



UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL

ESCUELA DE POSGRADOS “ESPOG”

MAESTRÍA EN: PSICOLOGÍA

MENCIÓN: NEUROPSICOLOGÍA DEL APRENDIZAJE

Resolución: RPC-SO-21-No.449-2020

PROYECTO DE TITULACIÓN EN OPCIÓN AL GRADO DE MAGISTER

Título del proyecto:
Deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores de la parroquia Once de Noviembre, cantón Latacunga.
Línea de Investigación:
Artes y Humanidades para una sociedad sostenible
Campo amplio de conocimiento:
Ciencias sociales, Periodismo, Información y Derecho
Autor/a:
Mariuxi Alexandra Mena Tovar
Tutor/a:
Msc. Anabela Salome Galarraga Andrade

Quito – Ecuador

2023

APROBACIÓN DEL TUTOR



Yo, Anabela Salomé Galarraga Andrade con C.I: 1002718755 en mi calidad de Tutor del proyecto de investigación titulado: Deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre, Cantón Latacunga.

Elaborado por: Mariuxi Alexandra Mena Tovar, de C.I:0503801136, estudiante de la Maestría: Psicología, mención: Neuropsicología del Aprendizaje de la **UNIVERSIDAD TECNOLÓGICA ISRAEL (UISRAEL)**, como parte de los requisitos sustanciales con fines de obtener el Título de Magister, me permito declarar que luego de haber orientado, analizado y revisado el trabajo de titulación, lo apruebo en todas sus partes.

Quito D.M., 30 de agosto del 2023

Firma

DECLARACIÓN DE AUTORIZACIÓN POR PARTE DEL ESTUDIANTE



Yo, Mariuxi Alexandra Mena Tovar con C.I: 0503801136, autor/a del proyecto de titulación denominado: Deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre, Cantón Latacunga.

Previo a la obtención del título de Magister en Psicología, mención Neuropsicología del aprendizaje.

1. Declaro tener pleno conocimiento de la obligación que tienen las instituciones de educación superior, de conformidad con el Artículo 144 de la Ley Orgánica de Educación Superior, de entregar el respectivo trabajo de titulación para que sea integrado al Sistema Nacional de Información de la Educación Superior del Ecuador para su difusión pública respetando los derechos de autor.
2. Manifiesto mi voluntad de ceder a la Universidad Tecnológica Israel los derechos patrimoniales consagrados en la Ley de Propiedad Intelectual del Ecuador, artículos 4, 5 y 6, en calidad de autor@ del trabajo de titulación, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente. En concordancia suscribo este documento en el momento que hago entrega del trabajo final en formato impreso y digital como parte del acervo bibliográfico de la Universidad Tecnológica Israel.
3. Autorizo a la SENESCYT a tener una copia del referido trabajo de titulación, con el propósito de generar un repositorio que democratice la información, respetando las políticas de prosperidad intelectual vigentes.

Quito D.M., 30 de agosto del 2023

Firma

ÍNDICE DE CONTENIDOS

INFORMACIÓN GENERAL	9
Contextualización del tema	9
Problema de investigación.....	11
Objetivo general	11
Objetivos específicos.....	11
Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos:.....	12
CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO	13
1.1. Contextualización general del estado del arte.....	13
1.1.1. Deterioro cognitivo	13
1.1.2. Factores que afectan el deterioro cognitivo	14
1.1.3. Calidad de vida	15
1.1.4. Terapias ocupacionales	16
1.1.5. Evaluación neuropsicológica	17
1.2. Proceso investigativo metodológico	18
1.2.1. Método, diseño y alcance.....	18
1.2.2. Diseño de la investigación	18
1.2.3. Población y muestra.....	18
1.2.4. Técnicas e instrumentos	19
1.2.5. Técnicas e instrumentos	22
1.2.6. Procedimiento	23

1.3.	Análisis de resultados	23
1.3.1.	Perfil sociodemográfico	24
1.3.2.	Resultados del grupo “Mis Años Dorados” y grupo control en el test de intervención de Calidad de Vida	29
1.3.3.	Resultados del grupo “Mis Años Dorados” y grupo control en el test de Mini mental para determinar el deterioro cognitivo	36
CAPÍTULO II: PROPUESTA		44
2.1.	Fundamentos teóricos aplicados	44
2.1.1.	Adulto mayor, y el envejecimiento	44
2.1.2.	Entorno Social.....	45
2.1.3.	Bienestar Emocional	46
2.1.4.	Deterioro cognitivo	46
2.1.5.	Factores que determinan el declive cognitivo en el envejecimiento.....	48
2.1.6.	Cambios asociados al deterioro cognitivo	48
2.1.7.	Calidad de vida	49
2.1.8.	Salud Mental en el Adulto Mayor.....	50
2.1.9.	Salud Integral en la vejez.....	50
2.1.10.	La recreación en el adulto mayor	51
2.1.11.	Nivel de estudios en el adulto mayor	52
2.1.12.	Factor edad en los adultos mayores.....	53
2.2.	Descripción de la propuesta.....	54
2.2.1.	Estructura General	54

2.2.2.	Explicación del aporte.....	54
2.2.3.	Estrategias y/o técnicas	55
2.3.	Validación de la propuesta.....	56
2.4.	Matriz de articulación de la propuesta	57
	CONCLUSIONES	61
	RECOMENDACIONES	63
	BIBLIOGRAFÍA	64
	ANEXOS.....	67
	ANEXO 1 PROPUESTA DEL PROYECTO	67
	ANEXO 2 RESPUESTA AL OFICIO	68
	ANEXO 3 CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	69
	ANEXO 4 ENCUESTA WHOQOL - BREF	70
	ANEXO 5 ENCUESTA MINI-MENTAL	71
	ANEXO 6 FOTOGRAFÍAS DE INTERVENCIÓN CON ADULTOS MAYORES	74

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. <i>Datos sociodemográficos</i>	19
Tabla 2. <i>Operacionalización de variables</i>	22
Tabla 3. <i>Datos por género</i>	24
Tabla 4. <i>Participantes según su edad</i>	25
Tabla 5. <i>Participantes según su estado civil</i>	25
Tabla 6. <i>Participantes según sus estudios</i>	26
Tabla 7. <i>Participantes según su estrato económico</i>	26
Tabla 8. <i>Participantes según su compañía familiar</i>	27
Tabla 9. <i>Participantes según su acceso a la salud</i>	27
Tabla 10. <i>Patologías en los grupos intervenidos</i>	28
Tabla 11. <i>Resultados WHOQOL – BREF de Calidad de Vida</i>	30
Tabla 12. <i>Prueba Chi cuadrado del dominio de Salud Física</i>	31
Tabla 13. <i>Prueba Chi cuadrado del dominio de Salud Mental</i>	32
Tabla 14. <i>Prueba chi cuadrado del dominio de Relaciones Interpersonales</i>	33
Tabla 15. <i>Prueba chi cuadrado del dominio de Entorno Social</i>	34
Tabla 16. <i>Desviación estándar de dominios</i>	35
Tabla 17. <i>Resultados MINI-MENTAL para el deterioro cognitivo</i>	36
Tabla 18. <i>Prueba chi cuadrado según el género</i>	37
Tabla 19. <i>Prueba chi cuadrado según las edades agrupadas</i>	38
Tabla 20. <i>Prueba chi cuadrado según el estado civil</i>	39
Tabla 21. <i>Prueba chi cuadrado según el nivel de estudios</i>	40
Tabla 22. <i>Prueba chi cuadrado según el estrato económico</i>	41
Tabla 23. <i>Prueba chi cuadrado según la compañía</i>	42
Tabla 24. <i>Prueba chi cuadrado según el acceso a la salud</i>	43

Tabla 25. <i>Primer encuentro / integración</i>	57
Tabla 26. <i>Segundo encuentro / revisión primaria</i>	58
Tabla 27. <i>Tercer encuentro / actividades lúdicas</i>	59
Tabla 28. <i>Cuarto encuentro / salida de convivencia social</i>	60

INFORMACIÓN GENERAL

Contextualización del tema

Con el pasar de los años, el ser humano tiende a presentar problemas en su estado de salud. Generalmente estas complicaciones son el resultado de su desenvolvimiento a lo largo de su vida, así como de las actividades que realizaba en el pasado. Una de las tantas aflicciones es la disminución de su capacidad intelectual o deterioro cognitivo. (Alvarado y Salazar, 2019)

El desgaste de esta condición se ve evidenciada en problemas del pensamiento, juicio, raciocinio, memoria y lenguaje. Cuando se presenta de manera agravante, puede ocasionar que el paciente tenga que asistir constantemente a centros de salud o en algunas ocasiones ser internado, ya que no es capaz de desenvolverse solo. (Luna y Vargas, 2018)

Con la presencia del deterioro cognitivo, se empiezan a desarrollar enfermedades cardiovasculares y renales dentro del organismo. Estas afecciones traen como consecuencia una alteración de la calidad integral de su vida. Algunos tienden a perder la movilidad y por ende sus capacidades para cumplir con sus actividades diarias, por lo que de esta manera su ritmo de vida cambia radicalmente. (Leyva et al., 2018)

Algunas circunstancias asociadas a la pobre calidad de vida presente en el adulto mayor son consecuencia del distanciamiento, déficit económico, físico y laboral; estos factores generan un envejecimiento anticipado; y que como consecuencia final produce la aparición de enfermedades y trastornos mentales. (Cuéllar, 2019)

(OMS, 2023) en su artículo establece que actualmente más de 55 millones de personas en todo el mundo sufren de deterioro cognitivo, de las cuales el 60% pertenecen a países de

ingresos medianos a bajos. Nuestro país forma parte de este porcentaje, por lo que la importancia de realizar esta investigación, les facilitará a las autoridades elaborar campañas con el fin de reducir estos números.

Cada vez se manifiesta más el aumento de adultos mayores solos en el mundo, sobre todo en Ecuador refleja un incremento en la población adulta con mala calidad de vida y un deterioro cognitivo significativo, es primordial profundizar el estudio acerca del envejecimiento y los cambios que realiza durante este ciclo de vida, en las diferentes dimensiones de cada ser humano, de esta manera se comprenderá mejor el proceso que implica y abordar las diferentes variables que inciden en el mencionado grupo etario, con el objetivo de implementar los planes y programas que favorezca una sociedad empática y solidaria para todos.(Peña et al., 2020)

La provincia de Cotopaxi cuenta con 37000 de los aproximadamente 1 000 000 de personas mayores de 65 años del Ecuador, siendo de esta manera la 11va con más población de la tercera edad y la 9na con mayor incidencia.(Bonilla et al., 2020)

La investigación se aplicará en la parroquia Once de Noviembre, una de las trece parroquias rurales del cantón Latacunga, Cotopaxi. Siendo la parroquia con mayor número de habitantes de la tercera edad. (INEC, 2010). Por lo que considero necesario el estudio de la presente en sus habitantes con el fin de obtener información que facilite la planificación de actividades de prevención.

Las personas mayores deben mantener actividades lúdicas regulares que les permitan mantener conexiones sociales con individuos de su misma edad; todo ello junto a la formación ética y espiritual, religiosa o no, le proporcionarán una calidad de vida y bajo

deterioro cognitivo, conforme a su crecimiento cultural, tradicional y de herencia familiar en el que se encuentre. (Guerrero et al., 2020)

Problema de investigación

¿Existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre del cantón Latacunga?

