



Universidad
Nacional
de Loja

Universidad Nacional de Loja

Facultad de la Salud Humana

Carrera de Psicología Clínica

**Funcionamiento Cognitivo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del
Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, periodo 2022.**

**Trabajo de Titulación previo a la
obtención del título de Psicóloga
Clínica**

AUTORA:

Amy Nohelia Montalvan Robles

DIRECTORA:

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

Loja – Ecuador

2022

Certificación de directora del Trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de septiembre de 2022

Psicóloga

Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg. Sc.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **“Funcionamiento Cognitivo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, periodo 2022”** de autoría de la señorita estudiante Anny Nohelia Montalvan Robles con C.I. 1105637696, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**CINDY ESTEFANIA
CUENCA SANCHEZ**

.....
Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg.Sc.
Directora

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora • Loja - Ecuador
072 -57 1379 Ext.102

Autoría

Yo, Anmy Nohelia Montalvan Robles, declaro ser autora del presente trabajo de titulación y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos y acciones legales, por el contenido del mismo. Adicionalmente acepto y autorizo a la Universidad Nacional de Loja la publicación de mí trabajo de titulación en el Repositorio Digital Institucional-Biblioteca virtual.

Firma: 

Cedula de identidad: 1105637696

Fecha: 30 de noviembre de 2022

Correo electrónico: anmy.montalvan@unl.edu.ec

Teléfono o celular: 0959948708

Teléfono o celular: 0959948708

Correo electrónico: anmy.montalvan@unl.edu.ec

Fecha: 30 de noviembre de 2022

Cedula de identidad: 1105637696

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

Yo, **Anmy Nohelia Montalvan Robles**, declaro ser autora del trabajo de titulación titulado **Funcionamiento Cognitivo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, periodo 2022** como requisito para optar el título de **Psicóloga Clínica**, autorizo al sistema Bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos muestre la producción intelectual de la Universidad, a través de la visibilidad de su contenido de la siguiente manera en el Repositorio Digital Institucional.

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

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

Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los treinta días del mes noviembre del dos mil veintidós.

Firma:



Autora: Anmy Nohelia Montalvan Robles

Cédula de Identidad: 1105637696

Dirección: Sebastián Valdivieso y Ramón del Valle, El Rosal

Correo Electrónico: anmy.montalvan@unl.edu.ec

Celular: 0959948708

DATOS COMPLEMENTARIOS:

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

Dedicatoria

Dedico este trabajo de titulación a mis padres quienes me han dado su apoyo y han sido mi guía e impulso en todo momento; a mis hermanos Mishell, Christian, Anthony, quienes me han brindado su apoyo incondicionalmente y cuyo esfuerzo y dedicación han sido mi mayor referencia.

De igual manera a mis familiares y amigos/as, quienes siempre han creído en mí, me apoyaron y ayudaron a superar todos los obstáculos que se me presentaron en el transcurso de esta etapa de vida.

Anmy Nohelia Montalvan Robles

Agradecimiento

Agradezco a mis padres y hermanos por su apoyo incondicional, por ser mi motor para seguir adelante y mi mayor referencia para lograr cumplir todas mis metas y objetivos.

A mi directora del trabajo de titulación Psi. Cl. Cindy Estefanía Cuenca, por su paciencia, tiempo, dedicación y enseñanzas durante la realización de este trabajo.

Al Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez” por permitirme llevarme a cabo dicha investigación.

A la Psi. Cl. Patricia Córdova quien me guío con sus conocimientos en mi desarrollo profesional, por quien tengo gran admiración.

A mis amigos/as, quienes me han acompañado en alegrías, tristezas y han vivido conmigo mis triunfos y fracasos.

Con mucho cariño agradezco a todos quienes han formado parte de esta etapa de vida.

Anmy Nohelia Montalvan Robles

Índice de contenidos

Portada	i
Certificación de directora del Trabajo de Titulación	ii
Autoría	iii
Carta de autorización	iv
Dedicatoria	v
Agradecimiento	vi
Índice de contenidos	vii
Índice de tablas	ix
Índice de anexos.....	x
1. Título	1
2. Resumen	2
2.1. Abstract.....	3
3. Introducción	4
4. Marco teórico	6
4.1. Envejecimiento y funcionamiento cognitivo	6
4.1.1. Teorías del envejecimiento	6
4.1.1.1. Teorías Estocásticas	6
4.1.1.2. Teorías Deterministas	7
4.1.2. Tipos de envejecimiento.....	7
4.1.2.1. Envejecimiento Saludable	7
4.1.2.2. Envejecimiento Activo.....	7
4.1.2.3. Envejecimiento Habitual.....	8
4.1.2.4. Envejecimiento Patológico	8
4.1.3. Funcionamiento cognitivo en el adulto mayor	8
4.1.3.1. Memoria.....	8
4.1.3.2. Atención	9

4.1.3.3. Lenguaje.....	9
4.1.3.4. Funciones ejecutivas	9
4.1.3.5. Percepción.....	10
4.1.3.6. Orientación.....	10
4.1.3.7. Deterioro cognitivo	10
4.1.3. Tratarnos neurocognitivos en el adulto mayor	11
4.1.3.1.Enfermedad de Alzheimer	12
4.1.3.2.Demencia vascular	12
4.1.3.3.Enfermedad de Parkinson	12
4.2.Calidad de vida	13
4.2.1. Dimensiones de la calidad de vida	14
4.2.2. Factores que conforman la calidad de vida	14
4.2.2.1.Estilo de vida.....	14
4.2.2.2.Condiciones de vida	15
4.2.3. Calidad de vida en el adulto mayor	15
4.2.4. Adulto mayor institucionalizado	16
4.3.Modelos de intervención cognitiva.....	17
4.3.1. Estimulación cognitiva	17
4.3.2. Rehabilitación cognitiva.....	18
4.3.3. Entrenamiento cognitivo	18
5. Metodología.....	19
5.1.Enfoque.....	19
5.2.Tipo de diseño.....	19
5.3.Unidad de estudio	19
5.4.Universo.....	19
5.5.Muestra	19
5.6.Criterios de inclusión	19

5.7. Criterios de exclusión	20
5.8. Técnicas	20
5.9. Instrumentos.....	20
5.10. Procesamiento y análisis de datos	21
5.11. Equipo y materiales	22
5.12. Análisis estadístico	22
6. Resultados	23
7. Discusión.....	45
8. Conclusiones	47
9. Recomendaciones.....	48
10. Bibliografía.....	49
11. Anexos.....	55

Índice de tablas

Tabla 1. Dimensiones de la calidad de vida	14
Tabla 2. Prevalencia funcionamiento cognitivo	23
Tabla 3. Prevalencia calidad de vida	23
Tabla 4. Funcionamiento cognitivo y calidad de vida.....	24
Tabla 5. Dimensión 1 Bienestar emocional	25
Tabla 6. Dimensión 2 Relaciones interpersonales.....	25
Tabla 7. Dimensión 3 Bienestar material	26
Tabla 8. Dimensión 4 Desarrollo personal	26
Tabla 9. Dimensión 5 Bienestar físico	27
Tabla 10. Dimensión 6 Autodeterminación	28
Tabla 11. Dimensión 7 Inclusión social	28

Tabla 12. Dimensión 8 Derechos	29
Tabla 13. Descripción de actividades	31

Índice de anexos

Anexo 1. Oficio de autorización para la ejecución del proyecto.....	55
Anexo 2. Informe de pertinencia	56
Anexo 3. Consentimiento informado.....	57
Anexo 4. Ficha sociodemográfica	58
Anexo 5. Test de Mayo	59
Anexo 6. Escala FUMAT	61
Anexo 7. Designación de directora del Trabajo de Titulación	65
Anexo 8. Resultados complementarios	66
Anexo 9. Certificado de traducción.....	67
Anexo 10. Certificado de aprobación del Trabajo de Titulación	68
Anexo 11. Certificación del tribunal de grado	69

1. Título

Funcionamiento Cognitivo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Hogar de
Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, periodo 2022

2. Resumen

Uno de los factores de calidad de vida en el envejecimiento es la salud mental y física, lo que a su vez se traduce en un mayor sentido de bienestar subjetivo y objetivo y un mayor nivel de autonomía. El objetivo del presente trabajo investigativo fue determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores que residen en el Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo-correlacional, la muestra estuvo conformada por un total de 27 adultos mayores. Los instrumentos empleados fueron el Test de Mayo y la escala de Evaluación de la calidad de vida en personas mayores FUMAT; el análisis estadístico de datos se realizó mediante el programa IBM SPSS Statistics. Los resultados indican que el deterioro mental moderado es el que predomina dentro de la población evaluada; en cuanto a la calidad de vida, la mayor parte de la población presentó un nivel medio; así mismo, se evidenció una correlación negativa significativa entre las variables de estudio, lo que sugiere que, a mayor deterioro cognitivo, menor nivel de calidad de vida. Finalmente se diseñó un programa de intervención psicológica enfocado a mejorar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de la población adulta mayor de estudio y que puede ser aplicado en otras instituciones geriátricas.

Palabras clave: deterioro cognitivo, bienestar, residencias geriátricas.

2.1. Abstract

One of the quality-of-life factors in aging is mental and physical health, which in turn results in a greater sense of subjective and objective well-being and a higher level of autonomy. This research aimed to determine the relationship between cognitive functioning and the quality of life of older adults residing in the "Daniel Álvarez Sánchez" Home for the Elderly. This was a quantitative study with a descriptive-correlational scope; the study sample consisted of 27 older adults. The Mayo Test and the Assessment of Quality of Life in the Elderly FUMAT scale were used as tools for this research; the statistical analysis of the data was carried out using IBM SPSS Statistics. The results indicate that moderate mental impairment is predominant in the population assessed; in terms of quality of life, most of the population presented an average level; likewise, a significant negative correlation was found between the study variables, suggesting that the greater the cognitive impairment, the lower the quality of life. Finally, a psychological intervention program was designed to improve the cognitive functioning and quality of life of the elderly population under study, which can be applied in other geriatric institutions.

Keywords: cognitive impairment, welfare, geriatric residences.

3. Introducción

El actual cambio demográfico caracterizado por un incremento de la población adulta mayor ha dado mayor protagonismo a este sector, haciendo notable la necesidad de visibilizar las problemáticas a las que se enfrentan, además demanda mayor investigación aplicada desde el campo de la psicología.

En la actualidad, la mayor parte de la población adulta mayor goza de una vida activa y saludable, sin embargo, existe un gran porcentaje que experimentan problemas físicos o emocionales que repercuten de manera negativa en su diario vivir. Según Rayón et al. (2015) el alarmante crecimiento de la población mayor de 60 años provoca el surgimiento de nuevas demandas y consideraciones para su cuidado integral, por lo que es necesario conocer el estado cognitivo de la población para tener un marco de referencia para la creación de modelos de cuidado para este grupo.

En ciertos sectores es evidente que existe carencia de cuidados integrales adecuados hacia el adulto mayor debido a la limitada información acerca del tema, la atención sanitaria hacia este grupo sigue siendo escasa en cuanto a planes, programas de atención y cuidados establecidos que promuevan un envejecimiento exitoso, parte de este envejecimiento sano, activo y con calidad es el mantenimiento del funcionamiento cognitivo.

La cognición al envejecer presenta cierto declive que se considera normal siempre que no altere la funcionalidad del adulto mayor, sin embargo, el envejecimiento puede transcurrir con enfermedades discapacitantes, neurodegenerativas que generan dependencia, convirtiéndose en un problema de salud pública, considerando, además, que la atención a este grupo poblacional es una prioridad dentro de los sistemas públicos de salud. La Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) reconocen que el deterioro cognitivo durante la senectud tiene una prevalencia en las Américas del 6.5-8.5 %, siendo el Alzheimer con un 60-70 % la enfermedad más prevalente que causa la demencia (Leitón et al., 2021).

El incremento de la expectativa de vida también conlleva un aumento importante de casos de deterioro cognitivo, al considerarse la edad uno de los factores de riesgo más importantes de esta patología. La disminución de la función cognitiva genera una pérdida de autonomía, lo que a su vez provoca cambios en el aspecto psicosocial del individuo, así mismo se puede producir una disminución de las actividades placenteras y/o cotidianas, reduciendo así la calidad de vida del adulto mayor (Saputri et al., 2020).

Uno de los factores asociados al funcionamiento cognitivo y a la calidad de vida es la institucionalización. Algunos estudios señalan que los adultos mayores pueden presentar un aceleramiento en su deterioro físico y mayores factores de riesgo para la salud mental, tales como el aislamiento, la soledad o el déficit en su cuidado personal (Molina, 2021). El adulto mayor institucionalizado presenta características más negativas que aquellos que viven en su propio domicilio, generalmente los que viven en un hogar residencial muestran un aumento en la dependencia para realizar acciones y presentan enfermedades crónico-degenerativas que representan un riesgo para su salud y esperanza de vida, ocasionando una disminución en el nivel de su calidad de vida; mientras que un reducido porcentaje de adultos mayores que no se encuentran institucionalizados manifiestan esta dependencia (Laguado et al., 2017).

Al existir limitada información a nivel nacional y local, la presente investigación pretende ser un referente teórico y un modelo de intervención aplicable, con la finalidad de visibilizar la necesidad de mejorar la atención y cuidado de esta población; así mismo servirá como precedente para futuras investigaciones, teniendo en consideración algunas de sus limitaciones como lo es el tamaño de la muestra, ya que al ser reducida, no se puede generalizar la información, siendo necesario el planteamiento de más estudios que consideren las variables planteadas.

El estudio tuvo por objetivo evaluar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de un grupo de adultos mayores institucionalizados, con la finalidad de encontrar la posible relación entre ambas variables; el estudio muestra la necesidad de implementar programas de atención destinados a preservar y mejorar el estado cognitivo, y consecuentemente mantener un nivel adecuado de calidad de vida, es por ello que además se ha diseñado un plan terapéutico, mismo que puede ser aplicado a esta población y puede ser un referente para otras instituciones, con el objetivo de mejorar la calidad de vida a través del mantenimiento y optimización de las capacidades cognitivas y funcionales, además de propiciar la preservación de la autonomía.

La revisión de literatura del presente trabajo de investigación está estructurada en 3 capítulos; en el capítulo 1 se describe de manera general el envejecimiento, definiciones, y tipos de envejecimiento, así como el funcionamiento cognitivo, de igual manera se describen los trastornos neurocognitivos que tienen una mayor prevalencia en el adulto mayor. En el capítulo 2 se aborda la calidad de vida, definiciones, dimensiones e información sobre el adulto mayor institucionalizado. Finalmente, el capítulo 3 hace referencia a los modelos de intervención dirigidos a la población de adultos mayores.

4. Marco teórico

4.1. Envejecimiento y funcionamiento cognitivo

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

Mencionan Rodríguez y Durand (2018) que no solo se debe imaginar definiciones con connotaciones negativas, se debe incorporar y cambiar esa concepción en la búsqueda de elementos que expliquen mejor el proceso de envejecer. “El envejecimiento debe sobre todo incorporar las opiniones de los adultos mayores, para dejar claro cuál es su visión del envejecimiento y como se define la vejez, ya que de esta manera tendremos una definición clara y concreta”. 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 transcurso de su vida; es decir. Así, a pesar de que el proceso de envejecimiento es normal, natural e inevitable, puede tener distintos resultados, generalmente reflejo de los cuidados o descuidos tenidos a lo largo de la vida (Aponte, 2015).

