ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Tema:

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SAN PEDRO DE PELILEO

Proyecto de Investigación previo a la obtención del título de Psicóloga Clínica

Línea de Investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

VERÓNICA CATALINA CHANGO MACHUCA

Directora:

PS. MG. WENDY TAMARA NARANJO HIDALGO

AMBATO – ECUADOR

OCTUBRE 2020

PONTIFICIA UNIVERSIDAD DEL ECUADOR

SEDE AMBATO

HOJA DE APROBACIÓN

Tema:

FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SAN PEDRO DE PELILEO

Línea de Investigación:

SALUD Y GRUPOS VULNERABLES

Autora:

VERÓNICA CATALINA CHANGO MACHUCA

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

Catherine Nataly Shuguli Zambrano, Psc. Mg. f._____
CALIFICADORA

Paúl Marlon Mayorga Lascano, Dr., Mg. f. _____
CALIFICADOR

Varna Hernández Junco, Mg. PhD. f. _____
DIRECTORA DE LA ESCUELA DE PSICOLOGÍA

Hugo Rogelio Altamirano Villaroel, Dr. f. _____
SECRETARIO GENERAL PUCE-A

Ambato – Ecuador

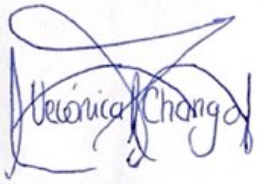
OCTUBRE 2020

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo, **VERÓNICA CATALINA CHANGO MACHUCA**, portadora de la cédula de ciudadanía No. **1804801627**, autora del trabajo de graduación intitulado: FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTÓN SAN PEDRO DE PELILEO, previo a la observación del título profesional de **PSICOLOGA 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 el derecho de autor.
2. Autorizo a la Pontificia Universidad Católica del Ecuador a difundir a través del sitio web de la Biblioteca de la PUCE Ambato, el referido trabajo de graduación, respetando las políticas de propiedad intelectual de la Universidad.

Ambato, OCTUBRE 2020



VERÓNICA CATALINA CHANGO MACHUCA
C.I. 1804801627

AGRADECIMIENTO

En primera instancia gracias eternas a Dios y a la Virgen María por darme a mis dos personas esenciales mi Mamá y mi Tía, también, por bendecirme todo este transcurso de estudios que brindaron sabiduría para poder enfrentar cada uno de los obstáculos de la vida.

Además, mi gratitud al Grupo de Adultos Mayores de la Matriz, Chumaqui y Guadalupe del Cantón Pelileo que tuve el gusto de conocerlos en mi lapso de pasantías. Por la cual compartí tiempo de calidad y también, enseñarme que aun al llegar a la vejez ellos, no se olvidan que tiene su niño interior.

Agradezco; también, a mi querida tutora Psc. Tamara Naranjo por su guía, experiencia, sobre todo la paciencia por la cual me ha brindado de sus conocimientos y apoyo en la ejecución del presente trabajo de investigación.

La gran amistad que forme en el transcurso universitario estoy agradecida con: Monserrath, Marjorie y Carla por su compañerismo y los momentos de calidad, que se compartieron.

Muy agradecida por la existencia de mis dos mejores amigas: Ada Mary quien me enseñó a ver el mundo más allá de la realidad y ser mi gran confidente. Kimberly mi tierna amiga que me enseña cada instante que no importa la distancia, ella siempre estará presente por medio de mensajes de apoyo; además, me brinda felicidad.

Finalmente, estoy muy agradecida con algunas personas que llegaron a mi vida en tiempos distintos. Las cuales me brindaron sus palabras de aliento; además, los estimo de corazón y los quiero mucho por existir.

“El compromiso de seguir adelante pase lo que pase” Alexander A.

“No deje que nadie le haga sentir menos y mucho menos que necesite de ellos” Sandy S.

“Exígete, no te conformes, vive y sonríe” Daniela, Felipe, Matías y Juan Diego R.

Verónica

DEDICATORIA

A mi pequeña familia que son mi trípode y me enseñaron que con amor podemos superan las dificultades juntas.

A mi Tía Rosa que la considero como mi segunda madre porque su arduo trabajo, dedicación son mi admiración hacia ella y que a pesar de las circunstancias siempre ha está para mí, con su apoyo incondicional logre alcanzar mi mayor sueño de obtener mi título profesional.

A mi querida Adita, a ella que le consideró como mi hermana, por el apoyo que me ha demostrado durante estos 5 años de excelente amistad; además, me ha inspirado a ser mejor y nunca rendirme.

De manera muy especial a mi Mamá María que siempre supo alentarme y apoyarme en cada instante de mi vida, porque me diste la vida, porque velas mis sueños y si tengo pesadillas siempre estas junto a mi para cuidarme, por tus palabras y amor incondicional. Además, por enseñarme a ser fuerte en tiempos de crisis y que de peores enfermedades siempre saldremos adelante y la venceremos cada día.

Te amo mamita, mi luchadora.

Verónica

RESUMEN

La presente investigación tiene como objetivo determinar la relación existente entre el funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores del Cantón San Pedro de Pelileo. Por lo, que se establece un estudio descriptivo de tipo correlacional de corte trasversal en una muestra de 60 adultos mayores con un rango de edad entre 65 a 84 años. Los instrumentos de evaluación utilizados fueron la Ficha Sociodemográfica, Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12) y el test de Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA). Como resultados, se destaca un deterioro moderado menor (30%), sin deterioro (15%) y con deterioro leve (55%), con respecto a los dominios cognitivos, se evidencia una correlación positiva **p<0,01 en el área visoespacial, identificación, memoria, atención, lenguaje y orientación. Del mismo modo en la parte funcional, se obtuvo significancia en lenguaje y orientación; además, una significancia indirecta negativa *p<0,05 con el dominio de memoria en el malestar psicológico. Finalmente, en el grupo de adultos mayores obtienen deterioro cognitivo; además, se evidenció que tiene una mayor funcionalidad social y una probabilidad de que con el paso de los años puedan tener un malestar psicológico, para contrarrestar estas falencias cognitivas y como un aspecto importante es trabajar en estimulación neuropsicológica, con el propósito de evitar un declive muy temprano.

Palabras clave: *adulto mayor, funcionamiento social, cognición, deterioro*

ABSTRACT

*The present research must like objetive determine the existing relationship between social and cognitive functioning in elderly adults in the city of San Pedro de Pelileo. Reason why a descritive study of correlational type of a cross-sectionalin in a sample of 60 elderly adults with rank of age between 65 to 84 years settles down. The evaluation instruments used were the socio-demographic record, The General Health of Goldberg (GHQ12) and the Montreal Cognitive Assessment (MOCA). As results a smaller moderate deterioration stands out (30%), without deterioration (15%) and wiht sligth deterioration (55%), with respect to the cognitive domains a positive correlations is demostrated **p<0,01 in the visuospatial zone, identification, memory, attention language and orientation. In the same way in the funtional part one obtained significance in language and orientation; in addition a negative indirected significance *p<0,05 with the dominion to memory in the psychological unrest. Finally in the group of elderly adults they obtain cognitive deterioration in adittion it was demonstrated that it has a greater social funcionality and a probability that with the passage of the years they can have a psychological unrest to counteract these cognitive deficiencies and as an important aspect is to work in neuropsychological stimulation in order to avoid a declivity very early.*

Key words: elderly adults, social functioning, cognition, deterioration

ÍNDICE GENERAL DE CONTENIDOS

DECLARACIÓN DE AUTENCIDAD Y RESPONSABILIDAD iii
AGRADECIMIENTO……...……iv
DEDICATORIA…….v
RESUMEN……vi
ABSTRACT……..vii
INTRODUCCIÓN.....1
CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA 6
1.1 Funcionamiento social en el Adulto Mayor 6
1.1.1 Definición del Funcionamiento Social.....6
1.1.2 Conceptualización del Funcionamiento Social 7
1.1.3 Sintomatología del Funcionamiento Social.....8
1.2 Modelos explicativos del Funcionamiento Social.....9
1.3.1 Ansiedad.....11
1.3.2 Tensión.....12
1.3.3 Confianza 13
1.3.4 Depresión 14
1.3.5 Energía 15
1.3.6 Insomnio.....16
1.4 Funcionamiento cognitivo en el Adulto Mayor 17
1.4.1 Conceptualización del Funcionamiento Cognitivo 17
1.4.2 Teorías psicológicas del envejecimiento.....18
1.4.3 Envejecimiento normal 20
1.5 Psicobiología del envejecimiento.....21
1.6 Envejecimiento patológico neurocognitivo.....22
1.7 Alteraciones neuropsicológicas.....23
1.7.1 Atención 23
1.7.2 Concentración 24
1.7.3 Funciones ejecutivas 25
1.7.4 Memoria 26
1.7.5 Lenguaje.....27
1.7.6 Capacidades visuoconstructivas.....28

1.7.7 Cálculo 29
1.7.8 Orientación 30
CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO 31
2.1 Paradigma, modalidad y alcance de la Investigación 31
2.2 Técnicas y herramientas de la investigación 32
2.3 Población de la Investigación 36
2.4 Procedimiento Metodológico 51
CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN 52
3.1 Análisis del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12) 52
3.1.1 Análisis del Cuestionario de Salud General de Goldberg entre la Variable de ocupación 54
3.1.2 Análisis del Cuestionario de Salud General de Goldberg entre la Variable de asistencia 55
3.2 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a los Dominios Cognitivos. 56
3.2.1 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a la Distribución de los Índices de Severidad del Deterioro Cognitivo. 57
3.2.2 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a la Variable Deporte 59
3.2.3 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a la Variable de asistencia 60
3.2.4 Análisis de Correlación entre la Función Social y la Función Cognitiva 60
CONCLUSIONES 63
RECOMENDACIONES 65
ANEXOS 81
Anexo 1 82
Anexo 2 83
Anexo 3 85
Anexo 4 87

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 2. 1 Dimensiones del Cuestionario de Salud General de Goldberg 35
Tabla 2. 2 Dimensiones de la Escala de Evaluación Cognitiva Montreal 36
Tabla 2. 3 Variables sociodemográficas de la muestra de estudio 37
Tabla 2. 4 Variables de la salud en la ficha sociodemográfica 42
Tabla 3. 1 Distribución de los índices de las funciones sociales 52
Tabla 3. 2 Correlación GHQ12 – Ocupación 54
Tabla 3. 3 Correlación GHQ12 – Asistencia 55
Tabla 4. 1 Análisis de los Dominios Cognitivos MOCA 56
Tabla 4. 2 Distribución de los índices de severidad del deterioro cognitivo 57
Tabla 4. 3 Correlación Bivariados MOCA – Deporte 59
Tabla 4. 4 Correlación Bivariados MOCA – Asistencia 60
Tabla 4. 5 Correlación entre las variables del funcionamiento social y cognitivo 61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 2. 1 Representación Gráfica de la Variable de la Edad 38
Gráfico 2. 2 Representación Gráfica de la Variable de Sexo 38
Gráfico 2. 3 Representación Gráfica de la Variable de Sector 39
Gráfico 2. 4 Representación Gráfica de la Variable de Escolaridad 39
Gráfico 2. 5 Representación Gráfica de la Variable de Estado Civil 40
Gráfico 2. 6 Representación Gráfica de la Variable de Ocupación 40
Gráfico 2. 7 Representación Gráfica de la Variable de Tiempo 41
Gráfico 2. 8 Representación Gráfica de la Variable de Hipertensión 43
Gráfico 2. 9 Representación gráfica de la Variable de Diabetes 43
Gráfico 2. 10 Representación gráfica de la Variable de Depresión 44
Gráfico 2. 11 Representación gráfica de la Variable de Gastritis 44
Gráfico 2. 12 Representación gráfica de la Variable de Estrés 45
Gráfico 2. 13 Representación gráfica de la Variable de Osteoporosis 45
Gráfico 2. 14 Representación gráfica de la Variable de Artritis/Artrosis 46
Gráfico 2. 15 Representación gráfica de la Variable de Ocio 46
Gráfico 2. 16 Representación gráfica de la Variable de Tabaco 47
Gráfico 2. 17 Representación gráfica de la Variable de Salud – Alcohol 47
Gráfico 2. 18 Representación gráfica de la Variable de Sueño 48
Gráfico 2. 19 Representación gráfica de la Variable de Medicación 48
Gráfico 2. 20 Representación gráfica de la Variable de Deportes 49
Gráfico 2. 21 Representación gráfica de la Variable de Percepción de Salud 49
Gráfico 2. 22 Representación gráfica de la Variable de Síntomas de Salud 50

INTRODUCCIÓN

En el presente trabajo de investigación sobre las funciones sociales y cognitivas del adulto mayor, se sustenta en varios estudios, Palacios y Morales (2011) afirma que el rendimiento de las funciones cognitivas disminuye con el paso del tiempo; por lo cual, se ha demostrado que esta afirmación, se relaciona con las tareas específicas a las, que se enfrentan el individuo; de esta manera la alteración de las capacidades mentales superiores es un tema de gran importancia, que comparte implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados, a su vez el envejecimiento tiene un papel muy importante en la sociedad sin embargo, no se les reconoce como es.

Por otra parte, se identificó un estudio realizado por Rodríguez (2008) sobre la función social en la vejez que es discutible por las falencias al pasar de los años de las personas, donde, se les dificulta relacionarse con su medio social reprimiéndose y, se aíslan de la misma comunidad. Así mismo indica que "La persona adulta mayor es percibida como un elemento importante en la sociedad y que su función es considerada como una herramienta útil sí, se busca crecimiento y fortalecimiento social" (p.31). Entonces para tener un excelente rol social con las personas de la tercera edad es añadir actividades y hábitos saludables para fomentar y potenciar las relaciones sociales en la vejez.

Además, varios estudios sobre la funcionalidad social en los adultos mayores, mencionan que existen factores que afectan el desenvolvimiento con su medio social, las personas de la tercera edad experimentan componentes como la ansiedad, depresión entre otras. Según Franco-Fernández y Antequera-Jurado (2009), refiere que "Los ancianos, por ejemplo, desarrollan estrategias que les permiten enfrentarse con pérdidas frecuentes y están más dotados que los más jóvenes para hacerlo con éxito" (p.37). Así que al envejecer; además, de sus conocimientos de toda su vida tienen estrategias para poder sobresalir de los problemas o de alguna enfermedad, actúan de una manera más rápida e inteligente.

En otro estudio sobre la función cognitiva en los adultos mayores donde, se tiene por conocimiento que el deterioro cognitivo es de mucha importancia y que al avance de la edad; también, es uno de los principales problemas cognitivos. En el siguiente artículo científico según Brewster et al. (2014) señala que "La disminución de la función cognitiva en los adultos mayores es un importante problema de salud pública y personal" (p.846). Por tanto, la falta de actividades recreativas intelectuales como de interacción social en la vida de una persona mayor es afectada al rendimiento cognitivo por alguna perdida de sus funciones y con ello; también, sus roles sociales porque aquellos adultos mayores al llegar a un estilo de vida más restringida piensan que no son útiles para la misma sociedad y

mejor optan por aislarse de su sociedad.

En la siguiente investigación según Samper, Llibre, Sánchez y Sosa (2011), determina que las funciones cognitivas son de alta atención en lugares hospitalarios o grupos de adultos mayores, que existen alteraciones cognitivas donde les lleva a deterioros y hasta enfermedades como el Alzheimer, con los test psicométricos utilizados y; además, con el avance del envejecimiento que implica alteraciones de algunas funciones ejecutivas que evolucionaron a una afasia progresiva a una demencia frontotemporal, perjudica a las actividades mentales como la memoria, orientación, razonamiento lógico que son repercusiones del mismo deterioro cognitivo, lo dejan en un aislamiento no solo familiar si no a la vez de su medio social.

En un artículo de cognición y los adultos mayores según Cancino, Rehbein y Ortiz (2018), refiere que "Los estudios del funcionamiento cognitivo en los adultos mayores, se han orientado a medir diferentes procesos cognitivos, especialmente memoria, atención, orientación, habilidades visoespaciales y lenguaje, incluyendo; además, su rol en el envejecimiento activo" (p.315). En otras palabras, las funciones cerebrales en la tercera edad son de importancia para el desempeño que cumplen en su diario vivir; además, cada una de las experiencias y conocimientos de las personas mayores que brindan a la sociedad y a la vez un apoyo social.

Finalmente, en el trabajo elaborado por García, Moya y Quijano (2015) indica que "En cuanto a la dimensión social y psicológica del adulto mayor, puede verse afectada por la concepción negativa de la vejez, que le genera exclusión por parte de la sociedad" (p.398). Dicho de otro modo, los cambios cognitivos y la percepción de la exclusión social pierde el rol que desempeña con su entorno social, de esta manera los adultos mayores, se encuentran en una constante búsqueda de un nuevo grupo de personas que compartan las mismas ideas y lo mismo de las condiciones de edad; en si la vejez afecta la vida cotidiana de los adultos mayores en su aspecto psicológico y social.

Situación problémica y planteamiento del problema

Parte desde los distintos artículos científicos mencionados, se realizó a través de la ficha sociodemográfica, las observaciones participantes que verifican la existencia de problemas en la función cognitiva en especial la memoria, lenguaje, área vicio espacial, razonamiento, atención, orientación, entre otros; además, en la función social usualmente tiene complicaciones en sus roles con el medio y que hay actividades que no les permite realizar ciertas acciones que antes lo frecuentaban hacer y esto les produce ansiedad, estrés y, se aíslan de su vida cotidiana. Igualmente, esta investigación sirve para recomendar actividades mentales que puedan realizar personas de la tercera edad para un mejor desempeño en la función cognitiva y a la vez; también, incorporar asuntos sociales para los adultos mayores y de esta forma, se incluyan en el grupo y con su medio social.

Brevemente, se examina indicadores principales del funcionamiento social que son: Ansiedad, tensión, confianza, depresión, energía e insomnio que son factores que influyen en la vejez. Según Zapata (2001) menciona que estos elementos son de mucha importancia en la salud y para el desenvolvimiento de la persona mayor, es necesario resaltar que si hay alguna molestia en su diario vivir estos componentes afectarán la actividad que frecuentan; por otro lado, su rol social va en descenso por las afecciones que tiene cada uno de estos malestares al pasar de los años y esto por consecuencia les mantiene alejados de sus amigos, familiares y en sí de su misma sociedad.

Por lo tanto, las dos variables estudiadas en el trabajo de investigación como la función social y la función cognitiva son de mucha importancia para la población. Dicho de otro modo, el envejecer es prioritario para las personas por lo mismo que es un ciclo vital que todos cumplirán; además, las experiencias y los conocimientos aprendidos por cada uno de los adultos mayores son de gran aporte para la juventud, las actividades que ellos realizan tanto física como cognitiva en el grupo son de apoyo para su colectividad y para su rol social.

HIPÓTESIS

Existe una relación entre el funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores

OBJETIVOS

Objetivo General

Determinar la relación existente entre el funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores.

Objetivos Específicos

• Fundamentar los aspectos teóricos del funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores.

• Evaluar el funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores.

• Realizar un estudio estadístico correlacional entre las variables del funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores.

• Elaborar un informe de investigación final con los resultados, las conclusiones y sugerencias alcanzadas.

Metodología

La metodología por tratar es descriptiva porque busca dar características sociales y cognitivas, de tipo correlacional entre el funcionamiento social y cognitivo con corte trasversal en una muestra de Adultos Mayores. El aporte de esta investigación será corroborar que el funcionamiento social como el cognitivo son de gran influencia en las actividades en el adulto mayor y de esta manera, se va a mejorar la calidad de vida, sus relaciones sociales y su funcionamiento cognitiva.

Justificación

La investigación es útil para determinar la relación existente entre el funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores del Cantón San Pedro de Pelileo. Pues, se observa que, durante el paso de los años, las personas de la tercera edad y sus funciones sociales son activas; pero hay actividades tanto físicas como mentales que ya no realizan y con esto los adultos mayores, se aíslan de su rol social.

Es así que la investigación es actual y factible para las dos variables entre función social y cognitiva que; además, pueda generar una relación en sus roles sociales con las funciones mentales. Por tanto, indagar en la situación de las personas de la tercera edad resulta muy

pertinente y necesario para lograr una mejora en su desempeño cognitivo y la relación con el medio que les rodea en su diario vivir.

Dado que en la vejez los niveles de dificultad en relacionarse con su medio social dependen de: la ansiedad, tensión, confianza, depresión, energía e insomnio en la que los adultos mayores presentan y afrontan; por lo cual, se le obstaculiza hacer amistades o en sí mismo aceptarse e integrarse con su sociedad, de esta manera, se obtendrá conocimiento de la funcionalidad y el malestar psicológico, mientras tanto en el nivel cognitivo: la atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visuoconstructivas, calculo y orientación son afectadas por el transcurso del tiempo, de esta forma con los resultados, se corroborara las falencias y dificultades que tienen las personas al envejecer.

Además, los resultados de este estudio permitirán incrementar actividades neuropsicológicas para una mejor actividad cerebral del adulto mayor. Por otra parte, en su rol social de mantenerlos dentro de actividades recreacionales con integración con sus familiares, amigos y la misma comunidad.

CAPÍTULO I. ESTADO DEL ARTE Y LA PRÁCTICA

1.1 Funcionamiento social en el Adulto Mayor

1.1.1 Definición del Funcionamiento Social

Son las condiciones sociales en la cual los adultos mayores carecen de inactividad o actividades sociales “Son una vía para afirmar un sentido de identidad positivo y para desarrollar nuevos roles que trascienden la cotidianeidad de la familia y, se amplían al ámbito más comunitario” (Ramos, 2015, p.15). Los roles dentro de la función social en los adultos mayores son importantes para dar un sentido a la vida y en si estar incluidos en un medio comunitario, que se relaciona en su medio social y poder identificarse con las demás personas y que el rol de las personas mayores, se enfoque en sus relaciones interpersonales, con el fin de que el medio social reconozca que los adultos mayores; también, tienen un espacio con la sociedad.

El funcionamiento social también, se lo asume como una “Incidencia o de impacto que la intervención profesional en las relaciones sociales involucradas en el objeto de intervención” (Montoya, 2002, p. 12). Por lo cual, los adultos mayores necesitan trabajar con su medio social y cumplir los roles sociales con ayuda de profesionales que ayuden a integrarlos en su comunidad, para poder resaltar las necesidades que tienen los adulto mayores, se motivan con nuevos proyectos que busquen superar las barreras de la sociedad, para fomentar un estilo de vida activa, saludable lejos del sedentarismo y puedan así integrarse en la misma comunidad y brindarles nuevas experiencias a sus familiares y personas de su entorno.

En la vejes las funciones sociales es un gran detonante en la realización de actividades interpersonales y con ello relacionarse con su vida cotidiana con “La intervención social radica la regulación de la conducta de la población considerado como normal y como, se generan dispositivos con propósitos de contención o de estimulación” (Saavedra, 2015, p.142). Los mayores en condiciones de disfrutar los placeres de la vida tienen una necesidad de cumplir sus etapas vitales, sus estímulos intelectuales, su afectividad, su rol social que conlleva a seguir pertenece al vinculo social de la que por derecho forman parte en su proceso de envejecimiento.

1.1.2 Conceptualización del Funcionamiento Social

El funcionamiento social en los adultos mayores, se basa en distintas conceptualizaciones que ayuda a tener más información sobre, "La evaluación de la calidad de las relaciones que mantenemos con la sociedad y con la comunidad" (Keys, 1998, p.122). Para los adultos mayores relacionarse con el medio y en si con la comunidad es de importancia, necesitan ser reconocidos e incluidos dentro de un grupo social, el bienestar y la integración es de importancia para la gente mayor para tener sentido de vida y pertenecer a un grupo social, para implantar sus conocimientos, cualidades para los adultos mayores, se mantengan dentro de una sociedad y de la misma comunidad.

El funcionamiento social también, se encuentra relacionado con la confianza que el adulto mayor tenga con su medio social y con ello la misma comunidad. Según Bandura (1997) citado por Olivari y Urra, (2007) señala que "Las creencias en nuestra capacidad para organizar y llevar a cabo acciones capaces de lograr determinados objetivos" (p.9). En si la autoeficacia en el adulto mayor, se estanca en pocas instancias, si no están incluidos en un medio social no podrán relacionarse y cumplir sus objetivos, la mayoría de las personas adultas mayores necesitan jugar un papel importante y productivo para poder sostenerse económicamente y ser reconocidos por la sociedad.

