ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR**.**

Proyecto de investigación previo a la obtención de título de

Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

Salud y Grupos vulnerables

Autora:

DIANA TAMARA VILLAMARÍN SEMBLANTES

Director:

PS.CL. MG. SANDRA ELIZABETH SANTAMARÍA GUISAMANA

Ambato - Ecuador

Septiembre 2020

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATÓLICA DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

"DETERIORO COGNITIVO Y SU RELACIÓN CON LA FUNCIONALIDAD DE LA VIDA DIARIA DEL ADULTO MAYOR"

Línea de Investigación:

Salud y Grupos vulnerables

Autora:

DIANA TAMARA VILLAMARÍN SEMBLANTES

Sandra Elizabeth Santamaría Guasimana, Psc. Cl. Mg. f. _____

CALIFICADORA

Wendy Tamara Naranjo Hidalgo, Psc. Cl. Mg. f. _____

CALIFICADORA

Ana Elizabeth Jaramillo Zambrano, Psc. Cl. Mg. f. _____

CALIFICADORA

Varna Hernández Junco, Mg. PhD. f. _____

DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villarroel, Dr. f. _____

SECRETARIO GENERAL PUCE-A

Ambato – Ecuador

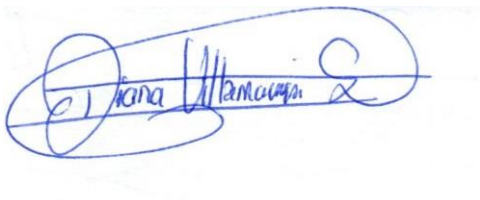
Septiembre 2020

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo: **DIANA TAMARA VILLAMARÍN SEMBLANTES,** con **CC. 050379905-8,** autora del trabajo de graduación intitulado: "Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria del adulto mayor", previa a la obtención del título profesional de **Psicóloga Clínica,** en la escuela de **Psicología**

1.- Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tiene la Pontificia Universidad Católica del Ecuador, de conformidad con el artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar a la SENESCYT en formato digital una copia del referido trabajo de graduación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2.- Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través de sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de Universidad

Ambato, Septiembre 2020



DIANA TAMARA VILLAMARIN SEMBLANTES

CC. 050379905-8

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradezco a Dios por permitirme alcanzar esta meta tan anhelada, por bendecirme en cada paso de mi vida universitaria y personal.

A mis padres por ser mi guía, mi ejemplo de lucha constante y apoyo incondicional, hoy que he culminado una de mis metas, les doy gracias por darme el privilegio de tenerlos a mi lado y festejar este triunfo que no es solo mío es de nosotros.

También, quiero agradecer a todos mis maestros por brindarme sus conocimientos y el amor a mi profesión.

Me permito agradecer en especial a mi tutora Ps.cl Sandra Santamaría, quien con sus saberes, conocimientos y experiencia ha sabido guiarme en la realización de este trabajo.

DEDICATORIA

A mis padres por su esfuerzo y sacrificio, por creer en mí y haberme forjado como la persona que hoy soy.

A mi hijo Juan Mathías quién mi ser te dio la vida y mi corazón se quedó contigo te dedico este logro en el cual tu eres la motivación para haberlo cumplido te amo.

A mi esposo Juan Carlos que junto a mi luchaste por esta meta que hace algunos años era un sueño compartido y hoy es realidad.

RESUMEN

El objetivo principal de la investigación es determinar la relación entre la variable deterioro cognitivo y funcionalidad de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores de la cuidad de Ambato. La investigación es un estudio de enfoque no experimental de modalidad cuantitativa de alcance descriptivo correlacional y de corte transversal con una población de muestra no probabilística con 80 adultos mayores, 36 hombres y 44 mujeres que asisten a un centro geriátrico. Los participantes fueron evaluados a través de una ficha sociodemográfica, la Escala de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) y el Índice de Barthel de actividades básicas. En el primer reactivo, se encontró una prevalencia alta de deterioro cognitivo grave del (52%), en el cual la puntuación de medias más altas se da en las áreas: alternativa conceptual, capacidad visoconstructiva, identificación, secuencia numérica, recuerdo diferido y orientación. En el segundo reactivo, se halló un porcentaje alto de dependencia severa (77,5%), por consiguiente, la puntuación de medias más altas se dio en las escalas de alimentación, deposición, micción y deambulación. De tal forma, se evidencia una correlación positiva alta entre las dos variables, es decir que a mayor deterioro cognitivo hay mayor riesgo de pérdida de funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Además, se muestra que las variables sociodemográficas influyen en el área cognitiva y funcional. Por ello, se sugiere para futuros estudios la adaptación de programas de intervención neuropsicológica que beneficien la conservación de los dominios cognitivos y la autonomía del adulto mayor.

Palabras clave: *deterioro cognitivo, funcionalidad, adulto mayor, autonomía*.

ABSTRACT

The main objective of this research is to determine the relationship between the cognitive impairment and functionality variable in the daily living activities in elder people of Ambato. The research is a not experimental study of quantitative modality in a correlational descriptive scope and cut cross-sectional with a non-probability sample population of 80 elder people divided in 36 men and 44 women who attend a geriatric center. The participants were evaluated through a sociodemographic document, the Cognitive Evaluation Scale Montreal (MOCA), and the Barthel Index of basic activities. In the first test, there is a high prevalence of severe cognitive impairment of (52%) where the highest mean score is in the areas: conceptual alternative, ability visoconstructive, identification, number sequence, delayed recall, and orientation. In the second test, there is a high percentage of severe dependency (77.5%), where the highest mean score is on the feeding scales, deposition, urination, and ambulation. Thus, a high positive correlation is evident between the two variables. It means, the more cognitive deterioration the greater risk of loss of functionality in the activities of daily life. In addition, it is shown that Sociodemographic variables influence the cognitive and functional area. Therefore, it is necessary in future studies the implementation of neuropsychological intervention programs that benefit the conservation of cognitive domains and autonomy of the elderly.

Key words: cognitive impairment, functionality, elderly, autonomy.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

PRELIMINARES

DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD iii

AGRADECIMIENTO iv

DEDICATORIA v

RESUMEN vi

ABSTRACT vii

ÍNDICE DE CONTENIDOS viii

INTRODUCCIÓN 1

METODOLOGÍA 4

JUSTIFICACIÓN 5

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA 7

1.1. Desarrollo Humano 7

1.1.1 Adulto mayor 7

1.1.2 Cambios Físicos 8

1.1.3 Cambios psicológicos 17

1.1.4. Cambios Sociales: 25

1.1.5. Envejecimiento 29

1.2. Deterioro 30

1.2.1. Deterioro Cognitivo 30

1.2.3. Deterioro físico 34

1.2.4. Demencias 34

1.3. FUNCIONALIDAD 41

1.3.1. Área personal 41

1.3.2. Área familiar 41

1.3.3. Área social 42

1.4. Actividades de la vida diaria (AVD) 43

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO 45

2.1. Metodología de Investigación 45

2.3. Participantes 51

2.4. Población 51

CAPITULO III: ÁNALISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 52

3.1. Análisis Descriptivo 52

3.3. Análisis correlacional 69

CONCLUSIONES 74

RECOMENDACIONES 76

BIBLIOGRAFÍA 77

ANEXOS 92

ANEXO 1: Carta de Consentimiento informado 92

ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica 93

ANEXO 3: EVALUACIÓN COGNTIVA MOTEREAL MOCA 96

ANEXO 4: ÍNDICE DE BARTHEL DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA 97

INTRODUCCIÓN

La presente investigación, se encuentra fundamentada en la neuropsicología la cual orienta ha un análisis sobre el deterioro cognitivo y la funcionalidad. La investigación tiene como fin determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria en adultos mayores de la ciudad de Ambato entre los 65 y 90 años en adelante. Para ello, se ha establecido un capítulo donde, se va explicará cada una de las variables ya mencionadas.

Antecedentes Teóricos

Para fundamentar la presente investigación se toma como referencia varios estudios entre los cuales está el riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia-Colombia, la misma que tiene como finalidad identificar la prevalencia de riesgo de deterioro cognitivo y su relación con los factores sociodemográficos, sociales y funcionales en el adulto mayor. La batería empleada fue MMSE de Folstein que evalúa el grado de deterioro cognitivo en cada una de las funciones psíquicas superiores.

De tal manera, como resultado final se identificó un 16, 8% de los adultos mayores no presenta ningún riesgo de deterioro, sin embargo, un 83.1 % presentó algún grado de deterioro, en el que se muestra un 46,8 % riesgo leve, 31.1% riesgo moderado y 4.2 % riesgo severo de deterioro (Segura et al., 2016).

En otro estudio, relacionado con la presente investigación tenemos, el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden a centros del día en la ciudad de Bucaramanga, este trabajo tiene como muestra a 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos, entre las edades de 65 y 95 años en adelante. En la que se aplicó la escala instrumental de MMSE (Examen cognoscitivo Minimental) en edades entre 75 y 64 años, con las siguientes características: un nivel de instrucción básico primario, contacto familiar e institucionalización en centros geriátricos de 1 a 5 años. Estudio que arrojó como resultado final un porcentaje de 33,3 % de adulos mayores intervenidos no presentan deterioro cognitivo y un 41.7% de adultos mayores presentaron un grado grave de deterioro cognitivo y con requerimiento de intervenciones con terapia cognitiva (Laguado et al., 2017, p.138-139).

Por otra parte, en continuación con el tema investigativo, se tomó como referente el trabajo sobre la funcionalidad y factores asociados en el adulto mayor de la ciudad de San Juan de Pasto, la cual tuvo como objetivo el análisis de la relación de los factores sociodemográficos y

las condiciones de salud con el estado funcional. Investigación que utilizó una muestra de 391 adultos mayores, en base a la escala de actividades instrumentales de Lawton y Brody. Se obtiene como resultado un 26. 3 % de adultos mayores con dependencia funcional, asociado al género masculino, dependencia económica, antecedentes de enfermedad cerebrovascular, síntomas depresivos y deterioro cognitivo. De tal forma, durante el proceso de declive de la edad, se ve afectada la capacidad funcional, lo que lleva al adulto mayor a perder progresivamente su funcionalidad y con ello su nivel de independencia (Paredes, Pinzón, & Aguirre, 2018).

Finalmente, en otro tratado en alusión a lo anterior, se cita el trabajo de Villarroel & Month (2012) acerca de la condición socio familiar, servicio de ayuda y la capacidad de autonomía del adulto mayor de 65 años en varias comunidades en la cuidad de Sincelejo- Colombia. La misma que tiene como objetivo determinar las variables anteriormente propuestas, realizada en una muestra de 275 adultos mayores, en base a encuestas de características sociodemográficas, hábitos higiénicos, problemas de salud. Además, se empleó la escala de valoración sociofamiliar de Gijón y la escala de Lawton y Brody e Índice de Katz para valorar funcionalidad y la Escala de Minimental para evaluación de deterioro cognitivo. Se concluye con un resultado del 73,9 % de adultos mayores con independencia en actividades básicas del diario vivir y un 26,1% con dependencia de otra persona para realizar actividades como la necesidad de ir al baño, desplazarse de un lugar a otro y un porcentaje significativo en el resto de funciones básicas.

Por tanto, en la escala de Lawton y Brody, se encuentra personas con dificultad al realizar trabajos pesados en un 62,8%, otras para salir solos de casa en un 48,9% y para desplazarse en espacios de su hogar en un 47.7%. De igual forma, este trabajo investigativo no arroja mayor porcentaje significativo de deterioro cognitivo. Sin embargo, se encontró en relación al sexo y la funcionalidad a mayor edad, la existencia de una ampliación del nivel de dependencia, morbilidad, consumo de fármacos y enfermedades geriátricas frecuentes en edades adultas (Villarroel & Month, 2012).

De esta manera, como se detalló en las investigaciones previamente explicadas en los párrafos anteriores, existe una relación con la temática a desarrollarse, lo que nos da una idea de que la población adulta mayor presenta algún tipo de deterioro cognitivo relevante, lo que influirá en su capacidad funcional en actividades de la vida cotidiana. Por consiguiente, se evidencia que

el proceso de envejecimiento en este grupo de personas, implicará una situación de riesgo en su salud física como mental.

Situación Problémica

Se observa de manera no sistematizada en una población de adultos mayores de la ciudad de Ambato la presencia de dificultades en la evocación de acontecimientos, fechas, situaciones, lugares a corto y largo plazo. De manera que, al parecer este cuadro de síntomas son indicios de deterioro cognitivo significativo en esta población. La memoria anterógrada y retrógrada, la primera, se define al tipo de amnesia donde la persona pierde su capacidad para recodar nuevos acontecimientos, la segunda es la pérdida de la capacidad para recordad situaciones del pasado que antes solía recordar con facilidad (Fontán, 2015).

Así también, en esta misma población de adultos mayores disminución de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Se define como la facultad que tiene la persona para el desarrollo de actividades de la vida cotidiana de manera independiente o autónoma (Moreno & Chumpitaz, 2016).

Hipótesis

Se hipotetiza que existe una relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en la vida diaria. Para comprobar esta presunción es necesario realizar un estudio descriptivo de corte trasversal de tipo correlacional entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria de corte trasversal en una muestra de Adultos Mayores de la ciudad de Ambato.

De comprobarse esta hipótesis enunciada, los hallazgos permitirán proporcionar una orientación a futuras investigaciones de cómo implementar mecanismos de intervención que sean aplicados por profesionales de la salud mental en la población adulta mayor que presente deterioro cognitivo y posibles problemas asociados a la funcionalidad de la vida diaria.

Objetivos:

En base a lo señalado, se formularon objetivos para la presente investigación. El objetivo general es:

- Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria en adultos mayores de la cuidad de Ambato.

Para alcanzar el objetivo general se parte de cuatro objetivos específicos tales como:

- Fundamentar los aspectos teóricos relacionados entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria en adultos mayores.
- Evaluar la condición del deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria en adultos mayores.
- Realizar un análisis estadístico correlacional entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria en adultos mayores.
- Elaborar un informe final con los resultados, conclusiones y recomendaciones dirigidas al centro en el que se va a realizar la investigación.

En cuanto a la metodología para la obtención de los objetivos, la presente investigación es un estudio descriptivo de tipo correlacional de grupos independientes equivalentes de corte transversal. La población tomada para este estudio es de 80 casos de adultos mayores que acuden al Centro para el adulto mayor "Vida a los años" en la cuidad de Ambato, de la cual se tomó a todos los participantes para la obtención de resultados en los métodos estadísticos seleccionados.

En base a lo mencionado anteriormente, la presente investigación permitirá elaborar un informe final de los resultados encontrados dirigidos al centro "Vida a los años" en el cual se realizó este estudio, conjuntamente con sus respectivas conclusiones y recomendaciones. De tal manera, los hallazgos permitirán generar un aporte al conocimiento científico y orientar a futuras investigaciones, para facilitar intervención psicológica en la población seleccionada e investigada.

METODOLOGÍA

La presente investigación es un estudio de enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo, correlacional de corte transversal. El método general de la investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales, mientras tanto que el método especifico es correlacional de grupos independientes.

JUSTIFICACIÓN

La presente investigación aborda al deterioro cognitivo como parte de un problemática de salud mental que aqueja a todas las personas en especial a los adultos mayores, lo que implica la presencia de dificultades a nivel funcional y la pérdida de autonomía en el sujeto, problemas que afectan de manera significativa a las actividades básicas del diario vivir. Asi también, en esta etapa de la vida el adulto mayor presenta enfermedades típicas de su edad como delirium, alzhéimer, trastornos del sueño, conductas suicidas, depresión, ansiedad. Por tanto, la OMS (2019), define como a la demencia como una enfermedad de naturaleza crónica y progresiva, que se presenta con mayor frecuencia en el adulto mayor durante su etapa de envejecimiento, por lo que se considera un problema de salud pública que representa repercusiones tanto a nivel económico y social. Además, se tiene en cuenta que la principal causa de este síndrome es la discapacidad física, psíquica, sensorial y su independencia. De tal manera, que el aumento del índice poblacional de personas con demencia a nivel mundial hacen que investigaciones con este grupo poblacional tengan mayor relevancia al momento de ser objeto de estudio.

Por tanto, se establece la necesidad de realizar este estudio que tiene como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en adultos mayores que asisten al centro del día “Vida a los años”, pues en los mismos, se han observado dificultades a nivel cognitivo y funcional, tales como la pérdida de memoria, recuerdo, atención, flexibilidad cognitiva, lenguaje, habilidad visoespacial, razonamiento entre otros, además, complicaciones en la deambulación, el aseo personal, el subir y bajar escaleras, el deslazarse de un lugar a otro, lo que ha hecho que esta temática sea motivo de estudio al observar un deterioro en la salud de los adultos mayores a nivel físico y mental.

La presente investigación proporciona conocimiento científico sobre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria en el adulto mayor, desde un enfoque neuropsicológico lo que favorece a la intervención psicológica pertinente y la conservación de los dominios cognitivos del adulto mayor. De esta manera, la investigación brinda un aporte a la academia principalmente a la Escuela de psicología de la PUCE-Ambato, proporciona una orientación a futuras investigaciones de cómo implementar mecanismos de intervención que sea aplicado por profesionales de la salud mental que estén interesados en este tema de estudio. Por otro lado, este trabajo contribuye a nivel nacional en la realización de programas que ayuden a la estimulación cognitiva, así también, a la prevención de demencias o al retraso de su aparición

y con ello buscar mayor independencia y mejorar la calidad de vida del adulto mayor, lo que será beneficioso para la salud física y mental de la población adulta mayor en el Ecuador. Finalmente, esta investigación aportará a los beneficiarios primarios que son los adultos mayores en el tratamiento de enfermedades, que se presentan en la etapa de envejecimiento, a los beneficiarios secundarios: la familia que es la red de apoyo del adulto mayor para prevenir la evolución de la enfermedad, y los beneficiarios terciarios las autoridades del centro los cuales podrán realizar una mejor evaluación, diagnóstico y tratamiento para mejorar su servicio con ayuda de su personal.

CAPITULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1. Desarrollo Humano

En esta investigación se va tomar como referencia a la población adulto mayor como objeto de estudio, por ello, se detallará el desarrollo humano de esta etapa.

Se define al desarrollo humano como el estudio de las etapas de cambio y continuidad en las personas, que parte desde la concepción hasta llegar a la maduración. De tal manera, al comprender el desarrollo adulto, se interpreta los cambios, que se da durante el trascurso de esta fase, como el retorno de la mujer al trabajo después de su período de madre, el cambio de una profesión o una persona que no tiene una vida económicamente activa al llegar a la jubilación, la viudez al afrontar la pérdida, enfermedades catastróficas (Papalia & Feldman, 2012).

Por otra parte, el desarrollo estudia al ser humano en tres áreas según Papalia & Feldman (2012):

- Desarrollo físico: Se concibe como la evolución del cuerpo, el cerebro, las habilidades sensoriales y motorices, se entiende que al encontrase el cuerpo en buen estado físico y mental, el raciocinio funciona de mejor manera.
- Desarrollo cognoscitivo: Forma parte del aprendizaje, atención, lenguaje, pensamiento, razonamiento y creatividad es decir de las funciones cerebrales superiores del ser humano.
- Desarrollo psicosocial: Se encuentra afectado la autoestima, la motivación, la autoconfianza, la aceptación social, las relaciones interpersonales y la personalidad.

De acuerdo a este estudio, se realizará la explicación de la etapa del adulto mayor.

1.1.1 Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (2015), se define adulto mayor a las personas de 60 años en adelante y considera a los sujetos de 60 a 74 años como individuos de edad avanzada, de 75 a 90 ancianos y de esta en adelante, se especifica como grandes longevos.

Por otra parte, el Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional (2019) define a las personas adultas mayores como ciudadanas y ciudadanos que tienen 65 años en adelante. Adicionalmente, según el último censo en el 2010 en Ecuador la población adulta mayor fue de

940.905, lo que representa que el adulto mayor ocupa el 6,6% de la población total de habitantes en este país. Por otro lado, según Papalia & Feldman (2012) los adultos mayores en etapa de envejecimiento adquieren varios cambios a nivel físico, psicológico y social que interfierer en su capacidad cognitiva y funcional.

1.1.2 Cambios Físicos

Las variaciones normales del ciclo de vida del sujeto, que se encuentran relacionados con el envejecimiento, lo que provoca una disminución a nivel fisiológico, homeostático y orgánico funcional. Como ejemplo, se observa cambios en el color de su piel como palidez, poca elasticidad, presencia de arrugas, pérdida del tono muscular con presencia de flacidez, venas varicosas en las piernas, el color del cabello del adulto, se torna a gris y luego a blanco debido a la reducción de melanocitos (Papalia & Feldman, 2012). Es decir, menor producción del pigmento de melanina, producido por los folículos pilosos que son organismos de la piel, encargado de generar y dar paso al crecimiento del cabello, los cuales con la edad dejan de producir melanina lo que provoca el aparecimiento de las canas.

Además, la presencia de calvicie es uno de los cambios más notables como consecuencia del paso de los años, en especial en las mujeres después de la menopausia su cabello, se torna menos abundante, pierde su elasticidad y grosor, se hace más delgado debido a la disminución de melanina en el en el cuero cabelludo el cabello del adulto mayor, producido por los andrógenos y estrógenos, que se da cada treinta años como parte de los cambios físicos durante el cumplimiento de cada período de vida (Academia Nacional de Medicina - Dermatología Gereátrica, 2013).

De igual forma el vello corporal comienza a desaparecer, en especial en áreas como las axilas, la zona púbica, hipertricosis (exceso de vellos) en los pabellones auriculares, apariciones de cejas gruesas y largas en los hombres, mientras tanto en las mujeres exceso de vellosidad en la barba y bigote. (Academia Nacional de Medicina - Dermatología Gereátrica, 2013)

En cuanto, a la estatura en el anciano, se evidencia una marcada disminución de la misma, debido a la pérdida de masa ósea, la actividad osteoclástica, se encuentra aumentada y disminuida la actividad osteblástica. El hueso trabecular, se torna con menor densidad debido a la presencia de celdillas trabeculadas, que se encuentran en vértebras distales, huesos largos y planos, el cual es uno de los huesos más activos y sufre mayor pérdida de densidad de un 6%

a 8% a partir de los 35 años y un 30% a 40% a los 80 años (Corujo, 2006). En las mujeres, se presenta con más frecuencia, tres años después de la menopausia la disminución es mayor, se presenta enfermedades como la osteoporosis, osteopenia, cifosis, artritis reumatoide, artrosis, bursitis, ciática o lumbalgia (Papalia & Feldman, 2012). Además, la composición de los huesos varía lo que provoca mayor riesgo de fracturas.

La osteoporosis es una enfermedad a nivel de los huesos del cuerpo y se caracteriza por una menor firmeza, déficit en la densidad ósea, lo que provoca mayor riesgo de presentar fracturas; los factores asociados a esta enfermedad son de origen ambiental, genético, dietético, hábitos de vida, patologías asociadas (Gallo, y otros, 2014). Se presenta con más frecuencia en mujeres mayores de 50 años y 70 años en la cadera y columna lumbar y en los hombres desde los 50 años en adelante a nivel de la columna vertebral y cadera, asociada de manera progresiva a la edad.

La osteopenia es una enfermedad silenciosa que no presenta sintomatología, consiste en un déficit de masa ósea y densidad mineral leve. Además, se considera un camino previo a presentar osteoporosis (Bolaños, 2018). Para sobrellevar esta enfermedad, se recomienda el ejercicio aeróbico, baja ingesta lácteos, alimentos altos en fibra, proteína como los granos secos, evitar cargas extras al peso corporal para evitar algún tipo de fractura, evitar el consumo de alcohol, tabaco, café, alimentos que contengan altos niveles de grasa saturada.

La cifosis es considerada como una deformación de la columna vertebral, que se deriva del vocablo bóveda convexidad, es decir, es una curvatura posterior de varios segmentos de raquis y alteraciones vertebrales los cuales toman forma de una cuña. Asi pues, la cifosis el núcleo, se extiende hacia atrás y provoca una separación en la parte posterior de los cuerpos vertebrales y una aproximación en la parte anterior, de este modo hay un incremento de la presión de los bordes anteriores de los cuerpos y de los discos vertebrales, y un descenso de los bordes posteriores. Este padecimiento, se da en el anciano por el adelgazamiento de los discos vertebrales, se presentá como cifosis senil proveniente de una osteoporosis anterior a la enfermedad y las causas principales son malos hábitos en la postura de la columna vertebral o por un proceso biológico propio del organismo (Pascale, 2008).

La artritis reumatoide es una inflamación de una o varias articulaciones del cuerpo humano, que se forma como un choque entre un hueso y otro, lo que produce dolor y dificultad en la

realización de movimientos. De tal forma, esta enfermedad disminuye su incidencia después de los 65 años. Sin embargo, se trata de una enfermedad crónica, pero algunas personas llegan a presentarla en la ancianidad. Así pues, en el adulto mayor presenta un rápido y desproporcionado deterioro en su funcionalidad (Blanco et al., 2016).