Por otro lado, según menciona Chong (2012) que el envejecimiento psicológico hace referencia al efecto del paso del tiempo sobre las distintas funciones psicológicas como la forma en que percibimos la realidad, las relaciones con uno mismo y con los demás; así mismo existe una alta prevalencia de alteraciones en la forma de pensar, sentir y actuar que pueden afectar la vida del adulto mayor.

El proceso de envejecimiento conlleva una pérdida gradual tanto de las capacidades funcionales como cognitivas, lo que conduce al adulto mayor a padecer diversos problemas de salud que de una u otra forma reducen su calidad de vida. En lo que respecta al déficit cognitivo y su repercusión sobre la funcionalidad física, es sabido que la afección de las áreas motoras de la corteza cerebral, se expresan mediante la limitación gradual para la realización de actividades básicas de la vida diaria que las personas suelen requerir para ser autosuficientes (Flores Silva et al., 2020).

4.1.1. Teorías del envejecimiento

4.1.1.1. Teorías Estocásticas. Se identifican diversas razones para que exista el fenómeno del envejecimiento: mutaciones en el ácido desoxirribonucleico (ADN) nuclear de

las células somáticas, lesiones del ADN a nivel del material genético mitocondrial, afectación de los tejidos celulares por reacción de los radicales libres, formas anómalas de alguna proteína pero por error de modificación posintético, formación de enlaces moleculares entre proteínas o cadenas de ácidos nucleicos, acumulación de la ruptura de citoplásmicos y disminución de las células T, afirmando (Da Silva Rodríguez, 2017).

4.1.1.2. Teorías Determinísticas. Da Silva Rodríguez (2017) considera que el envejecimiento es un fenómeno que se basa en algunas variables conocidas, lo cual sugiere que forma parte de una serie de procesos que están programados en el genoma de cada organismo; así mismo, se plantea que se debe a la imposibilidad que parece existir en la reproducción sistemática de las células que proliferan en el organismo, ya que las células presentan un predeterminado número de veces que pueden dividirse y generar nuevas células. Así, a partir de un momento determinado, que representa el inicio del envejecimiento, las células empiezan a reproducirse a un ritmo menor hasta dejarlo de hacerlo.

4.1.2. Tipos de envejecimiento

4.1.2.1. Envejecimiento Saludable. El envejecimiento saludable es el resultado de un proceso que dura toda la vida, por lo que es necesario optimizar el desarrollo del individuo desde la primera infancia. Es de conocimiento que una serie de factores en la primera infancia, la adolescencia, durante los principios de la edad adulta y durante la madurez, así como la situación vital actual de los adultos mayores, determinan el proceso de envejecimiento y bienestar en la vejez. El envejecimiento saludable es un reto para todos los gerontólogos y geriatras, un reto para los científicos de muchas disciplinas, un reto para los políticos y un reto para todos aquellos que trabajamos con las personas mayores (Limón Mendizabal, 2018).

4.1.2.2. Envejecimiento Activo. Limón Mendizabal (2018) explica que envejecer bien es envejecer activamente y esto implica fundamentalmente tres condiciones: envejecer teniendo un rol social, envejecer con salud y envejecer con seguridad. El planteamiento del envejecimiento activo se basa en el reconocimiento de los derechos humanos de las personas mayores y en los Principios de las Naciones Unidas de: independencia, participación, dignidad, asistencia y realización de los propios deseos.

Mencionan Rowe & Khan (1987, como se citó en Triadó Tur, 2018) que para caracterizar el envejecimiento activo o satisfactorio se puede basar en tres criterios: una baja probabilidad de padecer enfermedades y discapacidad, una capacidad funcional alta tanto desde un punto de vista físico como cognitivo, que permita poder realizar actividades de la vida

cotidiana de manera autónoma y el involucrase activamente con la vida, lo que implica mantener relaciones interpersonales satisfactorias de una red social que pueda servir de apoyo para el mantenimiento de una vida autónoma y sana; además de la realización de actividades productivas y/o generativas.

4.1.2.3. Envejecimiento Habitual. Hace referencia a las personas que presentan más de una enfermedad crónica, perciben su estado de salud regular y tienen una ligera incapacidad funcional que no causa dependencia; así mismo su deterioro cognitivo puede ser ligero o no estar presente (González et al., 2007).

4.1.2.4. Envejecimiento Patológico. Se entiende por envejecimiento patológico a la “incapacidad de enfrentar los desequilibrios que producen las pérdidas propias de la vejez, lo que paraliza la adaptación y conserva una representación siniestra de la vejez” (Zerda Cáceres, 2019).

4.1.3. Funcionamiento cognitivo en el adulto mayor

El funcionamiento cognitivo es el conjunto de operaciones mentales dentro de las que se encuentran involucrados los procesos cognitivos simples y complejos como: sensación, percepción, atención, concentración, memoria, pensamiento, lenguaje e inteligencia. Robalino (2015) informa que los cambios de los adultos mayores en el funcionamiento cognitivo y afectivo a menudo requieren acción puntual y agresiva. El funcionamiento cognitivo y afectivo en los pacientes mayores probablemente decline durante una enfermedad o a causa de alguna lesión.

4.1.3.1. Memoria. “La memoria es un complejo y frágil proceso cerebral que construye, almacena y recupera recuerdos en constante evolución. La memoria comprende redes neuronales estrechamente interconectadas, interactivas a la vez que autónomas, parcialmente solapadas y muy distribuidas por todo el cerebro” (García García, 2018).

García García (2018) describe que en la tercera edad existe una pérdida en todos los tipos de memoria, en la de corto plazo, trabajo, implícita y explícita, sin embargo esta pérdida no se presenta de la misma manera en todas las funciones. La memoria más afectada con el paso del tiempo es la memoria de trabajo, ya que con los años resulta más difícil mantener la atención y gestionar la información en situaciones con grado de dificultad. Pereira (2000, citado en Villavicencio Flores et al., 2019) demostró que “durante el envejecimiento normal el proceso de memoria presenta cierto grado de declinación fisiológica, advertida por la dificultad para

almacenar y tratar simultáneamente la información mantenida en la memoria a corto plazo”, esta dificultad debe entenderse como una disminución en la velocidad en como se procesa la información por lo que no tiene que ser considerado un rasgo patológico.

Con el transcurso de las décadas según estudios se encontraron disminuciones en la velocidad de procesamiento, la memoria operativa y la memoria a largo plazo, mientras que el vocabulario y la memoria semántica se mantuvieron constantes e incluso se incrementaron entre los 60 y los 80 años (García García, 2018).

4.1.3.2. Atención. Para Aguilar et al. (2018) la atención es una función cognitiva compleja, su propósito es generar y mantener un estado de activación mental para orientar, seleccionar y procesar información específica que proviene de fuentes de estimulación externas o internas y al mismo tiempo inhibir los estímulos no pertinentes

El declive de esta función se caracteriza por enlentecimiento en el procesamiento de información, es determinante en la alteración de los procesos de selección y vigilancia. Cuando se enfrentan dificultades para interpretar correctamente y reconocer situaciones adecuadamente, se establece el deterioro funcional de la atención (Aguilar et al., 2018). “Es importante mencionar que al igual que en la memoria, la edad, la escolaridad y el género son factores de riesgo que influyen en la función atencional, porque en muchas ocasiones implica un ajuste del rendimiento obtenido al ejecutar tareas de atención” (Ostrosky, 2010, como se citó en Villavicencio et al., 2019).

4.1.3.3. Lenguaje. Las características más relevantes del lenguaje en adultos mayores son: la dificultad de acceso a la etiqueta léxica de las palabras, un excesivo enlentecimiento del habla, una mala gestión en el mantenimiento del tema en el discurso y un incremento del vocabulario con términos más específicos y riqueza en su caudal léxico. Estas manifestaciones son frecuentes en el lenguaje de personas mayores de 65 años y no se consideran patológicas si no propias del envejecimiento (Mendizábal de la Cruz et al., 2020).

4.1.3.4. Funciones ejecutivas. El funcionamiento ejecutivo se refiere a las habilidades cognitivas necesarias para el comportamiento complejo dirigido a un objetivo y la adaptación a los cambios o demandas ambientales. Esto incluye la capacidad para planificar y para anticipar, de manera adecuada, resultados y recursos (Jurado Luque et al., 2016).

Según Ruiz Carabias (2019) los procesos implicados en las funciones ejecutivas están afectados por la edad, en concreto la planificación es más rígida, la organización y toma de

decisiones más lenta y los procesos inhibitorios se muestran más ineficaces debido a la lentitud en el procesamiento de la información.

4.1.3.5. Percepción. Para Ruiz Carabias (2019) es un proceso cognitivo básico que permite procesar la información que proviene del exterior o interior a través de los sentidos. Existe una percepción para cada uno de los sentidos, que pueden procesar estímulos externos y/o estímulos internos que provienen del mismo cuerpo. La información sensorial registrada se contrasta con los registros de memoria instaurados, produciendo una percepción individual o interpretación de la realidad.

El deterioro o cambios en la percepción durante el envejecimiento normal no parece ser generalizado, sino que, una vez más, como en el caso de la memoria, se muestra de manera concreta, selectiva y específica. Las dificultades perceptivas que presentan las personas mayores están asociadas con el procesamiento relacionado con los cinco sentidos. En cuanto al procesamiento visual, las dificultades están relacionadas con la sensibilidad a la iluminación, la distinción de colores, problemas para enfocar diferentes distancias y déficit en la percepción espacial (Ruiz Carabias, 2019).

4.1.3.6. Orientación. La orientación es la capacidad que tienen las personas para ubicarse a ellos mismos, en el espacio y el tiempo, en los humanos es una de las funciones cognitivas más básicas. Además de la orientación espacial y temporal, se puede hablar de la orientación personal que tiene que ver con la capacidad de reconocerse a uno mismo y a las personas que consideramos familiares. Es un proceso cognitivo en el que solamente las personas que se encuentran en fases avanzadas de una enfermedad o deterioro cognitivo presentan dificultades para orientarse en tiempo, lugar y/o persona. Por tanto, no es frecuente encontrarse síntomas de desorientación en el curso del envejecimiento normal, pero una vez que se presenta provoca graves alteraciones en la vida de las personas mayores (Ruiz Carabias, 2019).

4.1.3.7. Deterioro Cognitivo. La cognición en términos generales se entiende como el funcionamiento intelectual que nos permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos. Con el envejecimiento el cerebro presenta cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal (Benavides Caro, 2017).

Para García García (2018) el deterioro cognitivo está considerado un síndrome que en el espectro se sitúa en la zona intermedia entre los cambios propios del envejecimiento natural

y los síntomas más graves de la demencia. Se caracteriza por una disminución del rendimiento de la memoria constatado por pruebas cognitivas, en comparación con otras personas de edad y nivel educativo similar.

Según Oliva et al. (2021) el deterioro cognitivo se refiere a la pérdida o reducción temporal de las funciones cognitivas o facultades intelectivas en personas que anteriormente las conservaban intactas. “El deterioro cognitivo, y más concretamente la demencia es una patología adquirida y progresiva de la función cognitiva que conlleva a dificultades para efectuar las actividades diarias y aparición de dependencia funcional”. Estudios realizados estiman que de aquellas personas que han sido diagnosticadas con deterioro cognitivo leve un 10% a un 15% evolucionan anualmente a un diagnóstico de demencia, existiendo la probabilidad de que en los cinco años siguientes este porcentaje se eleve a un 60% a 70%. Por lo tanto, el deterioro cognitivo leve puede ser el inicio de una demencia, pero también puede ser un trastorno que permanece estable, e incluso ser reversible (García García, 2018).

Benavides Caro (2017) menciona como una patología multifactorial al déficit cognitivo, con una gran influencia de factores sociales y ambientales en su etiología, se considera que este trastorno no puede ser manejado tan sólo con un enfoque clínico-farmacológico, se requieren políticas públicas de salud que evalúen al paciente mayor de forma integral, permitiendo una detección temprana del déficit neurológico y los síndromes geriátricos relacionados con el deterioro de la calidad de vida.

4.1.4. Trastornos neurocognitivos en el adulto mayor (TNC)

Los TNC son aquellos en los que la disfunción cognitiva no se ha presentado en una edad temprana es decir desde el nacimiento o la infancia temprana, por lo que representa un declive desde un nivel de funcionamiento adquirido previamente (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014).

Según en DSM-5 la característica esencial del TNC es el declive cognitivo adquirido en uno o más dominios de la cognición basado tanto en: la preocupación acerca de la cognición por parte del propio individuo, de un informante que lo conoce o del clínico, como en un rendimiento en una evaluación objetiva menor del esperado o que ha empeorado a lo largo del tiempo.

A continuación, se describirán los subtipos de TNC más comunes en la población adulta mayor.

4.1.4.1. Enfermedad de Alzheimer. La enfermedad de Alzheimer es la causa más frecuente de demencia, y una de las principales causas de morbilidad en el adulto mayor. El acúmulo de β -amiloide y proteína tau en el cerebro de estos pacientes condiciona un deterioro progresivo e invariable de sus habilidades cognitivas, con especial énfasis en la memoria reciente, reduciendo gradualmente su independencia funcional, junto con la presencia de trastornos neuroconductuales y alteraciones funcionales que repercuten sobre su calidad de vida (Barragán Martínez et al., 2019).

La Organización Mundial de la Salud define la enfermedad de Alzheimer (EA) como una enfermedad neurodegenerativa de etiología desconocida caracterizada por un deterioro progresivo de la memoria y la función cognitiva, que representa aproximadamente el 50-75% de todos los casos de demencia (Niu et al., 2017).

4.1.4.2. Demencia Vascolar. La demencia vascular (DVa) es la pérdida de las funciones cognitivas en un grado tal que interfiera con las actividades de la vida diaria secundaria a enfermedad cerebrovascular aguda o alteraciones cardiovasculares o circulatorias que dañan zonas cerebrales importantes para la memoria, cognición o comportamiento. La presentación de esta demencia es muy heterogénea ya que depende del tipo, la proporción y sobre todo de la ubicación del daño vascular cerebral (Delgado, 2005).

Para el diagnóstico se requiere que el individuo presente alteraciones cognoscitivas en la memoria y en dos o más áreas de su funcionamiento, con compromiso de las funciones de la vida diaria basado en los criterios diagnósticos; los problemas y limitantes en el diagnóstico de la entidad incluyen la necesidad de confirmar la presencia de un infarto cerebral para el diagnóstico, sin embargo, existen pacientes que a pesar de haber tenido un infarto no tienen DVa (Bayona, 2010).

4.1.4.3. Enfermedad de Parkinson. La enfermedad de Parkinson es la segunda enfermedad neurodegenerativa con mayor incidencia a nivel mundial, comúnmente se presenta en la edad adulta. Consta de dos procesos patológicos: la pérdida de neuronas dopaminérgicas (nDA) en la sustancia nigrapars compacta del mesencéfalo ventral y la presencia de agregados intracelulares de la proteína-sinucleína en esta misma área del cerebro, conocidos como cuerpos de Lewy (Valadez et al., 2021).