Las conceptualizaciones del funcionamiento social en la vejez son de importancia para entender los roles que en este estadio cumplirían en su ámbito social y; también, familiar para su mejor desenvolvimiento y mientras tanto "El conocimiento social sobre un objeto de representado y es constituido por la relación entre el sujeto, el objeto y las personas que hacen parte del contexto social" (Sánchez-Nítola & Ramírez-Cortázar, 2018, p.27). Por la cual, el adulto mayor al estar integrado o forma parte de un grupo, se siente parte de una gran sociedad, ser reconocidos, brindar sus conocimientos, sabiduría y gran parte de aprendizaje de su vida cotidiana.

La función social en la etapa del adulto mayor es muy distinta sobre todo en la sociedad y en sus relaciones con su medio por la cual "Contiene aspectos de habilidades sociales, personalidad del individuo, actitudes, comunicación y sobre todo cobra sentido en la interacción con los otros miembros" (Aritzeta & Ayestarán, 2003, p. 61). La vejez, se toman más espacio en el entorno con la posibilidad de hacerse conocer en su medio

social en los que están integrados, con la finalidad de ser reconocidos y reconozcan sus actividades biopsicosociales y el rol que cumple por ser parte del mundo.

1.1.3 Sintomatología del Funcionamiento Social

En la siguiente investigación según Barros (1992) citado por Bravo y Caro (2002) indica que, como sintomatología dentro de la función social en la vejez, "Debe enfrentar, entonces, una serie de cambios psicológicos entre ellos la disminución del soporte social y una pérdida notable en la estima de sí mismo" (p.89). Representa que en la funcionalidad de las personas de la tercera edad existen varias sintomatologías donde afectarán la vida cotidiana del adulto mayor y así afectar el bienestar psicológico y social que tienen con su medio; además, el rol social en la vejez es un aporte para la juventud, no solo por la enseñanza si no; también, como aporte a la experiencia de los años que han vivido en su entorno y en la misma sociedad.

Es importante señalar que la sintomatología en las personas adultas mayores dentro del ámbito de la funcionalidad social es necesario para el desenvolvimiento con el medio social y; además, relacionarse en nuevas cosas de la actualidad. El siguiente artículo según Llanes, López, Vázquez y Hernández (2015), indica que en un grupo de sujetos al alcanzar el envejecimiento tienen una diversidad de situaciones o factores psicosociales que dificultan su relación con el medio que los rodean. Dicho de otra manera, las personas al envejecer tienen una gran necesidad de ser escuchados, la pérdida de roles sociales, temor a la muerte, ansiedad, depresión, calidad de vida, energía y su propia saludad mental y física, cada una de estas les coloca en un lugar de riesgo individual al llegar a la vejez.

La sintomatología en si es el conjunto de características, que se encuentran asociados al funcionamiento social en las personas de la tercera edad; por lo cual, los "Cambios que producen tendencia a la dependencia, rigidez psíquica, dificultad de acomodación a un medio diferente, retracción del campo de intereses, reducción de las relaciones interpersonales y de la participación en actividades sociales" (Genua, et al, 2002, p. 960). Cada uno de estos malestares que ocurren en los adultos mayores dificultan a relacionarse con su medio social; además, afectan el desenvolvimiento con los demás y; también, la misma comunicación con su entorno; por lo tanto, los vínculos interpersonales con la sociedad, se enfocan mucho por sus condiciones y roles sociales que en la vejez

cumplirán para no aislarse y mantenerse conjunto con los demás y de esta forma realizar su etapa de vida en el envejecimiento.

1.2 Modelos explicativos del Funcionamiento Social

Desde un enfoque social dentro de los modelos explicativos del funcionamiento social, se obtiene una investigación científica desde una orientación de la vulnerabilidad; entonces el funcionamiento social tiene como importancia los roles que cumplen los adultos mayores. Según Sánchez-González y Egea-Jimenez (2011) menciona lo siguiente "De que estructuras y procesos socioespaciales dinámicos, determinantes de la vulnerabilidad de las personas y grupos desfavorecidos, enfatizando la comprensión de las condiciones de vida cotidiana de los individuos" (p.153). La sociedad cumple un rol especial tanto en un grupo, comunidad o en sí mismo en las personas y más en los adultos mayores, por situaciones de años han sido deslindados de sus roles y de la sociedad en sí, con el objetivo de que cumplan un papel importante en la misma sociedad.

En un enfoque sistémico sobre los estudios de la función social, según Cadenas, Arnold, y Urquiza (2014) indica que "Las organizaciones surgen antes de los cambios evolutivos que dieron forma a la sociedad contemporánea; no obstante, es con ella que su rol y generalización, se asienta" (p.260). En efecto la sociedad cumple varios objetivos en los individuos y más aún los roles, que se involucran los adultos mayores en su medio social, en si relacionarse con las personas que lo rodean con el fin de ser integrados en el medio social y la comunidad reconozca las actividades que aportan con sus conocimientos obtenidos en todo su tiempo de vida.

En un modelo social y de adaptabilidad en los adultos mayores que tiende a indicar los cambios al envejecer y con ello también, se involucra la parte social de cada adulto mayor muestra que "La sociología solo abraza con entusiasmo la consideración de la vejez o el proceso de envejecimiento cuando la idea de las edades de vida y las experiencias que tienen lugar dentro de ellas tienen un componente social" (Pérez, 2016, p.210). Puesto que la misma sociedad considera que el proceso de vejez es un estilo de vida de las personas adultas y que mediante la experiencia obtenía por sus años que ayuda a la sociedad y en fin a desenvolverse como personas útiles en su medio relacional.

Dentro del enfoque socio constructivista demuestra que la sociedad está involucrada con los adultos mayores por la cual señala que el "Envejecer constituye un proceso complejo, y

la vejez una construcción social, ello abre un nuevo campo de problemas para las políticas públicas" (Berriel, Pica, & Zunino, 2017, p.7). Esto genera una amplia construcción social y de utilidad para las personas adultas mayores que son beneficiarios de leyes y apoyo biopsicosocial por ende las comunidades conforman instituciones públicas que brindan soporte al adulto mayor para que reciban ayuda a nivel social y así poder involucrarse con su medio.

1.3 Funcionamiento social del adulto mayor

En la vejez los cambios son muy evidentes en especial las funciones sociales que cumplirán los adultos mayores dentro de una comunidad o en sí mismo del medio social en el que están incluidos, se sienten excluidos por lo mismo de sus años o porque no comparten con el mismo pensamiento que de los jóvenes "Las personas mayores ha de ser consideradas como una necesidad vital, necesaria para su autorrealización que ha de ir acompañada de actividades con interacciones significativas" (Segura, 2015,p.5). El desarrollo social en la vida de los adultos mayores es parte de su calidad de vida y de los roles que cumplirán dentro del medio, con el fin de que cumpla funciones con las demás personas tanto ajenas como con sus familiares.

La funcionalidad del adulto mayor tiene como eje principal la relación con su medio social; por lo tanto, "El contacto frecuente con otras personas mayores tiene un doble efecto sobre la inserción social: se generan vínculos de amistad y vecindad" (Araya, Iriarte, Rioja, & González, 2018, p.10). La extensión de expectativas en toda la sociedad toma mucha importancia para los adultos mayores con el objetivo de cumplir cada uno de los roles sociales que esta instaurado dentro de una comunidad, en si de un grupo social en que las personas adultas mayores quieren ser tomados en cuenta y poder tener una buena estabilidad con el mundo que les rodea, para poder desarrollar todas sus potencialidades y destrezas que los años le han enseñado.

El sistema social en los adultos mayores está en constantes modificaciones con el pasar de los años y en sí, con el mismo trato e importancia que le ponen en la función social que llegan al envejecer y, se sienten más aislados en su vida comunitaria. "A partir de relaciones sociales significativas; esta etapa será vivida como continuación de un proceso vital o, se vivirá como una fase de declinación funcional y aislamiento social" (Peña-Marcial et al., 2019). El desarrollo en la vejez hace que la función social en el adulto mayor sea más

demostrativa en los roles sociales de su medio, imparten experiencias y momentos vividos para su desenvoltura en todo su nivel social y con las personas que los rodean.

En la sociedad moderna tienen conocimientos que la vejez denotan de grandes cambios como en la parte vital, el rol social y; también, tienen derechos de protección durante su ancianidad por la cual de manera progresiva van “Con los parámetros bioéticos, se puede intentar fortalecer la posición de los ancianos dentro del sistema jurídico, en cuanto sujetos situados en condiciones de vulnerabilidad social” (Davobe, 2015, p. 44). Con ello, se daría un lugar dentro de los derechos humanos que las personas adultas mayores necesitan por la parte legal por medio de organizaciones sociales con el objetivo de mejorar la calidad de vida de los adultos mayores, para que conserven su dignidad e integridad en su ámbito social.

1.3.1 Ansiedad

En los adultos mayores la ansiedad afecta de una manera considerable a la calidad de vida y a la funcionalidad social es; también, una clase de reacción habitual ante diversas situaciones estresantes que ocurrirán al trascurso del tiempo “La vejez puede ser la época de mayor fragilidad afectiva en el ser humano, no solo a sus emociones sino también a su condición física y a su atención social” (Mera, 2018, p.2). Estas situaciones ocurren en los adultos mayores cambian bruscamente en su estilo de vida, su autonomía y en sí; también, sus relaciones sociales dentro de un grupo o comunidad, logran un aislamiento por completo y dejan de cumplir sus roles.

En la siguiente investigación según Sauñe-Oscco, Martínez, Oscco-Torres y Ramos-Cajo (2019) señala que las “Personas adultas mayores que están limitados o impedidas para realizar sus actividades de la vida diaria y que les causa ansiedad, en consecuencia, requieren del apoyo de terceras personas” (p.22). Por consiguiente, en la vejez el ritmo de vida tiene un gran cambio en su parte física y en especial la parte de salud que aumenta con el diario vivir, las preocupaciones de las personas adultas mayores son más por la estabilidad económica que les dificultan para su sustento en sus necesidades básicas; también, en la parte social buscan integrarse y al no encontrar esa permanencia, se alejan de su sociedad que adquiere un grado de angustian que preocupa en su vida cotidiana.

Como, se demuestra en esta investigación de los adultos mayores que presentan ansiedad Burns (2006) citado por Acosta y García (2007) “Los sucesos vitales estresantes pueden activar la aparición de la preocupación excesiva que, sin duda, se puede considerar como un sello característico de la ansiedad” (p.293). Los síntomas de ansiedad persisten con el tiempo y depende de cómo el adulto mayor percibe las situaciones que afrontan, que ocasionan un gran malestar en sus actividades del diario vivir que experimentan incomodidad física y emocional, estos cambios que experimentan al envejecer conllevan a que sientan ansiedad que afecta la relación con su medio social, logran que las personas mayores no quieran salir de la casa ni relacionarse con los demás.

La ansiedad en los adultos mayores es un factor de estrés que ocasiona incapacidades en el desarrollo del ritmo de la vida, tanto salud como social. “La prevalencia de ansiedad a lo largo del ciclo vital es frecuente en las personas mayores de 50 años y debe ser tenida en cuenta” (Carreira y Facal,2017, p.197). Por la misma salud mental de la persona mayor que atraviesa diversas circunstancias en su medio social y por parte emocional, conlleva un deterioro del estado de ánimo, que le dificulta relacionarse a nivel social y sentirse incomprendidos por parte de sus familiares, amigos, sociedad que lo rodean y de esta forma los mayores, se aíslan del mundo que están.

1.3.2 Tensión

La tensión ocasiona un desgaste mental en las funciones afectivas o cognitivas del adulto mayor causa un desequilibrio emocional. Según Calero, Díaz, Caiza, Rodríguez, y Analuiza (2016) refiere que “Las actividades recreativas en la tercera edad son indispensables por que mantienen el equilibrio biopsico-emocional, son una forma de mantenerse activos, útiles y de sentirse integrados socialmente” (p.366). En los adultos mayores proviene las dificultades tanto psicológicas y sociológicas por consiguiente su rol social hace que, no se desempeñen de una mejor manera, esto les estresan más, se pongan más tensos con su entorno social, en la parte afectiva; también, les afecta en su vejez, emocionalmente son más vulnerables que ocasionan fuertes tensiones psicológicas.

En la investigación sobre el estrés en la vejez Erick Pfeiffer (1977) citado por Thomae, (2002) “Se refiere al incremento de pérdidas de amigos y familiares, así como al decremento de estatus social y de funcionamiento físico y mental en la vejez” (p.42). Con estos acontecimientos son posibles un aislamiento dentro de su núcleo social y

familiar que induce a una ausencia de sus seres queridos, las perdidas tanto por amistades o familiares los deprime, de tal modo, que se encierran y deciden mantenerse lejos de la sociedad, estos son procesos difíciles de afrontar en la vejez, llegan a obtener tenciones psicológicas que dañan emocionalmente su estabilidad social a las personas adultas mayores.

La tensión psicológica en los adultos mayores es muy frecuente al tener cambios en su vida, que los deshabilita en su rol social "Se torna particularmente sensible en la tercera edad, etapa del ciclo vital en que resulta de suma importancia su prevención y control" (Suárez, Rodríguez, Pérez, Casal, & Fernández 2015, p. 159). En la vejez el estrés es un factor de riesgo para la salud, bienestar y con ello su estatus social, se encuentra en desnivel, que detecta reacciones de estrés que cambian su humor lleva a un aislamiento social que genera una inestabilidad para el adulto mayor, esto les deja con pocas ganas de hacer las actividades cotidianas que habitualmente lo practican.

Según la investigación de ansiedad y estrés en los adultos mayores Rodríguez (2003) citado por Buitrago, Cordón, y Cortéz, (2018) "El estrés en adultos mayores puede deteriorar la salud debido a que al enfrentar una situación genere tensión" (p.71). Debido a la edad las tensiones psicológicas en los adultos mayores son más usuales que les afectarían su ritmo de calidad de vida, el estrés al envejecer afecta la parte física y emocional porque son personas más vulnerables ante cualquier problema que tengan tanto social como familiar, las preocupaciones son más propensas que llegan a tensionarse y alejarse de sus costumbres y actividades que practicaban en toda su vida, con ello el estrés les afecta tanto hasta llevarlos a, que se enfermen en su parte psicológica y física.

1.3.3 Confianza

En los adultos mayores la confianza es esencial para su calidad de vida "La capacidad funcional favoreciendo o limitan la realización de actividades de la vida diaria básica y cotidiana en forma funcional, autónoma e independiente" (Quino-Avila & Chacón-Serna, 2018, p.60). Al envejecer, se les limita algunos sucesos de la vida cotidiana que hacen más esfuerzo para sentirse útiles, buscan ayuda en la parte de la salud para mantenerse bien, participan en actividades diarias para ejercitarse y mantenerse activos, con el propósito que descubran nuevas experiencias para fomentar un aprendizaje

cognitivo y social que implica un desarrollo individual lleno de confianza e indecencia a pesar de sus años.

Personas adultas mayores que tiene una excelente calidad de vida, por sus cuidados en su salud que complementa la parte física, social y mental para su buen desenvolvimiento en su diario vivir. “El bienestar es un marcador de la calidad de vida y ésta es una de las bases del envejecimiento con éxito” (Meléndez, Tomás, & Navarro, 2008, p.90). La vitalidad en la vejez genera optimismo y actitudes positivas ante la vida en las personas mayores, esto les hace disfrutar más los pequeños placeres como alimentarse, convivir con la familia, tener una buena salud, formar parte en un grupo social, ejercitar su parte cognitiva con el propósito de ayudar a las nuevas generaciones con sus experiencias y así obtener un envejecimiento excelente con una autoestima que les garantice completitud.

En la vejez, se tiene difíciles acciones o metas a continuar en su vida, adoptar nuevas actitudes, convivir con dificultades propias de la edad. “Las relaciones positivas con otros incluye el entender la reciprocidad en las relaciones, formar relaciones personales verdaderas, ser empático, afectivo e íntimo y mostrarse preocupado por el bienestar de los otros” (Tomás, Oliver, Navarro, Meléndez, & Molina, 2009, p.181). La importancia más grande que atraviesan los adultos mayores es mantenerse con un buen contacto vital con el medio social, sus amistades y con ello sus familiares, estar pendiente en las noticias del mundo y su actualidad, mientras más conexión tenga con la sociedad seguirán con una actitud positiva.

En el envejecimiento la confianza cambia los estados emocionales, sin embargo, el sentir gusto de la vida y de su medio social es fructífero para disfrutar de una vejez con una calidad de vida adecuada, mientras tanto en “El pensamiento positivo, se relaciona con una buena percepción de salud, altos niveles de bienestar, una vida más larga y favorece la resolución activa de problemas” (Cortese, 2018, p. 17). Para los adultos mayores tener una buena determinación de su vida es importante para sus relaciones familiares y sociales, para adaptarse de una manera más eficaz a los retos o cambios que surgieren en su vida cotidiana y así consigan una excelente autoconfianza y satisfacción consigo mismo.

1.3.4 Depresión

En la tercera edad hay complicaciones de salud física y mental, que dañan el aspecto psicológico como un declive cognitivo y en el nivel social con su medio que les rodea,

preocupan sus cambios de estado de ánimo, emocional que afecta la estabilidad del adulto mayor "La depresión es un trastorno psiquiátrico incapacitante y frecuente en la edad adulta asociada a mayor mortalidad y discapacidad funcional" (Portellano-Ortiz, Garre-Olmo, Calvó-Perxas, & Conde-Sala, 2016, p. 217). Este estado de sentimientos de soledad es muy alterante en el envejecimiento, su desenvolvimiento con su medio social, agotamiento y, se alejan de sus seres queridos, mientras tanto sus funciones cognitivas, se encuentran alteradas he ideas suicidas sintiéndose no tan útiles como antes solían ser.

Los riesgos en el adulto mayor son preocupantes por parte de los ingresos económicos, la capacidad física, la pérdida del apoyo familiar y de sus amigos "El aislamiento es un factor importante asociado con la depresión en el adulto mayor, puede por sí mismo provocar depresión o agravarla" (Calderón, 2018, p. 182). Las personas mayores, se alejan de su sociedad con sentimientos de desesperanza y tristeza que incita a no relacionarse con su medio, la falta de interés en sus actividades normales en su diario vivir los mantiene lejos, este malestar que tiene en la vejez los lleva a un punto que no saben qué hacer con su tristeza profunda que recaen en una depresión, que es evidente para las personas que lo rodean.

El siguiente artículo según Blazer DG (2003) citado por Ordonez, Tavares, & Cachioni,(2011) "A presencia de síntomas depresivos en la vejez, se asocia a una mayor incapacidad para realizar actividades de la vida diaria y peores índices de calidad de vida con comorbilidad"(p.250), en los adultos mayores los cambios en la vida incrementan con riesgos de sentimientos de tristeza o frustración de cosas que ya no realizan y; también, por alimentarse por situaciones de salud, en la vejez la depresión les lleva a grandes problemas con sus relaciones sociales, se alejan de sus amistades y de la misma familia que ocasionan intranquilidades en su bienestar y calidad de vida.

1.3.5 Energía

En la vejez existen quejas por estar cansados o que están fatigados al terminar de hacer una tarea y generalmente es porque tienen edades avanzadas, que ya no tienen el mismo ritmo para realizar sus ocupaciones, mientras tanto "Las actividades sociales y la participación social activa promueven el bienestar físico y personal del ser humano debido a que disminuyen el riesgo de mortalidad en los ancianos**"** (Carmona-Valdés & Ribeiro-Ferreira,

2010, p.163). Los adultos mayores al estar incluidos en un grupo o en la misma sociedad permiten que realicen actividades físicas; también, brindar sus experiencias a las personas más jóvenes y con la ayuda de su rol social, se mantenga más integrados con la familia, los amigos y así su energía sea de una manera más fructífera y de mejoramiento de salud mental.

Los adultos mayores reivindican la parte vital y energética con actividades físicas y; también, de cuidados en la salud con el objetivo de tener una buena capacidad de rendimiento que llevan "El control de la dieta, la realización de ejercicio físico, no fumar y el consumo de alcohol moderado tienen un efecto positivo sobre la salud" (López, Zamarrón, & Fernández-Ballesteros, 2011, p.15). Todas estas funciones realizadas en la vejez son de ayuda para mantener una mente activa que logra un procesamiento cognitivo más saludable y por parte del rol social, se mantenga integrados con sus familiares y amistades, la creatividad inversa con la energía en la vejez para mejorar sus condiciones físicas, mentales y emocional para que vivan de una mejor manera.

En la vejez; también, tienen sus distractores para poder desarrollar su concentración y habilidades para resolver problemas con una buena actividad física y mental, esto lleva a las "Personas que cada vez están alcanzando edades más avanzadas en mejor estado de salud, con mayor lucidez y energía suficientes como para optar a otras actividades por un período más prolongado de su vida" (Herrera & Guzmán, 2012, p.65). En los adultos mayores es algo positivo mantenerse con una lucidez en su memoria y; también, su capacidad de poder hacer amistades dentro de su rol social, el envejecimiento activo a través de dinámicas o actividades hacen, que se desenvuelvan de una mejor manera que brindan energía.

1.3.6 Insomnio

En la investigación realizada en el Instituto Nacional del envejecimiento, según Foley y sus colaboradores (1995), estudiaron sobre el insomnio en personas de 65 años que presentaban insomnio, este problema en los adultos mayores, se incrementa por dificultades de respiración, uso de medicamentos no controlados, mala salud y nutrición. Mediante el seguimiento de 4.956 adultos mayores tenía un sueño adecuado y un 27% presentaban insomnio conjunto a problemas cardiovasculares, depresión y síntomas respiratorios, 932 personas obtuvieron un sueño normal, sus mejorías, se dieron por tratamientos médicos o

psiquiátricos, llegaron a una conclusión de que el insomnio es un factor independiente de la vejez, pero con relaciones de factores de salud, ambiente y sociales.

En los adultos mayores, se tiene más dificultad en tener un sueño suficiente y reparador, que los hace sufrir y tener grandes malestares, así como "El insomnio es uno de los problemas más prevalentes en las personas de edad avanzada, algunos lo han mencionado como un problema de salud pública" (Deses, 2018, p.33). Que constituye uno de los trastornos más frecuentes en el envejecimiento; también, el insomnio repercute en el nivel social, física y mental del anciano, por lo mismo de su edad, se alteran las funciones y sistemas corporales, impidiéndoles dormir con tranquilidad, satisfacción y comodidad para su salud física y mantenerse en su ritmo social y familiar en una buena situación de interacción.

El insomnio en la vejez afecta de una manera aguda o crónica, todo depende de la causa que tenga la persona adulta y los patrones de perturbación del sueño "Este malestar, se refiere a problemas cardiovasculares y a trastornos osteopáticos, lo cual concuerda con los resultados de malestar físico y emocional, así como a repercusiones en el sueño, en el dolor y en la movilidad física" (Castellano, 2014, p.108). También, tener dificultades en permanecer dormido o el despertarse demasiado temprano que les hace sentir más cansados e irritables, logran, que se aíslen de sus familiares y amistades, los conflictos para concentrarse o enfocarse en una tarea durante el día afecta en sus actividades cotidianas y su relación con su medio social.

1.4 Funcionamiento cognitivo en el Adulto Mayor

1.4.1 Conceptualización del Funcionamiento Cognitivo

En los adultos mayores la parte cognitiva es muy esencial para sus funciones cerebrales y sus rutinas diarias también, se encuentran entrelazadas para su debido desenvolvimiento en su área cognitiva, que por el avance de los años estás funciones, se deterioran y "Como dominios cognitivos, se podría afirmar, son el escenario para las habilidades rutinarias, que pueden ser automatizadas y las habilidades de planificación-ejecución- control que son complejas y deben ser autonomizadas" (Duque, 2013,p.161). Es por esto que los procesos mentales contienen muchas tareas dentro del cerebro, que cada uno de

los procedimientos son encargados de resolver todas las informaciones que reciben del ambiente y con ello tiene un lugar la cognición posibilita el conocimiento del mundo.

En el funcionamiento cognitivo en la vejez, se destaca una gran declinación de sus procesos cognitivos, que tienen como efecto secundario su pérdida de funciones mentales y; también, el envejecimiento biológico que va de la mano con la edad, en esta investigación para los autores Monchietti, Lombardo, Sánchez , y Krzemien (2010), tienen como resultado que los cambios cognitivos en la tercera edad no siguen patrones, si no que están influenciados por el estilo de convivencia que lleven, la salud y su forma de afrontar sus problemas sociales, emocionales y experiencias vitales y con ello hay una observación de un 23,9% de los participantes que por medio de una entrevista han considerado que la capacidad intelectual tiene un declive cognitivo por un avance de la misma edad.

