



1859



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación

Carrera de Psicopedagogía

**Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del
centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL,
período 2022.**

Trabajo de Integración Curricular
previo a la obtención del título de
Licenciado en Psicopedagogía.

AUTOR:

Francisco Enrique Rivera Murillo

DIRECTORA:

Dra. Blanca Lucia Iñiguez Auquilla. Mg. Sc

Loja – Ecuador

2022

Certificación

Loja, 9 de septiembre del 2022

Dra. Blanca Lucia Iñiguez Auquilla. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

C e r t i f i c o:

Que he revisado y orientado todo proceso de la elaboración del Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, periodo 2022**, previo a la obtención del título de **Licenciado en Psicopedagogía**, de la autoría del estudiante **Francisco Enrique Rivera Murillo**, con **cédula de identidad Nro. 1150966750**, una vez que el trabajo cumple con todos los requisitos exigidos por la Universidad Nacional de Loja, para el efecto, autorizo la presentación del mismo para su respectiva sustentación y defensa.



Firmado electrónicamente por:

**BLANCA
LUCIA
INIGUEZ
AUQUILLA**

Dra. Blanca Lucia Iñiguez Auquilla. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE INTEGRACIÓN CURRICULAR

Autoría

Yo, **Francisco Enrique Rivera Murillo**, declaro ser autor del presente Trabajo de Integración Curricular y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja, la publicación de mi Trabajo de Integración Curricular en el Repositorio Digital Institucional - Biblioteca Virtual.

Firma:



Cédula de identidad: 1150966750

Fecha: 1 de noviembre del 2022

Correo electrónico: francisco.rivera@unl.edu.ec / www.enrique132@hotmail.com

Teléfono: 0981154253

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

Yo, **Francisco Enrique Rivera Murillo**, declaro ser autor del presente Trabajo de Integración Curricular denominado: **Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, periodo 2022**, como requisito para optar por el título de **Licenciado 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 un día del mes de noviembre del dos mil veintidós.

Firma:



Autora:

Francisco Enrique Rivera Murillo.

Cédula:

1150966750

Dirección:

Punzara chico

Correo electrónico:

www.enrique132@hotmail.com

Teléfono:

0981154253

DATOS COMPLEMENTARIOS:

Directora del Trabajo de Integración Curricular: Dra. Blanca Lucia Iñiguez Auquilla. Mg. Sc.

Dedicatoria

El presente Trabajo de Integración Curricular va dedicado primeramente a Dios, por ser el supremo creador quien me envió a los mejores padres y hermanos que sin escatimar esfuerzo me dieron lo mejor, me guiaron por el mejor camino, me apoyaron en los momentos difíciles que se presentan en la vida, por forjarme en valores, hacerme una mejor persona, por la paciencia que me han tenido durante toda mi etapa de estudios y por confiar siempre en su hijo.

A mi padre Luis Eduardo, que me ha demostrado que la perseverancia, es esencial para alcanzar los logros, por ser paciente, y brindar apoyo en momentos adversos, en los que era necesario un aliento que no hostigara, pero sabiendo que era el necesario.

A mi madre Carmen, que, desde su comprensión y afecto, me ha acompañado en el transcurso de todo este camino universitario, el cual se ha hecho apacible teniendo presente su apoyo incondicional, por eso y muchas razones más, este logro también es parte de usted. A mis hermanos Oscar, Luis, Carlos, y Omar que siempre me recuerdan que las cosas buenas a veces requieren esfuerzo, por servirme de ejemplo, y brindarme esa confianza; que me hace saber que cuando los necesite, ellos estarán.

A Kerly Leccy, por su grato, tierno, e incondicional apoyo, ya que fue uno de los motores para que yo tuviera la fuerza suficiente para cumplir una meta en mi vida, siempre estarás en mi corazón.

A mis compañeros “cuasi licenciados” por el apoyo brindado, la confianza y la lealtad que pudimos establecer; y a todas y cada una de las personas que confiaron en mí y nunca me dejaron solo para así superarme y poder cumplir mi sueño, muchas gracias por todas sus bendiciones.

Francisco Enrique Rivera Murillo

Agradecimiento

A la Universidad Nacional de Loja, a la Facultad de la Educación, el Arte y la Comunicación, a la Carrera de Psicopedagogía, especialmente a las autoridades y docentes quienes han brindado sus conocimientos, actitudes, y valores que han permitido construir una visión clara de mi persona y profesión.

A la Dra. Blanca Lucia Ñíguez Auquilla. Mg. Sc. directora del Trabajo de Integración Curricular, por su esfuerzo, dedicación, y generosidad para impartir sus conocimientos, sabiduría, paciencia y motivación para que yo pueda concluir mis estudios.

A la Dra. Sonia Marlene Sizalima Cuenca. Mg.Sc. de manera especial por su entrega incondicional, sabiduría, y entusiasmo que ha sabido direccionar mis conocimientos en el desarrollo de esta investigación.

También agradezco a cada uno de mis docentes en el transcurso de mi carrera profesional porque aportaron significativamente en mi formación académica.

Así como a la coordinadora, equipo multidisciplinario y adultos mayores del centro diurno CAMVIL de Vilcabamba por la apertura brindada para realizar este trabajo investigativo, agradezco de forma sincera su valiosa colaboración.

Francisco Enrique Rivera Murillo

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	¡Error! Marcador no definido.
Índice de figuras	xii
índice de anexos.....	xiii
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1 Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	8
4.1. Estado cognitivo en el adulto mayor	8
4.1.1. Antecedentes investigativos	8
4.1.2. Estado cognitivo	9
4.1.3. Cognición	9
4.1.4. Funciones cognitivas básicas	10
4.1.4.1 Percepción.	10

4.1.4.2. Atención.....	11
4.1.4.2.1. Tipos de atención	11
4.1.4.2.2. Atención selectiva o focalizada.	12
4.1.4.2.3. Atención dividida.....	12
4.1.4.2.4. Atención sostenida.	12
4.1.4.3. Memoria	12
4.1.4.3.1. Tipos de memoria.	13
4.1.4.3.2. Memoria sensorial (MS).	13
4.1.4.3.3. Memoria a corto plazo (MCP).	13
4.1.4.3.4 Memoria de trabajo.	14
4.1.4.3.5. Memoria a largo plazo (MLP).	14
4.1.4.3.6. Memoria declarativa (saber que).	14
4.1.4.3.7. Memoria procedimental (saber cómo).	14
4.1.4.3.8. Memoria episódica.....	14
4.1.4.3.9. Memoria semántica.....	15
4.1.4.3.10. Memoria explícita.	15
4.1.4.3.11. Memoria implícita.....	15
4.1.5. Funciones cognitivas superiores.....	15
4.1.5.1. Pensamiento	15
4.1.5.2. Lenguaje	15
4.1.5.3. Inteligencia	16
4.1.6. Factores que influyen en el estado cognitivo	16
4.1.6.1 Edad.....	16
4.1.6.2 Género.	16
4.1.6.3. Educación.	17
4.1.6.4. Ocupación laboral.	18
4.1.6.5. Hábitos.	18

4.1.6.5.1. Consumo de alcohol y tabaco.....	18
4.1.6.5.2. Alimentación.....	19
4.1.7. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget.....	20
4.1.8. Teoría sociocultural del desarrollo cognitivo de Vygotsky	20
4.1.9. Estado cognitivo en el adulto mayor	21
4.1.10. Alteraciones Neuropsicologicas en el adulto mayor	21
4.1.10.1. Atención y percepción.....	22
4.1.10.2. Memoria.....	22
4.1.11. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor.....	23
4.1.11.1. Tipos de deterioro cognitivo	23
4.1.11.1.1. Deterioro cognitivo normal y patológico.....	23
4.1.11.1.2. Clasificación del deterioro cognitivo patológico	24
4.1.12. Criterios diagnósticos del deterioro cognitivo	24
4.1.13. Evaluación del estado cognitivo.....	24
4.1.14. Envejecimiento y adulto mayor.....	25
4.1.15. Tipos de edades en el adulto mayor	26
4.1.15.1. Edad cronológica.....	26
4.1.15.2. Edad biológica.....	27
4.1.15.3. Edad psicológica.....	27
4.1.15.4. Edad social.....	27
4.1.16. Tipos de envejecimiento.....	27
4.1.16.1. Envejecimiento biológico.....	27
4.1.16.2. Envejecimiento psicológico.....	27
4.1.16.3. Envejecimiento social.....	28
4.1.16.4. Envejecimiento ideal.....	28
4.1.16.5. Envejecimiento activo	28
4.1.16.6. Envejecimiento habitual.....	28

4.1.16.7. Envejecimiento patológico.....	29
4.1.17. Transición demográfica en el adulto mayor.....	29
4.2. Educación y niveles educativos.....	30
4.2.1. Educación.....	30
4.2.1.1. Educación formal.....	30
4.2.1.2. Educación no formal.....	30
4.2.1.3. Educación informal.....	31
4.2.2. Niveles educativos del sistema formal locales.....	31
4.2.2.1. Nivel de Educación Inicial.....	32
4.2.2.2. Nivel de Educación General Básica.....	32
4.2.2.3. Nivel de Bachillerato.....	32
4.2.3. Evaluación del nivel educativo.....	32
4.2.4. Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor.....	33
4.2.4.1. La reserva cognitiva en el adulto mayor.....	33
4.2.4.2. Estado cognitivo en relación al nivel educativo del adulto mayor....	34
Hipótesis.....	36
Hipótesis general.....	36
H1: hipótesis alterna.....	36
H0: hipótesis nula.....	36
5. Metodología.....	37
Enfoque Mixto.....	37
Diseño de la investigación.....	37
Tipo de Investigación.....	38
Métodos de la investigación.....	39
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	39
Área de investigación y escenario.....	41

	Población, muestra y muestreo.....	42
	Procedimiento para la recolección de datos.	43
	Métodos de análisis estadístico de datos	43
	Aspectos éticos	44
6.	Resultados	45
7.	Discusión	68
8.	Conclusiones	71
9.	Recomendaciones	72
10.	Bibliografía	73
11.	Anexos	81

Índice de tablas:

Tabla 1. Tabla de Población y Muestra	42
Tabla 2. Resultados del examen cognoscitivo Mini-mental por dimensiones.....	45
Tabla 3. Estado cognitivo de los adultos mayores.....	48
Tabla 4. Nivel educativo de los adultos mayores	50
Tabla 5. Prueba de Chi-cuadrado.....	51
Tabla 6. Distribución de grupos en función a la edad y el género.....	53
Tabla 7. Distribución de grupos en función de la ocupación en su vida activa.....	54
Tabla 8. Distribución de grupos en función del estado civil	55
Tabla 9. Distribución de grupos en función a con quien vive	56
Tabla 10. Distribución de grupos en función al apoyo familiar	56
Tabla 11. Distribución de grupos en función a las razones por que no entró a un establecimiento educativo.....	57

Índice de figuras

Figura 1. Croquis del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.....	41
Figura 2. Dimensiones examen cognoscitivo Mini-mental	46
Figura 3. Estado cognitivo de los adultos mayores	48
Figura 4. Nivel educativo de los adultos mayores.....	50
Figura 5. Prueba probabilística de Chi-cuadrado	52

Índice de anexos:

Anexo 1. Solicitud de apertura al centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.....	81
Anexo 2. Aceptación de oficio de apertura al centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL	82
Anexo 3 Consentimiento informado para los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.	83
Anexo 4. Instrumento Mini-mental test para aplicar a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.	85
Anexo 5. Entrevista a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.	89
Anexo 6. Registro fotográfico	92
Anexo 7. Certificación de traducción del abstract	93

1. Título

Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, período 2022.

2. Resumen

El estado cognitivo alude a la condición del funcionamiento neuropsicológico en relación al desenvolvimiento en el medio. A partir de los 65 años de edad, a nivel cerebral se produce un deterioro cognitivo propio de la edad biocronológica, que en dependencia del desenvolvimiento psicológico podrá ser catalogado como normal o patológico. El presente estudio tuvo como objetivo: Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba, estuvo enmarcada en un enfoque mixto, de tipo descriptivo, y corte transversal, con una población de 16 adultos mayores, basándose en la utilización de diferentes métodos. Para recolectar la debida información se aplicó el instrumento psicológico examen cognoscitivo Mini-mental y una entrevista semiestructurada; y para relacionar las variables, la prueba Chi-cuadrado de Spearman. Analizados los datos se pudo determinar que el estado cognitivo de los adultos mayores corresponde, 56,3% normal, 18,8% leve, y 25% moderado; con respecto al nivel educativo 87,5% han alcanzado como máximo hasta el nivel de educación general básica media, y 12,5% sin escolaridad. En cuanto a la correlación de variables, se encontró relación negativa entre el estado cognitivo y nivel educativo. Respecto a la aplicación de la entrevista, la población que está conformada por adultos mayores entre 65 y 94 años de edad; mayoritariamente viudos; con estilo de vida asociado a escasos recursos económicos que los ha limitado educativa y socialmente a lo largo de su vida; entre las ocupaciones laborales y desempeños cotidianos están la agricultura y amas de casa; una cuarta parte padecen de enfermedades como hipertensión, osteoporosis, próstata y tiroides; así mismo, presentan limitaciones auditivas, visuales, y físicas que no los priva de su autonomía. En suma, conociendo que los adultos mayores cuentan con un estado cognitivo mayoritariamente saludable al encontrarse entre normal, leve y moderado, que es acorde a su edad y no afecta en su cotidianidad, además de alcanzar un bajo nivel educativo producto de las limitaciones socioeconómicas presentes en aquella época, se acepta la hipótesis nula H_0 =El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor.

Palabras claves: adulto mayor, envejecimiento, estado cognitivo, educación, reserva cognitiva.

2.1 Abstract

Cognitive status refers to the condition of neuropsychological functioning in relation to development in the environment. From 65 years of age, at the brain level a cognitive deterioration typical of biochronological age occurs, which depending on the psychological development may be classified as normal or pathological. The objective of this study was: To analyze the relationship between the cognitive status and the educational level of the elderly in the Vilcabamba day center for the elderly, it was framed in a mixed, descriptive, and cross-sectional approach, with a population of 16 older adults, based on the use of different methods. To collect the proper information, the psychological instrument Mini-mental cognitive test and a semi-structured interview were applied; and to relate the variables, the Spearman's Chi-square test was used. After analyzing the data, it was possible to determine that the cognitive status of older adults corresponds to 56.3% normal, 18.8% mild, and 25% moderate; Regarding the educational level, 87.5% have the level of basic general education at most, and 12.5% have no schooling level. Regarding the correlation of variables, a negative relationship was found between cognitive status and educational level. Regarding the application of the interview, the population that is composed by older adults between 65 and 94 years of age; mostly widowers; with a lifestyle associated with scarce economic resources which has limited them educationally and socially throughout their lives; among the work occupations and daily performances are agriculture and housewives; a quarter of them suffer from diseases such as hypertension, osteoporosis, prostate and thyroid; Likewise, they present auditory, visual, and physical limitations that do not deprive them of their autonomy. In conclusion, knowing that older adults have a mostly healthy cognitive state, being between normal, mild and moderate, which is according to their age and does not affect their daily lives, in addition to reaching a low educational level as a result of the socioeconomic limitations present At that time, the null hypothesis is accepted $H_0 =$ Cognitive status is not related to the educational level of the older adult.

Keywords: older adult, aging, cognitive status, education, cognitive reserve.

3. Introducción

El envejecimiento es un hecho potencial en continuo desarrollo, con varianza según el contexto geográfico a partir de los diferentes aspectos extrínsecos e intrínsecos propios de la naturaleza humana.

A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más, tendrá un crecimiento que pasará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas (Huenchuan, 2018). Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece; por otra parte, en Ecuador en el año 2020 la población tuvo un incremento del 11% en relación al año 2017 y un 30% al año 2010; con respecto a la ciudad de Loja, actualmente esta población representa en un 8% del total de habitantes y se espera que para el año 2025 la cifra aumente alrededor de un 20%. En este contexto, resulta importante conocer que, según las estimaciones del INEC en el periodo de 2010-2020 la esperanza de vida en Loja fue de 77,7 a 79.0 años de edad, dato que relaciona con lo expuesto según el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) (2021) “en el Ecuador, la esperanza de vida es de 77,25 años de edad, 80 años para mujeres y 74.5 para hombres”.

Por consiguiente, la presente investigación centrada en el estado cognitivo y nivel educativo del adulto mayor es importante, toda vez que el envejecimiento es un proceso natural e ineludible del ser humano y consubstancial al crecimiento bio-psico-socio-cultural a lo largo de su existencia, en el que a causa de la edad cronológica alcanzada, las funciones de los procesos cognitivos básicos y superiores se ven comprometidos a un deterioro normal y propio de la misma, sin embargo, está influenciado por múltiples y complejos factores internos y externos inmersos a lo largo de la vida del adulto mayor. Según Climent (2014), los factores internos pueden ser genéticos, bioquímicos y vasculares asociados a la salud tanto fisiológica, como psicológica, entre ellas la diabetes, hipertensión arterial, Alzheimer (hereditario), hipercolesterolemia, metabolismo alterado en las proteínas AB y tau, depresión, accidente cerebrovascular (ictus), y ciertas enfermedades degenerativas y autoinmunes; y los factores externos como la edad, nivel educativo, condiciones socioeconómicas, ocupación laboral, relaciones interpersonales; así mismo, hábitos relacionados al estilos de vida, como alimentación (estado nutricional), descanso, cuidado personal, actividad física, tabaquismo, consumo de alcohol, drogas y fármacos, durante las etapas anteriores de vida del individuo. Corroborando las consideraciones anteriores, Campbell (2013) sostiene que el deterioro en las funciones cognitivas comparte con la

demencia factores de riesgo como la edad, el género, el nivel educativo, la carga genética y la presencia de trastornos depresivo.

Dadas las condiciones que influyen en el estado cognitivo relacionándolo con el nivel educativo como factor externo predisponente en el marco del presente estudio, resulta importante conocer que:

El Ministerio de Inclusión Económica y Social (2017) [...] indica que: la población adulta mayor presenta un nivel de instrucción secundario incompleto con 415.370 personas (35.4%) seguido de primaria incompleta y ningún nivel de educación con 287.332 (24.5%) y 254.214 (21.7%) respectivamente. Es decir, como máximo la mayoría de esta población reúne once años de educación, lo que refleja un claro problema, pues al presentar predominantemente niveles de educación nula o inconclusa la población adulta mayor se vuelve aún más vulnerable. En cuanto a educación secundaria completa y superior se registran 100.655 (8.6%) y 85.052 casos, lo cual representa un 15.8% de la población. [...] para nivel de instrucción nulo y primaria inconclusa se registran 87.139 (p. 6).

Sobre la base de consideraciones anteriormente expuestas en relación a las dificultades cognitivas que se pueden presentar en la edad adulta en confluencia por factores de diferente índole que afectan en el desenvolvimiento de la vida diaria de los individuos. En la presente investigación, a manera de problemática se ha tomado al nivel educativo como factor predisponente en el estado cognitivo de los adultos mayores de la población seleccionada como objeto de estudio del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba; de ahí que se formuló 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, 2022?

Es así que, el presente Trabajo de Integración Curricular titulado: Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, periodo 2022, se justifica en la importancia del estado cognitivo en los adultos mayores conociendo como el nivel educativo alcanzado puede ser contribuyente para mantenerlo en óptimas condiciones que aporten al desenvolvimiento humano en su cotidianidad.

El objetivo general planteado en el presente estudio fue: Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de las personas adultas mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022; y como específicos: Evaluar el estado

cognitivo en los adultos mayores del centro CAMVIL; Identificar el nivel educativo de los adultos mayores del centro CAMVIL; Establecer la relación del estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor del centro CAMVIL; Caracterizar el estado cognitivo de la población investigada con relación al nivel educativo del adulto mayor del centro CAMVIL.

En cuanto a las variables de estudio, por una parte, el estado cognitivo que alude al proceso mental que permite a un individuo la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, llegando a una independencia en las actividades que realiza diariamente. A medida que se envejece, dentro del cerebro se producen cambios en la morfología, bioquímica, metabolismo y circulación. (Fernández, 2021, p. 13). Y por otra parte el nivel educativo, al respecto Figueroa et al, (2016) manifiesta que la educación es una variable que se encuentra estrechamente vinculada al desempeño ejecutivo de los adultos mayores, de igual modo, plantea que las funciones más sensibles a la escolaridad son la memoria de trabajo y la fluidez verbal fonológica, esto sugiere que los procesos de escolarización potencian estas funciones cognitivas (p.6).

Respecto al marco metodológico, la presente investigación se concretó bajo el enfoque mixto, diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional, ya que midió y procedió a asociar las dos variables como son: el estado cognitivo, y el nivel educativo de los adultos mayores del centro CAMVIL, a partir de la aplicación del examen cognoscitivo Mini-mental, como instrumento de valoración psicológica, una entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos, y la prueba de Chi-cuadrado de Spearman como recurso estadista correlacional. Todo esto se efectuó con la muestra y en el contexto particular, los adultos mayores del centro antes mencionado.