Se presentan síntomas tanto motores como rigidez, bradicinesia, temblor en reposo e inestabilidad postural y síntomas no motores como disfunción autónoma, trastornos neuroconductuales, alteraciones sensitivas y trastornos del sueño. Las guías clínicas enfatizan

la importancia del monitoreo cognitivo ya que se ha demostrado que los síntomas cognitivos pueden llegar a ser más incapacitantes que los síntomas motores (González M et al., 2018).

El compromiso funcional y de la calidad de vida de los pacientes con enfermedad de parkinson están asociados con los síntomas no motores, presentando un alto impacto en la vida de los afectados y la de sus familiares ya que manifiesta un deterioro progresivo de la calidad de vida a medida que progresa la enfermedad (Avendaño et al., 2020).

4.2. Calidad de Vida

Una de las definiciones que presenta mayor validez es la del Grupo de Estudio de Calidad de Vida, de la Organización Mundial de la Salud (OMS), que define la calidad de vida como “La percepción que el individuo tiene de su posición en la vida en el contexto cultural y de valores en el que vive y en relación con sus metas, expectativas, estándares y preocupaciones” (The Whoqol Group, 1995).

Posteriormente se desarrolló un nuevo concepto de calidad de vida, este concepto vinculado a la salud, se definió calidad de vida como “El valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias” (Paterne et al., 2012).

Para Levis Alfaro et al. (2015) en la calidad de vida generalmente se reflejan las condiciones de vida deseadas por la persona, relacionado con las dimensiones de vida de la persona abarcando las necesidades fundamentales, con relación a los indicadores que están definidos como percepciones, comportamientos o condiciones específicas de una dimensión, mediante lo cual se puede evaluar el nivel de satisfacción de la persona en relación a un área específica. La calidad de vida se integra por elementos subjetivos como el concepto de bienestar o satisfacción con la vida, y objetivos, relacionados con aspectos del funcionamiento social, físico y psíquico.

La calidad de vida según investigaciones se encuentra relacionada con factores económicos, sociales y culturales, de acuerdo con el entorno en el que se desarrolla y de acuerdo a cada individuo, razón por la que actualmente la calidad de vida “es considerada desde una visión multidimensional, que además de lo anteriormente mencionado, debe incluir aspectos ambientales, culturales, económicos, de servicios de salud, satisfacción, actividades de ocio, entre otros” (García López et al., 2020).

4.2.1. Dimensiones de la Calidad de Vida

Dentro de la calidad de vida de cada persona existen ocho dimensiones centrales, cada dimensión está acompañada de indicadores, estas son:

Tabla Nro 1.

Dimensiones de calidad de vida

Dimensiones de la calidad de vida	Indicadores
Bienestar Emocional	<ul style="list-style-type: none">– Satisfacción con uno mismo– Autoconcepto– Espiritualidad
Relaciones Interpersonales	<ul style="list-style-type: none">– Amistad– Afecto– Familia
Bienestar Material	<ul style="list-style-type: none">– Vivienda– Estado financiero– Estatus socioeconómico
Desarrollo Personal	<ul style="list-style-type: none">– Desempeño– Educación– Competencia personal
Bienestar Físico	<ul style="list-style-type: none">– Actividades de la vida diaria– Atención sanitaria– Nutrición
Autodeterminación	<ul style="list-style-type: none">– Metas y valores personales– Control personal– Decisiones
Inclusión Social	<ul style="list-style-type: none">– Participación en comunidad– Roles comunitarios– Ambiente laboral
Derechos	<ul style="list-style-type: none">– Legales– Humanos

Fuente: Schaloch y Verdugo (2003)

4.2.2. Factores que Conforman la Calidad de Vida

4.2.2.1. Estilo de Vida. Según Toapaxi et al. (2020) el estilo de vida hace referencia a la elección consciente o inconsciente de practicar o ejercer ciertos tipos de comportamientos,

aquellos se van adquiriendo a lo largo del tiempo, con cierto grado de dificultad de modificar, es decir, conductas donde se incluyen diversas actividades como: alimentación, actividad física, descanso, vicios, etc.; así como también la relación del individuo con su entorno, sus condiciones de vida, vivienda, acceso a recursos básicos y educación que contribuyen o perjudican el estado de salud.

4.2.2.2. Condiciones de Vida. Para Soria Romero y Montoya Arce (2017) la vivienda se asocia con la calidad de vida de quienes la habitan, ya que es uno de los satisfactores básicos para la supervivencia, es un espacio que debe proveer a sus ocupantes protección, higiene, privacidad, comodidad y la seguridad de encontrarse en una situación de propiedad que proporcione la certeza de disponer de ella en el presente y futuro.

4.2.3. Calidad de Vida en el Adulto Mayor

Al estudiar la calidad de vida en población específica como la tercera edad, se deben tomar en cuenta e incluir aspectos relacionados con esta etapa del ciclo vital. Cada adulto mayor tiene un proceso diferenciado en cuanto a la forma de vivir la vejez, pues su funcionamiento se da debido a las acciones y omisiones que se viven en la vida diaria, así lo esperado es que el adulto mayor tenga cubierta las necesidades básicas, alimento, vestido, casa, salud y las psicológicas como el afecto y el cuidado de sus seres queridos (Vidaña Gaytán et al., 2019).

La calidad de vida en la tercera edad es definida como la percepción personal de un individuo de su situación en la vida, dentro de su contexto cultural y de los valores en que vive, muy relacionado con sus objetivos, expectativas e intereses. Según lo expresado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), se trata de un fenómeno de percepción subjetiva de cada individuo y que está muy ligado a sus experiencias en la vida. Se puede resumir que la literatura sobre calidad de vida concuerda fundamentalmente en tres aspectos; que es subjetiva, que el puntaje asignado a cada dimensión es diferente en cada persona y que este valor puede cambiar a través de la vida (Aponte, 2015).

“Uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia para los sistemas de Salud y Seguridad Social del mundo es el lograr mantener una calidad de vida adecuada en las personas que llegan a la vejez” (García López et al., 2020).

Lo que se debe lograr a nivel mundial es un correcto equilibrio entre la calidad de vida y envejecimiento, entendido como la satisfacción que experimentan los individuos como el resultado de su participación en las actividades que realizan en el medio familiar, en el centro

de trabajo y en el ámbito comunal y nacional, mediante estas actividades se ejercitan las capacidades humanas y desarrollan la personalidad (Rodríguez y Durand, 2018). En cuanto a los adultos mayores, en relación con algunos estudios, se ha definido la calidad de vida de forma positiva y negativa; positiva cuando se cuenta con buenas relaciones familiares y sociales, con buena salud, asociándola también con buenas condiciones materiales. Por el contrario, se realiza una valoración negativa de esta cuando se es dependiente, existen limitaciones funcionales, sentimientos de infelicidad o se presenta una disminución de las redes sociales (Cerquera Cordoba y Quintero Mantilla, 2015).

4.2.4. Adulto Mayor Institucionalizado

Torregroza Campo et al. (2018) mencionan que conforme la edad avanza en los adultos mayores estos se pueden ver más expuestos a enfermedades y discapacidades físicas y cognitivas, lo cual inhabilitan a la familia para brindarle cuidados específicos y continuos que amerita. Existen diferentes factores que influyen en la institucionalización entre los que se mencionan la discapacidad, falta de conocimientos del cuidador primario, ausencia de redes de apoyo, conflictos familiares, condiciones inadecuadas de la vivienda, problemas económicos, lo que pueden conllevar finalmente al internamiento o abandono del adulto mayor.

Las personas que habitan en instituciones geriátricas cargan con todas las condiciones desiguales que acumularon en su proceso de envejecimiento, se evidencian condiciones de pobreza e imposibilidad de autosostenibilidad, la vulneración de sus derechos y la imagen negativa que la sociedad ha construido del envejecimiento; no cuenta con una buena condición económica y social que posibilite vivir en un entorno no institucionalizado con garantías de vivienda, empleo o pensión, recreación, salud e incluso una vida familiar cargada con valores sociales distintos (Guevara, 2016).

Según Torregroza et al. (2018) “las personas mayores institucionalizadas sufren lo que se conoce como las pérdidas asociadas a su envejecimiento y la capacidad funcional traducida en incapacidad para realizar actividades de la vida diaria referidas al autocuidado” como vestirse, comer, bañarse, movilizarse entre otras y actividades instrumentales de la vida diaria, de la vida independiente como comprar, tomar transporte público, subir escaleras, cocinar, etc.

“El alojamiento de los adultos mayores en asilo o casa de reposo es consecuencia de las diferentes situaciones como: maltrato físico, emocional, psicológico y abandono familiar. El maltrato es una situación que se ha presentado por mucho tiempo alrededor del mundo y ha sido clasificado de diferentes formas” (Torbio y Bárcenas, 2018). Según lo planteado por

Laguado Jaimes et al. (2017) dentro del proceso de institucionalización surgen características negativas en el adulto mayor, referidas a diferentes cambios presentes en el contexto diario del mismo.

Según varios estudios los adultos mayores que se encuentran en centros geriátricos también presentan problemáticas, como la disminución en su autonomía y autoeficacia. Para este grupo poblacional el poder tener la capacidad funcional para el autocuidado es sinónimo de autonomía y al estar institucionalizados comienza a aumentar su dependencia, respecto a recibir ayuda del personal de la institución y los parámetros (horarios, alimentación) establecidos por las misma (Laguado Jaimes et al., 2017).

Castellanos Ruiz (2016), menciona que en muchas ocasiones el adulto mayor puede tener una mejor calidad de atención en una institución que en su hogar, donde por roles laborales, la familia o convivientes no puede atenderlo, también puede ocurrir agobio para el manejo, debido a la presencia de una enfermedad degenerativa o discapacitantes. Y en tal caso, lo visitan en el ambiente institucional, en algunos casos los llevan por temporadas a su entorno familiar. Pero, aunque no exista una circunstancia así, llevar a un adulto mayor para su cuidado a una residencia, supone una responsabilidad que pesa en los familiares y puede acarrear una serie de problemáticas de orden psicológico: encomendar el cuidado el adulto mayor a una institución, es conceptuado por muchas personas como un afán de descargarse egoístamente.

4.3. Modelos de Intervención cognitiva

4.3.1. Estimulación cognitiva

La estimulación cognitiva consiste es el proceso a través del cual las personas que están discapacitadas, debido a una enfermedad o lesión trabajan junto a profesionales y familia para alcanzar el estado máximo de bienestar físico, psicológico, y social en medida de lo posible. Se entrena con las personas el reutilizar habilidades instauradas, ya olvidadas y a ejercitar la utilización de recursos externos, manteniendo durante más tiempo las habilidades conservadas y retrasando su pérdida definitiva (López García A et al., 2002).

Para Arroyo (2002) “La estimulación cognitiva es un proceso individualizado, adaptado a las necesidades cognitivas, emocionales y físicas de los pacientes, que busca rehabilitar funciones alteradas, a través de estímulos generados a partir de la neuropsicología que permitan generar procesos de neuroplasticidad”.

Los adultos mayores requieren de estimulación para aumentar sus potencialidades y no permitir el avance de déficits ya sea cognitivos o físicos que presenten. El adulto mayor con algún deterioro cognitivo puede beneficiarse con la estimulación cognitiva, siendo evidente como primer resultado una mejora en la calidad de vida y disminuyéndose así, el riesgo a que este deterioro empeore. Estudios han demostrado que las personas que reciben pocos estímulos del entorno padecen más rápidamente el declive de las facultades mentales que aquellas personas que están expuestas a grandes estimulaciones sensoriales, por lo que a mayor estimulación cognitiva mayor autonomía tendrá el adulto mayor (Madrigal, 2007).

4.3.2. Rehabilitación cognitiva

La rehabilitación cognitiva es la aplicación de procedimientos y técnicas y la utilización de apoyos con el fin de que las personas con déficit cognitivos puedan retornar de manera segura, productiva e independiente sus actividades cotidianas, intenta mejorar la capacidad del individuo para procesar y utilizar la información que entra, así como permitir un funcionamiento adecuado de la persona en la vida cotidiana, proveyendo al sujeto de una serie de estrategias que permitan mejorar o recuperar los déficit producidos por las alteraciones cognitivas. Existen varias modalidades de rehabilitación cognitiva que corresponden a estrategias o mecanismos por medio de los cuales se intenta mejorar el funcionamiento cognitivo y la funcionalidad. Algunas de estas estrategias se suelen clasificar en estrategias restaurativas, compensatorias, sustitutivas, de activación-estimulación, holísticas (De los Reyes Aragón et al., 2012).

4.3.3. Entrenamiento cognitivo

El entrenamiento cognitivo es definido como la práctica guiada en un conjunto de tareas estándar diseñadas para mejorar funciones cognitivas particulares, se basa en los principios de plasticidad neuronal y restauración de las habilidades cognitivas, aunque también se espera que tenga efectos generalizados más allá del contexto del inmediato entrenamiento. Este entrenamiento puede desarrollarse en diversos formatos y entornos, así como en forma de sesiones individuales o grupales. El objetivo principal del entrenamiento cognitivo es mejorar, o al menos, mantener la función en un dominio cognitivo determinado como la memoria, la atención o la planificación. Como hipótesis manifiesta que la repetición de una actividad puede mejorar o mantener la capacidad funcional en el área que se entrena, más allá de la propia sesión de entrenamiento (Martín López et al., 2020).

5. Metodología

La investigación fue realizada en el Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, ubicado en la Ciudad de Loja, situado en la calle Agustín Carrión Palacios s/n Barrio Jipiro, Parroquia el Valle. El Hogar es una institución de labor social que recibe apoyo económico de instituciones gubernamentales y no gubernamentales, presta atención integral mediante los servicios de cuidados directos de rehabilitación, psicología, medicina y enfermería a los adultos mayores que presenta mayor vulnerabilidad, pobreza y abandono.

5.1. Enfoque

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo, con un alcance descriptivo-correlacional, puesto que se realizó la recolección y medición de las variables de funcionamiento cognitivo y calidad de vida, especificando las características particulares de las variables en un contexto, y la relación entre las mismas, obteniendo datos precisos para cumplir con los objetivos propuestos.

5.2. Tipo de diseño

El diseño de la investigación a realizar es no experimental de corte transversal o transaccional, lo cual permitirá describir y analizar las variables en un momento dado, sin manipular ni controlar variable alguna.

5.3. Unidad de estudio

La investigación se realizó con Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, ambos sexos, que comprendan edades entre 65 a 97 años.

5.4. Universo

La presente investigación tiene un universo total de 45 adultos mayores residentes del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”.

5.5. Muestra

Se trabajó con una población total de 27 adultos mayores con edades entre 66 a 96 años y que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión,

5.6. Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de más de 65 años que residan en el Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”.

- Todos los adultos mayores que hayan firmado el consentimiento informado.
- Todos los adultos mayores que deseen participar en la investigación.

5.7. Criterios de Exclusión

- Presencia de enfermedades gravemente discapacitantes que les impidan responder a la evaluación.
- Adultos mayores que no presenten voluntariedad a participar de la investigación.

5.8. Técnicas

Para la recolección de datos de la presente investigación se utilizará como técnicas la entrevista para obtener datos sociodemográficos y la encuesta para la valoración psicológica de la población de estudio.