Objetivo general

- Identificar la relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre, Cantón Latacunga que asisten a terapia ocupacional en el Club “Mis años dorados”, con aquellos que no forman parte de este.

Objetivos específicos

- Evaluar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre, Cantón Latacunga, que asisten al Club “Mis años dorados”, frente a un grupo control, utilizando herramientas de evaluación reconocidas y validadas.
- Analizar los factores socio-demográficos y de calidad de vida que podrían estar relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores de Parroquia Once de Noviembre.
- Determinar si existen diferencias estadísticamente significativas entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre.

Vinculación con la sociedad y beneficiarios directos

El proyecto se realizará con la finalidad de recolectar información relevante acerca de la realidad social y cognitiva de los adultos mayores mediante la interacción intersectorial se realiza la propuesta al centro de salud de la parroquia Once de Noviembre, cantón Latacunga, provincia de Cotopaxi. En ella nos proporcionarán datos del llenado de la ficha familiar y su dispensarización en dónde se encuentran los beneficiarios directos, en este caso son: 40 adultos mayores pertenecientes al club “Mis años dorados” dedicado a brindar una atención integral denominado por la misma Institución Pública y 40 adultos mayores que no son parte del mismo. Los beneficiarios directos comprenderán un intervalo de 65 años o más. Por ello, el trabajo se realiza con la participación activa de todos los participantes de manera presencial.

Dado que el proyecto se desarrolla en toda la región del Ecuador este se encuentra vinculado en toda la comunidad del territorio ecuatoriano. Por ello, el trabajo se realiza con la participación activa de todos los participantes tanto de forma presencial como virtual tendiendo como resultado un impacto en la asimilación del personal que conforman todo el trabajo. Vale la pena recalcar que los resultados obtenidos en primera instancia serán de utilidad para la publicación de la investigación generalizada, y sus tablas son datos objetivos que dan a conocer las variaciones respectivas objeto de estudio dentro de la población de análisis por lo que los mismos son los principales beneficiarios de la investigación.

CAPÍTULO I: DESCRIPCIÓN DEL PROYECTO

1.1. Contextualización general del estado del arte

1.1.1. *Deterioro cognitivo*

El Deterioro Cognitivo en los adultos mayores es una condición en la cual el individuo pierde sus capacidades de razonamiento, entendimiento y de memoria, sin que alcance los criterios para clasificarlo como demencia. Las personas que lo padecen, suelen tener problemas de adaptación en la convivencia dentro del núcleo familiar, lo cual los lleva a disminuir su calidad de vida.(Montes & Velásquez, 2019)

A nivel mundial el deterioro cognitivo afecta a unos 50 millones de personas, de las cuales alrededor del 60% residen en países de ingresos bajos y medios. Anualmente se estiman unos 10 millones de nuevos casos, de la misma manera, se calcula que un 5% y un 8% de los ciudadanos de 60 años en adelante lo padecen. Por consiguiente, la misma organización prevé que para el año 2050, la demencia alcance los 152 millones de personas. (OMS, 2023)

Sandoval y Navarrete (2022) en su investigación realizada en el cantón Mira, Carchi, Ecuador define que: el deterioro cognitivo es una condición que aumenta con el paso de los años, afectando un 6.7% para la población entre los 60 y 64 años, un 8.4% en los intervalos de 70 a 75 años, 14.8% entre los 75 y 79 años y en un 25.2% entre los 80 y 84 años.

Esta afectación presenta los mismos resultados e incluso porcentajes más agravantes, de acuerdo a estudios realizados por León y León (2019) en la parroquia de Babahoyo donde se evidenció que de la muestra de 59 adultos mayores el 62% padecían de deterioro cognitivo.

Otra investigación realizada en la ciudad de Cuenca, en pacientes del IEISS, determinó un porcentaje de 17.1% entre una muestra de 391 participantes, quienes bajo su consentimiento informado accedieron al estudio. El promedio de edad se encontró en 70 años y adicionalmente, se pudo determinar que el sexo femenino presenta mayor frecuencia con este deterioro. (Estévez et al., 2018)

1.1.2. Factores que afectan el deterioro cognitivo

- Edad: La condición natural de envejecimiento del ser humano lo limita de mantener su capacidad mental, e incluso aumenta las probabilidades de producir una patología que afecte directamente al cerebro. (Cancino y Rehbein, 2016)
- Genética: Con el desarrollo de la ciencia se ha podido determinar que muchas enfermedades (diabetes, cáncer, Alzheimer), llegan a ser hereditarias por lo que desde que nacemos estamos marcados por un alto índice de contraerlas. (Cancino y Rehbein, 2016)
- Tabaquismo y alcohol: Actualmente son una de las principales causas del deterioro intelectual, la composición química de sus sustancias altera el desarrollo cognitivo del individuo. Siendo a corto y moderado paso con el alcohol y a largo, pero terriblemente grave con el tabaco. (Cancino y Rehbein, 2016)
- Drogas: Son sustancias altamente nocivas, que generan impactos inmediatos en la mente del individuo, su capacidad adictiva genera que el individuo dependa de ellas, dicha dependencia altera el estilo de vida y la correcta capacidad de tomar buenas decisiones. (Cancino y Rehbein, 2016)

1.1.3. Calidad de vida

La determinación de la calidad de vida en personas de la tercera edad: inicia una vez que se cumple con el límite de años de la adultez (60 años), siendo está la limitante de continuar con actividades laborales, práctica de ejercicio físico, y estilo de vida activo, lo que lleva a la pérdida del equilibrio cotidiano, generando además un estado mental más sedentario y afectando la calidad de vida y la salud. (Vera, 2020)

(OMS, 2019) considera que para conservar un bienestar de vida se debe incluir procesos de participación y salud integral para cada individuo mientras envejece. Por lo tanto, el éxito de este proceso dependerá de la capacidad del individuo para desarrollar o formar parte de mecanismo de inclusión mental, motriz y físico, que lo lleven a conseguir un estado de satisfacción y autoevaluación aceptable de calidad de vida, libre de cualquier enfermedad o discapacidad.

(Mena & Secaira, 2022) en un estudio realizado en el cantón Latacunga, Ecuador, 2021 acerca de la calidad de vida en el adulto mayor interpretan valores de significancia chi cuadrado positivas con un valor de significancia de 0.050, con un valor porcentual de correlación del 20%. Los puntajes de una calidad de vida media fueron puntuaciones bajas con el 40%. Sin embargo, una vez realizada esta intervención se mejoró un 30%, mostrando que los resultados de fomentar un grupo de intervención afectan directamente con la mejora de calidad de vida.

Los resultados de un estudio en Cuba 2019 estimaron que los ancianos tienen de manera general una baja calidad de vida, y que las variables sociodemográficas (género, sexo, edad y estudios) no afectan en el estudio del mismo. La pregunta que mayores resultados

bajos dio fue la de satisfacción por la vida. El 82 % de los individuos de la tercera edad perciben un poco gozo de su vida en relación con la misma.(Corugedo et al., 2014)

1.1.4. Terapias ocupacionales

La Terapia Ocupacional, de acuerdo al concepto de la Organización Mundial de la Salud OMS (2019), es la agrupación de estrategias, métodos y técnicas que, por medio de actividades prácticas, favorecen, mantienen y previenen la salud del individuo, lo que se traduce en mejoras dentro de los campos físico, mental, laboral y social del adulto mayor.

Beneficios de la implementación de terapias ocupacionales en el adulto mayor.

- Preocupación por el cuidado personal.
- Ejercitación física y prevención motriz de las personas.
- Estimulación cognitiva y mejora de su capacidad mental.
- Desarrolla capacidades sociales y de relación interpersonal.

En la investigación realizada por Guevara (2020) sobre la eficacia de la estimulación cognitiva mediante técnicas grupales lúdicas en el deterioro cognitivo leve, en adultos mayores entre los 65 y 80 años de edad, que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, se evidencio en los resultados obtenidos por la escala evaluativa MMSE por Baremos, el 82% de los adultos mayores estaban en un rango normal, el 12% en un rango Sos, Patología, y el 6% presentaban deterioro.

Al aplicar el test Minimental, se evidenció el nivel cognitivo que presentaban los adultos mayores del Centro municipal Cami 5, encontrándose en los rangos de fallo cognitivo leve (23-18) el 69% de adultos mayores y con fallo cognitivo moderado (17-14) el 31% de

los adultos mayores. Muchos son los factores que contribuyen a presentar este nivel cognitivo, como la presencia de patologías asociadas al envejecimiento, la poca estimulación del entorno en el que se encuentra el adulto mayor, y la ausencia de la familia. (Guevara, 2020)

1.1.5. Evaluación neuropsicológica

La neuropsicología busca equiparar la relación entre el cerebro y la conducta entre individuos sanos con aquellos que sufren algún trastorno. La investigación de buscar relación entre las anomalías del sistema nervioso con las conductas comportamentales ha sido de vital importancia en el aporte del conocimiento científico a la psicología (Basuela, 2008). La evaluación neuropsicológica tiene la posibilidad de ayudar a sugerir estrategias cognoscitivas compensatorias para determinar qué tan positivo es un procedimiento terapéutico particular. (Orozco y Ventura, 2021)

La evaluación neuropsicológica, es el estudio de la conducta en función o disfunción de la capacidad cerebral. Esta constituye un mecanismo para estudiar el funcionamiento cerebral a través de patrones de comportamiento, con el apoyo de herramientas como test, exámenes y procedimientos médicos utilizados en la psicología (Orozco y Ventura, 2021)

1.2. Proceso investigativo metodológico

1.2.1. Método, diseño y alcance

El presente trabajo se trata de una investigación con enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, de tipo descriptiva, aplicada y explicativa debido a que las variables del estudio se obtendrán mediante la aplicación de un instrumento psicológico y los datos serán evaluados a través de la estadística, mismos que serán analizados a través de la técnica descriptiva y se explicarán los resultados obtenidos.

1.2.2. Diseño de la investigación

Diseño cuasi-experimental, con alcance descriptivo y correlacional, pre interventivo.

1.2.3. Población y muestra

Para el análisis del trabajo de investigación será necesaria la participación de 80 personas de nacionalidad ecuatoriana que se encuentren entre la edad de 65 en adelante que acepten voluntariamente participar en la investigación con el fin de alcanzar los objetivos planteados. Las personas que deseen formar parte del estudio deben cumplir con los siguientes criterios:

- Ser de nacionalidad ecuatoriana.
- Ser mayor de 65 años.
- Estar de acuerdo con la investigación a realizarse.

Así mismo, deben aprobar los criterios de exclusión, mismos que son:

- Problemas de discapacidad sensorial, intelectual o mental que incidan en el desarrollo de las pruebas.

- Ser menor de 65 años.
- No ser de nacionalidad ecuatoriana.

Para finalmente, el test será aplicado solo si la muestra cumple con el mínimo de características del cuadro a continuación:

Tabla 1.

Datos sociodemográficos

Sexo	Edad	Nivel educativo	Grupos
60 mujeres	65 años o más: 80	Bajo: 80	Mis años dorados:40
20 hombres			Grupo control: 40

Nota. Limitación sociodemográfica para la población de muestra. Elaborado por: La autora

1.2.4. Técnicas e instrumentos

Consentimiento informado: Se socializó el tema de investigación con el GAD parroquial de la Once de Noviembre, órgano que se encuentra a cargo de la muestra poblacional. Con su aprobación se procede a realizar el documento de consentimiento informado y a su vez entregarlos a los 40 miembros del Club “Mis años dorados” con el fin obtener su aprobación por medio de firmas o huellas digitales. De la misma manera se procede con el “Centro de Salud 11 de noviembre MSP”, quienes nos brindan la autorización para estudiar a los otros 40 miembros que no forman parte del grupo de intervención.