La función cognitiva en la vejez produce muchos cambios; además, de físicos; también, mentales, por lo que van experimenta a lo largo de su ciclo vital y su desenvolvimiento es rápido y dan un lento declive a nivel cognitivo en la persona adulta mayor. En la investigación de González, Facal y Yaguas (2013) mencionan que las capacidades como el lenguaje y en especial la memoria, se deteriora los procesos cognitivos, dado que desarrollan un riesgo a obtener la pérdida de cada una de sus funciones cerebrales y; también, de sus actividades diarias que cumplen cada adulto mayor en su diario vivir. Aquí es importante tener en cuenta que el funcionamiento cognitivo influye en las actividades y en la toma de decisiones por la parte de salud, bienestar social y en su satisfacción con la vida en procesos de la vejez.

1.4.2 Teorías psicológicas del envejecimiento

Como antecedentes teóricos sobre el envejecimiento en las personas adultas mayores, se encuentra la teoría de la actividad según Cavan (1962); Havignhurts & Albrecht (1953), citado por Oddone (2013) “Sostiene que cuanto más activas sean las personas ancianas, mayor satisfacción obtendrán en su vida” (p.5). Dicho de otro modo, esta teoría del envejecimiento, se produce por medio de sujetos que participan con gran frecuencia en actividades físicas y; también, manteniéndose en relaciones sociales. Así mismo mediante estas actividades en los adultos mayores obtienen una satisfacción en su estilo de vida, que refleja una perspectiva funcional en cada una de sus tareas.

Dentro de las teorías psicológicas de un artículo de investigación, se obtiene estudios sobre los procesos evolutivos del ser humano que cruza a lo largo de su ciclo vital, así como la teoría del desarrollo de Erikson (1950) citado por Parra (2017) que explica que la etapa de la vida inicia desde el nacimiento hasta la muerte, donde cada proceso del sujeto, se agrega un conflicto y una virtud para poder superar el proceso biológico y psicológico del ser humano en todo el transcurso de la vida. Además, una buena adaptación en su medio social existe una predominancia de positivismo en su vida cotidiana, un buen desenvolvimiento con sus amistades, familiares y su misma cultura que ofrecen confianza y esperanza para sus nuevas actividades en su nueva etapa que es el envejecer.

En otro estudio sobre las diversas teorías del envejecimiento, se obtiene una tercera teoría propuesta por Burgués (1960) citado por Montoro (2007), indica que la teoría de los roles está presente en la etapa de la vejez, que mediante el avance de las edades de las personas que extinguen roles o rutinas tanto sociales como personales, que se ven afectadas en el diario vivir de los adultos mayores. Así mismo con el tiempo sufren perdidas de roles; por lo tanto, se sienten que son personas inútiles y que ya no brindan conocimientos o son personas que ya no tienen mucha importancia. Al contrario de la teoría de actividad que es donde índica que al llegar a la vejez tienen actividades físicas y cognitivas para sentirse mejor para su medio social y familiar.

En la siguiente investigación sobre los cambios neuropsicológicos en los adultos mayores según Pérez y Cuéllar (2016), expresan que los efectos de un daño o actividad anormal en el sistema nervioso central afectan en las funciones cognitivas, emocionales y psicológicas, donde el comportamiento de las personas de la tercera edad es deteriorado por estos cambios que por lo mismo de la edad o parte física y salud. Como, se ha dicho que un declive cognitivo es causante por algunos traumas cerebrovasculares, tumores o enfermedades neuro generativas que interrumpen la funcionalidad de los mecanismos mentales; además, la neuropsicología abarca sobre los procesos cerebrales y mediante el tiempo como, se degeneran los cambios conductuales y; también, el déficit cognitivo al llegar a la vejez en una persona adulta.

En la siguiente investigación según Salazar-Villanea (2012) señala que el envejecer es un proceso, que se cumplirán en todos los sujetos. Además, “Una atención a las personas mayores con impacto positivo en los modelos de atención neuropsicológica que comprendan la premisa de que no existe un solo patrón para envejecer y es imprescindible

proporcionar a las poblaciones envejecidas una mejor calidad vital" (p.123). Por el paso de los años, el envejecer es un desarrollo más y que no solo existirá un cambio físico si no; también, un deterioro cognitivo, alejamiento social y perdida de alguna de las funciones cerebrales primordiales; esto es perjudicial en la tercera edad y como base la neuropsicología es lo fundamental para comprender los cambios al llegar al envejecimiento.

1.4.3 Envejecimiento normal

Para los adultos mayores llegar a envejecer es una parte muy preocupante para ellos no solo por salud sino; también, por cumplimiento de roles o hábitos que a sus edades ya, se restringen y desaniman de sus actividades que frecuentaban. "Especialmente importante es la actitud del individuo. Si el individuo percibe el envejecimiento como una existencia aislada, se aislará y comenzará a fallar; pero si lo percibe como una parte integral de la estructura social, prosperará" (Alvarado & Salazar, 2014, p.57). Es necesario resaltar que el envejecimiento normal es parte natural de la vida; además, varia en las personas adultas mayores por factores genéticos o del mismo ambiente que ocurre con el paso del tiempo o es por un progresivo proceso de un declive de funciones cognitivas y sociales.

En la siguiente investigación sobre el envejecimiento según Martínez, González, Castellón y González (2018) mencionan que "Hay personas mayores que mantiene su vigor físico, la alegría de vivir, motivaciones diversas y sus capacidades intelectuales hasta avanzada edad, frente a otras que presentan, desmotivación, aislamiento, afecciones severas como la demencia u otras enfermedades" (p.60). Todas estas actividades son muy distintas en cada persona adulta mayor, recordemos que al envejecer existen muchas alteraciones a nivel biológico, psicológico u social que por el paso de los años cada una de estas funciones, que se convierten en disfunciones en el desarrollo físico y mental, llegan a obtener problemas de salud y con ello un declive cognitivo en la vejez.

En otras investigaciones sobre el envejecimiento normal en las personas adultas mayores según Rowen y Kahn (1998) citado por Petretto, Pili, Gaviano, López, & Zuddas (2016) refiere que un envejecimiento normal o; también, exitoso contiene tres mecanismos, así como: baja probabilidad de enfermedades o discapacidades, alto funcionamiento físico y cognitivo y finaliza con un alto compromiso con la vida. Un aspecto clave de cada una

de estas etapas es el mantenerse sanos en sus capacidades cognitivas y de salud para que obtengan un exitoso envejecimiento a lo largo de su vida cotidiana, cada elemento es de suma importancia para cada una de sus actividades y roles que cumplen los adultos mayores con su medio social, así mismo con el estilo de vida que cada uno desempeña es distinto a los demás mientras más activo, se mantenga y mejor bienestar con una excelente calidad de vida su vejez será más fructífera y mejor utilizada para su desenvolvimiento.

1.5 Psicobiología del envejecimiento

El envejecimiento existen cambios de funciones neuronales, tiene impactos en el sistema nervioso como; por ejemplo, un aumento de astrocitos y microglías que conllevan a muchos cambios de actividades cerebrales según Bernhardi (2005), la microglía, se incrementa en el envejecimiento que establece un mecanismo de retroalimentación positivo, estas células, que se enfrentan a un estímulo podrán responder de una manera más activa y firme hacia nuevos estímulos obtenidos por parte del sistema nervioso y así el adulto mayor tener más estabilidad cognitiva. Sin embargo, el sistema nervioso está muy dispuesto a obtener daños internos por causas de deterioro leve, la misma alimentación o los hábitos dañinos (tabaco, alcohol, entre otros.) que algunos adultos mayores frecuentan.

Al envejecer las personas mayores, se afrontan a la decadencia de salud mental, donde existe la necesidad de comprender a la neuropsicológica que explica las funciones cognitivas de los adultos mayores. Vale la pena aclarar que “Las dos mitades del cerebro envejecen en forma diferente y los efectos de la atrofia que acarrea el envejecimiento del cerebro afectan al hemisferio derecho (encargado de las cosas nuevas) más rápidamente que al hemisferio izquierdo, vinculado a situaciones conocidas” (Tirro, 2016, p.73). En otras palabras, la parte biológica del envejecimiento es una gran consecuencia que las personas afrontarán por lo mismo de la acumulación de varios daños moleculares, celulares y neuronales que llevan a un descenso de la capacidad mental, así que la vejez conlleva a los altos riesgos de enfermedades y; también, hacia la misma muerte.

La siguiente investigación trata de la psicobiología neuronal que según Beltrán-Campos, Padilla-Gómez, Palma, Aguilar-Vázquez, y Díaz-Cintra (2011) que “A medida, que se envejece el cerebro y el sistema nervioso periférico, existe una pérdida natural en la cantidad de neuronas y el peso cerebral” (p.6). En vista de la avanzada edad en los adultos mayores tienen afectaciones con el pasar del tiempo llegan a tener algunas

enfermedades neurodegenerativas que impiden o dificultan que las funciones cognitivas conjunto con las neuronas no cumplan sus debidas actividades en el diario vivir, con ello interrumpe su desenvolvimiento en su comportamiento y sus relaciones psicosociales.

1.6 Envejecimiento patológico neurocognitivo.

Por lo, que se refiere al envejecimiento patológico en las personas adultas mayores son las alteraciones cognitivas que tienen al paso de los años y con ello perjudica sus capacidades intelectuales. En un artículo sobre el envejecimiento y los inicios de la demencia según Custodio et al., (2012) indica que lo más afectado, que se denota en la vejez es el deterioro cognitivo que mediante evaluaciones neuropsicológicas existiría un mayor riesgo de aumento a la demencia en las personas adultas mayores, se tiene en cuenta que hay posibilidades de un declive de funciones al tener fallas en la memoria, la atención, el lenguaje, entre otros; por situaciones de avances de la edad, la salud física y psicológica, que se agravan en la vejez y en otros casos progresar a una demencia, que en algunos casos, se previenen o son reversibles.

En el envejecimiento patológico hay enfermedades neurodegenerativas que aparecen en el adulto mayor, según Weiner y Lipton (2005) citado por Barrera y Donolo (2009) alude que "Es secundario a una afectación cerebral que produce una declinación generalmente progresiva de funciones cognitivas, de tal severidad como para interferir en el funcionamiento social normal u ocupacional de una persona" (p.45). Para diagnosticar la demencia se basa; también, por la pérdida de hábitos sociales, descontrol de los impulsos instintivos y sobre todo en la inadecuación interpersonal, de la misma forma hay una existencia de un quiebre en la parte autocrítica de la persona mayor, por la cual, se extingue la conciencia de la misma enfermedad.

En otros estudios investigados mencionan que la demencia, se manifiesta con pérdida de memoria, sentimientos de inutilidad, su atención y lenguaje verbal es deteriorada que son efectivamente una afectación cerebral como el Alzheimer, Parkinson o la demencia de los cuerpos de Lewy, estás patologías en el envejecimiento interfieren en cada una de las actividades de su diario vivir. Según Sánchez y Guevara (2015) señala que el avance de las afecciones neurodegenerativas en Cuba tiene aproximadamente 100.000 adultos mayores con problemas por Alzheimer o una demencia relacionada con un declive

cognitivo. De modo que esta cifra, se duplicara para el 2020 con personas mayores con demencias o de causa degenerativa al llegar a la vejez.

Por otro lado, en el siguiente estudio sobre la neuropatología en el envejecimiento según La Rue (1992) citado por Román y Sánchez (1998) explica que "Es posible encontrar en personas mayores alteraciones neuropatológicas a pesar de que éstas presentan un funcionamiento cognitivo normal" (p.27). Así mismo, existe posibilidades que patologías o enfermedades neurodegenerativas que son por herencia o por lo mismo del avance de la edad que ocasiona declives o demencias cognitivas en las personas de la tercera edad que complican al desenvolvimiento normal de los sujetos; además, algunos adultos mayores podrán tener una buena capacidad de las funciones mentales normalmente; pero existirán algunas fallas neuropsicológicas.

Al llegar a la tercera edad suceden muchos acontecimientos, no solo cambios físicos si no; también, existe declives cognitivos que afectan a las actividades cotidianas de su diario vivir. Por lo tanto, indica que "El envejecimiento patológico el cual, se caracteriza por la afectación de uno o más procesos cognitivos que altera la funcionalidad e independencia, como es el caso de la demencia" (Gamba, Páez, Domínguez & Rincón, 2017, p.8). De la misma forma las patologías o enfermedades que aparecen en el transcurso del tiempo de la persona al envejecer tiende a ser cambios en las rutinas de vida, esto significa que sus funciones mentales, se deterioran con la mayoría de edad y de esta forma su desarrollo cognitivo, se disminuye y no actúa de la misma manera a lo que eran jóvenes.

1.7 Alteraciones neuropsicológicas

1.7.1 Atención

Por lo, que se refiere a la atención tenemos en cuenta que es un proceso cognitivo que permite la concentración a ciertos estímulos y ayuda a la selección de material relevante, este proceso es muy importante para distinguir la información que ingresa al cerebro y también, se ve afectada con el pasar de los años, al llegar a envejecer esta función cognitiva, se nota afectada y deteriorada.

Según las investigaciones de Sánchez y Pérez (2008) señala que hay 4 componentes principales en la atención que son los siguientes:

a) Alerta: Estímulo y capacidad de vigilancia que ayuda a prepararse psicológicamente.

b) Atención selectiva: Permite categorizar la información.

c) Atención sostenida: Capacidad de mantenerse dentro de una foto de atención.

d) Atención dividida: Capacidad de tener más focos de atención de diferentes estímulos.

En pocas palabras la atención es una de las funciones cognitivas, que se tiene en la vejez y con ello; también, influye los hábitos que tienen las personas mayores, mientras más saludable sean no tendrán problemas para poder captar y tener focos atencionales que les mantengan con mejor actividad cerebral.

En el siguiente estudio que habla sobre la atención como función cognitiva en las personas adultas mayores y las pautas para poder mantenerse en un buen foco atencional manifiesta que existen cambios atencionales. Según Aguilar, Gutiérrez, y Samudio (2018) da a conocer que "Las disfunciones, que se presentan en el envejecimiento en relación a la atención y la percepción, se derivan del incremento en el tiempo requerido para procesar un estímulo y de la disminución del grado de vigilancia" (p.13). Entiéndase que al llegar a la vejez existe un deterioro en sus funciones mentales, en este caso el adulto mayor, se mantendrá en una rehabilitación para que centre su atención en el entorno con el objetivo de que describa cosas y aspectos importantes para, que se mantenga estable en sus actividades.

Para terminar con la función atencional en los adultos mayores y el deterioro que ocurre en las capacidades de retención y captación del foco atencional que ocurre con el avance de la edad "Las dificultades atencionales de los ancianos, se evidencian cuando tienen que almacenar y, sobre todo, cuando simultáneamente deben realizar operaciones con la información mantenida a corto plazo" (Pereiro & Juncos, 2000, p.284). Dicho de otra manera, los dominios de la atención en la vejez sufren numerosas alteraciones que distrae al adulto mayor ya sea por estímulos internos o externos y con ello su desenvolvimiento es muy pobre y les dificulta continuar con sus actividades diarias.

1.7.2 Concentración

Con respecto a una de las funciones cognitivas tenemos la concentración que es de mucha importancia para el desenvolvimiento del adulto mayor, donde este proceso psíquico es encargado de razonar y tener voluntad en sostener la atención a un objeto determinado o una actividad que realiza la persona. Habría que decir; también, que al pasar de los años el deterioro cognitivo en la vejez es muy visible en las personas de avanzada edad. Según Cunha (2000); Wechsler (2004) citado por Fernandes y de Lima (2016). La concentración

sufre alteraciones y para confirmar ese desabastecimiento funcional es recomendable el uso de la Escala Wechsler de Inteligencia para Adultos, con el propósito que en esta prueba neuropsicológica sea evaluada la concentración por medio de las subpruebas que contiene el test y verificar cuanto es el daño que tiene el adulto mayor.

Acerca de la concentración en el ser humano, se entiende que son capacidades que ayudan a focalizar la atención y que; además, de otras funciones que va de la mano con la concentración en las tareas que realizan los adultos mayores, en sí "La atención implica percepción, interés por un estímulo y concentración. La queja subjetiva de memoria en la población mayor puede deberse a la falta de focalización de la atención dificultando la retención y el recuerdo" (Gómez, Mendoza & Medina, 2016, p.10). En otras palabras, se requiere un alto punto de concentración y con ello; también, emerge una excelente capacidad para razonar y solucionar los problemas en situaciones estresantes o de complejidad en la etapa de la vejez.

Al inicio de la vejez intentar concentrarse provoca una falta de atención, por lo que estas dos funciones van de la mano y que; también, al deteriorarse la concentración dificulta su desenvolvimiento en cada una de las actividades que los adultos mayores están presentes. Según Puig (2012) "La atención es la capacidad de poder darse cuenta de un estímulo, y la concentración es focalizar la atención en ese estimulo" (p.8), es importante señalar que la concentración es una de las habilidades más fundamentales en el proceso del conocimiento, pero; también, es una de las debilidades con el pasar de los años en las personas adultas mayores porque influye mucho en sus actividades mentales y relaciones con su medio.

1.7.3 Funciones ejecutivas

En el siguiente artículo de investigación sobre las funciones ejecutivas en las personas adultas mayores según Binotti, Spina, Barrera y Donolo (2009) manifiestan que "Las funciones ejecutivas forman parte de las funciones cognitivas más complejas y manifiestan cambios en el envejecimiento" (p.120). En un grupo funcional mental donde en la vejez, se encuentran en un estado de deterioro que perjudican las habilidades para aprender, trabajar y en si en todo su desenvolvimiento en el diario vivir, estas funciones alteradas impiden que la persona mayor pueda concentrarse y seguir instrucciones en actividades y también, se encuentran dificultades para manejar las emociones y relaciones afectivas con el medio social.

En la vejez las actividades mentales, se vuelven más complejas para planificar y organizar pensamientos y comportamientos que son necesarios para adaptarse en un entorno; con el objetivo de alcanzar metas aun en una avanzada edad; dicho de otro modo, **"**las funciones ejecutivas para la comprensión del proceso de envejecimiento normal y patológico, además de la importancia de los niveles de escolaridad, sobre todo el proceso de alfabetización y la edad en la organización de los circuitos cerebrales de procesamiento**"** (Soto-Añari & Cáceres-Luna, 2012,p.128). Es necesario resaltar que las funciones ejecutivas permiten resolver diversos problemas que permite realizar cambios en la recepción de información y sus actividades diarias.

En la investigación sobre las disfunciones y funciones ejecutivas en las personas mayores según Froufe, Cruz y Sierra (2009) refieren que al envejecer existen alteraciones mentales donde perjudica a las actividades cognitivas principalmente la memoria, la atención, el lenguaje, la concentración, entre otros. Al llegar a una edad avanzada las dificultades del funcionamiento ejecutivo impide la concentración en las rutinas que las personas mayores están frecuentes y, no se desenvuelven de una mejor manera, estás alteraciones establecen enfermedades neuropatológicas que obstruyen las funciones cognitivas conjunto a las funciones ejecutivas en el anciano, lo que significa que en los adultos mayores son más propensos de obtener patologías como algún tipo de demencias o el mismo Alzheimer, que hace difícil la calidad de vida y su relación social.

1.7.4 Memoria

Con respecto a la memoria en la vejez es muy importante porque al pasar de los años esta función, se deteriora y causa muchos malestares para la persona adulta mayor, entonces **"**El envejecimiento puede afectar la memoria cambiando la forma como el cerebro almacena la información, haciendo más difícil recordarla" (Peres & Pizarro, 2010, p.125). Con respecto a la capacidad de retención, se disminuye en la vejez inevitablemente hasta desaparecer la cuál causa inestabilidad para el adulto mayor y sus familiares; además, existen enfermedades que ocasionan una ligera pérdida de la memoria; lo cual, representa que el deterioro de esta función y su almacenamiento de información, se elimina y esto al adulto mayor les preocupa por el rendimiento y las rutinas que son olvidadas.

En el adulto mayor la memoria es un proceso muy importante su funcionamiento y; también, su deterioro, según Labrada et al. (2015) "La memoria en esta edad, es necesario tomar una serie de medidas que ayuden a que el cerebro, se vuelva más flexible y ágil, aumentando así la capacidad para memorizar". Aquí es importante indicar que en una edad avanzada la pérdida de memoria es una gran amenaza para el cerebro al envejecer, si ocurre

un

olvido de memoria dificulta el aprendizaje la toma de decisiones, el estado de ánimo es más problemático, los lleva a enfrentarse con enfermedades muy complicadas que perjudica tanto al adulto mayor como a la misma familia y sus roles sociales son eliminadas.

En la investigación siguiente sobre la vejez y su memoria marca en una variedad de funciones que cumplen en el cerebro, la actividad mental de la persona mayor llega a un declive en su procesamiento. Según Jiménez (2009) alude que en los últimos años la neurociencia estudia más las funciones cognitivas del envejecimiento donde la edad es un gran recurso del deterioro de la memoria ocasiona malestar en sus habilidades de recuerdo y aprendizaje, a pesar de esto existen tareas para mejorar la capacidad de retención de memoria que permite desarrollar una actividad cerebral para mantenerse un poco estable. No hay que olvidar que la memoria no solo deja de fallar con la edad sino; también, por los hábitos que el adulto mayor tiene tanto su alimentación o consumo de tabaco, alcohol o alguna sustancia que daña la función y retención de información en la memoria.

1.7.5 Lenguaje

En la siguiente investigación sobre el lenguaje según Araníbar (2001) citado por Machado, Guerrero, Sanhueza y Martínez (2017) explica que “No todos los adultos mayores tienen trastornos de comunicación o lenguaje consecuentes de la senescencia, lo que contradice la creencia popular”. Dicho de otro modo, el lenguaje en el adulto mayor; también, es una de las funciones cognitivas que no en todos los adultos mayores, se deteriora, al envejecer presentan dificultades para encontrar palabras que quieran decir o pronunciarlas les hace muy difícil; también, sus hábitos le lectura de comunicación no son tan frecuentes en la mayoría de adultos mayores perjudica comprender las estructuras gramaticales y así no poder formar un discurso para una conversación o medio social.

El deterioro en el lenguaje y del habla surgen por varios problemas que obstaculizan la comunicación con sus familiares y el medio social, por eso “las personas después de los 40 años, se quejan a menudo del fenómeno en la punta de la lengua: de no poder encontrar la palabra, que se busca en el desenvolvimiento normal de sus actividades como hablantes” (González, 2002, p 8). Vale la pena aclarar que está perdida del lenguaje para los adultos mayores es muy frustrante el no desenvolverse en el habla fluidamente, este deterioro les produce angustia personal y; también, a nivel social, al no conseguir recordar las palabras y no darse a entender lo que quieren comunicar verbalmente a la familia y su entorno.

En el siguiente estudio sobre el lenguaje y el envejecimiento según Carlson, Hansher, Zacks & Connelly (1995) citado por Véliz y Riffo (2010) refieren que al envejecer ocurren diversos problemas para fluir en la comunicación, así como la concentración en las lecturas o la pronunciación de las mismas palabras que son difíciles para los adultos mayores decirlas; también, al realizar una lectura de algunos textos más complicados para su entendimiento. También, los procesamientos sensoriales son deteriorados por lo mismo de la edad estas funciones son estropeadas y causan malestares en los adultos mayores para su desenvolvimiento de comunicación verbal causan estrés y desánimo a no hablar con la familia o su medio social por miedo a no darse a entender en su lenguaje o proceso de lectura, de esta forma las personas mayores, se aíslan.

1.7.6 Capacidades visuoconstructivas

En el siguiente artículo según Biesbroek et al (2014) citado por Duarte (2017) menciona que "La capacidad visuoconstructivas es una habilidad compleja, en la cual confluyen otras de tipo perceptivo, atencional y de toma de decisiones" (p.32). Aquí es importante recalcar que esta función es una habilidad para poder dibujar o hacer construcciones tridimensionales pero; también, esto se torna en un deterioro o alteración con esta capacidad al paso de los años en las personas adultas mayores ya, no se desempeñan de la misma forma al ser jóvenes, las alteraciones en la capacidad visuoconstructivas que aparecen actividades como construir, dibujar o ensamblar y tendrán dificultades para poder realizarlas manualmente fallan su parte psicomotora y la función de planificación para realizar aquellas actividades.