5.9. Instrumentos

- Ficha sociodemográfica (Anexo 4)

- **Test de Mayo** (Anexo 5). Según Córdova (2018) el Test de Mayo es uno de los instrumentos que nos permite la ubicación y diagnóstico del estado cognitivo de los sujetos en función de la valoración de las Funciones Mentales Superiores, siendo este uno de los instrumentos reconocidos para dicha evaluación. Tiene su raíz en instrumentos desarrollados para realizar rastreo de alteraciones cognitivas desarrolladas por Folstein (1975); en este caso puede ser referente el Mini-mental, mismo que es un instrumento estandarizado y de uso determinando, siendo una valoración breve del estado mental, generalizado para la población. Dicha valoración se establece en función de la medición no de un coeficiente intelectual, sino de la ejecución y respuesta de las funciones mentales superiores, valorando varias áreas en las que no necesariamente se miden conocimientos, sino la expresión del estado cognitivo del paciente en relación con las funciones que más adelante se expresan conforme al protocolo. Se describen ciertos criterios a tomar en cuenta:

Medición. El test mide el nivel de déficit y/o deterioro cognitivo

Población. El test está dirigido a la población general desde los 12 años de edad hasta cualquier edad, ya que nos permite ir reconociendo el proceso de deterioro cognitivo en función de los estadios del ciclo vital.

Tipo de Valoración. Individual

- **Evaluación de la calidad de vida en personas mayores (FUMAT)** (Anexo 6). La Escala FUMAT permite obtener datos objetivos referentes a la calidad de vida de los usuarios y de las condiciones que influyen en su funcionamiento; valorar con el mismo instrumento todos los servicios proporcionados (rehabilitación, unidad de memoria y Alzheimer, servicio de orientación gerontológico, consultas externas, atención al usuario); y obtener datos de todos ellos en relación con cada una de las ocho dimensiones de calidad de vida, bienestar emocional, relaciones interpersonales, bienestar material, desarrollo personal, bienestar físico, autodeterminación, inclusión social y derechos. Los indicadores de aplicabilidad del instrumento son, por un lado, sus propiedades psicométricas; y por otro, el consenso social, puesto que los indicadores incluidos fueron ratificados por varios expertos en personas mayores y discapacidad (Verdugo et al., 2009).

Fiabilidad y Validez. Los procedimientos que se han utilizado para su cálculo han sido el método de correlación entre dos mitades de Spearman-Brown (r) y el coeficiente alfa de Cronbach (α). Los resultados indicaron que los coeficientes de consistencia interna fueron bastante elevados en todos los casos, con la excepción de la dimensión Bienestar Material, en la que se alcanzó una fiabilidad adecuada según el coeficiente alfa de Cronbach pero muy baja en el caso del coeficiente de Spearman Brown ($\alpha=,694$; $r=,308$). El resto de las dimensiones mostraron fiabilidades superiores a ,700; la dimensión que presentó mayor consistencia interna fue Desarrollo Personal, seguida de la dimensión Autodeterminación, ambas con coeficientes superiores a 900. (Verdugo et al., 2009). Por lo tanto, la escala es un instrumento válido y fiable para la planificación de apoyos individualizados e intervenciones centradas en la persona.

5.10. Procesamiento y análisis de datos

Con la finalidad de dar el cumplimiento a los objetivos planteados de la investigación, las actividades se realizaron a través de las siguientes etapas:

Primera etapa

Se realizó una búsqueda bibliográfica para desarrollar el marco teórico, metodología y conocer la fiabilidad y validez de los instrumentos a aplicar para posteriormente recibir su aprobación.

Segunda etapa

Una vez recibida la aprobación se procedió a presentar un oficio en el Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, con fin de solicitar la autorización de la directora para

aplicar los reactivos a los adultos mayores que residen en el hogar. Tras el primer acercamiento con la directora de la institución y personal laboral se socializó la investigación, posteriormente se inició la recolección de la información aplicando los reactivos a la muestra seleccionada según los criterios de inclusión y exclusión.

Tercera etapa

Luego de haber recolectado la información correspondiente se procedió a realizar la calificación de los reactivos para su posterior tabulación, análisis e interpretación, se desarrolló la discusión, conclusiones y recomendaciones.

Cuarta etapa

Se diseñó un plan terapéutico dirigido a la población institucionalizada del Hogar residencial “Daniel Álvarez Sánchez”, el mismo que está diseñado y tiene por objetivo preservar y mejorar el estado cognitivo, y consecuentemente mantener y mejorar la calidad de vida.

5.11. Equipos y materiales

- Reactivos psicológicos
- IBM SPSS Statistics

5.12. Análisis estadísticos

Se realizó la tabulación de datos en el programa IBM SPSS Statistics, posterior a su tabulación se realizó tablas de frecuencias y gráficos estadísticos con las variables de funcionamiento cognitivo y calidad de vida para responder al primer y segundo objetivos específicos. Se realizó pruebas de normalidad para determinar la distribución de datos y emplear la prueba adecuada de correlación. En este caso los resultados tienen una distribución normal por lo que se empleó la prueba de Pearson; se elaboró tablas cruzadas y tabla de correlación de Pearson para determinar la relación entre ambas variables. Finalmente se realizó tablas cruzadas con cada dimensión de la escala de FUMAT y el Test de Mayo.

6. Resultados

Objetivo 1. Evaluar el funcionamiento cognitivo en los Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez”

Tabla Nro. 2

Frecuencia funcionamiento cognitivo

Nivel de funcionamiento cognitivo	Frecuencia
Deterioro mental grave	5
Deterioro mental moderado	11
Deterioro mental leve	6
Deterioro mental límite	5
Total	27

Fuente: Test de Mayo aplicado a los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”

Elaboración: Anny Montalvan

Análisis e interpretación

Los resultados obtenidos respecto al nivel de funcionamiento cognitivo fueron: (11) adultos mayores de la muestra presentan un nivel de deterioro mental moderado, (6) adultos mayores presentan un deterioro mental leve, (5) adultos mayores presentan deterioro mental grave y (5) adultos mayores de la muestra presentan un deterioro mental límite.

Objetivo 2. Evaluar los niveles de calidad de vida en los Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez”

Tabla Nro. 3

Frecuencia calidad de vida

Nivel de calidad de vida	Frecuencia
Calidad de vida baja	8
Calidad de vida media	12
Calidad de vida alta	7
Total	27

Fuente: Escala de FUMAT aplicada a los Adultos Mayores del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”

Elaboración: Anny Montalvan

Análisis e interpretación

El análisis de la calidad de vida evidencia que: (12) adultos mayores de la muestra tienen un nivel de calidad de vida media, (8) adultos mayores presentan una calidad de vida baja, mientras que (7) adultos mayores de la muestra presentan una calidad de vida alta.

Objetivo general. Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida de los Adultos Mayores del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez”

Tabla Nro. 4

		Calidad de vida			Total
		Calidad de vida baja	Calidad vida media	Calidad de vida alta	
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	5	0	0	5
	Deterioro mental moderado	3	8	0	11
	Deterioro mental leve	0	2	4	6
	Deterioro mental límite	0	2	3	5
Total		8	12	7	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”

Elaboración: Anmy Montalvan

Análisis e interpretación

Se observa una relación significativa entre las variables funcionamiento cognitivo y calidad de vida, siendo que, a mayor deterioro, menor nivel de calidad de vida, de este modo se explica lo siguiente:

De los 5 adultos mayores con deterioro mental grave, los 5 presentaron una calidad de vida baja.

De los 11 adultos mayores con deterioro mental moderado, 8 presentaron una calidad de vida media y 3 una calidad de vida baja.

De los 6 adultos mayores con deterioro mental leve, 4 presentaron una calidad de vida alta y 2 una calidad de vida media.

De los 5 adultos mayores con deterioro mental límite, 3 presentaron una calidad de vida alta y 2 una calidad de vida media.

Análisis de relación entre funcionamiento cognitivo y las dimensiones de la calidad de Vida

Tabla Nro.5

		<i>Dimensión 1 Bienestar emocional</i>			
		Bienestar emocional			Total
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	3	2	0	5
	Deterioro mental moderado	2	7	2	11
	Deterioro mental leve	0	1	5	6
	Deterioro mental límite	0	2	3	5
Total		5	12	10	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anmy Montalvan

Análisis e interpretación

Se evidencia que (7) adultos mayores con deterioro mental moderado se encuentran en un nivel medio respecto a la dimensión de bienestar emocional, (5) adultos mayores con deterioro mental leve se encuentran en un nivel alto; (3) adultos mayores con deterioro mental grave y (3) con deterioro mental límite se encuentran en un nivel bajo respecto al bienestar emocional.

Tabla Nro. 6

		<i>Dimensión 2 Relaciones interpersonales</i>			
		Relaciones interpersonales			Total
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	1	4	0	5
	Deterioro mental moderado	2	8	1	11

Deterioro mental leve	0	4	2	6
Deterioro mental límite	0	3	2	5
Total	3	19	5	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anmy Montalvan

Análisis e interpretación

Se observa que todos los adultos mayores con un grado de deterioro mental se ubican en un nivel medio respecto a la dimensión de relaciones interpersonales.

Tabla Nro. 7

		<i>Dimensión 3 Bienestar material</i>		
		Bienestar material		Total
		Nivel bajo	Nivel medio	
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	5	0	5
	Deterioro mental moderado	6	5	11
	Deterioro mental leve	1	5	6
	Deterioro mental límite	1	4	5
	Total	13	14	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anmy Montalvan

Análisis e interpretación

Respecto a la dimensión de bienestar material, los adultos mayores que presentan un deterioro mental leve (5) y los adultos mayores con deterioro mental límite (4) se encuentran en un nivel medio de bienestar material, respecto a los que evidencian deterioro mental grave y moderado, (5) y (6) adultos mayores respectivamente, se encuentran en un nivel bajo de bienestar material.

Tabla Nro. 8

<i>Dimensión 4 Desarrollo personal</i>				
Desarrollo personal				Total
Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto		

Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	1	4	0	5
	Deterioro mental moderado	1	8	2	11
	Deterioro mental leve	1	1	4	6
	Deterioro mental límite	0	0	5	5
	Total	3	13	11	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anmy Montalvan

Análisis e interpretación

En la presente dimensión se observa que los adultos mayores con deterioro mental moderado (8) y deterioro mental grave (4) se encuentran en un nivel medio en desarrollo personal, mientras que los adultos mayores con deterioro mental límite (5) y deterioro mental leve (4) se encuentran en un nivel alto respecto al desarrollo personal.

Tabla Nro. 9

Dimensión 5 Bienestar físico

		Bienestar físico			Total
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	2	3	0	5
	Deterioro mental moderado	4	5	2	11
	Deterioro mental leve	0	1	5	6
	Deterioro mental límite	1	1	3	5
	Total	7	10	10	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anmy Montalvan

Análisis e interpretación

Se evidencia que (5) adultos mayores con deterioro mental moderado y (3) adultos mayores con deterioro mental grave se encuentran en un nivel medio respecto a la dimensión de bienestar físico, por otro lado, los adultos mayores que presentan un deterioro mental leve

(5) y deterioro mental límite (3) se encuentran en un nivel alto en la dimensión de bienestar físico.

Tabla Nro. 10

		<i>Dimensión 6 Autodeterminación</i>			
		Autodeterminación			
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	Total
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	2	3	0	5
	Deterioro mental moderado	2	6	3	11
	Deterioro mental leve	0	1	5	6
	Deterioro mental límite	0	1	4	5
Total		4	11	12	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anny Montalvan

Análisis e interpretación

En la presente dimensión se observa que los adultos mayores con deterioro mental moderado (6) y grave (3) se encuentran en un nivel medio de autodeterminación, respecto a los que presentaron deterioro mental leve y límite, (5) y (4) adultos mayores respectivamente, se encuentran en un nivel alto de autodeterminación.

Tabla Nro. 11

		<i>Dimensión 7 Inclusión social</i>			
		Inclusión social			
		Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto	Total
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	2	0	3	5
	Deterioro mental moderado	1	4	6	11
	Deterioro mental leve	0	0	6	6
	Deterioro mental límite	0	2	3	5

Total	3	6	18	27
-------	---	---	----	----

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anny Montalvan

Análisis e interpretación

Se evidencia que todos los adultos con mayores con un grado de deterioro mental ya sea grave, moderado, leve y límite presentan un nivel alto respecto a la dimensión de inclusión social.

Tabla Nro. 12

		Derechos		Total
		Nivel bajo	Nivel medio	
Funcionamiento cognitivo	Deterioro mental grave	4	1	5
	Deterioro mental moderado	3	8	11
	Deterioro mental leve	3	3	6
	Deterioro mental límite	0	5	5
	Total	10	17	27

Fuente: Test de Mayo y Escala FUMAT aplicados a los adultos mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Elaboración: Anny Montalvan

Análisis e interpretación

Respecto a la dimensión de derechos (8) adultos mayores con deterioro mental moderado, (5) con deterioro mental límite y (3) adultos mayores con deterioro mental leve se encuentran en un nivel medio de derechos, respecto a los adultos mayores con deterioro mental grave (4) y leve (3) se encuentran en un nivel bajo en la presente dimensión.

Objetivo 3. Diseñar un programa de intervención psicológica enfocado a mejorar, mantener y/o fortalecer el funcionamiento cognitivo y consecuentemente alcanzar una mejora la calidad de vida de la población adulta mayor del Hogar "Daniel Álvarez Sánchez"

Programa de estimulación cognitiva para mejorar la calidad de vida del adulto mayor del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"

Presentación

Como lo explica Flores Silva et al. (2020) el proceso de envejecimiento conlleva una pérdida gradual, tanto de las capacidades funcionales como cognitivas, lo que puede conducir al adulto mayor a presentar diversas alteraciones que de una u otra forma reducen su calidad de vida. El cambio demográfico actual supone que la población de adultos mayores se incrementará cada vez más en los próximos años, y por ende las enfermedades degenerativas, por lo que es propicio desarrollar y prever métodos farmacológicos y no farmacológicos eficaces para mejorar o retrasar este tipo de enfermedades.

El presente programa de intervención tiene como base la estimulación cognitiva como un tipo de terapia no farmacológica, la cual pretende ayudar al adulto mayor a mantener sus funciones cognitivas y conservarlas el máximo tiempo posible, así mismo incrementar el desempeño en tareas del día a día, permitiendo optimizar su autonomía además de una mejora en la calidad de vida y concomitantemente la reducción del riesgo a que el deterioro avance de forma acelerada. Está dirigido a los adultos mayores del Hogar de Ancianos “Daniel Álvarez Sánchez”, que evidencian gran deterioro de sus capacidades cognitivas y una disminución de su calidad de vida. El programa se llevará a cabo en dos fases, se distribuirán a los adultos mayores en tres grupos de acuerdo con su nivel de deterioro funcional y posteriormente se asignarán actividades dirigidas hacia cada función cognitiva, así mismo se trabajarán actividades físicas y finalmente se realizará un taller psicoeducativo con el personal de dicha institución.