Ficha Familiar: La recopilación y análisis de datos se recuperó de la información proporcionada por el “Centro de Salud 11 de noviembre MSP” que consta de 18 literales de datos sociodemográficos de los intervinientes.

Test Whoqol Bref: (OMS, 2018) “The World Health Organization Quality of Life” es una herramienta de interpretación que esta compuesta por 26 preguntas sobre las cuales se manifiestan los dominios de: salud física, mental, interpersonal y social. Su evaluación se establece en una tabla numérica del 1 al 5 que permite al entrevistador conocer el perfil de calidad de vida de un individuo, siendo el 5 el número de calificación mas elevado, lo que determina resultados aceptables hacia la calidad de vida.

Test Mini Mental: Es un cuestionario o conjunto de preguntas que tiene como objetivo enfocar y evaluar ciertas condiciones neuropsicológicas como las siguientes: memoria, orientación, concentración y lenguaje, sobre las cuales el profesional podrá establecer una estimación del deterioro cognitivo del individuo (Tapia et al., 2020).

El test fue fundamentado por primera vez en 1975 por Folstein. Con el pasar de los años fue modificado por el Dr. Antonio Lobo para España en 1979. El cambio más importante se reflejó en el paso del número de preguntas de 30 a 35. A pesar de ello ninguna de las dos versiones ha cambiado la esencia de poder evaluar el deterioro de la persona.(Tapia et al., 2020)

La escala de medición se establece en base al número de preguntas, por lo que se otorgará 1 punto por cada respuesta correcta y de acuerdo a ello se estimará lo siguiente:

- Puntuación normal: 27 puntos o más
- Sospecha patológica: entre 24 y 16 puntos
- Deterioro moderado: entre 12 y 23 puntos
- Deterioro grave: < 12 puntos

Técnica Chi – cuadrado: Es un método probabilístico que se desarrolla para evaluar la significancia entre los datos de investigación. Para poder aceptar la significancia entre dos grupos se debe calcular el valor chi cuadrado (χ^2) y que esté sea menor al porcentaje aceptable para la propuesta. En nuestro caso se utilizará un valor de $p \leq 0.05$, si la prueba presenta valores superiores al límite establecido se procederá a concluir que los valores no tienen una diferencia importante y que los factores a tomar en cuenta no son determinantes en la medición de algún parámetro. La presente estimará los valores chi cuadrado de calidad de vida y deterioro cognitivo para los encuestados del “Centro de Salud 11 de noviembre MSP” y el grupo control sobre los cuales se determinará sí, existe diferencias (Yurima, 2017).

1.2.5. Técnicas e instrumentos

Tabla 2.

Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Definición operativa	Dimensiones	Indicador categórico	Codificador Numérico
Calidad de vida	Determina cuan satisfactoria y autónoma es la vida del individuo.	Test Whoqol - Bref	Salud física, Salud psicológica, Social, Ambiente	Dominio físico:	Nada = 1 Un poco =2 Normal = 3 Bastante = 4 Totalmente =5
Cognitivo	Prueba que consta de 30 preguntas, sobre las cuales se deja en manifiesto las siguientes capacidades: memoria, orientación, concentración y lenguaje (Duque et al., 2022).	Test Mini-Mental	Deterioro intelectual	30 preguntas	Puntuación normal: 27 a 30 puntos. Sospecha Patológica: entre 24 y 26 puntos Deterioro moderado: entre 12 y 23 puntos Deterioro grave: < 12 puntos
Género		Encuesta sociodemográfica aplicada	Masculino Femenino Otro	Respuesta al ítem 2 de la encuesta sociodemográfica	Masculino: 1 Femenino 2 Otro: 3
Edad	Años cumplidos al momento de la encuesta	Encuesta sociodemográfica aplicada	Personas adultas mayores	Rango de edad seleccionado en la encuesta	Adultos mayores de 65 años o más.
Nivel educativo		Encuesta sociodemográfica aplicada	Básico Medio Superior	Respuesta al ítem 2 de la encuesta sociodemográfica	Básico: 1 Medio. 2 Superior: 3

Nota. La siguiente tabla representa los datos de variables para la investigación.

Elaborada por: La autora.

1.2.6. Procedimiento

En la presente investigación se realizó paso a paso los siguientes ítems:

- Lectura y comprensión de las fuentes bibliográficas referentes al tema.
- Solicitud y validación de la investigación por parte del GAD, cantón Latacunga.
- Aceptación del tema por parte de la docente tutora.
- Documentación del consentimiento informado, escala Whoqol-BREF y test Mini mental.
- Recopilación de la ficha sociodemográfica por el Centro de Salud de la Parroquia once de noviembre.
- Tabulación de datos de los intervinientes.
- Elaboración de matriz de datos y resultados.
- Interpretación de resultados

1.3. Análisis de resultados

Para el cumplimiento de los resultados se realizó una matriz de datos en Excel, por consiguiente, se programó los mismos para de tal manera elaborar tablas de frecuencias en base a las cuatro dimensiones para el grupo 1 (perteneciente al club “Mis Años Dorados”) y grupo 2 (control), esquema comparativo de productos entre grupos de intervención, medias y desviación estándar para cada uno, y comparaciones mediante pruebas Chi cuadrado, con un valor de prueba $p =$ menor o igual a 0.05 para tener diferencias significativas, o mayor a él cuando no existe relevancias entre ellas.

1.3.1. Perfil sociodemográfico

Con respecto a los resultados sociodemográficos se presentan lo siguiente:

La muestra evaluada refleja 37.5% individuos del género masculino y 62.5% del género femenino para el grupo perteneciente al club “Mis Años Dorados”, mientras que para el grupo control 32.5% para el género masculino y 67.5% para el femenino.

Tabla 3.

Datos por género

Género	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	15	37.5%	13	32.5%
Femenino	25	62.5%	27	67.5%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Datos sociodemográficos de género para los grupos investigados. Elaborada por: La autora.

En relación a la edad y como objeto de comparación equitativa ambos grupos se presentan con el mismo porcentaje de edades. De 65 a 74 años con 15%, de 75 a 84 años con 45% y 85 años o más con el 40%.

Tabla 4.*Participantes según su edad*

Edades agrupadas	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
65-74 años	6	15.0%	6	15.0%
75-84 años	18	45.0%	18	45.0%
85 años o más	16	40.0%	16	40.0%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Datos sociodemográficos de edad para los grupos investigados. Elaborada por: La autora.

El estado civil de los encuestados corresponde a casados con el 60%, viudos 40% para el club “Mis Años Dorados”, por la otra parte se cuenta con un 57.5% casados y 42.5% para el grupo control.

Tabla 5.*Participantes según su estado civil*

Estado Civil	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Casado	24	60.0%	23	57.5%
Viudo	16	40.0%	17	42.5%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Datos sociodemográficos del estado civil para los grupos investigados. Elaborada por: La autora.

En cuanto al nivel de estudios, los encuestados del club “Mis Años Dorados” y el grupo control poseen un 5% de individuos no escolarizados y 95% de educación básica.

Tabla 6.

Participantes según sus estudios

Estudios	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No escolarizado	2	5.0%	2	5.0%
Básica	38	95.0%	38	95.0%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Datos sociodemográficos del nivel de estudios para los grupos investigados.
Elaborada por: La autora.

Mediante la encuesta sobre el estrato económico el club “Mis Años Dorados” se define un 85% bajo y un 15% medio. En cuanto al grupo control 72.5% tienen un bajo nivel económico y un 27.5% una capacidad media.

Tabla 7.

Participantes según su estrato económico

Estrato Económico	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Bajo	34	85.0%	29	72.5%
Medio	6	15.0%	11	27.5%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Datos sociodemográficos del nivel de estudios para los grupos investigados.
Elaborada por: La autora.

De acuerdo a la compañía familiar, el grupo control que viven solos corresponden a 67.5% y en compañía 32.5%. En el club “Mis Años Dorados” 57.5% no viven solos y 42.5% con algún miembro familiar.

Tabla 8.

Participantes según su compañía familiar

Viven solos	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	17	42.5%	13	32.5%
No	23	57.5%	27	67.5%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Datos sociodemográficos de la compañía familiar para los grupos investigados.

Elaborada por: La autora

En cuanto al acceso a la salud los pacientes intervenidos del club “Mis Años Dorados” presentan 40% de una respuesta afirmativa de acceso y 60% negativa. En contraparte con el grupo control que tiene 30% y 70% respectivamente.

Tabla 9.

Participantes según su acceso a la salud

Acceso a la salud	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Si	16	40.0%	12	30.0%
No	24	60.0%	28	70.0%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Datos sociodemográficos de la compañía familiar para los grupos investigados.

Elaborada por: La autora

Además, se verificó el resultado de estado de salud, en la que la enfermedad más común es la hipertensión alta con un 45% con los participantes del club “Mis Años Dorados” y 55% con los individuos del grupo control. El siguiente porcentaje corresponde a pacientes que no tienen enfermedades con 22.5% para los miembros del club y 7.5% para los del grupo control. Los demás porcentajes se completan con enfermedades comunes en la actualidad como la diabetes, gastritis, cáncer de piel, artritis y otras.

Tabla 10.

Patologías en los grupos intervenidos

Enfermedad	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Diabetes	3	7.50%	3	7.50%
Hipertensión alta	18	45.00%	22	55.00%
Discapacidad Auditiva	1	2.50%	2	5.00%
Discapacidad Visual	1	2.50%	1	2.50%
Osteoporosis	1	2.50%	1	2.50%
Discapacidad Física	1	2.50%	1	2.50%
Artritis	2	5.00%	2	5.00%
Cáncer de piel	1	2.50%	2	5.00%
Gastritis	2	5.00%	2	5.00%
Cáncer de mama	1	2.50%	1	2.50%
Ninguna	9	22.50%	3	7.50%
Total	40	100%	40	100%

Nota. Patologías de los grupos investigados. Elaborada por: La autora

1.3.2. Resultados del grupo “Mis Años Dorados” y grupo control en el test de intervención de Calidad de Vida

Para determinar las siguientes tablas, se promedia todas las respuestas de cada evaluado en cada uno de los dominios y se obtiene el total de respuesta. La media de los encuestados refleja, dominio Salud física normal para el grupo “Mis Años Dorados” igual a 45% en comparación con el 33% del grupo control, dominio de Salud Mental normal igual a 40%, al contrario del 25% del grupo control. En relación al no dominio de Relaciones Interpersonales el grupo control tiene un 53% mientras que el grupo del club 35%. Finalmente, el dominio del Entorno Social normal representa un 43% para aquellos pacientes que forman parte del club y 33% para los del grupo control. En la Tabla 11 se puede comparar los demás indicadores de cada dominio.