Los alcances que se lograron en el desarrollo del trabajo investigativo permitieron verificar que la mayoría se encuentran dentro de un deterioro cognitivo normal y propio de la edad biocronológica seguido de modera y leve que no tiene afectaciones significativas que afecten en el desarrollo de su actividad mental en relación con las exigencias del medio en su diferente ámbito cotidianos. Por otra parte, con respecto al nivel educativo, mayoritariamente han accedió a la educación general básica (primaria) y el máximo alcanzado corresponde a la educación general básica media, en contraste con una minoría que no accedió a educación por lo cual no cuentan con escolaridad. Es así que, conociendo el funcional estado cognitivo con él cuenta la población investigada pese al bajo nivel educativo alcanzado en su totalidad, mediante la relación estadística se pudo conocer que no

existe influencia entre las dos variables de estudio, por lo cual se acepta la hipótesis nula y se acepta la alterna.

En cuanto a la caracterización del estado cognitivo con relación al nivel educativo de la población objeto de investigación, luego del proceso de recogimiento de los criterios de los investigados (entrevista semiestructurada) sobre la base del diagnóstico e identificación del estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno CAMVI, los entrevistados se encuentran en edades de entre 65 y 94 años; mayoritariamente viudos; con estilo de vida asociado a escasos recursos económicos que los ha limitado educativa y socialmente a lo largo de su vida; entre las ocupaciones laborales y desempeños cotidianos están la agricultura y amas de casa; una cuarta parte padecen de enfermedades como hipertensión, osteoporosis, próstata y tiroides; así mismo, presentan limitaciones auditivas, visuales, y físicas que no los priva de su autonomía; la mayoría expresa una óptima autopercepción y motivación dentro de su vida diaria debido a condiciones de vida más favorables a diferencia de la minoría que manifiestan emociones de tristeza, frustración, sensaciones de abandono y soledad a causa de las dificultades que vivencian en su cotidianidad sociofamiliar.

Concluyendo así que los adultos mayores cuentan con un estado cognitivo considerablemente optimo al encontrarse la mayoría en niveles de deterioro normal, leve y minoritariamente moderado que no se ha visto afectado por el bajo nivel educativo alcanzado formalmente. De esta manera, al no encontrar relación entre las variables de investigación, se acepta la hipótesis nula: **H0**=El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor; y se rechaza la hipótesis alterna: **H1**=El estado cognitivo si tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor.

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 al estado cognitivo y nivel educativo con la finalidad de dar un entendimiento claro y coherente a cada una de las conceptualizaciones descritas a continuación:

4.1. Estado cognitivo en el adulto mayor

4.1.1. Antecedentes investigativos

En un estudio realizado por Ortiz et al. (2006), en Ciudad de México, con el objetivo de determinar la prevalencia de deterioro cognitivo (DC) y su asociación con el nivel educativo y el índice de masa corporal (IMC) en adultos mayores (AM). Utilizando un método transversal, en el cual se entrevistó a 110 adultos mayores, entre ellos hombres y mujeres mayores a 65 años de edad, en el Hospital Xoco en Ciudad de México. Se utilizó un cuestionario general de salud y el Minimental State Examination (MMSE). Dentro de los resultados, se encontró una prevalencia de DC del 58% (65% y 54%) en hombres y mujeres, respectivamente, asimismo, se observaron diferencias significativas al comparar el puntaje obtenido en el MMSE con el nivel educativo, los AM con menor nivel educativo, obtuvieron menor puntaje en el MMSE.

Por otra parte, a nivel nacional, una investigación realizada en la Universidad Técnica del norte, por Gualavisí (2020), en la ciudad Ibarra, titulada: Análisis comparativo del deterioro cognitivo en personas de la tercera edad con formación universitaria y básica en la asociación del adulto mayor en la comunidad de pugacho; analizó la relación que existe entre el deterioro cognitivo y el nivel académico en personas de la tercera edad con formación universitaria y básica en una asociación del adulto mayor, se trabajó con una población de 30 personas, las cuales pasaron por criterios de inclusión y exclusión con el objetivo de instaurar regularidades dentro del correspondiente análisis comparativo logrando alcanzar la fundamentación de la relación intrínseca que existe entre el deterioro cognitivo y el nivel académico en adultos mayores, dependiendo de la formación académica que hayan conseguido alcanzar. Para la recolección de datos se utilizó el test de Geriatric Depression Scale (GDS), creada por Yesavage, et al., probada y usada extensamente con población de adultos mayores; el segundo instrumento fue el test de Escala Mini Mental State Examination (MMSE) de Marshal Folstein, Susan Folstein, & Paul McHugh, el cual sirvió para detectar el deterioro cognitivo mediante el ejercicio de pregunta-respuesta; y finalmente

el test Montreal Cognitive Assessment Basic (MoCA), es un test que ha sido concebido para valorar la integridad cognitiva de personas mayores, su validez lo hace un instrumento idóneo en el trabajo clínico de evaluaciones neurocognitivas. Entre las conclusiones con mayor preeminencia, se encuentra que a mayor nivel académico menor es el deterioro cognitivo en personas de la tercera edad logrando beneficiarse de una menor afectación neurodegenerativa.

En este sentido, a nivel local, se ha encontrado una investigación realizada por Quinche y Gonzales (2020), en la Universidad Nacional de Loja titulada “Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja”, en ella se comprueba que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio dada por una correlación de Pearson 0,834, con una significancia de ($p = 0,000$); además una correlación de Spearman de 0,840 con una significancia de ($p = 0,000$). Los resultados permiten concluir que existe una relación directa expresada así; el estado cognitivo normal se relaciona en mayor medida con una buena calidad de vida; por otro lado, el deterioro cognitivo leve se vincula a una calidad de vida medianamente buena; no obstante, la demencia determina que la autopercepción de calidad de vida sea mala.

4.1.2. Estado cognitivo

Es un proceso mental que permite a un individuo la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, llegando a una independencia en las actividades que realiza diariamente. A medida que se envejece, dentro del cerebro se producen cambios en la morfología, bioquímica, metabolismo y circulación (Fernández, 2021, p. 13).

Se definió como la condición estable de un conjunto de funciones neurocognitivas (orientación, atención, memoria, lenguaje, visuoespacial y ejecutiva, entre otras) necesarias y satisfactorias para el desarrollo de la actividad mental en relación con las exigencias de la vida diaria en múltiples áreas (cotidiana, laboral, social, etc.) (Mías, et al, 2007).

En este sentido, se entiende al estado cognitivo como aquella condición mental del individuo que se ve afectada con el pasar de los años e incide en su vida cotidiana.

4.1.3. Cognición

La cognición hace referencia a la serie de actividades que se dan a nivel psíquico a partir del conocimiento e interacción del medio, como sostiene Gonzales *et al.* (2013): es el “sistema encargado de la construcción y procesamiento de la información que se genera de

la dinámica producida por los procesos cognitivos [...] que permiten la construcción y asimilación del conocimiento.” (p.51).

Siguiendo esta línea, los procesos cognitivos definidos por Vega et al. (1998, como citó Gonzales et al., 2013), son procedimientos u operaciones utilizados por las personas para construir, reconstruir y descubrir conocimientos de los objetos y fenómenos de la realidad.

En este sentido, San Juan (2008) establece que los procesos cognitivos pueden dividirse en dos, las funciones cognitivas básicas, que hacen referencia a los procesos fundamentales en la actividad cognitiva y conductual que involucra atención, percepción y memoria; asimismo, aquellas denominadas más complejas como, lenguaje y funciones ejecutivas, gnosis, praxias. Sin embargo, la lectura, la escritura y el cálculo, aunque no son funciones cognitivas innatas, son habilidades que adquirimos por medio del aprendizaje.

4.1.4. Funciones cognitivas básicas

Las funciones no pueden localizarse en zonas restringidas de la corteza cerebral o en grupos de células aislados, sino que deben estar organizados en sistemas de zonas que trabajan armónicamente, cada una de las cuales ejerce su papel dentro del sistema funcional complejo, y que pueden estar situadas en áreas completamente diferentes, y a menudo, muy distantes del cerebro (Cabrales, 2015, párr. 3).

En este sentido, puede señalarse, como bien lo establece Viramonte (2000) que los procesos cognitivos básicos son aquellos que, como la percepción, la atención y la memoria, se pueden producir sin la intervención consciente del sujeto y tienen una raíz biológica.

4.1.4.1 Percepción.

La percepción se entiende como el conjunto de procesos cerebrales por el que organizamos las sensaciones, estímulos captados a través de los sentidos, creando una realidad interna a partir de la información captada, acciones que efectuadas en el medio y propios estados internos. Según Lupon *et al*, (2016) manifiesta que:

La percepción es el proceso de extracción activa de información de los estímulos, y elaboración y organización de representaciones para la dotación de significado. A diferencia del resto de las funciones cognitivas, presenta la característica distintiva de tener su origen en la interacción física que se da entre el medio y el organismo a través de los sentidos (vista, oído, olfato, gusto y tacto) con lo que viene a ser el punto de encuentro entre lo físico y lo mental.

Asimismo, Sánchez et al. (2008), al respecto nos manifiesta que:

La percepción es la capacidad mental que nos permite integrar y/o reconocer aquello que nos llega a través de nuestros sentidos. Nos permite reconocer aquellos objetos a los que prestamos atención y/o crear patrones propios de conocimiento, por lo tanto, debe producirse un encuentro entre la información sensorial y los archivos de memoria, dando paso a la percepción o interpretación de la realidad (párr. 21).

4.1.4.2. Atención.

La atención alude a un proceso de selección de estímulos por parte del ser humano, mismo que provienen del ambiente o medio que lo rodea. Como bien menciona Gonzales *et al.* (1997).

La atención implica percepción selectiva y dirigida, haciendo referencia al interés por un aspecto particular de estimulación y esfuerzo, o concentración sobre una tarea. El ser humano es ‘bombardeado’ durante la vigilia por señales sensoriales provenientes del exterior e interior del organismo; no obstante, la cantidad de información entrante excede la capacidad de nuestro sistema neuronal para procesarla paralelamente, siendo necesario un mecanismo neuronal capaz de regular y focalizar el organismo, a través de la selección y organización de estímulos que percibe, y así generar un impacto. Este mecanismo es la atención, misma que podría irse desarrollando y deteriorando progresivamente desde la infancia a la adultez, y cuya actividad no se limita únicamente a regular el ingreso de información, sino también procesar la misma. Aspectos como la orientación, exploración, concentración serían quienes integran la atención; mientras que distracciones, impersistencias, confusiones y negligencia reflejarían sus déficits (p. 1990)

De modo accesorio, Sanches *et al.* (2008) nos menciona que “La atención es una función neuropsicológica que sirve de mecanismo de activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje, mediante operaciones de selección, distribución y mantenimiento de la actividad psicológica” (párr. 3).

4.1.4.2.1. Tipos de atención

Son múltiples las clasificaciones que se pueden realizar a cerca de los tipos de atención, sin embargo, aquella más utilizada para el estudio de la atención es la que se centra en analizar los mecanismos que intervienen en el proceso de atención cuando este se pone en marcha. En este sentido de clasificación, según Sevilla (1997), se diferencian tres tipos

de atención que son selectiva, dividida y sostenida. A continuación, se detalla su definición, así como sus aspectos más relevantes.

4.1.4.2.2. Atención selectiva o focalizada.

Partiendo del hecho que en el medio se encuentra la presencia de grandes cantidades de estímulos e información que el individuo ha de seleccionar, procesar y descartar, la atención selectiva se refiere al procesamiento de una parte de la información o unos estímulos en concreto, de forma que se pone en marcha la selección de aspectos que son válidos para completar el proceso de atención. En este, se diferencia dos tiempos, el primero consiste en seleccionar los estímulos adecuados, de todos aquellos que se presentan en el ambiente; el segundo ha de llevar a cabo la selectividad de la respuesta que se va dar como consecuencia de la información recibida.

4.1.4.2.3. Atención dividida.

A diferencia de lo que sucede en los procesos de atención selectiva, la dividida se caracteriza por dar respuesta a múltiples estímulos del medio, atendiendo a todo aquello que resulte relevante para lograr la actividad que se quiere llevar a cabo, de manera que la realización de tareas se maneja de forma simultánea.

4.1.4.2.4. Atención sostenida.

Es aquella actividad que demanda del individuo mantener la atención durante periodos de tiempos que se consideran relativamente amplios, poniéndose en marcha mecanismos para el mantenimiento del foco atencional. Sabiendo que la atención puede ser mantenida más o menos tiempo, en la realización de tareas que requieren desarrollarse en un tiempo prolongado, puede llegar un punto en que disminuye, tornándose una más dispersa cuando el decremento es consecuencia de la distraibilidad o incluso se puede producir un lapsus atencional en el que se observa un empobrecimiento de la intensidad de la atención.

4.1.4.3. Memoria

La memoria tiene la función principal de proporcionar a los seres humanos los conocimientos necesarios para comprender el mundo en el que viven. Kundera (2011) manifiesta que la memoria a partir del presente, actualiza las ideas, planes y habilidades, de los recuerdos conservados y reelaborados. Desde la neuropsicología, establece que la memoria no es unitaria, sino que se compone de varios sistemas interconectados y con distintos propósitos. Las funciones que desempeña se asocian a tres procesos, la recogida de información, organización y recuperación de la misma cuando se necesite; en este sentido se las puede denominar en codificación, almacenamiento y recuperación. Cada sistema de

memoria con sus propias funciones y modos de funcionamiento, operan de manera coordinada y simultánea, teniendo así la impresión subjetiva de que aprender y recordar están en dependencia del funcionamiento mecanismo mental de cada individuo. El problema de la memoria es que no siempre se comporta como quisiéramos y, a veces, sigue su propio programa, es decir, guarda información que no necesitamos u, olvida cosas que nos gustaría recordar. A medida que pasan los años en el individuo, la memoria se hace más frágil y es evidente.

4.1.4.3.1. Tipos de memoria.

Atkinson y Shiffrin (1971-1983, como citó Kundera, 2011) desarrollaron la teoría multi almacén de la memoria reconociendo tres sistemas de memoria que se comunican e interactúan entre sí denominados, memoria sensorial (MS), memoria a corto plazo (MCP) y memoria a largo plazo (MLP).

4.1.4.3.2. Memoria sensorial (MS).

La memoria sensorial registra la información que proviene del ambiente como imágenes, sonidos, olores, sabores y el tacto de las cosas, esto durante un tiempo muy breve, suficiente para ser transmitida a la MCP. Explora las características físicas de los estímulos y registra las sensaciones. Los rasgos físicos de los estímulos, su forma, color, intensidad, son determinantes en el registro de la información. La capacidad de la MS es grande y existe un subsistema para cada sentido. Por un lado, la memoria icónica, registra la información en forma de iconos (imágenes o figuras), y por otro, la ecoica que registra sonidos y palabras.

La duración de la información depende del sentido. En la memoria ecoica la información permanece durante dos segundos, mientras que la icónica guarda la información un segundo. Si la información que llega a la memoria sensorial no es transferida a la MCP, decae rápidamente.

4.1.4.3.3. Memoria a corto plazo (MCP).

La información almacenada de la memoria sensorial se transfiere en parte a la memoria a corto plazo, antes de pasar a la memoria a largo plazo. La función de la memoria a corto plazo es organizar y analizar la información, tal como, reconocer caras, recordar nombres, entre otras, e interpretar nuestras experiencias. La información se codificada en la MCP sobre todo de forma visual y acústica, y en menor medida por signos semánticos. Es una memoria de trabajo que integra todos los conocimientos y recuerdos que importan en la situación presente y ante los problemas del futuro.

Su capacidad de almacenamiento es limitada, no tiene la capacidad de retener más de siete ítems a la vez sin distracción alguna, y los recuerdos se pueden alterar por nuevas experiencias. El tiempo estimado de duración es breve, entre 18 y 20 segundos. Si la información se interpreta y organiza de forma lógica, puede ser recordada más tiempo.

4.1.4.3.4 Memoria de trabajo.

Este tipo de memoria nos permite el mantener los estímulos del presente durante un tiempo determinado, mediante aspectos dinámicos se manipula la información, se relaciona con la memoria a largo plazo, este tipo de memoria nos permite mantener una conversación.

4.1.4.3.5. Memoria a largo plazo (MLP).

La memoria a largo plazo contiene nuestros conocimientos del mundo físico, de la realidad social y cultural, nuestros recuerdos autobiográficos, así como el lenguaje y los significados de los conceptos. Aquí la información está bien organizada, facilitando su acceso cuando es oportuno. La MLP tiene una capacidad ilimitada para almacenar la información, no obstante, no garantiza su recuperación. La MLP posee una vida casi propia, y así mismo recuerda que olvida cosas involuntariamente.

En cuanto a su tiempo estimado de duración, posee un almacenamiento estable y sus contenidos se pueden mantener durante unos minutos, algunos años o toda la vida.

4.1.4.3.6. Memoria declarativa (saber que).

La memoria declarativa almacena información y conocimientos de hechos y acontecimientos. Sirve, por ejemplo, para recordar un rostro familiar o cuánto mide la superficie de la Tierra. Constituye el caudal de los conocimientos del individuo permitiéndole expresar sus pensamientos.

4.1.4.3.7. Memoria procedimental (saber cómo).

Hace referencia a la memoria sobre habilidades o destrezas y almacena el conocimiento sobre cómo hacer las cosas. Este conocimiento se adquiere por condicionamiento o experiencias repetidas y, una vez establecido, es inconsciente.

En otras palabras, almacena información en la manera en cómo se realiza las actividades y se la va adquiriendo al momento de repetir las actividades.

4.1.4.3.8. Memoria episódica.

Es la memoria autobiográfica o personal que nos permite recordar fechas, hechos o episodios vividos en un tiempo y lugar determinados. Guarda acontecimientos de la vida y también las circunstancias en que se aprendió. ¿Recuerdas el nombre de tus maestros de escuela? ¿Tu primer ligue? ¿Has presenciado un accidente de tráfico? Todos son recuerdos

episódicos. La fuente de la memoria episódica es la percepción sensorial y la información que contiene está organizada temporalmente.

4.1.4.3.9. Memoria semántica.

Almacena el conocimiento del lenguaje y del mundo, independientemente de las circunstancias de su aprendizaje. La comprensión del conocimiento cultural (hechos, ideas, conceptos, reglas, proposiciones, esquemas) constituye la fuente de la memoria semántica. Esta puede recuperar la información sin hacer referencia al tiempo o al lugar en que se adquirió el conocimiento. Es casi inmune al olvido, porque el lenguaje, las habilidades matemáticas y otros conocimientos son muy duraderos.

4.1.4.3.10. Memoria explícita.

Es intencional, incluye aprendizajes sobre personas, lugares y acontecimientos que podemos relatar verbalmente y suponen un conocimiento consciente. Este tipo de memoria explica el aprendizaje en la cual el individuo presenta consciencia del momento en que fue adquirida la información.

4.1.4.3.11. Memoria implícita.

Es incidental, nos permite aprender cosas sin darnos cuenta y sin grandes esfuerzos: montar en bicicleta, esquiar o conducir un coche, utilizar reglas gramaticales. Se puede evidenciar en este tipo de memoria la información que recibimos, pero no tenemos consciencia de cuando fue que recibimos la información.

4.1.5. Funciones cognitivas 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.

4.1.5.1. 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).

4.1.5.2. 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).

4.1.5.3. 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).

4.1.6. Factores que influyen en el estado cognitivo

4.1.6.1 Edad.

Las condiciones de salud y bienestar en las edades avanzadas varían entre individuos y dependen de muchas circunstancias, de tal manera que no es posible delimitarlas mediante edades fijas y convencionales. No obstante, también se sabe que estas condiciones están fuertemente correlacionadas con la edad. Según menciona Gonzales (2007), la fragilidad y el grado de riesgo del adulto mayor se incrementan conforme se es mayor. De esta manera, establece tres grupos de acuerdo a la edad:

50 a 64. Este grupo se encuentra en la transición hacia la vejez. En su mayor parte se encuentran en buen estado físico, con capacidad y autonomía y en condiciones productivas y activas. Incluir a esta población en la pre-vejez permite un análisis más completo de las edades avanzadas, con posibilidad de vislumbrar las condiciones de salud que tendrá la población de más de 65 años en un futuro.

65 a 74. Se establece como la tercera edad. Es cuando se notan las mermas en las condiciones físicas, los papeles sociales y en la actividad económica, pero aún en condiciones aceptables de funcionalidad y salud.

75 y más. Este grupo es la cuarta edad. La mayoría de la población presenta decremento en salud y funcionalidad, causa dependencia social y familiar, lo que afecta seriamente la vida y el bienestar.