Objetivo general

Mejorar, mantener y/o fortalecer el funcionamiento cognitivo y consecuentemente alcanzar una mejora en la calidad de vida de la población adulta mayor del Hogar “Daniel Álvarez Sánchez”

Objetivos específicos

- Enseñar técnicas de estimulación cognitiva orientadas a la mejora, mantenimiento y/o fortalecimiento de las capacidades cognitivas de acuerdo con el nivel de deterioro funcional.
- Realizar intervenciones grupales de estimulación física y cognitiva a través de espacios de recreación
- Dar a conocer al personal de cuidado y atención del adulto mayor estrategias para el mantenimiento y el fortalecimiento de la capacidad cognitiva y calidad de vida creando un espacio de contención y desarrollo para el adulto mayor

Tabla Nro. 13

Descripción de actividades					
Actividad	Temáticas abordadas	Objetivos	Técnicas	Desarrollo	Responsable
Fase 1. Estimulación cognitiva					
1. Tareas para estimular la orientación	Orientación	Mejorar, mantener y/o fortalecer la orientación de la población evaluada	Estimulación cognitiva dirigida al funcionamiento de la orientación	El profesional encargado realizará preguntas de orientación temporal, espacial y de la persona, de acuerdo con el nivel de funcionamiento cognitivo	
				Grupo con deterioro mental grave - Repetir palabras - Datos y rutinas	
				Grupo con deterioro mental moderado - Asociación de palabras - Recordar historias - Lista a evocar	Psicólogo/ a Clínico
2. Tareas para estimular la memoria	Memoria	Mejorar, mantener y/o fortalecer la memoria de la población evaluada	Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento de la memoria	Grupo con deterioro mental leve y límite - Dibuja lo que has tocado - Sinónimos y antónimos - Encontrar la pareja de imágenes	

				<p>Grupo con deterioro mental grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Identificar números - Contar - Series
3. Tareas para estimular el cálculo	Cálculo	Mejorar, mantener y/o fortalecer la función de cálculo de la población evaluada	Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento del cálculo	<p>Grupo con deterioro mental moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Compras - Cálculo mental <p>Grupo con deterioro mental leve y límite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Operaciones aritméticas escritas - Los chinos
				<p>Grupo con deterioro mental grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Ritmos - Secuencias alternantes de posturas
4. Tareas para estimular las funciones ejecutivas	Funciones ejecutivas	Mejorar, mantener y/o fortalecer las funciones ejecutivas de la población evaluada	Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento de las funciones ejecutivas	<p>Grupo con deterioro mental moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Series automáticas inversas - Ordenación temporal <p>Grupo con deterioro mental leve y límite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tarea Stroop - Tail-making-test
5. Tareas para estimular el lenguaje	Lenguaje	Mejorar, mantener y/o fortalecer el lenguaje de la población estudiada	Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento	<p>Grupo con deterioro mental grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Señalar el dibujo - Repetición verbal - Copia y escritura

			nto del lenguaje	<ul style="list-style-type: none"> - Refranes <p>Grupo con deterioro mental moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Decisión léxica - Dictado - Relatos - Sopa de letras <p>Grupo con deterioro mental leve y límite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Descripción de láminas temáticas - Fluidez verbal - Descripción de estímulos ausentes
				<p>Grupo con deterioro mental grave</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tareas de gestos - Posturas de manos - Vístete
6.	Tareas para praxias	Praxias	Mejorar, mantener y/o fortalecer la función de praxias de la población estudiada	<p>Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento de las praxias</p> <p>Grupo con deterioro mental moderado</p> <ul style="list-style-type: none"> - Uso de objetos - Mímica - Modelos con palillos - Vístete <p>Grupo con deterioro mental leve y límite</p> <ul style="list-style-type: none"> - Cubos - Dibujo de figuras
7.	Actividad física	<ul style="list-style-type: none"> - Calentamiento - Ejercicios aeróbicos - Estiramiento 	Realizar intervenciones grupales de estimulación física y cognitiva a través de	<ul style="list-style-type: none"> - Calentamiento - Ejercicio de equilibrio estático y dinámico - Estiramiento - Actividades diarias básicas <ul style="list-style-type: none"> - Enfermeras/os - Terapeutas ocupacionales

	- Actividades diarias básicas	espacios de recreación			
--	-------------------------------	------------------------	--	--	--

Fase 3. Instrucción al profesional

	- Estimulación cognitiva	Dar a conocer al personal de cuidado y atención del adulto mayor estrategias para el mantenimiento y el fortalecimiento de la capacidad cognitiva y calidad de vida			
1. Taller de psicoeducación	-Beneficios de la estimulación cognitiva		Psicoeducación	Psicoeducación y capacitación al personal de cuidado y atención del adulto mayor sobre estimulación cognitiva y sus beneficios	Psicólogo/a clínico/a
	- Actividades que se pueden realizar dentro de la estimulación cognitiva				

	- Importancia y beneficios mentales de la actividad física	Dar a conocer al personal de cuidado y atención del adulto mayor estrategias para el mantenimiento y el fortalecimiento de la capacidad cognitiva y calidad de vida			
2. Taller de psicoeducación	-Como mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de la actividad física		Psicoeducación	Psicoeducación y capacitación al personal de cuidado y atención del adulto mayor sobre la actividad física y sus beneficios mentales	Psicólogo/a clínico/a

Fuente: Tárraga, L. y Boada, M. (1999). *Volver a Empezar Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer (Glosa)*.

Martínez Rodríguez, T., García Fernández, E., Rodríguez Álvarez, M., Rascón García, M., y Rodríguez Rodríguez, P. (2002). *Estimulación cognitiva: Guía y material para la intervención*.

Elaboración: Anny Montalvan

Desarrollo de actividades

Fase 2. Estimulación cognitiva

Sesión 1

Actividad 1. Tareas para estimular la orientación

Objetivo. Mejorar, mantener y/o fortalecer la orientación de la población evaluada

Técnicas a utilizar. Estimulación cognitiva dirigida al funcionamiento de la orientación

Duración. 30 minutos

Materiales. Recursos humanos (psicólogo/a clínico)

Metodología. En la presente actividad se le asignará diferentes tareas para estimular la orientación a cada uno de los grupos conformados en la actividad 2 de la fase 1. Las tareas a asignarse son:

Grupo con deterioro mental grave.

- **Orientación temporal, espacial y de la persona.** La tarea consiste en que el profesional encargado hará preguntas: ¿Qué día de la semana es hoy?, ¿En qué fecha estamos?, ¿Cómo se llama?, ¿Qué edad tiene?; con el fin de mantener a la persona en tiempo y espacio.

Grupo con deterioro mental moderado.

- **Orientación espacial.** La tarea consiste en que la persona reconozca y diga el lugar donde se encuentra: sitio, centro, barrio, ciudad, provincia y nación.

- **Orientación temporal.** La tarea consiste en que la persona reconozca e indique la fecha, el mes, el día de la semana, el año y la hora correspondiente al momento de la sesión.

Grupo con deterioro mental leve y límite:

- **Orientación de la persona.** El profesional realizará preguntas como: ¿Cómo se llama? ¿En qué año nació? ¿Qué edad tiene? ¿Está casado/a?

- **Orientación temporal:** Dada una situación determinada, por ejemplo, mañana será 25 de diciembre, realizar las siguientes preguntas: ¿Qué fiesta celebraremos? ¿Qué es típico de estas fiestas? ¿Con quién lo celebraremos? ¿Qué comeremos?

Sesión 2

Actividad 2. Tareas para estimular la memoria

Objetivo. Mejorar, mantener y/o fortalecer la memoria de la población evaluada

Técnicas a utilizar. Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento de la memoria

Duración. 30 minutos

Materiales

- Álbum de orientación personal
- Imágenes, las correspondientes palabras escritas
- Historias o noticias breves
- Listado de palabras
- Objetos reales, formas táctiles o figuras de madera.
- Hoja plastificada de sinónimos-antónimos
- Parejas de imágenes.

Metodología. Con los grupos conformados en la actividad 2 de la fase 1 se realizarán las siguientes tareas:

Grupo con deterioro mental grave

- **Repetir palabras.** Se presentarán varias palabras que la persona debe repetir inmediatamente.
- **Datos y rutinas básicos.** La tarea consiste en que la persona recuerde o repase los datos referentes a su biografía y a sus rutinas cotidianas.

Grupo con deterioro mental moderado

- **Asociación de palabra escrita-imagen.** La tarea consiste en que la persona una los dibujos o imágenes que se mostrarán, con sus nombres correspondiente presentados por escrito.
- **Recordar historias.** La persona encargada leerá en alto historias o noticias breves proponiendo al adulto mayor que intenten recordar lo que van a oír, posteriormente se solicitará que vuelva a relatar lo que recuerde.
- **Listas a evocar.** Se presenta a la persona una lista de palabras, imágenes u objetos para que las memorice. Posteriormente se solicitará su evocación.

Grupo con deterioro mental leve y límite

- **Dibuja lo que has tocado.** La tarea consiste en que la persona reconozca y memorice por el tacto diferentes objetos o formas, para posteriormente dibujarlos sin tener el modelo delante.

- **Sinónimos y antónimos.** La tarea consiste en que la persona diga sinónimos o antónimos a las palabras que leerá en voz alta el profesional encargado.

- **Encontrar las parejas de imágenes.** La tarea consiste en presentar una cantidad de parejas de imágenes idénticas vueltas del revés. Cada persona debe ir levantándolas de dos en dos, hasta hallar una pareja de imágenes. Si al levantar las dos no son iguales las debe volver a situar del revés donde estaban, y así sucesivamente, hasta ir encontrando las parejas.

Sesión 3

Actividad 3. Tareas para estimular el cálculo

Objetivo. Mejorar, mantener y/o fortalecer la función de cálculo de la población evaluada

Técnicas a utilizar. Estimulación cognitiva dirigida hacia la función de cálculo

Duración: 30 minutos

Materiales

- Elementos diversos o números.
- Figuras de madera, encaje números y puntos
- Figuras de madera o encajes decrecientes
- Monedas, objetos o carteles con precios.
- Papel y lápiz
- Tarjetas de números

Metodología. Con los grupos conformados en la actividad 2 de la fase 1 se realizarán las siguientes tareas:

Grupo con deterioro mental grave

- **Identificar números.** La tarea consiste en que la persona cuente elementos y encuentre el número gráfico que corresponda a la cantidad total obtenida.

- **Contar.** La tarea consiste en que la persona vaya contando el número de piezas que se le presenten.

- **Series.** La tarea consiste en que la persona vaya ordenando las diferentes piezas de menor a mayor o viceversa.

Grupo con deterioro mental moderado

- **Compras.** Simulando compras sencillas, se propone a la persona manejar monedas contando cantidades y realizando cuentas sencillas.

- **Cálculo mental.** La tarea consiste en que la persona realice mentalmente las operaciones que le proponga el profesional.

Grupo con deterioro mental leve y límite

- **Operaciones aritméticas escritas.** La tarea consiste en que la persona realice las operaciones y problemas aritméticos propuestos por el profesional.

- **Los chinos.** La tarea consiste en que la persona estime el número total de tantos (tarjetas de números, elementos o dedos) que obtendrá el grupo.

Sesión 4

Actividad 4. Tareas para estimular las funciones ejecutivas

Objetivo. Mejorar, mantener y/o fortalecer las funciones ejecutivas de la población evaluada

Técnicas a utilizar. Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento de las funciones ejecutivas

Duración: 30 minutos

Materiales

- Tarjetas plastificadas de los días de la semana
- Tarjetas plastificadas de los meses del año
- Tarjetas plastificadas de las estaciones
- Hojas tarea Stroop
- Hoja del Trail-making-test
- Lápiz

Metodología: con los grupos previamente conformados se realizarán las siguientes tareas:

Grupo con deterioro mental grave

- **Ritmos.** La tarea consiste en que la persona reproduzca los diferentes ritmos presentados por el monitor/a. Los ritmos pueden realizarse dando palmadas, dando golpes en la mesa (con dedos o manos), etc.

- **Secuencias alternantes de posturas.** La tarea consiste en que la persona reproduzca la secuencia de posturas que le indique el profesional (puño, palma, lado).

Grupo con deterioro mental moderado

- **Series automáticas inversas.** Se propone a la persona que enuncie series automáticas (los números, los días de la semana, los meses del año, etc.) pero en orden inverso.

- **Ordenación temporal.** La tarea consiste en que la persona ordene adecuadamente la serie temporal desde los elementos que se le proporcionen. Se orienta también al paciente en el momento actual.

Grupo con deterioro mental leve y límite

- **Tarea Stroop.** La tarea consiste en que la persona realice la tarea clásica del original Test Stroop: tachar el color indicado por una palabra escrita en diferente color que el solicitado.

- **Trail-making-test.** La tarea consiste en que la persona complete el recorrido gráfico de series alternantes, en una tarea adaptada de la original propuesta en el Trail making-test.

Sesión 5

Actividad 5. Tareas para estimular el lenguaje

Objetivo: Mejorar, mantener y/o fortalecer el lenguaje de la población estudiada

Técnicas a utilizar. Estimulación cognitiva orientada hacia el funcionamiento del lenguaje

Duración. 30 minutos

Materiales

- Imágenes, dibujos o fotografías
- Material de copia.
- Hoja plastificada de listado de refranes.
- Tarjetas plastificadas de palabras o pseudopalabras

- Material de dictado
- Hojas de sopa de letras
- Láminas temáticas

Metodología. Con los grupos conformados en la actividad 2 de la fase 1 se realizarán las siguientes tareas:

Grupo con deterioro mental grave

- **Señalar el dibujo.** La tarea consiste en que la persona identifique el nombre que el profesional presenta señalando la imagen o el dibujo correspondiente.
- **Repetición verbal.** La tarea consiste en que la persona repita las palabras, pseudopalabras, sílabas o frases que el profesional verbalice.
- **Copia escritura.** La tarea consiste en que la persona copie palabras o frases escritas.
- **Refranes.** La tarea consiste en que la persona finalice el refrán que empezó verbalizando el profesional.

Grupo con deterioro mental moderado

- **Decisión léxica.** La tarea consiste en que la persona diga si los estímulos presentados, bien visiblemente, bien auditivamente, son palabras reales o inventadas.
- **Dictado.** La tarea consiste en que la persona escriba al dictado las palabras o frases que emita el profesional.
- **Relatos.** La tarea consiste en que la persona relate acontecimientos sucedidos, experiencias o conocimientos bien por iniciativa propia o bien a petición del profesional.
- **Sopa de letras.** La tarea consiste en que la persona busque y encuentre las diferentes palabras en la sopa de letras.

Grupo con deterioro mental leve y límite

- **Descripción de láminas temáticas.** La tarea consiste en que la persona narre o describa lo que sucede en la lámina que se le presenta.
- **Fluidez verbal.** La tarea consiste en que la persona emita palabras que empiecen, finalicen o contengan una determinada letra o sílaba.

- **Descripción de estímulos ausentes.** La tarea consiste en que la persona describa objetos, lugares, personas no presentes en la sala de modo que tenga que recordarlos y visualizarlos imaginariamente.

Sesión 6

Actividad 6. Tareas para estimular las praxias

Objetivo. Mejorar, mantener y/o fortalecer la función de praxias de la población estudiada.

Técnicas a utilizar. Estimulación cognitiva dirigida hacia el funcionamiento de las praxias.

Duración. 30 minutos

Materiales

- Hoja plastificada de Gestos Simbólicos
- Hoja plastificada de mímica
- Siluetas de papel
- Palillos.
- Cubos del WAIS
- Papel y lápiz

Metodología. Con los grupos conformados en la actividad 2 de la fase 1 se realizarán las siguientes tareas:

Grupo con deterioro mental grave

- **Gestos.** La tarea consiste en que la persona realice los diferentes gestos simbólicos que indique el profesional.