Por otro parte, según Belmonte, Beltrán, & Lerna (2013) la artrosis es una enfermedad articular degenerativa que produce por la limitación funcional y disminución de la calidad de vida de las personas, se identifica por el deterioro progresivo del cartílago hialino y hueso subcondral. Se presenta en sujetos mayores de 75 años sin presentar sintomatología clínica, su prevalencia es de manera habitual y severa en las mujeres en espacial en áreas como rodillas y manos. La diferencia de la severidad de la enfermedad entre los dos sexos es evidente a partir de la menopausia y en los hombres la artrosis vertebral es frecuente y severa. Por ello, los factores de riesgo asociados a esta enfermedad son los factores genéticos, la obesidad sobre todo en rodillas, tabaquismo, trabajos de carga pesada durante largos períodos de tiempo.

La bursitis es una inflamación a nivel de las bursas o sacos cerrados llenos de líquido sinovial que tiene la función de amortiguar el roce entre los huesos y tejidos musculares adyacentes y subyacentes, además, esta enfermedad afecta al hombro, codo y se presenta por movimientos repetitivos, infecciones en las bolsas cercanas a la piel o depósitos de cristales (Gía de práctica Clínica , 2017).

La lumbalgia es la presencia de dolor en la región lumbar alrededor de las últimas costillas hacia la región glútea, se desplaza el dolor hacia la pierna y pie, una de las causas de esta dolencia al ejercer demasiada fuerza sobre la columna lumbar lo que provoca contractura en la misma, los movimientos bruscos en flexión anterior y torsión, trabajos de carga física dura con frecuencia, trabajo con posturas estáticas (Peña, et al., 2002). Lo que provoca inmovilidad de la columna vertebral, debilidad y limitaciones de movimientos voluntarios, hiporreflexia y en algunas ocasiones trastornos sensitivos.

Según Corujo (2006) las articulaciones sufren varios cambios durante el envejecimiento, en el cartílago articular, se observa una disminución de la elasticidad, el color, la superficie es más fina y frágil, disminución de resistencia a sobrepeso, el líquido sinovial disminuye notablemente en su viscosidad y en su membrana sinovial , al reducir la capacidad de

proliferación y la actividad sintética in vitro, los fibroblastos descienden la función de cicatrización, rigidez del tejido conectivo, menor resistencia de ligamentos.

En cuanto a los cambios en el funcionamiento orgánico y sistémico, se ven asociados al estrés crónico que debilita la función del sistema inmunológico, lo que hace a la persona anciana más propensa a enfermar, sobre todo a adquirir infecciones respiratorias, lo que reduce la posibilidad de prevenirlas.

Por otra parte, el sistema digestivo no presenta mayor complicación, sin embargo, los adultos mayores presentan mayor riesgo de tener desnutrición. Además, el ritmo del corazón disminuye y es irregular, los depósitos de grasa, se recolectan junto del corazón e impiden la circulación sanguínea (Papalia & Feldman, 2012).

La capacidad de reserva del cuerpo ayuda a los sistemas en su funcionamiento, sin embargo, con la edad dichas bodegas suelen decaer, lo que hace que los ancianos no puedan responder a las exigencias físicas adicionales como en etapas anteriores, por ejemplo, como el cargar un saco de arroz o palear un monte de arena en el jardín. Pero algunos adultos mayores no perciben dichos cambios en su funcionamiento sistemático, muchas de las labores que realizan no requieren de esfuerzo, lo que hace que los ancianos realicen casi todas las actividades que necesitan ser ejecutadas. (Papalia & Feldman, 2012).

Según Papalia & Feldman (2012) en el envejecimiento del cerebro, en personas que gozan de buena salud los cambios en esta área suelen ser ligeros, sin presentar mayor relevancia en el funcionamiento del mismo, lo cual varía entre individuos. En cuanto a la plasticidad cerebral, se reorganiza las corrientes neuronales para responder a diferentes cambios del envejecimiento neurobiológico. De modo que, la plasticidad del cerebro está encargada del buen funcionamiento y velocidad del procesamiento, la memoria y la inhibición durante la edad avanzada, de igual forma las tareas cognitivas en los adultos mayores presentan una activación más borrosa ha comparación de los cerebros de los adultos jóvenes (Papalia & Feldman, 2012).

Seguidamente, en la adultez tardía, se evidencia una disminución gradual en el volumen y peso de la masa cerebral, en espacial en la corteza frontal, la cual tiene la función de controlar las funciones ejecutivas. Por otro lado, se considera que algunas superficies específicas del cerebro como el cerebelo quien controla la actividad sensoriomotora no afecta a la cognición, sin embargo, al encontrar un crecimiento del ritmo de dichos cambios cerebrales el deterioro

cognoscitivo tienen más probabilidad de presentarse. Se agrega que los cambios en el cerebro traen consecuencias sociales y cognitivos, , la pérdida de la función ejecutiva de la corteza frontal disminuye la capacidad para inhibir ideas irrelevantes, de modo que, se explica cómo los adultos mayores hablan desatinadamente sobre asuntos que no tienen relación con el tema, tratado (Papalia & Feldman, 2012).

La disminución en el número de neurotransmisores dopaminérgicos a causa de las pérdidas de sinapsis en las conexiones neuronales, los receptores dopamínicos contribuyen a la regulación de la atención, la disminución de la misma, muestra una respuesta más lenta, no obstante, en algunas tareas más complejas como la habilidad en la mecanografía los adultos mayores tienden a dar una respuesta más rápida en comparación de los más jóvenes. Además, se considera a partir de los 55 años una edad donde la capa de mielina quien controla los impulsos neuronales comienza a adelgazar lo que causa degeneración a nivel cognitivo y motor (Papalia & Feldman, 2012).

La amígdala es la base de las emociones en donde los adultos mayores presentan menor respuesta a eventos negativos y mayor respuesta a los eventos positivos, se muestran más eficientes a la hora de solucionar dificultades (Papalia & Feldman, 2012).

Con respecto al funcionamiento sensorial y psicomotor tiene un avance con la edad, puesto que, los ancianos experimentan un desgaste notable en esta función sobre todo en los órganos de los sentidos, sin embargo, en otros adultos mayores no, se dan dichos cambios en sus habilidades sensomotores. Así pues, dicho deterioro ocurre con más frecuencia entre los adultos de edad avanzada, lo que conlleva que los problemas visuales, auditivos y motores afecten en las relaciones sociales de los ancianos y priven su nivel de autonomía, lo que limita su desarrollo en actividades diarias (Papalia & Feldman, 2012).

En cuanto a los problemas en la visión, en la edad adulta los ojos requieren de más claridad para poder visualizar y son más sensibles a la luz lo que les hace presentar mayor dificultad para localizar y leer señales, por lo que conducir un automóvil podría ser peligroso en esta edad, sobre todo en la noche, que se necesita de más emisión de luminosidad. Por ello, se muestra dificultades en su capacidad de lectura, escritura, distinción de colores o con actividades diarias como coser, ir de compras o cocinar (Papalia & Feldman, 2012).

La pérdida de sensibilidad al contraste visual provoca problemas al leer letras pequeñas o demasiado claras, además, los problemas en la visión podrían ocasionar accidentes y caídas, dificultad para bañarse, vestirse y caminar alrededor de su hogar debido a su deterioro visual. De tal forma, las personas con una pérdida visual moderada solucionan su dificultad con el uso de lentes correctivos. Sin embargo, se presentan personas que incluso al usar anteojos o lentes de contacto su capacidad visual no mejora, se evidencia que las mujeres tienen más afección que los hombres (Papalia & Feldman, 2012).

Uno de los problemas visuales más frecuentes en esta etapa son las cataratas, que se encuentran localizadas en el núcleo del cristalino central del ojo y por debajo del cristalino posterior interfiere en la visión central. Los factores de riesgo considerados en el envejecimiento es el tabaquismo, consumo del alcohol, exposición a rayos x e infrarrojos, diabetes, uveítis, desnutrición, uso de corticoides, exposición grave a los rayos ultravioletas, o el curso de la edad como tal, es decir que cursar la etapa de la vejez sería un factor asociado a esta enfermedad (Khazaemi, 2017). Los síntomas más frecuentes son la pérdida de contraste, los destellos, necesidad de más intensidad de luz para visualizar un objeto, problemas en la distinción de colores, borrosidad visual.

Por otro lado, el estrabismo es la pérdida de los ejes oculares, que produce la desviación ocular y una alteración sensorial de la visión, se presenta en diferentes tipos: la alteración de tipo paralitico en el cual los músculos encargados de mover el ojo pierden su fuerza, el de tipo restrictivo, que se presenta por problemas de cirugías oculares previas, fracturas o traumatismos orbitarios, tiroides o miopía alta debido a la cantidad de fibras, que se producen en el tejido ocular y de tipo sensorial, que se da por una baja visión producida en el momento que los dos ojos carecen de visión o ésta es muy limitada (Instituto de Microcirugía Ocular, 2018).

El glaucoma es una enfermedad ocular que debilita la vista de forma gradual, no presenta síntomas dolorosos, se manifiesta de manera inesperada y llegan a ocasionar ceguera, además, este sistema de drenaje ocular, se ve obstaculizado y el líquido intraocular no drena de manera adecuada al ojo, al acumularse aumenta la presión lo que produce un fallo en el nervio óptico, lo que provoca pérdida irreversible de la visión (Del portillo, 2007).

Al tratarse de problemas de audición, se ve un incremento con la edad desde los 65 a 74 años en adelante, los hombres más propensos que las mujeres de padecer esta afección auditiva,

además presentan dificultad para recordar lo dicen otras personas. Por ello, se recomienda el uso de prótesis auditivas como un mecanismo de ayuda, pero son de alto costo lo que dificulta su adquisición. De tal manera, que la audición es afectada por agentes extrínsecos e intrínsecos, donde la presbiacusia que es la pérdida gradual de la habilidad para escuchar altas frecuencias es la causa más frecuente de déficit auditivo en los adultos mayores, la cual aumenta con el pasar de los años. Además, este tipo de afección están ligada a la depresión, al aislamiento, la ansiedad, el deterioro cognitivo y déficit en la funcionalidad de las actividades básicas e instrumentales de quienes la padecen (Cano et al., 2014).

Al mismo tiempo, otro aporte acerca de los cambios físicos en los adultos mayores son los problemas en la conciliación del sueño, en la cual sus horas de dormir, se ven disminuidas, en las horas de sueño profundo que se ven limitadas, se despertá en varias ocasiones durante la noche por problemas físicos o exposición a la luz. Por otro lado, es importante mencionar que los problemas de sueño no son considerados como normales en la vejez, esta falta de sueño o el exceso de la misma están ligadas a la depresión y ocasiona mayor riesgo de mortalidad. Dado que así, en esta edad, se suministra fármacos como benzodiacepinas recetadas por un profesional, para contrarrestar este desequilibro en el clico circadiano del sueño y vigilia (Papalia & Feldman, 2012).

La miopía es una alteración en la cual las imágenes lejanas, se quedan enfocadas por delante de la retina y no sobre ella, es decir que mientras más lejos de la retina, se enfoque la imagen, habrá mayor borrosidad en la imagen. La población con mayor riesgo de padecerla son los niños en etapa escolar, niños prematuros, adultos de edad avanzada, glaucoma congénito, síndrome de Down, el tratamiento, que se recomienda es la corrección óptica es decir el uso de anteojos, lentes de contacto, terapia visual, cirugía de ocular (García, 2013).

El astigmatismo es definido como el estado de refracción en él, que se forman en la retina como un foco puntual de luz de forma diferente en cada uno de los meridianos del ojo, las imágenes, se muestran alargadas o inclinadas y es recomendable corregirlo con el uso de lentes de contacto o gafas para evitar progresión de la enfermedad (García, 2013).

Así mismo, el funcionamiento sexual es un factor de importancia en los cambios físicos del adulto, de este depende el mantenimiento de la actividad sexual. De tal manera, en el adulto mayor, se produce dificultad en la respuesta y rendimiento sexual en ambos sexos, de igual

forma en la mujer hay la suspensión del ciclo menstrual y en el hombre disminución de la testosterona, lleva a la mujer a la suspensión de la procreación (Avellanal, 2013).

A continuación, con lo mencionado anteriormente según Papalia & Feldman (2012) el género masculino tiene una probabilidad mucho mayor de mantener la actividad sexual en la vejez, por ser una población menos numerosa, le es más fácil tener una pareja. Sin embargo, en la etapa de adultez tardía en los hombres la erección y la eyaculación tiende a tomar más tiempo que etapas anteriores, los lleva a la necesidad de mayor estimulación y a experimentar intervalos de mayor duración entre erecciones. En cambio, en las mujeres la congestión de sus pechos o mamas y otros signos de excitación sexual son de menor intensidad que en la juventud llegan tener problemas de lubricación.

Otro aspecto, se aprecia en las personas adultas es el estado de salud, pero lo importante es entender que el mal cuidado de la salud física y mental no es una consecuencia del envejecimiento. Sino es la pobreza un factor, que se encuentra relacionado con la salud deficiente, el acceso y atención médica pertinente. Se presenta en el anciano mayor Índice enfermedades como la artritis, diabetes, hipertensión, cardiopatía, depresión e infartos en las personas ancianas (Papalia & Feldman, 2012). Además, que existe mayor probabilidad que las personas que viven en la pobreza realicen algún tipo de actividad física, al contrario, viven en el sedentarismo lo que provoca problemas de obesidad y con ello afecciones cardiacas.

En cuanto, a las enfermedades crónicas, se da alrededor de la mitad de adultos mayores de 85 años con enfermedades como cardiopatía, cáncer, apoplejía, enfermedades pulmonares crónicas, infecciones de vías respiratorias bajas y cáncer de pulmón. Todas estas afecciones son prevenidas con estilos de vida más saludables, actividad física continua, lo que disminuiría la tasa de mortalidad en la vejez.

La diabetes y la hipertensión afecta a la población adulta mayor, específicamente en la circulación sanguínea del cerebro, lo que provoca déficit en la atención, aprendizaje, memoria, funciones ejecutivas, capacidades psicomotoras, habilidades perceptuales y espaciales. En la cual, las mujeres son la población más propensa a padecer hipertensión, diabetes, bronquitis, cáncer, artritis, en cambio los hombres padecen más afecciones cardiacas, apoplejía, cáncer, diabetes y enfisema (Papalia & Feldman, 2012).

Por otra parte, al tratarse de las discapacidades y limitaciones de la actividad, la persona que las padecen presenta dificultad a la hora de caminar, subir escaleras y levantar objetos pesados lo que aumenta de manera significativa con el transcurso de la edad (Papalia & Feldman, 2012). Ya que, al tratarse de una enfermedad que no es grave es relativamente más fácil convivir con la situación y esta no dificulte la vida diaria del adulto, pero al presentarse la enfermedad con mayor gravedad como la artritis, la persona pierde cierta funcionalidad y autonomía e interfiere en su diario vivir.

En relación con la actividad física, se considera como una probabilidad para mantenerse más sano y en mejor condición durante la vejez, todo ello depende del estilo de vida que posee el adulto mayor. Así pues, el ejercicio continuo ayuda a conservar la velocidad, la resistencia, la energía, la circulación y la respiración, lo que reduce la posibilidad de presentar lesiones, fortalece las articulaciones y músculos del cuerpo e incrementa el estado de alerta mental y capacidad cognitiva (Papalia & Feldman, 2012).

Por otra parte, la inactividad física construye el desarrollo de enfermedades como la cardiopatía, diabetes, cáncer de colon e hipertensión, además, conducen a la obesidad lo cual afecta al sistema circulatorio, riñones y al metabolismo, lo que provoca en ocasiones la muerte, para lo cual es recomendable realizar actividad física pero de intensidad moderada para mejorar el estado de salud física y mental del adulto mayor, además, disminuirá la probabilidad de presentar cualquiera de las afecciones ya mencionadas (Papalia & Feldman, 2012).

Para terminar, la nutrición cumple una labor importante en las enfermedades crónicas degenerativas en el adulto mayor, en esta edad existe un declive en el cuidado de la alimentación y dieta balanceada, como el exceso de consumo de carnes rojas y procesadas y la ingesta de alcohol, lo que ha sido relacionado con algunos tipos de cáncer. De tal forma, si bien no está considerado correcto que el adulto mayor aumente su peso, tampoco, se considera correcto que lo pierda en exceso y da lugar a presentar fragilidad y debilidad muscular (Papalia & Feldman, 2012). Por ello, es recomendado en la etapa de envejecimiento el consumo de vegetales, granos, y frutos secos en combinación de actividad física y evitar el consumo de alcohol y tabaco reduciría la tasa de mortalidad durante los próximos 10 años.

1.1.3 Cambios psicológicos

Los cambios a nivel psicológico están ligados al declive de las capacidades cognitivas, afectivas, personalidad e inteligencia que dependerán de diversos factores como el nivel de instrucción, situación laboral, actividad física, apoyo familiar, jubilación, pérdida de los patrimonios económicos, la adaptación de un cuerpo deteriorado, duelos por la pérdida de la pareja quien lo acompañaba por años, dolor o soledad, que se compensa con la integración social, o con el apoyo de amigos, hijos u otros familiares (Catanedo, 2010). Por otra parte, es importante mencionar sobre los procesos psicológicos superiores y habilidades cognitivas, que se ven o no afectados durante el proceso de envejecimiento tales como, la atención, la memoria, lenguaje, pensamiento.

La atención es una función neuropsicológica que sirve como un medio de activación y funcionamiento del resto de procesos mentales como la percepción, la memoria y el lenguaje, mediante la selección, distribución y mantenimiento de las actividades psicológicas del ser humano, se distingue de cuatro componentes para su funcionamiento como; el estado de alerta que permanece en vigilia para poderse adaptar a un medio cambiante. La atención selectiva que es capaz de seleccionar e integrar de manera voluntaria la información, estímulos o imágenes mentales correctas. La atención sostenida que tiene la capacidad de mantenimiento del foco atencional, a pesar del incremento de fatiga, inferencias o inestabilidad en la atención, es un mecanismo complejo que implica la interacción con aspectos motivacionales más que cognitivos (Sánchez & Peréz, 2008).

La atención dividida tiene la capacidad de alternar dos o más focos intencionales entre uno o varios estímulos y una imagen mental. De esta manera, el control atencional en los adultos mayores, disminuyen notablemente y sufre cambios con la edad, así pues, la falta de control del mecanismo inhibitorio limita la capacidad de procesamiento de información relevante para el sujeto, de esta forma dicho daño inhibitorio provoca mayor distraibilidad en los adultos mayores, y aumento de respuestas inapropiadas en la persona. Además, provocan depreciación en la detención de señales de alerta, vigilia y en actividades que requieran mayor atención. Asimismo, las alteraciones de la atención presentadas con más frecuencia en el adulto mayor están relacionadas con la motivación que le despierte la tarea al adulto y las alteraciones perceptivas que estén relacionadas a la edad (Rosseli, 2015).

Puesto que, en un ambiente que no estimule al adulto mayor, la atención mantenida tiende a debilitarse con mayor facilidad, mientras que en un ambiente confortable y en tareas de interés para el adulto podría llegar a una mejor calidad atencional. Por otra parte, condiciones psicológicas como la depresión podrían debilitar su nivel atencional, además, del consumo de psicofármacos, al igual que los procesos demenciales en el adulto mayor.

La planeación es una de las funciones ejecutivas que tiene la capacidad que presenta más cambios en la edad avanzada, , implica la capacidad de ensayar y ejecutar secuencias complejas de comportamiento y es un proceso que necesita del pensamiento estratégico y produce la capacidad para afrontar problemas, se fomenta y apoya en la creatividad, iniciativa e innovación (Perea, 2008).

La flexibilidad cognitiva, se ve deteriorada por la lentificación de la velocidad de procesamiento sobre la memoria de trabajo. Dado que, las personas en edad avanzada suelen cometer errores en tareas repetitivas y requieren de más tiempo para su ejecución (Rosselli, Jurado, & Matute, 2008). De tal manera, que las personas de edad avanzada tienen errores constantes que requieren de mayor tiempo en la realización de una tarea.

La memoria es un sistema único, complejo que disminuye paulatinamente en esta etapa y produce olvidos que generalmente no son considerados como importantes ligados siempre a la vejez, en ocasiones, se considera como algo ajeno al sujeto, además, está conformado por pequeños sistemas de almacenamiento de información como la memoria a corto y largo plazo (Blasco & Melendez, 2006). De esta manera, se considera a la memoria como un sistema complejo, activo y organizado que funciona como registro, consolidación y evocación.

En la memoria a corto plazo, se aloja una pequeña porción de información en un corto periodo de tiempo, como por ejemplo la repetición de una serie de números en orden y de manera inversa, la misma que requiere de la memoria sensorial para su repetición inmediata y de la memoria de trabajo para su repetición de manera inversa, facultades, que se deterioran con la edad (Papalia & Feldman, 2012).

Por otra parte, Papalia & Feldman (2012), refieren que en el adulto mayor, se da un desgaste en algunos tipos de memoria tales como: la memoria a largo plazo que almacena una cantidad ilimitada de información durante un largo período de tiempo, se encuentra dividida en tres sistemas: la memoria episódica la cual almacena acontecimientos importantes de la vida de una

persona, se deteriora con mayor facilidad con los años. Memoria semántica, se compara como una enciclopedia, en donde, se guarda muchos conceptos, hechos históricos, ubicación geográfica, costumbres de la sociedad. De modo que, como no es necesario recordar cómo y dónde lo aprendió no hay mayor deterioro en la adultez tardía, la memoria procedimental participa en la evocación de habilidades motoras y ejecutivas para la ejecución de una tarea, que se ve poco afectada con la edad, en ocasiones, se forman nuevas memorias procedimentales en la vejez sin presentar ningún daño al menos durante dos años, aunque sea difícil su aprendizaje como el uso de un teléfono celular e internet (Papalia & Feldman, 2012).

Además, existen varios tipos de memoria entre ellas tenemos a la memoria declarativa por medio de la cual podemos ser interrogados de manera verbal y la memoria procedural, se basa en la adquisición de habilidades como por ejemplo el manejo de un auto, vestirse, usar la gramática es decir que estas actividades no tienen la necesidad de utilizar la interrogación para comprobar la adquisición de su aprendizaje, se muestra. Es por ello, la pérdida de esta función es uno de los mayores riesgos al envejecer y entre las enfermedades más frecuentes están el Alzheimer, el deterioro cognitivo leve, lesiones vasculares, trastornos emocionales (Papalia & Feldman, 2012).

En relación a lo anterior, las personas mayores a pesar de tener una mayor capacidad de aprendizaje sufren fallas en su memoria de trabajo y episódica, así como el recuerdo de un nombre que antes era muy común pronunciarlo, números telefónicos, tareas que realizan como el pago de la planilla telefónica, recordar si apago el tanque de gas y algunas actividades comunes de la vida cotidiana (Fernández R. , 2004).

La percepción es la capacidad de permitir la integración o el reconocimiento de aquellos estímulos que llegan a nuestros sentidos, que permite reconocer aquellos objetos que son percibidos por nuestra atención y crea patrones propios de conocimiento. Por ello, se produce un acercamiento entre la información sensorial y la memoria que da lugar a la percepción. Así pues, la percepción al integrar, reconocer e interpretar las sensaciones de los estímulos y su procedencia, se clasifican en exterocepción (sensaciones del ambiente externo), interocepción (sensaciones del ambiente interno), propiocepción (sensación del propio cuerpo) (Sánchez & Peréz, 2008).

De esta forma, los adultos mayores que presentan problemas a nivel visual como poca tolerancia a los rayos de solares y destellos de luz incandescente, muestran dificultad en la distinción de colores fuertes y en el enfoque de imágenes a larga distancia. Además, sufren varios fallos en la identificación de estímulos visuales, por ello, requieren de mayor tiempo para resolver tareas perceptivas en comparación de los más jóvenes.

El lenguaje, es considerado como una de las funciones cognitivas superiores que ayuda a la compresión y descripción de lo que sucede, mientras más palabras se recuerde y se utilice el vocabulario de una persona mayor, los cambios son más notables en la vida del sujeto, lo que favorece a su desarrollo cognitivo (Piug, 2012). Puesto que, la funcionalidad cambia con el pasar de los años, y hace que el recuerdo de una palabra sea más difícil a causa de problemas en la atención y memoria.

Adicionalmente, los adultos mayores, presentan alteraciones en los procesos lingüísticos como incapacidad para encontrar nombres, aumento de tiempos de reacción, el uso de paráfrasis o circunloquios, dificultades léxicas problemas de vocabulario u otras que están asociadas a lesiones y estados patológicos como afasias o demencias (Saá, 2011). Por ello, en este ciclo de la vida, se recomienda la lectura y la repetición de palabras olvidadas para reforzar el lenguaje en base a estos ejercicios de estimulación.

En definitiva, la función de comunicarse y el lenguaje de los adultos mayores está marcada por dos factores importantes de tipo sociocultural y físico- orgánico, en primer instancia el cual está relacionado con los cambios de la rutina de la vida diaria como la pérdida de la pareja o la jubilación, es decir, situaciones que obligan al adulto a quedarse solo, lo que podría provocar cambios en su desempeño como seres útiles en su vida social, como segundo punto en lo biológico se dan cambios en diversas funciones sensoriales, cognitivas y motoras lo que deteriora la comprensión de mensaje orales o escritos y disminuye la velocidad en la emisión de la respuesta (Saá, 2011).