4.1.6.2 Género.

El análisis del envejecimiento diferenciado por género es fundamental. Los estudios realizados en todas partes muestran que las mujeres tienen mayor esperanza de vida y que los problemas de salud que padecen hombres y mujeres son diferentes a medida que envejecen. Hay más prevalencia de enfermedades agudas y hospitalización entre hombres, mientras que las mujeres sufren más enfermedades crónicas y discapacidades. De alguna

manera, esto explica que las mujeres tienen una peor percepción de su estado de salud (Gonzales, 2007, párr. 19).

De acuerdo con Salgado *et al.* (2007), “las mujeres en la edad adulta son vulnerables por su escasa participación en actividades laborales remuneradas, bajo nivel educativo, la falta de pareja durante la vejez y dificultades económicas y de protección institucional que se pueden presentar” (párr. 7)

En este sentido, Sánchez (2011) menciona que: “Los varones llegan a la vejez con más recursos económicos, y generalmente cuentan con mayor acceso a servicios de salud ya que desarrollaron sus actividades en instituciones que les brindan sistemas de jubilación y pensiones” (p. 51)

Bajo estos aportes, se puede entender que el envejecimiento en relación al género se ve influenciado en gran medida por los factores ambientales como la ocupación o desempeño de los individuos, dejando en ventaja al género masculino por su alta accesibilidad a “mejores” ocupaciones laborales, aunque, aun así, las mujeres tienden a tener mayor esperanza de vida. Según menciona Sánchez (2011):

En los hombres sus organismos pueden estar sujetos a mayor desgaste debido a su rol de proveedores y a las situaciones de riesgo que se asocian a la virilidad: consumo de bebidas alcohólicas, actividades sexuales riesgosas, tabaquismo, experimentación con drogas, ejercicio físico, violencia, falta de cuidado en la dieta, etcétera [...], mientras que algunas condiciones asociadas a los roles tradicionalmente femeninos parecen dar a las mujeres ciertas ventajas frente a los varones en esta etapa. Por ejemplo, se ha sugerido que las mujeres cuentan con redes familiares más sólidas y que al tener que estar siempre pendientes de su salud reproductiva están más familiarizadas con su cuerpo, y pueden identificar con mayor facilidad los problemas de salud (p. 51).

4.1.6.3. Educación.

La educación es un aspecto trascendental en la vida del ser humano, al permitir relacionarse y acceder a trabajos de mayor comodidad con mejor remuneración, tiene un enfoque holístico que influye sobre los demás aspectos o componentes de la vida de los individuos. Gonzales (2018), nos manifiesta que:

La educación y autoeducación del adulto mayor constituye un proceso movilizador que permite adaptarse a las nuevas condiciones. Se considera que es después del

factor genético un aspecto fundamental, que contribuye a retardar los efectos del envejecimiento y a mantenerse en condiciones óptimas (párr.15).

Las personas que son altamente educadas y tienen ocupaciones con altos requisitos mentales muestran un mejor rendimiento en tareas de laboratorio y en varias medidas de funcionamiento cognitivo en diseños transversales, pero también con respecto a la tasa de cambio cognitivo y el tiempo de inicio para el deterioro cognitivo (Pool et al., 2016, p. 15).

En base a las premisas mencionadas se puede decir que la educación tiene relación en cuanto al desenvolvimiento en la edad adulta, puesto que le permite mantenerse un poco más a la vanguardia para mantener relaciones interpersonales, precisamente por mantener sus funciones cognitivas en condiciones altamente saludables en relaciona a aquellos adultos mayores que no han accedido a la educación.

4.1.6.4. Ocupación laboral.

Según Gracia, *et al* (2016), en su análisis basado en diferentes postulados determina que la ocupación laboral es un factor que incide directamente en aspectos de salud del adulto mayor tanto a nivel fisiológico como psicológico, dándonos a conocer que aquellas personas que pudieron acceder a ocupaciones laborales de enfoque intelectual al llegar a la edad adulta conservan mejor su desenvolvimiento mental a diferencia de aquellas personas que se desempeñaron en trabajos de esfuerzo físico. A más ello, aquellas personas que se desempeñaron laboralmente de manera intelectual, le pueden contribuir a la mejora de la capacidad del individuo para ayudar a afrontar el posible deterioro cognitivo (párr. 37).

4.1.6.5. Hábitos.

4.1.6.5.1. Consumo de alcohol y tabaco.

El consumo de alcohol y tabaco es un hábito social y cultural ampliamente extendido en nuestra sociedad, se asocian con mayores enfermedades, más visitas al médico, más síntomas depresivos y menores relaciones sociales. Según Aguilar (2007) manifiesta que:

La ingesta leve o moderada de alcohol reduce el riesgo de enfermedad de Alzheimer y demencia vascular. Sin embargo, también se ha observado que el uso y abuso crónico de alcohol tiene efecto negativo y puede exacerbar los síntomas de deterioro cognoscitivo y daño cerebral irreversible [...]. Las alteraciones neuro-cognoscitivas que se han observado en pacientes con historia de abuso de alcohol: problemas visuoespaciales y alteraciones ejecutivas como enlentecimiento del pensamiento, perseveraciones y confabulaciones

comunes, indicadores de alteración en las funciones ejecutivas en pacientes que beben alcohol en forma crónica. La alteración de la memoria es amnesia anterógrada, mientras que el lenguaje generalmente se preserva.

Contrario a lo que previamente se conocía respecto al efecto protector del tabaco sobre la enfermedad de Alzheimer, han surgido estudios recientes que lo han reconocido como un factor de riesgo para demencia. La exposición crónica al tabaco causa arterioesclerosis e hipertensión subsiguiente. Estos factores, sumados a la agregación plaquetaria aumentada a corto plazo y a la vasoconstricción arterial, explican el riesgo marcadamente elevado de ictus y posiblemente de infartos silentes (párr. 5)

Numerosas investigaciones epidemiológicas han revelado que el nivel de la presión arterial es afectado por la ingesta de alcohol y la práctica de ejercicio físico. Según Paredes (2015):

El consumo de alcohol influye negativamente en los parámetros cardiovasculares, incluyendo la enfermedad hipertensiva. Con respecto a la diabetes, un estudio reciente confirmó que hay una forma de relación entre la cantidad promedio de alcohol consumido por día y el riesgo de la diabetes tipo 2 que parece ser un efecto protector del consumo moderado de alcohol, especialmente entre las mujeres.

A más de ello, el consumo de tabaco puede contribuir al aumento de la presión arterial que es regulado por la liberación de noradrenalina en las suprarrenales y adrenalina en las terminaciones nerviosas periféricas. También se produce la estimulación de quimiorreceptores carotídeos e intrapulmonares. Provocando todos estos mecanismos hipertensión, diabetes, dislipidemias (síndrome metabólico), daño vascular, pulmonar, hepático y cáncer (párr. 27)

4.1.6.5.2. Alimentación.

Es conocido que los hábitos alimentarios inadecuados se convierten en un factor de riesgo importante de morbilidad y mortalidad, contribuyendo a una mayor predisposición a infecciones y a enfermedades crónicas asociadas con el envejecimiento lo que disminuye la calidad de vida de esta población. Según Restrepo (2006), algunos cambios del envejecimiento que inciden en la alimentación y en el estado nutricional del adulto mayor son:

Factores físicos: como problemas de masticación, salivación y deglución, discapacidad y minusvalía, deterioro sensorial, hipofunción digestiva.

Factores fisiológicos: como disminución del metabolismo basal, trastornos del metabolismo de hidratos de carbono de absorción rápida, cambios en la composición corporal, interacciones fármacos - nutrientes, menor actividad física, soledad, depresión, aislamiento y anorexia.

Factores psicosociales: pobreza, limitación de recursos, inadecuados hábitos alimentarios.

Estos aspectos contribuyen a la fragilización del individuo, entendida esta como una condición que se encuentra con frecuencia y genera una morbilidad y mortalidad importante. La alimentación, el estado nutricional y la actividad física que realiza cada individuo influyen en la evolución de la fragilización, la malnutrición por lo tanto puede ser el origen o la consecuencia de la misma.

El estado de salud física y mental de las personas mayores depende en gran parte de la forma de alimentarse en la infancia y la edad adulta. En la calidad de vida y longevidad influyen los hábitos de alimentación y otros factores de tipo psico-social que determinan la seguridad alimentaria y nutricional de este grupo de población como la soledad, la falta de recursos económicos, la baja disponibilidad de alimentos, la anorexia, las enfermedades crónicas entre otras, las cuales determinan el consumo de alimentos y el estado nutricional (párr, 2-8).

4.1.7. Teoría del desarrollo cognitivo de Piaget

Es conocida principalmente como una teoría de las etapas de desarrollo, pero, de hecho, se trata de la naturaleza del conocimiento en sí y cómo los seres humanos llegan gradualmente a adquirirlo, construirlo y utilizarlo (asimilación y acomodación). Para Piaget, el desarrollo cognitivo era una reorganización progresiva de los procesos mentales que resultan de la maduración biológica y la experiencia ambiental. Afirma que el desarrollo cognitivo está en el centro del organismo humano, y el lenguaje es contingente en el conocimiento y la comprensión adquirida a través del desarrollo cognitivo.

Piaget dividió el desarrollo cognoscitivo en cuatro etapas y estas no se pueden omitir, cada vez que los sujetos entran a ciertos niveles de edad se asocian a una nueva etapa misma que no se retroceden ya que el desarrollo cognitivo sigue una secuencia que implica cambios que más adelante adquieran habilidades en operaciones mentales (Linares, 2007).

4.1.8. Teoría sociocultural del desarrollo cognitivo de Vygotsky

La teoría de Vygotsky nos hace ver como el aprendizaje se construye paulatinamente durante los primeros años y con ayuda del contexto social del niño. Lev Vygotsky (Rusia,

1896-1934) sostenía que los niños desarrollan paulatinamente su aprendizaje mediante la interacción social: adquieren nuevas y mejores habilidades, así como el proceso lógico de su inmersión a un modo de vida rutinario y familiar (Eduimpulsa, 2019).

Así mismo, esta teoría sociocultural del desarrollo cognitivo se enfoca no solo en cómo los adultos y los compañeros, mediante un trabajo colaborativo, influyen en el aprendizaje individual, sino también en cómo las creencias y actitudes culturales impactan en el modo de llevar a cabo la instrucción y el aprendizaje.

Según Vygotsky, los niños tienen todavía por delante un largo periodo de desarrollo a nivel cerebral. Además, cada cultura proporciona lo que él llamó herramientas de adaptación intelectual. Estas herramientas permiten a los niños usar sus habilidades mentales básicas de manera sensible a la cultura en la que crecen.

4.1.9. Estado cognitivo en el adulto mayor

El periodo del ciclo vital conocido como adultez mayor o senescencia según Tello (2016), posee características de mayor peculiaridad a diferencia de las fases pasadas, al acumular factores y experiencias de etapas previas y afrontar desenlaces que no por previsible o conocidos dejan de generar estados de ansiedad o nerviosismos, incertidumbre, pesimismo. El factor tanto afectivo como emocional en el adulto mayor, muchas veces privado de la pertenencia y apoyo familiar o interacciones socialmente positivas, influye significativamente en la reducción gradual de diversas funciones biológicas, cognitivas o sensoriales y por ello, una mayor vulnerabilidad a variados agentes o factores patógenos.

Como manifiesta Fernández (2021), algunos de los cambios que se producen, son la reducción de volumen y adelgazamiento de la corteza frontal, los mismos tienen un desempeño básico en términos de atención y función ejecutiva. Reducción en el volumen neuronal, los cambios sinápticos y la extensión dendrítica de las células piramidales, disminuyen los neurotransmisores y el número de receptores, donde el enfoque principal se da en enfermedades neurodegenerativas. Alrededor de los 60 años, la memoria, fluidez oral, lógica matemática, eficiencia y velocidad del análisis disminuyen; sin embargo, para que exista un deterioro cognitivo dependerá en gran medida de los factores externos y la capacidad adaptativa que presta plasticidad neuronal.

4.1.10. Alteraciones Neuropsicológicas en el adulto mayor

Con el paso de los años, las personas experimentan una serie de alteraciones en su organismo pluricelular que son propias de la naturaleza humana. De esta manera, Bentosela & Mustaca (2005) exponen que “El envejecimiento normal produce una serie de cambios

que se presentan asociados a una declinación general de las funciones fisiológicas. Como consecuencia surge un conjunto de déficit conductuales, cognitivos y emocionales” (p. 211)

Bajo esta consideración, a continuación, se detallan las alteraciones neuropsicológicas que se presentan en el adulto mayor dentro de sus diferentes funciones cognitivas.

4.1.10.1. Atención y percepción.

En los adultos mayores la atención, sobre todo si debe ser mantenida voluntariamente, disminuye. El comportamiento de la atención sufre cambios con la edad que se manifiestan en un declive en la tasa de exactitud en la detección de señales, que podría interpretarse como una disminución progresiva en el grado de vigilancia, manifestada en tareas que requieran atención mantenida.

El déficit en la atención selectiva se ha explicado por la dificultad de discriminación entre estímulos relevantes e irrelevantes, lo que significaría que se trata de un problema perceptivo.

Los adultos mayores tienen problemas de agudeza y procesamiento visual, problemas de sensibilidad a la iluminación con dificultades de visión en lugares poco iluminados, problemas para distinguir colores (especialmente verdes y azules), problemas para enfocar diferentes distancias y déficit en la percepción espacial (percepción del movimiento y la velocidad). Estas dificultades influyen en el tiempo que necesitan para identificar estímulos visuales, y, por lo tanto, aumenta el tiempo requerido para resolver tareas perceptivas en comparación con los jóvenes (Sánchez *et al.*, 2008, párr. 10, 11, 25).

En este sentido, los procesos atencionales y perceptivos al estar en directa relación con los órganos sensoriales, si se ven comprometidos o en declive, afectarán las funciones cognitivas y así el desenvolvimiento del adulto mayor.

4.1.10.2. Memoria.

La alteración de la memoria puede variar desde la pérdida normal a la patológica que son características en las demencias seniles como Alzheimer. En palabras de Casanova *et al.* (2004):

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, frecuentemente, la primera disfunción cognitiva en aparecer es la pérdida de memoria, y esta función es la más afectada. El trastorno de la memoria asociado con la edad (TMAE) es un estado clínico que se caracteriza por la pérdida de la memoria en personas de 50 o más años

de edad sin otra causa que lo explique, y que puede ser bastante común por el hecho de vincularse con el envejecimiento normal. La atención de estos pacientes comporta elevados costos económicos para la familia y la sociedad. Aunque los defectos conductuales asociados con el TMAE son leves, en comparación con los encontrados en las demencias, son molestos y difíciles para muchos adultos de la mediana y tercera edad que realizan actividades intelectuales; sin embargo, el trastorno de la memoria que se observa en los ancianos no siempre es benigno, ya que puede progresar hacia una demencia, y existe la posibilidad de que se trate de dos entidades diferentes (párr. 1).

4.1.11. Deterioro Cognitivo en el adulto mayor

El deterioro cognitivo en el adulto mayor está en relación directa con la existencia temporal del individuo, haciendo referencia a las diferentes capacidades mentales, que asociados a diversos síndromes geriátricos pueden producir patologías en el adulto mayor, mismos que son los causantes del deterioro o la pérdida de las diferentes funciones mentales (Barrera, 2017).

Con base en lo mencionado, se puede decir que el deterioro cognitivo es característico de la edad adulta y puede estar asociado a diferentes patologías que dificulten el desenvolvimiento de su diario vivir.

4.1.11.1. Tipos de deterioro cognitivo

4.1.11.1.1. Deterioro cognitivo normal y patológico

En el envejecimiento cognitivo normal existen alteraciones que inevitablemente se dan en relación a los años de edad. Sin embargo, es un evento único y diferente en cada persona, aunque existen aspectos comunes de esta edad que se manifestaran indistintamente en cada organismo. Por ejemplo, el sistema nervioso envejece y se puede observar en la conducta, a través de cambios emocionales, el más característico es la depresión, que si no se lleva a cabo algún tipo de tratamiento puede acabar desembocando en un deterioro cognitivo; algunos fallos en la memoria, pero sin incapacitación al individuo en su desarrollo diario; las funciones cognitivas sufren cambios, pero no todas por igual, aunque las funciones ejecutivas son las primeras en afectarse; el cerebro sufre cambios morfológicos, moleculares y neurofisiológicos; se dan cambios sensoriales y fisiológicos.

Por otro lado, en el deterioro cognitivo patológico, hablamos sobre un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal, y el estadio temprano de la demencia. Implica ciertos rasgos patológicos, sin embargo, no cumple los criterios

necesarios para ser catalogado como demencia. La persona con DCL aún posee mecanismos para compensar los déficits y mantener su autonomía, pero es imprescindible que reciba terapias adecuadas, porque en algunos casos el deterioro será reversible, pero es posible que en otros individuos se quedará estancado, u progrese paulatinamente a una demencia (González, 2018)

4.1.11.1.2. Clasificación del deterioro cognitivo patológico

Existen diferentes grados de deterioro cognitivo caracterizados de acuerdo a las funciones cognitivas implicadas.

Deterioro cognitivo leve: se presenta cuando existe un grado de deterioro en la memoria, pero esto no afecta el diario vivir del paciente.

Deterioro cognitivo moderado: Se define como un pobre o menor rendimiento en una o más áreas cognitivas lo que sugiere déficit en un o más dominios cerebrales. Estos dominios en mención son: funciones ejecutivas, atención, lenguaje, memoria y habilidades viso-espaciales, con la preservación de la independencia en las actividades de la vida diaria.

Deterioro cognitivo grave: se identifica cuando al paciente le resulta difícil comunicarse, no comprende su realidad y hay pérdida significativa de la memoria. Los pacientes con deterioro grave tienen una alteración cognitiva mayor que puede alterar su funcionamiento en las actividades diarias, incluso básicas.

Demencia: se genera cuando se presenta deterioro total de la memoria y en otras áreas cognitivas, además, se presentan cambios de la conducta del paciente (Queralt, 2016; Sequeira, 2019; Buiza, et al., 2007).

4.1.12. Criterios diagnósticos del deterioro cognitivo

De acuerdo a Peña (2007, como se Citó en Barrera, 2016) manifiesta que los criterios diagnósticos para determinar el deterioro cognitivo deben estar asociados a la alteración de una o más de las siguientes áreas cognitivas, como son, atención-concentración, lenguaje, gnosias, memoria, praxias, funciones visoespaciales y funciones ejecutivas.

4.1.13. Evaluación del estado cognitivo

Las escalas cognitivas se utilizan con frecuencia en la investigación y la práctica geriátricas. Estos instrumentos se construyen con supuestos subyacentes que forman parte de su proceso de validación.

Una primera aproximación al paciente con queja o sospecha de deterioro cognitivo debería incluir un examen de, al menos, las áreas más frecuentemente alteradas: la memoria episódica (ME) y las funciones ejecutivas (FE).

El Foto test, el Minimental State Examination de Folstein (MMSE) y el Mini examen cognoscitivo de Lobo son las opciones más recomendables en el primer nivel asistencial, pudiendo añadirse otros test (test del reloj) en caso de resultado negativo y queja o sospecha persistente.

Foto Test: El Foto Test consta de una tarea de denominación visoverbal de 6 objetos (lenguaje), una tarea de fluidez verbal (lenguaje, FE), y una tarea de ME mediante el recuerdo libre y facilitado de las imágenes previamente denominadas.

Minimental state examination, Mini examen cognoscitivo (Folstein/Lobo): Explora orientación temporal y espacial, memoria inmediata, fijación, atención y calculo, memoria y habilidad visoespacial. Tiene poca sensibilidad en fases iniciales del deterioro. Muy influenciado por la edad y el nivel educativo y su utilidad diagnóstica no mejora con la corrección de las puntuaciones para estas dos variables.

Test del reloj: Valora el funcionamiento cognitivo global (apraxia constructiva, la ejecución motora, atención, comprensión y conocimiento numérico). No es suficiente para diagnóstico de forma aislada, pero sí como complemento a otros test. Poco apropiado en pacientes analfabetos (Bueno *et al.*, 2019).

4.1.14. Envejecimiento y adulto mayor

El envejecimiento hace referencia a un proceso global, progresivo, irreversible, dinámico, declinante e ineludible. Se aprecian cambios multidimensionales a nivel físico, psicológico y social, resultantes de la relación de los componentes genéticos, ambientales y socioculturales en dependencia del estilo de vida y la presencia o no de patologías. Aunado a esto, la (OMS) Organización Mundial de la Salud (2015) manifiesta que:

En el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares. Con el tiempo, estos daños reducen gradualmente las reservas fisiológicas, aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen en general la capacidad del individuo. A la larga, sobreviene la muerte. Más allá de las pérdidas biológicas, la vejez con frecuencia conlleva otros cambios importantes. Se trata de cambios en los roles y las posiciones sociales, y la necesidad de hacer frente a la pérdida de relaciones estrechas. [...] Las metas, las prioridades motivacionales y preferencias también parecen cambiar; hay quienes plantean que la vejez incluso puede estimular el cambio de perspectivas materialistas por perspectivas más trascendentes (p.27).