- **Posturas de manos.** La tarea consiste en que la persona imite al profesional colocando sus manos en la misma postura o posición que las manos del profesional.

- **Vístete:** consiste en vestir la silueta de manera adecuada, teniendo en cuenta tanto el lugar y orden de colocación de cada prenda como el tipo de situación (frio, calor, montaña).

Grupo con deterioro mental moderado

- **Uso de objetos.** La tarea consiste en que la persona ejecute las acciones necesarias que propone el monitor/a para realizar una acción determinada: mandar una carta, encender una vela, etc.

- **Mímica.** La tarea consiste en que la persona realice mediante mímica las acciones solicitadas por el profesional utilizando imaginariamente los objetos necesarios para la misma.

- **Modelos con palillos.** La tarea consiste en que la persona construya con palillos un modelo idéntico al presentado por el monitor/a.

- **Vístete:** consiste en vestir la silueta de manera adecuada, teniendo en cuenta tanto el lugar y orden de colocación de cada prenda como el tipo de situación (frío, calor, montaña, playa).

Grupo con deterioro mental leve y límite

- **Cubos.** La tarea consiste en que la persona reproduzca el modelo presentado articulando los cubos de colores del modo adecuado.

- **Dibujo de figuras.** La tarea consiste en que la persona dibuje la figura propuesta por el profesional sin presencia de modelo.

Sesión 7

Actividad 7. Actividad física

Objetivo. Realizar intervenciones grupales de estimulación física y cognitiva a través de espacios de recreación

Técnicas a utilizar. Actividad física aeróbica

Duración. 30 minutos

Materiales

- Pelotas
- Profesional encargado

Metodología.

Es importante realizar primero un calentamiento de cinco minutos para preparar nuestro organismo antes de practicar ejercicio más intenso. Los ejercicios que se realizarán en calentamiento son: mover las piernas hacia delante y hacia atrás, mover los brazos dibujando círculos hacia atrás, girar lentamente la cabeza hacia derecha e izquierda, caminar, distribuidos respectivamente en los cinco minutos que durara la primer parte. Posteriormente se practicará ejercicio de equilibrio estático y dinámico como sostenerse sobre un pie primero y luego sobre el otro, ejercicios de yoga, también pueden realizarse ejercicios de coordinación para ejercitar las reacciones de enderezamiento, como caminar y tocar con la mano izquierda al mismo tiempo que se levanta la pierna derecha y viceversa, botar una pelota con la mano derecha y luego con la izquierda, para después botarla caminando, distribuidos en veinte minutos. Se finalizará con estiramientos y movimientos articulares para prevenir posibles lesiones, los ejercicios a realizarse son: balancear brazos y piernas combinándolo con una respiración suave y amplia y con movimientos de cuello hacia la derecha e izquierda, distribuidos en cinco minutos.

Fase 3. Instrucción al profesional

Sesión 1

Actividad 1. Taller de psicoeducación N°1

Objetivos. Dar a conocer al personal de cuidado y atención del adulto mayor estrategias para el mantenimiento y el fortalecimiento de la capacidad cognitiva y calidad de vida

Técnicas a utilizar. Psicoeducación

Duración. 60 minutos cada sesión

Material. Material de exposición (proyector, diapositivas)

Metodología.

Se reunirá a todo el personal de la institución y a través del taller de psicoeducación el psicólogo/a clínico/a brindará información oportuna y capacitará al personal de cuidado y atención del adulto mayor. Los temas a tratar son:

- Estimulación cognitiva.
- Beneficios de la estimulación cognitiva.
- Actividades que se pueden realizar dentro de la estimulación cognitiva.

Sesión 2

Actividad 1. Taller de psicoeducación N°2

Objetivos. Dar a conocer al personal de cuidado y atención del adulto mayor estrategias para el mantenimiento y el fortalecimiento de la capacidad cognitiva y calidad de vida

Técnicas a utilizar. Psicoeducación

Duración. 60 minutos

Material. Material de exposición (proyector, diapositivas)

Metodología.

Se reunirá a todo el personal de la institución y a través del taller de psicoeducación el psicólogo/a clínico/a brindará información oportuna y capacitará al personal de cuidado y atención del adulto mayor. Los temas a tratar son:

- Importancia y beneficios mentales de la actividad física.
- Como mejorar la calidad de vida del adulto mayor a través de la actividad física.

7. Discusión

El presente trabajo investigativo tuvo por objetivo determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida en una población de adultos mayores institucionalizados. Los resultados obtenidos mostraron que la mayor parte del grupo de estudio presentó un grado de deterioro mental moderado; estos resultados son similares al estudio de Pérez Hernández María et al. (2018) llevado a cabo con una muestra de 59 adultos mayores institucionalizados, en donde el 66% mostró un grado de deterioro cognitivo, siendo predominante el deterioro mental moderado con un 26%. En contraste, el estudio de Torregraza Campo et al. (2018) llevado a cabo con una muestra de 37 adultos mayores institucionalizados, determinaron que el grado de deterioro que predomina es el grave con un 32,40%, seguido del deterioro mental moderado con un 24.20%. Los estudios realizados por Velasco Gutiérrez et al. (2019) y Rangel Mendoza (2021) señalan que la condición de institucionalización puede influir en el declive de las capacidades cognitivas del adulto mayor al disminuir su autonomía y su capacidad funcional para actividades de la vida diaria, pues el estudio realizado por Velasco et al., con una muestra de 32 adultos mayores no institucionalizados, demostró que el 87.5% de adultos mayores no presentaron ningún tipo de deterioro cognitivo, seguido de un 9.3% que presentó deterioro mental leve y el 3,1% de la población con un deterioro mental grave; así mismo, en la investigación de Rangel llevada a cabo con mayores en condición de institucionalización y no institucionalización, se observó que en el primer caso el 77.8% de los adultos mayores presentaron un deterioro cognitivo moderado, el 11.1% un deterioro cognitivo severo y el 11.1% deterioro cognitivo leve, por el contrario en la población de adultos mayores no institucionalizados se evidenció que el 78.7% de la población total no presentó deterioro mental, mientras que el 12.8% mostró un deterioro mental leve y solamente el 8.5% de la población un deterioro mental grave; por lo que se puede considerar que la institucionalización del adulto mayor podría ser un factor de riesgo ante el declive de sus funciones cognitivas, sin embargo se necesitan más estudios que puedan analizar otras variables que puedan incidir en el deterioro cognitivo en el adulto mayor institucionalizado.

Respecto a la calidad de vida de los adultos mayores se evidenció que de los 27 adultos mayores evaluados, 12 siendo la mayor parte de la población presentó un nivel de calidad de vida media, seguido de 8 adultos mayores con una calidad de vida baja; resultados que son similares a la investigación de Garcia (2018) en donde se evaluó a un total de 80 adultos mayores institucionalizados, en donde el 63% presentó una calidad de vida media, el 36% una calidad de vida baja y el 1% calidad de vida alta. En otro estudio realizado por Nequiz Moisés

et al. (2017) en una población de adultos mayores no institucionalizados, se evidenciaron resultados similares a los de la presente investigación, puesto que el 70% de la población perciben su calidad de vida como media, el 24% como alta y el 6% como baja, cabe destacar que una de las limitaciones del presente estudio es la escasa muestra con la que se contó a diferencia de los estudios antes mencionados, siendo el presente trabajo un precedente para futuras investigaciones que considere una muestra más amplia y estudios a largo plazo.

Para el adulto mayor institucionalizado, la calidad de vida puede estar aún más afectada, ya que, en su mayoría, presentan algún grado de dependencia dado por limitaciones funcionales, discapacidad, disminución de su participación social, además de alteraciones emocionales generadas por la falta de redes de apoyo familiar, sentimientos de soledad y desarraigo. Sin embargo, el estar institucionalizado o no, no es el único aspecto que juega un papel determinante en la calidad de vida, ya que depende de diversos factores como el estado de salud y el contar con adecuados recursos materiales que faciliten su diario vivir.

Finalmente, respecto a la relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida, existió una correlación negativa significativa, lo cual indica que, a mayor capacidad cognitiva, mayor nivel de calidad de vida, resultados que coinciden con los obtenidos en el estudio de Saputri Nova Detalia et al. (2020) con 82 adultos mayores del Hogar de Ancianos de Jember, donde se identificó el estado de funcionamiento intelectual intacto en 43,90 % y deterioro cognitivo severo en 2,4 %. Mientras, el 70,7 % y el 8,5 % de los adultos mayores tenían moderada y baja calidad de vida, respectivamente. Así mismo en un estudio realizado por İnel Manav (2018) con 118 adultos mayores que vivían en una residencia geriátrica en Adana, Turquía, se evidenció que a medida que el estado cognitivo mejoraba, la calidad de vida aumentaba en consecuencia, por lo que determinaron que ambas variables correlacionan significativamente entre sí. Por lo tanto, los resultados del presente trabajo de investigación coinciden con la literatura revisada, afirmando una relación significativa entre las variables de estudio.

8. Conclusiones

- El proceso de envejecimiento conlleva un declive de las funciones cognitivas y el riesgo de padecer enfermedades neurodegenerativas, lo que puede motivar a la necesidad de institucionalizar al adulto mayor, pero también se puede considerar a la institucionalización como un factor que aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y acelera el proceso de declive funcional. Los resultados evidencian que la mayor parte de la población evaluada presentó un deterioro cognitivo moderado, seguido del deterioro mental leve.
- Respecto a la calidad de vida, los resultados de la presente investigación evidenciaron que el nivel medio de calidad de vida es prevalente en la muestra de estudio seguido de un nivel de calidad de vida baja.
- En cuanto al análisis de correlación entre variables se obtuvo una relación negativa significativa, lo que indica que, a mayor deterioro cognitivo, menor nivel de calidad de vida.
- Al realizar el análisis de relación entre el funcionamiento cognitivo y las dimensiones de calidad de vida, se pudo evidenciar que la mayor parte de los adultos mayores que presentaron un grado de deterioro cognitivo se encuentra en un nivel medio en la dimensión de relaciones interpersonales, considerando a la misma como la dimensión que presenta una mayor afectación dentro de la población de estudio, concluyendo así, que la falta de redes de apoyo familiares y/o sociales sumado a un declive de las capacidades cognitivas pueden reducir el nivel de la calidad de vida del adulto mayor institucionalizado.
- Finalmente, teniendo en cuenta los resultados obtenidos, se desarrolló un plan terapéutico con el objetivo de mejorar y mantener las capacidades cognitivas residuales en los adultos mayores con deterioro cognitivo y consecuentemente mejorar los niveles de calidad de vida.

9. Recomendaciones

- Implementar programas de promoción de envejecimiento activo con el fin de aplicar estrategias que ayuden a retrasar el declive cognitivo y mejorar la funcionalidad de los adultos mayores institucionalizados.
- Se recomienda a las instituciones geriátricas públicas y privadas, incorporar intervenciones dirigidas a la mejora de la calidad de vida tanto objetiva (provisión de recursos materiales y humanos) y subjetiva (bienestar, satisfacción con la vida) de los usuarios y/o residentes adultos mayores, propiciando de esta forma un envejecimiento sano, activo, reduciendo además el riesgo de discapacidad, preservando la autonomía el máximo tiempo posible.
- Se considera necesario realizar investigaciones que consideren las variables del presente estudio en una muestra más amplia con la posibilidad de realizar estudios longitudinales que puedan explorar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida en las personas mayores, a largo plazo, lo que permita obtener resultados fiables y eficaces que permitan visibilizar la necesidad de establecer programas de prevención e intervención dirigidos a mejorar la calidad de vida del adulto mayor, optimizando sus capacidades cognitivas y funcionales, así mismo replicar el estudio teniendo en cuenta a la población no institucionalizada.
- Finalmente, se recomienda la aplicación del plan terapéutico diseñado en la presente investigación basado en la estimulación cognitiva con el fin de mejorar y/o mantener el estado cognitivo de los adultos mayores institucionalizados enfocado a mejorar los niveles de calidad de vida y poderlo replicar en otros contextos gerontológicos.

10. Bibliografía

- Aguilar Navarro, S., Gutierrez Gutierrez, L. y Samudio Cruz, M. (2018). *Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo*.
- Aponte, V. (2015). *Calidad de vida en la tercera edad*. 13(2).
- Arroyo, E. (2002). *Estimulación psicocognoscitiva en las demencias*.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). *DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*.
- Avendaño, S. B., Bernal, O. y Esquivia, C. T. (2020). Caracterización funcional y calidad de vida en pacientes con enfermedad de Parkinson en un hospital de tercer nivel de Bogotá D.C., Colombia. *Revista Colombiana de Medicina Física y Rehabilitación*, 29(2), 93–102. <https://doi.org/10.28957/rcmfr.v29n2a3>
- Barragán Martínez, D., García Soldevilla, M. A., Parra Santiago, A. y Tejeiro Martínez, J. (2019). Enfermedad de Alzheimer. *Medicine - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(74), 4338–4346. <https://doi.org/10.1016/j.med.2019.03.012>
- Bayona, H. (2010). Demencia vascular: un reto para el clínico. *Acta Neurol Colomb*, 26(3), 69–77.
- Bazarrá, A. y Castillo, M. (2006). *EL ENVEJECIMIENTO* [Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar de la Serena, Módulo I Tendencias en Salud Pública: Salud Familiar y Comunitaria y Promoción].
- Benavides Caro, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107–112.
- Castellanos Ruiz, J. (2016). *Concepto de calidad de vida para el adulto mayor institucionalizado en el hospital geriátrico "San Isidro" de Manizales*.
- Cerquera Cordoba, A. y Quintero Mantilla, M. (2015). Reflexiones grupales en gerontología: el envejecimiento normal y patológico. *Revista Virtual Universidad Católica Del Norte*, 173–180.
- Chong, A. (2012). Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 28(2).
- Cordova, L. (2018). Test de Mayo del MSP.

