



**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:**  
**“DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL**  
**ADULTO MAYOR”**

*Requisito* previo para optar por el Título de Psicóloga Clínica

**Autora:** Bonilla Romero, Diana Carolina

**Tutora:** Lic. García Ramos, Diana Carolina MSc

**Ambato- Ecuador**

**Diciembre, 2018**

## **APROBACIÓN DEL TUTOR**

En mi calidad de Tutor del Trabajo de Investigación sobre el tema: **“DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL ADULTO MAYOR”** de Diana Carolina Bonilla Romero, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica, considero que reúne los requisitos y méritos suficiente para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad de Ciencias de la Salud.

Ambato, Julio 2018

## **LA TUTORA**

.....  
Ps.Cl. García Ramos, Diana Carolina Mg.

## **AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO**

Los criterios emitidos en el Trabajo de Investigación “**DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL ADULTO MAYOR**”, como también los contenidos, ideas, análisis y conclusiones son de exclusiva responsabilidad de mi persona como autora de este trabajo de grado.

Ambato, Julio del 2018

### **LA AUTORA**

.....

Bonilla Romero, Diana Carolina

## **DERECHOS DE AUTOR**

Autorizo a la Universidad Técnica de Ambato, para que haga de este proyecto de investigación o parte del mismo un documento disponible para su lectura, consulta y procesos de investigación.

Cedo los derechos en línea patrimoniales de mi proyecto investigativo con fines de difusión pública; además apruebo la reproducción del mencionado, dentro de las regularidades de la Universidad, siempre y cuando su reproducción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Julio del 2018

## **LA AUTORA**

.....

Bonilla Romero Diana Carolina

## **APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR**

Los miembros del Tribunal Examinador aprueben el Informe de Investigación, sobre el tema **“DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN EL ADULTO MAYOR”**. Diana Carolina Bonilla Romero, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Diciembre del 2018.

**Para constancia firman:**

.....  
PRESIDENTE/A

.....  
1ER VOCAL

.....  
2DO VOCAL

## **DEDICATORIA**

El presente trabajo de investigación quiero dedicarles a mis padres quienes día a día se esfuerzan por darme lo mejor de ellos, quienes han sido mi guía e impulso en esta meta que estoy pronto a culminar, a mis hermanos Katty y Julio, quienes han sido mi ejemplo y motivación para alcanzar mis metas y a la distancia me ha apoyado con sus consejos y amor incondicional.

A mi abuelita quien me abrió las puertas de su hogar y se convirtió en mi confidente. A mis amigos que he conocido durante el transcurso de mi carrera y hasta el día de hoy conservamos la amistad, y a todas y cada una de las personas que confiaron en mí y ocupan un lugar importante en mi vida

Bonilla Romero, Diana Carolina

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios por ser guía en mi vida y quien me dio una linda familia, mis padres los cuales me han apoyado de manera incondicional, sobre todo a mi madre con quién he compartido momentos gratos, ambos me guiaron por el mejor camino inculcando los valores en mí, y a la paciencia que me han tenido durante toda mi etapa de estudios y por confiar siempre en su hija menor. A mis hermanos mayores quienes han cuidado de mí con sus consejos y amor.

Bonilla Romero, Diana Carolina

## CONTENIDO

APROBACIÓN DEL TUTOR.....	ii
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO .....	iii
DERECHOS DE AUTOR .....	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR .....	v
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO .....	vii
CONTENIDO .....	viii
ÍNDICE DE TABLAS .....	xi
ÍNDICE DE GRÁFICOS .....	xii
RESUMEN.....	xiii
ABSTRACT.....	xiv
INTRODUCCIÓN.....	1
CAPITULO 1 .....	2
EL PROBLEMA .....	2
1.1 Tema: Deterioro Cognitivo y Factores Sociodemográficos en el Adulto Mayor. ....	2
1.2 Planteamiento del problema .....	2
1.2.1 Contextualización.....	2
1.2.2 Formulación del problema.....	5



1.3 Justificación.....	6
1.4 Objetivos .....	7
1.4.1 Objetivo General.....	7
1.4.2 Objetivos Específicos .....	7
CAPÍTULO II .....	8
MARCO TEÓRICO .....	8
2.1 Estado del Arte .....	8
2.2 Fundamento Teórico .....	12
2.2.1 Generalidades sobre deterioro cognitivo .....	12
2.2.2 Generalidades sobre los factores sociodemográficos.....	17
2.3 Hipótesis.....	21
Hipótesis Alternativa .....	21
Hipótesis Nula .....	21
CAPÍTULO III.....	22
MARCO METODOLÓGICO.....	22
3.1 Nivel y Tipo de investigación.....	22
3.2 Selección del área o ámbito de estudio .....	22
3.3 Población.....	23
3.4 Criterios de inclusión y exclusión.....	23
3.4.1 Criterios de Inclusión .....	23

3.4.2 Criterios de Exclusión .....	23
3.5 Diseño Muestral.....	23
3.6 Operacionalización de variables .....	24
3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información ..	27
3.8 Aspectos éticos .....	27
CAPITULO IV.....	30
ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS .....	30
Interpretación SPSS .....	53
Tabla 18.....	53
CAPITULO V .....	54
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	54
5.1 Conclusiones .....	54
5.2 Recomendaciones.....	55
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	56
Bibliografía .....	56
Linkografía.....	63
Bibliografía Base de Datos de la Universidad Técnica de Ambato .....	66
ANEXOS .....	68
1. Encuesta Factores Sociodemográficos.....	68
2. MiniMental State .....	70

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 Operacionalización de Variable Deterioro Cognitivo.....	24
Tabla 2 Operacionalización de Variable Factores Sociodemográficos.....	25
Tabla 3 Edad de Encuestados.....	30
Tabla 4 Género de Encuestados.....	32
Tabla 5 Estado Civil de los Encuestados.....	33
Tabla 6 Ocupación de los Encuestados.....	34
Tabla 7 Tipo de Hogar de Encuestados.....	36
Tabla 8 Miembro de hogar de los Encuestados.....	37
Tabla 9 Instrucción de los Encuestados.....	39
Tabla 10 Vivienda de los Encuestados.....	40
Tabla 11 Actividades Recreativas de los Encuestados.....	41
Tabla 12 Actividades Sociales de los Encuestados.....	43
Tabla 13 Relación Familiar de los Encuestados.....	44
Tabla 14 Importancia de la Religión de los Encuestados.....	45
Tabla 15 Enfermedad Metabólica de los Encuestados.....	47
Tabla 16 Medicamento de los Encuestados.....	49
Tabla 17 Deterioro Cognitivo.....	50
Tabla 18 Procesamiento Estadístico.....	52

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 Edad de los encuestados.....	31
Gráfico 2 Género de los Encuestados.....	32
Gráfico 3 Estado Civil de los Encuestados .....	33
Gráfico 4 Ocupación de los Encuestados.....	35
Gráfico 5 Tipo de Hogar de Encuestados.....	36
Gráfico 6 Miembro de hogar de los Encuestados.....	38
Gráfico 7 Instrucción de los Encuestados.....	39
Gráfico 8 Vivienda de los Encuestados.....	41
Gráfico 9 Actividades Recreativas de los Encuestados.....	42
Gráfico 10 Actividades Sociales de los Encuestados.....	43
Gráfico 11 Relación Familiar de los Encuestados.....	44
Gráfico 12 Importancia de la Religión de los Encuestados.....	46
Gráfico 13 Enfermedad Metabólica de los Encuestados.....	48
Gráfico 14 Medicamento de los Encuestados.....	49
Gráfico 15 Deterioro Cognitivo.....	51

**UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA**  
**TEMA: “DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS EN**  
**EL ADULTO MAYOR”**

**Autora:** Diana Carolina Bonilla Romero

**Tutor:** Ps.Cl. Mg. García Carolina

**Fecha:** Julio de 2018

**RESUMEN**

El presente estudio fue una investigación no experimental, transversal de tipo descriptiva y correlacional con el objetivo de describir la relación existente entre el Deterioro Cognitivo (D.C) y los factores sociodemográficos en los adultos mayores de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados del cantón Salcedo, en Ecuador. Se trabajó con una muestra de 27 adultos mayores, con edades entre 60 y 85 años los cuales fueron evaluados mediante el Minimental State Exam y una ficha sociodemográfica en la cual se concluyó: que el 7,41% tiene D.C moderado, el 44,44% tiene D.C leve y el 48,15% no presentan D.C. Utilizando el estadístico de Spearman, se obtuvo que el deterioro cognitivo no tiene relación con los factores sociodemográficos estudiados en la muestra. Se recomienda realizar programas neuropsicológicos los cuales permitan fortalecer las diferentes áreas cognitivas, teniendo en cuenta que a mayor plasticidad neuronal menor deterioro cognitivo.

**Palabras Claves:** Deterioro Cognitivo, Factores Sociodemográficos, Adulto Mayor.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO**

**FACULTY OF SCIENCES HEALTH**

**CLINICAL PSYCHOLOGY**

**THEME: “COGNITIVE IMPAIRMENT AND SOCIO-DEMOGRAPHIC FACTORS  
IN ELDERLY ADULT”**

**Author:** Diana Carolina Bonilla Romero

**Tuthor:** Ps.Cl. Mg. García Carolina

**Date:** July 2018

**ABSTRACT**

The present study was a no experimental, cross- sectional investigation of descriptive and correlational type which objective was to determine the relation between cognitive impairment (C.I) and socio-demographic factors in retired seniors of the Retired Pensioners and Military Retirees Association in Salcedo Canton- Ecuador, with a sample of 27 older adults, aged 60- 85. They were evaluated by the Minimental State Exam and a socio-demographic record. The research was of a descriptive and correlation type, where it was concluded that 7.41% have moderate C.I, 44.44% have mild C.I and 48.15% don't have C.I. After that, the Spearman Correlation concluded that the cognitive impairment does not have a relation with socio-demographic factors. Therefore, it is recommended to carry out workshops to strengthen the different cognitive areas. In other words, it should take into account that the greater the neuronal plasticity, the less cognitive impairment.

Keyword: Cognitive Impairment, Socio-Demographic Factors, Older Adult.

## INTRODUCCIÓN

En la actualidad la esperanza de vida es igual o superior a los 60 años. Según la Organización mundial de la Salud - OMS (2018) Ecuador se muestra como un país en plena fase de transición demográfica, lo cual demuestra que los adultos mayores en el 2010 representaron el 7% de la población del Ecuador y al 2050 representará el 18% de la población. Por lo que el envejecimiento poblacional es considerado uno de los fenómenos de mayor impacto en nuestra época y por ende aumentará los índices de enfermedades crónicas degenerativas e incapacidades.

El envejecimiento es un proceso biológico consecuencia de la acumulación de una variedad de daños celulares y moleculares a lo largo del tiempo de vida del sujeto, lo cual trae consigo una disminución de las capacidades físicas y mentales y da lugar a un deterioro cognitivo en la cual existe una alteración en más de una función cognitiva (orientación, registro, atención, cálculo, memoria, lenguaje, construcción). Además de los cambios biológicos, el envejecimiento se relaciona con otros cambios como la jubilación, desempleo, pérdida de cónyuge o un ser querido.

También hay que tomar en cuenta los factores sociodemográficos de los adultos mayores ya que cumplen un rol fundamental en la vejez, esta determinará la calidad de vida que tenga, por lo cual es importante conocer sobre el proceso de envejecimiento y tomar en cuenta los diferentes cambios que cada adulto mayor presenta.

En base a lo expuesto se desarrolla el presente proyecto con el tema “Deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en el adulto mayor”. De esta manera se contribuirá a revalorizar el rol de las personas adultas mayores en la sociedad.

## **CAPITULO 1**

### **EL PROBLEMA**

**1.1 Tema:** Deterioro Cognitivo y Factores Sociodemográficos en el Adulto Mayor.

### **1.2 Planteamiento del problema**

#### **1.2.1 Contextualización**

Según los datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud - OMS (2017) existe un aumento progresivo de adultos mayores a nivel mundial. Se consideran a las personas a partir de 60 años de edad como adultos mayores. Se estima que entre el año 2015 al 2050 la cifra se duplicará siendo del 12% al 22%, es decir de 900 millones a 2000 millones de adultos mayores; el 20% de adultos mayores presentan algún trastorno mental o neural, el 6,6% presentará alteraciones mentales y del sistema nervioso. Los trastornos neuropsiquiátricos con mayor prevalencia son, la demencia y depresión, que a escala mundial afecta aproximadamente del 5 % al 7% de personas mayores a 60 años, lo cual, con el pasar del tiempo, los adultos mayores padecerán más patologías relacionadas a trastornos de depresión y sobre todo, deterioro cognitivo.