El razonamiento lógico permite al ser humano organizar, categorizar y ordenar en el tiempo y el espacio en base a la realidad, diferencia lo principal de lo accesorio, con la conservación de la facultad de ordenar las ideas en base a similitudes y diferencias, que se den entre las ellas (Piug, 2012). Por ejemplo, la similitud entre una manzana y una naranja es que ambas son una fruta, es decir, que se les aplica a los dos una categoría más grande que abarque al grupo al que

pertenecen. En el adulto mayor esta función, se ve deteriorada en el momento que su memoria llega a fallar y se necesita de la misma para la emisión de este tipo de respuesta, además también, dependerá del grado de instrucción y la cultura del adulto para su comprensión.

Las habilidades visoespaciales mediante su funcionamiento hacen que ser humano identifique la posición en, que se encuentran los objetos en el medio exterior, una parte distingue las distancias que hay entre un objeto y otro, la dirección en base a señales externas, y la otra parte es un sistema de autoreferencia en donde, se relaciona el objeto con el mismo individuo reconoce la distancia entre el objeto y la direccionalidad del individuo en movimiento (Rosselli, 2015). En el adulto mayor esta función, se ve disminuida y presenta dificultad tanto en su habilidad motora, como en la ejecución de seguimiento de rutas, además en la formación de mapas mentales, ubicación de lugares; sin embargo, se ve conservado el desempeño de tareas neuropsicológicas como la copia de figuras complejas, se encuentra límites normales.

El pensamiento es uno de los procesos cognitivos más complejos, encargado del procesamiento, planificación, comprensión, en el cual podemos percibir y recuperar información que fue olvidada, además, por medio del mismo podemos pensar, comunicarnos, formar conceptos, solucionar problemas, tomar decisiones y emitir juicios ante cualquier situación (Jara, 2012). Además, es una función que está ligada a lenguaje, memoria, atención, compresión y aprendizaje. Por otra parte, el pensamiento, se desarrolla en la medida en la que las operaciones mentales rebasan la complejidad de resolver problemas y de exponer oralmente sus pensamientos. Asi pues, el pensamiento en el adulto mayor, se verá disminuido con la edad si este no es estimulado y del ambiente en, que se desenvuelva y el refuerzo que el adulto mayor le dé a su capacidad cognitiva, si el mismo refuerza en base a la lectura, escritos, oratorias su funcionalidad, no se deteriora con mayor facilidad (Jara, 2012).

Con respecto a la afectividad ocurre cambios durante la vejez sobre todo en la parte emocional, se muestra varios acontecimientos conflictivos en la vida del anciano como la jubilación, la pérdida de seres queridos, el nido vacío que dejan los hijos en el momento, que se marchan o se casan, enfermedades crónicas, además, se presentan múltiples patologías, que se presenta durante este camino de la vida, acompañada de discapacidades, pérdida de autonomía y lo más difícil el momento de la llegada de la muerte (Fernández R. , 2004). Puesto que, todos estos sucesos en la vida de los sujetos harán que pierdan su equilibrio emocional y presente reacciones afectivas negativas como depresión, soledad, malestar, sufrimiento.

Sin embargo, este desbalance a nivel afectivo, no se ve siempre influido por la edad, muchas investigaciones resaltan que el adulto mayor experimenta mayor intensidad de emociones positivas en esta etapa a comparación de la gente joven, es decir que varía entre un individuo y otro. Por ello, a partir de los 60 años de edad la experiencia emocional negativa, se da en menor frecuencia, es decir, que se da mayores expresiones de felicidad, gratitud, satisfacción y contento que de fracaso, tristeza, descontento, amargura o rabia (Fernández R. , 2004). De tal modo, que en la vejez hay un mejor manejo de las emociones y afecto por tanto mayor madurez emocional.

Sin embargo, la esfera afectiva, se ve ligada a el padecimiento de depresión en el anciano, esta alteración presenta varios cambios a nivel psicológico, tales como bajo estado de ánimo con tendencia a la tristeza, desinterés por actividades que eran cotidianas para el sujeto, culpa, semicultos, ansiedad, hipocondría, manías. Los cuales están ligados por factores como sucesos estresantes en la vida de la persona, el vivir en soledad, pérdida de relaciones sociales y de autonomía, enfermedad o discapacidad aguda, deterioro de las funciones cognitivas, divorcio, separación o viudez (González & De la Fuente Anuncibay, 2014).

Así mismo, se presentan trastornos mentales y conductuales como episodios maniacos en consecuencia de cambios bruscos en el humor, miedos, ansiedad, irritabilidad y agitación por los padecimientos de los mismos. Además, se presenta problemas adaptativos por el cambio de roles en su vida lo que causa sentimientos de pérdida constate en su funcionalidad y estado de salud, quebranto en la capacidad física, movilidad, visión y audición (González & De la Fuente Anuncibay, 2014). Lo que lleva a presentar un estado depresivo severo, se tiene en cuenta que los ancianos, se vuelven más susceptibles en esta edad.

Adicionalmente, algunos rasgos de personalidad están asociados a desarrollar una demencia, pero factores como la educación, el empleo, la pertenecía a un grupo social , el apoyo familiar adecuado, buen estilo de vida, actividad física, dieta saludable, son motivos suficientes para que dicha enfermedad no tenga mayor progresión en la vida adulta (Papalia & Feldman, 2012). Por ello, se considera a la personalidad un importante predictor de las emociones, las relaciones sociales, la salud de los individuos, el bienestar y la satisfacción con la vida.

De esta forma, Papalia & Feldman, 2012 explica en su libro los cinco grandes rasgos de personalidad en referencia a la teoría de personalidad de Costa y MrCrae (1980) basadas en la

extroversión y neurotisismo. Se considera una personalidad extrovertida, a quien es agradable y con orientación social, niveles elevados de emoción positiva que son conservadas durante toda su vida. Por otro lado, las personas con personalidad neurótica tienden a ser más neuróticos cuando envejecen, el neocriticismo es un predictor determinante del humor y los trastornos del estado del ánimo que varían con la edad, el estado de salud, la educación y el género. Además, las personas ancianas en su etapa de envejecimiento, se vuelven más neuróticas por lo que muestran menor supervivencia que probablemente es causado por el consumo de tabaco, alcohol o drogas para calmar sus emociones y tienen menor tolerancia a la frustración y al estrés.

Del mismo modo, las personas con personalidades neuróticas manifestación de emociones negativas y agudizan estos rasgos a medida que envejecen y presentan una variación en el humor, estados del ánimo, que se modifican con la edad, la salud, la educación, el género. Por consiguiente, las personas neuróticas aumentan su intensidad al envejecer y son más propensas de morir, tienen baja tolerancia a la frustración y poco manejo del estrés.

Los cinco estadios psicosociales de Erick Erikson referidos en el libro de Bordignon (2005) explica los tipos de personalidad en sus diferentes etapas, la primera de confianza frente a la desconfianza, que se da desde el nacimiento hasta el primer año de edad, en la cual los niños comienzan a desarrollar la capacidad de confianza en el otro, que generalmente la depositan en sus padres o cuidados primarios. Por ende, si dicha confianza, se desarrolla con éxito, el individuo sentirá seguridad, sin embargo, al no verse completada con éxito en esta etapa generan en el sujeto poca capacidad de confianza en el resto de individuos, sensación de miedo, ansiedad inseguridad, excesiva desconfianza con el mundo, lo que provoca serios problemas en su vida adulta e incluso en el ámbito personal, social, laboral y de pareja (Bordignon, 2005).

En el estadio de Autonomía frente vergüenza y duda, se basa en la independencia del individuo al comer, vestirse o tomar una decisión la misma, que se reafirma en la infancia y deteriora en la adultez volviéndose algunos ancianos excesivamente dependientes de los demás y pierde su capacidad de autonomía que es propia de su edad (Bordignon, 2005).

En cuanto al estadio de iniciativa frente a la culpa, se instaura la iniciativa en el ser humano, el ser parte de un grupo social, capacidad de liderazgo, toma de decisiones, sin embargo, en el adulto mayor esta tendencia a tomar iniciativa, que se ve truncada al ser llevados a pedir una

jubilación, a dejar de frecuentar el grupo de amigos que solían tener o por condiciones de salud se ven orientados aislarse de las relaciones sociales y pierde esta falta de iniciativa. Lo que no ocurre con otros ancianos, que deciden realizar actividades que por el trabajo o por el cuidado de los hijos no lo hicieron en etapas anteriores y deciden pertenecer a un grupo, frecuentar amigos del pasado, viajar, dedicar más tiempo a actividades que en la juventud fueron postergadas (Bordignon, 2005).

En el estadio de actividad frente a la inferioridad se da desde los seis años y se instaura hasta la adolescencia donde comienza a desarrollar una sensación de orgullo en sus logros, iniciación de proyectos y alcance de metas, sintiéndose trabajadores y a obtener confianza en sí mismos. Sin embargo, durante el envejecimiento esta capacidad de sentirse útil se va deteriora y pierde esa funcionalidad a nivel laboral, personal y social, se desintegra ese poder de iniciativa que en ciclos anteriores estaba presente (Bordignon, 2005).

En la identidad frente a la confusión de papeles se desarrolla en la niñez hasta la edad adulta, el sujeto se vuelve más independiente, presenta visión a futuro en cuanto a sus relaciones familiares, profesión, vivienda, donde forman su propia identidad. En la edad adulta mayor esta visión de túnel en cuanto al futuro ya se ve cumplida y en muchas de las ocasiones lo que buscan es un descanso y un disfrute de todo lo alcanzado y logrado en la juventud (Bordignon, 2005).

En la etapa de intimidad frente al aislamiento, se presenta en la adultez temprana desde los 20 a 25 años las personas comienzan a relacionarse más íntimamente con los otros, llegan a formar compromisos más duraderos, satisfactorios, e incluso a presentar preocupación por el otro dentro de una relación, de igual manera, se muestra evitaciones al compromiso o aislarse de una relación amorosa por temor al compromiso, todo ello dependerá de la personalidad de cada sujeto. En esta fase en algunas personas, se presenta el sentimiento de soledad a causa de que muchos adultos mayores han perdido a su pareja y se han quedado viudos o se encuentran divorciados, sin embargo, ocurre casos en que adultos mayores deciden retomar su intimidad o su vida amorosa en la vida adulta (Bordignon, 2005).

En el estadio de generatividad frente al estancamiento, se presenta desde los 25 hasta los 60 años donde el adulto establece sus relaciones, su vida profesional, busca comenzar una vida familiar, crianza de los hijos, metas laborales. En el adulto mayor en ocasiones este alcance en su vida tiende a fracasar, muchos de ellos después de la jubilación, se quedan estancados y

dejan de lado estas actividades y creen que su vida es monótona y vacía, además, envejecen sin cumplir sus expectativas de vida. Sin embargo, otros adultos mayores son más generativos, emplean sus conocimientos en sus propios bien y el de los demás, toman objetivos nuevos que cumplir y se vuelven más productivos (Bordignon, 2005).

Finalmente, en la etapa de integridad del yo a la desesperación, al envejecer y al entrar a la jubilación en el adulto mayor tiende a disminuir su productividad y experimenta su vida como persona jubilado, período donde contempla sus logros, desarrolla su integridad si ha llevado una vida gratificante. Sin embargo, si ve su vida poco productiva, existirá culpabilidad de no haber realizado lo que deseo en el pasado, no alcanzó metas propuestas en su vida, lo que lleva a presentar depresión en la vejez.

Otro punto, que se tratara es la inteligencia conocida como la facultad de adaptación al medio o el conjunto de capacidades para la resolución de un problema. De esta manera podemos observar varios patrones de cambio y estabilidad en el funcionamiento de la misma, durante el ciclo de la vida. Al tratarse de inteligencia biológica o fluida que conforma la velocidad perceptiva, la fluidez verbal, el razonamiento, se ve declinado a partir de los 30 años, pero la inteligencia cultural que compone la compresión, el vocabulario una vez ya logrado su procesamiento se mantiene estable e incluso incrementa en edades más avanzadas (Fernández R. , 2004).

Sin embargo, el funcionamiento intelectual es recompensado mediante actividades que refuerzan el intelecto como el ajedrez, los crucigramas, rompecabezas, sopa de letras, mejorarán su capacidad intelectual en la vejez, además, existe menos riesgo de padecer una demencia. Por otra parte, se rescata que a pesar del declive en su inteligencia el adulto mayor tiene la capacidad de dar un consejo, su pensamiento presenta elementos esenciales para la solución de un problema, todo ello lo hace por medio de su sabiduría que ha adquirido a lo largo de su vida, sin ser un componente cognitivo pero si afectivo, emocional e intelectual (Fernández R. , 2004).

1.1.4. Cambios Sociales:

En este período, se presenta una ausencia o decadencia de la actividad social en el adulto mayor de manera proporcional con el paso de la edad, por esta razón, en muchos de los casos de adultos jubilados se presenta menor contacto social que con quienes continúan en actividad laboral. Por otra parte, las enfermedades, que se adquieren en esta etapa hacen más difícil la interacción con

el medio. Sin embargo, algunos adultos consideran que la red social que han adquirido, aunque sean estos los más cercanos son suficientes para sentirse satisfechos (Soria & Jaciel, 2017).

Así mismo, al considerar la adultez tardía una etapa del desarrollo que abarcan problemas y tareas concretas, las personas recapitulan su vida, resuelven situaciones que en la juventud dejaron inconclusas e incluso deciden enfocar su vida a retos nuevos y mejorar sus días, mes o años que le sobran, muchos de ellos desean dejar una herencia o un bien a sus nietos o al mundo, algunos deciden predicar su experiencia, otros prefieren viajar, o degustar de sus pasatiempos que no tuvieron tiempo de hacerlo en la juventud y lo retoman en esta etapa (Soria & Jaciel, 2017). Por tanto, se considera que en la etapa de la vejez el adulto mayor crece como persona, como ser humano y como un ente social, además, que se sienten más sanos, vitales, capaces de llevar el control de su vida, lo que les ayudará a llevar esta etapa de forma positiva. A continuación, se explicará la personalidad en la última etapa de su ciclo vital y los desafíos y oportunidades psicosociales del envejecimiento.

El mayor logro, que se da en el adulto mayor es el sentido de integridad del yo, se fundamenta en la reflexión de la propia vida, puesto que, en la octava o última etapa del ciclo de la vida la integridad del yo frente a la desesperanza el adulto requiere la aceptación de los cambios de su vida y la llegada de la muerte (Bordignon, 2005). De esta manera, el anciano que tiene un éxito en la aceptación de esta última fase obtiene el significado de su existencia dentro de un ente social, de este modo la virtud se desarrollará en esta etapa es la sabiduría.

Por ello, se considera la sabiduría como la aceptación de la vida que no ha vivido sin reproches de lo que, no se realizó en etapas anteriores, lo que conlleva a adherirse a las imperfecciones de sí mismo, de los padres, de los hijos y de su propia existencia. De esta forma, se considera a la sabiduría un recurso psicológico que tiene el adulto para resolver esta etapa tan cambiante con éxito. Además, se estima que superar esta última etapa requiere de un desafío constante de la vida, que se lucha mediante la actividad política, programas de condición física y tareas dinámicas o relaciones con sus familiares más cercanos.

Por otro lado, la personalidad no muestra mayor rigidez en la vejez, sino que está ligado a las experiencias particularmente vividas por el individuo durante su adultez tardía. Lo que hace que la personalidad sea un predictor de las emociones, la salud y el bienestar, de este modo a medida que la gente envejece suelen acudir a la búsqueda de actividades y de la compañía de

personas que les brinden gratificación emocional (Papalia & Feldman, 2012). Lo que nos da una idea que las emociones son parte importante de la personalidad. Por lo tanto, la personalidad, se relaciona con la felicidad y el gozo con la vida.

En relación, al bienestar en la adultez tardía depende del nivel de satisfacción que el adulto tenga en esta etapa, es decir preguntarse qué tan feliz está con lo que ha logrado o no hasta esta transición, además, está ligado a su condición de vida, salud, economía, relaciones interpersonales, asistencia social, servicios de apoyo como la familia y amigos e incluso de una pareja.

Por otra parte, una cuestión relacionada con los cambios sociales en el envejecimiento es la jubilación, marca sobre el estilo de vida de la persona y afecta en ocasiones a su estabilidad económica, salud, estado emocional, relaciones con la familia y amigos. (Papalia & Feldman, 2012). Lo que conlleva a que muchos tomen la decisión de retirarse de un puesto laboral de forma definitiva, y otros que regresan a una labor de medio tiempo, muchos adultos mayores asocian el retiro del trabajo como un fenómeno de inutilidad, por ello buscan más fuentes de trabajo para sentirse a un capaces y útiles para la sociedad, la familia y para sí mismos.

Así mismo, el retiro del anciano de su trabajo marca en su manejo del tiempo de ocio, los cuales giran hacia actividades como ver televisión, visitas a familiares, limpieza del hogar, juntas con ex compañeros de trabajo, grupo de jubilados, arreglos de la vivienda, juego de cartas, viajes es decir actividades que para el adulto sean placenteras para su vida (Papalia & Feldman, 2012).

En cuanto a las relaciones personales en la vejez se ven deterioradas por múltiples causas como las enfermedades o discapacidades que impiden que el anciano salga de su hogar y visite a un amigo o familiar lo que dificulta su interacción con las personas (Papalia & Feldman, 2012). Por lo que los adultos mayores presentan menor relación social que los más jóvenes, sobre todo los hombres que tienen menor red social que las mujeres. Sin embargo, los ancianos consideran su red social como suficiente con sus amigos más cercanos y de confianza, lo que ayuda a su bienestar, al mantenimiento de la memoria y la mente.

Puesto que, a medida que las personas envejecen el anciano invierte mayor energía y tiempo en mantener sus relaciones sociales más cercanas, por lo tanto, los adultos mayores en esta etapa reciben más apoyo de sus pequeñas redes como son la familia, los hijos, los amigos e incluso muchos de ellos deciden mudarse al hogar de los hijos que sean más cercanos al adulto.

Además, las relaciones sociales como el frecuentar, tener una red de apoyo, disminuye la mortalidad, la depresión, el suicidio y el desarrollo de enfermedades en el anciano, porque es un medio de ayuda para mantener la vida al adulto mayor (Hernández, León, & Hernández, 2011).

Por ello, se considera que una vida social activa, buenas relaciones sociales y una actividad continua, protege la tasa de mortalidad y predice el mantenimiento de la función cognitiva en la vejez. Además, la estructura de la red familiar es muy distinta en esta etapa, pues se encuentra sometida a varios cambios al pasar de la familia extendida donde convivían varias generaciones, a la familia nuclear y los hogares unipersonales, se ha reducido el papel del adulto mayor en la familia. De tal modo que con mayor frecuencia en las mujeres adultas mayores, sienten una pérdida de continuidad entre los sucesos pasados y los actuales, entre su vida anterior centrada en la familia y su vida actual con un contrato intergeneracional muy reducido. Esta pérdida de continuidad lleva a una crisis del sentimiento de identidad y favorece a la depresión y al deterioro funcional (Otero et al., 2006).

La relación con la familia en la mayor parte de las personas de edad avanzada, se enriquece por la presencia de las personas que comparten su día a día o con quien comparte el mayor tiempo de sus momentos (Castañeda, 2017). La gran mayoría de las veces ese puesto lo ocupa la familia, como una fuente primaria de apoyo emocional y juega un papel fundamental en el estado emocional del adulto mayor, además, le proporciona sentimientos de estabilidad, seguridad, capacidad, autoestima, confianza y apoyo social.

Por ello, el sentirse necesario para el adulto mayor es un factor importante en su proceso de vejez. De tal forma, las tareas como el cuidado de los nietos favorecen la vinculación familiar, al ejercer el nuevo rol de abuelo, se le otorga al anciano una función social y una utilidad familiar nueva, esto será positivo siempre y cuando, no se pierda el bienestar del mismo. De tal manera, que cualquier ayuda que brinde el adulto al resto de la familia está dentro de sus posibilidades, sin excederse.

Las actividades y el tiempo libre en la tercera edad son parte esencial para un envejecimiento saludable y productivo del adulto mayor, por esa razón, se cumple con factores que contribuirán al desarrollo del mismo, como la calidad de vida del anciano, el aprovechamiento del tiempo de ocio, preparación física y espiritual. De esta forma, el tiempo de ocio lleva al adulto mayor

a orientarse hacia a una perspectiva vida, al impacto de cambio del trabajo al hogar, la edad, estado de salud, el aprovechamiento del tiempo libre después de la jubilación (Navarro, Rico, & Meléndez, 2011).

Por lo tanto, las actividades que son tomadas como alternativas para su tiempo de ocio son el acudir a eventos culturales, pasear a los niños, llevar a los nietos al colegio y a casa, salir de compras, pasear solo, salir a caminar, ayudar en casa, cuidado de plantas, cuidado de mascotas, acudir a un club de jubilados, ir al cine, teatro, visitar amigos, familia, acudir a la iglesia, acudir al cementerio, jugar partida de cartas, viajes y excursiones, realizar actividades manuales.

1.1.5. Envejecimiento

El envejecimiento, se define como una transición propia de la edad, la misma que no es considerada como significación de patología, a pesar de que ambas están relacionadas, si se conserva el estado físico y psíquico en el anciano, no se pensaría como parte de una alteración. Puesto que, el anciano al envejecer, se encuentra fijado en sus convicciones las mismas que serán motivo suficiente para llegar a un estado demencial, ya es una limitación para llevar una vejez funcional, independiente, digna y saludable (Cobo, 2009).

Mientras que la Organización Mundial de la Salud (2015) define como el declive de las funciones orgánicas y psicológicas del ser humano, así también, la degeneración de las capacidades sensoriales y cognoscitivas, lo que varían en cada individuo.

Por otra parte, Papalia & Feldman (2012) realiza una explicación del desarrollo de la adultez tardía en dos fases, el envejecimiento primario que es un proceso progresivo e inevitable de deterioro físico que empieza en la edad avanzada. El envejecimiento secundario como consecuencia de la enfermedad, el abuso y sedentarismo.

Clasificación de la vejez

De igual forma, es importante mencionar como la etapa envejecimiento, se describe en tres grupos de adultos mayores: el viejo-joven, el viejo-viejo y el viejo de edad avanzada como afirma (Papalia & Feldman, 2012).

- El viejo-joven refiriéndose a la edad entre los 65 y 74 años, en la cual el sujeto tiene mayor energía y fuerza en sus actividades.

- Los viejos- viejos se señala a las edades entre 75 y 84 años.
- Los viejos de edad avanzada desde los 85 años en adelante los cuales se encuentran más expuestos a la inestabilidad en su salud y en la organización de sus actividades diarias.

Por esta razón, el ciclo de vida los adultos mayores, se inactiva por diferentes factores ya sean estos ligados a su salud física como mental, lo que ocasiona dificultad para desarrollarse de manera autónoma en la sociedad. Por ello, es importante mencionar que la interacción con otros, no sólo en la adultez mayor si no a lo largo de toda la vida, se convierte en un factor protector frente a la aparición de patologías, lo que beneficia a la persona aumentar su capacidad cognitiva, tenga mejores habilidades de afrontamiento, module su afecto, mejore su calidad de vida y, por ende, su autonomía (Duran, Orbegoz, Uribe, & Uribe, 2007). De esta manera, las habilidades que adquiere el adulto mayor son a nivel socioemocional como la asertividad, el optimismo, la autoeficacia, la comunicación expresiva y conciencia emocional, a nivel interpersonal metas, logros, sueños, asociados a una buena calidad de vida durante el envejecimiento.

A continuación, en el siguiente apartado se hablará sobre los tipos de deterioro que presenta el adulto mayor como deterioro físico y el deterioro cognitivo.

1.2. Deterioro

Según el Diccionario de la Real Academia Española (2001), se define al deterioro como la degeneración en la salud del ser humano como consecuencia del tiempo, condición física, mental y social, además, se presenta de manera repentina o progresiva. De manera, se clasifica en dos tipos de deterioro presentes en el desarrollo de las personas específicamente en el adulto mayor.

1.2.1. Deterioro Cognitivo

Se define como la pérdida de las funciones superiores del ser humano, el mismo que depende de factores externos como el mantenimiento del nivel cognitivo, actividad física, factores hereditarios, patologías que presente el sujeto de manera individual, nivel educativo, cultural, soporte familiar, social, económico, estado emocional, personalidad y presencia de síndromes geriátricos asociados a la edad adulta (Benavides, 2007).

Así también, el diccionario de neuropsicología denomina al deterioro cognitivo como demencia definiéndolo como "deterioro significativo en el funcionamiento cognoscitivo, conductual y funcional debido a diversas casusas neurofisiológicas, a pesar de la conservación de la conciencia" (Ardila et al., 2015, p. 22). Dado que, se define al deterioro cognitivo como la pérdida de las funciones ejecutivas, lo que afecta su desarrollo físico y psicológico, lo que es considerado un problema de salud pública de suma relevancia en las últimas décadas, en especial en la población adulta mayor. A continuación, se detallará los diferentes tipos de deterioro cognitivo: leve, moderado y grave:

Deterioro cognitivo leve (DCL)

En épocas anteriores, se creía que este tipo de desgaste de memoria era propio del curso de la ancianidad, que se manifestaba al existir un avance del padecimiento. Por su parte, Petercen (2001 citado en Escobar & Ramos, 2012) define como "una alteración de la función cognitiva que es insuficiente para constituir una demencia" (p.1). De tal manera, que se considera que DCL es causado por un bajo porcentaje de déficit a nivel cognitivo, sin cumplir con los criterios diagnósticos clínicos suficientes para clasificar como un trastorno de la memoria como tal.