- Da Silva Rodriguez, C. (2017). *Envejecimiento: Evaluación e Intervención Psicológica*. El Manual Moderno de S.A. de C.V.
- De los Reyes Aragón, C., Arango Lasprilla, J., Rodríguez Díaz, M., Perea Bartolomé, M. y Ladera Fernández, V. (2012). Rehabilitación Cognitiva en pacientes con Enfermedad de Alzheimer. *Psicología Desde El Caribe*, 29(2), 421–455.
- Delgado, C. (2005). Demencia vascular. *Revista Hospital Clínico Evista Hospital Clínico Evista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 16(2).
- Flores Silva, A. S., Fierros Flores, A., Gallegos Novela, V. E., Magdaleno Ordaz, G., Velasco Rodríguez, R. y Pérez Hernández, M. G. (2020). Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. *Revista CuidArte*, 9(17). <https://doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2020.9.17.72760>
- García, Y. (2018). *Calidad de vida del adulto mayor que reside en el Albergue Central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro, Lima 2018*. Escuela Académico Profesional de Enfermería.
- García García, E. (2018). *Somos nuestra memoria*.
- García López, L., Quevedo Navarro, M. y Leyva Hernandez, A. (2020). Calidad de vida percibida por adultos mayores. *Revista Electrónica Medimay*, 27(1).
- González, C., Ham Chande, R. y Demogr. (2007). Funcionalidad y salud: una tipología del envejecimiento en México. *Salud Pública Méx*, 49.
- González, M., Feggy, O., Madrazo, I. y Jiménez, F. (2018). Deterioro Cognitivo en Pacientes con Enfermedad de Parkinson. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 18, 19–27.
- Guevara, N. L. (2016). Impactos de la institucionalización en la vejez. Análisis frente a los cambios demográficos actuales. *ENTRAMADO*, 12(1), 138–151. <https://doi.org/10.18041/entramado.2016v12n1.23110>
- Ínel Manav, A. (2018). An Evaluation of Cognitive Function Level, Depression and Quality of Life of Elderly People Living in a Nursing Home. *Journal of Psychiatric Nursing*. <https://doi.org/10.14744/phd.2018.26817>

- Jurado Luque, M., Mataró Serra, M. y Pueyo Benito, R. (2016). *Neuropsicología de las enfermedades neurodegenerativas*.
- Laguado Jaimes, E., Camargo Hernández, K., Campo Torregroza, E. y Martín Carbonel, M. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos*, 28(3).
- Leitón Espinoza, Z. E., Fajardo Ramos, E., López González, Á., Martínez Villanueva, R. M. y Villanueva Benites, M. E. (2021). Cognition and Functional Capacity in the Elderly Adult. *Salud Uninorte*, 36(1), 124–139. <https://doi.org/10.14482/sun.36.1.618.97>
- Levis Alfaro, J., Castillo Curi, F. y Villa Capasino, E. (2015). Perfil de calidad de vida del adulto mayor de los Centros del Adulto Mayor en los distritos de Chaclacayo y Chosica, Lima, Perú, 2014. *Revista de Investigación Universitaria*, 4(2).
- Limón Mendizabal, M. (2018). Envejecimiento activo: un cambio de paradigma sobre el envejecimiento y la vejez / Active Aging: a change of paradigm on aging and old age. *Aula Abierta*, 47(1), 45. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.45-54>
- López García A., López Bueno, L. y Ariño Jordán, C. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programas de rehabilitación psicofuncional en Centros de Día GERISER. *Revista Geriatrika*, 18(4), 18–21.
- Madrigal, L. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 4–14.
- Martín López, J., Molina Linde, J., Gómez, R., Castro Campos, J. y Blasco Amaro, J. (2020). *Efectividad del entrenamiento cognitivo en pacientes con demencia leve a moderada*.
- Mendizábal de la Cruz, N., González Martín, E., Jimeno Bulnes, N. y Sánchez Gil, C. (2020). *Envejecimiento y lenguaje*.
- Molina Codecido, C. (2021). Sentido de vida en adultos mayores institucionalizados desde el enfoque Humanista-Existencial. *Actualidades En Psicología*, 35(131), 19–33. <https://doi.org/10.15517/ap.v35i131.42292>
- Nequiz Jasso J., Munguía Gómez, A. y Izquierdo Barrera, E. (2017). Percepción de la calidad de vida en el Adulto Mayor que acude a la clínica Universitaria Reforma. *Rev. Enf. Neurol*, 26(3).

- Niu, H., Álvarez, I., Guillén Grima, F. y Aguinaga Ontoso, I. (2017). Prevalencia e incidencia de la enfermedad de Alzheimer en Europa: metaanálisis. *Neurología*, 32(8), 523–532. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.02.016>
- Oliva, A., Ortega, M., Plaza, A., Limón, R., Ortega, I., Paéz, J., Rodríguez, A. y Flores, M. (2021). Calidad de vida en personas adultas y mayores. Intervención educativa en contextos sociales. *EPUB*.
- Paterne, G., Barlades, Y. y Martínez, M. (2012). *Calidad de vida. En: Abizanda P. Medicina Geriátrica*.
- Peréz Hernández, M., Velasco Rodríguez, R., Maturano Melgoza, J., Hilerio López, Á., García Hernández, M. y García Jiménez María. (2018). Deterioro cognitivo y riesgo de caída en adultos mayores institucionalizados en el estado de Colima, México. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(3).
- Rangel Mendoza, C. (2021). *Prevalencia de deterioro cognitivo leve en Adultos Mayores Institucionalizados y no Institucionalizados*. Unisidad Juárez Autónoma de Tabasco.
- Rayón Rayón, S., Romero, T. y Muggenburg Rodríguez, M. (2015). Valoración del estado cognitivo en el adulto mayor: áreas más afectadas. *Revista de Enfermería Neurológica*, 14(2), 93–101.
- Robalino, M. (2015). *Repercusión del abandono en el estado mental y emocional del adulto mayor institucionalizado en los asilos de ancianos sagrado corazón de Jesús de la ciudad de Ambato y el asilo de ancianos de Patate* [[Tesis doctoral, Universidad Técnica de Amabato]]. Repositorio institucional de la Universidad Técnica de Amabato <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/9255>.
- Rodríguez, E. y Durand, R. (2018). Calidad de vida en la tercera edad desde la Universidad del Adulto Mayor. *Rev Inf Cient*, 97(1), 192–204.
- Ruiz Carabias, M. (2019). *Relación entre deterioro cognitivo y deterioro funcional en el continuum del envejecimiento normal a la demencia*.
- Saputri Nova, D., Tantut, S. y Latifa, A. (2020). Relación entre la función cognitiva y la calidad de vida de personas mayores en una residencia de ancianos. *Revista Cubana de Enfermería*, 36(2), 1–13.

- Schalock, R. y Verdugo, M. (2003). Calidad de vida. Manual para profesionales de la educación, salud y servicios sociales (M. A. Verdugo & C. Jenaro, Trads.). Madrid: Alianza Editorial
- Soria Romero, Z. y Montoya Arce, B. J. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*, 23(93), 59–93. <https://doi.org/10.22185/24487147.2017.93.022>
- Tárraga, L., Boada, M. (1999). Volver a Empezar Ejercicios prácticos de estimulación cognitiva para enfermos de Alzheimer (Glosa).
- The Whoqol Group. (1995). The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science Medicine*, 41(10), 1403–1409.
- Toapaxi, R., Guarate, Y. y Cusme, N. (2020). *Influencia del estilo de vida en el estado de salud de los adultos mayores*. 5(4).
- Torbio, C. y Barcenas, F. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de sus vivencias en una casa de reposo. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 26(1), 16–22.
- Torregroza Campo, E., Laguado Jaimes, E., Martín Carbonell, M. y Camargo Hernández, K. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Rev Cubana Enfermer*, 34(4).
- Triadó Tur, C. (2018). Envejecimiento activo, generatividad y aprendizaje / Active ageing, generativity and learning. *Aula Abierta*, 47(1), 63. <https://doi.org/10.17811/rifie.47.1.2018.63-66>
- Valadez Barba, V., Juárez Navarro, K., Padilla Camberos, E., Díaz, N. F., Guerra Mora, J. R. y Díaz Martínez, N. E. (2021). Enfermedad de Parkinson: actualización de estudios preclínicos con el uso de células troncales pluripotentes inducidas. *Neurología*. <https://doi.org/10.1016/j.nrl.2021.01.005>
- Velasco Gutiérrez, J., Velasco Rodríguez R., y Pérez Hernández, María. (2019). Estado cognitivo de adultos mayores no institucionalizados y su relación con la calidad de sueño. *Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc*, 27(4).
- Verdugo, M., Gómez, L. y Arias, B. (2009). La escala Fumat. Salamanca. 978-84-692-6606-9

Vidaña Gaytán, M., Gonzales Valles, M., Rodriguez Tadeo, A., Martinez Ruiz, M. y Urquidez Romero, R. (2019). *Calidad de vida del adulto mayor desamparado, asilado en ciudad Juarez.*

Villavicencio Flores, M., Rodriguez Díaz, M., Gonzales Perez, G., Robles Bañuelos, J. y Valle Barbosa, R. (2019). Declive Cognitivo de Atención y Memoria en Adultos Mayores Sanos. *Panamerican Journal of Neuropsychology.*

Zerda Cáceres, M. (2019). Factores protectores de envejecimiento patológico en la cultura aymara - Estudio con personas mayores de la ribera del lago Titicaca en La Paz, Bolivia. *Revista Kairós: Gerontologia*, 22(1), 9–32. <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2019v22i1p9-32>

11. Anexos

Anexo 1. Oficio de autorización para la ejecución del proyecto



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 153- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 11 de abril de 2022

Hermana
Lucrecia Fajardo Paladines
DIRECTORA DEL HOGAR DE ANCIANOS DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ
Ciudad -

De mi consideración:

Por medio del presente reciba un cordial y atento saludo, de quienes conformamos la carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana de la Universidad Nacional de Loja el motivo es solicitarle comedidamente la autorización para que la Señorita. Anmy Nohelia Montalván Robles CI 1105637696 estudiante del X de la carrera de Psicología Clínica pueda desarrollar su Trabajo de Investigación en la Institución que acertadamente dirige; con el tema **“FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ PERIODO 2022”**. Previo a obtener el Título de Psicóloga Clínica, con la tutoría de la Psic. Cl. Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mgs

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

C. PSC
Dra. Ana Puertas Azanza Mgs
**DIRECTORA DE LA CARRERA DE
PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL**



Archivo
APA/tsc

Anexo 2, Informe de pertinencia



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No. 287- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 02 de junio de 2022

Señorita
Amy Nahelia Montalván Robles
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente me permito hacer conocer que se adjunta la respuesta del informe de **ESTRUCTURA Y COHERENCIA. "FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS "DANIEL ÁLVAREZ, PERIODO 2022"**, de su autoría el mismo fue emitido por la Psic Cl Cindy Cuenca Sánchez gs. docente responsable.

Particular que comunico a usted para los fines correspondientes

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS
AZANZA**

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

C/c. Expediente académico
Archivo
APA/tsc

Anexo 3. Consentimiento informado

Consentimiento informado

El propósito de la ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la misma, así como su rol como participantes de esta investigación. La presente investigación es conducida por Anny Nohelia Montalvan Robles, estudiante de la Universidad Nacional de Loja. La meta de este estudio es Identificar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en la casa hogar “Daniel Álvarez Sánchez”. Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder a dos reactivos psicológicos: Test de Mayo y escala FUMAT, esto tomará aproximadamente 20 minutos. La participación de este estudio es estrictamente voluntaria. La información recogida será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de la investigación. Las respuestas al cuestionario serán anónimas. Si tiene alguna duda, sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento de la aplicación, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma, si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas. Desde ya le agradecemos su participación.

(Yo)..... con número de cédula de ciudadanía..... expresó el deseo de participar de forma voluntaria y consciente en esta investigación, conducida por Anny Nohelia Montalvan Robles. He sido informado (a) de que la meta de este estudio es identificar el funcionamiento cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores institucionalizados en la casa hogar “Daniel Álvarez Sánchez”. En constancia firma:

Anexo 4. Ficha sociodemográfica

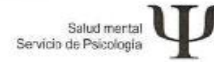
Ficha Sociodemográfica

1. Nombre: _____
2. Sexo: Hombre Mujer
3. Fecha de nacimiento: _____
4. ¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios
5. ¿Cuál es su estado civil? Soltero /a Separado/a Casado/a
 Divorciado/a Viudo/a
6. ¿Tiene usted alguna enfermedad diagnosticada? Sí No
¿Qué enfermedades? _____
7. ¿Qué tiempo lleva en la casa hogar? _____
8. ¿Recibe visitas de sus familiares? Si No
¿Con que frecuencia? 1 a 2 días por semana
 Cada 15 días
 1 vez al mes
9. ¿De qué personas recibe la visita? Cónyuge Hijos
 Hermanos Amigos
 Otros
10. ¿Qué nivel de satisfacción tenía con su estilo de vida previo a su ingreso a esta institución?
Nada (0) Poco (1) Bastante (2) Mucho (3)
11. ¿Se siente satisfecho con su vida actual? Si No

Anexo 5. Test de Mayo



Test de Mayo Aplicación individual a personas mayores de 12 años Determina Deficiencia o Deterioro Mental



Nombre:

Edad:

Fecha de Nacimiento:

Fecha de Aplicación:

I. ORIENTACIÓN (0-8) - Se califica 1 punto por ítem		TOTAL=
<i>Consigna: "Por favor Responda las siguientes preguntas"</i>		
1.- Nombre	5.- ¿Qué día es hoy?	
2.- Dirección (casa)	6.- ¿Qué fecha estamos?	
3.- Nombre edificio	7.- Mes	
4.- Ciudad (vive)	8.- Año	

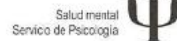
II. Atención (0-7) - Se califica 1 punto por número-		TOTAL=
<i>Consigna: "Por favor repita los números que le voy a decir"</i>		
- Se califica 0 si no puede contestar los 3 primeros números dados por el examinador	1.- 5-8-2	
- Dar un número por segundo / No permitir que los repita uno a uno detrás del examinador, sino al final.	2.- 6-4-3-1	
- Solo se repite la primera serie dos veces, el resto una sola vez.	3.- 4-2-7-3-1	
- Solo calificar 1 punto por cada número de la serie que si logró repetir.	4.- 5-9-1-7-4-2	
	5.- 6-1-9-4-7-3-8	

III. APRENDIZAJE (0-4) - Se califica 1 punto por respuesta correcta-		TOTAL=
<i>Consigna: "Repita las palabras que le voy a decir hasta aprendérselas de memoria: "</i>		
- Se puede repetir 4 veces seguidas con ayuda del examinador.	1.- Manzana	
- La 5ª vez que repite debe ser solo, sin ayuda del examinador.	2.- Sr. Perez	
- La 5ª vez es la que califica.	3.- Túnel	
- Califico cada palabra con 1 punto si está en el orden que mencioné.	4.- Caridad	
- Al final decirle: Recuérdelas que se las preguntaré luego.		

IV. CÁLCULO (0-8) - Se califica 1 punto por ítem-		TOTAL=
<i>Consigna: "Realice las siguientes operaciones mentalmente..."</i>		
Nivel Escolar Medio-Alto	Nivel Escolar Bajo	
1.- Multiplique 13x5 =	5.- 5 x 2 =	
2.- Ahora reste 65-7 =	6.- 10 - 4 =	
3.- Ahora quiero que divida 58:2 =	7.- Ahora divida 6 : 2 =	
4.- Ahora sume 29+11 =	8.- Sume 3 + 3 =	

V. ABSTRACCIÓN (0-4) - Se califica 1 punto por respuesta correcta-TOTAL=	
<i>Consigna: "Conteste las siguientes preguntas ¿QUE SON...?"</i>	
- Insistir en QUE SON LAS DOS COSAS JUNTAS, y no por separado. / ¿Qué son o para que sirven?	1.- Una naranja y un guineo
- Ejemplo. ¿Qué son el rojo y el verde?	2.- Un triciclo y una bicicleta
- Si no puede contestar se le ayuda diciendo: "LOS DOS son COLORES"	3.- Una mesa y una silla
	4.- Un perro y un león

Test de Mayo
Aplicación individual a personas mayores de 12 años
Determina Deficiencia o Deterioro Mental



VI. INFORMACIÓN (0-3) - Se califica 1 punto por respuesta correcta-	TOTAL=
Consigna: "Conteste las siguientes preguntas."	
- Se acepta nombre y/o apellido. - En caso de no recordar el inmediato anterior, se pueden aceptar mínimo 3 nombres de presidentes anteriores.	1. ¿Quién es nuestro presidente? 2. Y ¿Quién fue el presidente anterior? 3. ¿Para qué sirve un termómetro?