Mediante el siguiente artículo sobre las habilidades visuoconstructivas, se tiene estudios de reactivos, que se utilizan con los adultos mayores para identificar las capacidades de construir y dibujar. Según Leis, Iturry, Serrano y Allegri (2015) señala que hay reactivos para aplicar a las personas mayores con el objetivo de verificar sus habilidades visuoconstructivas, así como: la construcción de cubos en la subprueba del test de inteligencia WAIS, en MOCA dibujo de un cubo tridimensional, el Test del Reloj donde, se comprueban enfermedades como el Alzheimer, la Figura compleja del Rey donde evalúa por medio de una copia de una figura compleja las capacidades visuoconstructivas y la percepción del espacio. Cada uno de estos test ayuda a corroborar un deterioro cognitivo asociado con la edad en la vejez.

En una investigación Según Otero (2001) con una muestra de 82 personas mayores y

seleccionados a 36 sujetos por controles de salud, edad y escolaridad que son pacientes con enfermedad de Alzheimer para verificar las dificultades en las habilidades visuoconstructivas, donde, se encontró alteraciones en la función visuoconstructivas con el método Closing-in que trata de una copia de un modelo o gráfico geométrico en las personas adultas mayores la cual menciona que un 30% de este fenómeno estuvo presente, a medida que 25 pacientes mostraron alteraciones en algunas funciones cognitivas y; también, visuoconstructivas, por ende está habilidad, se encuentra un deterioro para poder ensamblar o hacer una construcción de figuras geométricas.

1.7.7 Cálculo

En la siguiente función cognitiva en los adultos mayores tenemos el cálculo que mediante las edades avanzadas existe un deterioro de las capacidades de razonar. "La pérdida de memoria a corto plazo y la incapacidad para realizar cálculo son indicadores sensibles de la reducción de estas funciones**"** (Leite, Castioni, Kirchner & Hildebrandt, 2015, p.2). En la vejez es un obstáculo la parte de razonar o de algunas operaciones básicas por lo mismo de la edad o no tener escolaridad, la memoria es una de las funciones, que se deteriora y altera la capacidad de calcular o de recordar algunos ejercicios matemáticos. A pesar de esto en la vejez, se fundamentan actividades intelectuales para un buen desarrollo cognitivo con el objetivo de evitar un deterioro avanzado y poder retrasar el avance de enfermedades como el Alzheimer, Parkinson o algún tipo de demencia.

El cálculo es una capacidad lógica, que se enfoca en mantener las funciones de razonamiento activas en las personas, pero en los adultos mayores esta función de calcular, se deteriora con el pasar del tiempo y sus hábitos. Según Carbajo (2016) "Los psicólogos consideraron que estas conductas avanzadas eran una forma de regresión intelectual provocada por la edad, llegando a pensar que el razonamiento lógico-formal sufría un declive o deterioro con la edad" (p.242). Por tanto, al envejecer la capacidad lógica-matemática, se encuentra en una alteración funcional, el cálculo en la vejez ya no es tan activa y con los olvidos frecuentes los adultos mayores, tienen a estresarse y, se enferman por estas pérdidas, de esta forma, se aíslan del medio social y familiar.

El siguiente artículo Según Camargo-Hernández y Laguado-Jaimes (2017) alude que el deterioro cognitivo menciona que el cálculo en la vejez es uno de los principales problemas que presentan las personas mayores. Así mismo las funciones cognitivas están de la mano con la orientación, la memoria, el lenguaje y el cálculo con el fin de que exista actividad cerebral. Aquí es importante mencionar que la edad avanzada es considerada como un proceso de deterioro progresivo que los lleva a alteraciones o enfermedades cerebrales, psicológicas y de salud que vulnera al adulto mayor en situaciones de estrés, ansiedad y

propensos de tener depresión o alguna demencial por sus falencias cognitivas.

1.7.8 Orientación

Al envejecer diversas funciones cognitivas están en actividades en este caso la orientación es un elemento primordial para los adultos mayores y; también, es una manera de cumplir su etapa de la vejez muy satisfactoria. **"**La Orientación como disciplina puede potenciar factores protectores en las personas adultas mayores, con la finalidad de solventar crisis, que se presentan en esta etapa de la vida, como la autonomía o la pertenencia**"** (Artavia & Fallas, 2012, p.40). Es importante indicar que en la tercera edad tener una función de orientación es un proyecto a lo largo de la vida, al jubilarse las personas mayores no es un bloqueo de perspectivas si no que es donde planean otras actividades en que desempeñarse y así mantenerse en tareas físicas y relacionarse con su medio social.

Por lo, que se refiere a la orientación en las personas adultas mayores tienen a desarrollar sus propias capacidades y utilizarlas de una mejor forma, busca actividades nuevas o integrarse a grupos que realicen actividades lúdicas, deportes. Según Morales (2014) **"**La necesidad de una orientación y educación y aprendizaje a lo largo de toda la vida, determina su alcance y pertinencia también a edades avanzadas" (p.25). Entonces al envejecer la orientación le ven dentro de una perspectiva de acción educativa sobre todo para las personas mayores que son jubiladas y tiene aspiraciones de continuar en el estudio o estar en proceso de aprendizaje, para poder desarrollar de una mejor manera sus capacidades y así tener más la posibilidad de integrarse a un grupo o medio social.

CAPITULO II. DISEÑO METODOLÓGICO

2.1 Paradigma, modalidad y alcance de la Investigación

El presente trabajo de investigación sobre Las Funciones Sociales y Cognitivas en los Adultos Mayores corresponde a un estudio no experimental de tipo cuantitativo y de corte transversal con un alcance descriptivo y correlacional; a continuación, se describirá cada uno de los aspectos de una manera más detallada.

El siguiente estudio es de un diseño no experimental donde, no se asiste a ningún medio, por lo contrario, aquí, se observa las situaciones ya existentes, entonces este método "Es aquel, que se realiza sin manipular deliberadamente variables, se basa fundamentalmente en la observación de fenómenos tal y como, se dan en su contexto natural para después analizarlos" (Dzul, 2006, p.2). No existe manipulación de variables, el investigador simplemente observa lo que acontece de una forma común y natural, sin que el investigador altere su objetivo y, se observaran los cambios que den en el contexto propio y nativo.

Esta investigación es Cuantitativa, por medio de bases estadísticas, se obtiene unos resultados contables, por medio de "Los métodos cuantitativos son más estructurados y controlados y en general incluyen el uso de algún instrumento formal que permite obtener la misma información de cada sujeto" (Monje, 2011, p.26). Mediante los reactivos utilizados, se obtengan resultados lógicos y congruentes para verificar la hipótesis planteada en la investigación, entonces el enfoque cuantitativo, se recolecta los datos con bases numéricas para llegar a un análisis estadístico para probar teorías.

En la investigación sobre la función social y cognitiva en el adulto mayor tiene un corte transversal, aquí es importante indicar que "Su característica fundamental es que todas las mediciones, se hacen en una sola ocasión, por lo que no existen períodos de seguimiento" (Manterola & Otzen, 2014, p. 636). Por lo tanto, este estilo de corte en una investigación tiene como objetivo que el estudio sea en un determinado momento, con la ayuda de la observación, que se analizarán datos recopilados dentro de una muestra de adultos mayores en un tiempo fijo que las personas mayores estén reunidas y así obtener las fichas con sus debidos datos para realizar el estudio.

Esta investigación tiene un alcance descriptivo y su objetivo mediante la recolección de datos es especificar las características o perfiles de las personas estudiadas en este caso hay una muestra de adultos mayores. Según Veiga, Zimmermann y de la Fuente (2008) señala que en este alcance "Se limitan simplemente a dibujar el fenómeno estudiado, sin pretender establecer ninguna relación causal en el tiempo con ningún otro fenómeno, para lo que necesitaríamos recurrir a un estudio analítico" (p.88). Mediante la observación describe varios aspectos en la vejez y; también, indica datos relevantes en las variables de estudio.

La investigación correlacional es la que ofrece predicciones en el estudio, explican las relaciones que tienen con las variables, en este caso la función social y cognitiva en los adultos mayores y; también, cuantifican los datos obtenidos por medio de las fichas aplicadas en las personas mayores. Según Bustamante y Mendoza (2013) "El estudio correlacional, es aquel realizado en la investigación científica donde existe manipulación específica de las variables de estudio, a través de un procedimiento de selección" (p.169). Entiéndase que al encontrar una correlación entre las variables aportan cierta información explicativa entre el funcionamiento social y cognitivo, dicho de otro modo, se analiza si existe un aumento de sus roles sociales o deterioro cognitivo en la vejez.

2.2 Técnicas y herramientas de la investigación

Las técnicas, que se utilizaron en la presente investigación fueron por medio de una ficha sociodemográfica y el uso de dos test psicométricos para la primera variable sobre la función social, se aplicó el test GHQ12 (Cuestionario de Salud General de Goldberg) y para la segunda variable que es la función cognitiva, se empleó el test de MOCA (Evaluación Cognitiva Montreal).

Ficha Sociodemográfica

El primer instrumento a aplicar en los adultos mayores es la ficha sociodemográfica, se realizó por medio de preguntas desarrollas en la ficha, con el objetivo de recolectar información general de los adultos mayores, así como: la edad, el sexo, el sector, la escolaridad, el estado civil, su ocupación y el tiempo; también, dentro de la ficha sociodemográfica encontramos preguntas de salud, de hábitos o consumo, tiempo de sueño, medicación, si práctica deportes, percepción y síntomas de salud. Con esta ficha se

pretendió obtener aspectos importantes mediante las respuestas de cada adulto mayor y así; también, corroborar datos específicos útiles para la debida investigación.

Test: Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12)

Este cuestionario fue diseñado por David Goldberg en la década de los 70 para obtener un reporte de salud general, al tener una idea que los profesionales y médicos pretendían conocer o evaluar los niveles de salud general en los pacientes; y esto es lo que le inspira a realizar este cuestionario y así obtener datos recolectados por las mismas personas que asisten al hospital. García (1999). Esto, se elaboró en el Hospital Universitario de Manchester, Inglaterra inicio con 60 preguntas, que después elaboraron versiones más cortas entre 30, 28 y 12 ítems para la comodidad de los investigadores y; también, de los sujetos que participaron en las aplicaciones del test mencionado. El cuestionario de salud tiene el objetivo de estudiar factores de salud general, esta evaluación es para verificar si el individuo, se encuentra en un estado de bienestar general.

Este test consta de 12 preguntas utilizada en castellano para la población latinoamericana según Goldberg et al. (1997) menciona que el Cuestionario de Salud general, se divide en dos secciones positivas (1,3,4,7,8 y 12) y las negativas (2,5,6,9,10,11) con una respuesta de tipo liker de cuatro opciones entre una calificación de 0 : Mucho menos de lo habitual (respuesta positiva) y No, en absoluto (respuesta negativa), mientras que el máximo puntaje es de 3 puntos: Mejor que lo habitual (respuesta positiva) y Mucho más (respuesta negativa), estos dos rangos estudia la salud general, las preguntas positivas estudia la parte funcional y las otras seis preguntas restantes evalúa el malestar psicológico, el tiempo de aplicación dura aproximadamente entre cinco a diez minutos.

En el siguiente artículo según Rocha, Pérez, Rodríguez-Borrell, y Obiols (2011) citado por Moreta-Herrera, López-Calle, Ramos-Ramírez, y López-Castro (2018) menciona que la referencia a la confiabilidad del test el valor, que se obtuvo de Alfa de Cronbach en la versión española unifactorial que explica el 67% la varianza y; además, con una fiabilidad de α.86.

Tabla 2. 1

Dimensiones del Cuestionario de Salud General de Goldberg

Dimensiones GHQ12	Preguntas	Alternativas	Calificación Likert
Positivo Funcionalidad	1	*Mejor que lo habitual*	3
	3	*Igual que lo habitual*	2
	4	*Menos que lo habitual*	1
	7		
	8	*Mucho menos que lo habitual*	0
	12		
Negativas Malestar Psicológico	2	*No, en absoluto*	0
	5	*No más que lo habitual*	1
	6	*Bastante más que lo habitual*	2
	9		
	10	*Mucho más*	3
	11		

Nota: *Dimensiones - Goldberg et al. (1997) - Dimensiones del Cuestionario de Salud de Goldberg*

Test: Escala de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA)

Para la evaluación de la función cognitiva hay que tener en claro que, al envejecer, se experimenta cambios en las capacidades mentales que lleva a un declive cognitivo en las personas de la tercera edad. Por otra parte, según Nasreddine et al (2005) explica que la Escala de Evaluación Cognitiva de Montreal fue realizada en 1996 por Ciad Nasreddine, como un test de tamizaje breve, diseñado para ayudar en la detección del deterioro cognitivo leve.

El siguiente test de evolución, consta de 19 ítems y ocho dominios cognitivos que valoran las áreas Visio-espacial, denominación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación; con un tiempo de aplicación de cinco a diez minutos y su puntuación máxima es de 30 putos, se administra de manera individual y sus usuarios son en especial de edades de 65 años en adelante (Adultos Mayores).

En la siguiente investigación según García y Narváez (2011) mencionan que el test tiene el alfa de Crombach de α=0,71 por la cual posee aceptables propiedades métricas como herramienta de screening para deterioro cognitivo.

Tabla 2. 2

Dimensiones de la Escala de Evaluación Cognitiva Montreal

Dimensiones MOCA			
Áreas	***Puntuación***	***Rangos***	***Calificación***
Visuoespacial	5	Sin Deterioro	26-30
Identificación	3	Deterioro Leve	20-25
Atención	6	Deterioro Moderado Menor	10 19
Lenguaje	3		
Abstracción	2	Deterioro Grave	0-9
Memoria	5		
Orientación	6		

Nota: *Dimensiones MOCA - Loureiro et al (2018) Dimensiones/Puntuación y Carpio (2016) Rangos de calificación*

2.3 Población de la Investigación

La población objetivo para la presente investigación comprende a los miembros del grupo de Adultos Mayores "Luz y Vida" del Cantón San Pedro de Pelileo, la selección de integrantes de la muestra fue realizada mediante el empleo de un muestreo no probabilístico por voluntariado en función de su accesibilidad, se seleccionó a los integrantes arbitrariamente, se basa en criterios de inclusión, como ser mujer u hombre de entre 65 a 84 años que no tenga impedimentos físicos ni cognitivos para el desempeño de la evaluación y que la asistencia al grupo de adultos mayores sea ocasional. De esta forma, a través de esta muestra, se seleccionó a los participantes, para posteriormente explicar los resultados, que se han obtenido.

Además, se utilizó la ficha Ad Hoc Sociodemográfica, en las siguientes tablas, se muestran las características estadísticas sociodemográficas de los participantes de la investigación, donde, se describen dos categorías las variables individuales que están la edad, sexo, sector, escolaridad, estado civil, ocupación y tiempo. La segunda variable es de salud y hábitos que tienen los Adultos Mayores del grupo "Luz y Vida".

Los datos, se encuentran separados por secciones de cada variable, así como la edad que tiene dos intervalos y son representados por porcentaje *(%)* y la frecuencia *(f),* que se obtuvo atreves de la ficha sociodemográfica en el grupo de participantes.

Tabla 2. 3

Variables sociodemográficas de la muestra de estudio

Variables	*Porcentaje*	*Frecuencia*
Edad		
Entre 65 a 74 años	61,67%	37
Entre 75 a 85 años	38,33%	23
Sexo		
Masculino	15%	9
Femenino	85%	51
Sector		
Urbano	66,67%	40
Rural	33,33%	20
Escolaridad		
Primaria	76,67%	46
Secundaria	11,67%	7
Tercer Nivel	11,67%	7
Estado Civil		
Soltero(a)	13,33%	8
Casado(a)	43,43%	26
Divorciado(a)	15%	9
Viudo(a)	28,33%	17
Ocupación		
Jubilado(a)	11,67%	7
QQCC	31,67%	19
Independiente	20%	12
Ninguno	36,67%	22
Tiempo		
Menos de 1 año	30%	18
Más de 2 años	20%	12
Entre 3 a 5 años	20%	12
Más de 5 años	30%	18

Nota: *60 Observaciones*

En la siguiente tabla, se evidencia que dentro de la variable edad con 37 personas adultas mayores con un porcentaje de 61,67% entre 65 a 74 años; mientras que 23 sujetos presentan un 38,33% entre 75 a 85 años. Hay 5 personas masculinas entre 65 a 74 años de edad, mientras que 32 personas femeninas entre 65 a 74 años y en el otro rango de edad están 4 personas masculinas entre 75 a 85 años, con 19 personas femeninas entre 75 a 85 años, mediante esto es notorio la diferencia de edades que la mayoría de personas adultas mayores obtienen entre 65 a 74 años, se verifica que en este grupo existe más mujeres que hombres con edades no tan avanzadas en un rango de 65 a 74 años. (Ver Gráfico 2.1)

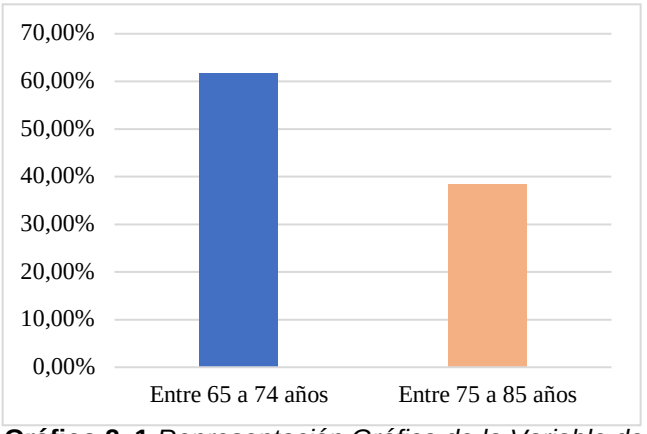


Gráfico 2. 1 *Representación Gráfica de la Variable de la Edad*

En cuanto a la variable de sexo, se identificaron 9 personas masculinas que corresponde al 15%, al respecto de la parte femenina constan de 59 mujeres con el 85%, en esta distribución, se evidencia una gran diferencia de asistencia mayoritaria de mujeres que de hombres al grupo de adultos mayores. Tanto la variable de edad que muestra con mayoría entre 65 a 74 años en mujeres, lo que identifica una cantidad grande de 51 adultos mayores femeninas y deja por debajo en el número de hombres en situación de edad y por sexo masculino. (Ver Gráfico 2.2)

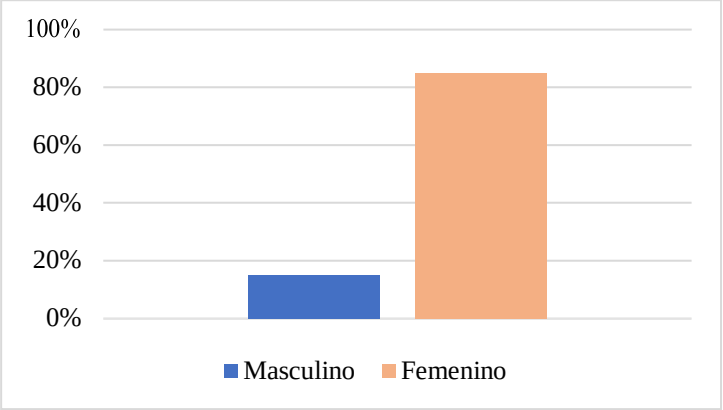


Gráfico 2. 2 *Representación Gráfica de la Variable de Sexo*

En el siguiente gráfico existe una diferencia porcentual entre el sector rural y urbano, con un 66,67% de personas que viven en el sector urbano, mientras que el 33,33% de personas que viven en la parte rural. (Ver Gráfico 2.3).

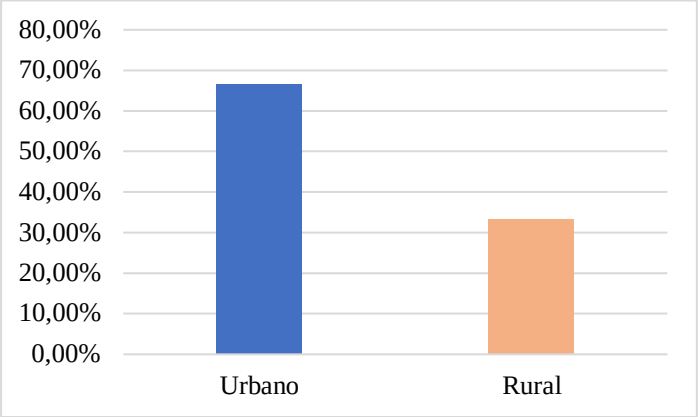


Gráfico 2. 3 *Representación Gráfica de la Variable de Sector*

En este gráfico podemos identificar que 46 personas que representan el 76,67% que estudiaron hasta la primaria; además, el 11,67% que referencian a 7 personas que estudiaron hasta la secundaria, en un tercer nivel de escolaridad obtuvo 7 personas que corresponde al 11.67%, se encuentra la mayoría de personas adultas mayores que han llegado hasta la primaria en sus conocimientos estudiantiles y una igualdad tanto porcentual como cantidad por secundaria y tercer nivel. (Ver Gráfico 2.4).

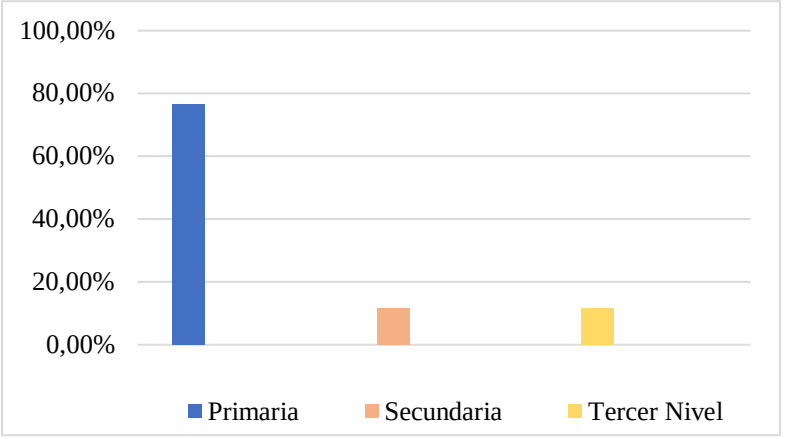


Gráfico 2. 4 *Representación Gráfica de la Variable de Escolaridad*

Como quinta variable: Estado civil, 8 sujetos que corresponde al 13,33% son solteros, mientras que 26 participantes son casados, esto es el 43,43% y tan solo 9 sujetos con un15% son divorciados y 17 personas que representa el 28,33% que son personas viudas.

Es así que muestra una gran diferencia al tener una mayor cantidad de personas adultas mayores con un estado civil de casados con las personas solteras; además, el estado civil de viudez; también, demuestra una cantidad mínima de personas mayores. (Ver Gráfico 2.5).

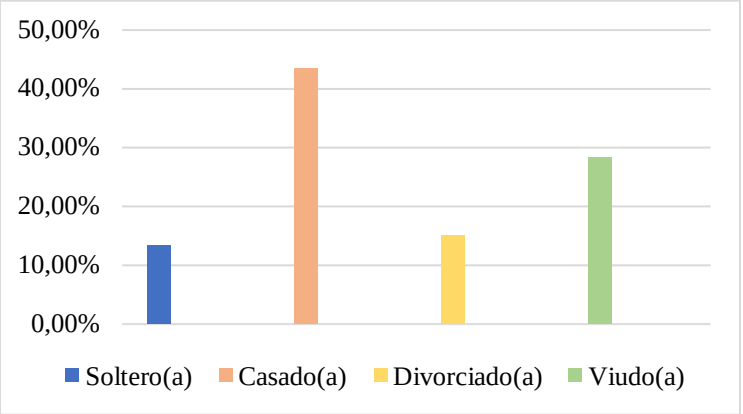


Gráfico 2. 5 *Representación Gráfica de la Variable de Estado Civil*

En la sexta variable de ocupación ha observado que hay 7 personas con el 11,67% jubiladas, 19 personas que desempeñan a los quehaceres domésticos (QQCC) con el 31,67% participantes con un trabajo independiente 12 personas con un porcentaje del 20% y con un 36,67% consta con 22 personas que no tiene ninguna ocupación, dado que existe un porcentaje alto con las personas que no tienen ninguna ocupación y un porcentaje menor con las personas que son jubiladas. (Ver Gráfico 2.6).