Anexo a lo anterior, resulta importante hacer mención sobre el adulto mayor, al ser el individuo que transita el ya mencionado proceso, su concepto relativamente nuevo, surgió como alternativa a términos como, persona de tercera edad, anciano, abuelo, viejo, que pueden expresar un sentido peyorativo sesgado a la discriminación y exclusión. “Un adulto mayor es aquel individuo que se encuentra en la última etapa de la vida, la que sigue tras la adultez y que antecede al fallecimiento de la persona” (Burbano, 2013, como se cita en Baldeón, 2015, p.31).

Dicho de otro modo, el sujeto adulto mayor, a lo largo del desarrollo atraviesa por las distintas etapas del ciclo vital, incluyendo la última propia de su actual transición. Desde la perspectiva de Papalia (2010), las etapas del individuo humano se dividen en tres periodos de desarrollo: infantil, adolescente y adultez, mismos que a su vez se subdividen en etapas

En el desarrollo infantil se incluye el periodo prenatal, que parte desde el momento de la concepción hasta el nacimiento; la infancia, que hace referencia a los dos primeros años de edad; la niñez temprana, que parte de los tres a cinco años de edad; y la niñez intermedia de seis a once años de edad.

El desarrollo adolescente toma inicio desde los 12 años de edad, hasta culminar en los 19.

El periodo adulto por su parte incluye, la juventud, que parte desde los 20 hasta los 30 años; la edad madura, que hace referencia desde los 40 años de edad hasta los 50; y la vejez que prácticamente parte de los 60 en adelante.

Es necesario hacer mención acerca de la variabilidad prevalente en el proceso envejecimiento humano. No todos los individuos comparten un mismo proceso de envejecimiento, es un hecho evidente y fácilmente observable por los cambios externos como, piel, cabello, masa muscular, articulación y movimiento, etc.

4.1.15. Tipos de edades en el adulto mayor

Al ser el individuo humano un ser biopsicosocial, y conociendo los cambios que se producen en él a partir de los años, desde luego que presentará cambios con la edad a nivel de sus diferentes contextos tal como se detalla a continuación:

4.1.15.1. Edad cronológica: hace referencia a los años de vida del individuo desde el día de su nacimiento.

4.1.15.2. Edad biológica: se refiere al proceso de envejecimiento fisiológico del ser humano.

4.1.15.3. Edad psicológica: está en relación al funcionamiento cognoscitivo presente en el individuo.

4.1.15.4. Edad social: abarca el proceso interactivo en las relaciones familiares y sociales (Riera, et al, 2012, como citó Barrera, 2017).

4.1.16. Tipos de envejecimiento.

Entre los tipos de envejecimiento, a continuación, se detallan desde los aspectos biológicos, psicológicos y sociales:

4.1.16.1. Envejecimiento biológico.

Se caracteriza por la desregulación homeostática, con un progresivo deterioro funcional en las células proporcional al tiempo. La capacidad organizativa de reparación a sí mismo se ralentiza y las funciones inmunológicas disminuyen, originando de esta manera que el individuo sea propenso a contraer alguna patología.

Como lo afirma Parker, *et al.* (2019), se desarrollan cambios corporales internos y externos, relacionado con la disminución de las funciones metabólicas y celulares, en correlación a las patologías subyacentes que presentan los adultos mayores. El peso y la pérdida de grasa de los ancianos se ven afectados por cambios en la regulación energética que ocurren normalmente, en los que se ve afectada la capacidad de regular con precisión el gasto energético. Los factores reconocidos incluyen: absorción retardada de macronutrientes secundaria a una disminución de la sensibilidad olfativa y gustativa; cambios en las hormonas reguladoras de la energía y mediadores metabólicos durante el envejecimiento, cambios en los patrones de ingesta de alimentos.

Resulta importante mencionar que, un individuo que se mantiene en forma sometido a controles regulares podría parecer biológicamente más joven que alguien que tiene la misma edad y no aplica estos cuidados.

4.1.16.2. Envejecimiento psicológico.

El envejecimiento psicológico se manifiesta sobre las diferentes funciones psíquicas, las formas en que percibimos la realidad, relaciones consigo mismo y los demás. Como lo menciona Fernández (2021).

El envejecimiento psicológico implica cambios en: memoria, aprendizaje, inteligencia, personalidad, entre otros. Se puede decir que una persona adulta, mentalmente activa, y capaz de afrontar situaciones nuevas es psicológicamente joven. Los problemas de

salud mental que se presentan con más frecuencia en los AM son la ansiedad, depresión, demencia, esquizofrenia, consumo de alcohol, enfermedades neurodegenerativas, entre otros (p. 10)

4.1.16.3. Envejecimiento social.

Alude a los cambios de roles y relaciones interpersonales que el individuo enfrenta a medida que va envejeciendo. Como bien menciona Alvarado y Moreno (2007, como citó Alvarado y Salazar, 2014).

La persona identifica problemas clave y busca estrategias para resolverlos, hace arreglos con su propia vida y en torno a su familia, evalúa las consecuencias de dichos arreglos y reorganiza las estrategias, pero no se enfrenta solo: su proceso involucra también a su familia, comprometiendo la dinámica, los roles y la economía familiar, entre otros, que determinan también los procesos de reproducción social (p. 59).

Por otro parte, basándose en los indicadores de salud, (enfermedades crónicas, capacidad funcional, deterioro cognitivo, autopercepción del estado de salud) y factores de riesgo (consumo de alcohol y tabaco, sedentarismo) como bien menciona Ávila (2010) las siguientes cuatro clases de envejecimiento.

4.1.16.4. Envejecimiento ideal

Cuando el adulto mayor presenta un estado de salud óptimo y demuestra autonomía al realizar las actividades de la vida cotidiana, no padece enfermedades crónicas, ni deterioro cognitivo y se percibe su salud como buena, sin fumar ni beber.

4.1.16.5. Envejecimiento activo

Se refiere la realidad del individuo asociado a un estado de salud regular y factores de riesgo medios o altos. El adulto mayor puede presentar una enfermedad crónica, tiene alguna dificultad para realizar actividades del diario vivir, aunque es independiente y no sufre deterioro cognitivo.

4.1.16.6. Envejecimiento habitual

Si el estado de salud es regular y se asocia a factores de riesgo medios o bajos. El individuo presenta más de una enfermedad crónica y tiene limitaciones en realizar actividades de la vida cotidiana, con incapacidad funcional, aunque se mantiene independiente, se presencia deterioro cognitivo leve o normal.

4.1.16.7. Envejecimiento patológico

En este tipo, el adulto mayor presenta un estado de salud regular con riesgos altos, o, malo sin importar los factores de riesgo. El individuo presenta enfermedades crónicas, padece deterioro cognitivo, presenta discapacidad con dependencia de terceros.

Cada tipo de envejecimiento es único para cada persona, con diferentes cambios, en relación directa con el estilo de vida que le permitirá preservar la salud de cada individuo.

4.1.17. Transición demográfica en el adulto mayor

El envejecimiento demográfico es un hecho potencial en continuo desarrollo, con varianza según el contexto geográfico a partir de los diferentes aspectos extrínsecos e intrínsecos propios de la naturaleza humana.

A nivel mundial, entre 2015 y 2030 la población de 60 años y más se elevará de 900 millones a más de 1.400 millones de personas. Ello supone un incremento del 64% en tan solo 15 años, siendo el grupo de edad que más crece. En términos relativos, el porcentaje de población de 60 años y más pasará del 12,3% en 2015 al 16,4% en 2030 (Huenchuan, 2018, p. 11).

Por otra parte, en Ecuador según la constitución de la república en la Ley de las personas Adultas Mayores (2019) una persona es considerada adulta mayor a partir de los 65 años de edad.

Según datos del INEC (2019) en el mismo año, “existieron alrededor de 1.264.423 adultos mayores, de los cuales 46% son hombres y un 54% restante son mujeres. En el 2020 la población tuvo un incremento del 11% en relación al año 2017 y un 30% al año 2010” (p. 6).

Así mismo, según el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) (2021) “en el Ecuador, la esperanza de vida es de 77,25 años de edad, 80 años para mujeres y 74.5 para hombres” “(párr. 3).

En la ciudad de Loja, existe un número importante de adultos mayores. Esta población representa en un 8% del total de habitantes y se espera que para el año 2025 la cifra aumente alrededor de un 20%. Por otro lado, según las estimaciones del INEC en el periodo de 2010-2020 la esperanza de vida fue de 77,7 a 79.0 años de edad respectivamente.

4.2. Educación y niveles educativos

4.2.1. Educación

Según la UNESCO (2021), manifiesta que “la educación es un derecho humano para todos, a lo largo de toda la vida, y que el acceso a la instrucción debe ir acompañado de la calidad” (párr. 2).

Freire plantea la educación como un proceso dinámico de construcción, de apropiación, de crítica y autocrítica del conocimiento por parte de los sujetos involucrados para generar nuevos conocimientos y no reducirse a repetir o copiar los existentes. Por lo tanto, es praxis que no se queda en la acción, sino que es una actividad orientada a transformar la realidad; y esta acción transformadora hace que la educación tenga la principal función de crear personas libres y autónomas (Freire, 1986, como citó Gadotti, 2008, p. 86)

4.2.1.1. Educación formal.

Según la CINE (2011) hace regencia a la educación institucionalizada, intencionada y planificada por organizaciones públicas y organismos privados acreditados. En su conjunto, esta constituye el sistema educativo formal del país. Por consiguiente, los programas de educación formal son reconocidos por las autoridades nacionales pertinentes o instancias equivalentes, por ejemplo, cualquier otra institución que colabore con las autoridades nacionales o subnacionales de educación. La educación formal comprende esencialmente la previa al ingreso al mercado laboral. Con frecuencia, la educación vocacional, la educación para necesidades especiales y parte de la educación de adultos se reconocen como parte integral del sistema nacional de educación formal (p. 84)

En otras palabras, es aquella que esta regularizada y debidamente organizada por las entidades gubernamentales que no necesariamente perteneces al ámbito público, para así garantizar calidad y poder brindan la certificación con el aval constitucional de educación formalizada. A esta educación generalmente se la conoce como, escuela, colegio, universidad, postgrados y demás que estén dentro del marco legal competente de cada nación.

4.2.1.2. Educación no formal.

Es una modalidad que puede ser ofrecida por diversas entidades entre las que se incluyen establecimientos de educación, empresas privadas, organizaciones no gubernamentales e instituciones públicas. En ciertos casos, las mismas instituciones que imparten educación formal también pueden ofrecer educación y capacitación no

formal. Sin embargo, así como ocurre con los programas de educación formal, el tipo de proveedor no debe utilizarse como criterio principal para establecer distinciones entre la educación y capacitación no formales, ni entre la educación formal y no formal (CINE, 2011, p. 80).

Este tipo de educación es denominada como, cursos, capacitaciones, oficios y demás que no necesariamente están regularizados por instituciones gubernamentales, no obstante, existen excepciones con el fin de darle mayor validez y fiabilidad al cursante.

4.2.1.3. Educación informal.

Se entiende como la adquisición de conocimientos a lo largo de la vida del individuo a partir de las experiencias del diario cotidiano en relación con el medio, de acuerdo con la CINE (2011), el aprendizaje informal se ha definido como una modalidad de aprendizaje intencionada o deliberada, aunque no institucionalizada. En consecuencia, este aprendizaje es menos estructurado y organizado que aquellos correspondientes a la educación formal y no formal. Puede incluir actividades de aprendizaje realizadas en el hogar, centro de trabajo, centro comunitario o como parte del quehacer diario. Además, estas pueden ser autodirigidas o dirigidas por la familia o la comunidad.

4.2.2. Niveles educativos del sistema formal locales

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

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

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

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

En ese sentido, el Reglamento de la Ley Orgánica de Educación Intercultural (LOEI) (2015) expone los niveles de educación de la siguiente manera:

El sistema nacional de educación tiene tres niveles: Inicial, Básica y Bachillerato

4.2.2.1. Nivel de Educación Inicial.

Este nivel se divide en dos subniveles:

Inicial 1, que no es escolarizado y comprende a infantes de hasta tres años de edad

Inicial 2, que comprende a infantes de tres a cinco años de edad.

4.2.2.2. Nivel de Educación General Básica.

En este nivel se enmarcan cuatro subniveles:

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

Básica Elemental, que 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.

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

Básica Superior, que 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.

4.2.2.3. Nivel de Bachillerato.

En este nivel constan tres cursos y preferentemente se ofrece a los estudiantes de 15 a 17 años de edad.

Primero de bachillerato

Segundo de bachillerato

Tercero de bachillerato.

De acuerdo al reglamento de educación se establece que para cada nivel educativo existe una edad acorde, sin embargo, no se debe negar el acceso del estudiante a un grado o curso por su edad. En casos tales como repetición de un año escolar, necesidades educativas especiales, jóvenes y adultos con escolaridad inconclusa, entre otros, se debe aceptar, independientemente de su edad, a los estudiantes en el grado o curso que corresponda, según los grados o cursos que hubiere aprobado y su nivel de aprendizaje. (Ministerio de Educación, 2016, p. 10)

4.2.3. Evaluación del nivel educativo.

Para poder determinar los diferentes niveles educativos es necesario acogerse a la estructura establecida por el contexto, es decir, se debe conocer los niveles que el estado

determina, y a partir de ello hacer uso de un instrumento de indagación o recolección de información para poder conocer. Según Díaz et al (2019):

El instrumento utilizado para analizar la variable [...] nivel educativo, corresponde a los registros de la entrevista en la que se obtuvieron datos sociodemográficos. El nivel educativo se categorizó en tres niveles: el primero, entre 1 y 6 años de escolaridad; el segundo, entre 7 y 12 años, y el tercero, menos de 12 años (párr. 29)

4.2.4. Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor

4.2.4.1. La reserva cognitiva en el adulto mayor

Stern (2002) presenta la Reserva Cognitiva (Rcog) como la capacidad de optimizar o maximizar el rendimiento cognitivo a través del reclutamiento diferencial y modulado de redes cerebrales, que posiblemente reflejan el uso de estrategias y programas cognitivos alternativos; así, si un individuo es capaz de usar redes cognitivas alternativas, redes cerebrales alternativas también se fortalecerán. Lo importante de esta capacidad humana principalmente funcional y no anatómica, es que puede estar mediada por factores biológicos, pero principalmente emerge según las demandas y exigencias de las actividades a las que el individuo esté expuesto, es decir, depende del contexto.

Dentro de las variables que miden el desarrollo de la reserva cognitiva, Rodríguez y Sánchez (2004, como citó Vásquez *et al*, 2014) presentan la educación, la historia vital (condiciones materiales, relación con padres, salud física en la infancia), las actividades de entretenimiento (tocar un instrumento, realizar manualidades, tejer, aprender cocina, viajar, hacer actividad física), el estilo de vida (relaciones sociales, vínculos afectivos), la actividad laboral (ocupación, profesión, actividad intelectual), los hábitos nutricionales y las diferencias en el estatus socio-económico.

Jones et al. (2011) manifiestan que debe entenderse la reserva cognitiva como un constructo hipotético, por tanto, mientras no se identifique una medida directa, es conveniente considerar un enfoque de análisis de datos variables que contribuyan a probar las teorías acerca de la reserva cognitiva, estos datos pueden incluir medidas personales y contextuales, tales como, nivel educativo, capacidad intelectual, nivel socioeconómico.

Por ello, desde la perspectiva conductual, se han desarrollado cuestionarios de medición de la reserva cognitiva teniendo en cuenta los factores que han demostrado mayor validez. Tal es el caso de Valenzuela y Sáchez (2007), quienes basados en la evidencia que soporta que factores como la educación, el nivel ocupacional y el estilo de vida mentalmente activo, constituyen indicadores fiables en el “Lifetime of Experiences Questionnaire”

(LEQ), escala que evalúa la realización de diferentes actividades en tres etapas de la vida: adultez joven, adultez media y vejez; en cada etapa se incluyen variables tanto intelectuales como no intelectuales asociadas a el nivel educacional, cursos de formación, deportes, música, lectura, etc.

A partir de lo mencionado, es posible que el factor más significativo asociado a la reserva cognitiva sea el nivel educativo, en este sentido, Stern (2002) encuentra una relación positiva entre la educación y el aumento de la densidad sináptica, explicando cómo la educación promueve la generación de nuevas estrategias mentales que la favorecen en sujetos sanos en comparación con sujetos con enfermedad de Alzheimer y menor nivel educativo.

Con base en las premisas planteadas se puede manifestar que los niveles de educación son un factor significativamente positivo en el estado cognitivo del adulto mayor, capaz de preservarlo en óptimo funcionamiento para enfrentarse al proceso de envejecimiento con las menores alteraciones neuropsicológicas posibles.

4.2.4.2. Estado cognitivo en relación al nivel educativo del adulto mayor.

La educación orienta al individuo a ver, a escuchar, a reflexionar y a ser autor de sus propios juicios; prepara a la persona para la vida y le proporciona conocimientos y hábitos que faciliten la consecución del equilibrio mental, afectivo e intelectual (Fernández, 2019)

Actualmente, los niveles competitivos para alcanzar un óptimo desarrollo humano son cada vez más desafiantes y la educación como medio exige ardua preparación para poder tener éxito.

Las competencias que el ser humano requiere parten de que es necesario aprender a vivir para desarrollar plenamente su potencial y capacidad, mejorar sus condiciones de vida y de trabajo, participar como ciudadanos responsables y afrontar los retos que el siglo XXI nos presenta tanto en lo individual, en lo social y en el trabajo a través de la educación (Milán, 2014, p. 3.).

A partir de lo mencionado, resulta necesario que los individuos vivan experiencias educativas capaces de crear aprendizajes significativos en que puedan desarrollarse competencias permanentes para afrontar las distintas situaciones que se pueden presentar a lo largo de la vida propia del individuo y en la sociedad. En palabras de Milán (2014): “Se pretende que la educación a lo largo de la vida brinde herramientas para ordenar las distintas etapas de la misma, para preparar las transiciones, diversificar y valorizar las trayectorias de los niños, jóvenes y adultos” (p. 4).

En este sentido, Figueroa et al, (2016) manifiesta que la educación es una variable que se encuentra estrechamente vinculada al desempeño ejecutivo de los adultos mayores, de igual modo, plantea que las funciones más sensibles a la escolaridad son la memoria de trabajo y la fluidez verbal fonológica, esto sugiere que los procesos de escolarización potencian estas funciones cognitivas (p.6).

Bajo estas consideraciones, el aspecto educativo juega un papel de suma importancia dentro del desarrollo cognoscitivo del adulto mayor, al ser una actividad que está en búsqueda constante de conocimiento, demanda de procesos atencionales, memoriales y en general del funcionamiento cognitivo para el procesamiento de información. Por ello, es capaz de potenciar las funciones cognitivas y mantenerlas óptimas condiciones para enfrentarse a diferentes circunstancias de la vida diaria

Cabe destacar, que, para mayor fiabilidad de las premisas mencionadas, existen numerosas investigaciones que las fundamentan, mismas que se exponen en la contextualización del presente trabajo de investigación, así mismo, el postulado teórico muy reconocido como es, la teoría de la reserva cognitiva acredita manifestado que aspectos como el nivel educativo y ocupación laboral influyen significativamente en estado cognitivo del adulto mayor.

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

Resultados La metodología de investigación hace referencia a las decisiones que tomó el investigador para alcanzar sus objetivos, centrándose en aspectos como el diseño de la investigación, la estrategia a utilizar, la muestra de estudio, los métodos para recopilar información, las técnicas para el análisis de datos, criterios para incrementar la calidad del trabajo, entre otras.

En este sentido, el presente proyecto de investigación tuvo un enfoque mixto, diseño no experimental, de corte transversal y de nivel correlacional, midió y se procedió a la asociación de las dos variables.

Enfoque Mixto

El enfoque mixto es un proceso metodológico de carácter cualitativo y cuantitativo que permitió dar respuesta al planteamiento del estudio, a través de la recolección, análisis y vinculación de datos cuali-cuantitativos de la investigación. Se utilizó para caracterizar la recolección y análisis de datos no numéricos, contrario a que, en el enfoque cuantitativo se hizo uso de medición numérica para contestar a las preguntas de investigación y así validar la hipótesis formulada previamente a través de la estadística.

Diseño de la investigación

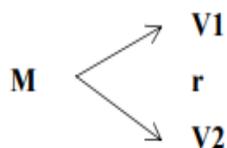
Diseño no experimental

Debido a que no se manipularon las variables ya que se seleccionó a la muestra investigada después de que sucedieron los hechos.