VII. CONSTRUCCIÓN (PRAXIS) (0-4) - Se califica 1 punto por ítem-	TOTAL=
Consigna: Dibuje un Reloj con números y minuteru, y señale a las 11:15	Consigna: Copie este dibujo por favor (mostrar lámina con figuras).
- Se dará una hoja en blanco para el dibujo - Califica 0 si el dibujo no corresponde. - Califica 1 si dibuja la esfera y los números principales - Califica 2 si dibuja lo solicitado.	- Se dará una hoja en blanco para el dibujo - Califica 0 si no hay alto/ ancho/ profundidad - Califica 1 si hay ángulos bien hechos. - Califica 2 si dibuja lo solicitado.

VIII. REVOCACIÓN (0-4) - Se califica 1 punto por respuesta correcta-	TOTAL=
Consigna: "Repita las 4 palabras anteriores memorizadas."	
1. Manzana	3. Caridad
2. Sr. Perez	4. Túnel

CALIFICACIÓN FINAL:																															
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Baremo</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>15 puntos o menos</td> <td>Deficiencia / Deterioro Mental Grave</td> </tr> <tr> <td>16 a 23 puntos</td> <td>Deficiencia / Deterioro Mental Moderado</td> </tr> <tr> <td>24 a 27 puntos</td> <td>Deficiencia / Deterioro Mental Leve</td> </tr> <tr> <td>28 a 33 puntos</td> <td>Deficiencia / Deterioro Mental Limite</td> </tr> <tr> <td>34 a 38 puntos</td> <td>No existen signos de deficiencia</td> </tr> </tbody> </table>	Baremo		15 puntos o menos	Deficiencia / Deterioro Mental Grave	16 a 23 puntos	Deficiencia / Deterioro Mental Moderado	24 a 27 puntos	Deficiencia / Deterioro Mental Leve	28 a 33 puntos	Deficiencia / Deterioro Mental Limite	34 a 38 puntos	No existen signos de deficiencia	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Subescalas</th> <th>Puntuación</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>I. Orientación</td><td></td></tr> <tr><td>II. Atención</td><td></td></tr> <tr><td>III. Aprendizaje</td><td></td></tr> <tr><td>IV. Cálculo</td><td></td></tr> <tr><td>V. Abstracción</td><td></td></tr> <tr><td>VI. Información</td><td></td></tr> <tr><td>VII. Construcción (Praxis)</td><td></td></tr> <tr><td>VIII. Revocación</td><td></td></tr> </tbody> </table>	Subescalas	Puntuación	I. Orientación		II. Atención		III. Aprendizaje		IV. Cálculo		V. Abstracción		VI. Información		VII. Construcción (Praxis)		VIII. Revocación	
Baremo																															
15 puntos o menos	Deficiencia / Deterioro Mental Grave																														
16 a 23 puntos	Deficiencia / Deterioro Mental Moderado																														
24 a 27 puntos	Deficiencia / Deterioro Mental Leve																														
28 a 33 puntos	Deficiencia / Deterioro Mental Limite																														
34 a 38 puntos	No existen signos de deficiencia																														
Subescalas	Puntuación																														
I. Orientación																															
II. Atención																															
III. Aprendizaje																															
IV. Cálculo																															
V. Abstracción																															
VI. Información																															
VII. Construcción (Praxis)																															
VIII. Revocación																															
Diagnóstico: De acuerdo a la tabla o baremo respectivo.																															

Médico(a) que solicita:

(f) _____

Psicólogo(a) que evalúa:

(f) _____

Fecha y lugar: _____

Anexo 6. Escala FUMAT

Escala FUMAT

NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN:		<table border="1"> <tr> <td></td> <td>Día</td> <td>Mes</td> <td>Año</td> </tr> <tr> <td>Fecha de aplicación</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Fecha de Nacimiento</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Edad cronológica</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>				Día	Mes	Año	Fecha de aplicación				Fecha de Nacimiento				Edad cronológica			
	Día	Mes	Año																	
Fecha de aplicación																				
Fecha de Nacimiento																				
Edad cronológica																				
Nombre																				
Apellidos																				
Sexo	<input type="checkbox"/> Varón		<input type="checkbox"/> Mujer																	
Dirección																				
Localidad/Provincia/CP																				
Teléfono																				
		Lengua hablada en casa																		

Nombre de otros informantes	Relación con la persona	Idioma

Instrucciones: A continuación, se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco

Bienestar emocional	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1. En general, se muestra satisfecho con su vida presente	4	3	2	1
2. Manifiesta sentirse inútil	1	2	3	4
3. Se muestra intranquilo o nervioso	1	2	3	4
4. Se muestra satisfecho consigo mismo	4	3	2	1
5. Tiene problemas de comportamiento	1	2	3	4
6. Se muestra satisfecho con los servicios y los apoyos que recibe	4	3	2	1
7. Muestra sentirse triste o deprimido	1	2	3	4
8. Manifiesta sentimientos de incapacidad e inseguridad	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

Relaciones Interpersonales	Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9. Realiza actividades que le gustan con otras personas	4	3	2	1
10. Mantiene una buena relación con los profesionales del servicio al que acude	4	3	2	1
11. Mantiene una buena relación con sus compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1
12. Carece de familiares cercanos	1	2	3	4
13. Valora negativamente sus relaciones de amistad	1	2	3	4
14. Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él	4	3	2	1
Puntuación directa TOTAL:				

Bienestar Material	Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
15. El lugar donde vive es confortable	4	3	2	1
16. Manifiesta no estar satisfecho con su jubilación (o situación laboral actual)	1	2	3	4
17. Se queja de su salario (o pensión)	1	2	3	4
18. El lugar donde vive tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
19. El servicio al que acude tiene barreras arquitectónicas que impiden o dificultan alguna de sus actividades	1	2	3	4
20. Dispone de las cosas materiales que necesita	4	3	2	1
21. El lugar donde vive necesita reformas para adaptarse a sus necesidades	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

Desarrollo Personal	Siempre o casi siempre	Frecuente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
22. Puede leer información básica para la vida cotidiana (carteles, periódico, etc.)	4	3	2	1
23. Muestra dificultad para resolver con eficacia los problemas que se le plantean	1	2	3	4
24. Tiene dificultades para expresar información	1	2	3	4
25. En el servicio al que acude le proporcionan información sobre cuestiones que le interesan	4	3	2	1

26. Muestra dificultades para manejar conceptos matemáticos básicos, útiles para la vida cotidiana (sumar, restar, etc.)	1	2	3	4
27. Tiene dificultades para comprender la información que recibe	1	2	3	4
28. Es responsable de la toma de su medicación	4	3	2	1
29. Muestra escasa flexibilidad mental	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

Bienestar Físico	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
30. Tiene problemas de movilidad	1	2	3	4
31. Tiene problemas de continencia	1	2	3	4
32. Tiene dificultad para seguir una conversación porque oye mal	1	2	3	4
33. Su estado de salud le permite salir a la calle	4	3	2	1
34. Tiene problemas para recordar información importante para la vida cotidiana (caras familiares, nombres, etc.)	1	2	3	4
35. Tiene dificultades de visión que le impiden realizar sus tareas habituales	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

Autodeterminación	Siempre o casi siempre	Frecuente mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
36. Hace planes sobre su futuro	4	3	2	1
37. Muestra dificultades para manejar el dinero de manera autónoma (cheques, alquiler, facturas, ir al banco, etc.)	1	2	3	4
38. Otras personas organizan su vida	1	2	3	4
39. Elige como pasar su tiempo libre	4	3	2	1
40. Ha elegido el lugar donde vive actualmente	4	3	2	1
41. Su familia respeta sus decisiones	4	3	2	1
42. Toma decisiones sobre cuestiones cotidianas	4	3	2	1
43. Otras personas toman las decisiones que son importantes para su vida	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL:				

Inclusión Social	Siempre o casi siempre	Frecuente	Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
44. Participa en diversas actividades de ocio que le interesan	4	3	2	1	
45. Está excluido en su comunidad	1	2	3	4	
46. En el servicio al que acude, tiene dificultad para encontrar apoyos cuando los necesita	1	2	3	4	
47. Tiene amigos que le apoyan cuando lo necesita	4	3	2	1	
48. Tiene dificultades para relacionarse con otras personas del centro al que acude	1	2	3	4	
49. Está integrado con los compañeros del servicio al que acude	4	3	2	1	
50. Participa de forma voluntaria en algún programa o actividad del servicio al que acude	4	3	2	1	
51. Su red de apoyos no satisface sus necesidades	1	2	3	4	
52. Tiene dificultades para participar en su comunidad	1	2	3	4	
Puntuación directa TOTAL:					

Derechos	Siempre o casi siempre	Frecuente	Mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
53. En el servicio que acude se respeta y defienden sus derechos	4	3	2	1	
54. Recibe información adecuada y suficiente sobre los tratamientos e intervenciones que recibe	4	3	2	1	
55. Muestra dificultad para defender sus derechos cuando no son respetados	1	2	3	4	
56. Cuenta con asistencia legal y/o acceso a servicios de asesoría legal	4	3	2	1	
57. Disfruta de todos los derechos legales (ciudadanía, voto, procesos legales, etc.)	4	3	2	1	
Puntuación directa TOTAL:					

Gracias por su colaboración

Anexo 7. Designación de directora del Trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Facultad
de la Salud
Humana

Oficio. No.339- C.PS.CL- FSH-UNL
Loja, 20 de junio del 2022

Psicóloga Clínica
Cindy Estefanía Cuenca Sánchez Mgs
DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA-FSH-UNL
Ciudad. -

De mi consideración:

Por el presente y dando cumplimiento a lo dispuesto en el “Capítulo II del Proyecto de Tesis, Artículos 133, y 134 del Reglamento de Régimen Académico de la Universidad Nacional de Loja, aprobado el 26 de julio del 2009”, una vez que ha cumplido con todos los requisitos y considerando que el proyecto de Tesis fue aprobado; me permito hacerle conocer que está dirección, la ha designado Directora de Tesis del Proyecto adjunto, denominado: **“ESTRUCTURA Y COHERENCIA. “FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS “DANIEL ÁLVAREZ, PERIODO 2022”**, autoría de la Srta. Anmy Nahelia Montalván Robles, con C.I 1105637696, estudiante del X ciclo de la Carrera de Psicología Clínica de la Facultad de la Salud Humana.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle mi agradecimiento.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
**ANA CATALINA
PUERTAS**

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

C/c. Anmy Nahelia Montalván Robles.
Expediente estudiantil
Archivo

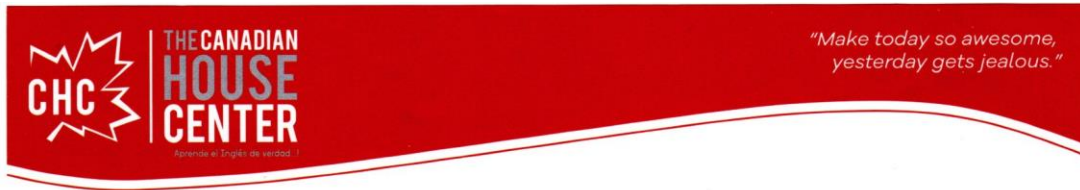
Anexo 8. Resultados complementarios

Correlaciones

		Resultados Test de Mayo	Resultados escala FUMAT
Resultados Test de Mayo	Correlación de Pearson	1	,773**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	27	27
Resultados escala FUMAT	Correlación de Pearson	,773**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	27	27

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

Anexo 9. Certificado de traducción



Loja, 13 de Septiembre 2022

El que suscribe, en representación del *The Canadian House Center*, centro particular especializado en la enseñanza del idioma inglés como lengua extranjera.

Certifica. -

Que el resumen de Tesis titulada *Funcionamiento cognitivo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez"*, periodo 2022, realizada por la Sra. Anny Nohelia Montalvan Robles, con cédula de identidad 1105637696, egresada de la Carrera de Psicología Clínica de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA, ha sido debidamente traducida por el Lic. José Geovanny Jiménez Balcázar traductor oficial de nuestra prestigiosa entidad especializada en la buena enseñanza del idioma inglés.

Es todo cuanto puedo decir en honor a la verdad, pudiendo la interesada hacer uso del presente certificado en lo que estime conveniente.



Lic. José Geovanny Jiménez Balcázar
Traductor oficial de The Canadian House Center

CHC MATRÍZ: Venezuela 19 - 77 e/ José María Peña y Av. Pío Jaramillo Alvarado
CHC CENTRO: Miguel Ríofrío 14 - 35 entre Bolívar y Sucre
2565257 (Chc Centro) - 2585435 (Chc Matriz)

www.thecanadianhousecenter.com
f t y i p /CHCLoja

Anexo 10. Certificado de aprobación del Trabajo de Titulación



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CERTIFICACIÓN

Loja, 16 de septiembre de 2022

Psicóloga
Cindy Estefanía Cuenca Sánchez. Mg. Sc.
DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

Certifico:

Haber revisado, dirigido y orientado con pertinencia todo el proceso de la elaboración del Trabajo de Titulación: **"Funcionamiento Cognitivo y Calidad de Vida en Adultos Mayores del Hogar de Ancianos "Daniel Álvarez Sánchez", periodo 2022"** de autoría de la señorita estudiante Anmy Nohelia Montalvan Robles con C.I. 1105637696, previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica; el mismo cumple con las disposiciones institucionales metodológicas y técnicas, que regulan esta actividad académica; consecuentemente, dicho Trabajo de Titulación se encuentra **culminado y aprobado**, por lo que autorizo la presentación para la respectiva sustentación y defensa.

Atentamente,



Firmado electrónicamente por:
CINDY ESTEFANIA
CUENCA SANCHEZ

.....
Cindy Estefanía Cuenca Sánchez, Mg.Sc.
Directora

Calle Manuel Monteros
tras el Hospital Isidro Ayora · Loja · Ecuador
072 -57 1379 Ext. 102

Anexo 11. Certificación del tribunal de grado



UNL

Universidad
Nacional
de Loja

Facultad
de la Salud
Humana

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CERTIFICACIÓN DEL TRIBUNAL DE GRADO

Loja, 21 de noviembre de 2022

En calidad del Tribunal calificador del Trabajo de Titulación de Grado titulado **FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES DEL HOGAR DE ANCIANOS "DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ", PERIODO 2022**, de la autoría de la Srta. **ANMY NOHELIA MONTALVAN ROBLES** portadora de la cédula de identidad Nro. **1105637696** previo a la obtención del título de **PSICÓLOGA CLÍNICA**, certificamos que se ha incorporado las observaciones realizadas por el miembro del Tribunal o por la Directora del Trabajo de Titulación, por tal motivo se procede a la aprobación y calificación del Trabajo de Titulación de Grado y la continuación de los trámites pertinentes para su publicación y Sustentación Pública.

APROBADO

Dra. Karina Gabriela Rojas Carrión
PRESIDENTA DEL TRIBUNAL

Psic. Cl. Gabriela Fernanda Rojas Muñoz
VOCAL PRINCIPAL

Psic. Cl. Anahy Aguirre Collahuazo
VOCAL PRINCIPAL