Tabla 11.
Resultados WHOQOL – BREF de Calidad de Vida

Variable	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control	
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Dominio Salud Física	Nada	1	3%	6	15%
	Un poco	5	13%	16	40%
	Lo normal	18	45%	11	28%
	Bastante	13	33%	6	15%
	Totalmente	3	8%	1	3%
	Total	40	100%	40	100%
Dominio Salud Mental	Nada	4	10%	10	25%
	Un poco	14	35%	21	53%
	Lo normal	16	25%	7	18%
	Bastante	6	30%	2	5%
	Totalmente	0	0%	0	0%
	Total	40	100%	10	25%
Dominio Relaciones Interpersonales	Nada	14	35%	24	60%
	Un poco	10	25%	13	33%
	Lo normal	12	30%	2	5%
	Bastante	4	10%	1	3%
	Totalmente	0	0%	0	0%
	Total	40	100%	40	100%
Dominio Entorno Social	Nada	2	5%	8	20%
	Un poco	11	28%	17	43%
	Lo normal	17	43%	12	30%
	Bastante	8	20%	3	8%
	Totalmente	2	5%	0	0%
	Total	40	100%	40	100%

Nota. Resumen de resultados WHOQOL-BREF. Elaborada por: La autora

Para poder determinar si el asistir a un club de intervención mejora o no la calidad de vida, se necesita hallar de manera estadística un parámetro que determine si estas diferencias son significativas. Por lo que dichas comparaciones se realizan mediante pruebas Chi cuadrado (frecuencias), si $p =$ es mayor a 0.05 ($p > 0.05$) aceptaremos diferencias no significativas, es decir, que los grupos encuestados no presentan ninguna diferencia entre ellos. Cuando el valor de $p =$ es inferior a 0.05 ($p < 0.05$) se dice que si existen diferencias significativas por lo que se puede asegurar que la calidad de vida si difiere como consecuencia de pertenecer a un club de intervención, apoyo y estimulación.

El dominio de Salud Física posee un chi cuadrado igual a 0.0056, menor que el valor de significancia $p = 0.05$ lo que asegura que pertenecer al grupo “Mis años Dorados” garantiza una mejor salud física. Los valores más frecuentes del dominio se encuentran en lo normal y bastante para el club con un 77.5%.

Tabla 12.

Prueba Chi cuadrado del dominio de Salud Física

Dominio	Respuesta	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Total		Chi cuadrado (p=)
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Salud Física	Nada	1	2.50%	6	15.00%	7	8.75%	0.0056
	Un poco	5	12.50%	16	40.00%	21	26.25%	
	Lo normal	18	45.00%	11	27.50%	29	36.25%	
	Bastante	13	32.50%	6	15.00%	19	23.75%	
	Totalmente	3	7.50%	1	2.50%	4	5.00%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado para el dominio de Salud Física. Elaborada por: La autora

El dominio de Salud Mental tiene un valor chi cuadrado igual a 0.0234, menor que el valor de significancia $p = 0.05$. El grupo “Mis Años Dorados” posee un 55% entre lo normal y bastante siendo el doble de lo que el grupo control ha manifestado con el 22.5%.

Tabla 13.

Prueba Chi cuadrado del dominio de Salud Mental

Dominio	Respuesta	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Total		Chi cuadrado (p=)
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Salud Mental	Nada	4	10.00%	10	25.00%	14	17.50%	0.0234
	Un poco	14	35.00%	21	52.50%	35	43.75%	
	Lo normal	16	40.00%	7	17.50%	23	28.75%	
	Bastante	6	15.00%	2	5.00%	8	10.00%	
	Totalmente	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado para el dominio de Salud Mental. Elaborada por:
La autora

El dominio de Relaciones Interpersonales arrojó un valor chi cuadrado igual a 0.0075, menor que el valor de significancia $p = 0.05$. Una gran parte del club responde normal y bastante representando el 40% de los encuestados. Por el otro lado, el 40% de sus intervinientes estiman que este dominio es lo normal y poco.

Tabla 14.*Prueba chi cuadrado del dominio de Relaciones Interpersonales*

Dominio	Respuesta	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Total		Chi cuadrado (p=)
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Relaciones Interpersonales	Nada	14	35.00%	24	60.00%	38	47.50%	0.0075
	Un poco	10	25.00%	13	32.50%	23	28.75%	
	Lo normal	12	30.00%	2	5.00%	14	17.50%	
	Bastante	4	10.00%	1	2.50%	5	6.25%	
	Totalmente	0	0.00%	0	0.00%	0	0.00%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado para el dominio de Relaciones Interpersonales.
Elaborada por: La autora.

Finalmente, en el dominio de Entorno Social se obtuvo un valor chi cuadrado igual a 0.04, menor que el valor de significancia $p = 0.05$. Si bien la evaluación del método estadístico en comparación con el nivel de significancia esta muy próximo, no supera el limite por lo que las diferencias son representativas. El grupo "Mis Años Dorados" cuenta con dos pacientes que responden totalmente y 8 con bastante siendo un 25% de todo el grupo mientras que los miembros del otro solo responden 3 bastante siendo alcanzando apenas el 7.5%.

Tabla 15.*Prueba chi cuadrado del dominio de Entorno Social*

Dominio	Respuesta	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Total		Chi cuadrado (p=)
		Cant	%	Cant	%	Cant	%	
Entorno Social	Nada	2	5.00%	8	20.00%	10	12.50%	0.0400
	Un poco	11	27.50%	17	42.50%	28	35.00%	
	Lo normal	17	42.50%	12	30.00%	29	36.25%	
	Bastante	8	20.00%	3	7.50%	11	13.75%	
	Totalmente	2	5.00%	0	0.00%	2	2.50%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado para el dominio de Salud Física. Elaborada por: La autora

Considerando las medidas y las desviaciones estándar para cada uno de los dominios se tiene:

Dominio de salud física, en el club se tiene una media de 3.3, con una desviación estándar de 0.87 y en el grupo control una media de 2.75 con una desviación estándar de 1.02.

Dominio salud mental, en el grupo "Mis Años Dorados" se tiene una media de 2.96, con una desviación estándar de 0.93. Por el otro lado, se alcanza una media de 2.58 con una desviación estándar de 0.92.

Dominio relaciones interpersonales, en el club "Mis Años Dorados" se tiene una media de 2.18, con una desviación estándar de 1.01 y en el grupo control una media de 1.78 con una desviación estándar de 0.95.

Dominio entorno social, en el grupo “Mis Años Dorados” se tiene una media de 2.61, con una desviación estándar de 0.86. Por el otro lado, se alcanza una media de 2.19 con una desviación estándar de 0.91.

Tabla 16.

Desviación estándar de dominios

Variable	Intervención	N	Media	Desviación estándar	Mínimo	Máximo
Dominio Salud Física	Grupo "Mis Años Dorados"	40	3.30	0.8718	1	5
	Grupo control	40	2.75	1.0247	1	5
	Total	80	3.03	0.95	1	5
Dominio Salud Mental	Grupo "Mis Años Dorados"	40	2.96	0.933	1	5
	Grupo control	40	2.58	0.9209	1	4
	Total	80	2.77	0.93	1	5
Dominio Relaciones Interpersonales	Grupo "Mis Años Dorados"	40	2.18	1.0142	1	4
	Grupo control	40	1.78	0.9541	1	4
	Total	80	1.98	0.98	1	4
Dominio Entorno Social	Grupo "Mis Años Dorados"	40	2.61	0.8603	1	4
	Grupo control	40	2.19	0.9087	1	4
	Total	80	2.40	0.88	1	4

Nota. Tabla de datos chi cuadrado para el dominio de Salud Física. Elaborada por: La autora

1.3.3. Resultados del grupo “Mis Años Dorados” y grupo control en el test de Mini mental para determinar el deterioro cognitivo

Una vez concluida la etapa de evaluación por medio del test mini mental, recopilamos la información para poder establecer una prueba de chi cuadrado ($p=0.05$) con el fin de determinar si las diferencias entre grupos y acorde a las clasificaciones demográficas tienen diferencias significativas.

De manera general se obtuvo un valor chi cuadrado igual a 0.0021, menor que el valor de significancia $p = 0.05$, por lo que las diferencias son representativas. El grupo “Mis Años Dorados” cuenta con un 30% de pacientes con deterioro cognitivo. Por el otro grupo el porcentaje de personas con esta afección alcanza el 78% lo que muestra claramente la importancia de una intervención.

Tabla 17.

Resultados MINI-MENTAL para el deterioro cognitivo

Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Normal	4	10%	1	3%	0.0021
Sospecha Patológica	24	60%	8	20%	
Deterioro	10	25%	26	65%	
Demencia	2	5%	5	13%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado para el deterioro cognitivo. Elaborada por: La autora

Referente al género se obtuvo un valor chi cuadrado de 0.0193 para los hombres y 0.0184 correspondiente a las mujeres, lo que indica que existen diferencias significativas entre ambos grupos. Además, que el porcentaje de deterioro en las mujeres es mayor que en los hombres.

Tabla 18.

Prueba chi cuadrado según el género

Género	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Masculino	Normal	2	5%	1	3%	0.0193
	Sospecha Patológica	9	23%	1	3%	
	Deterioro	3	8%	8	20%	
	Demencia	1	3%	3	8%	
Femenino	Normal	2	5%	0	0%	0.0184
	Sospecha Patológica	15	38%	7	18%	
	Deterioro	7	18%	18	45%	
	Demencia	1	3%	2	5%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado según el género. Elaborada por: La autora

Los indicadores de edad fueron separados de acuerdo a la cantidad de intervinientes, para 65 a 74 años un valor chi cuadrado de 0.034, 75 a 84 años un valor correspondiente de 0.0451 y finalmente 0.0266 para las personas de 85 años o más, por lo que todas muestran diferencias significativas. En cuanto al deterioro se puede evidenciar en los porcentajes que existe un aumento con el pasar de los años.

Tabla 19.

Prueba chi cuadrado según las edades agrupadas

Edades agrupadas	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
65-74 años	Normal	1	3%	0	0%	0.0340
	Sospecha Patológica	4	10%	0	0%	
	Deterioro	1	3%	5	13%	
	Demencia	0	0%	1	3%	
75-84 años	Normal	3	8%	1	3%	0.0451
	Sospecha Patológica	11	28%	6	15%	
	Deterioro	3	8%	11	28%	
	Demencia	1	3%	0	0%	
85 años o más	Normal	0	0%	0	0%	0.0266
	Sospecha Patológica	9	23%	2	5%	
	Deterioro	6	15%	10	25%	
	Demencia	1	3%	4	10%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado según las edades agrupadas. Elaborada por: La autora

De acuerdo al estado civil de los encuestados, la prueba chi cuadrado determinó diferencias significativas para los grupos participantes con un valor de 0.0240 para quienes están casados y 0.0254 para los viudos.

Tabla 20.

Prueba chi cuadrado según el estado civil

Estado civil	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Casado	Normal	3	8%	1	3%	0.0240
	Sospecha Patológica	15	38%	6	15%	
	Deterioro	5	13%	14	35%	
	Demencia	1	3%	2	5%	
Viudo	Normal	1	3%	0	0%	0.0254
	Sospecha Patológica	9	23%	2	5%	
	Deterioro	5	13%	12	30%	
	Demencia	1	3%	3	8%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado según el estado civil. Elaborada por: La autora

De acuerdo a los estudios se tiene un valor de chi cuadrado igual a 0.0454 para quienes no cursaron ningún año ni recibieron ningún tipo de formación, mientras que aquellos que cuentan con educación básica un valor de 0.0000. En esta clasificación el valor de significancia es tan bajo por lo que lo representativo tiende a ser de suma importancia.

Tabla 21.