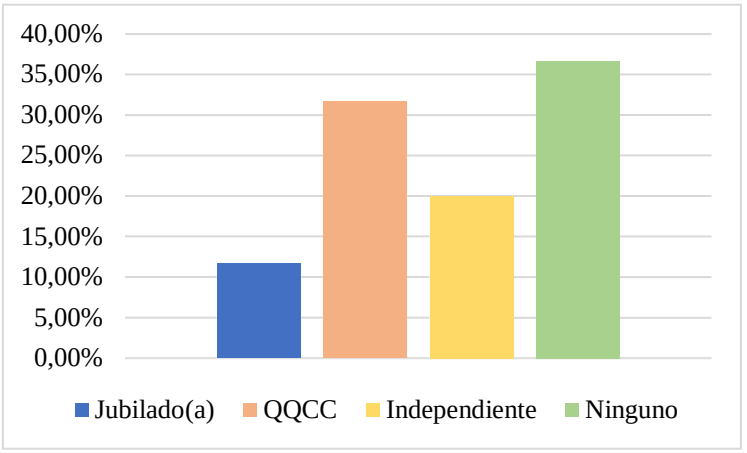


Gráfico 2. 6 *Representación Gráfica de la Variable de Ocupación*

Finalmente, con la última variable Tiempo 18 personas con un 30% han asistido menos de un año al grupo, 12 personas con 20% que tienen más de dos años de estar en el grupo, 12 personas que representa el 20% están entre tres a cinco años y 18 personas con un 30% de continuar más de cinco años en el grupo de adultos mayores. (Ver gráfico 2.7)

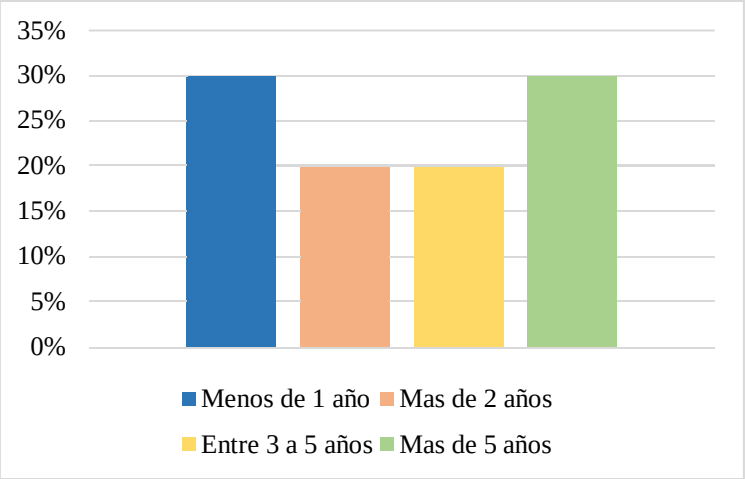


Gráfico 2. 7 *Representación Gráfica de la Variable de Tiempo*

Tabla 2. 4

Variables de la salud en la ficha sociodemográfica

Variables	*Porcentaje*	*Frecuencia*
	Hipertensión	
No	75%	45
Si	25%	15
	Diabetes	
No	91,67%	55
Si	8,33%	5
	Depresión	
No	96,67%	58
Si	3,33%	2
	Gastritis	
No	90%	54
Si	10%	6
	Estrés	
No	95%	57
Si	5%	3
	Osteoporosis	
No	90%	54
Si	10%	6
	Artritis/Artrosis	
No	93,33%	56
Si	6,67%	4
	Ocio	
No	86,67%	52
Si	13,33%	8
	Tabaco	
No	88,33%	53
Si	11,67%	7
	Alcohol	
No	76,67%	46
Si	23,33%	14
	Sueño	
Duermo más de 6 horas	65%	39
Duermo menos de 6 horas	35%	21
	Medicación	
No	35%	21
Si	65%	39
	Deporte	
Nunca	43,33%	26
A veces	33,33%	20
Casi siempre	11,67%	7
Siempre	11,67%	7
	Percepción Salud	
Buena	26,67%	16
Regular	56,67%	34
Mala	16,67%	10
	Síntomas Salud	
Visual	30%	18
Auditivos	15%	9
Olvidos	53,33%	32
Ninguno	1,67%	1

Nota: *60 Observaciones*

En la siguiente tabla permite evidenciar que dentro de la variable de salud identifica que 45 personas representan 75 % que no tienen hipertensión, mientras tanto 15 personas con 25% que padecen de esta enfermedad. (Ver Gráfico 2.8).

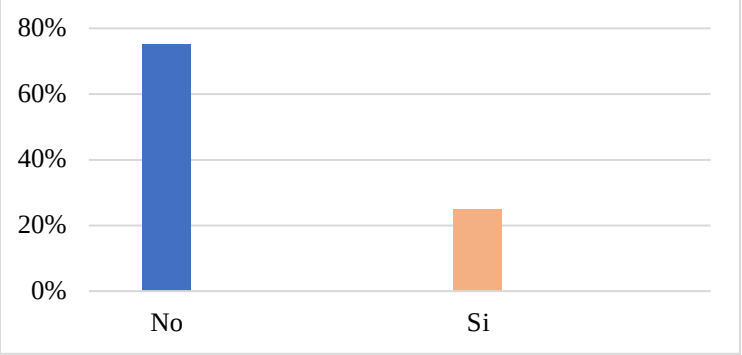


Gráfico 2. 8 *Representación Gráfica de la Variable de Hipertensión*

En la variable Diabetes 55 personas que corresponde al 91,67% no presenta esta enfermedad, a diferencia de 5 sujetos que pertenece al 8,33% si presenta diabetes. Las personas adultas mayores no presentan esta enfermedad por lo mismo de sus antecedentes que no registran ningún síntoma de diabetes. (Ver Gráfico 2.9)

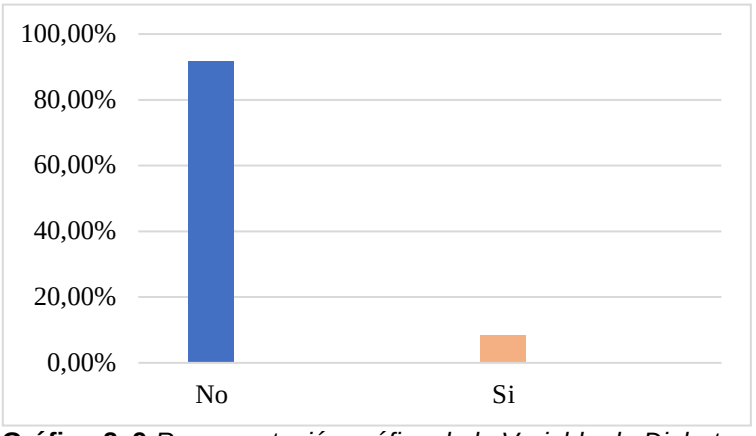


Gráfico 2. 9 *Representación gráfica de la Variable de Diabetes*

En la variable Depresión, identifica que 58 personas con 96.67% no presentan esta enfermedad, mientras que 2 personas indican un 3,33% que padecen esta afección. La mayoría de personas mayores, se encuentran en un buen estado anímico en cuanto a su salud mental, con las pocas personas que identifican con depresión tienen algún cambio o dificultad demuestra una incomodidad con su vejez o vida cotidiana.

(Ver Gráfico 2.10)

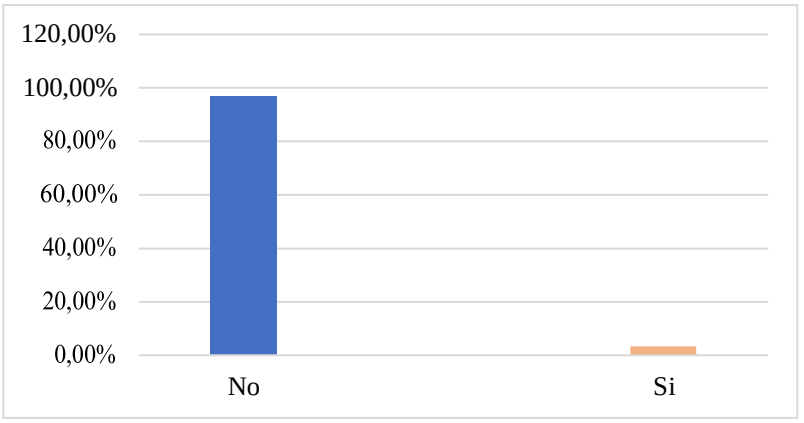


Gráfico 2. 10 *Representación gráfica de la Variable de Depresión*

La variable Gastritis identifica con 54 personas que representa el 90%, mientras que en una cantidad mínima de 6 personas con 10% tienen esta enfermedad. Esto significa que las personas mayores, se cuidan en su alimentación y la minoría con estos problemas de gastritis a un consumo frecuente de analgésicos o bebidas alcohólicas. (Ver Gráfico 2.11).

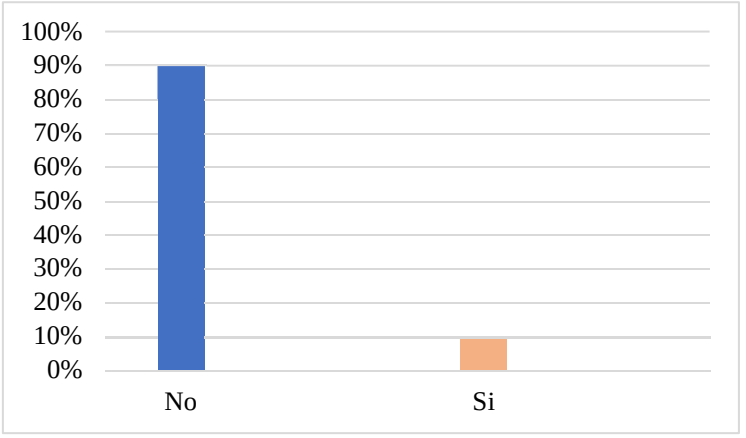


Gráfico 2. 11 *Representación gráfica de la Variable de Gastritis*

La variable Estrés: 57 personas son representadas por el 95% que no evidencia un estado de estrés, por otro lado, se ha encontrado que hay 3 personas con el 5% que sufren con esta afección. Es así que la mayoría de personas mayores, se mantienen con una buena salud y con la minoría al envejecer en su vida cotidiana tendrán un cansancio mental o algún tipo de preocupación. (Ver Gráfico 2.12)

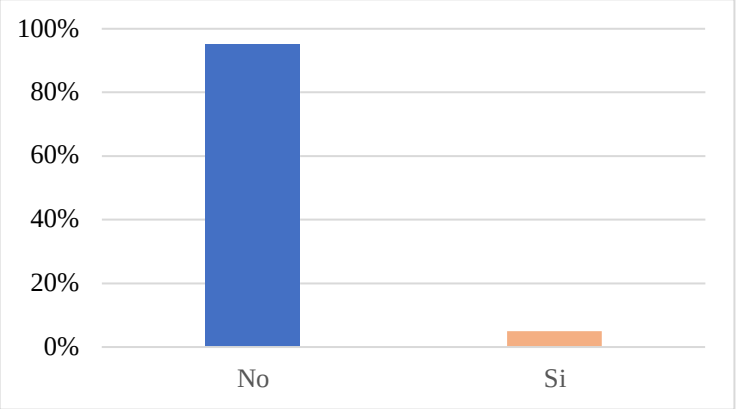


Gráfico 2. 12 *Representación gráfica de la Variable de Estrés*

La variable osteoporosis tiene 54 sujetos que corresponde al 90% que no tienen esta enfermedad y tan solo 6 personas con un 10%, se encuentran afectadas con este padecimiento. La minoría representaría algunas de las pocas personas del grupo del adulto mayor con avanzada edad tengan esta enfermedad que les afecta el tejido óseo. (Ver Gráfico 2.13)

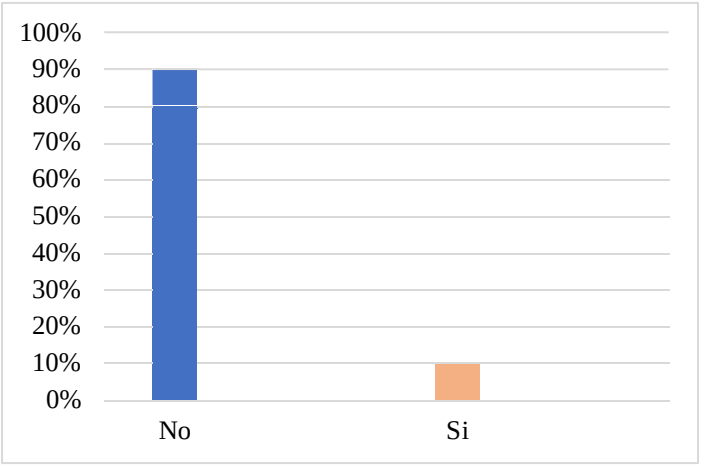


Gráfico 2. 13 *Representación gráfica de la Variable de Osteoporosis*

La variable Artritis Artrosis con 56 personas que representan el 93,33% que no tiene esta enfermedad, mientras que son 4 sujetos que tiene el 6,65% que tienen este padecimiento. Es así que la mayoría, se mantiene sin problemas de artritis al no mostrar ningún antecedente de salud física. (Ver Gráfico 2.14)

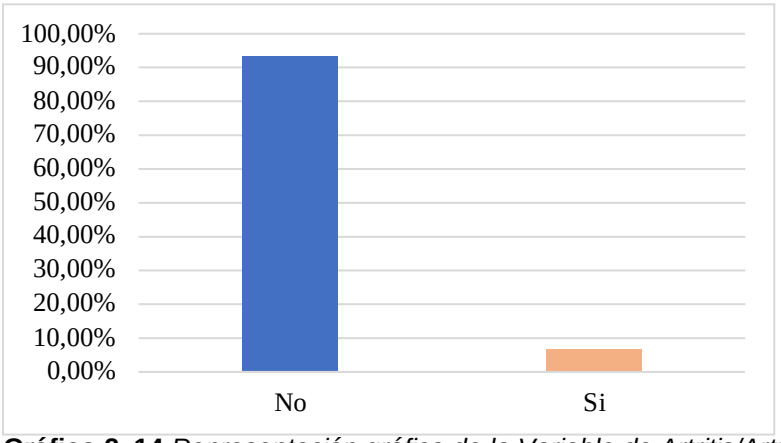


Gráfico 2. 14 *Representación gráfica de la Variable de Artritis/Artrosis*

La variable ocio con 8 sujetos con el 13,33% presentan un estilo de vida con alguna actividad, mientras que 52 sujetos que representa el 67% que no tienen algún tipo de ocio. Entonces al envejecer las personas dejan sus acciones que solían hacer por lo mismo del avance de la edad o ya no realiza movimientos en sus ocupaciones u ocios que antes realizaban. (Ver Gráfico 2.15)

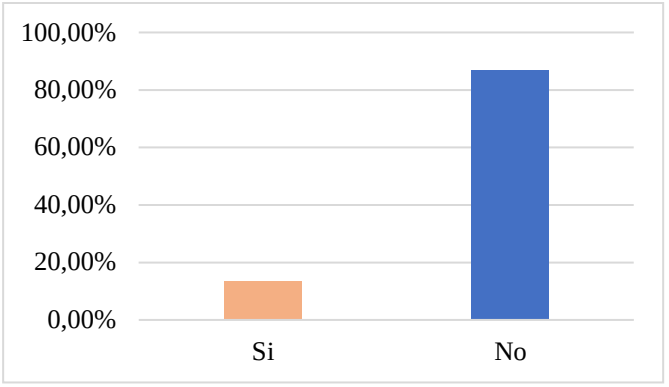


Gráfico 2. 15 *Representación gráfica de la Variable de Ocio*

La variable tabaco indica que 7 personas que corresponde al 11,67% que lo consumen, mientras que 53 personas adultas mayores obtienen el 83,33% que no tienen este hábito. Es así, que se encuentra una gran diferencia y; además, la mayoría no consumen por mantener una buena salud y la minoría es por costumbre que consumen tabaco. (Ver Gráfico 2.16)

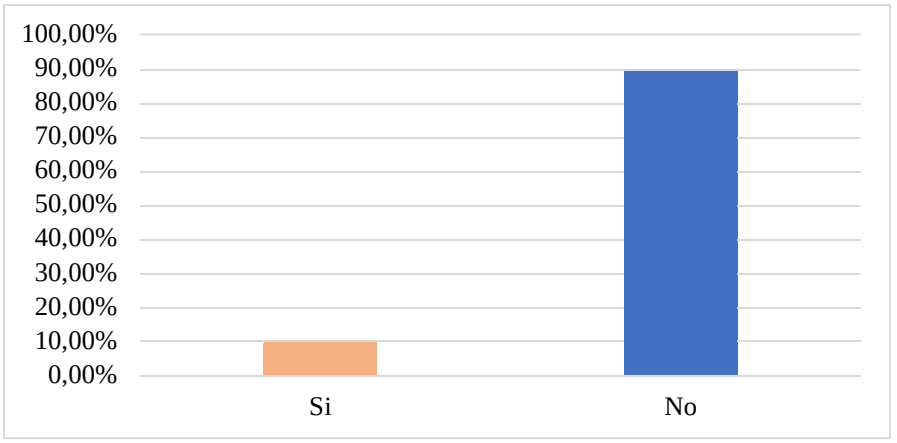


Gráfico 2. 16 *Representación gráfica de la Variable de Tabaco*

La variable alcohol existe 14 sujetos que representa el 23,33% consumidores y 46 sujetos que corresponde el 76,67% que no les gusta el alcohol. Entonces con una gran diferencia de consumo la mayoría no ingiere la bebida alcohólica por salud y la minoría porque lo volvieron un hábito. (Ver Gráfico 2.17).

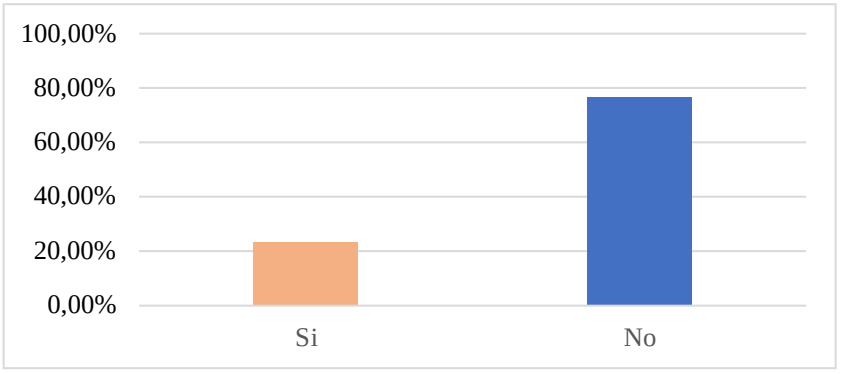


Gráfico 2. 17 *Representación gráfica de la Variable de Salud – Alcohol*

La variable sueño, 39 sujetos que corresponde el 65% que duermen más de seis horas, por otro lado, hay 21 sujetos que representan el 35% que duermen menos de seis horas diarias. La diferencia es poca por lo mismo del avance de los años en los adultos mayores al no cumplir su ciclo del sueño. (Ver Gráfico 2.18)

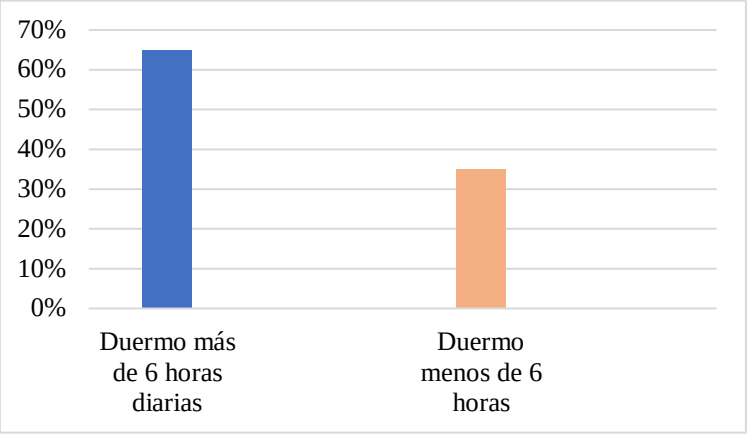


Gráfico 2. 18 *Representación gráfica de la Variable de Sueño*

La variable medicación, 39 participantes que representa el 65% que, si tiene una medicación, sin embargo; 21 personas que corresponde el 35% que no consumen ningún tipo de medicamento. En concreto las personas adultas mayores en su mayoría tienen medicación para algún padecimiento o contrarrestar las enfermedades que al envejecer obtienen con el paso de los años. (Ver Gráfico 2.19).

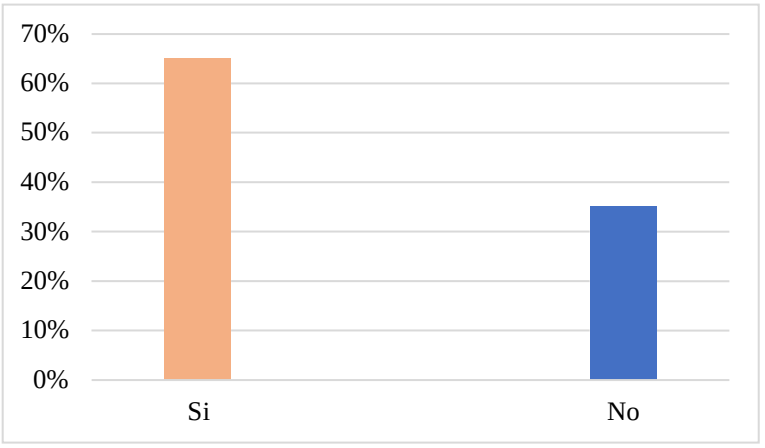


Gráfico 2. 19 *Representación gráfica de la Variable de Medicación*

La variable deporte, se registra 26 personas que comprende el 43,33% nunca han practicado ningún deporte, con 20 personas y el 33,33%, a veces han practicado deportes, 7 personas con un 11,67% casi siempre hacen deportes y con 7 personas que representa el 11,67% siempre hacen deportes. (Ver Gráfico 2.20).

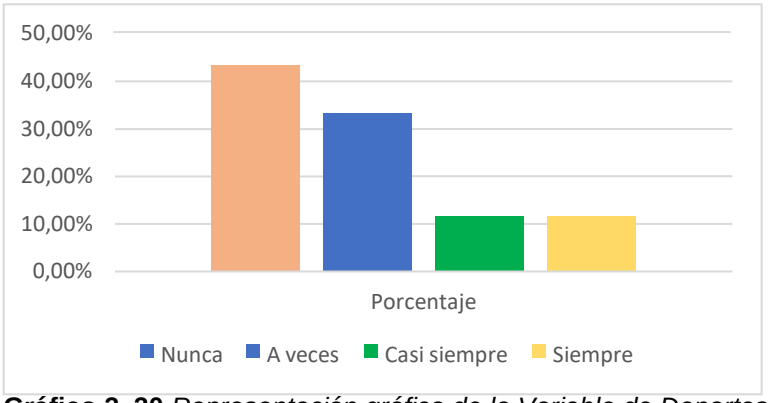


Gráfico 2. 20 *Representación gráfica de la Variable de Deportes*

La variable percepción de salud hay 16 personas que representa el 26,67% que consideran que tiene buena salud, mientras que 34 personas con un 56,67% que las personas consideran, que se encuentran en un estado de regularidad, pero 10 personas que corresponde el 16,67% consideran con una mala salud. (Ver Gráfico 2.21).

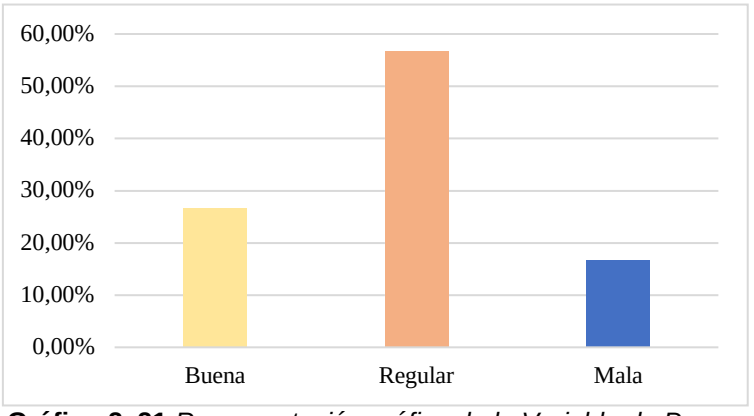


Gráfico 2. 21 *Representación gráfica de la Variable de Percepción de Salud*

La última variable: Síntomas de salud, existe 18 personas que consideran que tiene problemas visuales que representa un 30%, por otro lado, 9 personas con el 15% mencionan que tienen una afección en la parte auditiva; además, 32 adultos mayores representan el 53,33% tienen olvidos frecuentes y; finalmente, hay 1 persona con el 1,67% que no tiene ninguno de estos síntomas anteriores. (Ver Gráfico 2.22).