Según un informe de la Organización Panamericana de la Salud (2015) en el cual habla sobre los adultos mayores del continente americano, reflejaron los siguientes datos: entre el 6.5% y 8,5% padecen de algún tipo de demencia, lo cual significa un acrecentamiento significativo y según el pronóstico de la OPS, en 20 años esta cifra se duplicará de 7,8 millones a 14,8 millones, según el estudio iniciado en el 2010. Tal predicción tomó como referencia los datos reflejados



en Estados Unidos y Canadá, concluyendo que 7.1 millones de personas sobrellevan alguna alteración mental, este dato es inferior a los porcentajes alcanzados en América latina y el Caribe, que según las estadísticas y estudios superará con 3,4 millones de personas en 2010 a 7,6 millones en el 2030. Población que, mientras va aumentando de edad, tiende a ser dependiente, superando al 13% de personas con diferentes tipos de discapacidad, producto de una mala calidad de vida, algún trastorno mental, entre otros.

Según Prince et al. (2013) En el 2050 los adultos mayores dependientes aumentarán tres veces su número, aproximadamente a 277 millones de adultos mayores. De los cuales se estima que un gran número de esta población necesita cuidados especiales, ya que padecen algún síntoma de deterioro cognitivo y demencia, perteneciendo a un grupo vulnerable. Bajo el concepto de dependencia sobre la base de lazos familiares o sociales, los autores Prince, Prina, & Guerchet sostienen porcentajes altos de dependencia conforme el ser humano avanza en edad. Uno de cada veinte personas de la población mundial es dependiente, descifrando así: de 0-14 años, 1%; 15-44 años, 5%; 45-59 años, 7%; y de 60 años en adelante, 13%.

Las demencias son producto de un deterioro que va tomando origen con el pasar de los años, las cuales son asociadas a alteraciones de conducta y pérdida de la funcionalidad de las actividades básicas. La enfermedad de Alzheimer y las enfermedades relacionadas, son de alta prevalencia al llegar a esta etapa de vida. Allegri (2016) señala que en Latinoamérica un 26,4% de la población mayor a 60 años de edad tiene deterioro cognitivo y un 8,3% presenta demencia

Se entrevistó a 23.694 adultos mayores pertenecientes a hogares de zonas rurales y urbanas para una investigación de tipo descriptivo realizada sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento Colombia (SABE), más de la mitad de la población de adultos mayores se encontraba en los rangos de los 60-69 años, siendo 57,2% de la muestra, entre los 70-79 años un 30.2% y el 12,6% referentes a personas de 80 años y más. Un 78,1% de la misma población viven en zona urbana. En relación con funcionalidad se obtuvo que hay mayor dependencia en bajos niveles económicos y en mujeres, el 79% de la población es independiente en las actividades básicas de la vida diaria. Sobre la actividad física, disminuye según se va aumentando la edad en el adulto mayor de 80 años y más (SABE, 2015).

En Ecuador, el envejecimiento también va en gran aumento. Existe en el país 1.049.824 personas mayores de 65 años representado un 6,5% de la población total. La esperanza de vida para las mujeres, se estima que es mayor, con 83,5 años y 77,6 años en los hombres. En esta etapa de edad aumenta las necesidades de atención y cuidados. El 42% de esta población vive en sectores rurales, el 14,9% son abandonados por sus familiares y son víctimas de negligencia (MIES, 2013).

Según datos obtenidos del INEC (2009) la región con mayor población de adulto mayor es la Sierra con un 48.5%, en segundo lugar la región Costa con 48%, Amazonia 3,4% y la región Insular 0.1%. Con respecto a la población y distribución de adultos mayores existe una mayor población de sexo femenino, con un 53,4% y masculino de un 46,6%, indica que un 89,3% vive acompañado y el 10,7% vive solo; el parentesco que lo cuida es el hijo/a un 49.2%, nieto/a en un 15,6%, esposo/a o compañero/a 15,2%, el yerno o nuera un 6,6% y otra persona un 13,4%.

Respecto al estado de ánimo y satisfacción con la vida, menciona que un 81,6% de adultos mayores se encuentran satisfechos con su vida, un 81,4% estuvieron de buen ánimo la mayoría de tiempo y el 80,8% se sintió feliz la mayor parte de tiempo.

Se plantea además que en Ecuador 7 de cada 10 adultos mayores ha acudido a atención médica en los últimos 4 meses y de los mismos el 38% fueron asistidos en centro médico y hospital público. La mitad de la población adulta mayor menciona que no trabaja, del mismo grupo 7 de cada 10 tiene nivel de instrucción primaria. En el área urbana 5 de cada 10 adultos mayores no trabajan por motivos de salud, mientras que en el área rural 7 de cada 10 no trabajan por el mismo motivo.

### **1.2.2 Formulación del problema**

¿Cómo se relaciona el deterioro cognitivo con los factores sociodemográficos en el adulto mayor?

### **1.3 Justificación**

El presente estudio resulta importante debido a que el deterioro cognitivo es considerado uno de los trastorno neuropsiquiaticos más relevantes, que afecta a una gran cantidad de población de adultos mayores a causa de diferentes factores sociodemográficos que cada persona ha transcurrido. Y de igual manera se toma en cuenta el alto crecimiento poblacional de este grupo etario, según el INEC (2010) señala que en Ecuador existe una población de adultos mayores aproximadamente de 1.229.089 de la cual en la provincia de Cotopaxi hay 43,623 adultos mayores. De este modo la importancia de la investigación se sustenta en obtener datos científicos a través de los resultados que estarán sujetos y acordes a nuestro contexto actual aplicado a los miembros de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares Retirados del cantón Salcedo.

El proyecto de investigación se considera novedoso ya que no existen estudios realizados a este grupo poblacional, en especial a los miembros jubilados del cantón Salcedo. Se encuentra interesante puesto que se centra en la parte del deterioro cognitivo y factores sociodemográficos que tuvo el adulto mayor durante toda su etapa de vida.

El impacto que se presenta con el trabajo de investigación se fundamenta en ofrecer un estudio exhaustivo de como los factores sociodemográficos tiene relación con el deterioro cognitivo de los adultos mayores. De igual manera, los resultados del proyecto podrán servir de guía para posteriores investigaciones e incluso para los familiares para que puedan comprender de mejor manera los diferentes cambios que el adulto mayor está transcurriendo.

Con la realización del estudio se obtendrá un beneficio por parte de la Asociación de jubilados, ya que serán favorecidos con los resultados de la investigación, los cuales servirán para la

explicación de los diferentes cambios, físicos psicológicos y emocionales que presenta el adulto mayor. El profesional de salud mental podrá guiarse del estudio para poder planificar tratamientos no solo enfocado en salud emocional sino también en su cognición influyente en la calidad de vida. Se contó con el apoyo de los adultos mayores y de la Asociación para la elaboración de la investigación.

## **1.4 Objetivos**

### **1.4.1 Objetivo General**

Describir la relación del deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en adultos mayores de la Asociación de jubilados pensionistas y militares retirados de Salcedo.

### **1.4.2 Objetivos Específicos**

Evaluar el deterioro cognitivo de los adultos mayores de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados del cantón Salcedo.

Determinar los factores sociodemográficos presentes en adultos mayores de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados del cantón Salcedo.

## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1 Estado del Arte

El deterioro cognitivo se ha considerado un elemento para su estudio en varias investigaciones debido a su presencia a nivel mundial en el adulto mayor, así:

En la investigación “Progresión del Deterioro Cognitivo en adultos mayores” realizada a 100 adultos mayores, en la ciudad de Cuenca- Ecuador concluyeron que el deterioro cognitivo aumentó en un 6,2% en un lapso de 6 meses, el 57.4% de pacientes que presentan DC están entre los 80 a 90 años, el sexo que presentó un mayor porcentaje de esta patología fueron las mujeres con un 62%, el grado de DC grave fue el más común con un 26,3% y finalmente se pudo conocer que la fase clínica de DC con mayor presencia fue la enfermedad de Alzheimer moderadamente grave con un 26,3% de los casos (Ochoa & Ríos, 2017).

Segura et al. (2016) en su investigación hacia 671 adultos mayores de Antioquia- Colombia señalan que la prevalencia de riesgo de deterioro cognitivo tiene relación con factores demográficos, sociales y funcionales. A través del mini mental, se obtuvo que el 83,1% presentan algún riesgo de DC, en especial en mujeres y de igual manera existió una relación con vivir en subregión, tener mayor edad, no tener estudios, no tener pareja, tener bajos ingresos económicos, no participar en grupos comunitarios, mala calidad de vida, insatisfacción con la salud y tener dependencia funcional al realizar las actividades básicas.

Leyva et al. (2016) en su estudio “Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal” realizada en la Habana- Cuba a 30 personas de 60 años de edad del Hospital Central. Los resultados mostraron a través de la prueba minimal que el 16.6% (5 personas) de los pacientes tiene deterioro cognitivo que se encontraban en el rango de edad de los 72 años, de lo cual en un 80% se relacionó con una calidad de vida considerada como mala.

Por otra parte, el deterioro cognitivo y las caídas presentan una gran relación, al ser síndromes geriátricos de relevancia clínica por los altos casos que existen, la morbimortalidad y el deterioro funcional, motivo por el cual en el trabajo realizado por Pazmiño y Vinueza (2016), “Recuperación del estado cognitivo como estrategia de prevención para disminuir el riesgo de caídas en adultos mayores de la parroquia de Conocoto- Ecuador durante septiembre a noviembre ” se identificó, mediante un estudio analítico de intervención con 87 pacientes adultos mayores, la recuperación cognitiva fue significativa post intervención, ya que los componentes de la orientación y la atención fueron los más relevantes y el menos relevante fue el lenguaje. De tal manera se pudo encontrar estrategias de auto estimulación cognitiva las cuales mejoran el estado cognitivo del paciente, sin embargo, esta recuperación no tuvo impacto en el riesgo de caídas del adulto mayor.

El DC en el adulto mayor es parte de su envejecimiento normal. En la investigación realizada por León (2016) sobre “Las características del deterioro cognitivo realizado en la Parroquia El Salto” aplicado a 50 adultos mayores, se obtuvo como resultado a través del test MoCA, índices de Lawton, Katz y Bronfman y una encuesta, que a mayor edad, mayor es la frecuencia de deterioro cognitivo. El 64% presentaron DC, existió mayor prevalencia en pacientes de 75- 85

años y en aquellos que presentaban estudios básicos. No existieron diferencias según el sexo, ni estado civil. La mayoría de adultos mayores son funcionales en las actividades básicas.

La funcionalidad en el adulto mayor, ha sido también tomada en cuenta en diversas investigaciones como factores relevantes para estudiar y predecir puntuaciones altas de deterioro cognitivo. En el trabajo de Munoz, Rojas, & Marzuca (2015) “Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa realizado en Talca- Chile” aplicada a 55 pacientes mostró: que el 75% presentó deterioro cognitivo y el 85% de los cuidadores eran mujeres de los cuales un 49% presentaban sobrecarga intensa. Se concluyó que la mayoría de adultos mayores con dependencia moderada y severa presentan tanta alteración motoras como cognitivas, y se encuentran correlacionada al nivel educacional del sujeto, encontrando mayor limitación en sujetos con menor nivel educacional.

En el trabajo realizado por Velásquez, Guerrero, Rodríguez, Vilatela, y Gómez (2015), “La conversión de deterioro cognitivo leve a demencia”, aplicada a 239 personas de 50 años en delante del Distrito Federal- México determinaron que existió un porcentaje de conversión de deterioro cognitivo a demencia durante un año fue de 25,5% y al final del seguimiento fue 56,4%. El tipo de demencia más frecuente fue el de tipo vascular seguida de la demencia tipo Alzheimer. Se comprobaron alteraciones en el DCL aquellas personas con antecedentes de alcoholismo.

Existe una alta prevalencia de enfermedades, como la demencia; la cual afecta de manera negativa en la vida del adulto mayor, motivo por lo cual, en una investigación realizada por Portillo (2015) sobre “Factores de Riesgo para el Deterioro Cognitivo Leve en Adultos mayores”, en Maracaibo - Venezuela a 498 adultos mayores, se midió el deterioro cognitivo leve, considerando un paso previo a la demencia. En los resultados mostraron que las personas



de 75 años mostraron mayor DC a comparación de las personas de 65-74 años. Las personas que no tenían nivel de educación eran el grupo con mayor deterioro cognitivo leve, menor en casados. No presentó diferencia según el género ni en estado económico.

Asimismo, el estado de ánimo del adulto mayor también tomada en cuenta como factor influyente del deterioro cognitivo motivo por el cual Torres y Mariel (2015) realizaron un estudio “Deterioro cognitivo y su incidencia en el estado de ánimo”, sobre una muestra de 50 adultos mayores de Santa Elena- Ecuador. Se encontró que el deterioro cognitivo influye en el estado de ánimo, ya que la población total presentaba deterioro cognitivo y con relación al estado de ánimo un 86% presentaba depresión, se encontraron más alteraciones en las funciones de atención y memoria.

Otro estudio realizado por Paredes, Rosas, Otero y Pinzón (2014), “Factores sociodemográficos de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Pasto- Colombia” se identificó, mediante un estudio cuantitativo con 42 adultos mayores entre 60- 87 años de edad a través de una encuesta sobre factores sociodemográfico que la población evaluada presenta mayor porcentaje de sujetos con un nivel bajo de escolaridad, conjuntamente con dependencia económica. Respecto a la actividad ejercida, en los hombres es la agricultura y las mujeres amas de casa, el sexo femenino mostró una mayor dependencia económica.