Así mismo fue correlacional porque tuvo como propósito medir el grado de relación que existe entre dos variables en una misma muestra de individuos.

Tomando los criterios de los autores Hernández et al, (2010). El siguiente esquema corresponde a este tipo de diseño:

Donde:



Donde:

M = Muestra (Adultos Mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022)

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)

De corte transversal

El levantamiento de información se realizó en un único momento, por esta razón es de corte transversal. 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 llevó a cabo en el periodo 2022.

Nivel correlacional

Se procedió a realizar una correlacional, la cual sirvió para medir el grado de relación entre las variables, entre el estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL y se pudo dar respuesta al tercer objetivo específico.

Tipo de Investigación

Descriptivo

La presente investigación tuvo un enfoque descriptivo que analizó las realidades y características fundamentales de la población, se partió desde la recolección de información a través del instrumento psicométrico Mini-mental Test que permitió medir el estado cognitivo, y la entrevista semiestructurada, con lo que se caracterizó la población investigada (adulto mayor) en relación a su nivel educativo.

Investigación Bibliográfica

Consistió en revisar con profundidad los contenidos disponibles, recolectarlos, seleccionarlos y analizarlos desde la teoría para fundamentar sobre los fenómenos que suceden entre las variables estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores. Los procedimientos de revisión y reflexión empleados fueron: el análisis, comparación, síntesis, inducción, deducción y abstracción. Esta fundamentación teórica expuesta en el marco teórico sirvió fundamentalmente en el análisis e interpretación de los resultados.

Investigación de campo

El presente estudio fue una investigación de campo como refieren ya que el levantamiento de información se realizó en el lugar donde ocurrieron los hechos, es decir en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Métodos de la investigación

Método Científico

Ya que proporciono una forma de conducirse desde la realización del proyecto de Trabajo de Integración Curricular hasta el final del mismo. Se utilizó desde el planteamiento del problema, la formulación de hipótesis y en la contrastación empírica de dichas hipótesis.

Método hipotético-deductivo

Permitió refutar o falsear las hipótesis formuladas deduciendo de ellas conclusiones que se constataron con lo que se evidenció.

Método Inductivo

Permitió observar hechos particulares, analizarlos y clasificarlos desde principios generales para llegar a establecer relaciones o puntos de conexión entre ellos convergiendo en una teoría.

Método Deductivo

Fue utilizado ya que se partió desde lo universal hacia lo particular; comenzando en algunas premisas para llegar a una conclusión. Previamente se examinó la información sobre las dos variables a nivel macro, meso y micro con el fin de llegar a una conclusión con el análisis crítico particular de la muestra.

Método Analítico - sintético

Se lo empleo por ser base fundamental del enfoque positivista, puesto que se delimitó el problema en las partes que lo componen, las variables estado cognitivo y nivel educativo, el tiempo 2022, y el espacio centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Método Estadístico

Se uso este método porque se organizó y clasifíco la información recogida en tablas y gráficas. Siguiendo una serie de procedimientos que facilitó manejar los datos cualitativos y cuantitativos de la investigación: recolección, recuento, presentación, síntesis y análisis.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Selección de instrumentos

Los instrumentos que se aplicaron por estar conforme a la metodología de la investigación, se contaron con confiabilidad y validez, ya que fueron instrumentos que se han aplicado antes en las investigaciones.

Se recurrió a diversas técnicas 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 instrumento Mini-mental test y como en segundo momento se aplicó de la encuesta para la respectiva entrevista a los adultos mayores que será analizada con un enfoque cualitativo.

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 neuropsiquiátricas, 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 intraclase 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.

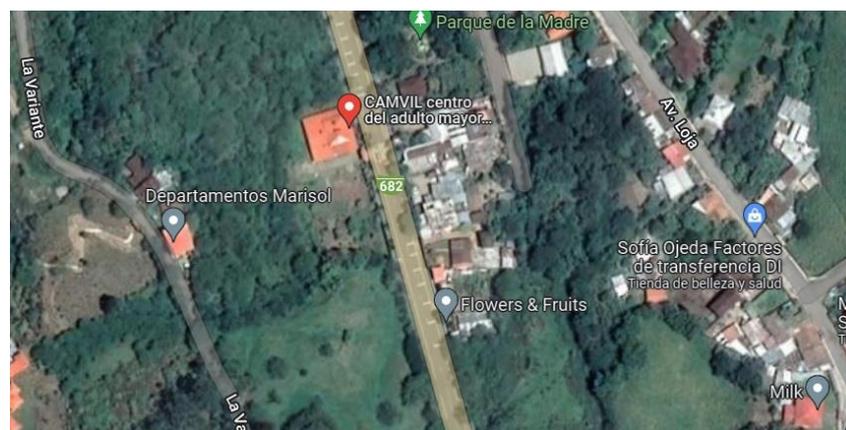
Entrevista semiestructurada

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

Área de investigación y escenario

Figura 1

Croquis del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.



Fuente:

https://www.google.com/maps/place/CAMVIL+centro+del+adulto+mayor+vilcabamba/@-4.2560081,79.2237641,15z/data=!4m2!3m1!1s0x0:0xe1ab39bc97e9328b?sa=X&ved=2ahUKEwicvePe7or7AhXpVTABHeLCBYoQ_BJ6BAhPEAU

El escenario de la investigación fue el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, de la ciudad de Loja, mismo que es de sostenimiento público al trabajar en conjuntamente con entidades como el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES) y el Gobierno Autónomo Descentralizado de Vilcabamba (GAD), su jornada de atención es matutina, desde las 8:00 Hrs, hasta las 13:00Hrs, cuenta con un equipo multidisciplinario de atención a la salud tanto fisiológica como psicológica, mismo que se desempeña en aspectos de cuidado, alimentación y estimulación al adulto mayor.

Población, muestra y muestreo

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 fueron 25 adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Muestra

La muestra es un subconjunto de la población en el que se realizó la investigación con el propósito generalizar los resultados al todo. La muestra estuvo representada por 16 adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, y se realizó en base a las características de la propia investigación o lo que estime conveniente el investigador.

Muestreo

El tipo de muestreo fue no probabilístico intencional. Siendo definido como un proceso en el cual los elementos son escogidos con base en criterios o juicios preestablecidos por el investigador.

Tabla 1

Tabla de Población y Muestra

Informantes	Población	Muestra
Adultos Mayores en el Centro Diurno del adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL	25 adultos mayores hombres y mujeres en el Centro Diurno del adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL	16 adultos mayores del Centro Diurno del adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL, en condición activa.
TOTAL	25	16

Fuente: La información fue obtenida por parte de la Coordinadora del Centro.

Criterios de Inclusión y exclusión

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores que asisten al centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.
- Adultos mayores de ambos sexos.
- Adultos mayores con la edad requerida para la aplicación de reactivo.

Criterios de Exclusión:

- Se excluyo a las personas en cuyos casos no se pueda conseguir aprobación del consentimiento informado de su parte, de sus familiares, o personas que se nieguen a participar en el estudio.
- Adultos mayores con limitaciones como sordera o ceguera.
- Adultos mayores con demencia Alzheimer, Parkinson y otras enfermedades catastróficas

Procedimiento para la recolección de datos.

En primera instancia, se solicitó la apertura mediante oficio al GAD parroquial de Vilcabamba, luego se envió una solicitud a la directora de la carrera de Psicopedagogía, para que autorice la investigación y emitió un oficio por parte de la Universidad Nacional de Loja hacia el centro CAMVIL, seguidamente se acordó con la coordinadora, el horario para la aplicación de los instrumentos.

Posterior a ello, se aplicaron los instrumentos para el estudio. Importante mencionar que, la evaluación se trabajó en un ambiente adecuado y sin distractores externos a través de un software diseñado específicamente para la misma. Los fueron recopilados con un código que permitió mantener la confidencialidad de la información.

Métodos de análisis estadístico de datos

Después de la aplicación del instrumento y la obtención del registro de datos se procedió a ingresar la información a una base de datos, misma que se sometió al análisis estadístico mediante el Programa SPSS (Statistical Package for Social Science) versión 21.0 mediante la prueba Chi-cuadrado, manejada por un estadista, para comprobar la hipótesis con el cual se obtiene la estadística descriptiva (cuadros y gráficos), luego la estadística inferencial, con la finalidad de identificar la correlación entre las variables EC y NE; para su calificación y elaboración de las conclusiones.

Prueba de Chi cuadrado de Pearson

A criterio del estadista Edison Roberto Valencia Nuñez Ph.D. Se utilizó la prueba de Chi cuadrado para evaluar si existía una relación entre las variables. Los resultados encontrados en la muestra son datos de tipo categórico, por eso se justifica el uso de la prueba.

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

Se simboliza: χ^2

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 $N.C = 95\% \text{ } \alpha = 0,05\%$
- Calcular el valor de chi – cuadrado (χ^2)
- Compara el valor calculado con el de la tabla

Aspectos éticos

El investigador se comprometió 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 fue 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 pone en constancia los resultados obtenidos a partir de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos que fueron plasmados en la metodología de esta investigación en los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.

Objetivo 1

Evaluar el estado cognitivo en los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Tabla 2

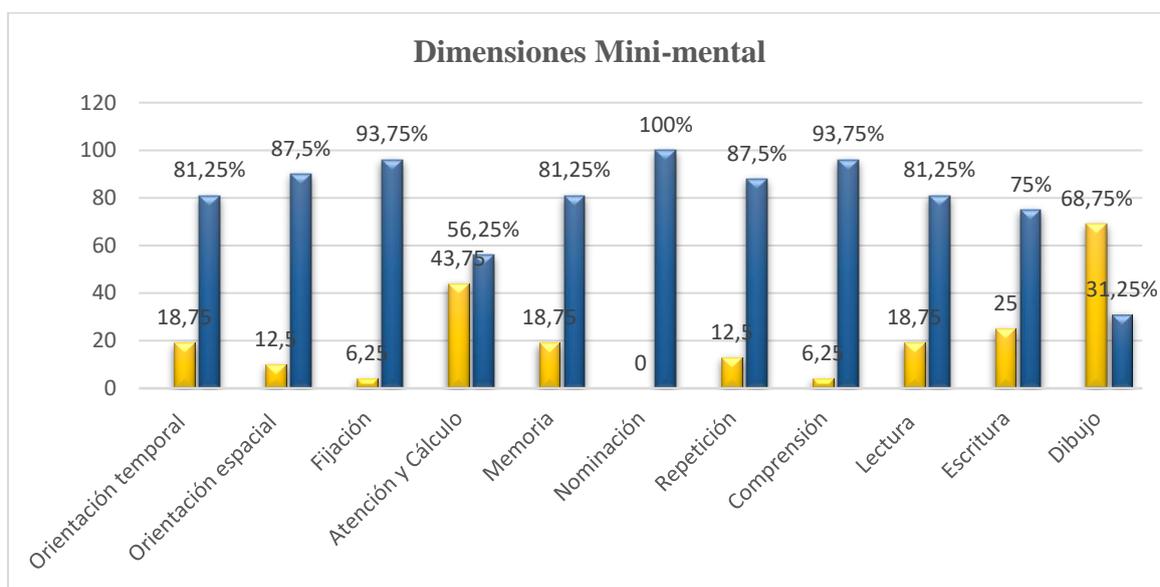
Resultados del examen cognoscitivo Mini-mental por dimensiones.

Dimensiones Mini-mental	Incorrecto		Correcto		Total	
	f	%	f	%	f	%
Orientación temporal	3	18,75	13	81,25	16	100
Orientación espacial	2	12,5	14	87,5	16	100
Fijación	1	6,25	15	93,75	16	100
Atención y Cálculo	7	43,75	9	56,25	16	100
Memoria	3	18,75	13	81,25	16	100
Nominación	0	0	16	100	16	100
Repetición	2	12,5	14	87,5	16	100
Comprensión	1	6,25	15	93,75	16	100
Lectura	3	18,75	13	81,25	16	100
Escritura	4	25	12	75	16	100
Dibujo	11	68,75	5	31,25	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 examen cognoscitivo Mini-mental



Nota: En el gráfico se muestran los resultados correctos (azul) e incorrectos (amarillo) de cada dimensión del examen cognoscitivo Mini mental.

Análisis e interpretación

La capacidad cognitiva de una persona es la consecuencia del funcionamiento general de sus distintas áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La capacidad intelectual cambia con la edad. Mientras que unas pocas personas envejecen eficazmente, por ejemplo, un gran número de sus capacidades cognitivas continúan igual que en su infancia; la mayoría experimenta los efectos nocivos de la disminución de algunos círculos intelectuales como el aprendizaje de nuevos datos y la realización de capacidades motoras rápidas, mientras que otras experimentan los efectos nocivos de afecciones, por ejemplo, la enfermedad de Alzheimer, que impiden seriamente su funcionamiento intelectual (Camargo & Laguado, 2017).

En base a los resultados obtenidos a partir de la aplicación del examen cognoscitivo Mini-mental a los adultos mayores del centro diurno CAMVIL evaluados en cada uno de los ítems de las diferentes dimensiones se pudo conocer qué: en la dimensión denominada “nominación” se obtuvo un porcentaje del 100%, lo cual equivale a 16 adultos mayores; así mismo, un 93,75% semejante a 15 evaluados respondieron correctamente en cuanto a fijación y comprensión: en la dimensión de orientación espacial 87,5% equivalente a 14 adultos mayores, respondieron correctamente; seguidamente, en la dimensión de repetición,

el 87,5% que es igual a 14 personas valoradas respondieron satisfactoriamente; en cuanto a las dimensiones de orientación temporal, memoria y lectura, 81,25% correspondiente a 13 adultos mayores respondieron correctamente; por otra parte, en la dimensión denominada escritura, 12 del total de la población evaluada equivalente al 75% respondió correctamente; seguida de 9 adultos mayores que es igual al 56,25% con respuesta correctas en la dimensión de atención y calculo; finalmente en la dimensión de dibujo, únicamente un 31,25% de adultos mayores lo cual equivale a 5 evaluados pudo desenvolverse correctamente realizando la copia de un dibujo.

En este contexto, el Examen Cognoscitivo Mini Mental a partir de los resultados obtenidos en las 11 diferentes dimensiones ya mencionadas, fue posible conocer gradualmente cual es el estado cognitivo de los adultos mayores, no obstante, el conocer específicamente el desempeño en cada uno de los diferentes dominios cognitivos permite conocer como tal en que presenta mayor dificultad pudiendo así valerse para una posible intervención. Se evidencio un buen reconocimiento de objetos, orientación en relación al espacio y tiempo, es decir, tienen la capacidad de manejar información referente al país, ciudad, localidad, etcétera, así mismo, información referente al día, hora, mes, año, etcétera; en relación a calculo y atención mayoritariamente no presentan dificultades significativas; en cuanto a la escritura, que demanda de la habilidad motora fina, tres cuartas parte de la población de adultos mayores evaluados aun cuentan con la capacidad de escribir una frase sintácticamente correcta, no obstante en la copia de dibujo mayoritariamente presentaron dificultades lo cual demuestra complicaciones viso-motrices propias de la edad; como menciona Salazar (2018) el envejecimiento provoca factores como la reducción de habilidades motrices, la lentitud de los reflejos y la disminución del tono muscular en reposo, que conducen a la descoordinación y torpeza de movimientos, imposibilitando la realización de las actividades cotidianas durante largos períodos de tiempo.

Tabla 3

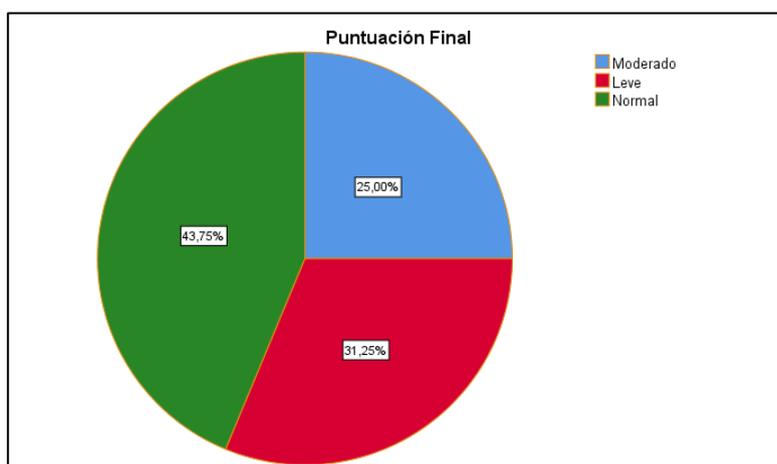
Estado cognitivo de los adultos mayores.

Función/déficit cognoscitivo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido Normal	7	43,75	43,75	43,75
Leve	5	31,25	31,25	75,0
Moderado	4	25,00	25,0	100,0
Total	16	100,0	100,0	

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

Figura 3

Estado cognitivo de los adultos mayores



Nota: En el gráfico se muestran los resultados de las diferentes funciones/déficits cognitivos; normal (verde), leve (rojo) y severo (celeste) del examen cognoscitivo Mini-mental.

Análisis e interpretación

La función cognitiva es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro (Camargo & Laguado, 2017).

Al respecto Gonzales (2018) manifiesta que en el envejecimiento cognitivo normal existen alteraciones que inevitablemente se dan en relación a los años de edad. Sin embargo, es un evento único y diferente en cada persona, aunque existen aspectos comunes de esta edad que se manifestaran indistintamente en cada organismo. Por ejemplo, el sistema nervioso envejece y se puede observar en la conducta, a través de cambios emocionales, que si no se lleva a cabo algún tipo de tratamiento puede acabar desembocando en un deterioro cognitivo; algunos fallos en la memoria, pero sin incapacitación al individuo en su desarrollo

diario; las funciones cognitivas sufren cambios, pero no todas por igual, aunque suelen ser las primeras en afectarse; el cerebro sufre cambios morfológicos, moleculares y neurofisiológicos; se dan cambios sensoriales y fisiológicos.

En cuanto al deterioro cognitivo leve, hablamos sobre un estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal, y el estadio temprano de la demencia. Implica ciertos rasgos patológicos, deterioro con afectación de la memoria como principal función, sin embargo, no cumple los criterios necesarios para ser catalogado como demencia. La persona con DCL aún posee mecanismos para compensar los déficits y mantener su autonomía, pero es imprescindible que reciba terapias adecuadas, porque en algunos casos el deterioro será reversible, pero es posible que en otros individuos se quedará estancado, o progrese paulatinamente a una demencia.

Por otra parte, el deterioro cognitivo moderado, Sequeira (2019) lo define como un pobre o menor rendimiento en una o más áreas cognitivas lo que sugiere déficit en un o más dominios cerebrales. Estos dominios en mención son: funciones ejecutivas, atención, lenguaje, memoria y habilidades viso-espaciales, con la preservación de la independencia en las actividades de la vida diaria.

Con respecto a la puntuación obtenida en la aplicación del Examen Cognoscitivo Mini Mental, de acuerdo a como lo establece, se pudo conocer que del 100 % de adultos mayores evaluados, un 43,75 % presentan un estado cognitivo normal, un 31,25 indican un estado cognitivo leve, y un 25% manifiestan un estado cognitivo moderado.

Bajo estas consideraciones se puede manifestar que en la mayoría de los adultos mayores evaluados no se presentan alteraciones o dificultades significativas, únicamente una cuarta parte la cual se encuentra en un estado cognitivo moderado, tiende a padecer ciertos trastornos cognoscitivos que los podría estar limitando dentro de su desenvolvimiento diario.

Objetivo 2

Identificar el nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Tabla 4

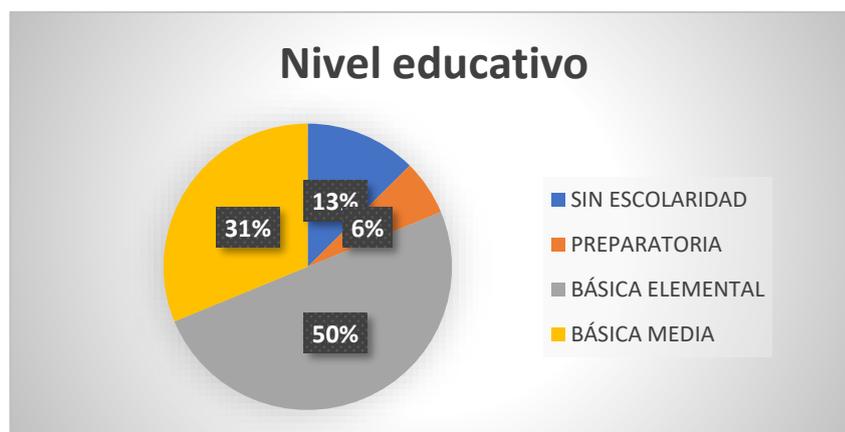
Nivel educativo de los adultos mayores

Niveles educativos		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Sin escolaridad	2	12,5	12,5	12,5
	Preparatoria	1	6,3	6,3	18,8
	Básica elemental	8	50,0	50,0	68,8
	Básica media	5	31,3	31,3	100,0
	Total	16	100,0	100,0	

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

Figura 4

Nivel educativo de los adultos mayores



Análisis e interpretación

En relación a los datos obtenidos del nivel educativo, se evidencia que el 50% de adultos mayores evaluados cuenta con una Educación Básica Elemental, seguido del 31,3% cuenta con un nivel de Educación Básica Media, así mismo, el 12,5% no tiene ningún tipo de instrucción educativa y finalmente el 6,3% poseen preparatoria ya que cursaron únicamente el primer grado.