Sin embargo, es considerado como un precursor para el desarrollo de las demencias, sin afectar su autonomía en las acciones diarias. Además, se considera a los 60 años en adelante una etapa de riesgo de padecer DCL, considerado el sexo femenino una población con mayor incidencia de adquirir esta enfermedad. Cabe destacar, que este tipo de daño en la cognición presenta dos tipos que son el DCL amnésico y no amnésico, el cual depende de la influencia que tenga esta afección en el funcionamiento de la memoria (Cancino & Rehbein, 2016).

Deterioro cognitivo moderado (DCM)

Este tipo de deterioro, se considera como una alteración de la cognición donde las pérdidas amnésicas, se presentan de manera frecuente y afecta las diferentes esferas de la persona, como la dificultad en la compresión de tareas, interrupción en su aprendizaje, desorientación visoespacial, identificación sensorial, fallas en el cálculo, alteraciones del comportamiento en el sujeto, estados ansiosos y depresivos, interrupción en el funcionamiento para la organización de las actividades básicas de la vida diaria de manera evidente y de forma gradual (Cancino & Rehbein, 2016).

Deterioro cognitivo grave (DCG)

Se encuentra clasificado dentro del marco de los trastornos neurocognitivos según el DSM-V-TR (2005), se basa en los dominios de las funciones principales del sistema nervioso central le lleva a una dependencia en el paciente y altera su funcionalidad en las actividades básicas de la vida cotidiana, como es el comer, el vestirse, bañarse, arreglarse, afeitarse, micción, deambulación etc. De esta manera, se clasifica como grave al establecer criterios en el funcionamiento adecuado en atención compleja, continua, dividida, selectiva, velocidad de procesamiento.

Como consecuencia, la persona perderá su funcionalidad en cuanto a la retención de información, memorización, recuerdo de un número telefónico, acontecimientos recientes, incapacidad en la realización de cálculos mentales, facilidad de distracción en actividades diarias e incluso en el trabajo, demasiada inversión en el tiempo para la evocación y recuerdo de pensamientos. Cabe agregar, ciertos cambios fisiológicos como el descenso en el funcionamiento de neurotransmisores, en el sistema colinérgico y dopaminérgico, presencia de bajos niveles de serotonina y glutamato. Por tal motivo, se controlan en este estadio de la enfermedad mediante el uso de fármacos que evitaran el avance de la afección y el control de los síntomas, sin embargo, no la progresión del padecimiento. Adicionalmente, se muestra en la siguiente tabla 1.2.1 los tipos de deterioro cognitivo con su respectiva sintomatología en cada de las fases de la enfermedad.

Tabla 1.2.

Tipos de Deterioro Cognitivo en sus fases de la Enfermedad

Ausencia de deterioro	Deterioro leve	Deterioro moderado	Deterioro grave
No presenta dificultades objetivas ni subjetivas	Dificultades en la memoria	Disminución en la capacidad para realizar tareas complejas.	Disminución en la capacidad para realizar tareas complejas.
		Dificultad al vestirse de forma correcta.	Requiere asistencia en actividades de la vida cotidiana
		Requiere asistencia básica para cubrir necesidades básicas	Sufre de incontinencia urinaria
	Desorientarse o perderse en lugares que no es familiar para el sujeto	No hay déficit en orientación en tiempo y persona	Presenta desorientación temporoespacial
	Dificultad en el recuerdo de palabras y nombres	No hay pérdida de reconocimiento de caras y personas familiares	Suele presentar olvido del nombre de su cuidador
	Evidencia de rendimiento laboral empobrecido	Déficit de ciertos recuerdos de la historia personal.	Recuerdo del propio nombre y distinción de las personas familiares de las desconocidas.
	Dificultad en el recuerdo de una frase recién leída.	Dificultades en la concentración sustracción seriada.	Dificultad en la inversión de series numéricas
	Capacidad organizativa disminuida	Capacidad disminuida para administrar las finanzas	Alteración en su ritmo circadiano
	Ansiedad	Disminución de la expresión afectiva	Cambios en su personalidad y afectividad (delirios, ansiedad, síntomas obsesivos, agresividad, abulia cognoscitiva)
	Pierde o coloca erróneamente objetos de valor.	Conocimiento disminuido de hechos actuales y recientes	Incapacidad para formular un pensamiento coherente
		Olvido de su dirección, teléfono y lugar de trabajo.	Dificultad en el desplazamiento autónomo.
		La Negación como mecanismo de defensa ante la manifestación de olvido	La negación como mecanismo de defensa ante el olvido.

Autor: Reisberg et al., (1982). Fases de la Escala Global de Deterioro Cognitivo

1.2.3. Deterioro físico

Según define (Baro, 2012) como una limitación de las habilidades motoras finas y gruesas, además, un déficit postural en el momento de la realización de las ocupaciones de su diario vivir. Por tal motivo, provoca mayor dependencia en las personas que lo padecen, igualmente problemas en el sueño, la movilidad, integración social, y facilidad en el traslado de un lugar a otro. De tal manera, que podría llegar a ser definitiva la movilidad física y como resultado de ello se presenta una dependencia de cuidado y atención por otra persona. Además, el deterioro físico durante el envejecimiento, se relaciona con el estilo de vida, la conducta y el ambiente en el que se desarrolla el adulto mayor.

A continuación, en la siguiente tabla 1.2.3, se muestra la información acerca del deterioro físico durante el envejecimiento en relación al estilo de vida, la conducta y el ambiente, que se desarrolla el adulto mayor.

Tabla 1.2.3

Índice de Barthel para evaluación de funcionalidad en actividades de la vida diaria

Autocuidado	Movilidad
Beber de un vaso	Desplazarse del sillón a la cama
Comer	Uso del escusado
Vestirse de la cintura para arriba	Desplazarse de la ducha su dormitorio
Vestirse de la cintura para abajo	Caminar más de 40 metros en declive
Colocación de instrumento de recuperación	Subir y bajar escaleras
Higiene personal	Manejo de instrumentos de apoyo
Ducharse	cuando no camina.
Control de esfínteres	

Autor: Ruzafa, J., & Damián, J. (2007). Valoración de la discapacidad física: El Índice de Barthel.

1.2.4. Demencias

Según la Organización Mundial de la Salud (2019), se define como una enfermedad de naturaleza crónica, que se caracteriza por presentar inconvenientes en la función cognitiva reconocida por esta entidad como una prioridad de salud pública. Viéndose afectada la memoria, pensamiento, cálculo, orientación, capacidad de aprendizaje, lenguaje y juicio; lo cual ocasiona diversas enfermedades y lesiones en el cerebro.

Por esta razón, la demencia afecta a nivel mundial a 50 millones de habitantes del mundo en un 60 % sobre todo en regiones de medio y bajos recursos, con un registro de 10 millones de casos anuales. De igual forma, se calcula un 5% a 8% de la población en general entre las edades de 60 años en adelante con trastornos demenciales. Por ello, se previene para años posteriores que la tasa de demencia en el adulto mayor aumente a 82 millones en el año 2030 y 152 millones para el año 2050. Seguidamente, se puntualizará en este apartado las diferentes patologías que aquejan a esta población:

Demencia de tipo Alzheimer

En una enfermedad neurológica, se presenta de forma progresiva lo que implica un deterioro cognitivo continuo, que se convierte en una demencia, sin tratarse de otras múltiples causas como enfermedades cerebrovasculares, sistémicas, falta de vitamina B, virus de inmunodeficiencia humana (VIH), ni al consumo de sustancias. Se caracteriza por pérdida de las células cerebrales conocidas como neuronas que desemboca cambios estructurales y químicos. De tal forma, esta enfermedad, no se diagnostica si la sintomatología se presenta durante un estado delirante. Así pues, se presenta antes o después de los 65 años, aunque su etapa de iniciación se da los 65 años. Además, otro factor de riesgo en esta enfermedad son los antecedentes familiares en el cual, si el padre o la madre presentan dicha enfermedad, la persona es más propensa a padecerla. En cuanto a, el factor genético los genes determinantes de riesgo aumentan la probabilidad de presentar la enfermedad (Bohórquez, 2019).

En este apartado, se explica la sintomatología de la persona que padece de Alzheimer según Bohórquez (2019) en su fase leve, moderada y grave. En la fase leve comienza a presentar pérdida progresiva de la memoria de lo que acaba de suceder o de decir algo y oculta a los demás sin que lo noten, además, presenta dificultad en la concentración y desinterés por las actividades que solía hacer con frecuencia, desorientación temporal, alteración del juicio en cuanto al descuido de su vestimenta, compras excesivas, alteraciones en su personalidad como presencia de ansiedad, depresión, enfado y hostilidad.

En la fase moderada de la enfermedad el paciente con Alzheimer al presentar un cuadro amnésico no podrá ocultar a los demás porque su disminución mental es evidente, se confunde con facilidad y no permanece solo y necesita de un familiar todo el tiempo, tiene dificultad en el cálculo y una pérdida total de la memoria remota (Bohórquez, 2019). Por otro lado, la persona

no realiza sin supervisión de un cuidador o familiar actividades de la vida diaria como vestirse, comer, bañarse, por lo que es frecuente que se ponga la misma ropa todos los días, o se vista de manera incorrecta, además, no entiende instrucciones lo que le provoca problemas para comunicarse con el entorno, desorientación en espacio lo que le dificulta salir solo a la calle, su personalidad tiende hacer irritable, lo que impide el contacto social. Además, se presenta alteraciones en el comportamiento como agresividad, reacciones catastróficas, acusa a otros de que le han robado dinero u objetos.

En la fase severa de este padecimiento la persona, se muestra desorientada en su totalidad y presenta dependencia completa de su cuidador o familiar, no tiene conocimiento del lugar en donde, se encuentra y no existe la memoria remota porque hay mayor grado de afectación en la misma, lo que hace que la persona no reconozca ni a familiares cercanos. Adicional a esto, presenta dependencia en actividades de la vida diaria en cuanto a la deambulación, movilidad, comer, incontinencia urinaria, micción, sin embargo, hay una conservación de la afectiva hasta en fases más severas de la enfermedad.

Demencia vascular

Este trastorno, se distingue por el tiempo de inicio, las características clínicas y de evolución fluctuante, además, muchas veces viene acompañada de ictus transitorios (detención del flujo sanguíneo), alteraciones de la consciencia, pérdidas ocasionales de la vista, déficit en la memoria y pensamiento (Livingstone, s.f).

Por otro lado, se define como el deterioro secundario a lesiones cerebrales causadas por una enfermedad cerebro vascular con intensidad suficiente para impedir el funcionamiento del individuo en las actividades de su vida diaria (Claramonte, Martínez, & Otros, 2006). Además, se origina por patologías como trombosis, embolias, hemorragias, y lesiones cerebrales hipóxico- isquémicas, problemas cardiovasculares hipertensión e hipotensión arterial grave, diabetes.

En cuanto a la sintomatología clínica de la demencia vascular es la presencia de deterioro de la memoria, problemas en la concentración, deterioro de las funciones mentales superiores especialmente en la atención, depresión asociada a la demencia, crisis epilépticas, episodios de confusión aguda, ansiedad, alteraciones en el pensamiento como alucinaciones, delirios, síntomas psicóticos e insomnio, presencia de conductas irritables que llegan a una agresión

física y verbal hacia otros, incontinencia o urgencia miccional. Por otro lado, los factores de riesgo para padecer este tipo de demencia es la edad, presencia de ictus, presión arterial alta, niveles de colesterol altos, apneas del sueño, llevar una vida sedentaria, consumir alcohol y tabaco de manera continua, comer alimentos altos en grasas saturadas, no tener un tratamiento adecuado al padecer diabetes, historia familiar de infarto o demencia vascular, en cuanto al sexo los varones con más propensos a padecer esta enfermedad (Claramonte, Martínez, & Otros, 2006).

Demencia debida a la enfermedad por Virus de Inmunodeficiencia humana (VIH)

Esta enfermedad a diferencia de otras demencias, se presenta con mayor frecuencia en adultos jóvenes y suele presentarse de manera progresiva, acompañada de síntomas propios de VIH. Uno de los factores de riesgo asociados a esta enfermedad es el género, con mayor probabilidad en las mujeres, al presentar disminución en los niveles de hemoglobina, bajo peso, deficiencia de vitaminas B12, síntomas depresivos concurrentes, personas cero positivos de 50 años de edad (Nilton, Escobar, & Altamirano, 2006).

Por otra parte, el síntoma clínico más frecuente en esta enfermedad es el deterioro cognitivo progresivo sin presencia de dificultad en la evocación de recuerdos, sin embargo, aparece problemas asociados en la coordinación motora, pérdida de movimientos voluntarios e involuntarios, dificultad en la concentración y resolución de problemas, alteración en el pensamiento con presencia de delirios e ideas irracionales, alucinaciones, pérdida del juicio, enlentecimiento mental, poca flexibilidad, espontaneidad, cambios en la personalidad, irritabilidad, depresión, cambios en el estado de ánimo como apatía (Nilton, Escobar, & Altamirano, 2006). De manera, que esta enfermedad afecta al estilo de vida de las personas, muchos de ellos tienen dificultad en la ejecución de actividades de la vida diaria como pérdida de objetos de valor, incapacidad para recordar su nombre y lugares que solían ser conocidos para la persona como su hogar o el barrio en donde vive. Además, se realizará rigurosas pruebas médicas por la presencia de virus de inmunodeficiencia humana, que amerita de un cuidado especial por su riesgo de contagio y su sistema inmunológico indefenso a comparación de las otras enfermedades demenciales.

Demencia debido a traumatismo craneal

Se considera a este tipo de demencia como una alteración física o deterioro funcional del contenido craneal, y su gravedad dependerá de la zona cerebral afectada. Los factores asociados a esta enfermedad son los accidentes de tránsito o accidentes laborales, consumo habitual de alcohol, tabaco o drogas. Según DSM-V- TR (2005), esta patología muestra la presencia de deterioro cognoscitivo que depende del lugar en donde se halla la afección, además, es frecuente la presencia de signos amnésicos posteriores al trauma con o sin déficit sensoriomotor. Adicional a esto, se halla cambios en la personalidad, afasias, problemas de atención, conducta, estados ansiosos y depresivos. Este tipo de lesión es más frecuente en jóvenes que practican actividades o deportes de alto riesgo. Por otro lado, se toma en cuenta, si el número de lesiones no aumenta, no avanzará la enfermedad, pero si son varias lesiones existirá un progresivo deterioro de las funciones cognitivas básicas del sujeto.

Demencia debido a enfermedad de Parkinson

Es considerada una enfermedad neurodegenerativa, que se da por un daño a nivel de ganglios basales y subcorticales, degeneración migral medial, asociado a los cuerpos de Lewy corticales. Sus factores causales están asociados como la edad entre los 60 años en adelante, el factor ambiental como la exposición a agentes tóxicos como pesticidas, industrias metaleras, exposición a cobre y plomo, consumo de alcohol, cafeína y tabaco, ingesta de esteroides, el factor genético con antecedentes de familiares con padecimientos de esta enfermedad (Martínez, Gasca, & Sanchez, 2016).

La sintomatología que presentan son alteraciones en la memoria al guardar y evocar información, problemas para mantener el foco atencional, temblores motores, bradipsiquia, lentitud psicomotora, alteraciones del sueño REM, hipersomnia diurna, ataques de sueño, insomnio, síndrome de piernas inquietas, cambios en la personalidad, se muestran apáticos, desmotivados, desinteresados y en muchas ocasiones episodios depresivos, ansiedad, alteraciones del pensamiento como ilusiones y delirios, síntomas somáticos como estreñimiento y sialorrea (Martínez, Gasca, & Sanchez, 2016). Por lo que, mientras la enfermedad avanza los síntomas agudizan y a la pérdida de autonomía en la persona es cada vez más frecuente, lo que ocasiona déficit en su calidad de vida y una dependencia severa en sus familiares o cuidador.

Demencia debido a enfermedad de Huntington

Es una enfermedad neurodegenerativa del sistema nervioso central, debido a la pérdida progresiva de células nerviosas del cerebro y es diagnostica a partir de los 30 a 40 años de edad, sin embargo, existen casos que aparezcan a los 5 años en edad juvenil y en los 85 en la vejez. Además, esta enfermedad en hombres y mujeres, su factor de riesgo genético es por medio de un gen a otro en el cromosoma cuatro, por lo tanto, la descendencia del portador de la enfermedad de Huntington tiene un 50 % de probabilidad de contraerla. Sin embargo, al realizarse exámenes o pruebas genéticas y con una adecuada planificación familiar es más fácil su detención en etapa prenatal. Los síntomas más frecuentes en esta enfermedad es la presencia de deterioro cognitivo con olvidos continuos, movimientos involuntarios del corea, incoordinación de movimientos, cambio de humor e irritabilidad, depresión y agresividad e impulsividad (Hersch, Shannon, & Lovecky, 2010).

Demencia debido a enfermedad de Pick

Se denomina como una alteración degenerativa del cerebro que lesiona el lóbulo frontal, temporal y parietal con dilatación de los ventrículos y en la corteza. La sintomatología más común en esta enfermedad son los cambios progresivos en el humor y el comportamiento, deterioro cognitivo e intelectual, alteraciones en el lenguaje discursivo y narrativo, ecolalia, inercia, estereotipias, problemas atencionales, desorientación espacial, afectividad aplanada, apatía, euforia, agrafía y acalculia, dificultad en las habilidades sociales, desinterés, variación en la personalidad, problemas en la motricidad como hiperquinesia, movimientos coreiformes o movimientos más amplios (Peña, Rodríguez, & Casas, 2001)

Demencia debido a enfermedad de Creutzfeldt-Jakob

Es llamada encefalopatía espongiforme subaguda presente en el sistema nervioso central provocada por virus lentos, determinada por una disminución en la función mental, la cual produce espasmos a nivel muscular, temblores, pérdida en la memoria, coordinación. Puesto que, es provocada por la ingesta de carne contaminada, de forma hereditaria o de manera espontánea. La misma, que se diagnostica mediante encefalografías, análisis del líquido cerebral o resonancia magnética, convirtiéndose en una patología sin curación solo evita la progresión de la enfermedad mediante fármacos (Gambetti, 2017).

Además, presenta en cualquier edad de la adultez especialmente entre los 40 y 60 años y es considerada una enfermedad poco frecuente la misma que fue encontrada en Reino Unido en la década de los 90, con un caso por un millón de personas en el mundo.

Demencia por los cuerpos de Lewis

Este tipo de demencia es considerada como una alteración degenerativa, a causa de la pérdida de regulación de la proteína sináptica llamada alfa sinucleíca. De tal forma, afecta a casi el 30% de los ancianos entre los 60 y 90 años de edad. Además, sus síntomas similares a la enfermedad de Alzheimer y Parkinson, sin embargo, difieren que el inicio de la enfermedad de los cuerpos de Lewy es rápido y con progresión a la enfermedad durante los primeros meses. Asimismo, los síntomas de mayor frecuencia en esta enfermedad son los problemas en la memoria, pérdida de la consciencia, desorientación visoespacial, lentitud en pensamiento, lenguaje incoherente, disfunción ejecutiva, atencional y de la concentración, agitación, alucinaciones visuales, variabilidad en el estado mental, problemas en la movilidad, marcha y equilibrio, agresividad y depresión (Toro J. , 2010).

Demencia Frontotemporal

Se describe como una demencia degenerativa frecuente en la población adulta mayor de 70 años en adelante y su afección dependerá de la distribución en los lóbulos frontal y temporal, uno de los factores de riesgo es la herencia autosómica dominante y mutaciones en el cromosoma diecisiete. Cabe destacar, que los síntomas iniciales en esta enfermedad, se encuentran en relación con alteraciones del comportamiento, cambios en la personalidad, alteración en la afectividad como apatía en pacientes con afección en el cíngulo anterior, el lenguaje en pacientes con afección asimétrica del lado izquierdo y funciones ejecutivas como memoria de trabajo, sin embargo, se encuentran conservadas las habilidades visoconstructivas (Iragorri, 2007).

Demencia Senil

Es un trastorno mental perteneciente a la edad avanzada, la cual se caracteriza por la presencia de síntomas como la degeneración de la memoria, comportamiento, juicio, pensamiento, lenguaje o razonamiento, personalidad, desorientación, descenso físico y mental. Es decir, la persona presenta dificultad para memorizar y razonar, además de problemas en la comunicación con otras personas, dificultad en el recuerdo de nombres de amigos o familiares cercanos,

pérdida continua de objetos, comportamientos agresivos hacia su cuidador o familiares cercanos u otros (Amarista, 2002). Además, este tipo de demencia suele aparecer a partir de los 60 años en adelante, lo que hace al envejecimiento un factor de riesgo en esta etapa y al no alcanzar la enfermedad un grado avanzado, la persona se relacione con el medio exterior sin dificultad. Sin embargo, si hay un avance de la misma existe un problema mucho mayor para desarrollarse de manera autónoma en el medio exterior, además, perderá a independencia en actividad básicas de la vida diaria como comer, vestirse y bañarse.

1.3. FUNCIONALIDAD

La funcionalidad, se define al grado de capacidad que posea el individuo en la realización de actividades de la vida diaria de manera independiente y su adaptación con el mundo exterior. Por esta razón, la capacidad de operar en el adulto mayor se encuentra limitada por la capacidad física, mental y social y se requiere elementos de control para reducir la dependencia y contribuya a un mayor deterioro de esta función (Laguado, Camargo, Torregroza, & Martín, 2017). Además, los cambios en las personas adultas mayores se caracterizan por factores de riesgo como el factor genético, ambiental, deterioro en el estado de salud lo cual lleva a la persona a un estado de incapacidad como la inmovilidad de sus miembros, inestabilidad y discapacidad intelectual. A continuación, se detallará como se encuentra enfocada la funcionalidad en el adulto mayor en el área personal, familiar y social.

1.3.1. Área personal

El adulto mayor suele presentar varios cambios a nivel personal como disminución del autoestima y del bienestar auto percibido, requerimiento de cuidados en cuanto a sus estado de salud como en actividades básicas de la vida cotidiana como bañarse, vestirse, comer, ir al baño, deambular, tomar la medicación, subir escaleras por sí solos, lo que ocasiona en ellos mucho retraimiento, problemas emocionales como la depresión o ansiedad (Dorantes G. , Ávila, Mejia, & Gutierrez, 2001).

1.3.2. Área familiar

El adulto mayor en su etapa de envejecimiento por lo general se encuentra al cuidado o compañía de alguno de sus familiares ya sea de los hijos o familia cercana, en otros casos algunos de ellos viven solos en sus viviendas, hogares o casas de reposo, geriátricos con el apoyo de cada una de estas instituciones o grupo familiar. Lo que implica un cambio en la rutina

diaria del adulto mayor y en las relaciones entre los miembros de su familia, en ocasiones se sienten una carga para ellos, por no poder desarrollarse de la misma forma que lo solía hacer en la juventud con la necesidad de requerir de cuidados especiales, cansancio en el cuidador primario e implicaciones económicas para la familia (Dorantes G. , Ávila, Mejia, & Gutierrez, 2001). Dado que, la familia le brindará al adulto mayor apoyo económico o material, afectivo, motivacional, asistencia en diversas áreas del mismo, puesto que, estas redes de soporte formen un papel importante en la adultez mayor, convirtiéndose en un sustento emocional, que mejore su nivel de autonomía personal, condición física, satisfacción con su vida.

1.3.3. Área social

En esta esfera el anciano desarrolla su funcionalidad en base a su independencia o dependencia, , si es un ser independiente su rol social no se verá deteriorado en mayor proporción porque se encuentra rodeado de varias fuentes de relación social como grupos de jubilados, asistencia a clubs deportivos, reuniones de juegos de carta o de mesa, paseos en el grupo de ex compañeros de trabajo, lo que hará a los ancianos a sentirse útiles y con un reconocimiento social (Dúran, Orbegoz, Uribe, & Uribe, 2008). Sin embargo, en algunos casos la participación del anciano en el área social tiende a disminuir en este período de la vida, refuerza el alejamiento social y la pérdida de satisfacción procedente del sistema social. Por ello, el proceso de socialización se ve afectada en esta etapa por el poco contacto con familiares, amigos, añadida sus limitaciones de salud que dificultarán la interacción con otros. De tal forma, la interacción con el medio social, se convierte en un factor protector de la salud del anciano a tal punto que forme vínculos con otros y exista mayor funcionalidad en el envejecimiento. A continuación, se detallará la clasificación de la funcionalidad según Rodríguez y Lazcano (2007)

- **Funcional o independiente:** el adulto mayor tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantiene lazos sociales.
- **Inicialmente dependiente:** La persona requiere de cierta ayuda externa, como transporte o para hacer las compras.
- **Parcialmente dependiente:** El individuo necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida cotidiana, pero aún conserva cierta función en actividades básicas como vestirse o alimentarse.

- **Dependiente funcional:** El paciente requiere de ayuda para la mayor parte de las actividades de la vida cotidiana y necesita que alguien le cuide todo el tiempo.

1.4. Actividades de la vida diaria (AVD)

En primera instancia, se define como el mantenimiento personal en términos de supervivencia física, de tal forma, para presentar un buen desarrollo de las actividades de la vida diaria la persona es un ser funcional o relativamente independiente (Meléndez, et al., 2011). Por otro lado, se define como las actividades primordiales orientadas al autocuidado y desplazamiento de las personas con autonomía e independencia sin la necesidad de la ayuda de otros. De tal manera, las actividades de la vida diaria ayudan a mejorar la condición de vida y la autonomía del adulto mayor. Y con ello cambiar la preceptiva de vida en su etapa de envejecimiento, lo que conlleva a tener una vejez saludable y funcional.