Prueba chi cuadrado según el nivel de estudios

Estudios	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
No escolarizado	Normal	0	0%	0	0%	0.0454
	Sospecha Patológica	0	0%	0	0%	
	Deterioro	2	5%	0	0%	
	Demencia	0	0%	2	5%	
Básica	Normal	4	10%	1	3%	0.0000
	Sospecha Patológica	24	60%	8	20%	
	Deterioro	8	20%	26	65%	
	Demencia	2	5%	3	8%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado según el nivel de estudios. Elaborada por: La autora

En cuanto a la capacidad económica tenemos presente que aquellos de bajo estrato tienden a sufrir mayor deterioro, la prueba chi cuadrado en comparación con los dos grupos para el estrato bajo representó un valor de 0.0175, mientras que para el estrato medio 0.0223. Resultados significativos para las dos clasificaciones.

Tabla 22.

Prueba chi cuadrado según el estrato económico

Estrato económico	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Bajo	Normal	3	8%	1	3%	0.0175
	Sospecha Patológica	20	50%	7	18%	
	Deterioro	9	23%	18	45%	
	Demencia	2	5%	3	8%	
Básica	Normal	1	3%	0	0%	0.0223
	Sospecha Patológica	4	10%	1	3%	
	Deterioro	1	3%	8	20%	
	Demencia	0	0%	2	5%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado según el estrato económico. Elaborada por: La autora

Los participantes encuestados que viven solos obtuvieron un chi cuadrado de 0.0278, mientras que aquellos que tienen alguna compañía en casa un valor de 0.0056, siendo ambos significativos para este dato sociodemográfico. Además, se puede establecer que los participantes que viven solos tienen una tendencia a sufrir deterioro cognitivo con mayor porcentaje que los que comparten su casa.

Tabla 23.

Prueba chi cuadrado según la compañía

Viven solos	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Sí	Normal	1	3%	0	0%	0.0278
	Sospecha Patológica	9	23%	1	3%	
	Deterioro	6	15%	8	20%	
	Demencia	1	3%	4	10%	
No	Normal	3	8%	1	3%	0.0056
	Sospecha Patológica	15	38%	7	18%	
	Deterioro	4	10%	18	45%	
	Demencia	1	3%	1	3%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado según la compañía. Elaborada por: La autora

Finalmente, aquellos participantes que tienen acceso a la salud alcanzaron un valor de prueba chi cuadrado de 0.0257, por otra parte, los encuestados que no tienen disponible este derecho un valor de 0.0198. Se puede determinar que aquellas personas que tienen acceso tienden a no alcanzar altos porcentajes en relación con aquellos que no lo tienen. Ambas clasificaciones son significativas entre grupos aplicados.

Tabla 24.

Prueba chi cuadrado según el acceso a la salud

Viven solos	Indicador	Grupo "Mis Años Dorados"		Grupo Control		Chi cuadrado (p=)
		Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje	
Sí	Normal	1	3%	0	0%	0.0278
	Sospecha Patológica	9	23%	1	3%	
	Deterioro	6	15%	8	20%	
	Demencia	1	3%	4	10%	
No	Normal	3	8%	1	3%	0.0056
	Sospecha Patológica	15	38%	7	18%	
	Deterioro	4	10%	18	45%	
	Demencia	1	3%	1	3%	

Nota. Tabla de datos chi cuadrado según el acceso a la salud. Elaborada por: La autora

CAPÍTULO II: PROPUESTA

2.1. Fundamentos teóricos aplicados

2.1.1. *Adulto mayor, y el envejecimiento*

Salazar (2019) en su publicación acerca de la vejez manifiesta que, los cambios que se empiezan a experimentar son producto de la combinación de distintos factores que, conllevan cambios de apariencia en el individuo. Además de ello, el envejecimiento a tiende a provocar trastornos psicológicos sociales como: nuevas posiciones sociales, pérdida de amistades y reducción en la pirámide social. Una alternativa para reducir el impacto será la práctica de actividades lúdicas, así como también el uso la tecnología en pro de la compensación de las habilidades perdidas.

Torres, Vidanovic y Cepeda (2021) en la Revista FAREM sobre el envejecimiento en la demografía del Ecuador indica que:

Con el pasar de los años, el porcentaje de individuos que alcanzan la tercera edad se ha visto incrementado, dicho aumento se correlaciona con los índices de los países desarrollados. Ecuador tiene 16000 millones de habitantes de los cuales una decima parte de la misma forman parte del grupo de mayores de 60 años. Es decir, que 1662000 personas son adultas mayores, dicha cifra refleja un aumento en comparación con los datos estadísticos del año 2008. No obstante, este aumento no solo es demográfico, sino también de riesgos como: enfermedades, trastornos psicológicos, abusos, jubilación, ingresos, rechazos, cambio de roles en la familia, viudez y pérdida de autonomía. Dichos problemas afectan la función intelectual del individuo que conlleva directamente al deterioro del mismo. Si bien el envejecimiento es parte del proceso de evolución del ser humano, se considera la fase más

complicada ya que es la que más vulnerable vuelve al individuo, acompañada de la condición social de los familiares que en muchos casos no están para ser partícipes de esta etapa, lo que ocasiona una baja calidad de vida. (Consejo de protección de derecho del Distrito Metropolitano de Quito, 2018)

2.1.2. Entorno Social

Existen dos posturas en la caracterización del entorno que rodea al individuo. En un lado se tiene en cuenta los aspectos materiales, todos aquellos objetos que forman parte de la naturaleza como tal y todos aquellos que han sido inventados por y para el hombre con el único propósito de mejorar su calidad de vida. Entre ellos están: viviendas, infraestructura, obras, automóviles, electrodomésticos, celulares, máquinas y demás tangibles que tienden a dar comodidad a sus usuarios.

Por otra parte, están aquellos intangibles que no se ven pero que siempre están presente y que muchos filósofos predicaban desde la antigüedad. El bien moral, los valores, la educación, las muestras de respeto, los sentimientos, las pasiones, las virtudes y demás cualidades que demuestra el ser humano están ligadas con el factor afectivo y la convivencia social de la persona en el medio en que se rodee.

Por ello su convivencia y entorno que lo rodea delimitara cuan capaz será de conservar su capacidad intelectual y no verse afectado con el pasar de los años. Hernández y Solano (2021)

2.1.3. Bienestar Emocional

El bienestar emocional comprende los sentimientos, emociones y pasiones que el individuo percibe del entorno haciendo que sean del agrado para él. De esta manera se formula un envejecimiento activo, que se caracteriza por retrasar el deterioro intelectual. Este componente ayuda a que los adultos mayores puedan mejorar su estándar de vida lo que conlleva a mantener una buena condición de salud mental. Martínez (2018)

En otras palabras, las emociones ayudan a las personas de la tercera edad para que se sientan adaptadas a la sociedad y el entorno. Esta condición les brinda la oportunidad de liberar sus sentimientos y no cohibirlos hacia su interior. Por ello es importante que ellos tengan un espacio dedicado exclusivamente a esta manifestación por lo que el desempeñar actividades lúdicas, talleres y manualidades, fortalece el crecimiento emocional de nuestros intervinientes. Es muy importante establecer un equilibrio entre el aspecto físico y emocional, ya que con ello podremos brindarles una oportunidad de convivir en el día a día por si solos. Martínez (2018)

2.1.4. Deterioro cognitivo

Entendemos por deterioro cognitivo cuando el individuo es incapaz de responder a las condiciones de vida normales. Es decir que por su incapacidad ya no recuerda las cosas del pasado y pierde noción del tiempo-espacio. Este problema tiende a agravarse con el tiempo, a tal medida que puede terminar con la demencia total de la persona. Lo que implica la perdida total de la independencia de sí mismo. (Espinoza et al. 2020)

Ningún estudio hasta la fecha ha podido determinar el origen de esta incapacidad. Sin embargo, varios de ellos han profundizado sus investigaciones en la parte cerebral de las personas, en donde han podido determinar entre otras las siguientes condiciones: pérdida de sangre en la circulación del cerebro, encogimiento pronunciado del hipocampo y presencia escasa de neuronas, lo que nos lleva a pensar que la consecuencia final es la falta de estimulación mental. Esta patología afecta no solo a la persona que lo padece, sino que además a todos aquellos que la rodean, por lo que incluso ya se empiezan a realizar estudios sobre las consecuencias de convivir con una persona con deterioro cognitivo en la familia. (Jiménez & González, 2017).

Existen dos tipos de deterioro cognitivo:

- Sospecha patológica: se caracteriza por la presencia de ciertas anormalidades en el trastorno de la memoria, son no permanentes, es decir que un día responden de manera positiva y otros de manera negativa. En este tipo, los pacientes mantienen las capacidades neurocognitivas por lo que aún están en posibilidad de valerse por sí mismos. (Peñas, 2007).
- Moderado: Se caracteriza por la pérdida de la memoria y la incapacidad para recordar el pasado muy próximo. Su capacidad de dependencia empieza a fallar. A partir de esta etapa el paciente se considera con presencia de deterioro por lo que se necesita de tratamientos médicos, evaluaciones que le ayuden a determinar qué tan grave es su afección. (Peñas, 2007).
- Grave: Constituye la etapa final del funcionamiento mental de un individuo, también conocida como demencia. Se pierde total control sobre sus pensamientos a tal punto que es incapaz de entablar una conversación. Sus capacidades motrices

pueden funcionar, pero no están orientadas a conseguir ningún propósito. (Peñas, 2007).

2.1.5. Factores que determinan el declive cognitivo en el envejecimiento

En los últimos años se ha evidenciado un aumento importante en la prolongación de la vida, de esta manera hemos notado que la tasa de natalidad se ha reducido. La explicación más posible tiene como respuesta la integración de una atención personalizada hacia las personas adultas mayores, como clubs, centros y escuelas de atención destinadas a esta población, lo que ha incidido en la disminución de enfermedades presentes y por consiguiente una pausa a la baja calidad de vida. Por otra parte, el bajo rendimiento cognitivo comparte similares factores de riesgo como los factores sociodemográficos comprendidos en el género, edades agrupadas, estudios, estrato económico, patologías y demás aspectos sociales con los que se desarrolla durante el crecimiento por lo que el objeto de investigación deberá mantener una relación con ellas. (Campbell et al. 2018).

2.1.6. Cambios asociados al deterioro cognitivo

Con el pasar de los años la capacidad y el funcionamiento de la persona se va disminuyendo progresivamente. Esta alteración genera cambios físicos, anímicos y sociales en la persona. Estos a su vez terminan por afectar su salud y calidad de vida.

Cada persona padece estos cambios de distinta manera, en muchos casos unos son más capaces de asimilarlos que otros, por lo que no se puede determinar qué tan agravante es el problema sino más bien que tan afectada esta la persona. Por ello es importante que el individuo tenga apoyo emocional que le permita convivir con su afección. (Martínez et al. 2019).

Otro cambio que se evidencia en el organismo es la pérdida paulatina de sus neuronas, lo que desencadena en problemas de audición y vista mismas que pueden complicar el estado de salud del paciente. (Flores et al. 2018).

2.1.7. Calidad de vida

El envejecimiento de la sociedad en conjunto con la aparición de nuevas enfermedades, supone un nuevo desafío para la medicina en la elaboración de nuevas estrategias y medicamentos que permitan combatir con esta condición de vida.

Métodos no químicos como los hábitos alimenticios y los de cuidado personal están siendo impulsados desde temprana edad ya que no provocan consecuencias a largo plazo, lo que implica que una vez alcanzada la edad de envejecimiento no se tenga presencia de patologías consecuentes de ella. (Santos y Cando, 2018).