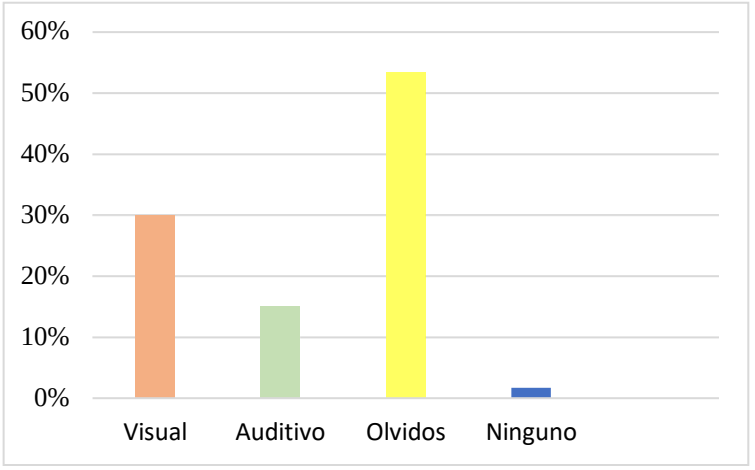


Gráfico 2. 22 *Representación gráfica de la Variable de Síntomas de Salud*

2.4 Procedimiento Metodológico

La presente investigación inicio desde un estudio bibliográfico, con el fin de obtener información de cada una de las variables tanto de la función social y cognitiva en los adultos mayores. Para la recopilación de información, se investigó diversas fuentes académicas, así como: artículos de revistas científicas, libros sobre la neuropsicología y los roles sociales del adulto mayor, sitios web de publicaciones actuales. Con todo este material, se procedió a fundamentar la parte teórica de la investigación de cada una de las dos variables; a continuación, se procedió a realizar la ficha sociodemográfica para el apoyo de datos informativos y de estado de salud de los adultos mayores, también, se eligió un test para cada variable; así como el test GHQ12 para la variable de función social y el test de MOCA para la función cognitiva, se trabajó con una muestra de 60 adultos mayores del grupo Luz y Vida del Cantón San Pedro de Pelileo con un rango de edad desde los 65 años y que no tengan ningún malestar físico, cognitivo que le impida realizar la evaluación.

Se obtuvo la apertura del grupo de adultos mayores "Luz y Vida" con la colaboración de la psicóloga institucional encargada de los grupos prioritarios de Pelileo; la socialización con el grupo y presentación del mismo decidieron voluntariamente participar, dicho eso, se pasó a aplicar los instrumentos, se obtuvo un lugar para la debida aplicación de los test y a cada uno de los adultos mayores, se les presento una carta de consentimiento para garantizar la autorización de los participantes, este documento garantiza la confiabilidad de los datos personales; a continuación, se estableció rapport para un buen ambiente de evaluación, después, se inició con la ficha sociodemográfica y los dos reactivos.

Al culminar con los reactivos aplicados, se prosigue con la debida calificación y después cada uno de los datos recolectados, se transfirió a un programa de Excel, posteriormente a este paso, se utiliza el programa de Análisis Estadísticos SPSS versión 21 para poder almacenar la información ordenada tanto por la ficha sociodemográfica y los dos test aplicados; de cada uno de esta información, se prosigue a sacar graficas para poder analizar resultados y mediante esto en base del material teórico tanto de la función social y cognitiva; además, se da a cabo una tabla grafica de correlación de variables para verificar si existe una relación entre la parte social y cognitiva en los adultos mayores, así mismo para culminar con el análisis estadístico y la debida discusión teórica, se realiza las conclusiones y recomendaciones de este trabajo de investigación.

CAPÍTULO III. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

En esta sección, se realizará un análisis descriptivo y estadístico de las evaluaciones psicológicas con la utilización del sistema estadístico SPSS, se elaboró tablas de las dos variables y su respectiva correlación, de esa manera explicar los datos obtenidos en la investigación.

3.1 Análisis del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12)

Los resultados de la primera variable sobre la función social están distribuidos en dos grupos Funcionalidad y Malestar Psicológico, se expresan en medidas de distribución: mínimo *(min)*, el máximo *(Max)*, la media *($\bar{x}$)* y la desviación típica *(Dt)*, de esta manera procede con el análisis a la distribución de los índices de la función social en el grupo de adultos mayores "Luz y Vida" según el test GHQ12. (ver tabla 3.1)

Tabla 3. 1

Distribución de los índices de las funciones sociales

Variables	*Mínimo*	*Máximo*	*Media*	*Desv. Típ.*
Funcionalidad	6	16	12,38	2,124
Malestar Psicológico	2	11	5,27	2,239

Nota: *60 Observaciones, Índice test GHQ12*

De acuerdo a la tabla 3.1, se evidencia los índices de distribución de la variable de funcionalidad y malestar psicológico de los adultos mayores, existen diferencias en las medidas estadísticas por la parte de funcionalidad hay un *(min)* de 6 observaciones, mientras tanto en el malestar psicológico, se encontró como *(Max)* 2 observaciones; de esta forma, se ha obtenido como *(min)* 16 en la funcionalidad y como *(Max)* 11 en el malestar psicológico; en los resultados de la media ha obtenido el 12,38 *($\bar{x}$)* , en la funcionalidad y un 5,27 *($\bar{x}$)* en el malestar psicológico; finalmente, en la desviación típica en la funcionalidad, se obtuvo *(Dt)* 2,124 y un 2,239 *(Dt)* en el malestar psicológico.

Aquí es importante mencionar que en la media estadística existe un 12,38 *($\bar{x}$)*, entonces está en un nivel moderado en la funcionalidad de los adultos mayores, de esta forma

descartamos que el grupo de adultos mayores tengan malestar psicológico por haber obtenido un bajo nivel de 5,25 $(\bar{x})$ en las medidas estadísticas.

En el siguiente artículo según Agudelo-Suárez, Posada-López y Meneses-Gómez (2015), menciona que en los resultados de la investigación obtuvieron personas mayores que tiene más dificultad en la salud mental por los niveles de estudio. Dicho de otro modo, existe bajas expectativas por parte del contexto social. Por lo tanto, en este estudio que trabajo con una población de adultos mayores, se mostró falencias en el nivel social y de educación dentro de la función social; por ende, involucra la funcionalidad y el malestar psicológico en la tercera edad. Es así que en la vejez se encuentran con una vulnerabilidad social y salud mental; lo cual, significa que existe una gran distinción por parte de las características sociales.

La investigación realizada por Serrani (2015) con una muestra de 910 personas adultas mayores de familias argentinas encontraron altos índices emocionales positivos que los lleva a una cohesión familiar en; el cual, existe un buen bienestar mental y excelentes relaciones personales que presenta el sujeto al envejecer. Mediante este estudio; también, muestra una destacada disfunción social que al envejecer los lleva a un fenómeno estresante para los sujetos y su medio que socializan, entonces concluyen que las medidas o actividades funcionales están asociadas en una limitación positiva con autenticidad para los adultos mayores y en si el estilo de vida que tienen cada uno de ellos.

Un estudio realizado en Medellín con participantes de la tercera edad por Villa, Zuluaga y Restrepo (2013), indica que en su investigación existe una relación entre el bienestar y malestar psicológico en las personas adultas mayores, por esta razón la salud, se encuentra asociadas con una percepción entre la funcionalidad y; también, en el malestar psicológico. Esto, se observa en los factores más esenciales para los sujetos, así como los roles sociales, las actividades y en si la vida cotidiana de cada uno de ellos; además, dan a conocer que los problemas de salud en el envejecimiento son el foco de atención en la investigación y que no solo por la edad avanzada ni la situación social; sino también, de las necesidades de calidad y bienestar vital en la vejez.

3.1.1 Análisis del Cuestionario de Salud General de Goldberg entre la Variable de ocupación

Tabla 3. 2

Correlación GHQ12 – Ocupación

	Ocupación	***Funcionalidad***	***Malestar Psicológico***
Ocupación	1	383**	178
Funcionalidad		1	065
Malestar Psicológico			1

Nota: *60 Observaciones – Rho de Spearman - **p< 0,01*

En la siguiente tabla 3.2, se evidencia la correlación entre el test GHQ12 y la variable de ocupación, existe mayor significancia entre la Funcionalidad y Ocupación con el $**p< 0,01$; mientras que en el Malestar Psicológico un 178 con la variable ocupacional.

De manera que a mayor funcionalidad existe distractores como un trabajo o un ocio en la etapa del envejecimiento y de esta manera mantenerse activos, las ocupaciones u ocios son importante en la etapa de la tercera edad para su distracción social y; también, para socializar con el medio que los rodea. La investigación realizada en España en un grupo de 50 personas entre 65 a 75 años por Sánchez del Pino, Herrera, y Rico (1999), se evidenció que el ocio es una práctica placentera que les aporta comodidad a las personas, por lo que esta práctica ya sea actividad física, tejer; también, salir a caminar, ocupaciones como en otros casos ser jubilados, mantenerse en los quehaceres domésticos, tener algún trabajo independiente genera una fuente de salud que previene las enfermedades físicas y psíquicas con el propósito de elevar la satisfacción del sentido de la vida en los adultos mayores.

3.1.2 Análisis del Cuestionario de Salud General de Goldberg entre la Variable de asistencia

Tabla 3. 3

Correlación GHQ12 – Asistencia

	Asistencia	***Funcionalidad***	***Malestar Psicológico***
Asistencia	1	281*	,076
Funcionalidad		1	,065
Malestar Psicológico			1

Nota: *60 Observaciones - Rho de Spearman - *p< 0,05*

En la siguiente tabla 3.3, se evidencia la correlación entre el test GHQ12 y la variable de asistencia, existe menos significancia entre la Funcionalidad y Asistencia con el $*p < 0,5$; mientras que en el Malestar Psicológico un ,076 con la variable de asistencia.

En definitiva, la funcionalidad no es tan significante con la cantidad de horas que los adultos mayores asisten al grupo y que de otra manera exista la posibilidad que los sujetos, se mantengan en constante asistencia o aumentar la cantidad de tiempo para una mejor función social y menor malestar psicológico. Según Delmar et al. (2007), En si los estudios del adulto mayor que "Suele consolidar el grupo, otorgándole persistencia en el tiempo, contribuye a la definición clara de objetivos de acuerdo a los intereses de sus integrantes, viabiliza las iniciativas, otorga orgullo de pertenencia y genera contactos con otros grupos" (p.2). En otras palabras, la constancia a un grupo les brida más apoyo por parte de nuevas personas de su misma edad y de esta manera, se sienten parte de una sociedad; además, de que forman nuevas amistades; también, cumplen actividades para mantenerse en un envejecimiento activo que cumple sus roles sociales.

3.2 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a los Dominios Cognitivos.

Los resultados de los Dominios Cognitivos están distribuidos en siete áreas y expresan en medidas de dispersión: a través del mínimo *(min)*, el máximo *(Max)*, la media *($\bar{X}$)* y la desviación típica *(Dt)* de esta manera procede con el análisis de los índices de la función cognitiva en el grupo de adultos mayores. (Ver Tabla 4.1)

Tabla 4. 1

Análisis de los Dominios Cognitivos MOCA

Variables	*Mínimo*	*Máximo*	*Media*	*Des. Tip.*
Visoespacial/ Ejecutiva (MOCA)	1	5	3,02	1,142
Identificación (MOCA)	0	3	1,72	1,121
Memoria/ recuerdo diferido (MOCA)	0	5	3,15	1,516
Atención (MOCA)	0	6	4,18	1,308
Lenguaje (MOCA)	0	3	1,78	,885
Abstracción (MOCA)	0	2	1,22	,825
Orientación (MOCA)	3	6	5,78	,555

Nota: *60 Observaciones, Áreas del test MOCA*

En la siguiente tabla, dentro de los Dominios cognitivos aprecia 60 participantes de adultos mayores, se ha encontrado las siguientes medidas estadísticas descriptivas en los dominios del test de Moca, se encuentra 7 áreas, la variable Visoespacial/ Ejecutiva tiene un *(min)*=1, el *(Max)*=5, su media *($\bar{X}$)*=3,02 con una *Dt*=1,142; La segunda variable es de Identificación con un *(min)*=0, su *(Max)*=3 la media *($\bar{X}$) =1,72* y la *Dt*=1,121; Memoria como tercera variable con un *(min)*=0, el *(Max)*=5, su media *($\bar{X}$)*=3,15 y el *Dt*=1,516; la cuarta variable es de Atención con un *(min)*=0, el *(Max)*=6, su media *($\bar{X}$)*=4,18 su *Dt*=1,308; por quinta variable es Lenguaje con un *(min)*=0, el *(Max)*=3, su media *($\bar{X}$)*=1,78 y su Dt=,885; Abstracción es la sexta variable que tiene un *(min)*=0, el *(Max)*=2, su media *($\bar{X}$)*=1,22 y la *Dt*=,825*;* finalmente, la séptima y última variable de los dominios cognitivos es Orientación con un *(min)*=3, el *(Max)*=6, su media *($\bar{X}$)*=5,78 mientras tanto su *Dt*=,555.

En esta muestra, se evidencia una media alta en los siete dominios con una media *($\bar{X}$)* =5,78 en la variable de Orientación y la media más baja en la variable de Abstracción con una media *($\bar{X}$)* =1,22*;* mientras tanto por la desviación típica, se ha obtenido una alta cantidad en la variable de Memoria/recuerdo diferido de una Dt=1,516 y con una pequeña cantidad en la desviación típica de un *Dt*=,555 en la variable de Orientación.

En la investigación realizada en México con una muestra de 168 adultos mayores que aplicaron el test de MOCA identificaron el desempeño de cada sujeto mayor, de esta forma comprueba la existencia de un deterioro cognitivo leve y una posible demencia. Según Aguilar-Navarro et al. (2018) manifiesta que las funciones cognitivas tienen una cierta significancia estadística en las funciones mentales a partir de la tercera edad algunas áreas muestran declive como memoria, atención, entre otras. Además, con esta investigación han llegado a concluir que hay la posibilidad de discriminar bien los pacientes que tiene demencia y las personas con deterioro cognitivo, de modo que tienen mejor funcionamiento cognitivo y un excelente desenvolvimiento social.

3.2.1 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a la Distribución de los Índices de Severidad del Deterioro Cognitivo.

De acuerdo a la distribución cognitiva del test de MOCA para corroborar el grado de deterioro en los adultos mayores, se tendrá el porcentaje *(%)* y la frecuencia *(f)* que tiene cada categoría y así determinar un declive en la función cognitiva en el grupo "Luz y Vida". (Ver tabla 4.2)

Tabla 4. 2

Distribución de los índices de severidad del deterioro cognitivo

Interpretación MOCA	*Porcentaje*	*Frecuencia*
Deterioro Moderado Menor	30%	18
Deterioro Leve	55%	33
Sin Deterioro	15%	9

Nota: *60 Observaciones, Índice del test MOCA*

En la siguiente tabla permite evidenciar la interpretación de la Evaluación Cognitiva Montreal con los 60 participantes del grupo de adultos mayores "Luz y Vida", de esta forma, se ha encontrado un 30% con deterioro moderado menor con una frecuencia de *(f)*18 adultos; mientras que un 55% que tiene deterioro leve con la frecuencia de *(f)* 33 participantes; finalmente, el 15% de personas mayores que no presentan deterioro cognitivo con una frecuencia *(f)* 9. Existe un bajo índice porcentual, sin embargo,

el 55%, se encuentra en deterior leve y el 33% con un deterioro moderado menor que esto no forma parte de un envejecimiento normal.

En una investigación realizada en Babahoyo – Ecuador por León y León (2017) expone que con el reactivo utilizado MOCA con una población de 540 y mediante un muestreo aleatorio estudiaron a 55 adultos mayores obtuvo "El 62% tuvieron deterioro cognitivo, de los cuales el 61,3% estuvo en el rango de edad entre 65 y 75 años. El 61,3% perteneció al sexo femenino. 90,3% tuvo instrucción básica" (p.10). De manera que a raíz del avance de la edad en los adultos mayores presentan un visible declive en la función cognitiva, al llegar a la vejez son más frágiles y; también, el sexo femenino es más proclives a obtener más antes el deterioro cognitivo.

En la siguiente investigación realizada por García y Narváez (2011) con una muestra de 217 participantes presenta que "Los adultos mayores con mayor edad y menor grado de escolaridad mostraron una mayor prevalencia de deterioro cognitivo" (p.70) significa que existe adultos mayores con deterioro cognitivo; además, de las tareas que cumplen en el grupo les mantiene más activos. En si la edad y la escolaridad son los factores más prevalentes para alcanzar un deterioro cognitivo. Por lo tanto, en este estudio con una menor muestra de 60 personas adultas mayores existe declive cognitivo por aquellos factores, se obtuvo un 55% porciento que tiene deterioro cognitivo leve y un 30% porciento con deterioro leve menor; además, la variable de edad y nivel escolar es uno de los factores que depende del desarrollo cognitivo en las personas de la tercera edad.

En la investigación realizada por los autores Tormo et al. (2006) en Murcia menciona que la demencia, se asocia a mayores de 65 años, en una muestra de 1000 participantes concluyeron que existe una mayor prevalencia de deterioro cognitivo con la edad a partir de los 80 años y un factor más que es el nivel educativo. Algo semejante ocurre en el grupo "Luz y Vida", se obtuvo resultados con mayoría de deterioro cognitivo leve con el 55% a diferencia de un 30% y un 15% de personas que no tienen ninguna demencia o declive cognitivo, es necesario resaltar que, por los rangos de edad, se relaciona y por ser una muestra de mujeres y hombres, y que con el paso de los años hay una existencia de un declive cognitivo en las personas adultas mayores.

En un estudio realizado en Colombia por Laguado, Camargo, Martín y Campo (2017) con una muestra de 60 adultos mayores expone que entre los 75 años empiezan a percatarse en las enfermedades y; también, en el declive de sus funciones cognitivas de los adultos

mayores que estudiaron la primaria que presentaron problemas en el pensamiento lógico. Por lo que la edad y la escolaridad demuestra la prevalencia del deterioro cognitivo leve y moderado en las personas adultas mayores. Así que en el caso del grupo "Luz y Vida" del Cantón Pelileo, que se obtuvo un 55% que tiene deterioro leve y un 15% sin deterioro y por rango de edad entre los 65 a 84 años; es así que el deterioro cognitivo tanto por la edad y el nivel de estudios al pasar del tiempo existe un declive en las funciones cognitivas y; también, por parte de la salud, se deteriora sus funciones mentales.

3.2.2 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a la Variable Deporte

Tabla 4. 3

Correlación Bivariados MOCA – Deporte

Correlación MOCA-Deporte		
	Total MOCA	***Deporte***
Coeficiente de correlación	1,000	,301*

Nota: *60 Observaciones – Rh de Spearman *p< 0,05*

En la tabla 4.3, se evidencia una la correlación entre la variable del total de MOCA y la variable del deporte con una menor significancia de ,301*. La práctica de deportes no es tan frecuente en el grupo de adultos mayores por situaciones de salud y pocas personas acudan a ejercicios no tan difíciles para ellos por la misma edad.

En la investigación siguiente según Acosta y González-Celis (2009) manifiesta que "Los Adultos Mayores pueden llevar a cabo diferentes actividades diarias y participar en aquellas que aseguren el mantenimiento personal (comer, bañarse, vestirse, etc.) y, que se consideran un ingrediente esencial de la vida" (p.289). La práctica de una ocupación o deporte al envejecer fortalece la calidad de vida con cada una de las actividades en las que puedan desempeñarse con el objetivo de que la persona mayor llegue a una autopercepción más optimista y con una mayor satisfacción en su vida cotidiana; además, los ejercicios físicos en la vejez son de importancia a nivel funcional muscular, respiratoria y esto; también, reducir problemas de ansiedad, depresión o el mismo deterioro cognitivo.

3.2.3 Análisis de la Evaluación Cognitiva Montreal (MOCA) respecto a la Variable de asistencia

Tabla 4. 4

Correlación Bivariados MOCA – Asistencia

	Correlación MOCA – Asistencia	
	Total MOCA	***Asistencia***
Coeficiente de correlación	1,000	-,267*

Nota: *60 observaciones – Rh de Spearman - *p< 0,05*

En la siguiente tabla 4.4, se evidencia la correlación entre variable total MOCA y la variable de asistencia con una significancia de -,267*. Entonces la significancia en la asistencia es poca para los adultos mayores que no infringe tanto en el tiempo de asistencia con la función cognitiva.

En el siguiente artículo según Conde (2001) ostenta que "El trabajo grupal permite aprender de los demás y fomentar una reflexión sobre la propia posición, que favorezca un proceso de modificación de algunos aspectos subjetivos de la propia vivencia y de otros más conectados con la realidad externa" (p.5). Es de mucha importancia que personas que alcanzaron la tercera edad asistan a un grupo para que puedan desarrollar un envejecimiento más activo y de esta manera formen una actitud optimista, saludable que fortalezca las funciones mentales que con el paso del tiempo de deterioran y con ello lleguen a presentar problemas cognitivos o enfermedades más graves en los adultos mayores.

3.2.4Análisis de Correlación entre la Función Social y la Función Cognitiva

En la siguiente correlación, se encuentra las dos variables propuestas en la investigación que es la función social y la función cognitiva para corroborar si hay la existencia de una relación entre estados variables. Con la utilización de la correlación bivariado con Rho de Spearman, al cumplir con las supuestas normalidades de una significancia de nivel *(**p<.01)* con mayor correlación con las áreas de cada uno de los test y con una significancia de nivel *(*p<.05)* de menor correlación con los distintos índices de estudio tanta función, malestar psicológico y las áreas cognitivas. (Ver Tabla 4.5)

Tabla 4. 5

Correlación de MOCA y GHQ12

MOCA/GHQ	*Funcionalidad*	*Malestar Psicológico*
Visoespacial/ Ejecutiva	,163	,110
Identificación	,200	,046
Memoria/ recuerdo diferido	-,091	,308*
Atención	0,87	-,201
Lenguaje	,368**	-,181
Abstracción	,046	-,217
Orientación	,346**	,174

Nota: *60 Observaciones, Correlación del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ12) y Escala de la Evaluación Cognitiva de Montreal (MOCA) – Rho de Spearman - *p<0,05; **p<0,01*

Por medio de esta tabla que evidencia que existe diferencias estadísticas en las áreas cognitivas MOCA y las dimensiones del test GHQ12 con el Rho Spearman y sus significancias bilaterales que muestran que a mayor función social en las siguientes áreas: Lenguaje con r=,368; p=<0,01 y Orientación con r=,346; p=<0,01. Por lo cual, se evidenció una correlación positiva baja con respecto a la funcionalidad; mientras tanto, se halló en el área de Memoria r=,308; p=<0,05, es así, que se consideró una correlación no significativa. Entonces en esta investigación existe mayor funcionalidad en dos áreas cognitivas y un área que obtuvo menor significancia por parte del malestar psicológico en la tercera edad.

Dicho lo anterior en la tabla (4.5) que a mayor funcionalidad mayor función cognitiva, en otros estudios según Carmona-Valdés y Ribeiro-Ferreira (2010) exponen que en la investigación que realizó encontró una diferencia entre el bienestar psicológico y la parte cognitiva, esto quiere decir que la presencia de enfermedades en las personas de la tercera edad dificulta el bienestar personal, la percepción, las emociones y con ello; también, un declive cognitivo por enfermedades fisiológicas; además, el deterioro físico reduce las capacidades de los adultos mayores y con ello sus motivación y su ánimo perjudica el funcionamiento social. De tal forma que las funciones cognitivas; también, son afectadas, no se desenvolver de una mejor manera en el adulto mayor.

Con esta investigación existe una relación con las áreas estudiadas por la función cognitiva y la mayor significancia, que se encuentra en sus áreas visoespaciales, identificación, memoria, atención, lenguaje, orientación que son dimensiones que el test de MOCA evalúa; además, hay significancia en dos áreas lenguaje y orientación; finalmente, hay una menor significancia por parte del malestar psicológico en memoria. Entonces a mayor funcionalidad cognitiva menor malestar psicológico., en el estudio realizado en el grupo de adultos mayores "Luz y Vida"; también, tiene una mayor significancia en la función cognitiva y menor significación en el malestar psicológico, a pesar de esto la función social no es dependiente del declive cognitivo en las personas mayores.