Por ello, las actividades de la vida diaria están orientadas a dar un cargo del cuidado del propio cuerpo como el bañarse, vestirse, usar el retrete, desplazarse de un lugar a otro, deambular, alimentase, continencia urinaria, defecación, higiene y aseo personal (Arana, García, Cardenas, Hernández, & Aguilar, 2015). Puesto que, la movilidad, se convierte en un factor necesario para tener una independencia funcional, además que es una herramienta que conlleva el mantenimiento de las otras actividades, que dependen de ella para su ejecución. De tal forma, que las actividades de la vida diaria cubran las necesidades básicas del individuo o de autocuidado. A continuación, se mostrará en la tabla 1.4 las puntuaciones originales de las actividades de la vida diaria incluida en el índice de Barthel.

Tabla 1.4.

Puntuaciones originales de las actividades de la vida diaria incluida en el índice de Barthel

Alimentación	Baño	Vestimenta	Higiene personal	Evacuación	Control de Orina	Uso del escusado	Trasladarse	Desplazamiento	Uso de escalones	Puntuación total
Totalmente independiente (10)	Independiente (5)	Independiente (10)	Independiente (5)	Continente (10)	Continente (10)	Independiente-váter (10)	Independiente para ir (15)	Independiente camina solo (15)	Indp. para subir (10)	0 - 100 puntos
Necesita ayuda (5)	Dependiente (0)	Necesita ayuda (5)	Dependiente (0)	Necesita ayuda (5)	Necesita ayuda (5)	Necesita ayuda (5)	Mínima ayuda física (10)	Mínima ayuda física (10)	Necesita ayuda (5)	
Dependiente (0)		Dependiente (0)		Incontinente (0)	Incontinente (0)	Dependiente (0)	Graba ayuda, pero es capaz (5)	Independiente en silla de ruedas (5)	Dependiente (0)	
							Dependiente (0)	Dependiente (0)		

Fuente: Ruzafa, J., & Damián, J. (2007). Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*.

CAPITULO II: DISEÑO METODOLÓGICO

2.1. Metodología de Investigación

El método general de la investigación corresponde al método científico aplicado a las ciencias sociales. La presente investigación es un estudio con un enfoque no experimental, de modalidad cuantitativa, con un alcance exploratorio, descriptivo, correlacional de corte transversal.

Método General

El método general de la investigación, se apoyó en el pensamiento hipotético-deductivo enfocado al área social y de la salud. Por ello, en relación al método hipotético deductivo Hernández, A (2008) refiere que "fundamenta su cuerpo de conocimientos en la construcción de modelos teóricos que pretendan explicar la realidad circundante, que aportan de manera lógica en teorías de las ciencias sociales" (p.2). Es decir, que el método a utilizarse en la presente investigación, se formará en base al cumplimento de la hipótesis propuesta y brindará un aporte a su estado del arte y a la creación de líneas de estudio en base a los resultados encontrados.

Enfoque

El enfoque de este estudio es de tipo no experimental lo que involucra "la manipulación deliberadamente de variables, se basa en la observación de los fenómenos a estudiarse y su contexto natural para después ser analizados" (Escamilla, 2010, p.1). Dicho en otro modo, el investigador realiza un estudio en base a los registros que genera el fenómeno a estudiarse. Por lo tanto, este tipo de enfoque es factible para esta propuesta de estudio, puesto que recolecta información que permitirá que futuras investigaciones puedan intervenir a nivel experimental, en busca de otros resultados.

Modalidad

La modalidad de este estudio es de tipo cuantitativa, es la herramienta más utilizada en los estudios forjados en el método científico. De tal manera, este tipo de investigación "trata de determinar la fuerza de asociación o correlación entre variables, la generalización y objetivación de los resultados a través de una muestra para hacer inferencias a una población de la cual toda la muestra procede" (Díaz & Fernández, 2002, p. 1). Es decir, este estudio tiene como finalidad realizar una comparación entre las variables propuestas y encontrar resultados,

los cuales le otorgan mayor validez a los estudios realizados con este tipo de instrumento utilizado durante esta investigación. Así también, los resultados obtenidos por medio del estudio cuantitativo, son medibles y cuantificables lo que hace que la hipótesis propuesta sea aceptada o descartada para mayor precisión del objeto de estudio.

Alcance

En referencia al alcance de la investigación, es de tipo exploratorio, descriptivo, correlacional de corte transversal. De tal forma, los estudios exploratorios, se basan en la formulación de un problema poco estudiado o novedoso sobre un contexto en particular y posibilitar una investigación más precisa (Hernández, Fernández, & Baptista, 2006). Es decir, el estudio con un alcance exploratorio por medio de la recolección de información oportuna proporciona un aporte al estado del arte y a la comprobación o rechazo de la hipótesis planteada. Asi pues, por medio de los estudios exploratorios podemos obtener información más precisa en investigaciones nuevas para un mayor conocimiento sostenible y de este modo establecer prioridades para investigaciones posteriores o sugerir postulados en estudios con poca información.

Seguidamente del alcance exploratorio, la presente investigación sigue una línea de alcance descriptivo en el cual el investigador, se limita a medir las características de un fenómeno en una población en un momento de corte en el tiempo y proporcionar datos en los cual, se basa la hipótesis (Veiga de Cabo, De la Fuente, & Zimmermann, 2008). Por ello. El alcance de esta investigación y la obtención de los resultados alcanzados por medio de la aplicación de reactivos, aportarán al estado del arte de este estudio. Por otra parte, al ser esta investigación descriptiva y correlacional entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de las actividades de la vida diaria del adulto mayor, se logrará determinar, expresar e interpretar los resultados obtenidos y medir en grado de relación existente entre las dos variables propuestas en esta población.

Por otra parte, en base a la temporalidad y calidad de veces, que se realizó la recolección de información, la investigación emplea un corte transversal el cual permite medir la prevalencia del fenómeno estudiado en un punto de tiempo determinado y una población especifica. De tal manera, el corte transversal utilizado en este estudio es pertinente, el fin de este trabajo investigativo es un análisis correlacional entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de las

actividades de la vida diaria en el adulto mayor, con el fin determinar como el deterioro cognitivo influye en la vida del adulto mayor a tal grado de perder su autonomía o funcionalidad.

2.2. Técnicas y Herramientas

Técnicas

Las técnicas, que se utilizan en esta investigación fueron dos técnicas como la observación científica por medio de una ficha sociodemográfica y la recolección de información a través de la entrevista psicológica. De esta manera, en base a las técnicas indicadas, se logrará comprobar o rechazar la hipótesis propuesta, lo que llevará al establecimiento de conclusiones y recomendaciones que aporten al estado del arte de este estudio.

Observación Científica

La observación científica tiene como objetivo la comprobación del fenómeno que se va investigar, con el fin de evitar y precaver errores de la observación que podrían alterar el objeto de estudio propuesto. De esta manera, se define a esta técnica como la "observación de un objetivo claro, definido y preciso, en el cual el investigador desea observar y para que quiere hacerlo" (Díaz, 2011, p.7). Por consiguiente, esta técnica es pertinente para la orientación de este estudio en relación a los objetivos propuestos. Por consiguiente, esta investigación presenta correlación entre la variable deterioro cognitivo y la funcionalidad en las actividades de la vida diaria del adulto mayor.

Entrevista psicológica estructurada

Este tipo de entrevista psicológica, se utiliza con mayor frecuencia en investigaciones de la ciencias sociales en la cual el entrevistador, se presenta hacia el entrevistado con un juego de preguntas dirigidas a un abordaje detallado sobre el objetivo previo que desea conocer o se quiere llegar con la entrevista, se realiza en base una entrevista rígida y con preguntas directas (Morga, 2012). Sin embargo, la entrevista tendrá un clima empático, una escucha activa, cordial y confidencialidad con el objetivo que el entrevistado se sienta cómodo con el entrevistador y la entrevista se desarrolla de manera asertiva.

Consentimiento informado

Se aplicó un consentimiento informado a todos los participantes del centro para el adulto mayor "Vida a los años", se realizó una prueba piloto con 20 evaluados y después, se procedió a la aplicación de la escala de evaluación cognitiva MOCA y el Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria. Además, que es considerado un lugar de prácticas en la institución, se tomó como referencia a este sector, para la aplicación de las baterías ya antes mencionadas.

Ficha sociodemográfica

La ficha sociodemográfica es un cuestionario estructurado en base a las características de la población a estudiarse, la cual contiene la recolección de información general de los participantes de esta investigación, los mismos, que se encuentra organizados en cuatro esquemas: en primera instancia esta los datos de identificación, edad, domicilio, estado civil , profesión, en segundo lugar tenemos la escolaridad del participante, indagando el nivel académico, en tercer lugar el área social como relaciones interpersonales y situación laboral que tiene el adulto mayor, en cuatro lugar tenemos la parte clínica como: la percepción de la salud física, percepción de la salud mental, situación socioeconómica, en quinto lugar área familiar como: con quién vive actualmente y con quién pasa más tiempo el adulto mayor o quien está a su cuidado.

Escala de Evaluación cognitiva Montreal- MOCA

El Montreal Cognitive Assement: es una herramienta de screening o detención de enfermedades como deterioro cognitivo leve y demencia, fue desarrollada por Ziad Nasreddine en 1996 en Montreal-Canadá. Creada en el 2005 la versión en el idioma español MOCA estándar validada en una población altamente escolarizada, sin embargo, se decide realizar otra versión de MOCA Básico en el 2016, válido en personas mayores de 60 años con baja escolaridad.

Por ese motivo, numerosas investigaciones contrastan que el test de MOCA presenta un alto nivel de confiabilidad y validez con una sensibilidad de 87% y una especificidad de 90%, un alfa de Cronbach de 0,851 lo que implica una buena consistencia interna a comparación de otros test.

Por ello, se ha convertido en una herramienta utiliza en la clínica y en la detección de cambios cognitivos tempranos y con 44 traducciones, tres de ellas al idioma español y 27 validaciones

en todo el mundo (Aguilar, y otros, 2018). Además, consta de 19 escalas y 8 áreas como habilidad visoespacial, identificación, memoria, fluidez verbal, atención, abstracción, recuerdo diferido y orientación que valoran 11 habilidades calificadas en una escala dicotómica para la valoración de las preguntas, con un tiempo de aplicación de cinco a diez minutos por participante.

- Alternancia conceptual (Habilidad1): la persona tiene la aptitud de alternar cifras y números de manera paulatina, respetando su orden numérico y alfabético.
- Capacidades visoconstructivas Cubo y Reloj (Habilidad 2 -3): Es la capacidad para dibujar, ensamblar o construir figuras dimensionales o tridimensionales y constituye un dominio cognitivo complejo y multicompetente que no depende de las capacidades sensoriales y motoras básicas de la persona.
- Denominación (Habilidad 4): Es la capacidad que tienen los sujetos para nombrar o describir un objeto, persona, animal, cosa, lugar por su nombre, para lo cual acude a su almacén de léxico para reproducir la palabra que quiere pronunciar.
- Memoria (Habilidad 5): Es una función del cerebro que permite la adquisición, almacenamiento y recuperación de información aprendida, experiencia o acontecimiento, suscitado.
- Atención (Habilidad 6): Es una capacidad perceptiva que tiene la función de filtro de estímulos provenientes del exterior y se orienta a los focos de atención más relevantes y les presta prioridad para el procesamiento de información captada.
- Repetición de frase (Habilidad 7): Es la capacidad que tiene la persona para repetir de una oración en un determinado tiempo, sin omisión o sustitución de las palabras que contiene la frase.
- Fluidez verbal Habilidad 8): Es la capacidad de la persona para producir y expresar de manera rápida y eficaz los contenidos lingüísticos aprendidos.
- Similitudes (Habilidad 9): Se refiere a la capacidad de relacionar un objeto y encontrar una definición general que abarque a los dos contenidos que están relacionados

- Recuerdo diferido (Habilidad 10): Es capacidad que tiene la persona examinada para retener las palabras su examinador le haya proporcionado y repetirlas sin necesidad de que este le proporcione algún tipo de pisa.
- Orientación (Habilidad 11): Es considerada la capacidad de ser consiente de sí mismos y del contexto en que se encuentra, este será en tiempo (capaz de manejar información relativa en hora, día, mes y año actual), espacio (manejo de información de lugar de residencia, lugar en donde, se encuentra en ese momento, lugar al que se dirige) y persona (información de su historia de vida e identidad personal).

Por otra parte, el Moca costa de una puntuación total de 30, con un punto de corte de sugerido por el autor, con una interpretación de 26/30 para deterioro cognitivo leve y 0-25 probable trastorno cognitivo en el estudio de Palacios 2015, se establecen puntuaciones como valores máximos de puntuación visoespacial/ejecutiva= 5, identificación y denominación= 3, atención y concentración = 6, lenguaje= 3, abstracción = 2, recuerdo diferido= 5; orientación= 6 puntos. De esta manera la facilidad de su aplicación y la validez hace de este test una herramienta psicométrica apta en el campo clínico de evaluación neurocognitiva de adultos mayores.

El Montreal Cognitive Assement- MOCA adaptado a la población colombiana tiene un nivel de confiabilidad fue del 62% y el alfa de Cronbach obtenida de la prueba fue de 0.85 lo que implica una buena consistencia interna de la escala, en cuanto a la sensibilidad y especificidad muestra en las curvas de ROC (AUC=0.76) lo que implica una buena discriminación de la prueba y una validez de criterio de 0.658 es estadísticamente significativa.

Índice de Barthel: Actividades Básicas de la Vida diaria (ABDV)

Es un dispositivo, que se encarga de valorar el nivel de funcionalidad en el que se encuentra el ser humano para desarrollarse de manera autónoma en las actividades del diario vivir, fue diseñado por Mahoney y Barthel (1995 citado en Barrero, García, & Ojeda, 2005) con el objetivo de obtener una estimación del grado de independencia que tenga el examinado en actividades como: alimentación, baño, vestimenta, higiene personal, defecación, continencia urinaria, uso del escusado, desplazamiento, caminar, uso de las gradas o escaleras.

La valoración, que se realiza por medio de una escala de Likert con la puntuación de 0 a 100 puntos, arrojando resultados de interpretación: independencia total= 100, dependencia leve = 91-99, dependencia moderada= 61-90, dependencia severa 21-60 y dependencia total menor de

20, puesto que, el valor predictivo de puntos de corte, se da por medio del potencial de rehabilitación y autonomía que presente la persona evaluada (Barrero, García, & Ojeda, 2005).

En cuanto a la aplicación de este instrumento, se evaluá al principio o después del tratamiento de rehabilitación, gracias a él se obtiene el estado funcional del paciente y su nivel de independencia, además, es aplicado en el ámbito clínico, a nivel hospitalario y geriátricos los cuales, se especializan en patologías neurocognitivas del adulto mayor y su fin es la rehabilitación. Por otra parte, en la evaluación de consistencia interna de la prueba presenta un alfa de Cronbach de 0,86- 0,92 y una fiabilidad, validez y sensibilidad e la de mayor puntuación, en otras escalas que miden actividades de la vida diaria no se presentan cambios considerables como en el Índice de Barthel que cuya función es lograr la evolución de los pacientes, su aplicación es de bajo costo y ha sido utilizada en varios países del mundo.

2.3. Participantes

El presente estudio, se realizó con los adultos mayores del centro de día para el adulto mayor "Vida a los años" de la ciudad de Ambato, en el cual se utilizó a toda la población como un universo completo para la investigación propuesta.

2.4. Población

La población de interés, que se escogió para este estudio fueron todos los adultos mayores que acuden al centro de día para el adulto mayor "Vida a los años" con una edad entre los 65 y 95 años, en calidad de pacientes ambulatorios y la población estimada es de 80 casos de adultos mayores del centro. El proceso de recolección de información, se realizó a través de un consentimiento informado para todos los participantes de este estudio, posterior a ello, se llenó una ficha sociodemográfica con datos informativos de los evaluados más tarde, se procedió a la aplicación de las baterías como la Escala de evaluación cognitiva MOCA y el Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria. De tal forma, en esta investigación solo habrá población, se trabajó con todo el grupo de personas que comparten características específicas, por ello no hay muestra ni muestreo. Sin embargo, los criterios de inclusión, que se utilizaron para la obtención de la información son: pacientes adultos mayores que acuden al Centro de día "Vida a los años", mientras que los criterios de exclusión, que se tomaron fueron no ser adultos mayores y no ser pacientes del centro del día "Vida a los años".

CAPITULO III: ÁNALISIS DE RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

3.1. Análisis Descriptivo

El siguiente capítulo explicará los resultados obtenidos en la presente investigación, en función de un análisis descriptivo de la información estadística obtenida en base a pruebas psicológicas realizadas a la población estudiada e interpretación de las herramientas aplicadas por medio del programa estadístico SPSS v20, lo que incluye tablas descriptivas de los resultados arrojados, gráficos ilustrativos que evidencian las particularidades sociodemográficas, cognitivas y funcionales de la población estudiada, con el fin de explicar el tema de estudio propuesto.

3.1.1. Análisis Sociodemográfico de la población

Este acápite hace referencia al análisis estadístico de los factores sociodemográficos de la población estudiada, en referencia a la edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de escolaridad, relación con amistades, relaciones con compañeros del geriátrico, estado salud física actual, el estado de salud mental actual y con quien pasa la mayoría de tiempo el adulto mayor.

La investigación incluye una población de 80 casos, con información proporcionada por el participante, a través de un proceso de evaluación previamente realizada, con el propósito del estudio de la población, que varía entre sexo, hombres n=36, mujeres n=44, edad que oscila entre 65 y 91 años, los mismos que son adultos mayores de la ciudad de Ambato. La primera sección de este análisis agrupa las variables como: la edad, sexo, estado civil, profesión, nivel de escolaridad, relaciones con amistades, relaciones con compañeros del geriátrico. Los datos, se encuentran expuestos según la variable de estudio, de tal manera, los resultados se presentan en valores cuantitativos como frecuencia y porcentaje de cada una de las variables tomadas (Ver tabla 3.1.1).

Tabla 3.1.1.

Distribución de variables en base a factores sociodemográficos

Variable	***Mínimo***	***Máximo***	***Media***	***Desv. Tip***
Edad				
	65	91	80,30	6,91
Variable	***Frecuencia***	***Porcentaje***	***Porcentaje válido***	***Porcentaje acumulado***
Sexo				
Femenino	44	55%	55%	55,5%
Masculino	36	45%	45%	100,0%
Estado civil				
Soltera/o	10	12,5%	12,5%	12,5%
Casado/a	2	2,5%	2,5%	15,0%
Viudo/a	62	77,5	77,5%	92,0%
Divorciado/a	6	7,5	7,5%	100%
Profesión				
Profesores	23	28,7%	28,7%	28,7%
Doctores	5	6,3%	6,3%	35,0%
Amas de casa	7	8,8%	8,8%	43,8%
Comerciante	33	41,3%	41,3%	85,0%
Agricultura	12	15,0%	15,0%	100,0%
Nivel Escolaridad				
Primaria completa	11	13,8%	13,8%	13,8%
Primaria incompleta	1	1,3%	1,3%	15,0%
Secundaria completa	32	40,0%	40,0%	55,0%
Secundaria incompleta	8	10,0%	10,0%	65,0%
Bachillerato	1	1,3%	1,3%	66,3%
Técnico	23	28,7%	28,7%	95,0%
Estudio Univ. Completo	4	5,0%	5,0%	100,0%
Rel. con amistades				
Buena	76	95,0%	95,0%	95,0%
Regular	4	5,0%	5,0%	100,0%
Rela .con excomp.de trabajo				
Buena	52	65,0%	65,0%	65,0%
Mala	6	7,5%	7,5%	72,5%
Regular	22	27,5%	27,5%	100,0%
Rela. con comp. del geriátr.				
Buena	68	82,5%	82,5%	82,5%
Mala	8	10,0%	10,0%	92,5%
Regular	6	7,5%	7,5%	100,0%
Situación laboral en el pasado				
Empleado público	15	18,8%	18,8%	18,8%
Independiente	39	48,8%	48,8%	67,5%
Jubilado	18	22,5%	22,5%	90,0%
Recibe ayuda de un familiar	8	10,0%	10,0%	100,0%

Nota: 80 Observaciones
Fuente: Elaboración propia

En base a lo proporcionado, en referencia a la edad, se muestra en la población en general una media de edad *(M)*= 80,30 años, con una desviación estándar (*Ds)*= 6,95. Con respecto al sexo se obtuvo un porcentaje de 55,5 % mujeres y en hombres un 45, 5% lo que quiere decir que

quienes mantienen un mayor puntaje de la población adulta mayor es el sexo femenino, se encuentra diferencias significativas entre los dos grupos. De esta manera en el estudio orientado a la investigación de deterioro cognitivo realizado en el Ecuador se encontró que un porcentaje significativo de esta población de sexo femenino presenta mayor probabilidad de padecer este tipo de enfermedad (Guapisaca, Guerrero, & Idrovo, 2014). En la variable estado civil el 12,5%, se encuentra solteras, el 2,5% casadas y un porcentaje alto de la población de 77,5 % son viudos y el 7,5% están divorciados. Lo que quiere decir que un porcentaje alto de los participantes han enviudado.

Por otro lado, en la variable profesión un 28,7 % son profesores, un 6,3% doctores, 8,8 % amas de casa, 41,3% comerciantes y 15, 0% agricultores. En relación a este resultado, se demuestra que un estudio realizado en Ecuador en el cantón Babahoyo en adultos mayores de la parroquia El Salto, se evidencia en referencia al nivel de escolaridad que los sujetos que mantienen ocupaciones laborales manuales tiene mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo, problemas socioeconómicos y de salud, en comparación de personas que tienen una ocupación con predominio intelectual en el cual su desarrollo cerebral es más alto (León & León, 2017). Es decir que hacen más uso de sus recursos cognitivos como es en el caso de los profesores en referencia a los comerciantes o agricultores, en algunos casos no poseen una instrucción superior.

En referencia a la instrucción un 13,8 % tiene primaria completa, un 1,3 % primaria incompleta, 40,0% secundaria completa, 10,0% secundaria incompleta, 1,3% Bachillerato, 28,7% técnico, 5,0% estudios universitarios completos, es decir que un porcentaje alto del participante tiene un nivel de instrucción de secundaria completa. De igual forma en la misma investigación de en el Ecuador la población adulta mayor con un nivel bajo de escolaridad o ninguno tiene mayor posibilidad de presentar deterioro cognitivo (Guapisaca, Guerrero, & Idrovo, 2014).

Por otra parte, en la variable relación con las amistades, se obtuvo un porcentaje alto de buena relación con los mismos, en la relación con ex compañeros de trabajo existe un porcentaje considerable que lleva una relación regular con sus excompañeros. En la variable relación con compañeros de trabajo, se alcanzó un puntaje relativamente considerable con buena relación y el resto de población, se ve distribuido entre una relación mala y regular con sus compañeros de trabajo, lo que alude a que un mayor porcentaje tiene buena relación con sus compañeros de trabajo.

En referencia a la relación con los compañeros del geriátrico los participantes presentan más de la mitad de los participantes tienen buena relación entre los usuarios del geriátrico y un porcentaje pequeño no tiene buena relación. Con respecto a la situación laboral un porcentaje mayor de personas fueron trabajadores independientes y un porcentaje muy bajo recibe ayuda de algún familiar. De esta forma, en una investigación dirigida por Mejía (2017) refiere que las relaciones interpersonales en los grupos del adulto mayor son de importancia en las diferentes esferas del ser humano, que se encuentra atravezando por la etapa de envejecimiento, , forma una red de apoyo y de relación con otros.

Además, se considera que para alcanzar una consolidación de estos grupos, se identifica un objetivo en común y de satisfaccion mutua, lo que hará, que se genere una dinámica y crecimiento en este grupo. Es decir que una adecuada relación interpersonal hace que la persona se sienta ajustada a su entorno y tenga mayor seguridad sobre sí mismo. Por otra parte, Gallardo (2002) citado en Mejia (2017) comenta que uno de los problemas para la recuperación de esta fase del ciclo de la vida es la acepatación del adulto mayor en otro rol distinto a la esfera laboral, familiar, afectiva y que el mismo ocupe este tiempo libre u otros recursos como viajar o agrandar sus relaciones interpersonales.

3.1.2. Variables de estado del estado físico, mental y situación económica familiar.

La segunda tabla corresponde al análisis de las características de las variables del estado de salud física, condición de salud mental y situación socioeconómica familiar, las variables consideradas fueron el padecimiento de alguna enfermedad, tratamiento médico, tratamiento psicológico, antecedentes de enfermedades psicológicas familiares, tratamiento psiquiátrico, toma algún tipo de fármaco, cuantas personas viven en el hogar incluida la persona, con quién vive el adulto mayor en su hogar y con quien pasa la mayoría del tiempo (Ver tabla 3.1.2).

Tabla 3.1.2.