En la ciudad de Bogotá, Colombia en la investigación realizada por Meléndez, Mayordomo y Sales (2013) sobre el DC a través de un diseño correlacional, se evaluó a 200 personas de 65 años y más, no institucionalizados. Los resultados señalaron que el grupo con alta reserva cognitiva tuvo mejor puntuación en la medida ponderada de reserva como en el nivel de DC. Los adultos mayores que han obtenido educación tienen menor posibilidad de pérdidas, síntomas de demencia y mejor función cognitiva.

En la investigación de Villareal y Munth (2012), “Condiciones sociofamiliares, asistenciales, funcionales y factores asociados” realizada en Sincelejo- Colombia a 3941 adultos mayores. Se encontró a través del índice de Katz que la mayoría de los adultos mayores son independientes para realizar sus actividades básicas de la vida diaria y el 26,1% son dependientes (en actividades como la micción y la ambulación, y un grupo importante en todas las funciones). Al valorar la capacidad para realizar actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) a través de la Escala de Lawton y Brody, reflejó que los adultos mayores tienen limitaciones para realizar trabajo pesado en un 62.8%, para salir de casa en 48.9% y para desplazarse por los espacios de la vivienda en un 47.7%. De esta manera se concluye que a mayor edad más altas son las necesidades de terceras personas para el cuidado del adulto mayor.

Mediante el análisis de los resultados de las diferentes investigaciones se observa una destacable relación entre el deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos en poblaciones sujetas a estudio, especialmente a los adultos mayores. Los estudios mencionados han analizado las diferentes condiciones de vida que el adulto mayor tuvo durante su ciclo de vida concluyendo que el deterioro cognitivo tiene relación principalmente con la edad y el nivel de estudio.

De la misma forma las estrategias de afrontamiento han ido mejorando y tomados en cuenta por diferentes organizaciones y profesionales de salud que trabajan con adultos mayores.

## **2.2 Fundamento Teórico**

### **2.2.1 Generalidades sobre deterioro cognitivo**

La presente investigación se enfoca desde la corriente cognitiva de acuerdo a las variables establecidas, por lo que es importante plantear definiciones de deterioro cognitivo y factores sociodemográficos para comprender de mejor manera los conceptos básicos de cada variable.

## **Fisiología**

El cerebro es la parte más característica del encéfalo humano y llena la mayor parte de la cavidad craneal. Se encuentra conformada por dos hemisferios conectados principalmente por el cuerpo caloso, una estructura distinta formada por axones que van de un lado al otro del cerebro. Estas conexiones permiten que los dos hemisferios se comuniquen y cooperen entre sí. Cada hemisferio cerebral está dividido en cuatro lóbulos, de los cuales se localizan: frontal, parietal, temporal y occipital (Gutierrez, 2008).

Cardinali (1999) menciona que el cerebro humano adulto contiene aproximadamente 10 neuronas, y según su forma se ha caracterizado entre 1000 y 10000 tipos de neuronas. Un descubrimiento clave para el entendimiento de la función neuronal ha sido el verificar que la células con las mismas propiedades básicas, sin embargo son capaces de producir acciones de diferentes formas, es decir, la combinación de unos pocos principios elementales de organización dan lugar a una extrema complejidad. Por lo cual sus principios se relacionan con los siguientes aspectos:

- Como las neuronas producen señales típicas
- Forma en que las neuronas se conectan
- Relación de estas conexiones neuronales con conductas específicas.
- Forma en que las neurinas y sus conexiones se modifican por la experiencia.

## **Deterioro Cognitivo Leve**

El deterioro cognitivo leve es descrita inicialmente en 1980 por Reisberg y colaboradores quienes buscaban clasificar a las personas con deterioro global mayor a grado tres. Más adelante en 1990, se habla de este como un deterioro a nivel de la memoria que está más allá del deterioro

de la vejez, evolucionando en algunos casos a enfermedad de Alzheimer. Los mismos autores señalan que el deterioro cognitivo leve ha tenido más atención justamente por su progresión a enfermedad de Alzheimer (Jurado, Mátaro, & Pueyo, 2013).

La importancia de la detección del deterioro cognitivo leve esta en los beneficio que aporta a la población implícita, el hecho de poder adelantarse a la aparición de los síntomas de Alzheimer.

Diferentes estudios señalan que junto al crecimiento poblacional y el aumento en la longevidad, también ha crecido el número de personas con demencia. El Alzheimer constituye el 65% de todas las demencias. Sin embargo es una enfermedad sobre la cual profesionales de la salud no presentan una suficiente información, lo cual afectara el diagnostico precoz de la enfermedad (Ávila , Vázquez, & Gutiérrez, 2007).

Lo cierto es que aquellas quejas que los adultos mayores presentan acerca de la pérdida de memoria en cuestiones que refieren a olvido de nombres, lugares donde dejan las cosas, número de teléfonos y reconocimiento de rostros son las más comunes. Las quejas mencionadas pueden ser alteraciones momentáneas a causa de algún evento específico, como un deterioro leve, o un síntoma de demencia (Mias, Sassi, Masish, Querejeta, & Krawchik, 2007).

Por otra parte según Petersen, Smith Waring, Ivnik, Tangalos y Kokmen (1999) determinan el deterioro cognitivo leve como un proceso degenerativo que precede a la demencia, y la memoria es la función que se encuentra más afectada.

La neuropsicología recibe importantes influencias de dos focos tradicionales de investigación experimental y teórica sobre las funciones cerebrales: la hipótesis cerebral, que se basa en torno a la idea de que al conducta se origina en el cerebro y la hipótesis neuronal, que se basa en el concepto de que la unidad se estructura y funcionamiento del cerebro es la neurona.

No basta con saber que el cerebro controla la conducta; para formular una hipótesis integral acerca de las funciones cerebrales es importante conocer la manera en que lo hace. El pensamiento moderno sobre ese problema comenzó con Descartes (1596- 1650) anatomista y filósofo francés. Sustituyó el concepto platónico del alma única a la que llamó mente. La teoría que considera que la mente y cuerpo están separados pero pueden interactuar se denomina dualismo e indica que existen dos elementos que originan la conducta. El dualismo de Descartes diseñó lo que en un futuro se conoció como el problema mente cuerpo (Kolb & Whishaw, 2006).

Las funciones cognitivas (atención, orientación, percepción, fijación, memoria, cálculo) conforma aquellos aspectos que el ser humano recibe, almacena para luego usarla. Se conoce que al transcurrir las diferentes edades se presentara diferentes alteraciones de las funciones mencionadas, las mismas que afectaran las capacidades psicológicas principales de la propia vida (Yanguas, Sancho, & Leturia, 2004).

### **Subtipos de deterioro Cognitivo**

Samper, Libre, Sánchez y Sosa (2011) hablan de los subtipos de deterioro cognitivo leve y de cuan próximos son al Alzheimer puede estar cada uno de ellos. Los autores tomando a Petersen (1999) describen el deterioro cognitivo leve amnésico, deterioro cognitivo difuso y deterioro cognitivo leve focal.

El primer de los subtipos, el deterioro cognitivo leve amnésico, es una fase que se relaciona a la enfermedad, y es también el más frecuente. El segundo subtipo es el difuso, también progresa hacia enfermedad de Alzheimer, sin embargo la levedad en el grado de alteración no permite su diagnóstico, y además tiene que ver con otras etiologías como la demencia vascular. Por último se encuentra el deterioro cognitivo focal no amnésico, que trata de la alteración de una función

cognitiva como por ejemplo la alteración del lenguaje que pueda evolucionar hacia una afasia, es decir que no tiene que ver con la memoria (Samper, Rodriguez, Sanchez, & Sosa, 2011).

### **Procesos afectados por el Deterioro Cognitivo Leve**

Cuando se habla de deterioro cognitivo, se hace referencia a la alteración de las funciones cognitivas y no únicamente la memoria sino como explica Mora (2012) muchos de los test para evaluar el deterioro cognitivo se centran principalmente en aspectos relacionados a la memoria. Pero también la atención es una función importante para la memoria y la velocidad de procesamiento, ambos forman parte del deterioro cognitivo leve en la vejez. Se definen a continuación memoria, atención y velocidad de procesamiento.

La memoria según la psicología clásica se considera como una grabación de impresiones en la conciencia asociadas unas con otras, sin embargo esta definición no es suficiente para la psicología moderna que mediante estudios ha logrado demostrar que la memoria es una función compleja que se diferencia según la duración de los elementos en la misma y la cantidad de impresiones. Las grabaciones o estampas que se obtienen a través de estímulos son seleccionados dependiendo de las necesidades del momento (Luria, 1981).

La memoria se clasifica en memoria a corto y largo plazo, esta última a su vez se clasifica en memoria procedural (o implícita) y declarativa (o explícita). La memoria declarativa se divide en episódica, prospectiva y semántica. La memoria permite guardar un registro de lo sucedido, almacenar información (Fontan, 2004).

Fontan (2004) menciona que la memoria a corto plazo tiene dos conceptualizaciones, por una parte la denomina memoria a corto plazo pasiva la cual la define como una memoria que no tiene

mayor importancia, y posee una cantidad limitada de información. Por otra parte se conceptualiza como memoria a corto plazo activa, donde se mantiene la información de manera temporal, información reciente o la que se recupera dependiendo de las necesidades del momento.

La atención es otra de las funciones cognoscitivas que se debe tomar en cuenta para el estudio del deterioro cognitivo ya que esta es una función que trabaja en la activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje. Las dificultades de atención junto con la pérdida de memoria en el adulto mayor son un indicio de deterioro cognitivo (Sanchez & Perez, 2008).

Del mismo modo Luria (1981) señala que la atención es importante por su función de seleccionar elementos que se encuentran en la memoria, para realizar la operación necesaria en ese momento. Toda actividad mental tiene un grado de selectividad.

La velocidad de procesamiento es la capacidad de procesar automáticamente la información lo cual incluye la selección rápida de estímulos. De acuerdo Vázquez, Morante y Soto (2001) cuando una persona presenta pérdida de memoria es porque existe un fallo en la posibilidad de selección de estímulos.

## **2.2.2 Generalidades sobre los factores sociodemográficos**

### **Condiciones de vida**

La situación en el hogar de los adultos mayores tiene relación con todos los aspectos socioeconómicos, demográficos y de salud que ocurrieron durante el curso de vida de cada sujeto.

Si bien la situación económica es fundamental para exponer los distintos arreglos de convivencia de los adultos mayores, puede ser un conjunto de factores que inciden en la conformación de hogares y que interactúan con los determinantes económicos. Arriagada (2004) en su investigación menciona que la incidencia de pobreza e indigencia se encuentra en hogares de una sola persona y en los nucleares sin hijos, perteneciente a parejas que inician una vida familiar y a las parejas mayores que sus hijos han construido sus propios hogares, en los dos casos sin hijos que dependan económicamente de sus padres.

### **Calidad de Vida**

La OMS (2018) define la calidad de vida como “la percepción personal de un individuo de su situación de vida, dentro del contexto cultural y de valores en que vive, y en relación con sus objetivos, expectativas, valores e intereses”.

La calidad de vida en las personas mayores tiene características específicas en la que dependerá del contexto demográficos, histórico, cultural, político y social en el cual se experimente la vejez, hablando del punto de vista individual, no es lo mismo envejecer siendo pobre que teniendo recursos económicos, o en un país desarrollado que en uno en vías de desarrollo.

Son múltiples los factores que conforman una calidad de vida, en las cuales tenemos aspecto personal en donde se encuentra la salud, autonomía, satisfacción y los aspectos socio ambiental que se refiere a las redes de apoyo y actividades sociales.

Los factores sociodemográficos forman parte del envejecimiento ya que son todos aquellos aspectos que determinan la vida del adulto mayor en esta etapa, estas son: la capacidad funcional, la que brinda autonomía y le permite vivir de forma independiente y adaptada a su



entorno promoviendo un envejecimiento activo y saludable, estado civil, alguna enfermedad, participa en eventos comunitarios, apoyo familiar.

Otro aspecto relevante es la adecuada satisfacción de las necesidades básicas, ya que de esta manera se puede iniciar cualquier planteamiento que involucre el mejor el bienestar del adulto mayor, sin dejar a un lado que tendrá gran influencia los factores sociales y culturales.

### **Envejecimiento**

En estudio realizado por Barraza y Castillo (2006) define el envejecimiento como un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante y heterogéneo, y hasta el momento, inevitable, en el ocurren cambios biopsicosociales resultante de la interacción de factores genéticos, sociales, culturales, del estilo de vida y la presencia de enfermedades.

Características del envejecimiento:

- Universal: Propio de todos los seres vivos.
- Progresivo: Porque es un proceso acumulativo.
- Dinámico: Porque está en constante cambio, evolución.
- Irreversible: No se puede detener, ni revertirse; es definitivo.
- Declinante: Las funciones del organismo se deterioran en forma gradual hasta conducir a la muerte.
- Intrínco: Porque ocurre en el individuo a pesar de que está influido por factores ambientales.
- Heterogéneo e individual: Porque el proceso de envejecimiento no sigue un patrón establecido.