El cuidado del envejecimiento es un tratamiento continuo desde la etapa de la adolescencia, donde el consumo adecuado y en proporciones de carbohidratos, proteínas y azúcares influirán directamente con el pasar de los años. Otro aspecto que lleva a la persona a poseerse como un ente activo aun en la vejez es su estimulación constante en la práctica de deportes, así como el cuidado del mismo. Un cuerpo metabólicamente preparado durante el crecimiento será fácilmente capaz de adaptarse a los cambios una vez que la persona deja de ser adulta y empieza a llegar a la tercera edad. (Santos y Cando, 2018).

Todos estos cuidados contribuyen a que el individuo alcance una esperanza de prolongar su vida, además que ofrece la oportunidad mantener relaciones sociales no solo con gente de su edad sino con aquella menor a él, la práctica de nuevas actividades, no tan

físicas, pero de carácter más intelectual fortalecerán la condición de que este por llevar una buena condición de vida. (OMS, 2021).

2.1.8. Salud Mental en el Adulto Mayor

Una vez que se entiende el proceso que toma la transición de adulto a tercera edad. Se debe determinar la disminución de funciones que el organismo presenta, ya que la afectación de salud, implicará que la persona se sienta desmotivada y sin ganas de continuar lo que se estima como una pobre salud mental. (Ledesma, 2021).

Por ello será sumamente importante que los individuos que empiecen a recaer en este tipo de pensamientos y salud mental sean intervenidos por personal profesional en el ámbito de la salud, además del amor familiar y tolerancia por parte de todos sus miembros, de tal manera que se desarrolle empatía, cordialidad y buen trato, que garantice que nuestros pacientes lleven una vida tranquila.

2.1.9. Salud Integral en la vejez

Al hablar de salud integral; nos referimos a la capacidad de una persona para mantener un estado emocional, social y físico en equilibrio, es decir que el cuerpo y la mente mantengan un estado de paz que le permita al individuo gozar de esta tranquilidad (Trapaga, 2021).

La salud integral es el fundamento teórico principal en el desarrollo de la vida pues manifiesta el estado de calidad de vida de todas sus esferas: física, mental, social, biológica y de salud en plenitud, que le permite a la persona alcanzar el pleno de sus capacidades. Por lo que establecer nuevos hábitos, rutinas que ejercitan la capacidad cognitiva mejoraran los aspectos sociales del paciente con la sociedad.

La salud física involucra la práctica constante de deporte, a tal manera de convertirla en un hábito en la persona. La salud mental, por otra parte, interviene con el estado mental y su capacidad para rechazar pensamientos equívocos o que deriven en la depresión, ansiedad, y demás enfermedades que desgastan la mente. Para el ámbito físico será necesario la ayuda de un entrenador mientras que en el ámbito mental la presencia de un psicólogo de confianza. (Zambrano y Estrada, 2020).

Existen otros mecanismos que ejercitan el campo mental de la persona y que ayudan a fortalecer los mencionados. Entre ellos está la práctica autónoma de la persona en la lectura de libros, solución de diferencias, crucigramas que combinados con los demás pueden convertirse en hábitos saludables que fortalezcan la calidad de vida.

Sobre la salud anímica, es necesario que los pacientes de la tercera edad se relacionen en un ambiente confortable que les permita sentirse cómodos y libres de cualquier peligro, como ya se mencionó esto les permitirá mostrar al máximo sus condiciones y cumplir con las tareas llevadas a cabo.

2.1.10. La recreación en el adulto mayor

La recreación es una de las actividades más determinantes en el desenvolvimiento de una persona. Es por ello que muchas unidades educativas del mundo y el país la han incorporado como una materia adicional dentro de la malla curricular del estudiante.

La dinámica y productividad de esta actividad estimula las capacidades psicológicas, sociales y físicas, por lo que ejecutarla dentro del contexto de las personas de la tercera edad, genera un impacto inmediato de recordar aquellas tareas que fueron realizadas en la niñez, motivándolos a cumplir con los objetivos y a presentar sus trabajos con entusiasmo. El goce

de esta actividad deberá ser adecuado en lugar de tranquilidad y seguridad para nuestros pacientes pues el entorno también le permitirá sentirse cómodo con las indicaciones y ordenes del profesional encargado, potenciador de la retención mental en las actividades a realizar.

De esta manera la recreación mejora la motricidad de articulaciones y músculos que se traducen en la condición de mejorar el descanso y el sueño. Habrá ocasiones que para evitar caer en la homogeneidad de las actividades se deba implantar otras diferentes que requieran del uso de materiales y por consecuente de recursos económicos. Para ello la importancia de fortalecer grupos que esten apoyados por municipios, Gads o demás instituciones públicas contribuirá enormemente con las actividades de recreación en nuestros pacientes.

2.1.11. Nivel de estudios en el adulto mayor

Aquellos que poseen una educación superior tienen mayor acceso a oportunidades laborales, lo que se traduce en mantener una vida estable. Mientras que la población con menos suerte de acceso no termina por encontrar trabajo. Muniz (2020)

La educación es la herramienta principal para alcanzar el conocimiento, a lo largo del país se extienden y manifiestan por medio de centros educativos de básica, bachiller y universitario. Incluso y debido a la falta de fortalecimiento se han establecido lugares de educación continua para aprendizaje de otros lenguajes o refuerzo de los demás. Está claro que el conocimiento incide en la obtención de un trabajo. Por lo que los niveles de competencia entre individuos aumentan y por ende las necesidades de vivir cómodamente. Para poder ejemplificar esta situación y como puede afectar en los adultos mayores, vamos a referenciar a dos personas de la mismas edad pero con caminos diferentes, la una fue capaz

de alcanzar varios logros académicos obteniendo una educación de tercer nivel que le permitió conseguir un trabajo estable y con todos los beneficios de ley tanto económicos como en la salud, por lo que cada año mantenía controles permanentes de su estado. Por otra parte, tenemos un individuo que cumplió la formación básica no pudo encontrar un trabajo estable, sin embargo, consiguió vivir día a día, se revisaba con el doctor cuando padecía alguna complicación, pero no tuvo más percances. Esta claro, que con las diferencias podríamos concluir que es obvio que el nivel de estudios influirá en la calidad de vida, sin embargo, estas observaciones deberán comprobarse por medio de alguna ciencia exacta, motivo por el cual esta investigación toma ruta.

2.1.12. Factor edad en los adultos mayores

La edad es el determinante para establecer que una persona está o no en la tercera edad. Alrededor del mundo se han establecido límites para determinar este grupo. En nuestro país la edad límite es 60 años. Esta condición fue descrita a partir de la aparición de cambios en el cuerpo humano, como la vista, audición, capacidad de vocalizar y la movilidad. Nuestro país lo ha tecnicado como un grupo llamado “60 y piquito”. (Pérez, 2022)

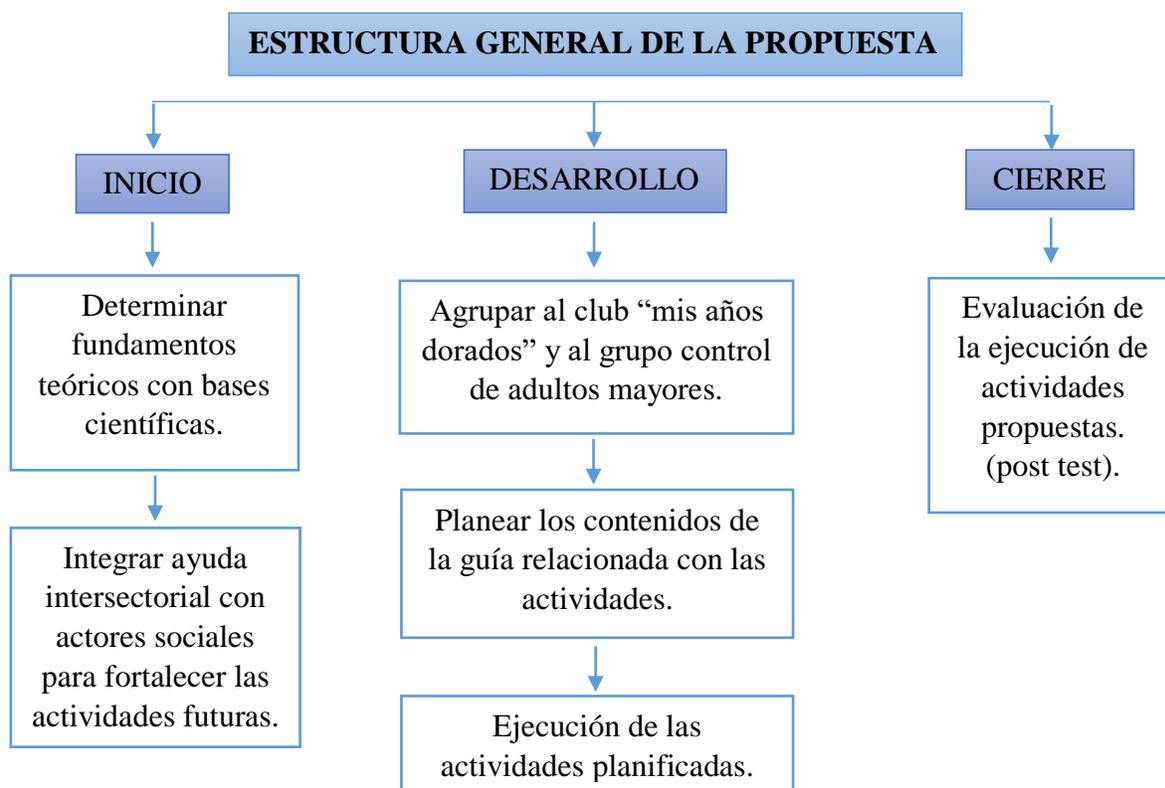
De la misma forma, la (OMS, 2021) expresa que desde la edad de 60 años empiezan aparecer síntomas comorbiles (presencia de una o más enfermedades). Las más comunes en la actualidad son la diabetes, derrames cerebrales y paros cardíacos, así como también las enfermedades respiratorias.

Para combatir con este factor se conviene mejorar el estilo de vida que la persona maneja con anticipación para de esta manera garantizar una calidad de vida más estable

durante la vejez. No se puede detener el paso de los años, pero si se puede controlar el deterioro e impacto que el organismo sufre con él.

2.2. Descripción de la propuesta.

2.2.1. Estructura General



2.2.2. Explicación del aporte.

La propuesta a integrarse a largo plazo en el bienestar cognitivo y de calidad de vida del adulto mayor, fomenta un aporte valioso sobre todo en aquellas personas que trabajan en su diario vivir con este grupo de edad, buscando contribuir a sobrellevar los cambios

significativos que se presentan en este ciclo vital. Con las estrategias a fomentarse podrán gestionar su salud integral, además integrarse socialmente y sentir que son útiles en la sociedad en la que nos desarrollamos.

Tomando en cuenta la problemática existente y los valores presentado en el análisis correspondiente es importante gestionar y fomentar actividades en beneficio de la prevención del deterioro cognitivo y baja calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre.

Lo que se busca en la propuesta es integrar a los entes colaboradores, organizaciones e instituciones del sector para que contribuyan al desarrollo conjunto de las actividades propuestas. Por lo que cabe mencionar que después de un análisis exhaustivo se busca innovar un lugar adecuado para el desarrollo de estrategias encaminadas a buscar la prevención de factores determinantes como el deterioro cognitivo y la calidad de vida. Es de suma importancia sumar esfuerzos para que las intervenciones sean eficientes y eficaces.