Al respecto, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2017) [...] indica que: la población adulta mayor presenta un nivel de instrucción secundario incompleto con 35.4% seguido de primaria incompleta y ningún nivel de educación con 24.5 y 21.7%

respectivamente. [...] En cuanto a educación secundaria completa y superior se registran 8.6%, y 15.8% de la población. (p. 6).

Ante la situación planteada, resulta necesario contextualizar la realidad educativa del Ecuador en décadas pasadas, que hagan referencia la realidad vivida por la población hoy adulta mayor. En este sentido Chamorro (1980) expresa que, como resultado de las demandas del sector productivo de la época del siglo pasado, los aportes dirigidos al sistema educativo formal eran sumamente exiguas, a más de una incorporación selectiva de la población y baja cobertura que se reducía al área urbana. Resulta comprensible entonces el alto índice de analfabetismo y los bajos niveles de instrucción que reflejan los datos estadísticos del período, considerando que el 71,5% de la población del país vivía en zonas rurales de acuerdo a los datos del censo de 1950; este porcentaje disminuyó al 64 % según el censo de 1962.

Sobre la base de las consideraciones anteriores, se entiende entonces porque la población de adultos mayores de la parroquia de Vilcabamba correspondiente al área rural que fueron evaluados corresponde con un bajo nivel educativo alcanzado que se asemejan con los porcentajes más significativos expuestos por el MIES.

Objetivo 3

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

Tabla 5

Prueba de Chi-cuadrado

		NIVEL EDUCATIVO				Total
		Sin escolaridad	Preparatoria	Básica elemental	Básica media	
Estado cognitivo	Moderado	2	0	2	0	4
	Leve	0	0	2	1	3
	Normal	0	1	4	4	9
Total		2	1	8	5	16

Pruebas de chi-cuadrado

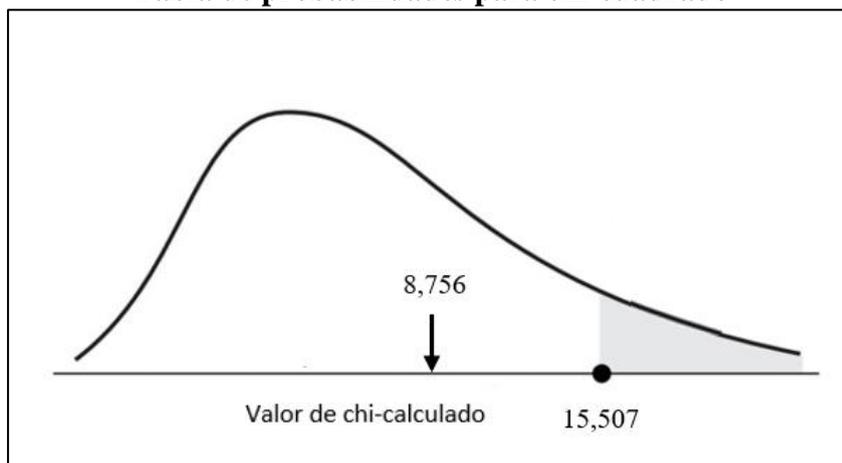
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,756 ^a	6	,188
Razón de verosimilitud	9,851	6	,131
Asociación lineal por lineal	4,590	1	,032
N de casos válidos	16		

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 de Chi-cuadrado

Tabla de probabilidades para chi-cuadrado



Análisis e interpretación

Ante la relación de variables de estudio de los adultos mayores como respuesta al objetivo específico tres, a partir de los datos obtenidos de la aplicación del examen cognoscitivo Mini-mental, se pudo conocer mediante el procesamiento estadístico de los datos obtenidos en la prueba Chi-cuadrado de Pearson un valor equivalente a 8,756 el cual da a entender que no existe relación entre el estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro "CAMVIL" por lo cual se acepta la hipótesis nula planteada.

En contraste a lo anteriormente expuesto, con los estudios planteados por Abarca (2008) en Perú; Maldonado (2015) en Cuenca -Ecuador; y Gonzales en Loja (2019) donde expresan que existe relación entre el estado cognitivo patológico, infiriendo al deterioro

cognitivo leve, moderado y severo con el nivel educativo alcanzado por los adultos mayores. Se evidencia que difieren ya que en el presente estudio no hay dicha relación.

Bajo estas consideraciones se puede manifestar que el nivel educativo no es un variable que influya significativamente sobre el estado cognitivo, ya que la población objeto de investigación no presenta estados cognitivos alarmantes pese a haberse desenvuelto en una realidad con alta exigencia laboral que establecía limitaciones educativas.

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 a la edad y el género

Edad	Género				Total	
	Masculino		Femenino		f	%
	f	%	f	%	f	%
65 a 69	1	6,25	1	6,25	2	12,5
70 a 74	0	0	2	12,5	2	12,5
75 a 79	1	6,25	3	18,75	4	25
80 a 84	0	0	0	0	0	0
85 a 89	0	0	1	6,25	1	6,25
90 a 94	5	31,25	2	12,5	7	43,75
Total	7	43,75	9	56,25	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

En cuanto al género en relación con la edad de los adultos mayores del Centro Diurno de Vilcabamba CAMVIL se pudo conocer a partir de la aplicación de la entrevista que 56,25% corresponden al género femenino, y un 43,75% el género masculino de la población total. De lo cual 43,75% corresponde adultos mayores de entre 90-94 años; 25% entre 75 a 79 años; entre 65-60 y 70-74 años de edad corresponden a un 12,5% respectivamente cada uno; y el 6,25% restante, corresponde adultos mayores de entres edades de 85 a 89 años.

Según datos del INEC (2019) en el mismo año, “existieron alrededor de 1.264.423 adultos mayores, de los cuales 46% son hombres y un 54% restante son mujeres. En el 2020 la población tuvo un incremento del 11% en relación al año 2017 y un 30% al año 2010” (p. 6).

Así mismo, según el Fondo de Población de la Naciones Unidas (UNFPA) (2021) “en el Ecuador, la esperanza de vida es de 77,25 años de edad, 80 años para mujeres y 74.5 para hombres” (párr. 3).

En base a lo expuesto, resulta importante mencionar que, en relación a los datos de INEC, la mayor cantidad de adultos mayores evaluados han correspondió al género femenino con una diferencia del 12,5%, no obstante, en relación con las diferentes edades, el género masculino entre 90 a 94 años de edad ocupa un 31,25% de la población total siendo esta la cifra más significativa.

Tabla 7

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

Ocupación	Total	
	f	%
Agricultor	7	43,75
Amas de casa	9	56,25
Total	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

Con relación a los datos obtenidos de los aspectos de ocupación y jubilación, se pudo conocer que: del 100% de adultos mayores del Centro Diurno del Adulto Mayor de Vilcabamba, un 56,25% han sido amas de casa y 43,75% agricultores.

Para contextualizar la realidad acerca de la época de la población objeto de investigación, desde la perspectiva de Matos (1979), en el marco del tradicional modelo de desarrollo ejercido en Ecuador al igual que en otros países andinos, sirvió para mantener a los grandes sectores de trabajadores en el atraso que necesitaba el latifundio, el servicio doméstico, la artesanía y otras formas de explotación arcaicas.

Por lo tanto, según la realidad expuesta que alude a los adultos mayores objeto de investigación es comprensible las limitaciones laborales a las que se veían sometidos por la explotación arcaica en relación al trabajo en la agricultura y cuidado del hogar.

Tabla 8

Distribución de grupos en función del estado civil

Estado civil	Total	
	f	%
Soltero/a	2	12,5
Casado/a	5	31,25
Viudo/a	9	56,25
Total	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

Relacionado al estado civil y número de hijos, se pudo conocer que del total de adultos mayores de centro diurno de adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 56,25% es viudo, seguido de un 31,25% que es casado/a, y un 12,5% que es soltero.

El estado civil es uno de los indicadores que sugiere la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para medir el apoyo social del individuo institucionalizado. 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 viudez puede afrontarse mejor si la persona comienza pronto a desarrollar un nuevo sentido de identidad y autosuficiencia, si se mantiene ocupado en actividades laborales o sociales vinculadas a sus redes de apoyo (Mendes, 2016).

En este sentido, resulta importante mencionar que los centros de apoyo como el caso del Centro Diurno de Adultos Mayores de Vilcabamba CAMVIL son de mucha ayuda para crear vínculos sociales para que los adultos mayores pueden desenvolverse entre pares.

Tabla 1*Distribución de grupos en función a con quien vive*

Con quién		
vive	Total	
	f	%
Solo/a	8	50
Con pareja	6	37,5
Hijos	2	12,5
Total	16	100

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

Análisis e interpretación

De acuerdo a los datos obtenidos en cuanto a su convivencia el 50% vive solo, el 37,5% con pareja y finalmente el 12,5% 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.

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.

Tabla 10*Distribución de grupos en función al apoyo familiar*

Apoyo		
familiar	Total	
	f	%
Si	11	68,75
No	5	31,25
Total	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

En función del apoyo familiar, se conoce que un 68,75 % de la población de adultos mayores si cuenta con el apoyo, mientras un 31,25% no cuenta.

La familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida y por lo tanto se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las funciones que genera la vida cotidiana. Es para el individuo fuente de amor, satisfacción, bienestar y apoyo. En la tercera edad las redes sociales de apoyo son importantes condicionantes del estado de salud individual. Cuando por diferentes razones se pierde el vínculo familiar o se necesitan resolver problemas económicos, materiales y/o psicosociales, la familia puede gestionar el ingreso en determinadas instituciones como Hogares de Ancianos, Casas de Abuelos, o vincularlos a otras redes de apoyo a nivel comunitario (Pinargote y Alcivar, 2020)

Bajo estas premisas puedo mencionar que satisfactoriamente en el presente estudio más del 50 % de adultos mayores recibe apoyo familiar, además, la mayoría vive con pareja o hijos, y la minoría solos y, por otro lado, quienes no reciben apoyo familiar, el 100% viven solos.

Tabla 11

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

Indicadores	Total	
	f	%
Recursos económicos	5	31,25
Trabajo	7	43,75
Desvalorización educativa	4	25
Total	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

A partir de los datos obtenidos, en función de las razones por las cuales curso hasta determinado año o no cuenta con estudios, se conoce que un 43,75% se debe al trabajo, así

mismo un 31,25% debido a recursos económicos y finalmente un 25 % fue porque sus padres no los dejaron estudiar

Según Matos y la Junta nacional de planificación-PREALC (1978, como se citó en la Unesco, 1979) respecto a la educación en siglo pasado no mencionan que:

[...] en aquellas zonas del país donde persisten formas no capitalistas de producción, persisten también rasgos culturales tradicionales. En una situación de este tipo, el campesino ha desarrollado formas de conciencia particulares que lo llevan a interpretar la realidad de un cierto modo, a tener determinadas expectativas y valores e incluso a cultivar ciertas destrezas y habilidades específicas. Se trata de formas de conciencia que mantienen actitudes de rechazo o de recelo hacia la educación, que sería percibida como un elemento ajeno. Desde luego, tal percepción de la educación tiene otros fundamentos. Aparte de que en verdad es portadora de los valores propios de los sectores sociales hegemónicos, en el caso del área rural su carácter es marcadamente exclusivista. Carácter que en el marco del tradicional modelo de desarrollo puede decirse que, al igual que en otros países, andinos particularmente, sirvió para mantener a los grandes sectores de trabajadores en el atraso que necesitaba el latifundio, el servicio doméstico, la artesanía y otras formas de explotación arcaicas. Si a esto se suma el hecho de que la educación ha llevado implícito el desprecio por las culturas nativas sus tradiciones ancestrales y las lenguas de las grandes masas marginales, se entienden las actitudes de rechazo o de recelo hacia la educación (p. 32).

En este sentido, se entiende que los motivos por los cuales los adultos mayores no pudieron desarrollarse mucho más educativamente se deben principalmente por factor económico ya que se incorporaban desde su infancia al ámbito laboral, en relación con la ideología a la que se veían sometidos por la exclusión social debido a las limitaciones y explotaciones ejercidas por clases sociales superiores que buscaban su beneficio por el auge agroexportador de la época.

DIMENSIÓN DE EDUCACIÓN

A qué edad terminó el nivel de estudios que menciona.

Respuestas:

AME: 1, 7

Los adultos mayores mencionaron que en el último año que cursaron los estudios tenían una edad cronológica de 9 años.

AME: 2, 8

Los adultos mencionaron que terminaron sus estudios primarios cuando tenían 10 años de edad

AME: 3, 5, 11, 16

Los adultos mencionaron que terminaron sus estudios primarios cuando tenían 12 años de edad

AME: 4, 6

Los adultos mencionaron que terminaron sus estudios primarios cuando tenían 15 años de edad

AME: 9, 12

Los adultos mayores mencionaron que culminaron sus estudios de 18 años de edad aproximadamente, en la escuela nocturna.

AME: 9, 12

Los adultos mayores mencionaron que culminaron sus estudios 48 y 50 años respectivamente, en la escuela nocturna.

AME: 10, 15

Los adultos mayores mencionaron que nunca entraron a la primaria.

Análisis e interpretación

Con respecto a los datos obtenidos en la dimensión de educación a partir de la entrevista llevada a cabo con los adultos mayores del Centro Diurno de Adultos Mayores de Vilcabamba, la mayoría mencionaron que el último año que cursaron los estudios tenían una edad cronológica de 12 años, asimismo otros indicaron que terminaron sus estudios primarios a una edad de entre 48 y 50 años aproximadamente, a diferencia de una minoría que no entro a ninguna institución educativa.

El modelo de desarrollo imperante en la época de los 50, 69, 70 que corresponde a la edad en que la población objeto de estudio debían cursar sus estudios, al igual que en otros países andinos, la percepción sobre educación llevaba implícito una actitud de rechazo y desvalorización hacia la educación.

Teóricamente, la educación era asequible para todos en todos los niveles del sistema educativo de manera gratuita. La formación dentro de cada nivel y la transición a niveles superiores depende, también teóricamente, del aprovechamiento, si había alguna selección para el ingreso y la formación, ésta se realiza atendiendo a criterios relacionados con la aptitud individual. No obstante, según menciona la Cepal (1977). En la práctica, esa calidad 'democrática' del proceso de distribución de la educación se deshace al constatar que el criterio objetivo fundamental, según el cual se realiza, es el de pertenencia a un determinado sector social. Es esta pertenencia la que fija límites a la obtención de educación: por una parte, está, obviamente, la disponibilidad o la carencia de recursos económicos, por otra, el nivel cultural atinente a cada sector social. Esto según Matos (1978) "sirvió para mantener a los grandes sectores de trabajadores en el atraso que necesitaba el latifundio, el servicio doméstico, la artesanía y otras formas de explotación arcaicas"

Por otra parte, de acuerdo a Rodríguez y García (2003) desde el punto de vista sociológico, la escuela, como escenario de los aprendizajes, debe cambiar de un contexto de normativas, a un contexto de participación, asimismo, como mediadora en los aprendizajes, debe cambiar de un medio para reproducir la sociedad, a una palanca para el cambio social, de mecanismo cultural para asimilar al aprendiz, a un mecanismo efectivo para que el aprendiz asimile la cultura, de proveedora de experiencias monoculturales, a proveedora de experiencias multiculturales. Desde el punto de vista psicológico, de su centración en el cambio de conductas, a la visualización de la transformación constructiva de la persona que aprende.

Por lo tanto, a partir de los aportes teóricos en relación con los datos obtenidos de la población objeto de investigación, el bajo nivel educativo que presenta se debe principalmente a la falta de recursos o ingresos económicos de sus familias, por lo cual era necesario que se dediquen a trabajar para sustentar y tener solvencia económica que les permitiera subsistir la crisis azotada por los sectores socioeconómicos más grandes.

DIMENSIÓN DE SALUD

¿Presenta algún tipo de limitación?

RESPUESTAS:

AME: 5, 9, 12, 13, 16

Respondieron que presentan limitaciones auditivas.

AME: 7, 11, 14, 15

Respondieron que no presentan ningún tipo de limitación

AME: 1, 2, 4

Respondieron que presentan limitaciones visuales y auditivas

AME: 3, 6

Respondieron que presentan limitaciones visuales

AME: 8, 10

Respondieron que presentan limitaciones físicas

¿Ha tenido algún problema de salud?

RESPUESTAS:

AME: 1, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Los adultos mayores mencionaron que no tienen problemas de salud

AME: 2, 6, 8, 9

Los adultos mayores mencionaron que si tienen problemas de salud

¿Señale las enfermedades que tiene?

RESPUESTAS:

AME: 2

Menciono tener osteoporosis

AME: 6

Menciono problemas de tiroides y próstata

AME: 8, 9

Mencionaron tener hipertensión

Actualmente diría que su estado de salud es

RESPUESTAS:

BUENO

AME: 2, 4, 5, 6, 9, 10,11, 12, 13, 15

Los adultos mayores responden que tienen buen estado de salud

REGULAR

AME: 1, 3, 7,16

Los adultos mayores mencionaron que regular

Análisis e interpretación

Respecto a los resultados obtenidos en la dimensión de salud se determina que la mayoría de adultos mayores presentan limitaciones auditivas o no presentan ninguna, a diferencia de los adultos que presentan limitaciones visuales y físicas que son su minoría. Por otra parte, únicamente 4 de los 16 adultos mayores entrevistados presentan problemas

de salud relacionados a la osteoporosis, tiroides, próstata y presión alta, lo cual demuestra que en su mayoría poseen un buen estado de salud que asociado con su autopercepción sobre como consideran que tienen su estado de salud, ya que la mayoría expreso considéralo bueno y una minoría regular, lo cual es positivo.

Lazarus (2000) menciona que a medida que las personas envejecen, la posibilidad de que se produzcan perdidas funcionales es cada vez más grandes. Por esto, en el proceso de envejecimiento van desarrollando la posibilidad de experimentar diversas afecciones al mismo tiempo, puesto que no todas las personas viven la vejez de la misma manera, pues su funcionamiento durante ésta se encuentra relacionado con las acciones y omisiones que cada persona realiza durante el trascurso de su vida.

De esta manera, los resultados obtenidos en la población investigada se enmarcan con la cita expuesta, ya que durante el proceso de envejecimiento se presentan diferentes limitaciones propias de la edad.

DIMENSIÓN ESTILO DE VIDA

¿Cuenta con solvencia económica estable?

RESPUESTAS:

AME: 2, 3, 4, 6, 10, 12, 13, 4, 16

Los adultos mayores respondieron que no tiene solvencia económica estable.

AME: 1, 5, 7, 8, 9, 11, 15

Los adultos mayores respondieron que si tienen solvencia económica

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

RESPUESTAS:

AME: 1, 3, 4, 5, 7, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16

Respondieron que nunca han tomado medicamento o vitaminas

AME: 2, 6, 8, 9

Respondieron que toman suplementos alimenticios de forma estacional o por temporadas.

¿Cuántas comidas tiene día?

RESPUESTA:

AME: 3, 5, 7, 10,13, 14, 15, 16

Respondieron que comen 3 veces al día

AME: 1, 2, 4, 6, 8, 9 11, 12,

Respondieron que normalmente comen más de tres veces al día

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

RESPUESTAS:

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

Respondieron que no siguen ninguna dieta.

AME: 8, 9

Respondieron que, si tienen dietas para su alimentación, ya que no comen carne de chanco

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

RESPUESTAS:

AME: 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 10, 13,

Los adultos mayores respondieron que no han consumido bebidas alcohólicas y tabaco.

AME: 11, 12, 14, 16

Los adultos mayores respondieron que si han consumido bebidas alcohólicas.

AME: 3, 5, 15

Los adultos mayores respondieron que si han consumido bebidas alcohólicas y tabaco.

¿Realiza algún tipo de actividad físicas?

AME: 2, 4, 5, 7, 8, 10,11, 13, 14, 15

Los adultos mayores respondieron que no realizan actividades físicas

AME: 3, 9, 12, 16

Respondieron que si realizan actividad física como hacer ejercicio o trabajar

AME: 1, 6,

Mocionaron que en parte realizan ejercicios físicos como caminar

¿Presenta dificultades para conciliar el sueño?