Según Erikson (2018) quien planteó la Teoría del desarrollo de la personalidad denominada como “Teoría psicosocial”, describe ocho etapas del ciclo vital. La última etapa del ciclo vital es

la integridad frente a desesperación, se encuentra aproximadamente a partir de los 60 años y transcurre hasta la muerte. Menciona que el adulto puede sentirse satisfecho por las decisiones que ha tomado a lo largo de la vida o por el contrario una resolución negativa crisis propia de la etapa la cual conllevaría arrepentimiento de las decisiones tomadas en el pasado. Existe sentido de inutilidad ya que el cuerpo ya no responde de igual manera a como lo hacía en etapas anteriores ya que existe un desgaste propio del cuerpo, lo cual existe sentimientos de aislamiento de la sociedad, del mismo hogar y el miedo a la muerte.

Hablando sobre la clasificación de los adultos mayores Robles, Del Ser, Alom y Peña-Casanova (2002) señalan que en el ámbito clínico existen diferentes perfiles de ancianos. Se clasifican de la siguiente manera:

- Anciano sano: Persona de edad mayor a 60, no presenta alguna enfermedad. Presenta independencias en las actividades diarias, no presenta problemas mentales.
- Anciano enfermo: Anciano sano con enfermedad aguda, acuden a consulta, no presenta enfermedades mentales ni sociales. Los problemas de salud son atendidos y resueltos normalmente por profesionales capacitados.
- Anciano frágil: Anciano que tiende a presentar un alto riesgo de dependencia, presenta una o varias enfermedades de base, mientras estas sean tratadas el anciano podrá ser independiente en las actividades básicas, con el apoyo de la familia.

## **2.3 Hipótesis**

### **Hipótesis Alternativa**

El deterioro cognitivo se relaciona con los factores sociodemográficos en el adulto mayor.

### **Hipótesis Nula**

El deterioro cognitivo no se relaciona con los factores sociodemográficos en el adulto mayor.

## **CAPÍTULO III**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 Nivel y Tipo de investigación**

Se realizó un estudio no experimental, transversal de tipo descriptivo y correlacional. Descriptivo porque describirá las dos variables estudiadas y correlacional porque verificará la relación que existe entre el deterioro cognitivo y factores sociodemográficos del adulto mayor de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados de Salcedo. Cotopaxi, Ecuador.

#### **3.2 Selección del área o ámbito de estudio**

- Salcedo- Cotopaxi
- Miembros de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados de Salcedo

### **3.3 Población**

Esta investigación utilizó como población 27 adultos mayores miembros de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados del cantón Salcedo, con una edad de 60 años en adelante, de ellos 16 mujeres y 11 hombres.

### **3.4 Criterios de inclusión y exclusión**

#### **3.4.1 Criterios de Inclusión**

- Adultos Mayores que hayan firmado el consentimiento informado.
- Adultos mayores de 60 años de edad en adelante.
- Adultos mayores miembros de los Jubilados Pensionistas y Militares retirados del cantón Salcedo

#### **3.4.2 Criterios de Exclusión**

- Adultos Mayores Diagnosticados con enfermedades psiquiátricas (Bipolar, Depresión, Ansiedad, Trastornos psicóticos).
- Adultos Mayores Diagnosticados con demencia (Alzheimer, Pick, Lewy, Parkinson, Vascular).

### **3.5 Diseño Muestral**

El diseño muestral usado en la investigación es de tipo no probabilístico o intencional por lo cual la población quedó conformada por 27 adultos mayores miembros de la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados del cantón Salcedo, la muestra seleccionada tomo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión .

### 3.6 Operacionalización de variables

Tabla 1. *Deterioro Cognitivo*

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Instrumento
Deterioro Cognitivo	Perdida global o parcial de las funciones cognitivas áreas como memoria, orientación, fijación, pensamiento, lenguaje y otros, estas alteraciones pueden dar lugar a posibles patologías, demencias (Heckhausen & Schulz, 1993).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación</li> <li>• Registro</li> <li>• Atención y cálculo</li> <li>• Memoria</li> <li>• Lenguaje</li> <li>• Construcción</li> </ul>	<p style="text-align: center;">TEST MINI MENTAL STATE</p> <p style="text-align: center;">Presenta una confiabilidad de 0.82 y una validez de 0.84. (Folstein, Folstein, &amp; McHugh, 2014).</p>

Nota: Mini Mental State tomada de Folstein, Folstein, & McHugh. (2014). Elaborado por Bonilla, D. (2018)

Tabla 2

Factores sociodemográficos

Variable	Definición Conceptual	Dimensiones	Instrumento
Factores Sociodemográficos	Los factores sociodemográficos son la descripción de las características sociales y demográficas del ser humano (Pinzón, Mueses, & Quintero, 2013).	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> <li>• Sexo</li> <li>• Estado Civil</li> <li>• Tipo de Hogar</li> <li>• Número de miembros en hogar</li> <li>• Instrucción</li> <li>• Ocupación</li> <li>• Tendencia de vivienda</li> <li>• Actividades recreativas</li> <li>• Actividades sociales</li> </ul>	<p style="text-align: center;">FICHA SOCIODEMOGRÁFICA Elaborado por (Bonilla, D. 2018).</p>

		<ul style="list-style-type: none"><li>• Relación Familiar</li><li>• Religión</li><li>• Enfermedad Metabólica</li><li>• Medicamento Psiquiátrico</li></ul>	
--	--	---	--

Nota: Ficha Sociodemográfico Elaborado por Bonilla, D. (2018).



### **3.7 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información**

#### **Validez y confiabilidad de los reactivos**

1. Informar a la población sobre tema y objetivos.
2. Lectura y firma del consentimiento informado.
3. Descripción de los reactivos psicológicos: Mini Mental State y Ficha sociodemográfica.
4. Aplicación de los reactivos psicológicos.
5. Calificación de los reactivos psicológicos.
6. Tabulación de los reactivos psicológicos.
7. Análisis de resultados mediante SPSS.
8. Elaboración de conclusiones y recomendaciones.

### **3.8 Aspectos éticos**

Esta investigación toma en consideración el Reglamento del Comité de Bioética para Investigación con Seres Humanos de la Facultad Ciencias de la Salud de la Universidad Técnica de Ambato (UTA, 2016).

Se prestó especial atención al artículo 4 en el que se establece las funciones del CIBSH-FCSUTA entre las que destacan el literal:

a) Evaluar los aspectos éticos, metodológicos y jurídicos de los protocolos de investigación con seres humanos, tanto institucionales como externos a la institución, de acuerdo a lo siguiente:

1. Respeto a la persona y comunidad que participa en el estudio en todos sus aspectos.

2. Evaluar el beneficio que generará el estudio para la persona, la comunidad, región y el país.
3. Respeto a la autonomía de las personas que participan en la investigación, a través de la revisión del correcto consentimiento informado de los participantes en el estudio o de su representante legal (en caso de menor de edad o personas con situaciones especiales), la idoneidad del formulario escrito y del proceso de obtención del consentimiento informado y la justificación de la investigación en personas incapaces de dar su consentimiento.
4. Medidas para proteger los derechos, la seguridad, la libre participación, el bienestar, la privacidad y la confidencialidad de los participantes.
5. Identificar de los riesgos y beneficios potenciales del estudio a los que se expone la persona en la investigación hayan sido analizados y evaluados a profundidad.
6. Exigencia que los riesgos señalados anteriormente sean admisibles, que no superen los riesgos mínimos en voluntarios sanos, ni que sean excesivos en los enfermos.
7. Selección y asignación de la muestra procurando que la misma sea equitativa y proteja a la población vulnerable y grupos de atención prioritaria. Para efectos de este Reglamento se define la vulnerabilidad como aquellas poblaciones en las que la suma de circunstancias limita sus capacidades para valerse por sí mismos. Los factores asociados a la vulnerabilidad social expresados como indicadores demográficos son los siguientes: analfabetismo, desnutrición crónica, pobreza de consumo, riesgo de mortalidad infantil y etnicidad. Son grupos de atención prioritaria los que se establecen en el Artículo 35 de la Constitución de la República del Ecuador.
8. Garantizar la evaluación independiente del estudio propuesto.

9. Garantizar la idoneidad ética y experticia técnica del investigador/a principal (IP) y su equipo.

## CAPITULO IV

### ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

#### 4.1 Análisis e interpretación de la Ficha Sociodemográfica.

##### 4.1.1 Ficha Sociodemográfica

Tabla 3

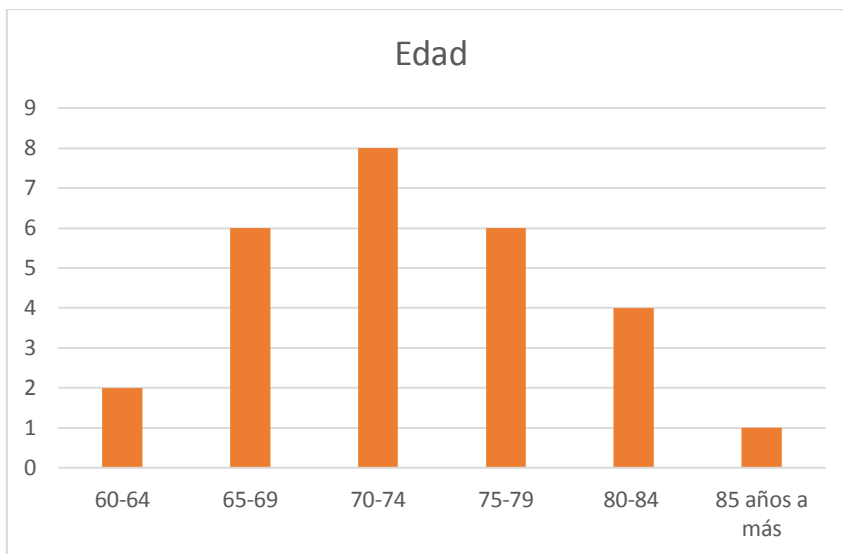
*Edad de Encuestados*

<b>Edad</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaj e</b>
<b>60-64</b>	2	7,41
<b>65-69</b>	6	22,22
<b>70-74</b>	8	29,63
<b>75-79</b>	6	22,22
<b>80-84</b>	4	14,82
<b>85 años a más</b>	1	3,7
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

## Gráfico 1

### *Edad de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

**Análisis e Interpretación:** De un total de 27 adultos mayores, que representan el 100% de la población, una persona se encuentra en el rango de 85 años a más, siendo el 3,7%, cuatro personas se encuentran en el rango de 80-84 años, constituyendo el 14,82%, seis personas están dentro del rango de 75-79 años, siendo el 22,22%, ocho personas que se encuentran entre 70-74 años de edad, representando el 29,63%, seis personas ubicadas en el rango de 65-69 años, constituyendo el 22,22% y finalmente dos personas encontradas dentro del rango de 60-64 años, siendo el 7,41% de la población.

Tabla 4

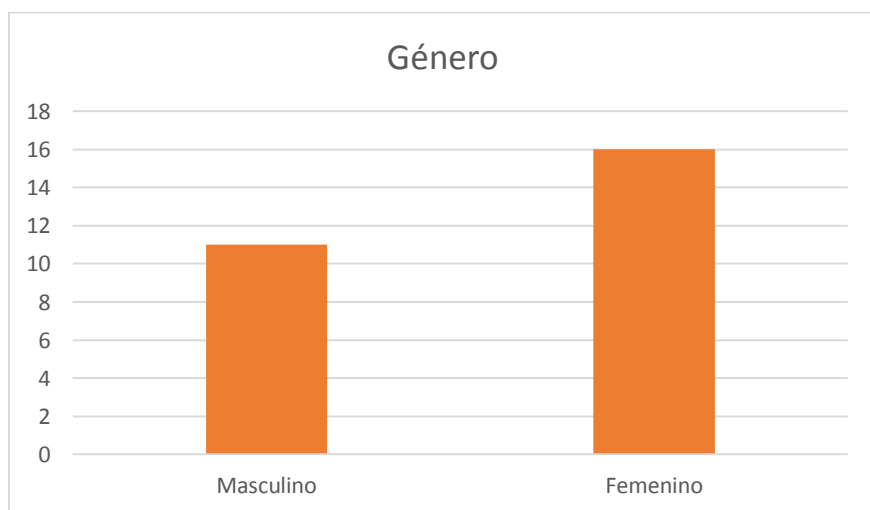
*Género de los Encuestados*

<b>Género</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Masculino</b>	11	40,74
<b>Femenino</b>	16	59,26
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 2

*Género de los Encuestados*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

**Análisis e Interpretación:** De los 27 adultos mayores que conformaron la muestra, que representan el 100%, 16 personas fueron del género femenino, representando al 59,26% de la población; y 11 personas fueron del género masculino, siendo el 40,74% de la muestra.