2.2.3. Estrategias y/o técnicas

Actividades lúdicas propuestas:

- Técnicas para la estimulación cognitiva para adultos.
- Taller de movimiento corporal
- Taller de atención
- Taller de lenguaje
- Taller de memoria
- Taller de percepción
- Taller de Visoconstrucción a través de la realización de terapias ocupacionales.

Ventajas de desarrollar actividades lúdicas recreativas en el adulto mayor

- ❖ Mejor interacción social.
- ❖ Placer lúdico en lo personal y grupal.
- ❖ Fomentar la reserva cognitiva.
- ❖ Mejora en la calidad de vida integral.
- ❖ Ayuda a la recuperación de la autoestima.

2.3. Validación de la propuesta

La terapia ocupacional es definida por la Organización Mundial de la Salud el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene, mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficits invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda radica en lograr la mayor independencia y reinserción del individuo.

Los objetivos principales en el ámbito de terapia ocupacional, en adultos mayores con deterioro cognitivo, es estimular las funciones superiores mediante diversas estrategias o métodos para el mantenimiento de la autonomía y componentes de desempeño ocupacional, evitando el progreso acelerado de esta patología.

Las terapias ocupacionales encaminan a una estrategia innovadora, que utiliza el juego como medio de expresión y comunicación entre terapeuta y usuario mediante técnicas de estimulación psicomotora, sensorial y cognitiva.

2.4. Matriz de articulación de la propuesta

Tabla 25.

Primer encuentro / integración

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	RESPONSABLES
Identificar a los integrantes del estudio, mediante juego de interacción social en beneficio de su salud integral.	Presentación de los participantes. (3 Horas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Presentación de los participantes (adultos mayores y moderadores.) 2. Reunirse en círculo todos los participantes. 3. Se escogerán frutas. 4. El moderador mencionará una fruta para qué el participante de su lado derecho y otra para el del lado opuesto y canasta revuelta para qué se cambien de lugar. 5. Deberán mencionar los nombres de sus compañeros de acuerdo a cómo el moderador mencione las frutas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a aumentar el nivel de concentración. • Mejora la interacción social. • Ejercita la coordinación visomotora. 	Lic. Mariuxi Mena
	Juego del bingo. (2 horas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se otorgará a cada participante una cartilla y las fichas para el llenado correspondiente. 2. El moderador dictará los números sorteados de manera que los participantes puedan entenderle. 3. El ganador será aquella persona que logre llenar la ficha en su totalidad y recibirá un incentivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve las habilidades cognitivas. • Promueve el estado anímico. 	Tenencia Política del sector.
	Cierre (1 hora)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se dará por finalizada la reunión estableciendo compromisos. 		

Nota. Matriz de articulación para el primer encuentro. Elaborada por: La autora.

Tabla 26.

Segundo encuentro / revisión primaria

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	RESPONSABLES
Desarrollar terapias ocupacionales mediante la ayuda intersectorial del MSP para la mejora de su calidad de vida y prevención de su reserva cognitiva.	Dinámica de presentación y comunicación (1 hora)	<ol style="list-style-type: none"> 1. El moderador leerá un cuento. 2. Los participantes responderán a las preguntas que ejecute le moderador. 3. El participante que se equivoque tendrá que realizar una actividad anímica para el grupo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a aumentar el nivel de concentración. • Mejora la interacción social. • Mejora la capacidad de expresión y el manejo del lenguaje. 	Lic. Mariuxi Mena
	Revisión médica por parte del MSP. (3 horas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Revisión médica a los participantes y entrega de medicación habitual. 2. Intervención educativa acerca de higiene y cuidados personales. 3. Llenado de escalas del adulto mayor. 4. Explicación de la toma correcta de medicación. 	<ul style="list-style-type: none"> • Promueve la memoria funcional y la atención 	Centro de Salud.
	Cierre (1 hora)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se les explicará datos generales. 2. Se resolverán dudas propuestas. 		

Nota. Matriz de articulación para el segundo encuentro. Elaborada por: La autora.

Tabla 27.

Tercer encuentro / actividades lúdicas

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	RESPONSABLES
Potenciar la recreación y participación, mediante terapias ocupacionales interactivas utilizando material tecnológico con el grupo de adultos mayores en beneficio de su calidad de vida y deterioro cognitivo.	Juego de aplicaciones móviles “EstimulArt” (1 hora)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se presentará en un pizarrón diversos juegos interactivos mentales. 2. Se elegirán dos grupos. 3. Se determinará las reglas y tiempo límite para el juego. 4. Al final se revisará los puntajes y se obtendrá un ganador. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ayuda a mejorar la atención, percepción instantánea. • Ayuda a fortalecer la memoria operativa o de trabajo. 	Lic. Mariuxi Mena
	Juegos tradicionales y actividad física (3 horas)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Se entregarán las indicaciones de los juegos tradicionales propuestos y sus reglas correspondientes. 2. Ejecución de juegos (baile del tomate, baile de las sillas, ollas encantadas, cintas etc.). Estiramiento y rumba terapia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Fortalece las funciones ejecutivas. • Ayuda a las funciones visuales y motoras. • Ayuda a la concentración. 	GAD parroquial.
	Cierre (1 hora)	<ol style="list-style-type: none"> 1. Explicación de datos generales. 2. Intervención GAD Parroquial Once de Noviembre. 		

Nota. Matriz de articulación para el tercer encuentro. Elaborada por: La autora.

Tabla 28.*Cuarto encuentro / salida de convivencia social*

OBJETIVO	ACTIVIDAD Y DURACIÓN	DESCRIPCIÓN	BENEFICIOS	RESPONSABLES
Gestionar con los actores locales recursos económicos encaminados a la realización de un paseo dinámico con el grupo de adultos mayores para el fortalecimiento de relaciones interpersonales.	Paseo a un lugar que sea escogido por el grupo de adultos mayores.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Organización de recursos y materiales necesarios para la ejecución del paseo. 2. Gestionar el acompañamiento de un familiar cercano. 3. Realizar dinámicas de integración. 4. Retorno. 	<ul style="list-style-type: none"> • Liberación de estrés. • Adecuada interacción social • Beneficio de calidad de vida • Fomenta la atención y coordinación visoespacial 	<p>Lic. Mariuxi Mena</p> <p>GAD parroquial.</p> <p>Tenencia Política</p> <p>Centro de Salud</p>

Nota. Matriz de articulación para el tercer encuentro. Elaborada por: La autora.

CONCLUSIONES

A partir del objetivo principal propuesto en esta investigación se pudo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida para la población escogida de adultos mayores miembros del club “Mis Años Dorados”; con aquellos que no forman parte de él y que a lo largo de la investigación se les denominó grupo control. Esta iniciativa nació como una sucesión de una investigación planteada por mí misma en conjunto con mi deseo y confianza de ayudar a la gente que más lo necesita.

- Se realizó la evaluación de deterioro cognitivo a través del test mini mental para la población encuestada de ambos grupos, se realizó la tabulación y se determinó que para el grupo control el porcentaje de deterioro era mayor que el presentado en el grupo que forma parte del club, además mediante el método estadístico del chi cuadrado se pudo establecer si estas diferencias eran significativas entre ellos. Por lo que en base a los resultados se puede concluir que el club de intervención es un gran mecanismo para poder reducir el deterioro de las personas de la tercera edad.
- Se recopiló la información sociodemográfica de toda la población encuestada y se pudo determinar mediante tablas de frecuencias el número de individuos de cada dato. Con ello se pudo plantear los resultados de deterioro en base a cada uno, de tal manera que podemos exponer los por cada clasificación los resultados obtenidos. En base a ello pudimos verificar ciertas condiciones de incidencia en la afectación del deterioro cognitivo, como mayor porcentaje en mujeres, en pacientes que no tienen acceso a la salud, en aquellos que tuvieron un nivel de educación baja y estrato económico pobre. Finalmente se realizó el estudio de calidad de vida donde pudimos evidenciar que los resultados son inversamente

proporcionales con el deterioro cognitivo es decir que a menor deterioro cognitivo mejor calidad de vida y viceversa.

- De acuerdo al modelo chi cuadrado para determinación de resultados significativos con un nivel de confianza de 0.05 los resultados para ambas variables de investigación fueron calculados siguiendo el procedimiento matemático correspondiente evitando pérdida de decimales y demás componentes que puedan afectar el objetivo de la investigación. Por lo que una vez concluido el análisis estadístico se obtiene resultados significativos en la variable de calidad de vida para cada uno de los dominios y en comparación con los dos grupos. Resultados significativos también en el estudio de la variable de déficit cognitivo entre los grupos encuestados. Por lo que en conclusión podemos asegurar que el modelo de investigación propuesta cumplió los objetivos y además proporcionará información de relevancia para que las autoridades de la parroquia formulen soluciones y fortalezcan la presencia de un club de intervención. Y, que esta sea el inicio de un camino de hacia el buen vivir de los adultos mayores en el Ecuador.

RECOMENDACIONES

Uno de los aspectos más destacables de la investigación y que nos permitió poder realizar una comparación entre grupos fue la presencia del club “Mis Años Dorados”, la accesibilidad y predisposición que las autoridades mostraron me permitió encuestar a pacientes que están en constante ejercitación mental en comparación con otro cuyos miembros no realizan ninguna actividad de estimulación. Una vez concluido mi proyecto recomiendo a las autoridades para que realicen control y seguimiento sobre el funcionamiento del club y que a su vez sean capaces de buscar los recursos económicos y de personal con mayor inversión y responsabilidad ya que con la presente el número de participantes se duplicó, pues los miembros del grupo control pasaron a formar parte de él, por lo que considero importante mantener al club con diversas actividades, talleres y programas y a su vez con la contratación de profesionales responsables con el objetivo de ayudar a nuestros intervinientes.

La presente forma parte de una herramienta de gran utilidad para la prevención del deterioro cognitivo, por lo que recomendaría que se formen grupos de intervención de iguales o mejores condiciones para las demás parroquias del cantón Latacunga y de esta manera ser una base para que la Alcaldía de la ciudad ponga en marcha un proyecto más globalizado que permita crear fuentes de empleo para los capacitadores o directores de grupo y una reducción del índice de deterioro en los adultos mayores de la provincia de Cotopaxi.

