anexos

Anexo 1. Solicitud de permiso

Universidad Nacional de Loja

DIRECCIÓN DE INVESTIGACIÓN

Loja, a 12 abril de 2022

Lic.
Carlos Ortiz Armijos
Presidente del GAD parroquial de Vilcabamba
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.

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 al centro:

- Centro Diurno "CAMVIL"

Dicha observación tendrá una duración estimada de dos meses y 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 1 Solicitud de permiso

Anexo 2. Solicitud de aceptación al centro

GAD PARROQUIAL VILCABAMBA

Vilcabamba 13 de Abril del 2022
Ofic.Nro.60 GADVIL-2022

Dra.
Lucia Iñiguez Auquilla
DIRECTORA DE LA CARRERA DE PSICOPEDAGOGIA DE LA UNL
Ciudad.

De mis consideraciones.

Es grato dirigirme a usted con la finalidad de llegar con un atento saludo y los mejores éxitos en sus labores encomendadas.

Dando contestación al Oficio de fecha 12 de abril presentado por su persona al Gobierno Parroquial de Vilcabamba, en la cual se menciona que se quiere realizar visitas de observación al centro Día del Adulto Mayor "CAMVIL; Por lo tanto me permito autorizar la petición antes mencionada, sírvase coordinar con la Psicóloga Clínica Stefany Ortega encargada del Centro.

Por la favorable atención a la presente le anticipo desde ya mis agradecimientos y sentimientos de consideración y estima.

Atentamente.

CARLOS NICOLAS ORTIZ ARMIJOS

Lic. Carlos Nicolas Ortiz Armijos
PRESIDENTE DEL GAD VILCABAMBA
1104904923
Cell: 0987829777
gobiernoparroquialvilcabamba@hotmail.es

gobiernoparroquialvilcabamba@hotmail.es
www.vilcabamba.gob.ec
Teléfono: 2640-076 Cell: 0987829777
Dirección: Calle Diego Vaca de Vega 09-09 entre Bolívar y Sucre

Anexo 3. Examen cognoscitivo Mini-mental

MMSE

EXAMEN COGNOSCITIVO
MINI-MENTAL
ADAPTACIÓN ESPAÑOLA

Nombre:

Edad: Escolaridad completada:

Fecha: / / Examinador:

INSTRUCCIONES

Lo escrito en negrita debe ser leído 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? *(Repítalas hasta 5 veces, pero puntúe 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

TEA *Mini-Mental State 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 © 2008 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)

Anexo 4. Entrevista semiestructurada

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA EDUCACIÓN EL ARTE Y LA COMUNICACIÓN
CARRERA DE PSICOPEDAGOGÍA

ENTREVISTA A LOS ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ"

IDENTIFICACIÓN
Apellidos y nombres_____
Lugar y Fecha de nacimiento: A___ M___ D___
Estado Civil: Soltero/a___ Casado/a___ Divorciado/a___ Viudo/a___
Grupo conviviente: Sola/o __ Con pareja___ Hijos __ Otros __
Sexo: Femenino ____ Masculino ____
Hijos: ¿SI __ Cuántos? _____ NO ___
Adulto mayor jubilado ___ Adulto mayor sin jubilación __
En su vida activa que ocupación desempeño Trabajó antes: ¿SI __ En qué? __ NO __

EDUCACIÓN
Sin estudios ___
Básica elemental completa ___
Básica elemental incompleta ___
Básica media completa ___
Básica media incompleta ___
Básica superior completa ___
Básica superior incompleta ___
Bachillerato completo ___
Bachillerato incompleto ___

2. SALUD
¿Cuenta con seguro social?
SI ___ NO ___

¿Presenta algún tipo de limitación?
Visual ___ Auditiva ___ Física ___
¿Ha tenido algún problema de salud?
SI ___ NO ___

¿Qué tipo de dolencia o problema de salud padece?
_____

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 ___
¿Toma de forma habitual pastillas o jarabes de vitaminas o minerales (hierro o calcio)?
Nunca ___
En el pasado (hace más de 12 meses) ___
De forma continua, actualmente ___
De forma estacional o por temporadas ___

¿Cuántas veces al día ingiere alimentos?
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 ___

¿Ha consumido o consume algún tipo de sustancias psicotrópicas? (Alcohol, Tabaco, Sustancias psicotrópicas)
SI ___ ¿Cuáles? _____
NO ___

¿Realiza algún tipo de terapias físicas?
SI ___ NO ___

¿Presenta dificultades para conciliar el sueño?
SI __ NO ___

3. ASPECTOS PSICOLÓGICOS.

¿Cómo ve Usted su salud comparada con otras personas de la misma edad?
Mejor ___ Igual ___ Peor ___

¿Ha tenido algún tipo de olvidos?
Si___ No ___

¿Qué aspectos de su vida olvida con más facilidad?
Lo pasado ___ Lo reciente ___

¿Qué opinión tiene de Usted, si tiene olvidos?
_____

Anexo 5. Registro fotográfico

Anexo 6. Certificación de traducción abstract

Loja, 27 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 del trabajo de integración curricular denominado **"Estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022."** De autoría de la Srta. **Gabriela del Cisne López Jaramillo**, portadora de la cédula de identidad número **1105944845**, 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 **Lic. Milena Fernanda Vega Ojeda. 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 A. Arau
TRADUCTOR
3104-2021-252098
CI:1104521585

David Andrés Araujo Palacios
Registro Senescyt: MDT-3104-CCL-252098