Tabla 5

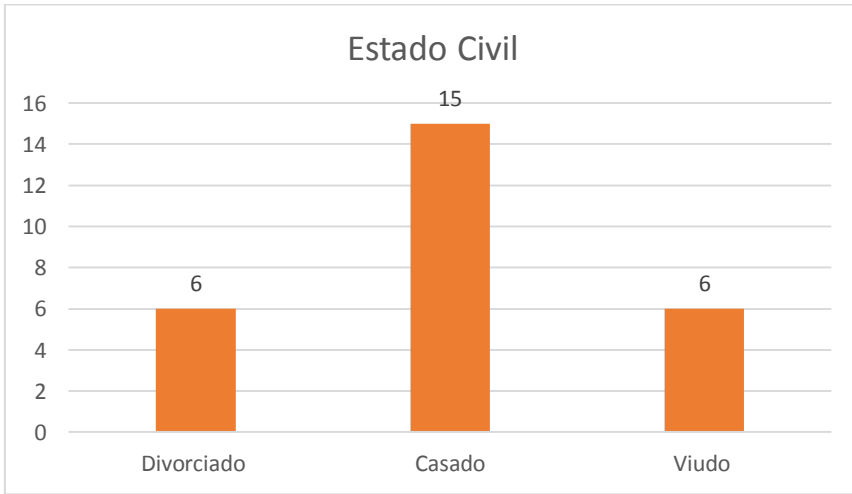
*Estado Civil de los encuestados.*

<b>Estado Civil</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Divorciado</b>	6	22,22
<b>Casado</b>	15	55,56
<b>Viudo</b>	6	22,22
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 3

*Estado Civil de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

**Análisis e Interpretación:** De un total de 27 personas que representan el 100% de la población estudiada, seis personas son de estado civil, viudos, representando el 22,22%, 15 personas son casados siendo el 55,56% de la población, y seis personas fueron de estado civil divorciado, siendo el 22,22% de la muestra. La gráfica estadística señala que la mayoría de la población es de estado civil casado. Se conoce que las relaciones de pareja de largo plazo tienen como resultado un aumento en conjunto de beneficios en relación con los adultos mayores solteros, ya que en esta etapa de vida el sujeto necesita compañía.

Tabla 6

*Ocupación de los encuestados.*

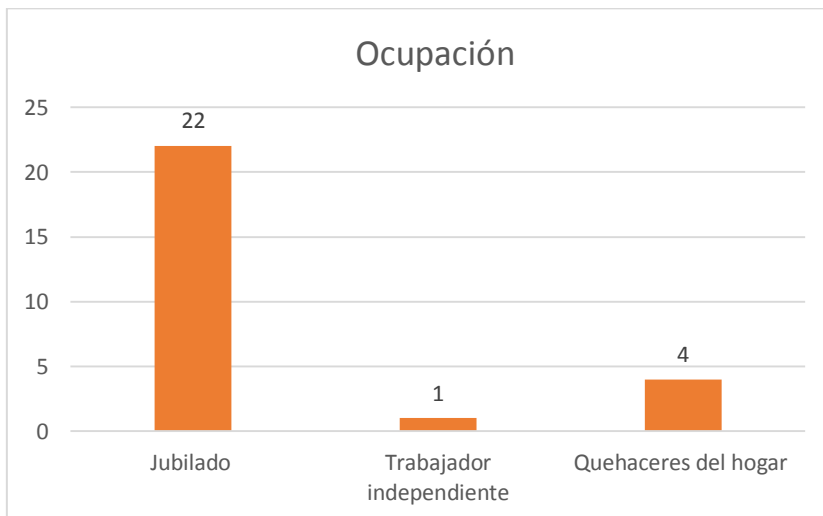


Ocupación	Cantidad	Porcentaje
Jubilado	22	81,5
Trabajador independiente	1	3,7
Quehaceres del hogar	4	14,8
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 4

*Ocupación de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

### **Análisis e Interpretación:**

De 27 personas evaluadas según su ocupación que pertenecen al 100% de la población, se obtuvo que cuatro se dedican a los quehaceres del hogar, representando el 14,8%, una persona es trabajador independiente, siendo el 3,7% y 22 personas son jubilados, representando al 81,5% de la muestra. Se entiende que la mayoría de la población del presente estudio son personas jubiladas los mismos que tendrán un ingreso económico mensual y no tendrán la necesidad de seguir trabajando para poder sustentarse lo cual es considerado un factor relevante.

Tabla 7

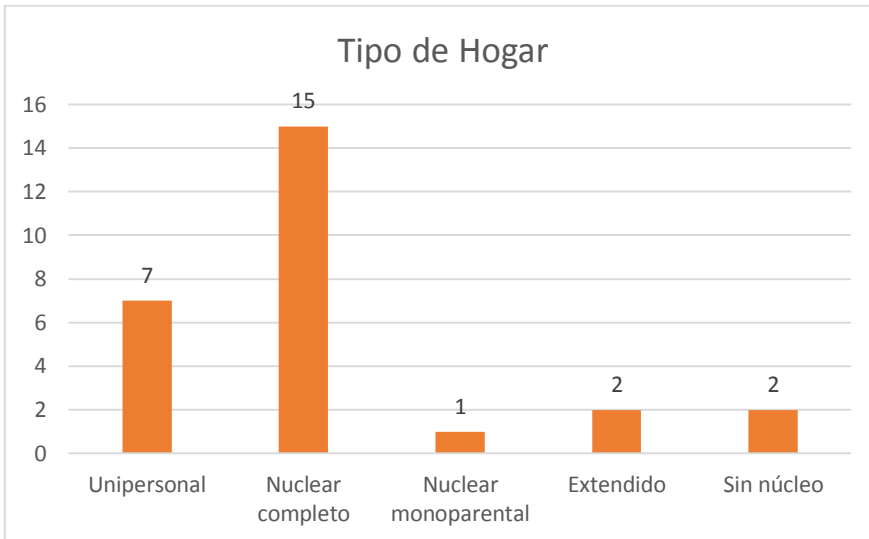
*Tipo de Hogar de los encuestados.*

<b>Tipo de Hogar</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Unipersonal</b>	7	25,93
<b>Nuclear completo</b>	15	55,55
<b>Nuclear monoparental</b>	1	3,7
<b>Extendido</b>	2	7,41
<b>Sin núcleo</b>	2	7,41
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 5

*Tipo de Hogar de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

**Análisis e Interpretación:** Con relación al tipo de hogar el 7,41%, es decir dos personas, son de tipo sin núcleo, al igual que al de tipo extendido, mientras que una persona vive de manera nuclear monoparental, representando el 3,7% de la población, el tipo de hogar nuclear completo pertenecen 15 personas con el 55,55%, y finalmente siete personas de tipo unipersonal con el 25,93%.

Tabla 8

*Miembro en hogar de los encuestados.*

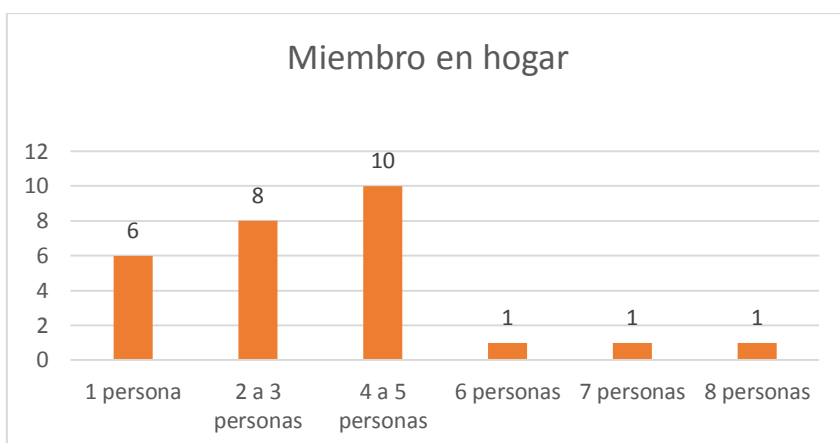
Miembro en hogar	Cantidad	Porcentaje
1 persona	6	22,22
2 a 3 personas	8	29,63

<b>4 a 5 personas</b>	10	37,05
<b>6 personas</b>	1	3,7
<b>7 personas</b>	1	3,7
<b>8 personas</b>	1	3,7
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 6

*Miembro en hogar de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

### **Análisis e Interpretación:**

De los 27 sujetos pertenecientes de la población estudiada el 3,7%, es decir un sujeto vive con ocho, con siete y con seis personas en el hogar, mientras que 10 sujetos que representa el 37,05% vive con 4-5 personas, el 29,63% que equivale a ocho sujetos viven con 2-3 personas, y seis personas, es decir 22,22% viven solos.

En la gráfica se puede observar que la mayor cantidad de población vive con cuatro o cinco personas. .Estos resultados coinciden con López (2018) en una investigación realizado en España sobre “Formas de convivencia de las personas mayores” menciona que entre los años de 1991-2016 ha aumentado en un 23% de adultos mayores que conviven con varios miembros de la familia, la razón se debe a que en esta etapa de vida sufren cambios emocionales por el cual el tener compañía ayuda en esa área.

Tabla 9

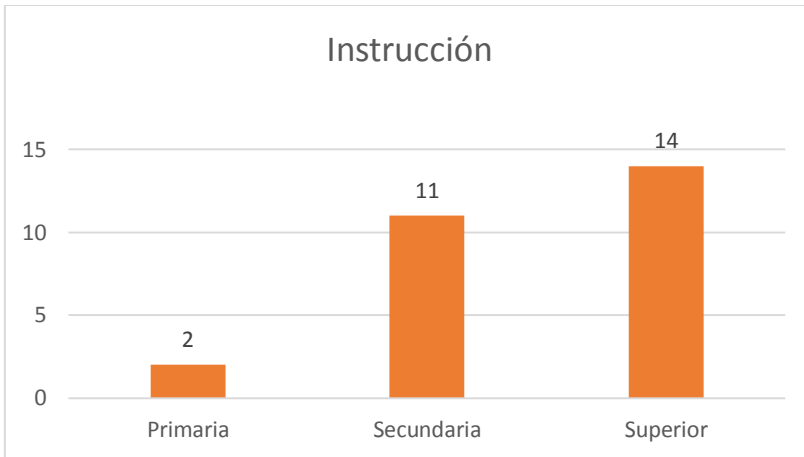
*Instrucción de los encuestados.*

<b>Instrucción</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcent aje</b>
<b>Primaria</b>	2	7,41
<b>Secundaria</b>	11	40,74
<b>Superior</b>	14	51,85
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 7

*Instrucción de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

### **Análisis e Interpretación:**

De un total de 27 adultos mayores que representa el 100% de la muestra, han obtenido una instrucción de la siguiente manera: (14= 51,8%) poseen educación superior, (11= 40,74%) poseen una educación secundaria, y finalmente (2= 7,41%) poseen una educación primaria.

En la figura se observó que la instrucción de las personas evaluadas con mayor cantidad es la instrucción superior con 14 personas. Estudios mencionados en la investigación muestra que el nivel de instrucción es un factor que garantiza la salud, puesto que las características y accesibilidad a la educación pueden ayudar a que las personas lleven de mejor manera lo que pasa en su entorno y de igual manera para modificar su comportamiento en beneficio con la salud.

Tabla 10

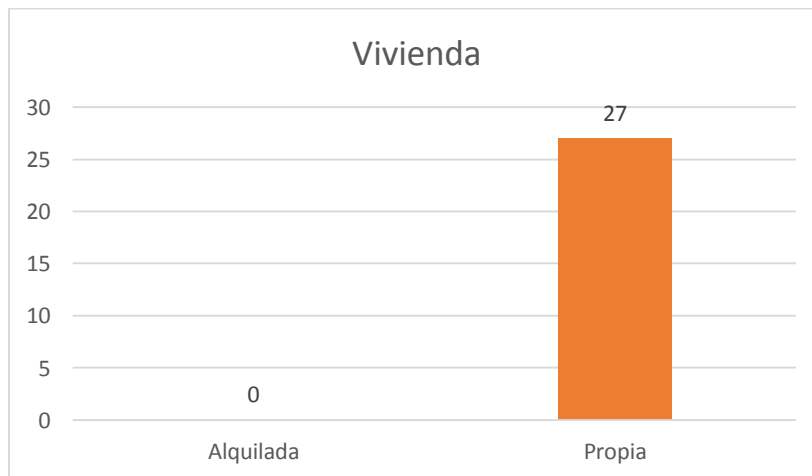
*Vivienda de los encuestados.*

<b>Vivienda</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Alquilada</b>	0	0
<b>Propia</b>	27	100
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 8

*Vivienda de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

### **Análisis**

De un total de 27 adultos mayores, que representan el 100% de la población, tienen vivienda propia.