El siguiente artículo según Puig (2001) citado por Jara (2007) explica que "Las funciones cognitivas experimentan una serie de cambios. Estos cambios pueden traducirse con la presencia de déficits cognitivos o de pérdida de memoria, que interfieren en la realización de actividades complejas" (p.4). Sin embargo, los problemas más frecuentes en la tercera edad afectan directamente a las áreas cognitivas; además, estas falencias hacen que con el pasar de los años en la persona mayor obtenga un declive cognitivo, de manera que los problemas por función cognitiva pasen molestias o momentos desapercibidos durante la vejez y de esta manera poder relacionarse con su medio social o en si proseguir con su vida cotidiana o actividades que frecuentan los adultos mayores.

CONCLUSIONES

La fundamentación de los aspectos teóricos del funcionamiento social en los adultos mayores es una capacidad geriátrica, en sí de la misma vejez que cumplen un propósito de cada persona; su independencia o autonomía de actividades cotidianas o roles que cumplen a su diario vivir. Es por eso que la funcionalidad social es un resultado de la interacción con su medio social y a la vez de la fiel integridad del sujeto durante el envejecimiento; además, el malestar psicológico es un desequilibrio que tiene el adulto mayor al no permanecer dentro de una actividad social o cumplir un objetivo con el medio que les rodea y esto produce algunas perdidas o riesgos en la independencia del adulto mayor y el origen de alguna enfermedad.

En la evaluación del funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores, se determinó que la función cognitiva en los adultos mayores, se deteriora al mismo tiempo de la edad de las personas; además, se obtuvo un porcentaje medio alto en un deterioro cognitivo leve, que perjudica la independencia y las actividades de su diario vivir y no permite desenvolverse adecuadamente en relación a las sus funciones mentales; sin embargo, en la función social, que se representa por medio de dos variables: funcionalidad y malestar psicológico. Se observo que, en la funcionalidad, tiene una media de 12,38 mientras que el malestar psicológico una media de 5,27. Así que a mayor funcionalidad menor malestar psicológico en los adultos mayores. De este modo en la hipótesis, se encontró una correlación entre las función social y cognitiva, lo cual, demuestra que hay una mayor funcionalidad en su medio social. Además, de que por situación de la edad obtiene un leve declive cognitivo, pero con las actividades que cumplen en su diario vivir lo complementan.

En la realización de un análisis correlacional entre las variables de funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores, en la cual se evidencio un 55 % de personas mayores con un leve declive cognitivo en relación a la función cognitiva, y un 30 % porciento de adultos mayores que tienen un deterioro moderado menor y solo un 15% porciento que no tienen deterioro, se concluye que hay diferencias porcentuales en las condiciones mentales, que hay más deterioro leve en las personas de la tercera edad que asisten al grupo de adultos mayores.

En relación al informe, se obtuvo como resultado que las conclusiones alcanzadas de la función social y cognitiva en los adultos mayores. Se determinaron a través de una correlación entre función social y cognitiva existe un nivel de significancia en dos dominios cognitivos como: Lenguaje (,368**) y Orientación (,346**) demostró la existencia de una mayor funcionalidad, mientras tanto que en el área de Memoria *(*,308*) que presento una menor significancia por parte del malestar psicológico así, que se consideró una correlación no significativa. Donde, se infiere que a mayor funcionalidad menor malestar psicológico, aunque no exista correlación con todas las áreas estudiadas sí, se consiguió con la mayoría, entonces hay un leve declive en las funciones cognitivas.

RECOMENDACIONES

Es necesario, que se realicen más estudios sobre la función social en las personas de la tercera edad, al envejecer existe una gran influencia en la funcionalidad, con ello la relación con su medio social; además, podría generar malestar psicológico por lo que es muy importante el estudio de los roles sociales en un grupo con mayor número de casos y de población adulta mayor, con el fin de tener más datos teóricos del desenvolvimiento en la vejez.

Se recomienda promover la salud mental en el grupo tanto para el personal y las personas de la tercera edad, se surgiere charlas que ayude a identificar la importancia de la creación del grupo del adulto mayor y; también, promocionar la salud mental como sus importancias a nivel neuropsicológico; además, proponer planes de estimulación cognitiva para evitar la aceleración del declive cognitivo.

Es necesario que exista el área de psicología, pero con un enfoque de estimulación y rehabilitación de las funciones cognitivas en la vejez. En base a los datos obtenidos, para, que se trabaje en las áreas que obtuvieron deterioro leve; Además, se surgiere potenciar o regular el deterioro cognitivo en los adultos mayores, aunque esta falencia, no se pueda cortar, pero conseguiría enlentecer con actividades mentales con el objetivo de que no exista un declive muy rápido en las funciones mentales.

Se pondrá mayor énfasis en los estudios de funcionalidad social y cognitiva para que pueda permitir grandes aspectos importantes en los adultos mayores, de esta forma obtener más investigaciones ecuatorianas con el propósito de una resolución frente a la problemática.

BIBLIOGRAFÍA

Acosta, C. O., & González-Celis, A. M. (23 de Julio-Septiembre de 2009). Actividades de la vida diaria en adultos mayores: la experiencia de dos grupos focales. *Psicología y Salud - Tesis Doctoral de Psicología, 19*(2), 289-293. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/639-2854-1-PB.pdf

Acosta, C. O., & García, R. (2007). Ansiedad y depresión en los adultos mayores. *Psicología y Salud - Redalyc, 17*(002), 291-300. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/291/29117214.pdf

Agudelo-Suárez, A. A., Posada-López, A., & Meneses-Gómez, E. J. (05 de Agosto de 2015). Salud Mental en Adultos Mayores atendidos en la Red Hospitalaria Pública de Medellín, Colombia. *Rev Perú Med Exp Salud Pública - Scielo, 32*(4), 701-708. Obtenido de https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2015.v32n4/701-708

Aguilar, S., Gutiérrez, L., & Samudio, M. A. (2018). *Estimulación de la atención y la memoria en adultos mayores con deterioro cognitivo* (ISNN: 978-84-17221-81-2 ed.). México: Permanyer México. Obtenido de http://www.innsz.mx/2017/Geriatria/Pautas-estimulacion-cognitiva3.pdf

Aguilar-Navarro, S. G., Mimenza-Alvarado, A. J., Palacios-García, A. A., Samudio-Cruz, A., Gutiérrez-Gutiérrez, L. A., & Ávila-Funes, J. A. (29 de Julio de 2018). Validez y confiabilidad del Moca (Montreal Cognitive Assessment) para el tamizaje del deterioro cognitivo en México. *Revista Colombiana de Psiquiatría, 47*(4), 237-243. doi: 10.1016/j.rcp.2017.05.003

Alvarado, A. M., & Salazar, Á. M. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos - Scielo, 25*(2), 57-62. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf

Araya, A.-X., Iriarte, E., Rioja, R., & González, G. (Marzo de 2018). Programa centros diurnos del adulto mayor: recomendaciones para mejorar su funcionamiento. *Gerokomos - Scielo, 29*(1), 9-12. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v29n1/1134-928X-geroko-29-01-9.pdf

Aritzeta, A., & Ayestarán, S. (2003). Aplicabilidad de la teoría de los roles de equipo de Belbin: Un estudio longitudinal comparativo con equipos de trabajo. *Revista de psicología general y aplicada: Revista de la Federación*

Española de Asociaciones de Psicología - Dialnet, 56(1), 61-75. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=649325

Artavia, C., & Fallas, M. A. (Noviembre de 2012). La orientación en la calidad de vida de las personas adultas mayores: Creando espacios de acción. *Revista Electrónica Educare, 16*, 39-45. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LaOrientacionEnLaCalidadDeVidaDeLasPersonasAdultas-4780996.pdf

Beltrán-Campos, V., Padilla-Gómez, E., Palma, L., Aguilar-Vázquez, A., & Díaz-Cintra, S. (01 de Marzo de 2011). Bases neurobiológicas del envejecimiento neuronal. *Revista Digital Universitaria- Instituto de Neurobiología (INB)-UNAM, 12*(3), 1-11. Obtenido de http://www.revista.unam.mx/vol.12/num3/art30/art30.pdf

Bernhardi, R. (2005). Envejecimiento: Cambios bioquímicos y funcionales del Sistema Nervioso Central. *Rev Chil Neuro-Psiquiat - Scielo, 43*(4), 297-304. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v43n4/art04.pdf

Berriel, F., Pica, C., & Zunino, N. (Uruguay de 2017). Construcción social de la vejez en Uruguay a partir de documentos de políticas públicas. *Psicoperspectivas - Scielo, 16*(1), 7-18. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/psicop/v16n1/art02.pdf

Binotti, P., Spina, D., de la Barrera, M. L., & Donolo, D. (30 de Diciembre de 2009). Funciones ejecutivas y aprendizaje en el envejecimiento normal. Estimulación cognitiva desde una mirada psicopedagógica. *Revista Chilena Neuropsicológica, 4*(2), 119-126. doi: ISSN 0718-0551

Bravo, C., & Caro, M. (2002). Efectos psicosociales de la Jubilación por vejez en las variables de Autoestima y Apoyo social en el Adulto Mayor afiliado al Instituto de Normalización Previsional (INP) de la Región Metropolitana. *Psykhe, 11*(2), 89-108. Obtenido de http://www.psykhe.cl/index.php/psykhe/article/view/422/pdf

Brewster H, P. W., Melrose, R. J., Marquine, M. J., Johnson, J. K., Napoles, A., Mackay-Brandt, A., Mungas, D. (28 de Noviembre de 2014). Experiencia de vida e influencias demográficas sobre la función cognitiva en adultos mayores. *Neuropsychology, 28*(6), 846-858. doi:10.1037/neu0000098

Buitrago, L. M., Cordón, L., & Cortéz, R. (2018). Niveles de Ansiedad y Estrés en Adultos Mayores en Condición de abandono familiar.

Integración Académica en Psicología, 6(17), 70-81. Obtenido de http://integracion-academica.org/attachments/article/203/07%20Ansiedad%20y%20Estres%20-%20LBuitrago%20LCordon%20LCortes.pdf

Bustamante C, G., & Mendoza, C. A. (2013). Estudios de Correlación. *Revista Actualización Clínica Investigada - Scielo, 33*, 1690- 1694. Obtenido de http://www.revistasbolivianas.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2304-37682013000600006&lng=es&nrm=iso

Cadenas, H., Arnold, M., & Urquiza, A. (2014). *La organización de las organizaciones sociales: aplicaciones desde perspectivas sistémicas.* (I. 978-956-01-0098-6, Ed.) Chile: RIL editores. Obtenido de https://www.academia.edu/7273386/La_organizaci%C3%B3n_de_las_organizaciones_sociales_aplicaciones_desde_perspectivas_sist%C3%A9micas

Calderón, D. (2018). *Revista Médica Herediana - Scielo, 29*(3), 182-191. doi: http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.3408

Calero, S., Díaz, T. K., Caiza, M. R., Rodríguez, Á. F., & Analuiza, E. F. (2016). Influencia de las actividades físico-recreativas en la autoestima del adulto mayor. *revista Cubana de Investigación Biomédicas - Scielo, 35*(4), 366-374. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/ibi/v35n4/ibi07416.pdf

Camargo-Hernández, K. d., & Laguado-Jaimes, E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga -Santander, Colombia. *Universidad y Salud - Scielo, 19*(2), 163-170. doi: http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79

Cancino, M., Rehbein, L., & Ortiz, M. S. (23 de Marzo de 2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica Chile - Scielo, 146*, 315-322. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rmc/v146n3/0034-9887-rmc-146-03-0315.pdf

Carbajo, M. d. (11 de Abril de 2016). Enfoque evolutivo de la inteligencia en personas mayores: La tradición Piagetiana. *Revista Pedagógica - Dialnet, 29*, 241-257. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-EnfoqueEvolutivoDeLaInteligenciaEnPersonasMayoresL-5772489.pdf

Carmona-Valdés, S. E., & Ribeiro-Ferreira, M. (Julio - Septiembre de 2010). Actividades sociales y bienestar personal en el envejecimiento. *Papeles de población - Scielo, 16*(65), 163-185. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252010000300006&lang=es

Carpio, V. E. (07 de Diciembre de 2016). *Scrib*. Obtenido de Taller de actualización en evaluación psicológica: https://es.scribd.com/document/367298611/Moca

Carreira, C., & Facal, D. (2017). Ansiedad en las personas mayores de 50 años. Datos representativos de la población mayor en España. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 52*(4), 197-200. doi: http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.02.008

Castellano, C. L. (2014). Análisis de la relación entre las actitudes hacia la vejez y el envejecimiento y los índices de bienestar en una muestra de personas mayores. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 49*(3), 108-114. doi: 10.1016/j.regg.2013.06.001

Conde, J. L. (Enero de 2001). Vivir la vejez positivamente. *Psiquiatria.com, Interpsiquis*, 1-19. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Josep_Lluis_Conde-Sala/publication/235992403_Vivir_la_vejez_positivamente/links/54f6139b0cf21d8b8a5c1960/Vivir-la-vejez-positivamente.pdf

Cortese, R. (2018). Percepción de la salud y el bienestar en la vejez. *Subjetividad y Procesos Cognitivos - Scielo, 22*(1), 17-42. Obtenido de http://www.scielo.org.ar/pdf/spc/v22n1/v22n1a01.pdf

Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, U., & Bendezú, L. (24 de Junio de 2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina - Scielo, 73*(4), 321-330. doi: ISSN 1025-5583

Davobe, M. (26 de Octubre de 2015). *Scielo*. Obtenido de Derechos humanos de las personas mayores en la nueva Convención americana y sus implicancias bioéticas: http://www.scielo.org.co/pdf/rlb/v16n1/v16n1a03.pdf

de la Barrera, M. L., & Donolo, D. (20 de Mayo de 2009). Diagnóstico diferencial de envejecimiento patológico. *Pensamiento Psicológico - Dialnet, 5*(12), 45-58. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-DiagnosticoDiferencialDeEnvejecimientoPatologicoDe-3091295.pdf

Del Bruto, O. H., Mera, R. M., Zambrano, M., & Del Bruto, V. J. (2017). Deterioro Cognitivo: Prevalencia y Correlatos en una Comunidad Rural Ecuatoriana. Lecciones del Proyecto Atahualpa. *Revista Ecuatoriana de Neurología - Scielo, 26*(2), 164-178. Obtenido de http://scielo.senescyt.gob.ec/pdf/rneuro/v26n2/2631-2581-rneuro-26-02-00164.pdf

Delmar, R. R., Raquel, C., Hilda, M. C., Graciela, A., Ilda, V., & Alberto, G. (Mayo de 2007). Importancia de los grupos de adultos mayores como instrumento de salud. *Maimónides- Instituto de Formación Gerontológica*, 1-4. Obtenido de http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2007/2009/05/importancia_de_los_grupos_de_a.html

Deses, C. D. (Enero-Febrero de 2018). Alteraciones del sueño en personas adultas mayores. *Revista de la Facultad de Medicina- Scielo, 61*(1), 33-45. Obtenido de http://www.scielo.org.mx/pdf/facmed/v61n1/2448-4865-facmed-61-01-33.pdf

Domínguez, M. (2016). Desafíos sociales del envejecimiento: Reflexión desde el derecho al desarrollo. *CES Psicología*, 150-155.

Duarte, L. K. (2017). Lenguaje, memoria y habilidades visuoconstructivas en el envejecimiento normal: datos normativos con la batería neuro norma Colombia. *Universidad Nacional de Colombia: Tesis de Magister - Neuropsicología Clínica y Cognoscitiva*, 31-36. Obtenido de http://bdigital.unal.edu.co/56785/7/lilianaduartepedroza.2017.pdf

Duque, A. V. (2013). Funciones Cognitivas. Prolegómenos de aprendizaje en estudiantes de trabajo social. *Eleuthera, 10*, 160-181. Obtenido de http://vip.ucaldas.edu.co/eleuthera/downloads/Eleuthera10_10.pdf

Dzul, M. (2006). Diseño No Experimental. *Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo*, 2. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf

Fernandes, R. M., & de Lima, I. I. (9 de Mayo de 2016). El entrenamiento cognitivo en los ancianos y efectos en las funciones ejecutivas. *Acta Colombiana de Psicología-Redalyc, 19*(2), 177-197. doi:10.14718/ACP.2016.19.2.8

Franco-Fernández, M., & Antequera-Jurado, R. (2009). Trastorno de ansiedad en el camino. *Psicogeriatría, 1*, 37-47. Obtenido de https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0101/0101_37_47.pdf

Froufe, M., Cruz, I., & Sierra, B. (12 de mayo de 2009). (dis)Función ejecutiva en personas mayores con y sin Alzheimer: Actuación estratégica basada en expectativas. *Psicología - Universidad Autónoma de Madrid, 30*, 119-135. Obtenido de https://www.uv.es/psicologica/articulos1.09/6FROUFE.pdf

Gamba, A., Páez, G. J., Domínguez, W. J., & Rincón Lozada, C. F. (17 de Octubre-Diciembre de 2017). Desempeño neuropsicológico en adultos mayores. *Archivos de Neurociencias, 22*(4), 6-19. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2017/ane174a.pdf

García, M. A., Moya, L. M., & Quijano, M. C. (18 de Noviembre de 2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana - Scielo, 4*(31), 398-403. Obtenido de http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf

García, C. A., & Narváez, L. H. (Junio-Julio de 2011). Validación de la Escala MOCA (Montreal Cognitive Assesment) para deterioro cognitivo, en la población de Adultos Mayores perteneciente al Club de la tercera edad del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social (Sede N.N.U.U. y Veracruz). *Tesis: Disertación previa a la obtención de título de Médico Cirujano*, 70-72. Obtenido de http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13809/tesis%20final%20cecy%20-%20luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

García, C. V. (Enero - Febrero de 1999). Manual para la utilización del cuestionario de salud general de Goldberg. Adaptación Cubana. *Revista Cubana de Medicina General Integral, 15*(1), 88-97. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000100010

Genua, M. I., Miró, B., Hernanz, R., Martínez, M., Miró, M., & Pardo, C. (2002). Geriatría. *Farmacia Hospitalaria, 8*, 960-992. Obtenido de https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP08.pdf

Gómez, I., Mendoza, N. M., & Medina, I. E. (2016). *SAGG*. Obtenido de Sociedad Argentina de Gerontología y Geriatría: http://www.sagg.org.ar/wp/wp-content/uploads/2016/11/Atencion-Concentración-y-Velocidad-de-Procesamiento-en-población-adulta-mayor-de-la-zona-metropolitana-de-Guadalajara.pdf

González V, S. E. (Enero-Diciembre de 2002). Lenguaje y envejecimiento normal. *Universidad de los Andes - Dialnet* (7), 1-12. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LenguajeYEnvejecimientoNormal-4004112%20(1).pdf

González, M. F., Facal, D., & Yaguas, J. (31 de Diciembre de 2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayorees e influencias de variables socioeducativas-Resultados del estudio ELES. *Escritos de Psicología - Scielo, 6*(3), 34-42. doi: 10.5231/psy.writ.2013.1611

Herrera P, A., & Guzmán H, A. (Enero de 2012). Reflexiones sobre calidad de vida, dignidad y envejecimiento. *23*(1), 65-76. doi:10.1016/S0716-8640(12)70275-4

Jara Madrigal, M. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*, 4-14. Obtenido de https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf

Jessenia, B. (Enero de 2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida en el adulto mayor.* Obtenido de Tesis: http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf

Jiménez, B. (Septiembre-Octubre de 2009). Memoria implícita en el envejecimiento normal y en la enfermedad de Alzheimer: un enfoque desde la neurociencia cognitiva. *Revista Española de Geriatría y Gerontología - Elseiver Doyma, 44*(5), 235-237. doi: 10.1016/j.regg.2009.04.004

Keys, C. (1998). Social Psychology Quarterly. *Social well-being*, 122.

Labrada, A. G., Ramírez, A., Aymara, L., Morales, M., Rodríguez, G., & Frías, L. M. (20 de Mayo de 2015). Caracterización de la memoria en el envejecimiento: una mirada desde la neuropsicología. *Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía, 5*, 19-23. doi: ISSN 2225–4676

Laguado, E., Camargo, K., Martín, M. d., & Campo, E. (2017). Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. *Gerokomos, 28*(3), 135-141. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03- 00135.pdf

Leis, A. M., Iturry, M. L., Serrano, C. M., & Allegri, R. F. (23 de Diciembre de 2015). Habilidades atencionales asociadas a un mal desempeño en la conducción vehicular del adulto mayor. *Neuropsicología Latinoamericana - Scielo, 7*(3), 36-46. doi:10.5579/rnl.2015.0221

Leite, M. T., Castioni, D., Kirchner, R. M., & Hildebrandt, L. M. (Enero de 2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global - Scielo, 14*(37), 2-4. Obtenido de http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/clinica1.pdf

León, E., & León, G. (18 de Agosto de 2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto - Babahoyo (Ecuador). *Revista Cumbres - Dialnet, 3*(2), 9-16. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FactoresAsociadosAlDeterioroCognitivoEnAdultosMayo-6550770.pdf

Llanes, H. M., López, Y., Vázquez, J. L., & Hernández Pérez, R. (06 de Enero de 2015). Factores psicosociales que inciden en la depresión del adulto mayor. *Revista de Ciencias Médicas de Mayabeque - Scielo, 21*(1), 65-74. Obtenido de http://www.medimay.sld.cu/index.php/rcmh/article/view/707/pdf_26

López, M. D., Zamarrón, M. D., & Fernández-Ballesteros, R. (Septiembre de 2011). Asociación entre la realización de ejercicio e indicadores de funcionamiento físico y cognitivo. Comparativa de resultados en función de la edad. *Rev Esp GeriatrGerontol, 46*(1), 15-20. doi: 10.1016/j.regg.2010.06.002

Loureiro, C., García, C., Adana, L., Yaselga, T., Rodríguez-Lorenzana, A., & Maruta, A. (16 de Junio de 2018). *Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática*. doi: https://doi.org/10.33588/rn.6612.2017508

Machado Mac-Kay, A. P., Guerrero, P., Sanhueza, T., & Martínez, C. (Enero-Junio de 2017). Discurso oral en el envejecimiento: estudio de caso. *Forma y Función- Universidad Nacional de Colombia - Redalyc, 30*(1), 59-75. doi: 10.15446/fyf. v30n1.62410

Manterola, C., & Otzen, T. (28 de Abril de 2014). Estudios observacionales. Los diseños utilizados con mayor frecuencia en investigación clínica. *International Journal of Morphology - Scielo, 32*(2), 634-645. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v32n2/art42.pdf

Martínez, T. d., González, C. M., Castellón, G., & González, B. (03 de Enero de 2018). El envejecimiento, la vejez y calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Revista Finlay - Scielo, 8*(1), 59-65. doi: ISSN 2221-2434

Meléndez, J. C., Tomás, J. M., & Navarro, E. (2008). Análisis del bienestar en la vejez según la edad. *Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento- Elseiver, 43*(2), 90-95. doi: 10.1016/S0211- 139X (08)71161-2

Mera, M. (2018). Intervención con actividad físico-recreativa para la ansiedad y la depresión en el adulto mayor. *Scielo*, 2-3.