Distribución de variables en base a factores sociodemográficos

Variable	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Estado de salud físico actual				
Bueno	34	42,5%	42,5%	42,5%
Regular	38	47,5%	47,5%	90,0%
Malo	8	10,0%	10,0%	100,0%
Pad. de algún enfermedad				
Si	46	57,5%	57,5%	57,5%
No	34	42,5%	42,5%	100,0%
Recib. Tratamiento Médico				
Si	22	27,5%	27,5%	27,5%
No	58	72,5%	72,5%	100,0%
Ant. de enferme. Psicológicos familiares				
Si	8	10,0%	10,0%	10,0%
No	72	90,0%	90,0%	100,0%
Ant. Psicológicos familiares				
Si	2	2,5%	2,5%	2,5%
No	78	97,5%	97,5%	100,0%
Recibe tratamiento psiquiátrico				
Si	8	10,0%	10,0%	10,0%
No	72	90,0%	90,0%	100,0%
Toma algún tipo de fármaco				
Si	10	12,5%	12,5%	12,5%
No	70	87,5%	87,5%	100,0%
Situación económica familiar				
Alto	6	7,5%	7,5%	7,5%
Medio alto	62	77,5%	77,5%	85,0%
Bajo	12	15,0%	15,0%	100,0%
Cuantas personas viven en su hogar incluida usted				
Una persona	22	27,5%	27,5%	27,5%
Dos personas	10	12,5%	12,5%	40,0%
Tres personas	20	25,0%	25,0%	65,5%
Más de tres personas	20	25,0%	25,0%	90,0%
Más de cinco personas	8	10,0%	10,0%	100,0%
Además de usted quien más vive en su hogar				
Solo usted	22	27,5%	27,5%	27,5%
Pareja	2	2,5%	2,5%	30,0%
Hijos	6	7,5%	7,5%	37,0%
Nietos e hijos	48	60,0%	60,0%	97,5%
Otros familiares	2	2,5%	2,5%	100,0%
Con quien pasa más tiempo				
Hijos	42	52,5%	52,5%	52,5%
Cuidador	30	37,5	37,5%	90,0%
Otros	8	10,0%	10,0%	100,0%

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

En la variable estado físico actual un 42, 5% refiere un buen estado de salud, un 47,5 un estado de salud regular y un 10,0% un mal estado de salud. En el padecimiento de alguna enfermedad se encontró que un 57,5% padece de alguna enfermedad y un 42,5% no padece de alguna enfermedad, lo que resulta que más de la mitad de la población estudiada padece de alguna enfermedad. En la variable recibe tratamiento médico se concluyó que un 27, 5% si recibe tratamiento médico y un 72,5% no lo recibe, es decir que un índice alto de adultos mayores no recibe un tratamiento médico pertinente.

En la variable recibe tratamiento psicológico el cual tiene con objetivo evidenciar que pacientes acuden a terapia donde un profesional de la salud mental y se halló que un 10,0% de la población sí recibe este tipo tratamiento y un 90,10% no lo recibe, se evidencia que un porcentaje muy considerable, no se encuentra tomando este procedimiento. En la variable de antecedentes de enfermedades psicológicas familiares, se concluye que un 2,5% sí presenta antecedentes familiares y un 97,5% no presentan ninguna condición familiar. Es decir que un porcentaje alto no tiene enfermedades con antecedentes familiares.

En cuanto a la variable recibe tratamiento psiquiátrico refieren que un 10% si mantienen este tipo de tratamiento y un 90% no recibe tratamiento psiquiátrico, se concluye que un alto porcentaje de adultos mayores no recibe tratamiento psiquiátrico ni psicológico. En la variable ingiere algo tipo de fármacos un 12,5% se suministra fármacos y un 87,5% no lo hace, de tal manera, un alto porcentaje no ingiere ningún tipo de fármacos. De modo que, en el estudio de Tello, Alarcon, & Vizcarra (2016) refieren que las enfermedades más comunes en la población adulta mayor a nivel mundial están relacionadas con enfermedades psicológicas y psiquiatrías como alteraciones neurofuncionales, déficits cognitivos, demencia, trastornos afectivos como depresión, conducta suicida, ansiedad, trastornos bipolares, trastornos obsesivo compulsivos, alteraciones del sueño que están ligados a la falta de calor, apoyo de su red familiar y una mínima interacción interpersonal, lo que produce que los adultos mayores sean cada vez más dependientes.

De tal manera, que para el manejo de dichas enfermedades, se realiza un diagnóstico adecuado y la administración gradual de un fármaco depende de la demanda del paciente. Además, la evaluación de los pacientes con una leve sospecha de alguna de estas enfermedades, la información que es recogida proviene del paciente, familiares o cuidadores como se realizó en esta investigación, se corroboro información con el familiar o cuidador del participante.

Mientras que en la variable situación económica familiar un 7,5% es de nivel económico alto, un 77,5% es de nivel económico medio alto y un 15,0% es de nivel bajo, lo que expresa que existe diferencias estadísticas significativas entre este grupo, un porcentaje alto es de nivel medio, lo que implica una buena estabilidad económica en esta población. De la misma forma en un estudio realizado en adultos mayores sobre los ingresos y bienes en la vejez, se analiza que la necesidad que tiene el anciano de tener una pensión como beneficio para su seguridad social, incrementa conforme el adulto mayor pierde su actividad laboral, envejece y su condición de salud disminuye (Madrigal, 2010).

Sin embargo, no todos los adultos mayores tienen el privilegio de gozar de este beneficio de obtener una pensión , en países en desarrollo una pequeña parte de la población obrera son incluidos en los sistemas de seguridad social, lo que lleva a que la cobertura de pensiones sea baja e incluso hace que los beneficios que está ofrece sea escaso para cubrir todos los gastos del adulto mayor que cuenta con este ingreso económico y sea independiente en cuanto a su economía si fuera el caso que lo tuviera, lo que le llevaría al adulto mayor a depender económicamente de una ayuda de algún familiar para su supervivencia.

En la variable de cuantas personas viven en su hogar incluida usted un 27, 5% de participantes viven solos y un 12,5% con dos personas más, un 25% 3 personas, un 25% con más 3 personas y un 10% más de 5 personas, lo que quiere decir que la mayor parte de los adultos mayores de esta población viven solos y un porcentaje pequeño con 3 o más personas. En la variable con quien vive el adulto mayor en su hogar un 27,5% vive solo, un 2,5% vive con la pareja, 7,5% vive con los hijos, 60% vive con los hijos y nietos y un 2,5 % vive con otros familiares, lo que significa que un porcentaje alto vive con su familia extendida, es decir nietos e hijos y un porcentaje representativo vive solo en su hogar. Finalmente, en la variable con quien pasa más tiempo un 52,5 % respondió que, con los hijos, un 37,5% con su cuidador y un 10% con otros, se concluye que mayor porcentaje de las personas pasan más tiempo con sus hijos a pesar de que vivan solos y un porcentaje bajo pasa con su cuidador.

Por otro lado, en una investigación acerca del cuidado en los adultos mayores, refiere que las familias son la entidad responsable de cuidar e integrar a la mayoría de ancianos y considera a esta red familiar el sistema más cercano cuando el anciano pierde o disminuye su actividad laboral, pierde a su pareja o su condición de salud deteriora (Hernández, León, & Hernández, 2011). Así pues, dicha red familiar incluye a hijos, nietos o bisnietos que el adulto mayor cuente

en ese momento. Sin embargo, dichos cuidados dependerán de los recursos económicos, la estructura familiar, la calidad de las relaciones y otras demandas del adulto mayor que ameritan tiempo y energía de todos los miembros de la familia.

3.1.3. Deterioro cognitivo

Los resultados de la variable Deterioro Cognitivo, se encuentran distribuidos en 11 dominios cognitivos. Las variables se expresan en medida de distribución media y desviación estándar de la población (Ver tabla 3.1.3).

Tabla 3.1.3.

Análisis descriptivo -Deterioro Cognitivo

MOCA	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Alternativa conceptual	1	2	1,825	0,38481
Cap.Visoc.cubo	1	2	1,95	0,22072
Cap.Visoc. Reloj	2	5	3,45	0,9858
Identificación	0	4	2,35	0,73554
Secuencia numérica	0	2	1,75	0,58835
Concentración	0	1	0,675	0,47434
Substracciónensecuenciade7	0	3	1,375	0,80662
Repetición de palabras	0	2	1,225	0,76753
Fluidez verbal	0	1	0,625	0,49029
Similitudes	0	2	1,275	0,78406
Recuerdo diferido	0	3	2,275	0,8161
Orientación	0	6	2,725	1,5189

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

Con respecto a la variable deterioro cognitivo de la población, el instrumento especifico utilizado es la *Escala de evaluación cognitiva MOCA* en los grupos de participantes correspondientes a 80 adultos mayores. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de distribución: media (*X)* y desviación tipificada *(Zi).* Los datos obtenidos evidencian resultados estadísticamente significativos entre las medias altas de algunos de los dominios como alternativa conceptual, capacidad visoconstrutiva – reloj, identificación, secuencia numérica, recuerdo diferido y orientación. De igual forma en una investigación realizada en Bogotá acerca de la confiabilidad y validez del Montreal Cognitive Assessment (MOCA) en una población de adultos mayores, se encontró resultados similares en algunas escales con medias altas en las áreas como alternativa conceptual (1.83) , visoespacial (2.73), identificación (2.14),

atención(3.34), recuerdo diferido (2.83) y orientación (1.34) (Pedraza, y otros, 2016). Lo que equivale a área bajo la curva fue 0.76 para deterioro cognitivo leve y un 0,81 para demencia.

Adicional a ello, en un estudio de Validación del test de *MOCA* realizado en adultos mayores de 69 años, se evidencia de manera similar a la investigación, mayor dificultad en las áreas de dominio visoespacial (3.8), identificación (2,7), atención (4.8), recuerdo diferido (3.0), orientación,(5.8) excepto secuencia numérica, de tal manera, se dio una detención deterioro cognitivo leve y demencia del 66% de la población, además, que se suma la escolaridad con factor importante en la puntuación de esta investigación al momento de ser aplicado este test (Delgado, Araneda, & Beherens, 2019). Lo que quiere decir que los resultados de este instrumento variaran de acuerdo a las características de la población aplicada. Además, esta herramienta tiene mayor confiabilidad de ser aplicada en investigaciones que trabajen con la población adulta mayor con escolaridad media, para determinar el grado de severidad de deterioro cognitivo por el que atraviesa el adulto mayor en su etapa de envejecimiento.

3.1.4. Análisis de resultados de los diferentes tipos de severidad de deterioro en base al test de MOCA

En la siguiente tabla, se realizará la explicación de los índices de severidad de deterioro cognitivo, que se ha encontrado en esta investigación, para conocer las diferencias estadísticamente significativas de los datos tomados (Ver tabla 3.1.4).

Tablas 3.1.4.

Análisis de severidad de deterioro cognitivo en MOCA

Variables Estado cognitivo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Sin Deterioro	6	7,5%	7.5	7,5%
Deterioro leve	22	27,5%	27,5	27,5%
Deterioro Moderado	0	0%	0	0%
Deterioro grave	52	65%	65,0	65,0%

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

En la variable sin deterioro se encuentra un 7,5% de la población tomada, en deterioro leve esta el 27,5% de adultos mayores con esta alteración de la memoria y un 0% sin presencia de deterioro moderado, mientras que en un porcentaje alto de 52% de los participantes presentan deterioro cognitivo grave. Se concluye que un porcentaje alto de la población presenta deterioro cognitivo grave de sus funciones cognitivas, la misma que presenta un declive de la enfermedad que viene con la edad y el tiempo de evolución de la afección. De igual manera en el estudio de García y Narváez (2011) acerca de la validación de la escala MOCA en una población de adultos mayores que acuden al club de la tercera edad del instituto ecuatoriano de seguridad social en el cual se encontró porcentajes similares a esta investigación en cuanto al deterioro leve con 5, 5% , deterioro moderado 37,3 % y un 57,1% deterioro grave en la población estudiada, se ha concluido que al igual que el este estudio un porcentaje alto de participantes presenta deterioro cognitivo.

3.1.5. Funcionalidad en actividades de la vida diaria

Seguidamente, se realiza el análisis de la variable Funcionalidad en actividades de la vida diaria, con el fin de encontrar resultados estadísticamente significativos, se recurrió al Índice de Barthel: Actividades Básicas de la Vida diaria, que determina le grado de funcionalidad de la población adulta mayor, que se encuentra distribuido en sus 10 factores de funcionalidad. Las variables expresan la medida de distribución media y desviación estándar de la población (Ver tabla 3.1.5).

Tabla 3.1.5.

Análisis descriptivo del Índice de Barthel- Actividades básicas de la vida diaria

Estadísticos descriptivos		
Índice de Barthel- Actividades de la vida diaria	**Media**	**Desv. Típ.**
Alimentación	5,875	1,91182
Baño	3,75	2,17872
Vestimenta	3,75	3,13211
Higiene personal	2,5	2,51577
Defecación	7,375	2,51263
Continencia urinaria	7,5	2,51577
Uso del escusado	7,25	2,74438
Desplazamiento	6,0	5,05664
Caminar	4,5	4,02524
Uso de escaleras	3,25	3,47687

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

Con respecto a las variables del Índice de actividades de la vida diaria en los grupos de participantes correspondientes a 80 adultos mayores. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de distribución: frecuencia *(f)* media *(X)* y desviación tipificada *(Zi)*.

En relación a las escalas de este instrumento, se encuentra una puntuación de medias más altas en el área de comida, deposiciones, continencia urinaria o micción, uso del retrete deambulación, desplazamiento, caminar. De igual forma, se corrobora en otra investigación acerca de la valoración del nivel dependencia física de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de la parroquia "Octavio Cordero "en la ciudad de Cuenca en la cual se encontró resultados similares a esta investigación en algunas escalas de valoración del test de barthel en el área de comer con un 59%, deposiciones 74%, continencia urinaria 67% desplazamiento 58%, uso de retrete 74%, deambulación 58%, caminar 27% (Mejía T. , 2016). Así también, en otro estudio con el tema se encontró resultados con medias similares en el área de alimentación 100%, baño 90%, deambulación 77% que concuerdan con esta investigación propuesta, con el objetivo de determinar el grado de dependencia e independencia, que se encuentran los adultos mayores (Ballesteros, 2014).

3.1.6. Análisis del grado de dependencia en la Escala de Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria.

Los resultados de las escalas del Índice de Barthel: Actividades Básicas de la Vida diaria determina el grado de dependencia e independencia de los participantes. Las variables, se expresan en medida de distribución media y desviación estándar de la población (Ver tabla 3.1.6).

Tabla 3.1.6.

Análisis descriptivo de las escalas del índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria.

Variables	Frecuencia	Porcentaje
Comer		
Necesita ayuda	66	82,5%
Independiente	14	17,5%
Lavarse		
Dependiente	20	25,0%
Independiente	60	75,0%
Vestirse		
Dependiente	28	35,0%
Necesita ayuda	44	55,0%
Independiente	8	10,0%
Arreglarse		
Dependiente	40	50,0%
Independiente	40	50,0%
Deposiciones		
Ocasionalmente un episodio de incontinencia	42	52,5%
Continente	38	47,5%
Micción		
Ocasió. un episodio de incontinencia	40	50,0%
Continente	40	50,0%
Uso del retrete		
Dependiente	2	2,5%
Necesita ayuda	40	50,0%
Independiente	38	47,5%
Trasladarse		
Dependiente	22	27,5%
Gran ayuda	32	40,0%
Mínima ayuda física	14	17,5%
Independiente	12	15,0%
Deambular		
Dependiente	28	35,0%
Independiente	34	42,5%

Necesita ayuda	16	20,0%
Independiente	2	2,5%
Escalones		
Dependiente	38	47,5%
Necesita ayuda física	32	40,0%
Independiente	10	12,5%

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

Con respecto a las variables del Índice de actividades básicas de la vida diaria en los grupos de participantes correspondientes a 80 adultos mayores. Las variables cuantitativas, se expresan en medidas de distribución: frecuencia *(f)* y porcentaje *(%)*.

En relación a las escalas propuestas, se evidencia resultados significativos en su nivel de dependencia, ayuda e independencia. En cuanto, al comer, deposición, arreglarse, subir escalones son las escalas, que se obtuvo mayor pérdida de autonomía en la población estudiada. De igual forma en la investigación realizada por Vargas (2017) sobre el deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria de los adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor en la cuidad de Ambato, se halló en la escala de alimentación independencia del 19 %, necesidad de ayuda 81% y dependencia del 0%; baño una independencia del 93%, necesidad de ayuda 7%, deposiciones continentes 75% un episodio de incontinencia 25%. Adicional a lo anterior en otra investigación realizada por Acevedo y Otros (2006), se obtuvo un porcentaje de en el área de lavarse/ bañarse un 57% dependencia, subir y bajar escaleras un 53% de dependencia y arreglarse 50, 7% , trasladarse 37% necesitan ayuda , vestirse 35% dependiente, se encuentra de manera similar a los resultados descritos en esta investigación; además, es importante mencionar que este estudio resalta que las personas adultas mayores, que se encuentran institucionalizadas presentan mayor complicación en estas áreas en comparación con las, que se encuentran en casa.

3.1.7. Análisis de resultados del grado de dependencia en los resultados del Índice de Barthel de Actividades Básicas de la Vida Diaria.

A continuación, tabla 3.1.7 se realiza la explicación de los niveles de dependencia funcional del índice de Barthel, que se han encontrado en este estudio, para conocer las diferencias estadísticamente significativas de los datos tomados. (Ver tabla 3.1.7).

Tabla 3.1.7

***Análisis de los niveles de dependencia del Índice de Barthel de Actividades* Básicas de *la vida diaria*.**

Variables	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Dependencia Moderada	18	20,0%	20,0%	20,0%
Dependencia Severa	62	77,5%	77,5%	77,5,%

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

En la variable dependencia moderada, se encontró que un 20,0% de los participantes presentan este tipo de dependencia, mientras que un porcentaje alto de 77,5% de los participantes presenta dependencia severa en algunas de las actividades de la vida diaria. Lo que se concluye que un porcentaje alto de la población presenta mayor dependencia en la realización de actividades cotidianas que están ligadas a enfermedades, al estado físico y mental del adulto mayor, que se ha deteriorado con la edad. Lo que provocará la pérdida de la funcionalidad y la autonomía de la persona y lleva al sujeto a una discapacidad física al límite no poder movilizarse por sí mismo y así depender de una tercera persona para realizar sus actividades diarias como la alimentación, baño. Vestimenta, aseo personal, deposición, micción, uso del retrete, trasladarse de un lugar a otro, deambular, subir y bajar escalones. Asi también, en el estudio propuesto por Gómez (2015) sobre la capacidad funcional dela adulto mayor según la escala de Barthel en el hogar geriátrico Santa Sofía de Tenjo- Colombia, se encontró que los participantes de esta investigación presentaron un porcentaje del 32% de los participantes con dependencia moderada y un 68% dependencia severa similar al resultado de este estudio propuesto.

3.2. Análisis comparativo

A continuación, se realizará la comparación de los resultados obtenidos de la variable deterioro cognitivo en relación al sexo y profesión de los participantes, con el objetivo de encontrar la prevalencia de déficit cognitivo en hombres y mujeres. De igual forma, se realiza una comparación con el sexo y profesión de los participantes en la variable de funcionalidad de actividades de la vida diaria, con el fin de conocer como esta variable influye en el estado funcional del adulto mayor.

3.2.1. Análisis comparativo de la variable MOCA – Deterioro cognitivo en relación al sexo.

En base al instrumento utilizado, se compara los resultados entre hombres y mujeres tomados de esta población, con el objetivo de identificar el grado de deterioro cognitivo en relación al sexo de los participantes (Ver tabla 3.2.1).

Tabla 3.2.1.

Análisis de la variable (MOCA) deterioro cognitivo en relación al sexo

ESTADÍSTICOS DE GRUPO

	Sexo	Frecuencia	Media	Desv. típ.
MOCATOTAL	Femenino	44	20,9773	3,68838
	Masculino	36	22,1389	3,70446

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

Se observa una frecuencia de 44 participantes que presenta deterioro cognitivo en relación al sexo femenino, con puntuaciones medias altas de ($\overline{X}$) (20,97) y una desviación tipificada (*f)* de 3,68. Por otro lado, se encuentra una frecuencia de 36 participantes que presentan deterioro cognitivo en relación al sexo masculino, con medias altas ($\overline{X}$) de (22,13) y una desviación tipificada (*f)* de 3,70. De esta manera, se concluye que la población adulta mayor de sexo femenino presenta mayor deterioro cognitivo. De igual forma, en otra investigación realizada en pacientes adultos mayores del Hospital Central en la cuidad de Maracay, en base al test de evaluación cognitiva *MOCA*, se encontró mayor frecuencia de deterioro cognitivo en los participantes de sexo femenino entre las edades de 60 y 69 años con un porcentaje del 59%, mientras que el sexo masculino presenta un 41% , lo que interpreta que la población adulta mayor de sexo femenino tiene más probabilidad de padecer esta enfermedad durante su etapa de envejecimiento (Castillo, 2015).

Por otra parte, en un estudio sobre la detención de deterioro cognitivo según la escala de Evaluación Cognitiva MOCA en pacientes con la enfermedad de Parkinson se observó resultados similares a esta investigación con un porcentaje del 55% de pacientes mujeres con presencia de deterioro cognitivo en comparación a los participantes hombres con un porcentaje del 40% entre los 70 a 89 años (Arguedas, 2014). Es decir, que se corrobora que existe mayor

detención de deterioro cognitivo en la población de género femenino, lo que indica que las mujeres son más propensas a padecer enfermedades demenciales a diferencia de los hombres.

3.2.2. Análisis de la variable deterioro cognitivo en relación a la profesión

En esta tabla 3.2.2 se realiza un análisis de la relación entre el deterioro cognitivo y las dos profesiones más relevantes de esta población, con el objetivo de encontrar en cuál de los dos grupos existe mayor deterioro, en base a la aplicación del test de MOCA. Las variables, se presentan en frecuencia (*f*), media $(\overline{X})$ y desviación tipificada *(Z)* (Ver tabla 3.2.2).

Tabla 3.2.2

Análisis de deterioro cognitivo en relación a la profesión

Estadísticos de grupo				
	Profesión	**N**	**Media**	**Desviación típ.**
MOCATOTAL	Profesores	23	21,4348	3,72737
	Comerciantes	33	21,6061	3,67372

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

En la siguiente tabla, se observa una frecuencia de 23 participantes que presentan deterioro cognitivo en relación a la profesión de profesores, con una media significativa de $(\overline{X}) =$ 21,43 y una desviación tipificada (*f*)= 3,72. Por otro lado, se encuentra una frecuencia de 33 participantes que presentan deterioro cognitivo en relación a la profesión comerciantes, con una media alta de $(\overline{X})$ = 21,61 y una desviación tipificada (*f*)= 3,67. Adicionalmente, en una investigación realizada por García y Otros (2016) acerca de la ocupación laboral y el riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de 55 años, se encontró mayor riesgo de presentar deterioro cognitivo con una media de 20,10 en las personas que tenían profesión de agricultores, comerciantes, que se dedicaban a las labores domésticas con puntuaciones bajas en el test aplicado. Lo que reflejaba mayor deterioro en sujetos con ocupaciones con baja demanda mental, a comparación de la media de 21.13 en las personas con ocupaciones que tiene alta demanda del uso de sus dominios cognitivos como la profesión de docentes o profesores que hacen frecuentemente el uso de sus capacidades cognitivas superiores en el cual hay menor riesgo de presentar deterioro cognitivo.

3.2.3. Análisis de la variable funcionalidad en actividades de la vida diaria en relación al sexo.

En esta tabla, se realiza un análisis de la relación entre el grado de funcionalidad en hombres y mujeres con el objetivo de encontrar en cuál de los dos grupos presentan mayor pérdida de funcionalidad, en base a la aplicación del Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria. Las variables, se presentan en frecuencia (*f*), media *($\overline{X}$)* y desviación tipificada *(Z)*. (Ver tabla 3.2.3).

Tabla 3.2.3

Análisis de funcionalidad en actividades de la vida diaria en relación al sexo

Estadísticos de grupo

	Sexo	Frecuencia	Media	Desv. típ.
BARTHELTOTAL	Femenino	44	48,97	16,96
	Masculino	36	55,13	17,34

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

En esta tabla 3.2.3, se observa una frecuencia de 44 participantes que presentan la pérdida de funcionalidad en actividades básicas de la vida diaria en relación al sexo femenino, con una media *($\overline{X}$)* de (48,97) y una desviación tipificada (*f*) de 16,96. Por otro lado, se encuentra una frecuencia de 36 participantes que presentan pérdida de funcionalidad en relación al sexo masculino, con una media *($\overline{X}$)* de (55,13) y una desviación tipificada (*f*) de 17,34. De igual forma en un estudio sobre la Salud familiar y funcionalidad del adulto mayor del Sector EU23. Latacunga, se encontró que la distribución de porcentaje de 58,11% en el sexo femenino y un 41,89% en el sexo masculino que es mínimamente diferencial entre los dos sexos al igual que en el estudio propuesto, es decir hombres y mujeres tienen un alto grado de dependencia en la funcionalidad de las actividades diarias (López, 2016).