Tabla 11

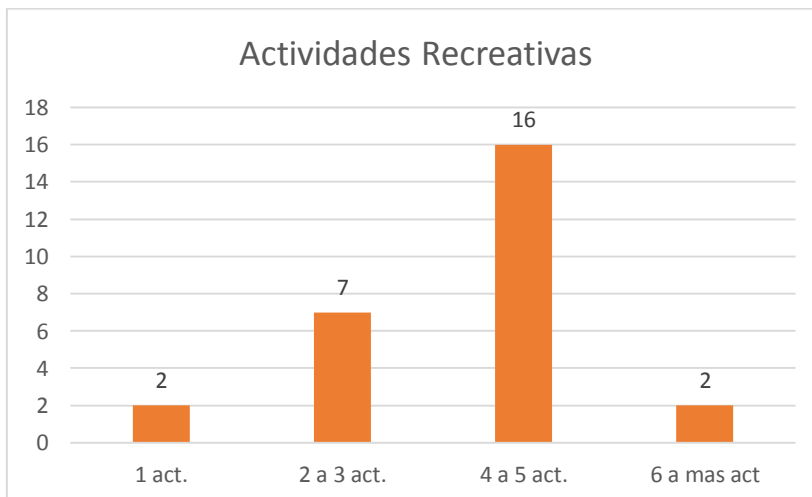
*Actividades Recreativas de los encuestados.*

<b>Actividades Recreativas</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>1 act.</b>	2	7,41
<b>2 a 3 act.</b>	7	25,93
<b>4 a 5 act.</b>	16	59,25
<b>6 a mas act</b>	2	7,41
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100</b>

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 9

*Actividades Recreativas de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).



### **Análisis e Interpretación:**

Con relación a las actividades recreativas señala que dos personas (7,41%) realizan de 6 a más actividades, 16 personas realizan de 4 a 5 actividades (59,25%), siete personas están de 2 a 3 actividades (25,93%), y finalmente dos personas realizan una actividad (7,41%).

Se considera que la mayoría de la población estudiada realiza de cuatro a cinco actividades, lo cual es considerado como un aspecto positivo ya que ayuda a que el adulto mayor se encuentre entretenido y ocupado.

Tabla 12

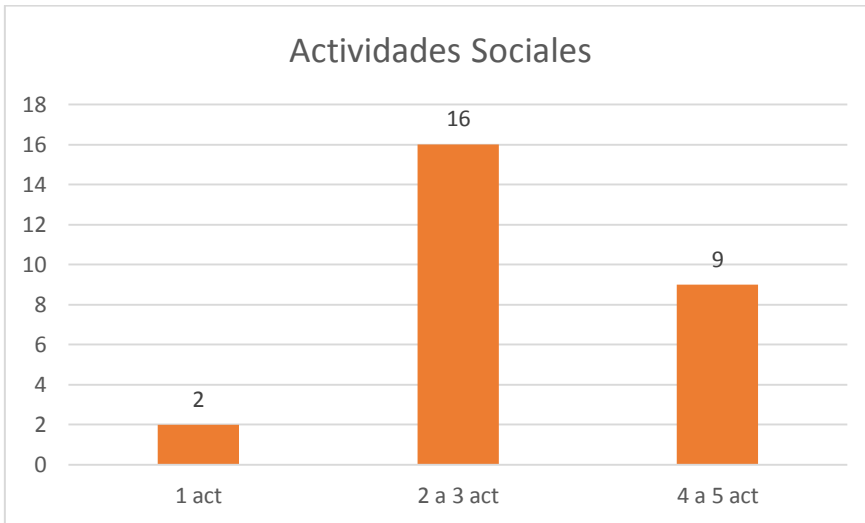
*Actividades Sociales de los encuestados.*

<b>Actividades Sociales</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcent aje</b>
<b>1</b>	2	7,41
<b>2 a 3</b>	16	59,26
<b>4 a 5</b>	9	33,33
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico10

*Actividades Sociales de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

**Análisis e Interpretación:** De un total de 27 adultos mayores, que representan el 100% de la población, la mayoría se encuentran de 2 a 3 actividades, constituyendo el 59.27%, seguido por 9 actividades con un 33,33% y finalmente dos personas realizan una actividad, siendo el 7,41% de la población. Para los adultos mayores es importante que la sociedad les involucren y les haga parte de las diferentes tipos de actividades sociales.

Tabla 13

*Relación familiar de los encuestados.*

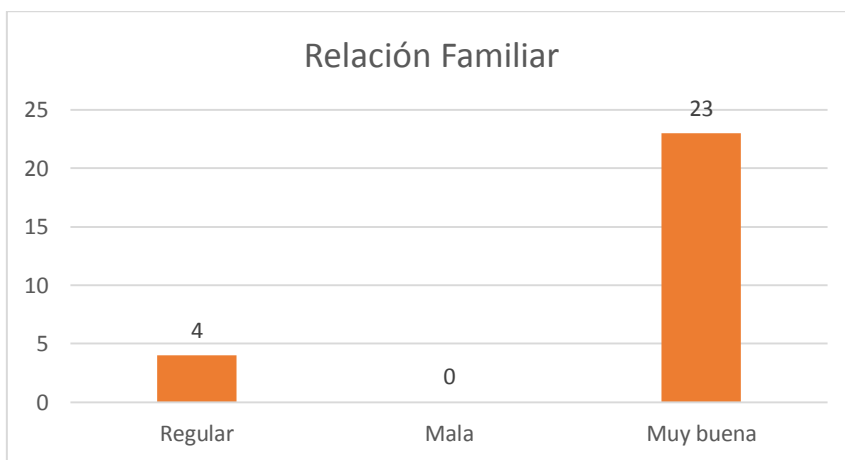
Relación familiar	Cantidad	Porcent aje
Regular	4	14,82

<b>Mala</b>	0	0
<b>Muy buena</b>	23	85,18
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico 11

*Relación Familiar de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

### **Análisis e Interpretación:**

De 27 personas evaluadas según su relación familiar que pertenece al 100% de la población, se obtuvo que 23 personas tienen una muy buena relación, representando el 85,18%, y 4 personas tienen una relación regular, siendo el 14,82%. Las relaciones familiares son consideradas un rol importante ya que es considerada como la más idónea en la vida del adulto mayor porque beneficiará en su autoestima, utilidad, seguridad entre otros aspectos.

Tabla 14

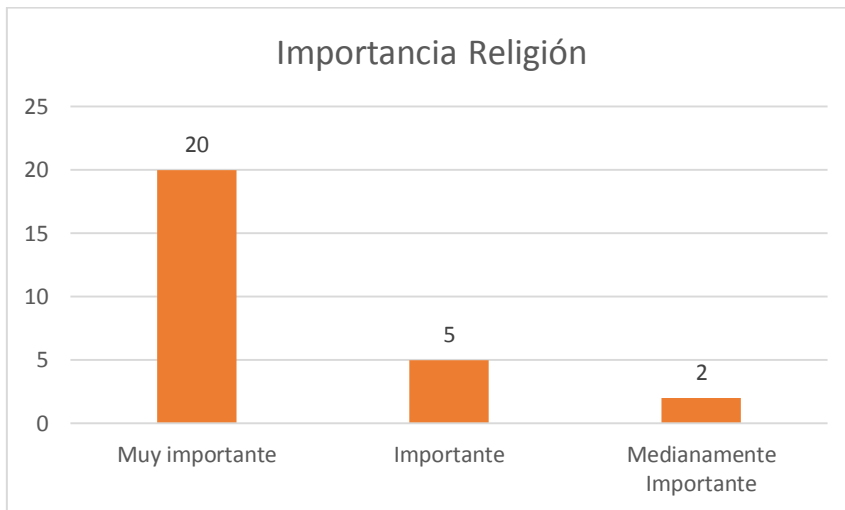
*Importancia Religión de los encuestados.*

<b>Importancia Religión</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Muy importante</b>	20	74,07
<b>Importante</b>	5	18,52
<b>Medianamente Importante</b>	2	7,41
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

## Gráfico 12

### *Importancia Religión de los encuestados*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

### **Análisis e Interpretación:**

De los 27 adultos mayores que conformaron la muestra, que representan el 100%, dos personas consideran a la religión medianamente importante, representando al 7,41%, cinco personas consideran importante, con 18,52% y, finalmente 20 personas consideran a la religión muy importante, siendo el 74,07%. Para el adulto mayor el acudir a la iglesia y el creer en Dios es una fuente principal de sostén social aparte de la familia, y de igual manera el acudir a organizaciones religiosas.

Tabla 15

*Enfermedad Metabólica de los encuestados.*

<b>Enfermedad Metabólica</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Diabetes</b>	6	22,22
<b>Higado Graso</b>	2	7,41
<b>Hipertensión Arterial</b>	10	37,04
<b>Tiroides</b>	3	11,11
<b>Ninguno</b>	6	22,22
<b>Total</b>	27	100

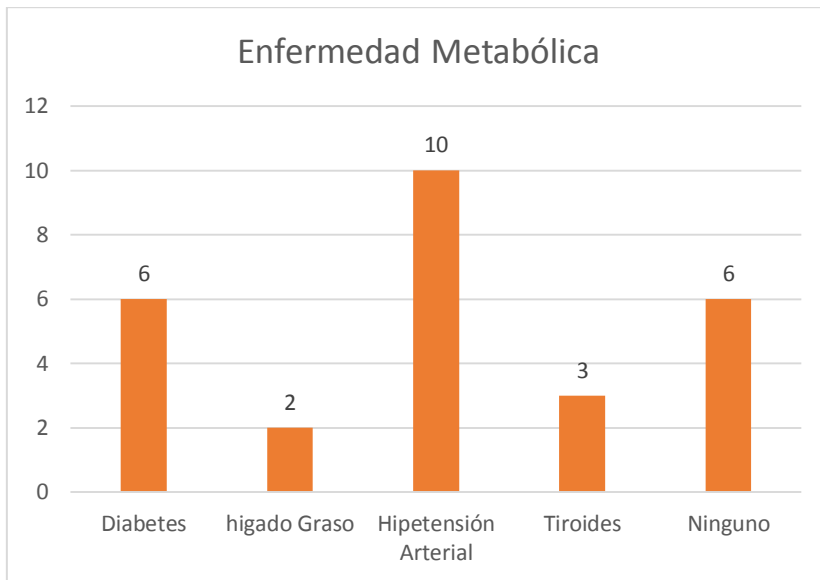
Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

**Análisis:**

De los 27 adultos mayores que conformaron la muestra, que representan el 100%, seis personas no padecen ninguna enfermedad metabólica, siendo el 22,22% de la población, tres personas padecen tiroides, representan al 11,11%, seguido por 10 personas que padecen hipertensión arterial, siendo el 37,04% de la muestra, continuando con dos personas que tienen hígado graso, con el 7,41%, y finalmente seis personas padecen diabetes, con un 22,22% de la población estudiada.

### Gráfico 13

*Enfermedad metabólica de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

#### **Interpretación:**

Se entiende que la mayoría de la población tiene hipertensión arterial, 10 personas, a continuación, seis personas se tienen diabetes, seis personas no tienen ninguna enfermedad metabólica, seguido de tres personas que tienen tiroides y finalmente dos persona tienen hígado graso.

Tabla 16

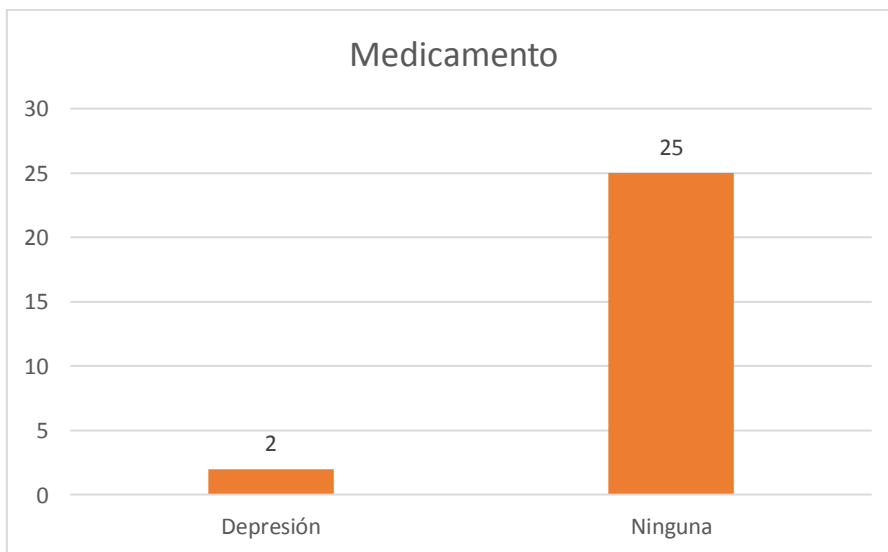
*Medicamento de los encuestados.*

<b>Medicamento</b>	<b>Cantidad</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Depresión</b>	2	7,41
<b>Ninguna</b>	25	92,59
<b>Total</b>	27	100

Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

Gráfico14

*Medicamento de los encuestados.*



Fuente: Ficha de factores sociodemográficos. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).



### **Análisis e Interpretación:**

De un total de 27 adultos mayores que fueron estudiados, representan el 100%, 25 personas no consumen ningún medicamento psiquiátrico, siendo el 92,59%, y finalmente dos personas toman medicamento para la depresión, con un 7,41% de la población.