Mogollón, E. J. (02 de Abril de 2014). Una alternativa al entrenamiento cerebral. *redalyc.org*, 4-8. Obtenido de Revista Electrónica Educare: https://www.redalyc.org/html/1941/194130549001/

Monchietti, A., Lombardo, E., Sánchez, M. L., & Krzemien, D. (30 de Junio de 2010). Funcionamiento cognitivo en la vejez. Su campo representacional. *Dialnet, 5*(22), 89-110. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-FuncionamientoCognitivoEnLaVejez-3638754.pdf

Monje, C. (2011). Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa guía didáctica. *Universidad Surcolombia*, 26. Obtenido de https://www.uv.mx/rmipe/files/2017/02/Guia-didactica-metodologia-de-la-investigacion.pdf

Monti, J. (2002). Actualización sobre la incidencia y las causas del insomnio primario y secundario. *Revista Médica del Uruguay - Scielo, 18*, 14-26. Obtenido de http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v18n1/v18n1a03.pdf

Montoro, M. B. (2007). Modelos sociológicos de la vejez y su repercusión en los medios. *Comunicación e Personas Mayores*, 77-93. doi: ISBN-13 978-84-690-7017-8

Montoya, G. (2002). Diccionario especializado de Trabajo social. 1-87. Obtenido de http://abacoenred.com/wp-content/uploads/2017/05/Diccionario-de-trabajo-social-Ander-Egg-Ezequiel.pdf

Morales, E. (2014). La orientación en los programas universitarios para mayores. Evaluación de la función del profesorado. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía - Redalyc, 25*(1), 25-43. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/3382/338232571003.pdf

Moreta-Herrera, R., López-Calle, C., Ramos-Ramírez, M., & López-Castro, J. (diciembre de 2018). Estructura factorial y fiabilidad del Cuestionario de Salud General de Goldberg (GHQ-12) en universitarios ecuatorianos. *Revista Argentina de Ciencias de Comportamiento, 10*(3), 35-42. doi:10.32348/1852. 4206.v10.n3.20405

Nasreddine, Z., Phillips, N., Béridian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Colli, I., . . . Chertkow, H. (Marzo de 2005). *The Montreal Cognitive Assessment, MOCA: a brief screening tool for mild cognitive impairment*. doi:10.1111/j.1532-5415.2005.53221.x

Oddone, M. J. (28 de Septiembre de 2013). Antecedentes teóricos del Envejecimiento Activo. *Informes envejecimiento en red- ISSN:2340-566X* (4), 1-9. Obtenido de http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/oddone-antecedentes.pdf

Olascoaga, A. (Julio de 2014). *Participación social y su influencia en la calidad de vida de adultos mayores* . Obtenido de Tesis: https://sifp.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/Pre-proyecto-Participacipacion%20ciudadana%20y%20vejez.pdf

Olivari, C., & Urra, E. (19 de Marzo de 2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería - Scielo, 13*(1), 9-15. doi: http://dx.doi.org/10.4067/S0717-95532007000100002

Ordonez, T. N., Tavares, S. S., & Cachioni, M. (2011). Síntomas depresivos en adultos mayores participantes de una universidad abierta a la tercera edad. *Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento- Scielo, 46*(5), 250-255. doi: 10.1016/j.regg.2010.11.010

Otero, J. L. (2001). Apraxia ideomotriz y habilidades visuoconstructivas. *Revista Neurología, 32*(5), 473-477. Obtenido de http://psicotesa.com/wp-content/uploads/2014/06/apraxia_ideomotriz_y_habilidades_visuoconstructivas.pdf

Oviedo, D. (03 de Agosto de 2017). *Deterioro Cognitivo Leve y Enfermedad de Alzheimer: Revisión de conceptos*. Obtenido de Artículo: https://usma.ac.pa/wp-content/uploads/2017/12/06_Diana_Oviedo.pdf

Palacios, V., & Morales, J. C. (2011). *La memoria en el Anciano.* Colombia: ISBN:978-958-99855-0-2. Obtenido de http://envejecimiento.sociales.unam.mx/archivos/Memoria%20en%20el%20Anciano.pdf?PHPSESSID=f2a0d5690a37c532e8ad768fec85d594

Parra, M. A. (5 de Mayo de 2017). Envejecimiento activo y calidad de vida: Análisis de la actividad física y satisfacción vital en personas mayores de 60 años (Tesis doctoral). *Universidad Miguel Hernández - departamento de Psicología de la Salud*

60-70. Obtenido de http://dspace.umh.es/bitstream/11000/4457/1/TD%20Parra%20Rizo%2C%20Maria%20Antonia.pdf

Peña-Marcial, E., Bernal-Mendoza, L., Reyna-Avila, L., Pérez-Cabañas, R., Onofre-Ocampo, D., Cruz-Arteaga, I., & Silvestre-Bedolla, D. (22 de Abril de 2019). Calidad de vida en los adultos mayores de Guerrero, México. *Universidad y Salud, 21*(2), 113-118. doi: http://dx.doi.org/10.22267/rus.192102.144

Pereiro, A. X., & Juncos, O. (28 de Septiembre de 2000). Deterioro atencional en la vejez. *Revista Española de Geriatría y Gerontología - Elsevier, 35*(5), 283-289. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola- geriatria-gerontologia-124-pdf-10017930

Peres, X., & Pizarro, S. L. (Marzo de 2010). Memoria a corto plazo en personas de la tercera edad. *Ajayu: Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad- Redalyc, 8*(1), 125-150. doi: E- ISSN: 2077-2161

Pérez, S., & Cuéllar, J. (2016). Características neuropsicológicas en los adultos mayores que asisten a rehabilitación con afasia anómica. *Morfovirtual*, 1-13. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/84-852-1-PB.pdf

Pérez, M. C., Molero, M. M., Osorio, M. J., & Mercader Rubio, I. (30 de Marzo de 2014). Psicología del Desarrollo: PROGRAMA DEESTIMULACIÓN COGNITIVA E INTELIGENCIA EMOCIONAL PARA MAYORES. *Redalyc.org*, 481-484. Obtenido de Red de Revistas Científicas: http://www.redalyc.org/html/3498/349851780048/

Pérez, L. (25 de Julio-Septiembre de 2016). 25 años de la Sociología de la Vejez. *Espacio Abierto - Redalyc, 25*(3), 207-216. Obtenido de Universidad de Zulia: https://www.redalyc.org/jatsRepo/122/12249678015/html/index.html

Petretto, D. R., Pili, R., Gaviano, L., López, C. M., & Zuddas, C. (Julio-Agosto de 2016). Envejecimiento activo y de éxito o saludable: una breve historia de modelos conceptuales. *Revista Española de Geriatría y Gerontología - Elsevier, 51*(4), 229-241. doi: 10.1016/j.regg.2015.10.003

Portellano-Ortiz, C., Garre-Olmo, J., Calvó-Perxas, L., & Conde-Sala, J. L. (2016). Depresión y variables asociadas en personas mayores de 50 años en España. *11*(4), 216-226. doi: 10.1016/j.rpsm.2016.10.003

Puig G, X. (Junio de 2012). Estimulación Cognitiva. *Cartillas educativas calidad de vida en la vejez - Pontificia Universidad Católica de Chile*, 8-9. doi: ISBN 978-956-14-1255-2

Quino-Avila, A. C., & Chacón-Serna, M. J. (2018). Capacidad funcional relacionada con actividad física del adulto mayor en Tunja, Colombia. *Scielo - Horizonte Sanitario, 17*(1), 59-68. doi:10.19136/hs. a17n1.1870

Ramos, M. (2015). Tesis Doctoral. *Dialnet*, 1- 488. Obtenido de Mujeres mayores: estudio sobre sus necesidades, contribuciones al desarrollo y participación social: file:///C:/Users/Usuario/Documents/9%C2%BAno/test/material/social/ramos_toro_monica.pdf

Reyes, E., & Durand, R. (2018). Calidad de vida en la tercera edad desde la Universidad del Adulto Mayor. *Revista Información Científica*, 3-6.

Rodríguez, M. (07 de Abril de 2008). La percepción de la persona adulta mayor en la sociedad ramonense actual. *Revista Pensamiento Actual de Costa Rica - Dialnet, 8*(10-11), 31-39. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-LaPercepcionDeLaPersonaAdultaMayorEnLaSociedadRamo-5897884.pdf

Rodríguez, M. (04 de Diciembre de 2009). La soledad en el anciano. *Scielo*, 159. Obtenido de Scielo.

Román, F., & Sánchez, J. P. (Enero de 1998). Cambios neuropsicológicos asociados al envejecimiento normal. *Anales de Psicología, 14*(1), 27-43. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/43775496_Cambios_neuropsicologicos_asociados_al_envejecimiento_normal

Saavedra, J. (2015). La Liturgia de la Intervención Social. En J. Saavedra, *La intervención social como dispositivo discursivo* (pág. 142). Chile: Andén Sur.

Salazar-Villanea, M. (Enero-Diciembre de 2012). Neuropsicología y envejecimiento: el potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Revista Costarricense de Psicología, 31*(1-2), 123-146. Obtenido de file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-NeuropsicologiaYEnvejecimiento-4836516.pdf

Samper, J. A., Llibre, J. J., Sánchez, C., & Sosa, S. (2011). El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Revista Habanera de Ciencias Médicas - Scielo, 10*(1), 27-36. Obtenido de http://scielo.sld.cu/pdf/rhcm/v10n1/rhcm06111.pdf

Sánchez, M. E., & Guevara, T. (12 de Mayo de 2015). Síndrome demencial en adultos mayores. *Medicentro Electrónica - Scielo, 19*(3), 174-177. doi: ISSN 1029-3043

Sánchez, C. H. (Junio de 1999). Nivel de autoestima en los mayores tras un programa de ocio. *Revista Española de Geriatría y Gerontología, 34*(4), 225-229. Obtenido de https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-artículo-nivel-autoestima-mayores-tras-u-13006093?referer=buscador

Sánchez, I. Y., & Pérez, V. T. (14 de Enero de 2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 1-7. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/262654976_El_funcionamiento_cognitivo_en_la_vejez_atencion_y_percepcion_en_el_adulto_mayor

Sánchez-González, D., & Egea-Jimenez, C. (02 de Agosto de 2011). Enfoque de vulnerabilidad social para investigar las desventajas socioambientales. Su aplicación en el estudio de los adultos mayores. *Scielo, 17*(69), 150-155. Obtenido de Papeles de población - Scielo: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1405-74252011000300006

Sánchez-Nítola, M. N., & Ramírez-Cortázar, F. (02 de Junio de 2018). Pensamiento social sobre vejez - Actitudes y Representaciones Sociales. *Revista Iberoamericana de Psicología - Dialnet, 11*(2), 27-42. Obtenido de https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6734858

Sauñe-Oscco, W. E., Martínez, F., Oscco-Torres, O., & Ramos-Cajo, A. (23 de Abril de 2019). Nivel de ansiedad y proceso de afrontamiento en adultos mayores atendidos en el centro de salud ICA Perú. *Rev méd panacea*, 21-25. doi: https://doi.org/10.35563/rmp.v8i1.11

Segura, M. d. (2015). Calidad de vida y participación social de los mayores de las aulas universitarias de la experiencia de la universidad Miguel Hernández de Elche. *Tesis Doctoral*, 1-291. Obtenido de http://dspace.umh.es/bitstream/11000/2348/1/TD%20Segura%20Cuenca%2C%20M%C2%AA%20Carmen.pdf

Serrani, D. (2015). Traducción, adaptación al español y validación de la escala de Bienestar Mental de Warwick-Edinburgh en una muestra de Adultos Mayores Argentinos. *Acta.colomb, psicol-Scielo, 18*(1), 79-93. doi: http://www.dx.doi.org/10.14718/ACP.2015.18.1.8

Soto-Atari, M., & Cáceres-Luna, G. (Diciembre de 2012). Funciones ejecutivas en adultos mayores alfabetizados y no alfabetizados. *Revista Chilena de Neuropsicología-Redalyc, 7*(3), 127-133. doi:10.5839/rcnp.2012.0703.06

Suárez, M. O., Rodríguez, M. E., Pérez, R., Casal, A., & Fernández, G. (18 de marzo de 2015). Vulnerabilidad al estrés en adultos mayores del Policlínico "Joaquín Albarrán". *Revista Cubana de Medicina General Integral, 32*(2), 159-168. Obtenido de https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2015/cmi152e.pdf

Thomae, H. (2002). Haciéndole frente al estrés en la vejez. *Revista Latinoamericana de Psicología-Redalyc.org, 34*(1-2), 42-54. Obtenido de https://www.redalyc.org/pdf/805/80534204.pdf

Tirro, V. I. (01 de Julio de 2016). La vejez y el cerebro. *Nuevo Humanismo, 4*(1), 73-80. doi: https://doi.org/10.15359/rnh.4-1.4

Tomás, J. M., Oliver, A., Navarro, E., Meléndez, J. C., & Molina, C. (2009). Comparación del bienestar psicológico de personas mayores dominicanas y españolas. *Sección Ciencias Sociales y del Comportamiento - ELSEVIER, 44*(4), 180-185. doi: 10.1016/j.regg.2009.01.004

Tormo, M. J., Navarro, C., Gavrila, D., Rodríguez, M., Salmerón, D., Antúnez, C., García, J. M. (2006). *Programa Ariadna Autonomía en nuestros Mayores* -. Consejería de Sanidad, Prevalencia de demencia y deterioro cognitivo en la Región. Murcia: Murcia. Obtenido de http://www.murciasalud.es/recursos/ficheros/80076-ariadna.pdf

Veiga, J., Zimmermann, M., & de la Fuente, E. (Marzo de 2008). Modelos de estudios en investigación aplicada: Conceptos y Criterios para el Diseño. *Medicina y Seguridad del trabajo - Scielo, 54*(210), 81-88. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2008000100011

Véliz, M., & Riffo, B. (29 de Enero de 2010). Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. *Revista de Lingüística Teórica y Aplicada - Scielo, 48*(1), 75-103. Obtenido de https://scielo.conicyt.cl/pdf/rla/v48n1/art_05.pdf

Villa, I. C., Zuluaga, C., & Restrepo, L. F. (13 de Junio de 2013). Propiedades psicométricas del Cuestionario de Salud General de Goldberg GHQ12 en una institución hospitalaria de la ciudad de Medellín. *Avances en la Psicología Latinoamericana, 31*(3), 532-545. Obtenido de https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/view/1656

Zapata, H. (2001). Adulto Mayor: Participación e Identidad. *Revista de Psicología, 10*(1), 189-197. doi:10.5354/0719-0581.2012.18562

ANEXOS

PROYECTO DE INVESTIGACIÓN: "FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTOS SAN PEDRO DE PELILEO"

BATERIAS DE EVALUACIÓN SOCIODEMOGRÁFICA Y NEUROPSICOLÓGICA

1. **Carta de Consentimiento.**
2. **Anexo 2. Ficha sociodemográfica.**
3. **Anexo 3. MOCA.**
4. **Anexo 4. GHQ12**

INSTRUCCIONES

- Estas evaluaciones investigan algunos datos sociodemográficos, personales, funcionales y neurocognitivos.
- Por favor atienda con detenimiento la instrucción dada para cada actividad.
- Si es necesario solicite, que se le repita o le explique con detenimiento la instrucción.
- La información que proporcione será confidencial.
- El tiempo aproximado de evaluación es de 30 minutos.

AGRADECEMOS SU PARTICIPACIÓN

Anexo 1.

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Sr. / a:

_____

Por medio de la presente, quisiera obtener su autorización para incluirlo como participante en la investigación que la Escuela de Psicología de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador Ambato está llevando a cabo en la ciudad de Ambato durante el año 2019. Esta investigación lleva por título **"FUNCIONAMIENTO SOCIAL Y COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CANTOS SAN PEDRO DE PELILEO."**. El objetivo de esta investigación es determinar la relación existente entre el funcionamiento social y cognitivo en los adultos mayores.

En la presente carta pido a usted muy comedidamente su consentimiento para participar en esta investigación y que todos los datos recogidos serán de manera confidencial. Al aceptar participar, usted desarrollará actividades mentales y prácticas que permitan explorar su actual estado cognitivo.

Es importante mencionar que la colaboración en este estudio no le quitará mucho de su tiempo. Su participación será Anónima, pues su nombre no aparecerá de ningún modo ni en las encuestas, ni en los informes de la investigación, que se redactarán. Las encuestas llevarán un código desde el inicio que reemplazará sus nombres. Luego, los datos producidos por el test neuropsicológico y de habilidades sociales serán trasladados a una base de datos. Con los análisis realizados, se escribirán reportes de investigación y artículos científicos que serán publicados en revistas especializadas.

□ Autorizo ser encuestado para la investigación de la Escuela de Psicología.

_____

Firma del participante

Cédula de ciudadanía

Anexo 2.

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

N°

Lugar y fecha:_____.

Instrucciones: Lea con detenimiento cada uno de las indicaciones proporcionadas y marque con una (X) los datos que corresponda a su realidad.

I. Datos Personales.

Edad	**Sexo**	**Estado civil**	**Grado de escolaridad**
Entre 65 a 74años ( )	Masculino ()	Soltero/a ()	Ninguno ()
Entre 75 a 85 años ( )	Femenino ()	Casado/a ()	Primaria ()
Mayor a 85 años ( )		Divorciado/a ()	Secundaria ()
Fecha de nacimiento:		Separado/a ()	Tercer nivel ()
……/……/……		Viudo/a ()	Cuarto nivel ()
Edad exacta:		Unión libre ()	Profesión:
……			……..

Lugar de residencia
Domicilio: ……...
¿Con quién vive? ……
¿Cuántas horas asiste al grupo de Adultos Mayores?
De 2 a 4 horas () De 5 a 10 horas () Más de 10 horas ()
¿Cuánto tiempo está en el Grupo de Adultos Mayores?
Menos de 1 año () Más de 2 años () Entre 3 y 5 años () Más de 5 años ()
¿Por qué razón se encuentra en el Grupo de Adultos Mayores?
Decisión propia () Decisión de familiares () Comodidad ()
Otra () ……

III.OCUPACIÓN Y ACTIVIDADES EXTRAS

Ocupación
Jubilado/a () QQCC () Trabajo independiente () Oficio () ……... Ninguno () Otros () ……
Actividades extras de ocio
Si () No ()

VI.ANTECEDENTES

Historial de hábitos
Fumaba tabaco si () no () Consumía alcohol si () no () Duermo más de 6 horas diarias () Duermo menos de 6 horas diarias () Me alimentaba saludablemente si () no () Lectura nunca () ocasionalmente () con frecuencia () siempre () Practicaba deportes nunca () a veces () casi siempre () siempre ()

V. ESTADO DE SALUD

Percepción de salud		
Óptima () Buena () Regular () Mala () Pésima ()		
Síntomas		
Disminución visual () Déficit auditivo () Olvidos constantes () Otros……		
Problemas de salud		
Hipertensión () Diabetes () Arteria- tis/ Artrosis () Enfermedades del corazón () Bronquitis ()	Enfermedades renales () Osteoporosis () Gastritis () Cáncer () Antecedente de infarto ()	Depresión () Estrés () Alzheimer/Demencia Senil () Párkinson () Accidente Cerebro Vas- cular (ICTUS) ()
Medicación		
Si () No () ¿Cuáles?.....		

IV. NIVEL DE SATISFACCIÓN

Satisfacción con la vida
Satisfecho () Insatisfecho ()
Satisfacción con familiares
Satisfecho () Insatisfecho ()
Satisfacción con la sociedad
Satisfecho () Insatisfecho ()

Anexo 3.

CUESTIONARIO DE SALUD GENERAL DE GOLDBERG (GHQ-12)

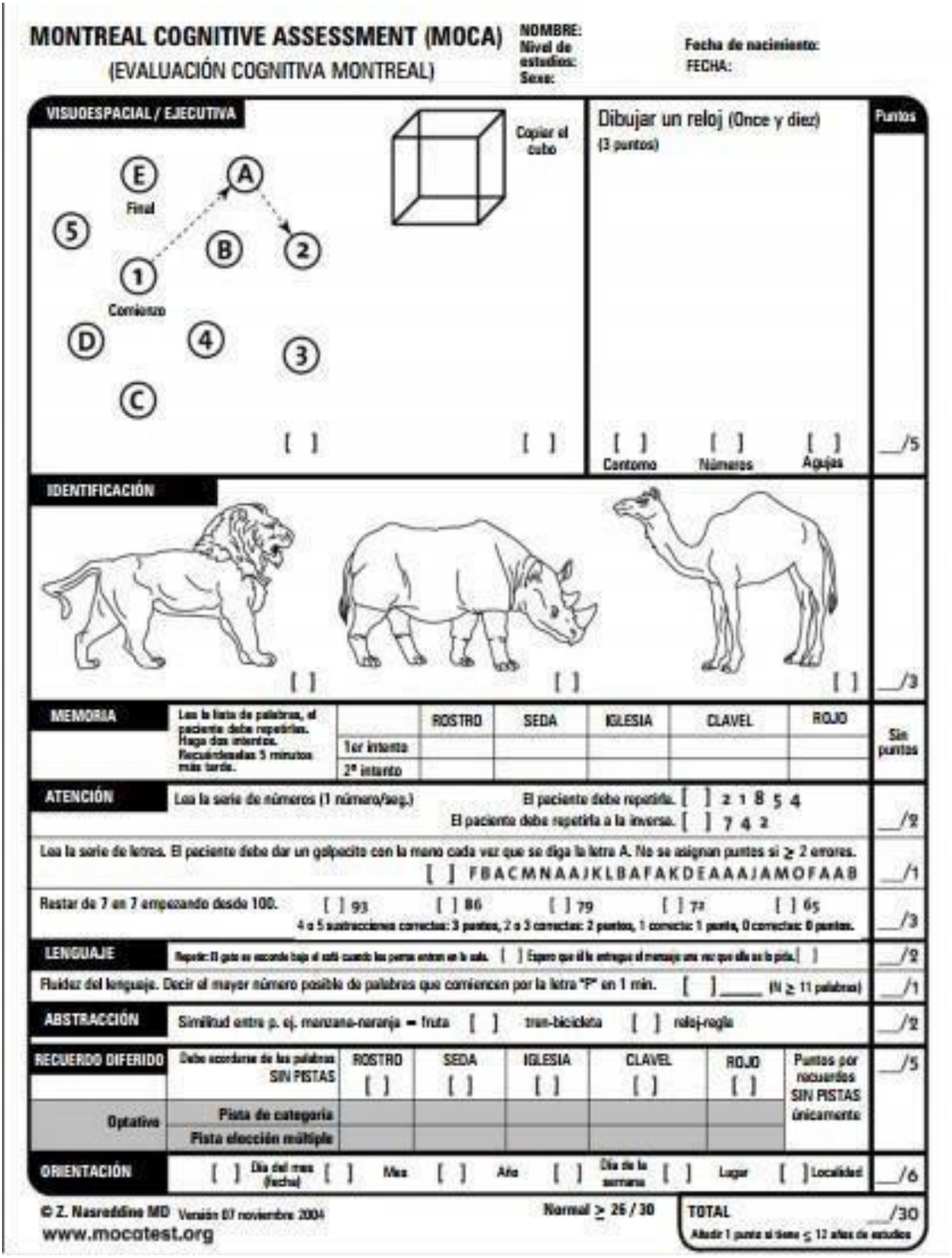
Lea cuidadosamente estas preguntas. Nos gustaría saber si has tenido algunas molestias y cómo has estado de salud en las últimas semanas. *Queremos saber los problemas recientes y actuales, no los del pasado.* **Marque una X en el espacio en blanco en la columna correspondiente al casillero junto a la respuesta elegida.**

Nº	CONDUCTAS	ALTERNATIVAS	Marcar con una X
1	¿Ha podido concentrarse bien en lo que hace?	Mejor que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos que lo habitual	
		Mucho menos que lo habitual	
2	¿Sus preocupaciones le han hecho perder mucho sueño?	Mejor que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos que lo habitual	
		Mucho menos que lo habitual	
3	¿Ha sentido que está jugando un papel útil en la vida?	Mejor que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos que lo habitual	
		Mucho menos que lo habitual	
4	¿Se ha sentido capaz de tomar decisiones?	Más capaz que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos capaz que lo habitual	
		Mucha menos capaz	
5	¿Se ha sentido constantemente agobiado y en tensión?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Bastante más que lo habitual	
		Mucho más	
6	¿Ha sentido que no puede superar sus dificultades?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Bastante más que lo habitual	
		Mucho más	
7	¿Ha sido capaz de disfrutar sus actividades normales cada día?	Más que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos que lo habitual	
		Mucho menos	
8	¿Ha sido capaz de hacer frente a	Más capaz que lo habitual	
		Igual que lo habitual	
		Menos capaz que lo habitual	

9	¿Se ha sentido poco feliz y deprimido?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Bastante más que lo habitual	
		Mucho más	
10	¿Ha perdido confianza en sí mismo?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Bastante más que lo habitual	
		Mucho más	
11	¿Ha pensado que usted es una persona que no vale para nada?	No, en absoluto	
		No más que lo habitual	
		Bastante más que lo habitual	
		Mucho más	
12	¿Se siente razonablemente feliz considerando todas las circunstancias?	Más feliz que lo habitual	
		Aproximadamente lo mismo que lo habitual	
		Menos feliz que lo habitual	
		Mucho menos que lo habitual	

Anexo 4.

EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL MOCA



MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)

(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

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

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA

Copiar el cubo

Final
Comienzo

[ ] [ ]

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

[ ] Contorno [ ] Números [ ] Agujas

Puntos /5

IDENTIFICACIÓN

[ ] [ ] [ ]

/3

MEMORIA

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

	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO
1er intento					
2º intento					

Sin puntos

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