AME: 1, 2, 4, 6, 7, 8, 9, 11, 13

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

AME: 3, 5, 10, 12, 14, 15, 16

Respondieron que no presentan dificultades para dormir

¿Toma algún medicamento para conciliar el sueño?

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

Análisis e interpretación

En cuanto a los resultados obtenidos de la dimensión estilo de vida, se puede observar que es mínima la diferencia entre los adultos que poseen y no una solvencia económica estable. Por otra parte, mayoritariamente los adultos mayores no consumen o han consumido suplementos vitalicios ya que solo 4 expresaron tomar o haber tomado en algún momento. Respecto a su alimentación, equitativamente la mitad señalaron que tienen las tres comidas al día y la otra mitad más de tres. Por su parte, referente a dieta, la mayoría respondió que no tienen dietas alimenticias únicamente dos que aseguraron no ingieren carne de cerdo. Referente al consumo de sustancias psicotrópicas, la mayoría de ellos expresaron no haber consumido alcohol y tabaco, y 7 indicaron, principalmente hombres, expresaron haber consumido sustancias como alcohol y tabaco. En relación a la actividad física, únicamente 6 indicaron que sí, mientras que el resto expresó no realizar actividades físicas. En lo que respecta al sueño, la mayoría indico que si presenta problemas para conciliar el sueño ya sea por preocupación o enfermedad, a diferencia de 7 adultos que mencionaron no tener dificultad alguna. Por último, ninguno de los adultos mayores toma medicamento para conciliar el sueño.

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

Por tanto, los datos obtenidos de la población evaluada, se enmarcan con lo mencionado de..., puesto que, el envejecimiento al ser un proceso normal, natural e inevitable, puede tener diferentes resultados, generalmente del reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida, es así que los adultos mayores del centro diurno “CAMVIL” no en su mayoría han tenido estilos de vida óptimos debido a la realidad vivida de aquella época.

DIMENSIÓN PSICOLÓGICA

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

RESPUESTAS:

AME: 1, 2, 3, 4, 8, 9, 10, 11, 14, 15

Los adultos mayores respondieron que se encuentran satisfechos con su vida

AME: 5, 6, 7, 12, 13, 16

Los adultos respondieron que no se encuentran satisfechos con su vida debido a las limitaciones que presentan y motivos de soledad.

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

AME: 3, 4, 7, 12

Respondieron que tienen una muy buena salud comparada con sus compañeros

AME: 1, 5, 10, 11, 13, 14, 15, 16

Respondieron que tienen una buena salud

AME: 2, 8

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

AME: 6, 9

Respondieron que tienen una mala salud

Como considera el estado actual de su memoria

AME: 2, 3, 4, 6, 7, 8, 9, 12, 14, 16

Consideran que su memoria actualmente es regular.

AME: 1, 5, 10, 11, 13, 15

Consideran que su memoria actualmente es buena.

¿Qué es lo que más se olvida?

AME: 2, 4, 6, 7, 8, 13, 15, 16

Los adultos mayores respondieron que tienden a olvidar de las actividades diarias y que hacer de casa.

AME: 3, 9, 12, 14

Los adultos mayores respondieron que frecuentemente olvidan los nombres de las personas.

AME: 1, 5, 10

Los adultos mayores respondieron que tienden a olvidar las fechas importantes.

AME: 11

El adulto mayor respondió que a veces se olvida de sus hijos.

¿Qué es lo que más se recuerda?

AME: 3, 5, 6, 8, 11, 12

Respondieron que recuerdan su niñez, juventud y cuando trabajaban.

AME: 1, 2, 4, 14, 16

Recuerdan a su familia con mucha frecuencia

AME: 9, 13, 15

Mencionaron que lo que más recuerdan es a su pareja.

AME: 7, 10

Respondieron que recuerdan sus tierras.

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

AME: 1, 2, 3, 4, 5, 6, 8, 9, 12, 14

Mencionaron que no les causa frustración ni tristeza ya que lo consideran propio de la edad.

AME: 7, 10, 11, 13, 15, 16

Respondieron que les causa frustración, tristeza y melancolía el hecho de olvidarse.

Con respecto a los resultados de la dimensión psicológica, la mayoría de adultos mayores manifestaron que se encuentran satisfechos y agradecidos con su vida, por su parte solamente 3 de ellos, indicaron que no están satisfechos con su vida debido a su enfermedad o la soledad. Por otro lado, en cuanto a su salud comparada con otras personas de su edad, indicaron la mayoría de los adultos que tienen una salud muy buena, dos respondieron tener regular e igualmente dos malas debido a sus dolencias y enfermedades. En cuanto a la consideración de su memoria actual manifestaron mayoritariamente que es buena y que generalmente lo que más recuerdan es sobre su familia, cuando eran jóvenes, su pareja y sus tierras, sin embargo, lo que también más olvidan son sus qué haceres diarios, los nombres y fechas importantes y únicamente un adulto mayor respondió olvidarse de sus hijos.

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, pérdida de seres queridos, miedo a la enfermedad y a la muerte, etc.) y como consecuencia se produce un mayor aislamiento social.

Bajo estos criterios en relación con los datos recabados de la población de adultos mayores del centro diurno “CAMVIL” se puede notar diversas modificaciones en la vida del

adulto mayor, evidenciando en la población evaluada emociones de tristeza, frustración, sensaciones de abandono y soledad, así también en algunos casos una óptima autopercepción y motivación dentro de su vida diaria debido a condiciones de vida más favorables a diferencia de los que cuentan con más dificultades en relación a la dimensión psicológica.

Caracterizando de manera general el estado cognitivo con relación al nivel educativo de la población objeto de investigación, luego del proceso de recogimiento de los criterios de los investigados (entrevista semiestructurada) sobre la base del diagnóstico e identificación del estado cognitivo y el nivel educativo de los adultos mayores del centro diurno CAMVIL; los entrevistados se encuentran en edades de entre 65 y 94 años, mayoritariamente mujeres viudas (os), con estilo de vida asociado a escasos recursos económicos que los ha limitado educativa y socialmente a lo largo de su vida; esto los obligo a abandonar sus estudios en bajos niveles educativo o nunca acceder a ellos, viéndose en la necesidad laborar desde edades tempranas para subsistir aprovechando el auge de la agroexportación que constituía una actividad económica fundamental de la época, además de la desvalorización que se le daba la educación en aquel tiempo; entre las ocupaciones laborales y desempeños cotidianos están la agricultura y amas casa, lo cual demuestra una vida activa; menos de la mitad mantuvieron hábitos asociados al alcoholismo y tabaquismo; una cuarta parte padecen de enfermedades como hipertensión, osteoporosis, próstata y tiroides; así mismo, presentan limitaciones auditivas, visuales, y físicas que no los priva de su autonomía; la mayoría expresa una óptima autopercepción y motivación dentro de su vida diaria debido a condiciones de vida más favorables en relación a la minoría que manifiestan emociones de tristeza, frustración, sensaciones de abandono y soledad a causa de las dificultades que vivencian en su cotidianidad sociofamiliar.

7. Discusión

Con relación a los resultados obtenidos, se procede a realizar la discusión de los mismos que, de forma gramatical se los comprende por el orden y lógica tanto en su análisis como en su redacción misma que está acorde a los objetivos, la descripción, la interpretación y la contrastación de los resultados con otros autores, y finalmente el análisis reflexivo del investigador.

La presente investigación tuvo como objetivo Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de las personas adultas mayores en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022, donde se utilizaron diferentes métodos, los mismos que ayudaron a contrastar los resultados obtenidos, se aplicó un instrumento neuropsicológico como fue el examen cognoscitivo Mini mental, para evaluar el estado cognitivo e identificar el nivel educativo de los adultos mayores del dicho centro, la utilización del programa SPSS con el fin de establecer la relación entre las dos variables evaluadas y finalmente se aplicó una entrevista semiestructurada la cual permitió caracterizar tanto el estado cognitivo y nivel educativo de las población objeto de estudio.

En el proceso investigativo se logró conocer en relación al primer objetivo específico que consistía en “Evaluar el estado cognitivo en los adultos mayores en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022”, que los adultos mayores poseen un estado cognitivo que oscila entre normal, leve y moderado, no obstante, el más significativo por su alta prevalencia es el normal ya que representa 43,75 % a diferencia del moderado que figura el mínimo 25 % de la población objeto de investigación, así mismo, entre las dimensiones psicológicas evaluadas se pudo evidenciar que, tanto en “atención y calculo” como “dibujo” fue donde se presentaron más errores, un 43,75% y 68,75% respectivamente, es la cantidad de la población que respondió incorrectamente, seguida de 25% en escritura como máximo en relación a las 9 dimensiones restantes. Corroborando con la investigación de Rayon et al, (2015) quienes expresan en su estudio sobre la valoración del estado cognitivo y el área más afectada, que el 44.9 % de la población mostro deterioro leve, el 32 % deterioro normal y 23.1 % deterioro severo, el área más afectada fue cálculo con 46.2% de errores. Por su parte, Vargas (2017), con el objetivo de determinar como el deterioro cognitivo se relaciona con las actividades de la vida diaria en pacientes adultos mayores mediante la aplicación de Mini mental test, menciona que entre sus resultados obtenidos una alta prevalencia de adultos mayores se equivocó en la prueba de dibujo y atención y calculo. Ante lo mencionado y en relación al presente trabajo de integración curricular, resulta necesario reforzar o practicar

por medio de estimulación fisio cognitiva dentro de las áreas asociadas a las funciones cognitivas básicas y superiores como la atención, calculo y coordinación viso motriz, de esta manera es posible mantenerlas óptimamente o mejorar su funcionamiento.

Por otra parte, en relación a los datos obtenidos del nivel educativo alcanzado por la población objeto de investigación, en respuesta al segundo objetivo específico, “Identificar el nivel educativo de los adultos mayores en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022”, se pudo conocer que el 50% de adultos mayores evaluados cuenta con una Educación Básica Elemental, seguido del 31,3% tiene que cuenta con un nivel de Educación Básica Media, así mismo, el 12,5% no tiene ningún tipo de instrucción educativa y finalmente el 6,3% poseen preparatoria. Al respecto, el Ministerio de Inclusión Económica y Social (2017) [...] indica que: la población adulta mayor presenta un nivel de instrucción secundario incompleto con 35.4% seguido de primaria incompleta y ningún nivel de educación con 24.5 y 21.7% respectivamente. [...] En cuanto a educación secundaria completa y superior se registran 8.6%, y 15.8% de la población. (p. 6). Ante la situación planteada, resulta necesario contextualizar la realidad educativa del Ecuador en décadas pasadas, que hagan referencia la realidad vivida por la población hoy adulta mayor. En este sentido Chamorro (1980) expresa que, como resultado de las demandas del sector productivo de la época del siglo pasado, los aportes dirigidos al sistema educativo formal eran sumamente exiguas, a más de una incorporación selectiva de la población y baja cobertura que se reducía al área urbana. Resulta comprensible entonces el alto índice de analfabetismo y los bajos niveles de instrucción que reflejan los datos estadísticos del período, considerando que el 71,5% de la población del país vivía en zonas rurales de acuerdo a los datos del censo de 1950; este porcentaje disminuyó al 64 % según el censo de 1962. Sobre la base de las consideraciones anteriores, se entiende entonces porque la población de adultos mayores de la parroquia de Vilcabamba correspondiente al área rural que fueron evaluados corresponde con un bajo nivel educativo alcanzado que se asemejan con los porcentajes más significativos expuestos por el MIES.

Ante la relación de variables de estudio de los adultos mayores como respuesta al objetivo específico tres: “Establecer la relación del estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor en el Centro Diurno del Adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022”, a partir de los datos obtenidos de la aplicación del examen cognoscitivo Mini-mental, se pudo conocer mediante el procesamiento estadístico de los datos obtenidos en la prueba Chi-cuadrado de Pearson un valor equivalente a 8, 756 el cual no da a entender que no existe

relación entre el estado cognitivo y nivel educativo de los adultos mayores del centro “CAMVIL” por lo cual se acepta la hipótesis nula planteada. En contraste, estudios planteados por Abarca (2008) en Perú; Maldonado (2015) en Cuenca -Ecuador; y Gonzales en Loja (2019) donde expresan que existe relación entre el estado cognitivo patológico, infiriendo al deterioro cognitivo leve, modera y severo y el nivel educativo alcanzado por los adultos mayores. De esta manera se evidencia que difieren ya que en el presente estudio no hay relación. Es así que, en relación a la caracterización, los adultos mayores desde su entorno sociocultural, con limitaciones educativas a causa de la necesidad económica y desvalorización de la misma, la mayoría no logró culminar sus estudios académicos, sin embargo, presentan un estado cognitivo normal, con ciertos déficits de leve a moderado, debido a que en su cotidianidad y en relación con su entorno, han mantenido una vida activa.

En base a estas consideraciones se puede manifestar que el nivel educativo no es un variable que influya en el estado cognitivo, ya que la población objeto de investigación no presenta estados cognitivos alarmantes pese a haberse desenvuelto en una realidad con alta exigencia laboral que establecía limitaciones educativas; por ello, se propone que en a posteriori investigaciones se tome en cuenta variables como estilos de vida, ocupación laboral y aspectos demográficos con relación al estado cognitivo que permitan obtener hallazgos más amplios e importantes.

8. Conclusiones

- La evaluación general del estado cognitivo de los adultos mayores mostró que la mayoría se encuentran dentro de un deterioro cognitivo normal y propio de la edad biocronología seguido de leve y moderado que no tiene afectaciones significativas que influyan en el desarrollo de su actividad mental en relación con las exigencias del medio en sus diferentes ámbitos ya sea cotidianos, laboral, social, familia, entre otros.
- Los adultos mayores han sido identificados como un grupo que en su mayoría no ha concluido la educación general básica ya que como máximo han alcanzado 6 años de instrucción formal, estos bajos niveles educativos alcanzados se deben principalmente a razones económicas, sociales y culturales que no favorecen el desarrollo psicológico y educativo como consecuencia de la sobrevalorización laboral y desvalorización educativa.
- En consideración a la falta de relación entre el estado cognitivo y nivel educativo, se acepta la hipótesis nula H_0 =El estado cognitivo no tiene relación con el nivel educativo del adulto mayor.
- Respecto a la caracterización, la población que está conformada por adultos mayores entre 65 y 94 años de edad; mayoritariamente mujeres viudas (os); con estilo de vida asociado a escasos recursos económicos que los ha limitado educativa y socialmente a lo largo de su vida; entre las ocupaciones laborales y desempeños cotidianos están la agricultura y amas de casa; una cuarta parte padecen de enfermedades como hipertensión, osteoporosis, próstata y tiroides; así mismo, presentan limitaciones auditivas, visuales, y físicas que no los priva de su autonomía, sin embargo, se evidencian minoritariamente emociones de tristeza, frustración, sensaciones de abandono y soledad a causa de las dificultades que vivencian en su cotidianidad sociofamiliar.

9. Recomendaciones

- Promover la aplicación de programas o actividades de estimulación cognitiva para prevenir el deterioro de la salud, incentivando así a las personas mayores a continuar con las tareas de la vida diaria para evitar la dependencia temprana.
- Realizar estudios sobre otros factores en relación al estado cognitivo como el estilo de vida, ocupación laboral y aspectos demográficos de la población de adultos mayores.
- Al centro diurno CAMVIL, implementar talleres informativos para mejorar la calidad de vida en la etapa de la vejez dirigidos a los familiares y cuidadores del adulto mayor, con la finalidad de generar relaciones afectivas y prevenir estados de depresión, tristeza o melancolía a consecuencia del abandono familiar.

10. Bibliografía

- Adana-Díaz, L., Cuadros-López, A., Andrango-Guerrón, D., Rodríguez-Lorenzana, A., Yacelga-Ponce, T., & Loureiro, C. (2019). Nivel educativo y la autonomía funcional en adultos que residen en Quito (Ecuador). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 51(2), 219-227.
- Aguilar-Navarro, Sara Gloria, Reyes-Guerrero, Jorge, & Borgues, Guilherme. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s467-s474. Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000005&lng=es&tlng=es.
- Altamirano Núñez, Vanessa Alexandra. de Investigación, I., & Adulto, V. del. (2020). Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Psicología Clínica.
- Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>
- Azuero Azuero, Á. E. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. *Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía*, 4(8), 110. <https://doi.org/10.35381/r.k.v4i8.274>
- Camargo-Hernandez, Laguado-Jaimes. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Univ. Salud* vol.19, n.2, pp.163-170. ISSN 0124-7107. Obtenido de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072017000200163&script=sci_abstract&tlng=es
- EduImpulsa (2019) *La Teoría sociocultural de Vigotsky, Eduimpulsa*. Obtenido de: <https://eduimpulsa.com/la-teoria-sociocultural-de-vigotsky/>
- Viramonte, M. (2000). Comprensión lectora. Dificultades estratégicas en resolución de preguntas inferenciales. Ediciones Colihue. Buenos Aires (Argentina).
- Villarreal, Juan Sebastián, & Rodriguez, Anglica, & Vasquez, Milena, & Campos, Juan Andrés (2014). Relación entre la Reserva Cognitiva y el Enriquecimiento

Ambiental: Una revisión del Aporte de las Neurociencias a la comprensión del Envejecimiento Saludable. Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology, 8(2),171-201.[fecha de Consulta 23 de Mayo de 2022]. ISSN: . Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439643138004>

Valenzuela MJ, Sachdev P. Evaluación de la actividad mental compleja a lo largo de la vida: desarrollo del Lifetime of Experiences Questionnaire (LEQ). Psychol Med. Jul;37(7):1015-25. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17112402/>

UNESCO. (2015, January 12). La educación transforma vidas. UNESCO. <https://es.unesco.org/themes/education>

Tello-Rodríguez, Tania, Alarcón, Renato D, & Vizcarra-Escobar, Darwin. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 33(2), 342-350. <https://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>

Stern, Y. (2002). ¿Qué es la reserva cognitiva? Aplicación de la teoría y la investigación del concepto de reserva. Journal of the International Neuropsychological Society, 8(3), 448-460. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11939702/>

Sánchez, M. A. (2011). Género y vejez: una mirada distinta a un problema común. Ciencia, Revista de la Academia Mexicana de Ciencias, 1(62), 48-5

Sánchez Gil, Isis Yvonne, & Pérez Martínez, Víctor T. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral, 24(2) Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011&lng=es&tlng=es.

Salgado-de Snyder, V. Nelly, & Wong, Rebeca. (2007). Género y pobreza: determinantes de la salud en la vejez. Salud Pública de México, 49(Supl. 4), s515-s521. Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000011&lng=es&tlng=es.

alazar, Q. (2018). *Las consecuencias de la violencia de género para la salud*. - scielos. Available at: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242016000500005.

- Saavedra, C. F., Lagos Hernández, R., & García Domínguez, M. (2017). Areté Fonoaudiología Revista Nivel Educativo, Edad y Funcionamiento Ejecutivo The educational level, age, and executive functions: The relationship in elderly. <https://revistas.iberamericana.edu.co/index>.
- Robledo Marín, C. A., & Orejuela Gómez, J. J. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. *Revista Guillermo de Ockham*, 18(1), 95–102. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Restrepo M, Sandra Lucia, Morales G, Rosa María, Ramírez G, Martha Cecilia, López L, Maria Victoria, & Varela L, Luz Estela. (2006). Los Hábitos Alimentarios En El Adulto Mayor Y Su Relación Con Los Procesos Protectores Y Deteriorantes En Salud. *Revista chilena de nutrición*, 33(3), 500-510. <https://dx.doi.org/10.4067/S0717-75182006000500006>
- Queralt. (2016, July 29). ¿Qué es le deterioro cognitivo y que tipos hay?. *Canalsaludmapfre*. <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-ygeriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo>
- Pool, L. R., Weuve, J., Wilson, R. S., Bültmann, U., Evans, D. A., & De Leon, C. F. M. (2016). Occupational cognitive requirements and late-life cognitive aging. *Neurology*, 86(15), 1386-1392. Recuperado en 22 de mayo de 2022 de <https://n.neurology.org/content/86/15/1386>
- Paulo Freire : contribuciones para la pedagogía. (2008). CLACSO.
- Paredes Díaz, Roberto, Orraca Castillo, Odalys, Marimón Torres, Eugenia Rita, Casanova Moreno, María Caridad, & Véliz Martínez, Dania Mónica. (2015). Influencia del tabaquismo y el alcoholismo en el estado de salud de la población pinareña. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 19(1), 46-55. Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942015000100008&lng=es&tlng=es.
- Organització Mundial de la Salut. (2015). Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Organización Mundial de la Salud.
- Orgánica De Educación Intercultural, L. (2017). Página 1 de 85.

- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J., & Romero, H. (2018). Metodología de la investigación: Cuantitativo-cualitativa y redacción de la Tesis (5ta Edición). Bogotá: Colombia.
- Mishara, B. L., & Riedel, R. G. (2000). El proceso de envejecimiento. In Google Books. Ediciones Morata. <https://books.google.com.gt/books?id=P1WSN0NT-hoC&printsec=frontcover#v=onepage&q&f=true>
- Mías C.D. Sassi M, Masih M.E, Querejeta A, Krawchik R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Rev Neurol*; 44 (12): 733-8.
- María Ávila Fematt, F., María Ávila Fematt Av San Fernando Núm, F., & Belisario, C. (2010). Definición y objetivos de la geriatría Revisión-Punto de vista (Vol. 2, Issue 2010). www.medigraphic.org.mx
- Maldonado, B., Maldonado, P., Astudillo, J., & Guapizaca, F. (2019). “Prevalencia Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Y Factores Asociados. Gualaceo 2014”. *Ateneo*, 17(2), 17-22. Recuperado a partir de <https://www.colegiomedicosazuay.ec/ojs/index.php/ateneo/article/view/62>
- Lupón, M., Torrents, A., & Quevedo, L. (2016). TEMA 4. Procesos Cognitivos Básicos 4.1. Introducción.
- López Pousa S., Serra Mestres J., Lozano Gallego, M., Tron Estrada, A., Vilalta Franch, J., Garre Olmo, J., Camps Rovira, G., Hernández Ferrándiz, M., Mariscot Bas, C., Llinas Regla, J., Pujol Gómez, C. (200). Programa integral de atención psicogeriátrica. (On Line) Recuperado abril de 2022 de <http://www.revneurolog.org/web/3012/i121181.pdf>,
- López García A., López Bueno L., Ariño Jordán C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores:Programasderehabilitación psicofuncional en Centros de Día Geriser. *Revista Geriatrika*, 2002; 18(4): 18-21.
- Linares, A. (2009). *Desarrollo Cognitivo: Las Teorías de Piaget y de Vygotsky*. Obtenido de Master en Paidopsiquiatría: http://www.paidopsiquiatria.cat/files/teorias_desarrollo_cognitivo_0.pdf
- Laura Milán Espinosa, C. (2014). Competencias para la Vida en el Siglo XXI a través de la Educación. Una revisión teórica.

- Kundera, M. I. L. A. N. (2010). La memoria humana. Caracas: Banco Central de Venezuela.
- Julieta González de Gago. (2010). Teorías de Envejecimiento. Tribuna del Investigador. Volumen 11, No. 1 – 2. Obtenido 23/05/2022 en: <http://www.tribunadelinvestigador.com/ediciones/2010/1-2/art-13/>
- Robledo Marín, Carlos Arturo, & Orejuela Gómez, Johnny Javier. (2020). Teorías de la sociología del envejecimiento y la vejez. Revista Guillermo de Ockham, 18(1), 95-102. Epub January 12, 2021. <https://doi.org/10.21500/22563202.4660>
- Azuero Azuero, Á. E. (2019). Significatividad del marco metodológico en el desarrollo de proyectos de investigación. Revista Arbitrada Interdisciplinaria Koinonía, 4(8), 110. <https://doi.org/10.35381/r.k.v4i8.274>
- Alvarado García, Alejandra María, & Salazar Maya, Ángela María. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos, 25(2), 57-62.
- Altamirano Núñez, Vanessa Alexandra. de Investigación, I., & Adulto, V. del. (2020). Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Psicología Clínica.
- Aguilar-Navarro, Sara Gloria, Reyes-Guerrero, Jorge, & Borgues, Guilherme. (2007). Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. Salud Pública de México, 49(Supl. 4), s467-s474. Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000005&lng=es&tlng=es.
- Adana-Díaz, L., Cuadros-López, A., Andrango-Guerrón, D., Rodríguez-Lorenzana, A., Yacelga-Ponce, T., & Loureiro, C. (2019). Nivel educativo y la autonomía funcional en adultos que residen en Quito (Ecuador). Revista Latinoamericana de Psicología, 51(2), 219-227.
- Jones, R., Manly, J., Glymour, M., Rentz, D., Jefferson, A., & Stern, Y. (2011). Conceptual and Measurement Challenges in Research on Cognitive Reserve. Journal of the International Neuropsychological Society, 17(4), 593-601. <https://www.cambridge.org/core/journals/journal-of-the-international-neuropsychological-society/article/abs/conceptual-and-measurement->

challenges-in-research-on-cognitive-
reserve/C634271A2EEB94093997398182A4EE28

- Jimenez Erick Miguel Tutora, F., & Mg Aguilar Salazar Aida Fabiola, D. (2021). Universidad Técnica De Ambato Facultad De Ciencias De La Salud Carrera De Medicina. Requisito previo para optar por el Título de Médico.
- Huenchuan, S. (2018). Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Desarrollo Social. Naciones unidas, CEPAL. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/44369/1/S1800629_es.pdf
- Hidalgo, I. V. (2005). Tipos de estudio y métodos de investigación. Recuperado el Noviembre de, 20.
- Hernandez Bueno José Hermenegildo, & Hernández Díaz Francisco. (2019). Protocolo De Diagnóstico Del Deterioro Cognitivo. La, E. N., Autónoma, C., & Canarias, D. E.
- Guelmes Valdés, Esperanza Lucía, & Nieto Almeida, Lázaro Emilio. (2015). Algunas reflexiones sobre el enfoque mixto de la investigación pedagógica en el contexto cubano. *Revista Universidad y Sociedad*, 7(1), 23-29. Recuperado en 24 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2218-36202015000100004&lng=es&tlng=es.
- Gracia Rebled, Ana Cristina, Santabábara Serrano, Javier, López Antón, Raúl, Tomás Aznar, Concepción, & Marcos Aragüés, Guillermo. (2016). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. *Revista Española de Salud Pública*, 90, e50001. Epub 07 de junio de 2021. Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272016000100501&lng=es&tlng=es.
- González, César A., & Ham-Chande, Roberto. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública de México*, 49(Supl. 4), s448-s458. Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000003&lng=es&tlng=es.
- González, Beatriz y León, Aníbal. González, Beatriz y León, Aníbal. (2013). Procesos cognitivos de la prescripción curricular a la praxis educativa. *Revista de Teoría*

- y Didáctica de las Ciencias Sociales. Mérida-Venezuela. ISSN 1316-9505. 49-67.
- González Terán, Valeria Rubí. (2018). Educación del adulto mayor para enfrentar limitaciones derivadas del envejecimiento. *Transformación*, 14(1), 70-80. Recuperado en 22 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552018000100007&lng=es&tlng=es.
- Gonzales Rebeca. (2018, febrero 20). Cómo diferenciar el envejecimiento normal, el deterioro cognitivo leve y el alzheimer. *Estimulación cognitiva global*. <https://www.estimulacioncognitiva.info/2016/02/16/diferenciando-envejecimiento-normal-deterioro-cognitivo-leve-y-alzheimer/>
- García Sevilla, J. (1997). *Psicología de la Atención*. Madrid: Síntesis Psicológica
- Fondo de Población de la Naciones Unidas. (2021, August 25). El potencial y los desafíos de Ecuador. UNFPA Ecuador. <https://ecuador.unfpa.org/es/el-potencial-y-los-desaf%C3%ADos-de-ecuador#:~:text=La%20esperanza%20de%20vida%20en>
- Figuroa González, D. V., Catalina, D. A., & Asanza, P. (2016). Universidad Nacional De Loja. Tesis previa a la obtención del título de Psicóloga Clínica
- Fernández Guayana, T. G. (2019). Education as a resigning source of human development. *Academo (Asunción)*, 6(2), 204-210.
- Duque San Juan P. Síndromes neuropsicológicos del desarrollo: una introducción y una aproximación desde la Atención Primaria. *Rev Pediatr Aten Primaria*. 2008;10 Supl 2:S121-38.
- Delgado, R. C. (2017). Reglamento General A La Loei Página 1 De 116 Reglamento General A La Ley Orgánica De Educación Intercultural. (Codificación No Oficial).
- Del Pozo Barrezueta.(2020.). Ley, Ley Orgánica De Las Personas Adultas Mayores.
- Daniela, J., Guevara, G., Andres, P., & Toledo, I. (2014). Universidad De Cuenca Autores Deysi Johanna Guapisaca Siguenza.
- Daniel Parker, MD, Richard Sloane, MPH, Carl F Pieper, DrPh, Katherine S Hall, PhD, Virginia B Kraus, MD, PhD, William E Kraus, MD, Janet L Huebner, MS, Olga R Ilkayeva, PhD, James R Bain, PhD, L Kristin Newby, MD, Harvey Jay Cohen, MD, Miriam C Morey, PhD, (2019). Age-Related Adverse

- Inflammatory and Metabolic Changes Begin Early in Adulthood, *The Journals of Gerontology: Series A*, Vol. 74, Issue 3, , P. 283–289, <https://doi.org/10.1093/gerona/gly121>
- Chile Vasquez, N., Rodriguez, M., Villarreal, A., Sebastián, J., Campos, & Andrés, J. (2014)<https://doi.org/10.7714/cnps/8.2.203>
- Casanova Sotolongo, Pedro, Casanova Carrillo, Pedro, & Casanova Carrillo, Carlos. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5-6) Recuperado en 23 de mayo de 2022, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012&lng=es&tlng=es.
- Cabrales Paffen, Amelia. (2015). Neuropsicología y la localización de las funciones cerebrales superiores en estudios de resonancia magnética funcional con tareas. *Acta Neurológica Colombiana*, 31(1), 92-100. <https://doi.org/10.22379/2422402214>
- A. Estévez-González a, C. García-Sánchez b, C. Junqué. (1997). La atención, una compleja función cerebral. Departament de Psiquiatria i Psicobiologia Clínica. Universitat de Barcelona. b Servei de Neurologia. Hospital de la Sta. Creu i Sant Pau. Barcelona, España.
- Sabino, C. A. (1986). *Los caminos de la ciencia: una introducción al método científico*. Editorial Panapo. ISO 690

11. Anexos

Anexo 1. Solicitud de apertura al centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL



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 tesis 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 2. Aceptación de oficio de apertura al centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba
CAMVIL



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.



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: Consentimiento informado para los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.



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

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Formulario de consentimiento informado para participar en el proyecto de investigación

Yo, **Francisco Enrique Rivera Murillo** con C.I: **1150966750** , estudiante de la carrera de Psicopedagogía, solicito en primera instancia la colaboración de Ud. Distinguido Coordinador, en la involucración del proyecto de investigación, denominado Estado Cognitivo y Nivel Educativo en el Adulto Mayor del **Diurno del Adulto Mayor de Vilcabamba CAMVIL**

En donde los objetivos que se pretende lograr durante el transcurso de la misma, son los siguientes:

Objetivo general

Analizar la relación entre el estado cognitivo y el nivel educativo de las personas adultas mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

Objetivos específicos

1. Evaluar el estado cognitivo en los adultos mayores en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.
2. Identificar el nivel educativo de los adultos mayores en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.
3. Establecer la relación del estado cognitivo y el nivel educativo del adulto mayor en el centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, 2022.

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.

En donde voluntariamente deberán acceder a procedimientos como responder escalas. Los riesgos e inconvenientes de participar en ese estudio, así como las molestias que pudieran generar, son pocos, sin embargo, es necesario mencionarlos: la obtención de datos personales, como información de costumbres, ideologías, etc.

Como participante de este proyecto investigativo usted tiene derecho a la absoluta confidencialidad de la información que brinden, haciendo uso exclusivo de la misma, con fines investigativos, y exclusivamente de acceso para el investigador.

Así mismo sobre usted recae una responsabilidad, la cual es brindar información veraz, para obtener datos investigativos fiables que sirvan de apoyo a otras investigaciones a favor del desarrollo social.

Además, cumpliendo con los parámetros que debe cumplir este tipo de documentos, los participantes, tendrán la opción de retiro voluntario, así hayan firmado la presente acta, lo podrán hacer en cualquier momento, según sus condiciones lo requieran.

**MANIFIESTO HABER LEÍDO Y ENTENDIDO EL PRESENTE FORMULARIO
Y ESTAR DE ACUERDO CON EL MISMO**

FIRMA DEL COORDINADOR
CENTRO

FIRMA DEL INVESTIGADOR DEL
CENTRO

Anexo 4. Instrumento Mini-mental test para aplicar a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.



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).	PELOTA	0	1
¿Me las puede repetir? (Repetirlas hasta 3 veces, pero puntuar sólo el primer intento).	CABALLO	0	1
	MANZANA	0	1

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

ATENCIÓN Y CÁLCULO

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

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

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

MEMORIA	RESPUESTA (anote la contestación)	PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes? (No dar pistas)	PELOTA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	CABALLO	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
	MANZANA	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

NOMINACIÓN	Pueden utilizarse, y anotarse en su caso, objetos comunes alternativos (por ejemplo, gafas, silla, llaves, etc.).	PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
¿Qué es esto? (Mostrar un lápiz o bolígrafo)		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
Y esto ¿qué es? (Mostrar un reloj)		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

REPETICIÓN		PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
Ahora le voy a pedir que repita esta frase. ¿Preparado? EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS. ¿Me la puede repetir ahora, por favor? <i>(Repetirla hasta 5 veces, pero puntuar sólo el primer intento).</i>		
EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 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).

COMPRESIÓN		PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
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		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
DOBLARLO POR LA MITAD		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1
PONERLO EN EL SUELO (o MESA)		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

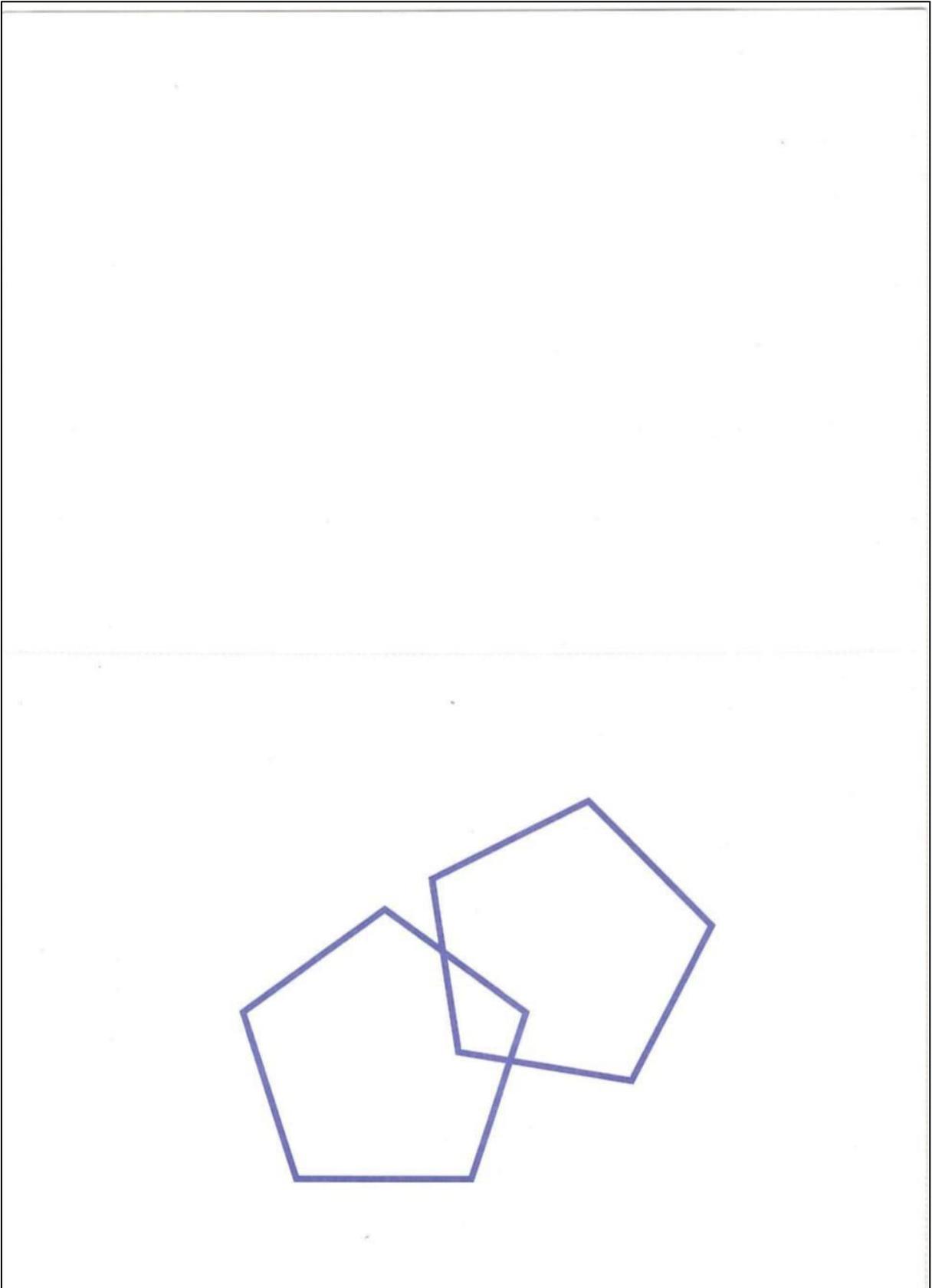
LECTURA		PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
Por favor, lea esto y haga lo que dice ahí (Mostrar la hoja con el estímulo: frase escrita).	CIERRE LOS OJOS	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

ESCRITURA		PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
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 proporciónale 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.		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

DIBUJO		PUNTUACIÓN (marque con un aspa)
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.		<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1

EVALUACIÓN DEL NIVEL DE CONSCIENCIA				PUNTUACIÓN TOTAL (Suma de todos los ítems)	<input type="checkbox"/> (Máximo 30 puntos)
Alerta/ responde	Obnubilación	Estupor	En coma/ No responde		

CIERRE LOS OJOS



Anexo 5. Entrevista a los adultos mayores del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL.



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

1859
ENTREVISTA A LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DIURNO DEL ADULTO
MAYOR DE VILCABAMBA CAMVIL, 2022

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?

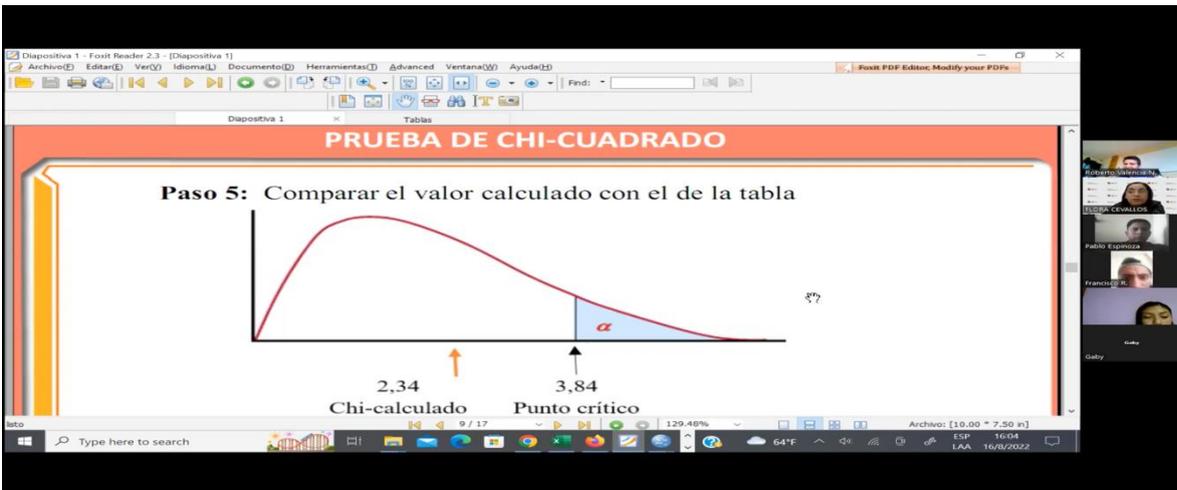
Si ___ No ___

¿Qué aspectos de su vida olvida con más facilidad?

Lo pasado ___ Lo reciente ___

¿Qué opinión tiene de Usted, si tiene olvidos?

Anexo 6. Registro fotográfico



Anexo 7. Certificación de traducción del resumen

Loja, 30 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 inglés del resumen derivado del Trabajo de Integración Curricular denominado “Estado cognitivo y nivel educativo en el adulto mayor del centro diurno del adulto mayor de Vilcabamba CAMVIL, período 2022”. De autoría del Sr. Francisco Enrique Rivera Murillo portador de la cédula de identidad número 1150966750, estudiante de la Carrera de Psicopedagogía de la Facultad de Educación, el Arte y la Comunicación de la Universidad Nacional de Loja, el mismo que se encuentra bajo la dirección de la Dra. Blanca Lucía Iñiguez Auquilla Mg. Sc.

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

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



David Andrés Araujo Palacios

Registro Senescyt: MDT-3104-CCL-252098