#### **4.1.1 Deterioro Cognitivo Minimental State Exam**

Tabla 17

*Deterioro cognitivo*

<b>Deterioro Cognitivo</b>	<b>No. de personas</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Función Cognitiva Normal</b>	13	48.15%
<b>Afectación Leve</b>	12	44.44%
<b>Afectación Moderada</b>	2	7.41%
<b>Total</b>	<b>27</b>	<b>100.00%</b>

Fuente: Minimental State. Elaborado por: Bonilla, D. (2018).

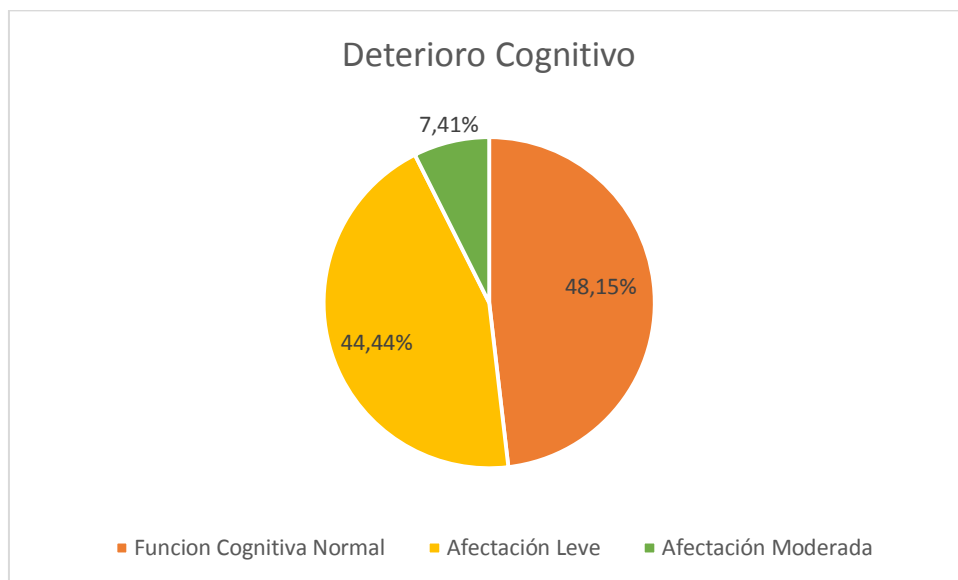
### **Análisis:**

De una población total de 27 adultos mayores, representando el 100%, dos personas presentan afectación moderado, con 7,41%, seguido de 12 personas con afectación leve, siendo el 44,44%

de la población, finalmente 13 personas tienen una función cognitiva normal, con un 48,15% de la muestra.

Gráfico15

*Deterioro Cognitivo de los encuestados.*



Fuente Folstein y Mc Caught elaborado por Bonilla(2018)

## Interpretación SPSS

Tabla 18

*Procesamiento estadístico*

	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado Civil</b>	<b>Tipo de Hogar</b>	<b>Miembros en hogar</b>	<b>Instrucción</b>	<b>Ocupación</b>
<b>Deterioro Cognitivo</b>	-,008	,300	-,194	-,366	-,202	-,199	-,036

	<b>Tipo vivienda</b>	<b>Act. recreativas</b>	<b>Act. sociales</b>	<b>Percepción relación familiar</b>	<b>Importancia religión</b>	<b>Enfermedad metabólica</b>	<b>Medicamento psiquiátrico</b>
<b>Deterioro Cognitivo</b>		-,163	-,242	,229	-,033	-,094	-,269

El deterioro cognitivo no se correlaciona con ningún factor sociodemográfico.

## CAPITULO V

### CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

#### 5.1 Conclusiones

- En base a los datos obtenidos se concluyó que el deterioro cognitivo no tiene correlación con ningún factor sociodemográfico.
- La evaluación del deterioro cognitivo determinó que el 48,15% de adultos mayores presentan una función cognitiva normal, el 44,44% presenta afectación leve y, finalmente el 7,41% presenta afectación moderada.
- El estudio realizado permitió concluir que la mayor cantidad de adultos mayores investigados tenían un rango de edad entre los 70-74 años de edad, que corresponden al 29,63%, el 55% de la población estudiada con estado civil casado, con respecto a la ocupación 81,5% son jubilados. El tipo de hogar de los adultos mayores predominantemente es el nuclear completo representado por un 55,55%, el nivel de instrucción fue superior con un 51,85%. La totalidad de la muestra posee vivienda propia. El 59,25% realizan de 4 a 5 actividades recreativas, y el mismo porcentaje refieren realizar de 2 a 3 actividades sociales. Se constató que el 37,04% de la muestra total presentan hipertensión arterial.

## 5.2 Recomendaciones

- Es importante ampliar con más investigaciones sobre los adultos mayores para conocer de mejor manera los diferentes cambios que tienen durante esta etapa de vida, para poder promover la salud mental.
- Realizar charlas psico-educativas que incluyan a los familiares de los adultos mayores, debido a que el apoyo de la familia cumple un rol importante tanto en la parte emocional como funcional de las personas de la tercera edad.
- Realizar programas neuropsicológicos los cuales permitan fortalecer las diferentes áreas cognitivas, teniendo en cuenta que a mayor plasticidad neuronal menor deterioro cognitivo por tal razón las instituciones públicas deberían fortalecer los programas en beneficio al adulto mayor
- Dar a conocer los resultados a la Asociación de Jubilados Pensionistas y Militares retirados del cantón Salcedo, para que las autoridades de dicha institución puedan realizar seguimiento y acompañamiento a los adultos mayores.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

### Bibliografía

- Allegri, F. (2016). Latinoamérica, Un camino hacia la prevención del deterioro cognitivo. *Revista Colombiana de ciencias sociales*, 307-310.
- Alonso, J., Santamaría, L., & Regodón, C. (2011). La Familia un concepto siempre moderno. *La Suma de Todos*, 2.
- Alvarado, A., & Salazar, A. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*.
- Arriagada, I. (2004). *Estructuras familiares, trabajo e bienestar en América Latina. Cambio de las familias en el marco de las transformaciones globales: necesidad de políticas públicas eficaces*. Santiago de Chile: Comisión económica para América Latina y el Caribe.
- Ávila, M., Vázquez, E., & Gutiérrez, M. (2007). *Deterioro Cognitivo en el adulto mayor*. trimestral.
- Baztan, J., González, J., Solano, J., & Hornillos, M. (2000). Atención sanitaria al anciano frágil: de la teoría a la evidencia científica. *Medicina Clínica*, 115.
- Bonifaz, J., & Torres, F. (2017). Evaluación del mini Cog comparado con el mini examen de estado mental modificado utilizando por el ministerio de salud pública para tamizaje de deterioro cognitivo en el primer nivel de atención en la parroquia de Yaruquí.
- Candia, O., Montoro, C., Valdivieso, A., Juárez, R., & Quintana, F. (2016). Factores sociodemográficos y de participación social relacionados con el bienestar psicológico en adultos mayores. *Med*, 1290.
- Cardinali, D. (1999). *Manual de Neurofisiología*. Madrid: Díaz de Santos, S.A.

- Contreras, A., Gualber, A., Romani, D., Tejada, G., Yeh, M., Ortiz, P., & Tello, T. (2013). Malnutrición del adulto mayor y factores asociados. *Scielo*, 186-191.
- Delgado, T. (2014). Capacidad Funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas. *Repositorio académico USMP*.
- Descartes, R. (1596- 1650). *El problema mente cuerpo*.
- Dias, J., Andrade, P., & Correa de Toledo, T. (2015). Cognitive reserve in elderly: neuropsychological aspects and the education role in the latest findings. *Medicina*, 136–146.
- Díaz, C., & Soler, L. (2002). Evaluación funcional del anciano. *Cubana de Enfermería*, 184-188.
- Fontan. (2004). Fundamentos de neuropsicología clínica.
- Fraser, Singh, & Bennet. (1996). Cambios neuropsicológicos al envejecimiento normal. *Anales de Psicología*, 27-30.
- Gómez, M. (2005). *Operativización de los estilos de vida mediante distribución del tiempo en personas mayores de 50 años*. Universidad de Granada.
- Gutierrez, G. (2008). *Fisiología Humana. Un enfoque integrado 4a edición*.
- Heckhausen, J., & Schulz, R. (1993). Deterioro Cognitivo y. *Redalyc*.
- Horton, A. (1997). *The Neuropsychology*. New York: Springer Publications Corporation.
- INEC. (2008). *La población adulto mayor en la ciudad de Quito estudio de la situación sociodemográfico y socioeconómico*. Quito.
- INEC. (2009). *Ecuador en Cifras*. Obtenido de Salud, Bienestar y envejecimiento.
- INEC. (2010). *Estructura de la población*. Equipo de Comunicación y Análisis del Censo de Población y Vivienda.

- Insituto Nacional de Estadísticas y Censos - INEC. (2009). Distribución por región de personas mayores a 60 años. 5.
- Jurado, A., Mátaró, M., & Pueyo, R. (2013). *Neuropsicología de las enfermedades Neurodegenerativas*. Madrid: Sintesis.
- Kolb, B., & Whishaw, I. (2006). *Neuropsicología Humana*. Médica Panamericana.
- Langa, K., & Levine, D. (2014). The Diagnosis and Management of Mild Cognitive Impairment. *Jama*, 312(23), 2551.
- León , G. (2016). Características del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor de la Parroquia el Salto. *Electrónica e Impresa*.
- Leyva, E., Laime, Z., Moreno, J., Apolinario, N., Hernández, Y., & Ruiz, R. (2016). Cognitive Impairment and quality of life of the elderly with renal replacement. *Revista Cubana de Medicina Militar*.
- Lobo, A., & Roy, J. (2000). Deterioro Cognoscitivo en el anciano. 99.
- López, J. (2018). Formas de convivencia de las personas mayores. *Investigaciones Sociológicas*, 23-40.
- MedilinePlus. (2017). Deterioro Cognitivo Leve. *Natinal Library of Medicine*.
- Meléndez, J., Mayordomo, T., & Sales, T. (2013). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Universitas Psychologica*, 2-9.
- Mias, C., Sassi, M., Masish, M., Querejeta, A., & Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos. *Neurología*, 733-738.
- MIES. (2013). Direccion Población Adulta Mayor. *MIES*.



- Ministerio de Inclusión Económica y Social - MIES. (2013). Dirección Población Adulta Mayor. *MIES*.
- Montenegro, E., & Cuellar, F. (2012). *Geriatría y Gerontología*. Bolivia: La Hoguera.
- Mora, S., García, R., Perea, V., Ladera, V., Unzueta, J., Patino, M., & Rodríguez, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Neurología*, 303-310.
- Muñoz, C., Rojas, P., & Marzuca, G. (2015). Valoración del estado funcional de adultos mayores. *Scielo*.
- Ochoa, E., & Ríos, J. (2017). *Progresión del Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores*. Cuenca.
- OMS. (2015). El Envejecimiento.
- OMS. (2018). Género. *Organización Mundial De la Salud*.
- OPS. (2015). *Crece la cantidad de personas con Alzheimer y otras demencias en las Américas*. Washington, D.C: Pan American Health Organization.
- Organization, A. a. (2000). Towards an international consensus on Policy for Long. term Care of the Ageing. *Milbank Memorial Fund*, 5.
- Orsitto, G., Turi, V., Venezia, A., Fulvio, F., & Manca, C. (2012). Relation of secondhand smoking to mild cognitive impairment in older inpatients. *The Scientific World Journal*.
- Paredes, Y., Rosas, G., Otero, M., & Pinzón, E. (2014). Factores sociodemográficos de un grupo de adultos mayores de la ciudad de Pasto. *Criterios*, 279-280.
- Pazmiño, T., & Vinuesa, E. (2016). Recuperación Del Estado Cognitivo como estrategia. 56-57.

- Pérez, M., Anaya, M., Pertuz, M., Romero, L., Suárez, A., & Suárez, A. (2014). Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla: prevalencia y factores de riesgo. *Redalyc*, 64-66.
- Petersen, R., Caracciolo, B., Brayne, C., Gauthier, S., Jelic, V., & Fratiglioni, L. (2014). Mild cognitive impairment: A concept in evolution. *Journal of Internal Medicine*, 275(3), 214–228.
- Petersen, R., Smith, G., Ivnik, R., Tangalos, E., & Kokmen, E. (1999). Mild impairment: clinical characterization and outcome. *Archives of Neurology*, 303-308.
- Pinedo, L., Jimeno, H., Rodríguez, T., Saavedra, P., Cano, M., Vaquez, P., . . . Fernandez, L. (2008). Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunitaria en un distrito de Lima. 709-710.
- Pinzón, M., Mueses, H., & Quintero, J. (2013). Factores Sociodemográficos, conocimientos y comportamientos relacionados con sífilis y VIH . *Scielo*, 10.
- Portellano, J. (2005). *Introducción a la Neuropsicología*. España: McGraw-Hill Companies.
- Portillo, P. (2015). Factores de Riesgo para el Deterioro Cognitivo Leve en Adultos mayores de Maracaibo. 97-99.
- Prince, M., Prina, M., & Guerchet , M. (2013). An Analysis of long-term care for dementia. *Alzheimer's Disease International*, 4.
- Robles , A., Del Ser, T., Alom, J., & Peña- Casanova. (2002). Grupo Asesor del Grupo de Neurología de la Conducta y Demencias de la Sociedad Española de Neurología. *Neurología*, 17-32.