3.2.4. Análisis de la funcionalidad en actividades de la vida diaria en relación a la profesión.

En la siguiente tabla, se realiza un análisis de la relación entre la funcionalidad en actividades de la vida diaria y las dos profesiones más relevantes de esta población, con el objetivo de encontrar en cuál de los dos grupos existe mayor deterioro, en base a la aplicación del Índice

de Barthel de actividades básicas de la vida diaria. Las variables, se presentan en frecuencia (*f),* media *(*$\overline{X}$*)* y desviación tipificada *(Z). (*Ver en la tabla 3.2.4).

Tabla 3.2.4.

Análisis descriptivo de la funcionalidad en actividades de la vida diaria en relación a la profesión

Estadísticos de grupo				
	Profesión	***F***	**Media**	**Desviación típ.**
BARTHEL TOTAL	Profesores	44	48,97	16,9
	Comerciantes	36	55,13	17,3

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumentos

En esta tabla 3.2.4, se observa una frecuencia de 44 participantes que presentan la pérdida de funcionalidad en relación a profesores, con una media *(*$\overline{X}$*)* de (48,497) y una desviación tipificada (*f)* de 16,9. Por otro lado, se encuentra una frecuencia de 36 participantes que presentan deterioro cognitivo en relación a comerciantes, con una media *(*$\overline{X}$*)* de (55,13) y una desviación tipificada (*f)* de 17,3. Así también, en una investigación en el estado de México enfocada a los adultos mayores, se encontró que un porcentaje de 57, 31 % de los participantes que pertenecen a la ocupación de profesores, lo que quiere decir que hay mayor pérdida de funcionalidad, por otro lado, se encontró un porcentaje de 42,69% que pertenece a la ocupación comerciantes con menor riesgo de pérdida de funcionalidad en la población estudiada (Soria & Jaciel, 2017). Lo que ocasiona que el adulto mayor requiera de mayor apoyo familiar, social, por el grado de dependencia que ha adquirido.

3.3. Análisis correlacional

A continuación, se detallará el análisis correlacional de los datos totales de las variables de deterioro cognitivo y funcionalidad de actividades de la vida diaria, en base a los instrumentos: Escala de Evaluación cognitiva Montreal *(MOCA)* que mide el deterioro cognitivo y el Índice de Barthel de las Actividades Básicas de la vida diaria evalúa la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, por medio del Rho Spearman. (Ver tabla 3.3.)

Tabla 3.3.

Análisis de correlación entre el test de MOCA y test de Barthel

Correlaciones			**MOCATOTAL**	**BAERTHELTOTAL**
Rho de Spearman	MOCATOTAL	Coeficiente de correlación	**1**	,845**
		Sig. (bilateral)		0
		N	80	80
	BARTHELTOTAL	Coeficiente de correlación	,845**	1
		Sig. (bilateral)	0	.
		N	80	80

Nota: La correlación es significativa al nivel 0,01 bilateral
Fuente: Aplicación de instrumento

A continuación, se evidencia que existe un nivel alto de correlación entre estos dos instrumentos: *Escala de Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)* y el *Índice de Barthel de las actividades básicas de la vida diaria*, por lo que se evidencia que mayor padecimiento de deterioro cognitivo, mayor riesgo de pérdida de funcionalidad de las actividades de la vida diaria tendrá el adulto mayor.

Así pues, en el estudio de Teuber (2016) acerca de la fucnionalidad en la marcha en adultos mayores que acuden a cosnulta externa del servicio de gereatria, se muestra resultados discriminativos de relación entre la dependencia funcional y la presencia de deterioro cognitivo con un Rho Spearman de 0,42 en la escala de Barthel y 0, 31 Rho Spearman en la escala de MOCA. Es decir que, a mayor fragilidad en el área cognitiva, mayor dependencia funcional tendrá el adulto mayor. Por otro lado, en otro estudio dirigido por Arguedas (2014) (Arguedas, 2014) , se encontró un Rho Spearman de 0,41 en la escala de Barthel y 0, 30 Rho Spearman en la escala de MOCA, lo que quiere decir que la mayoría de los participantes de esta investigación tiene un nivel de dependencia funcional alto al igual que un grado considerable de deterioro. Lo que quiere decir que a medida que el adulto mayor pierde su capacidad cognitiva será menos funcional en actividades cotidianas como el vestirse, el comer, deambular solo a tomar un colectivo, recordar que tomo su medicación, acordarse si dejo la estufa prendida o si no bajo la palanca del tanque de gas.

3.3.1. Análisis de correlación a las variables deterioro cognitivo y funcionalidad de actividades de la vida diaria

En la siguiente figura, se muestra la correlación entre las herramientas: MOCA e Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria aplicados en este tema de investigación, para demostrar su correlación entre las variables mencionadas (Ver figura 1)

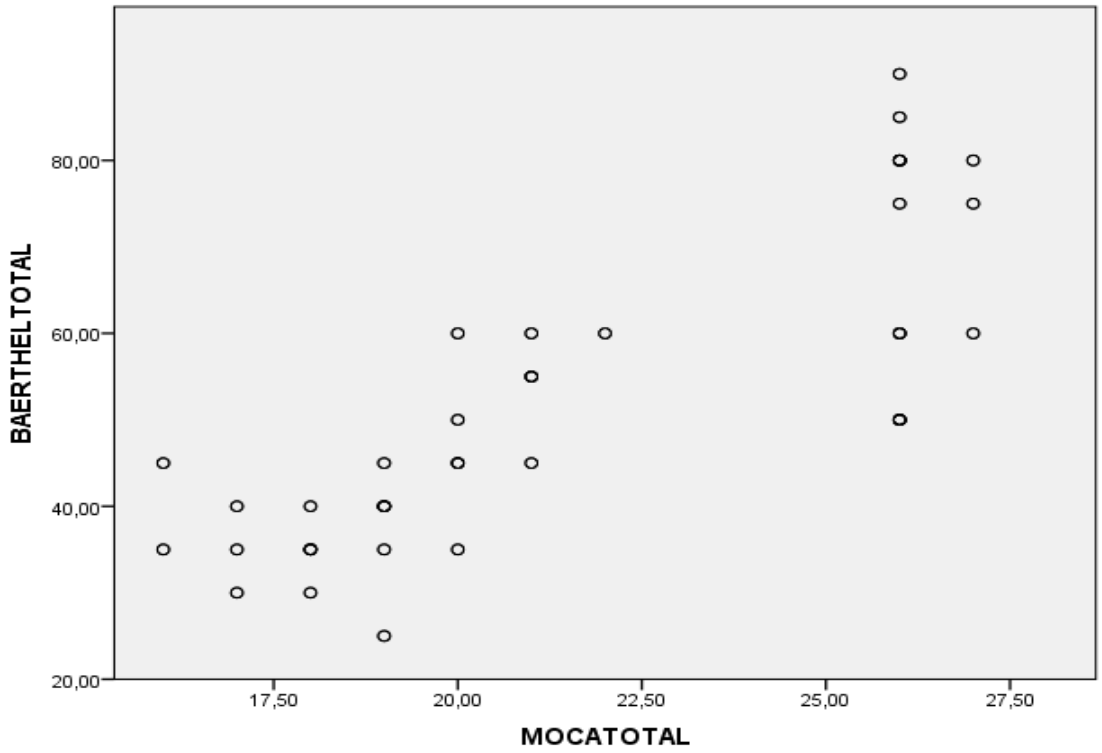


Figura 1. Análisis de correlación entre las escalas MOCA y Barthel

La figura 1, muestra el análisis de correlación obtenida de los datos totales de la Escala de *Evaluación cognitiva Montreal* (MOCA) que mide el nivel deterioro cognitivo y el Índice de Barthel de las Actividades Básicas de la vida diaria evalúa la funcionalidad en las actividades de la vida diaria e interpreta que las dos variables estudiadas, que se correlacionan entre ellas, es decir que al presentar la persona deterioro cognitivo existirá más posibilidad de pérdida de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria. Por otro lado, en la investigación realizada por Cano y Otros (2017) en una población de ancianos de 60 años en adelante en la cuidad de Bogotá- Colombia, se evidencia una correlación entre la funcionalidad y las funciones cognitivas medidas mediante la batería MOCA y el Índice de Barthel de actividades diarias.

3.3.2. Análisis de fiabilidad Alfa de Cronbach con la escala de evaluación cognitiva MOCA original y la escala de evaluación cognitiva MOCA aplicado en este trabajo investigativo.

En la siguiente tabla 3.3.2, se muestra el alfa de Cronbach de la escala de evaluación cognitiva *MOCA* original y la escala de evaluación cognitiva *MOCA* aplicada en este trabajo investigativo para demostrar el índice de fiabilidad de la prueba.

Tabla 3.3.2

Análisis de confiabilidad del test de MOCA

Estadísticos de confiabilidad	Alfa de Cronbach
Moca original	**0,851**
Moca aplicado	**0,841**

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

De tal manera, el alfa de Cronbach es significativa en la prueba aplicada, lo que nos proporciona un alto grado de fiabilidad en el alcance de este estudio. Además, se relaciona el estudio de confiabilidad y validez de criterio y discriminante del test de *MOCA* aplicado en un grupo de 1174 adultos mayores de diferentes localidades de la de ciudad de Bogotá, se obtuvo una consistencia interna con alfa de Cronbach de= 0,851 igual al propuesto en este proyecto investigativo (Pedraza, y otros, 2016). En conclusión que este instrumento de tamización es considerado apto para la atención del adulto mayor en la detección de su nivel de deterioro cognitivo. Asi también, se suma el tratado de Laureiro & Otros (2018) quien refiere el análisis de frecuencia del uso del test de *MOCA*, se encontró un alfa de Cronbach de= 0.85 similar a la de la investigación ya antes mencionada.

3.3.3. Análisis de confiabilidad Alfa de Cronbach con la Índice de Barthel de actividades Básicas de la vida diaria original y el Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria aplicada en este trabajo investigativo

En la tabla 3.3.3, se muestra el alfa de Cronbach el Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria original en comparación el Índice de Barthel de actividades básicas de la vida diaria aplicada en este tema de investigación, para demostrar el índice de confiabilidad de la prueba.

Tabla 3.3.3

Análisis de confiabilidad del test de Barthel.

Estadísticos de confiabilidad	Alfa de Cronbach
Barthel original	**0,86**
Barthel aplicado	**0,87**

Nota: 80 observaciones
Fuente: Aplicación de instrumento

En base a lo observado, el alfa de Cronbach del test de Barthel de actividades básicas de la vida diaria es significativo en la prueba aplicada lo que proporciona un resultado alto de confiabilidad para el alcance de este estudio. De igual manera, en un estudio realizado por Barrero y Otros (2005) acerca de las actividades de la vida diaria con el fin de evaluar el estado funcional de las personas y la calidad de vida ante la presencia de discapacidad, se encontró un índice alto de confiabilidad en la prueba con un alfa de Cronbach de 0.86 similar al resultado descrito en esta investigación. Además, en otro tratado, realizado en la población adulta mayor en base a factores asociados con la dependencia funcional, se evidenció un alfa de Cronbach = 0,87 igual al resultado de este estudio (Dorantes et al. ,2001). Finalmente, se concluye que este instrumento tiene un alto grado de confiabilidad para evaluar el estado funcional del adulto mayor y con ello mejorar el nivel de autonomía de las personas, así también, contribuye en su rehabilitación en el caso que su nivel de dependencia disminuya.

CONCLUSIONES

De acuerdo a la presente investigación y los objetivos propuestos, se ha realizado la conceptualización bibliográfica, la obtención de datos y el análisis de los resultados, de tal manera, se concluye que:

- La fundamentación teórica, permitió concluir que el deterioro cognitivo es una enfermedad de tipo clínica, caracterizada por la pérdida o disminución de las funciones mentales superiores del ser humano, en sus diferentes esferas neuropsicológicas, lo cual dependerá de factores externos, hereditarios, nivel educativo, red de apoyo familiar, social, económica, estado emocional y personalidad que presente cada sujeto, los mismos que afectan al nivel de autonomía o dependencia del adulto mayor. Además, el nivel de afectación es medido por el grado de pérdida de esta función en una escala de leve (es el desgaste de la memoria propia del envejecimiento, predecesor para el desarrollo de una demencia), moderado (alteración de la memoria con pérdidas amnésicas frecuentes) y grave (pérdida de los principales dominios cognitivos, afectando a la funcionalidad del sujeto en su vida cotidiana.).
- La fundamentación teórica, concedió el conocimiento científico sobre la funcionalidad como la capacidad que la persona adquiere para el desarrollo de las actividades de su diario vivir de manera autónoma y la adaptación al medio que lo rodea. Sin embargo, esta función sufre afecciones en la etapa del envejecimiento a través de varias limitaciones como son física, mental o social, lo que lleva al adulto mayor a presentar un nivel independencia deteriorada lo que significa que la persona de la tercera edad requiera apoyo de otras personas para desarrollarse en las actividades cotidianas.
- En la evaluación sociodemográfica de la muestra investigada, se contó con 80 participantes de edad promedio entre los 60 años en adelante, con mayor prevalencia en el sexo femenino, que corresponde a un porcentaje de 55 % mujeres y un 45 % hombres pertenecientes al centro del día “Vida a los años” de la cuidad de Ambato, que acuden en calidad de residentes institucionalizados de manera ambulatoria, con un grado de escolaridad de nivel de secundaria en su gran mayoría, de ocupación entre profesores, comerciantes y agricultores. Los adultos mayores son de estado civil viudos y sin actividad laboral activa. Los participantes que fueron tomados para esta investigación, se encuentran al cuidado de su red familiar cercana como hijos y nietos.

- En la evaluación cognitiva de los adultos mayores en base a la aplicación del instrumento MOCA, se evidencia que un porcentaje de 65% entre los rangos propuestos presenta deterioro cognitivo grave, un 35% presenta deterioro cognitivo leve y el 7.5% de participantes sin presencia de deterioro cognitivo, se concluye que en este estudio un porcentaje alto de la población presenta deterioro en sus funciones cognitivas como concentración, fluidez verbal, similitudes, repeticiones de palabras, sustracción en secuencia.
- En la evaluación funcional de la población aplicada por medio del Índice de Barthel, se evaluó que un 80% de la población aplicada presenta dependencia severa, mientras que un 20 % de los participantes presentan dependencia moderada. Es decir que la mayoría de las personas en este estudio tiene un nivel alto de dependencia funcional, es decir, que se ha perdido la autonomía en actividades cotidianas y su autocuidado, el cual requiere de un cuidador o familiar para la realización de los mismos. Las escalas que obtuvieron menor pérdida de funcionalidad son alimentación, micción, continencia urinaria, uso de retrete, desplazamiento.
- Finalmente, en la realización del análisis estadístico correlacional entre dos variables propuestas en este estudio, se concluye que ambas se correlacionan, es decir que mientras el adulto mayor presente deterioro en sus funciones cognitivas, igualmente afecta su nivel de independencia funcional, de tal modo que al perder parte de la cognición su autonomía en las actividades diarias las realizará con mayor dificultad o en casos más graves, se perderán dichas capacidades por la etapa en que se encuentra la enfermedad. Por otro lado, los agentes fisiológicos, ambientales y sociales como el nivel de instrucción, sexo, la economía, jubilación, redes de apoyo familiar, enviudes, relaciones interpersonales, enfermedades crónico degenerativas etc. Será un factor predisponente para que la enfermedad, se desarrolle con mayor facilidad.

RECOMENDACIONES

- Se recomienda al centro "Vida a los años "que realice un diagnóstico neuropsicológico (entrevista y reactivos acorde a la situación de los usuarios) que acuden a la institución, con el fin de evidenciar el estado y el tiempo de conversión de los síntomas demenciales de los adultos mayores o al contrario la fase evolución en que el paciente presenta al momento del ingreso, lo que permitirá que a partir de una evaluación e intervención terapéutica y cognitiva de cada uno de los residentes.
- Se sugiere la adaptación de programas de intervención neuropsicológica que favorezca la conservación de los dominios cognitivos del adulto mayor, mediante la aplicación estrategias y actividades ocupacionales, que se ajusten a las necesidades de los pacientes y mejoren sus capacidades cognitivas, con la finalidad de detener el grado de deterioro y dependencia, de la mano del proceso terapéutico en los residentes que exista sospecha de presencia de alguna patología demencial ya sea leve o moderada y con ello poder retrasar la evolución del cuadro.
- En función de los resultados obtenidos en la presente investigación, se recomienda que el centro planifique un plan de intervención neuropsicológica individual, que se encuentre acorde a la necesidad, estilo de vida, capacidad física, cognitiva y funcional del paciente, para que el mismo trabaje en el hogar, con el fin de fortalecer los recursos cognitivos de los adultos mayores y reforzar las actividades y programas que los mismos reciban en el centro, con la ayuda y apoyo de su familia, lo que fortalecerá vínculo con su red familiar, lo ayudará a mejorar su condición de salud.

BIBLIOGRAFÍA

Academia Nacional de Medicina - Dermatología Geriátrica. (2013). Principales alteraciones fisiopatológicas y dermatosis más comunes en el viejo. *Boletín de Información Clínica Terapéutica*, 1- 16. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2014/un146i.pdf

Acevedo, E., Marténez, J., Navalon, C., Calvo, C., & Meseguer, V. (2006). *Indice de Barthel: Las personas mayores institucionalizadas en residencia respecto a las personas mayores que viven con su familia.* Uniroja. Recuperado de https://publicaciones.unirioja.es/catalogo/online/CIFETS_2016/Monografia/pdf/TC089.pdf

Aguilar, S., Mimenza, A., Palacios, A., Samudio, A., Guitiérrez, L., & Ávila, J. (2018). Validez y confiabilidad de Moca (Montreal Cognitive Asssmente) para tamizaje del deterioro cognositivo en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 237-243. Recuperado https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745017300598

Amarista, F. J. (2002). *Demencia.* Gaceta Médica de Caracas. Recuperado el 28 de Enero de 2020, de http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0367-47622002000300003

American Psychiatric Association. (2005). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales DSM-5.5e. Madrid: España.

Arana, B., García, M. d., Cardenas, L., Hernández, Y., & Aguilar, D. (2015). *Actividades Básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institucion pública*. Universidad Autónoma del Estado de México. Recuperado el 18 de Enero de 2020, de http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/49536

Ardila, A., Arrocho, J., Labos, E., & Rodríguez, W. (2015). *Diccionario de Neuropsicología.* Montevideo: Botiquín Psicológico. Recuperado de https://biblioteca.ucatolica.edu.co/ucatolica/diccionario-neuropsicologia.pdf

Arguedas, K. (2014). *Detección de deterioro cognitivo según la Escala de Evaluación Cognitiva de Monteral en pacientes con efermedad de Parkinson Idiopático con cognición normal.* Cuidad Universitaria Rodrifo Facio, Costa Rica. Recuperado de http://repositorio.sibdi.ucr.ac.cr:8080/jspui/bitstream/123456789/4206/1/38294.pdf

Avellanal, C. A. (2013). *Envejecimiento: cambios biológicos, cambios funcionales.* San Francisco, California: Alzheimer Universal. Recuperado de https://www.alzheimeruniversal.eu/2013/10/01/envejecimiento-cambios-biológicos-cambios-funcionales/

Ballesteros, E. (2014). *Independencia funcional en la calidad de vida de los pacientes que acuden a clubes del adulto mayor.* Ambato. Recuperado de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/8386/1/Ballesteros%20Reyes%2C%20Edisson%20Pa%C3%BAl.pdf

Barrero, C., García, S., & Ojeda, A. (2005). *Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación* . Plasticidad y Restauración Cognitiva, 1-6. Recuperado el 14 de Septiembre de 2019, de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion/indice_1.pdf

Baro, L. M. (2012). *Deterioro de la movilidad física y continuidad de cuidados. Guías de actuación en grupos vulnerables.* Recuperado de http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0235.pdf

Blanco, B., Rodríguez, J., Van, A., & Acha, A. (2006). *Tratado de Geriatría para residentes.* Madrid - España: Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Recuperado de https://www.segg.es/tratadogeriatria/pdf/s35-05%2000_primeras.pdf

Blasco, & Meléndez. (2006). *Cambios en la memoria asociados al envejecimiento.* Geriátrica, 179-185. Recuperado de https://www.uv.es/melendez/envejecimiento/memoriayvejez.pdf

Belmonte, J., Beltrán, F., & Lerna, J. (2013). *Enfermedades reumáticas: Artrosis.* Castellón-España: Sección de Reumatología, Hospital General Castellón. Recuperado de https://svreumatologia.com/wp-content/uploads/2008/04/Cap-21-Artrosis.pdf.

Benavides, C. (2017). *Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Revista Mexicana de Anestesiología, 40*. Recuperado de https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf

Bohórquez, R. A. (2019). *Guía Alzheimer 2019- Comunicación y Conducta*. Recuperado de https://www.ceafa.es/files/2019/06/guia-alzheimer-2019-de-comunicacion-y-conducta-para-familiares-eulen-y-ceafa.pdf

Bolaños, R. P. (2018). *Metabolismo Óseo y Nutrición: Osteopenia y Osteoporosis.* Sevilla. Recuperado de http://www.tcasevilla.com/archivos/osteopenia_y_osteoporosis_en_tac.pdf

Bordignon, N. A. (2005). *El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto.* Revista Lasallista de Investigación, 50-59. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/695/69520210.pdf

Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). *Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL):* Una mirada sinóptica. Terapia Psicológica, 34(3), 183–189. Recuperado de https://doi.org/10.4067/S0718-48082016000300002

Cano, C., Borda, M., Arciniegas, A., & Parra, S. (2014). *Problemas de la audición en el adulto mayor, factores asociados.* Biomédica- Revista del Instituto Nacional de Salud, *34*(4), 34-574. Recuperado de http://dx.doi.org/10.7705/biomedica.v34i4.2352

Castañeda, S. (2017). *La importancia de las relaciones familiares en la tercera edad*. Gaes-Bienestar Emocional. Recuperado de https://www.gaes.es/gaestecuida/noticias/detalle/importancia-relaciones-familiares-tercera-edad

Catanedo, C. S. (2010). *Cambios psicológicos, sociales y familiares asociados al proceso de envejecimiento.* Enfermería del envejecimiento. Recuperado de https://ocw.unican.es/pluginfile.php/643/course/section/633/Tema%25203%2520Cambios%2520psicologicos.pdf

Castillo, Y. (2015). *Depresión y Deterioro Cognitivo en el adulto mayor.* 1-31. Recuperado de http://mriuc.bc.uc.edu.ve/bitstream/handle/123456789/4924/ycastillo.pdf?sequence=1

Claramonte, B., Martínez, M., & Otros (2006). *Demencia Vascular*. El ictus- Manual (págs. 1-4). Valencia: GEECV (Grupo de enfermedades Cerebrovasculares de SEN). Recuperado de https://www.svneurologia.org/libro%20ictus%20capitulos/cap14.pdf

Consejo Nacional para la Igualdad Intergeneracional. (2019). *Personas adultas mayores, situación y derechos.* Recuperado de https://www.igualdad.gob.ec/personas-adultas-mayores-situacion-y-derechos/

Corujo, R. E. (2006). *Cambios más relevantes y peculiaridades de las enfermedades en el anciano.* Tratado de Gereatría para residentes (págs. 8-12). Madrid- España:

International Marketing & Communication, S.A. (IM&C). Recuperado http://ibdigital.uib.es/greenstone/collect/portal_social/index/assoc/segg0022.dir/segg0022.pdf

Del Portillo, C. (2007). *Glaucoma*. 1-36. Recuperado de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/grf-glaucoma-01.pdf

Delgado, C., Araneda, A., & Beherens, M. (2019). *Validación del instrumento Montreal Cognitive Assessment en español en adultos mayores de 60 años*. Sociedad Española de Neurología, *34*, 376-385. Recuperado de https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485317301020

Díaz, P., & Fernández, P. (2002). Investigación cuantitativa y cualitativa. 1-4. Recuperado de https://www.fisterra.com/gestor/upload/guias/cuanti_cuali2.pdf

Díaz, L. S. (2011). La Observación. *Facultad de Psicología UNAM*, 6. Recuperado de http://www.psicología.unam.mx/documentos/pdf/publicaciones/La_observacion_Lidia_Diaz_Sanjuan_Texto_Apoyo_Didactico_Metodo_Clinico_3_Sem.pdf

Dorantes, G., Ávila, J., Mejía, S., & Gutiérrez, M. (2001*). Factores asociados a la dependencia funcional de los adultos mayores.* Revista Panamericana de Salud Pública. Recuperado de https://www.scielosp.org/article/rpsp/2007.v22n1/1-11/#ModalArticles

Dúran, D., Orbegoz, L., Uribe, A., & Uribe, J. (2008). Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. *Universitas Psychologic, 1*. Recuperado el 12 de Noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v7n1/v7n1a19.pdf

Escamilla, M. (2010). *Aplicación básica de métodos científicos. Sistema Universal virtual,* p.p. 1-13. Recuperado de

https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodología_investigación/PRES38.pdf

Escobar, C. G., & Ramos, V. L. (2012). Conceptos actuales en Deterioro Cognitivo Leve. *Revista Médica Herediana*. Recuperado el 15 de Diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v23n2/v23n2cedit1.pdf

Fernández, R. (2004). *La psicología de la vejez.* Madrid- España: Universidad Autónoma de Madrid. Recuperado de http://www.encuentros-multidisciplinares.org/Revistan%C2%BA16/Roc%C3%ADo%20Fernandez%20Ballesteros.pdf

Fontán, L. (2015). *Semiología de la Memoria*. Somazina citicolina, 151-153. Recuperado de http://tendenciasenmedicina.com/Imagenes/imagenes10p/art_24.pdf