- Robles, A., Del Ser, T., Alom, J., & Peña- Casanova. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Neurología*, 17.
- Rodríguez, K. (2011). Vejez y Envejecimiento. *Terceras Artes*.
- Ruiz, L., Campos, M., & Peña, N. (2008). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude establecimientos del primer nivel de atención. *Scielo*, 374.
- SABE. (2015). Estudio Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento. *MinSalud*, 2-11.
- Salud, O. M. (2016). La Salud Mental y los Adultos Mayores. *OMS*.
- Samper, J., Rodríguez, J., Sánchez, C., & Sosa, S. (2011). Deterioro Cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Habanera de ciencias*, 10.
- Sánchez, A., Vásquez, D., & Zuñiga, J. (2013). *Prevalencia de Deterioro Cognitivos y Factores Asociados en adultos mayores*. Cuenca.
- Sanchez, I., & Perez, M. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. *Medicina global integral*.
- Sánchez, J., Vásquez, D., & Zúñiga, J. (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de servicio sociales . 4.
- Sánchez-Rodríguez, & Torrellas- Morales. (2011). Deterioro cognitivo leve: Aspectos generales. *Neurología*, 52.
- Schott, J., Harkness, K., Barnes, J., & Vincent, A. (2003). Amnesia, cerebral atrophy, and autoimmunity. 361.
- Segura, A; Garzón, M; Cardona, D; Segura, A. (2016). Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de la subregiones de Antioquia, Colombia. *Scielo*, 613-616.

- Torres, V., & Mariel, W. (2015). Deterioro Cognitivo y su Incidencia en el estado de ánimo en el adulto mayor. *Dspace*, 64-65.
- UNICEF. (2015). Igualdad de género. *UNICEF*. Obtenido de UNICEF.
- UNICEF. (2016). El derecho a la educación y un buen comienzo en la escuela. *UNICEF*.
- Vásquez, J., Morante, P., & Soto, M. (2001). Velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores: implicaciones para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. *Psicología*.
- Velásquez, L., Guerrero, J., Rodríguez, Y., Vilatela, M., & Gómez, P. (2015). Conversión de Deterioro Cognitivo Leve a Demencia. 1-10.
- Victor, M. (2008). La Población Adulto mayor en la ciudad de Quito estudio de la situación sociodemográfica y socioeconómica. *INEC*, 5-32.
- Villareal, G., & Munth, E. (2012). Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad . *Salud Uninorte*.
- Yanguas, J., Sancho, M., & Leturia, F. (2004). El envejecimiento cognitivo, trastornos. *Digital Buenos Aires*.

## Linkografía

- Aburto, M. (20 de Noviembre de 2012). *Psicopatología*. Obtenido de <http://psicomaterias.blogspot.com/>
- Aprendizaje, & Visión. (11 de Agosto de 2014). Obtenido de Aprendizaje y Visión: <https://aprendizajeyvision.wordpress.com/2014/08/11/habilidades-visoespaciales/>
- Baddeley, Thomson, & Buchanan. (1975). *Memoria a corto plazo*. Obtenido de [http://www4.ujaen.es/~rmartos/Tema\\_5\\_Memoria-corto-plazo.pdf](http://www4.ujaen.es/~rmartos/Tema_5_Memoria-corto-plazo.pdf)
- Barraza, A., & Castillo, M. (2006). El envejecimiento. *Programa de Diplomado en Salud*, [http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%20006/El\\_envejecimiento.pdf](http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%20006/El_envejecimiento.pdf).
- Cabras. (2012). *Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo*. Obtenido de Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo: [https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11759/58165\\_cabras\\_emilia.pdf?sequence=1](https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11759/58165_cabras_emilia.pdf?sequence=1)
- Castro, C. (2014). *Abstracción*. Obtenido de <https://prezi.com/cztht-8lebro/abstraccion-psicologia-julianm/>
- Folstein, M., Folstein, S., & McHugh, P. (2014). *Compendio de Instrumentos de Medición IIP- 2014*. Obtenido de <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30379/mini%20mental%20state.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

- Kral. (1962). *Alzheimer Argentina*. Obtenido de <http://alzheimer.org.ar/?p=58>
- Larson. (2016). *Los factores de riesgo para el deterioro cognitivo y demencia*. Obtenido de <https://doi.org/10.1111/j.1442-200x.2005.02148.x>
- Luria. (1981). *Neuropsicología de la Memoria*. Obtenido de [http://www.bordacienciaportnoy.com.ar/descargas/Neuropsicologia\\_de\\_la\\_memoria.pdf](http://www.bordacienciaportnoy.com.ar/descargas/Neuropsicologia_de_la_memoria.pdf)
- Merchán, E., & Cifuentes, R. (2014). Teorías Psicosociales del envejecimiento. *Teorías psicosociales del envejecimiento*, <http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>.
- OMS. (2018). Envejecimiento y Salud. *OMS*, <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
- Romero, & Vásquez. (2002). *Que es la neuropsicología*. Obtenido de Que es la neuropsicología: <https://es.scribd.com/document/261722436/Capitulo-1-Neuropsicologia-Clinica-Romero-Vasquez>
- Salud, O. M. (2013). La prevalencia de la demencia y El deterioro cognitivo en las personas mayores en el África subsahariana: una revisión sistemática. *OMS*, <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422-ab/es/>.
- Sánchez, J., & Vásquez, D. (2013). *Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del IESS, Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5261/1/MED224pdf.pdf>
- Santos, N., & Cando, S. (Noviembre de 2015). Desarrollo de un proyecto de recreación dirigido a mantener la salud en el adulto mayor del hogar de ancianos del instituto estupiñan del barrio san sebastián de latacunga. Latacunga, Cotopaxi, Ecuador. Obtenido de <http://repositorio.utc.edu.ec/handle/27000/2278>.

- Toledo, A. (09 de Febrero de 2008). *Psicología*. Obtenido de <http://andrestoledopsicologia.blogspot.com/2008/02/el-lenguaje.html>
- Torres, A. (2003). Comportamiento Epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar. *Comportamiento Epidemiológico del adulto mayor*, [http://digeset.ucof.mx/tesis\\_posgrado/Pdf/TORRES\\_OLMEDO\\_ANA\\_EMANUELLE.pdf](http://digeset.ucof.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf).
- UTA. (2016). *Resolución: 2539-CU-P-2016*. Obtenido de <http://www.uta.edu.ec/v3.2/uta/reglamentosinternos/reglamentobioetica.pdf>.

## **Bibliografía Base de Datos de la Universidad Técnica de Ambato**

### **EBSCOHOST**

- Arjona, R., Esperón, R., Herrera, G. y Albertos, N. (2014). Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Médica del IMSS*. 52(04), 416-421.

### **PROQUEST**

- Molina, A. (25 de mayo de 2004). Obtenido de:  
<http://search.proquest.com/docview/315731298?accountid=36765>

### **EBRARY**

- Paucar, M (2014). “Deterioro cognitivo y su correlación en el apareamiento de niveles de depresión en adultos mayores que acuden al Hogar de Ancianos Sagrado Corazón de Jesús - Ambato”. Recuperado el 9 de Mayo del 2015, de repositorio Digital de la Universidad Técnica de Ambato:  
<http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/12067/1/ADRIANA%20CAROLINA%20S%20C%2081NCHEZ%20ACOSTA.pdf>.

### **EBSCOHOST**

- Sánchez, S. et. al. (2012). Frecuencia de los síntomas depresivos entre adultos mayores en la Ciudad de México. *Salud Mental.*, 35(01), 71-77.

### **PROQUEST**

- Vitela, N. (2007). Obtenido de:  
<http://search.proquest.com/docview/307849504?accountid=36765>





## ANEXOS

### 1. Encuesta Factores Sociodemográficos

#### 1. Edad:

- 60 a 64 años ( )
- 65 a 69 años ( )
- 70 a 74 años ( )
- 75 a 79 años ( )
- 80 a 84 años ( )
- 85 años a más ( )

#### 2. Sexo:

- Hombre ( )
- Mujer ( )

#### 3. Estado Civil:

- Soltero (a) ( )
- Casado (a) ( )
- Conviviente (a) ( )
- Viudo (a) ( )
- Divorciado (a) ( )

#### 4. Grado de Instrucción:

- Sin instrucción ( )
- Primaria ( )
- Secundaria ( )
- Superior ( )

### 5. Ocupación:

- Trabajador independiente ( )
- Trabajador dependiente ( )
- Dedicado a los quehaceres del hogar ( )
- Trabajador familiar no remunerado ( )
- Desempleado ( )
- Jubilado ( )

### 6. Tipo de Hogar:

- Unipersonal ( )
- Nuclear completo ( )
- Nuclear monoparental ( )
- Extendido ( )
- Sin núcleo ( )

### 7. Número de miembros en el hogar:

- 0 a 1 ( )
- 2 a 3 ( )
- Otra cantidad: \_\_\_\_\_

### 8. Tendencia de la vivienda:

- Vivienda alquilada ( )
- Vivienda Propia ( )
- Cuidador / alojado ( )

Muy mala ( )

**9. Actividades recreativas que realiza:**

Ver televisión ( )

Escuchar radio ( )

Tejer y/o bordar ( )

Crianza de animales ( )

Cuidado de jardín ( )

Caminatas en el parque ( )

Leer periódico y/o libros ( )

Otras actividades\_\_\_\_\_

**10. Actividades sociales en las que**

**participa:**

Club del adulto mayor ( )

Asambleas comunitarias ( )

Acude a la iglesia ( )

Eventos deportivos ( )

Festividades de la comunidad ( )

Capacitación manualidades ( )

**11. Percepción de las relaciones**

**familiares**

Regular ( )

Mala ( )

Muy buena ( )

**12. Importancia de la religión en su**

**vida**

Muy importante ( )

Importante ( )

Medianamente importante ( )

Poco importante ( )

No es importante ( )

**13. Presenta alguna enfermedad**

**metabólica:**

Diabetes Mellitus tipo 2 ( )

Hígado Graso ( )

Hipertensión Arterial ( )

Otros\_\_\_\_\_

**14. Toma algún medicamento**

Si ( )

No ( )

Mencione \_\_\_\_\_

## 2. MiniMental State

### MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL (MINI MENTAL STATE EXAM)

#### 1. ORIENTACIÓN (Puntúe 1 si es correcto)

Nombre este hospital o edificio	___	¿En qué región está Ud.?	___
¿En qué ciudad está Ud. ahora?	___	¿En qué provincia está Ud.?	___
¿En qué año estamos?	___	¿En qué piso del edificio está Ud.?	___
¿En qué mes estamos?	___	¿Qué día de la semana es hoy?	___
¿Qué día es hoy?	___	¿Qué estación del año es?	___

#### 2. REGISTRO (Puntúe uno por cada respuesta correcta)

Nombre 3 objetos y haga que el paciente los repita \_\_\_\_\_  
Puntúe el número repetido por el paciente. Nombre los 3 objetos varias veces más,  
si es necesario, para que el paciente los repita correctamente (Anote los intentos \_\_\_\_\_)

#### 3. ATENCIÓN Y CÁLCULO

Vaya restando de 7 en 7 desde 100 hasta 65. Puntuación máxima 5 puntos. \_\_\_\_\_

#### 4. MEMORIA

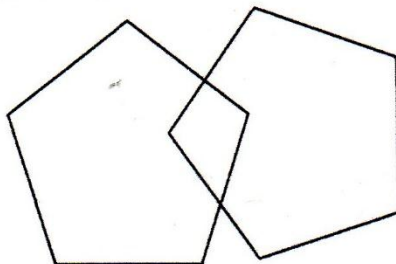
¿Recuerda Ud. los 3 objetos que nombramos antes? = 3 puntos \_\_\_\_\_

#### 5. LENGUAJE

Nombrar 2 objetos mostrados: reloj, pluma = 2 puntos \_\_\_\_\_  
Repetir: "No sí, y o pero" = 1 punto \_\_\_\_\_  
Comprensión: "Coja este papel con la mano derecha",  
"dóblelo por la mitad", "póngalo en el suelo" = 3 puntos \_\_\_\_\_  
Lea y haga lo que se le ordena "Cierre los ojos" = 1 punto \_\_\_\_\_  
Escriba una oración gramatical (sujeto, verbo y complemento) = 1 punto \_\_\_\_\_

#### 6. CONSTRUCCIÓN

Copie el dibujo de abajo = 1 punto \_\_\_\_\_



### 3. Consentimiento Informado

#### CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, \_\_\_\_\_ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio “DETERIORO COGNITIVO Y FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR” pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación. Recibiré una copia firmada y fechada de esta forma de consentimiento.

-----

CI -----

Firma del participante

Fecha

He explicado al Sr(a). \_\_\_\_\_ la naturaleza y los propósitos de la investigación; le he explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tiene alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apego a ella. Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

-----

CI -----

Firma del participante

Fecha