Gallo, J., Giner, V., León, F., Pérez, M., Garriga, X., Medina, M., & Vargas, F. (2014). *Osteoporosis- Manejo: Prevención, Diagnóstico y tratamiento.* Barcelona - España, España: semfyc- ediciones. Recuperado de http://www.srmfyc.es/wp-content/uploads/2014/11/Libro_Osteoporosis14_Def.pdf

Gambetti, P. M. (2017). *Enfermedades cerebrales medulares y nervios* - Enfermedad de Creutzfeldt-Jakob. *Manual MSD*. Recuperado de https://www.msdmanuals.com/es-ec/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/enfermedades-por-priones/kuru

García, C., & Narváez, L. (2011). *Validación de la escala MOCA en una población de adultos mayores que acuden al club de la tercera edad del instituto ecuatoriano de seguridad social.* Quito. Recuperado de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13809/tesis%20final%20cecy%20-%20luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García, S. (2013). *Hábitos Conductuales Asociados a la Miopía Simple*. Optometría de Terrassa, 1-89. Recuperado de https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/89478/sara.garcia.perez%20H%C3%81BITOS%20CONDUCTUALES%20ASOCIADOS%20A%20LA%20MIOP%C3%8DA%20SIMPLE.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García, C., Santabárbara, J., López, R., Tomás, C., & Marcos, G. (2016). Ocupacion Laboral y Riesgo de deterioro cognitivo y demencia en perosnas mayores de 55 años. *Revista Española de Salud pública, 90,* 1-15. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/170/17043728020.pdf

Gómez, J. (2015). *Capacidad funcional del adulto mayor segun la Escalade Barthel en un hgar gereatrico de Santa Sofia de Tenjo.* Bogotá: Programa de Medicina Humana. Recuperado de https://repository.udca.edu.co/bitstream/11158/457/1/Capacidad%20funcional.pdf

González, B., & De la Fuente Anuncibay, R. (2014). *Desarrollo Humano en la Vejez: Un envejecimiento óptimo desde los cuatro componentes del ser humano.* Badajoz, España: International Journal of Developmental and Educational Psychology. Recuperado el 13 de Abril de 2020, de https://www.redalyzc.org/pdf/3498/349851791013.pdf

Guapisaca, D., Guerrero, J., & Idrovo, P. (2014). *Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la cuidad de Cuenca.* Cuenca. Recuperado el 15 de Diciembre de 2019, de http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20233/1/TESIS.pdf

Guía de práctica Clínica . (2017). *Diagnóstico y Tratamiento de la bustritis de la extremidad superior.* México D.F: Consejo de Salubridad General de México. Recuperado el 12 de Octubre de 2019, de

http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/390_IMSS_10_Bursopatias/GRR_Bursitis_Ext_Sup.pdf

Hernández, A. (2008). *El método hipotético-deductivo como legado del Positivismo lógico y el razonalismo crítico.* Ciencias Económicas, 183-195. Recuperado de file:///C:/Users/COMPU/Documents/Downloads/7142-Texto%20del%20art%C3%ADculo-9744-1-10-20130129.pdf

Hernández, J., León, L., & Hernández, I. (2011). *La familia y el adulto mayor*. Revista Médica Electrónica, *Volumen 33*(4). Recuperado el 8 de Noviembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1684-18242011000400010

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, L. (2006). *Metodología de la investigación.* México: Mc Graw Hill. Recuperado de http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lmk/munoz_m_m/capitulo3.pdf

Hersch, S., Shannon, K., & Lovecky, D. (2010). *La enfermedad de Huntington.* Massachusetts-E.E.U.U: Asociación Americana de la Enfermedad de Huntington. Recuperado de http://hdsa.org/wp-content/uploads/2015/03/7_la-enfermedad-de-huntington.pdf

Instituto de Microcirugía Ocular. (2018). *Estrabismo del adulto.* Barcelona- España. Recuperado el 2 de Octubre de 2019, de https://www.imo.es/es/estrabismo-del-adulto

Iragorri, Á. M. (2007). *Demencia Frontotemporal*. Revista Colombiana de Psiquiatría. Recuperado el 23 de Octubre de 2019, de http://www.scielo.org.co/pdf/rcp/v36s1/v36s1a12.pdf

Jara, V. (2012). *Desarrollo del pensamiento y teorías cognitivas para enlace a pensar y producir conocimientos*. Colección de Filosofía de la Educación, (12), 53-66. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/4418/441846101004.pdf

Khazaemi, L. (2017). *Cataratas.* USA: Loma Linda University Children's Hospital Pediatric Speciality. Recuperado de https://eprints.ucm.es/55003/1/T41016.pdf

Laguado, E., Camargo, K., Torregroza, E., & Martín, M. d. (2017). *Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos*, 135-141. Recuperado el 26 de Septiembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf

Laureiro, C., García, L., Aldan, T., Rodriguez, & L. (2018). *Test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática.* Neurología. Recuperado de https://www.neurologia.com/articulo/2017508

León, T. E., & León, G. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en la parroquia El Salto-Babahoyo(Ecuador). *Revista Cumbres*. Recuperado el 14 de Abril de 2020, de http://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/295/110

Livingstone, C. (s.f). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10: clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento: con glosario y criterios diagnósticos de investigación:* CIE-10: CDI-10. 1e. Madrid: Médica Panamericana.

López, A. (2016). *Salud familiar y funcionalidad del adulto mayor del Sector EU 23 Latacunga.* Ambato-Ecuador. Recuperado de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24108/1/L%c3%b3pez%20Guerrero%20Ana%20Abigail.pdf

Madrigal, M. M. (2010). *Ingresos y bienes en la vejez, un acercamiento a la configuración de la seguridad económica de los adultos mayores mexiquenses*. Papeles de población . Recuperado el 18 de Septiembre de 2019, de

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000100005

Martínez, R., Gasca, C., & Sánchez, Á. (2016). *Actualización en la enfermedad de Parkinson*. Revista Médica Clínica, *27*(3), 363-379. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-actualizacion-en-la-enfermedad-de-S0716864016300372

Meléndez, Juan; Tomás, José Manuel; Navarro, Esperanza. (2011). *Actividades de la Vida Diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez*. Canales de Psicología, Núm. Enero-Sin mes, pp. 164-169. Recuperado de https://www.redalyc.org/pdf/167/16717018019.pdf

Mejía, K. (2017). *La importancia de los grupos de adultos mayores para el mejoramiento de las relaciones interpersonales*. Poeisis, 21-25. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/320723365_La_importancia_de_los_grupos_de_adultos_mayores_para_el_mejoramiento_de_las_relaciones_interpersonales

Mejía, T. (2016). *Valoración del nivel dependencia física de los adultos mayores que acuden al Centro de Salud de la parroquia " Octavio Cordero "en la ciudad de Cuenca.* Cuenca - Ecuador. Recuperado el 03 de Julio de 2020, de https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/26072/1/PROYECTO%20DE%20INVESTIGACI%C3%93N.pdf

Moreno, C., & Chumpitaz, Y. (2016). *Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor.* Revista de Enfermería Herediana, 30-36. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/306050453_Nivel_de_funcionalidad_en_actividades_basicas_e_instrumentales_de_la_vida_diaria_del_adulto_mayor

Morga, L. E. (2012). *Teoría y Técnica de la entrevista* (Primera edición ed.). Estado de México: Red Tercer Milenio S.C. Recuperado de http://www.aliat.org.mx/BibliotecasDigitales/salud/Teoria_y_tecnica_de_la_entrevista.pdf

Navarro, S., Rico, A., & Meléndez, M. (2011). Actividad y tiempo libre en la tercera edad. *Revista de Psicología de la Educación*, 5-24. Recuperado de https://www.uv.es/melendez/envejecimiento/Actividad%20tiempo%20libre.pdf

Nilton, C., Escobar, J., & Altamirano, J. (2006). *Demencia asociada a infección por virus de inmunodeficiencia humana tipo 1*. 243-254. Recuperado de http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v67n3/a08v67n3

Organización Mundial de la Salud. (2018). *Envejeciemiento y Salud*. Washington: OMS. Recuperado el 9 de Septiembre de 2019, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud

Organización Mundial de la Salud. (2019). *Demencia.* Washington: OMS. Recuperado el 3 de Noviembre de 2019, de https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia

Otero, A., María, V. Z., Rodríguez, Á., & María, G. (2006). *Relaciones sociales y envejecimiento saludable*. Fundación BBVA. Recuperado de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/otero-relaciones-01.pdf

Papalia, D. E., & Feldman, R. (2012). *Desarrollo Humano.* México D.F: Mc Graw.

Paredes, Y., Pinzón, Y., & Aguirre, D. (2018). *Funcionalidad de factores asociados en pacientes de San Juan de Pasto, Colombia*. Revista Ciencias de la Salud, 16(1), 114–128. Recuperado de https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6494

Pascale, M. (2008). *Cifosis y Lordosis*. Publice Standard, 1-29. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-ejer/version_imprimible_del_articulo__cifosis_y_lordosis.pdf

Pedraza, O., Salazar, A., Sierra, F., Soler, D., Castillo, P., Hernández, A., & Piñeros, C. (2016). Confiabilidad , validez de criterio y discriminante del Montreal Cognitive Assesment (MOCA). *Acta Médica Colombiana*. Recuperado el 20 de Diciembre de 2019, de http://www.scielo.org.co/pdf/amc/v41n4/v41n4a04.pdf

Peña, J., Brieva, P., Pérez, M., & Mendiola, A. (2002). *Fisiopatología de la lumbalgia* (Vol. 29). Madrid-España. Recuperado de https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-reumatologia-29-articulo-fisiopatologia-lumbalgia-13041270

Peña, L., Rodríguez, J., & Casas, L. R. (2001). Demencia en la enfermedad de Pick. *Revista Cubana Medicina Militar*, 130-131. Recuperado el 12 de Enero de 2020, de http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v30n2/mil10201.pdf

Perea, J. (2008). *Planeamiento Estratégco en la Dinámica Humana y Organizacional como producto de los procesos cognoscitivos*. Recuperado de https://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/psico/article/view/3891/3115

Piug, X. (2012). *Calidad de vida en la vejez- Estimulación Cognitiva* (Primera ed.). Santiago, Chile. Recuperado de http://adultomayor.uc.cl/docs/Estimulacion_Cognitiva.pdf

Real Academia Española. (2001). *Deterioro.* Madrid, España. Unidrae

Reisberg, B., Ferris, M. & Crook, T. (1982). *Escala de Global de deterioro cognitivo.* Recuperado de http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1957/mod_resource/content/89/Repositorio_Cursos/Archivos/Alzheimer/MODULO_II/UNIDAD_4/Estadiaje.pdf

Rodríguez, R. y G. Lazcano, (2007) *Práctica de la Geriatría.* Segunda edición. México. Recuperado de http://seminarioenvejecimiento.unam.mx/Publicaciones/libros/practica_geriatria.pdf

Rosselli, M. (2015). *Desarrollo de Habilidades visoespaciales.* Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, 175-200. Recuperado de ttps://revistannn.files.wordpress.com/2015/05/14-rosselli_desarrollo-habilidades-visoespaciales-enero-junio-vol-151-2015.pdf

Rosselli, M., Jurado, M., & Matute, E. (2008). *Las funciones ejecutivas a través de la vida*. Revista Neuropsicología y Neurociencias, 23-43. Mc Graw-Hill. Recuperado de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3987451

Ruzafa, J., & Damián, J. (2007). *Valoración de discapacidad fisica : El Índice de Barthel.* Revista Española de Salud Pública. Recuperado el 19 de Diciembre de 2019, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es.

Saá, N. B. (2011). *Lenguaje y Envejecimiento*. Escuela de Medicina, Pontificia Universidad Católica de Chile, 1-10. Recuperado de http://publicacionesmedicina.uc.cl/cuadernos/2006/lenguaje.pdf

Sánchez, G. I., & Peréz, M. V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cuba de Medicina Integral*. Recuperado el 8 de Septiembre de 2019, de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011

Segura, A., Garzón, M., Cardona, D., Segura, A., Cardona, A. (2016). *Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia.* Revista

Brasileira de Estudios de Populacao, 33(3), 613–628. Recuperado de https://doi.org/10.20947/S0102-30982016c0008

Soria, Z., & Jaciel, B. (2017). Envejecimiento y factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en el Estado de México. *Papeles de Población*. Recuperado de https://www.redalyc.org/jatsRepo/112/11252977003/html/index.html#redalyc_11252977003_ref40

Teuber, M. (2016). *Selección y Medición de Indicadores de Fragilidad Mental*. *Universidad de Concepción*. Recuperado de http://repositorio.udec.cl/jspui/bitstream/11594/1949/1/Tesis_Seleccion_y_Medicion_de_Indicadores_de_Fragilidad_Mental.Image.Marked.pdf

Tello, T., Alarcón, R., & Vizcarra, D. (2016). Salud Mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. Recuperado el 28 de Septiembre de 2019, de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021

Toro, J. (2010*). Demencia con cuerpos de Lewy*. *Acta Neural Colombia*, 1-3. Recuperado de https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_78-80.pdf

Vargas, L. (2017). *Deteriro Cognitivo y autonomía de la vida diaria en los adultos mayores del centro de atención integral de la provincia de tungurahua del cantón Ambato.* Amabato-Ecuador. Recuperado el 03 de Julio de 2020, de https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24810/2/Vargas%20Maisa%20Liz%20Ivonne.pdf

Veiga de Cabo, J., De la Fuente, D., & Zimmermann, M. (marzo de 2008). *Modelos de estudio en Investigación aplicada: Conceptos y Criterios para el diseño. Medicina y Seguridad del trabajo*. Recuperado de http://scielo.isciii.es/pdf/mesetra/v54n210/aula.pdf

Villarroel, G., & Month, E. (2012). *Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor.* Sincelejo, Colombia. Recuperado el 07 de Noviembre de 2019, de http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf

ANEXOS

ANEXO 1: Carta de Consentimiento informado

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr/a.: _____

Por medio de la presente, me dirijo a usted para solicitarle me autorice su participación en la investigación titulada

"Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria del adulto mayor." La presente investigación se llevará a cabo en la ciudad de Ambato durante 2 meses; la misma que es realizada por Diana Tamara Villamarín Semblantes, estudiante de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Sede Ambato. El objetivo de esta investigación es determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad de la vida diaria en adultos mayores de la cuidad de Ambato.

En esta carta se pide a más de su consentimiento para su participación en esta investigación que se permita usar la información obtenida con fines académicos. En el caso de su aceptación, tendrá que llenar una ficha sociodemográfica y se le aplicará una evaluación psicológica entorno a las temáticas señaladas; la misma que tiene una duración promedio de 30 minutos por persona, para lo cual se ha planificado y coordinado conjuntamente con las autoridades del centro de día para el adulto mayor "Vida a los Años" en un horario conveniente para cada uno de los pacientes en la ejecución de la investigación.

Su participación será anónima y su nombre no aparecerá de ninguna parte de los informes de la investigación que se redactarán. Los datos obtenidos por los instrumentos de evaluación serán trasladados a una base de datos, los cuales serán regidos a un análisis de tal manera que justifique las preguntas expuestas en la presente investigación.

Si usted acepta la participación llene esta carta de consentimiento, fírmela y devuelva a la persona que le ha solicitado esta autorización. Si tiene cualquier pregunta pueda hacerla al momento de firmar este documento.

□ Permito mi participación en la investigación realizada por Escuela de Psicología de la PUCESA.

Firma del Participante

C.I. | | | | | | | | | | |

_____

ANEXO 2: Ficha Sociodemográfica

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

Tema de investigación: "Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria del adulto mayor".

Instrucciones: Lea detenidamente cada una de las indicaciones y marque con una X dentro del paréntesis en la respuesta correcta o complete la información solicitada.

Fecha de evaluación: _____

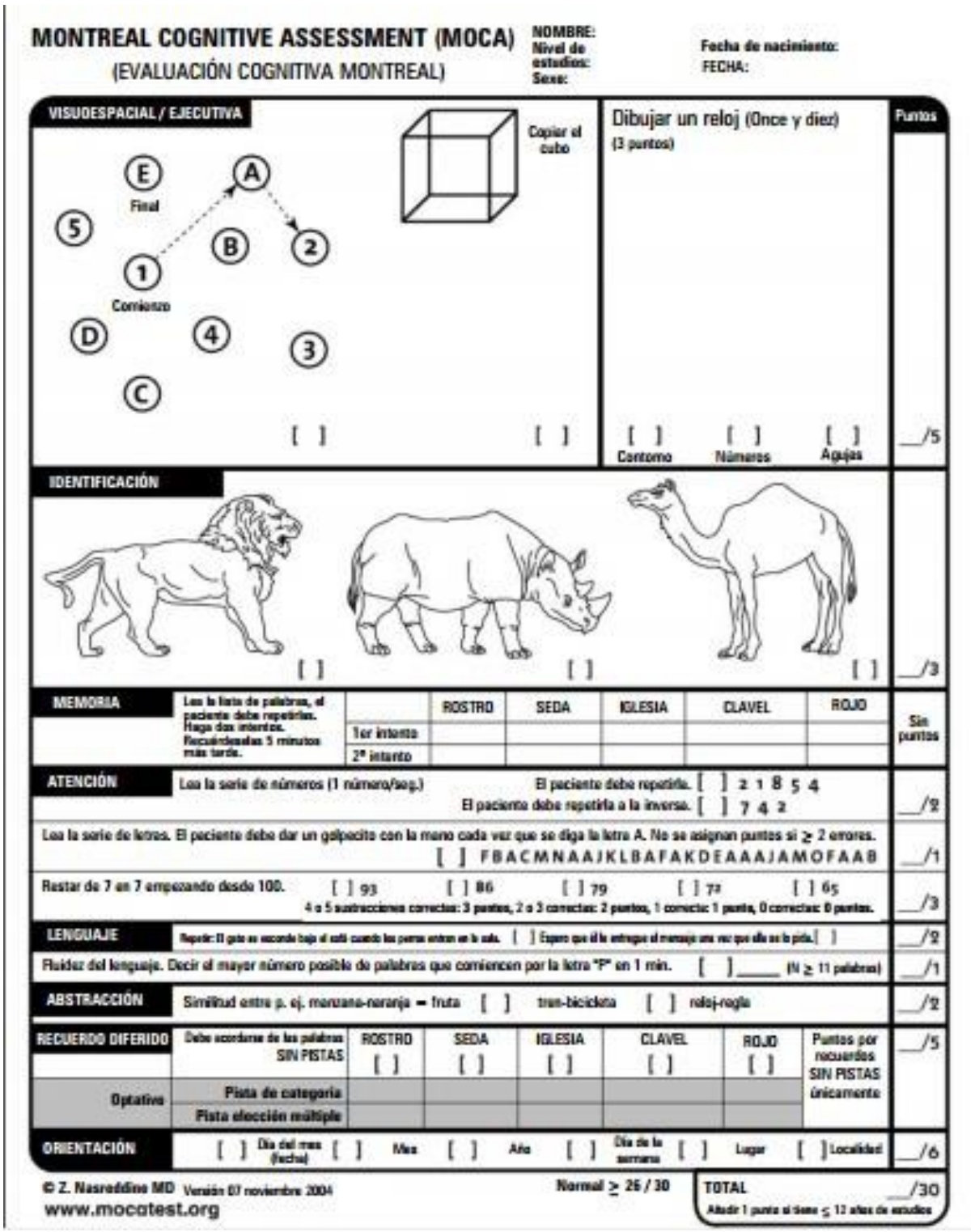
<table>
<tr><td colspan="2">DATOS DE IDENTIFICACIÓN</td></tr>
<tr><td colspan="2">Nombres y apellidos:</td></tr>
<tr><td>Edad:</td><td>Sexo:</td></tr>
<tr><td>Lugar y fecha de nacimiento:</td><td>Sector:
- Urbano ()
- Rural ( )</td></tr>
<tr><td>Domicilio:</td><td>Etnia a la que pertenece:</td></tr>
<tr><td>Estado civil:
- Soltera/o ( )
- Casada/o ( )
- Viuda/o ( )
- Unión libre ( )
- Tiene Pareja ( )</td><td>Profesión:</td></tr>
<tr><td colspan="2">Escolaridad</td></tr>
<tr><td>Nivel académico</td><td>Primaria Completa ( ) Primaria Incompleta ( )
Secundaria Completa ( ) Secundaria Incompleta ( )
Bachillerato ( )
Técnico ( )
Estudio universitario completo( )
Estudio universitario incompleto ( )
Posgrado ( )</td></tr>
</table>

Área social	
Relaciones con amistades?	Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
Relación con sus excompañeros de trabajo?	Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
Relación con los compañeros del centro geriátrico?	Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
Situación laboral en el pasado	Empleado público ( ) Empleado privado ( ) Independiente ( ) Jubilado ( ) Recibe ayuda económica de algún familiar ( )
Percepción de la salud física	
Estado de salud física actual:	Bueno ( ) Regular ( ) Malo ( )
Padecimiento de alguna enfermedad?	Si ( ) ¿Cuál es? (_____) No ( )
¿Recibe tratamiento médico?	Si ( ) ¿Cuál es? (_____) No ( )
Percepción de la salud mental	
Presenta algún tipo de problema psicológico?	Si ( ) ¿Cuál es? (_____) No ( )
¿Recibe tratamiento psicológico?	Si ( ) ¿Cuál es? (_____) No ( )
¿Tiene antecedentes de enfermedades psicológicas familiares?	Si ( ) ¿Cuál es? (_____) No ( )
¿Recibe tratamiento psiquiátrico?	Si ( ) Diagnóstico: _____ No ( )
¿Toma algún tipo de fármaco?	Si ( ) - Antidepresivos( ) - Ansiolíticos ( )

	- Antipsicóticos ( ) - Otros ( ) ¿Cuál?_____ No ( )
Situación Socioeconómica	
Situación económica familiar	A Alto: ( ) B Medio Alto ( ) C Medio bajo ( ) D Bajo ( )
Área Familiar	
Incluyéndose usted, ¿Cuántas personas viven en su hogar? ----------	
Además de usted, ¿Quienes viven en su hogar?	
- **Pareja**	Si ( ) No ( )
- **Hijos**	Si ( ) No ( )
- **Nietos**	Si ( ) No ( )
- **Bisnietos**	Si ( ) No ( )
- **Otros familiares**	Si ( ) No ( )
- **Conocidos**	Si ( ) No ( )
- **Vive sola**	Si ( ) No ( )
¿Con quién pasa más tiempo?: Hijos: ( ) Pareja ( ) Cuidador ( ) Otros( ) ----------	

¡¡ GRACIAS POR SU COLABORACIÓN ¡¡

ANEXO 3: EVALUACIÓN COGNTIVA MOTEREAL MOCA



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:
Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA — Puntos

Copiar el cubo

Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)

[ ] Contorno [ ] Números [ ] Agujas

/5

IDENTIFICACIÓN

[ ] [ ] [ ]

/3

MEMORIA — Sin puntos

Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.

	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
1er intento					
2º intento					

ATENCIÓN

Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [ ] 2 1 8 5 4

El paciente debe repetirla a la inversa. [ ] 7 4 2

/2

Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.

[ ] F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B

/1

Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [ ] 93 [ ] 86 [ ] 79 [ ] 72 [ ] 65

4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.

/3

LENGUAJE

Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [ ] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. [ ]

/2

Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [ ] _____ (N ≥ 11 palabras)

/1

ABSTRACCIÓN

Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [ ] tren-bicicleta [ ] reloj-regla

/2

RECUERDO DIFERIDO

	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	[ ]	
Optativo	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						

/5

ORIENTACIÓN

[ ] Día del mes (fecha) [ ] Mes [ ] Año [ ] Día de la semana [ ] Lugar [ ] Localidad

/6

© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004
www.mocatest.org

Normal ≥ 26 / 30

TOTAL /30

Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios

ANEXO 4: ÍNDICE DE BARTHEL DE ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA

2.5.2. Índice de Barthel

Ítem	*Actividad básica de la vida cotidiana*	*Puntos*
Comer	– Totalmente independiente – Necesita ayuda para cortar carne, pan, etc. – Dependiente	10 5 0
Lavarse	– Independiente. Entra y sale solo del baño – Dependiente	5 0
Vestirse	– Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos – Necesita ayuda – Dependiente	10 5 0
Arreglarse	– Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. – Dependiente	5 0
Deposiciones*	– Continente – Ocasionalmente algún episodio de incontinencia o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas – Incontinente	10 5 0
Micción*	– Continente o es capaz de cuidarse de la sonda – Ocasionalmente, máximo un episodio de incontinencia en 24 horas, necesita ayuda para cuidar de la sonda – Incontinente	10 5 0
Usar el retrete	– Independiente para ir al váter, quitarse y ponerse la ropa – Necesita ayuda para ir al váter, pero se limpia solo – Dependiente	10 5 0
Trasladarse	– Independiente para ir del sillón a la cama – Mínima ayuda física o supervisión – Gran ayuda pero es capaz de mantenerse sentado sin ayuda – Dependiente	15 10 5 0
Deambular	– Independiente, camina solo 50 metros – Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros – Independiente en silla de ruedas sin ayuda – Dependiente	15 10 5 0
Escalones	– Independiente para subir y bajar escaleras – Necesita ayuda física o supervisión – Dependiente	10 5 0

* Valorar la semana previa.

Puntuación total: _____