BIBLIOGRAFÍA

- Alvarado, A., & Salazar, Á. (2019). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2).
- Basuela, E. (2008). Instrumentos de evaluación neuropsicológica en población adulta. *Cuadernos de neuropsicología*, 2(2).
- Bonilla, I., Flores, S., Chalela, L., & Sánchez, P. (2020). Análisis de programas de atención a personas adultas mayores a nivel internacional. *Ministerio de Inclusión Económica y Social*.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinóptica. *Universidad de la Frontera*.
- Corugedo, M., García, D., González, I., Crespo, G., González, G., & Calderín, M. (2014). Calidad de vida en adultos mayores del hogar de ancianos del municipio Cruces. En *Revista Cubana de Medicina General Integral* (Vol. 30, Número 2). <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu209>
- Cuéllar, P. (2019). ¿Qué envejecimiento? El problema público de la vejez en la Ciudad de México. *Iztapalapa Revista de Ciencias Sociales y Humanidades*, 87, 143-174. <https://doi.org/10.28928/ri/872019/aot1/gutierrezcuellar>
- Duque, P., Hincapié, D., & Henao, O. (2022). Efectividad de un programa de estimulación cognitivas en la prevención del deterioro mental en los adultos mayores. *Archivos de Medicina (Manizales)*, 22(1). <https://doi.org/10.30554/archmed.22.1.3979.2022>
- Estévez, F., Abambari, C., Atiencia, R., & Webster, F. (2014). Deterioro Cognitivo y Riesgo de Demencia, una Realidad Para el Ecuador. Estudio de Factores de

- Riesgo en un Grupo de Pacientes Jubilados del IESS en Cuenca en el Año 2013.
En *Revista Ecuatoriana de Neurología* (Vol. 23, Número 3).
- Guerrero, J., Benavides, Y., & Moreno, S. (2020). *Efectos de la actividad física sobre el sistema inmune del adulto mayor. Effects of physical activity on the immune system of the elderly*. <https://orcid.org/0000-0003-1435-614X>
- Guevara, M. (2020). *Eficacia de la estimulación cognitiva mediante técnicas grupales lúdicas en el deterioro cognitivo leve, en adultos mayores entre los 65 y 80 años de edad, que acuden al Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, al servicio de terapia ocupacional durante el periodo septiembre 2019 – febrero 2020*.
- León, G., & León, E. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Revista Cumbres*.
- Leyva, E., Zuleika, L., Moreno, J., Rodríguez, N., Moret, Y., & Peña, R. (2018). Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. En *Revista Cubana de Medicina Militar* (Vol. 45, Número 3). <http://scielo.sld.cu><http://scielo.sld.cu>
- Luna, Y., & Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. En *Rev Neuropsiquiatr* (Vol. 81, Número 1).
- Mena, M., & Secaira, M. (2022). Mejora del bienestar integral de un grupo de adultos mayores mediante la implementación del programa «Mis Años Dorados». *REVISTA U-Mores*, 1(3), 57-76.
<https://doi.org/10.35290/ru.v1n3.2022.765>

- Montes, Y., & Velásquez, V. (2019). *Prevalencia del Deterioro Cognitivo en adultos mayores en un hospicio de la ciudad de Guayaquil.*
- OMS. (2019). *¿Qué es la Década del Envejecimiento Saludable?*
<https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing>
- OMS. (2023). *Demencia.* <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Orozco, M., & Ventura, E. (2021). Evaluación neuropsicológica. En *Una mirada a las neurociencias: de las neuronas a la cognición.*
<https://doi.org/10.47377/neurociencias.11>
- Peña, A., Carrasco, C., & Carmona, P. (2020). Prevención de caídas y ayudas técnicas en el adulto mayor, enfoque para la atención primaria chilena. *Revista Chilena de Medicina Familiar.*
- Sandoval, K., & Navarrete, A. (2022). *Relación entre la disminución de la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en adultos mayores de género femenino, en la compañía hijas de la caridad “Casa Betania” en la ciudad de Quito y el centro de atención integral para el adulto mayor del cantón Mira.* Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
- Tapia, V., Llamuca, J., Miranda, J., & Macías, Y. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *INNOVA Research Journal*, 5(3.1). <https://doi.org/10.33890/innova.v5.n3.1.2020.1544>
- Vera, M. (2020). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. En *An Fac Med Lima* (Vol. 68, Número 3).

ANEXOS

ANEXO 1 PROPUESTA DEL PROYECTO



Parroquia Once de Noviembre, 3 de julio del 2023

Sr. Víctor Herrera

PRESIDENTE DE GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO ONCE DE NOVIEMBRE

Presente. -

De mi consideración:

Me permito dirigirme a usted, para expresarle un atento y fraterno saludo de quien conforma parte de la Universidad Tecnológica Israel como estudiante: Mariuxi Alexandra Mena Tovar con CI 0503801136 estudiante de la maestría de neuropsicología. Por medio de la presente quiero solicitar de la manera mas comedida nos permita intervenir con nuestro proyecto de titulación con el tema principal: Deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores de la Parroquia Once de Noviembre, Cantón Latacunga, para la mejora integral de la calidad de vida y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Parroquia misma a la cuál usted los representa.

Segura de contar con su valiosa ayuda reitero mis más sinceros agradecimientos.

ATENTAMENTE:

Mariuxi Alexandra Mena Tovar
0503801136

mariuxi.mena@yahoo.com

**GAD PARROQUIAL RURAL
11 DE NOVIEMBRE
SECRETARÍA- TESORERA**

FECHA: 03 JUL 2023 = HOJAS

IMPORTE

Mherrer

RECEPCIÓN DE DOCUMENTOS

IMPORTE

FIRMA:

**ANEXO 2
RESPUESTA AL OFICIO**



**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PARROQUIAL
RURAL 11 DE NOVIEMBRE**

LATACUNGA – COTOPAXI
RUC. 0560018400001

Ofc No. 244-GADPR14JUL2023
Parroquia Once de Noviembre a; 14 de julio del 2023

ASUNTO: RESPUESTA AL OFICIO S/N DEL 3 DE JULIO DEL 2023

Srta.

Mariuxi Alexandra Mena Tovar

**ESTUDIANTE DE LA MAESTRÍA DE NEUROPSICOLOGÍA DE LA
UNIVERSIDAD ISRAEL.**

Presente. -

De nuestra consideración:

Nos permitimos dirigimos a usted, para expresarle nuestro cordial y atento saludo de quienes conformamos el GAD Parroquial 11 de Noviembre, a la vez deseándole el mayor de los éxitos en sus funciones diarias.

En respuesta al oficio S/N receiptado el 3 de julio del 2023, donde solicita "insertar mi proyecto de titulación con el tema principal: Deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores, el mismo que se desarrollará en la Parroquia Once de Noviembre", por lo que nos permitimos señalar que **ACEPTAMOS** su petición.

Seguros del aporte que brindará a nuestra institución y por la favorable atención que se digno dar al presente, desde ya reiteramos nuestros más sinceros agradecimientos.

Atentamente:


Sr. Victor Absalón Herrera Calvopiña
PRESIDENTE
GADPR 11 DE NOVIEMBRE
Teléfono: 0984847922



ANEXO 3
CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN DE PROYECTO DE INVESTIGACIÓN



11 DE NOVIEMBRE
G.A.D. PARROQUIAL RURAL

**GOBIERNO AUTÓNOMO DESCENTRALIZADO PARROQUIAL
RURAL 11 DE NOVIEMBRE**

LATACUNGA – COTOPAXI
RUC. 0560018400001

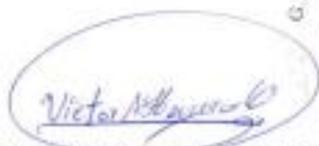
Parroquia Once de Noviembre a; 18 de agosto del 2023

**CERTIFICADO DE PRESENTACIÓN DE
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN**

A quien corresponda:

Yo, VICTOR ABSALÓN HERRERA CALVOPÍÑA, con cédula de identidad N° 050090967-6, en calidad de presidente del GAD parroquial 11 de Noviembre, CERTIFICO que la señorita Mariuxi Alexandra Mena Tovar con cédula de ciudadanía 050380113-6, desarrollaron la investigación de deterioro cognitivo y calidad de vida con el club "Mis Años Dorados" y en el grupo de control, en el Barrio Centro de la Parroquia Once de Noviembre, desde el 17 de julio hasta el 18 de agosto del 2023, en calidad de estudiante de la maestría de neuropsicología de la Universidad Israel, cabe adicionar que la ya mencionada señorita es reconocida, por mi persona y por ende por esta institución, como persona honorable, seria, respetuosa y responsable de sus actos, desconozco de hechos o circunstancias que se desdiga de este comportamiento.

Autorizo a la interesada dar uso de la presente como le fuera conveniente, a excepción de trámites legales




Sr. Victor Absalón Herrera Calvopiña
**PRESIDENTE DEL GADPR
11 DE NOVIEMBRE**

ANEXO 4
ENCUESTA WHOQOL - BREF

No		Nada	Un Poco	Lo Normal	Bastante	Totalmente
1	¿Tienes la energía suficiente para la vida diaria?					
2	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?					
3	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?					
4	¿Dispone de suficiente información para la vida diaria?					
5	¿hasta qué punto tiene la disponibilidad para sus actividades de ocio?					
6	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?					
7	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?					
8	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?					
9	¿Cuánto disfruta de la vida?					
10	¿Hasta qué punto piensa que su vida tiene sentido?					
11	¿Cuál es su capacidad de concentración?					
12	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?					
13	¿Cuán saludable es el ambiente físico a su alrededor?					
		Muy Mala	Regular	Normal	Bastante Buena	Muy Buena
14	¿Cómo calificaría su calidad de vida?					
		Muy Insatisfecho/a	Un Poco Satisfecho/a	Lo Normal	Bastante Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
15	¿Cuán satisfecho/a está con su salud?					
		Nunca	Raramente	Modera damente	Frecuent emente	Siempre
16	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?					
		Muy Insatisfecho/a	Poco	Lo Normal	Bastante Satisfecho/a	Muy Satisfecho/a
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?					
18	¿Cómo de satisfactorio/a está con su habilidad para realizar actividades de la vida diaria?					
19	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?					

20	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?					
21	¿cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?					
22	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?					
23	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?					
24	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?					
25	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?					
26	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?					

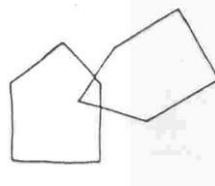
ANEXO 5
ENCUESTA MINI-MENTAL

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL¹				
(Folstein et al. 1975)				
FICHA N° 3c				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:

ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO	0	1
En qué Día estamos (fecha):		
En qué mes:		
En qué año		
En qué día de la semana		
¿Qué hora es aproximadamente?		
PUNTUACIÓN (máx. 5)		
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO	0	1
¿En qué lugar estamos ahora?		
¿En qué piso o departamento estamos ahora?		
¿Qué barrio o parroquia es este?		
¿En qué ciudad estamos?		
¿En qué país estamos?		

PUNTUACIÓN:(máx. 5)		
MEMORIA		
CONSIGNA: <i>“Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita”.</i>		
*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.		
	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: <i>“Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100”.</i>		
	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: <i>“Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio”.</i>		
	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
DENOMINACIÓN		
	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN:(máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: <i>“Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención”.</i>		
	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: <i>“Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez”:</i> <i>“TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO”</i>		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		

Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN:(máx. 3)		
LECTURA.	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
ESCRITURA.	0	1
CONSIGNA: “ <i>Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje</i> ”		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.	0	1
CONSIGNA: “ <i>Copie por favor este dibujo tal como está</i> ”		
PUNTUACIÓN:(máx. 1)		



PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)
FIRMA DEL EVALUADOR

PUNTUACIONES DE REFERENCIA:

27- 30	Normal
24 - 26	Sospecha Patológica
12-23	Deterioro
9-11	Demencia

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO ATENDIENDO A LA EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS

En el caso de que la aplicación del presente test se realice a personas adultas mayores en condición de analfabetismo o con bajo nivel de escolaridad, se debe adaptar la puntuación utilizando la siguiente tabla

Escolaridad	Edad (años)		
	Menos de 50	51-75	Más de 75
Menos de 8 años de estudio	0	+1	+2
De 9 a 17 años de estudio	-1	0	+1
Más de 17 años de estudio	-2	-1	0

* En estos casos lo que se debe hacer es tomar la puntuación total y sumar o restar los valores indicados en la tabla tomando en cuenta la edad y el nivel de estudios o escolaridad de la persona adulta mayor. Y se procede a comparar este resultado con las puntuaciones de referencia. Por ejemplo:

Si el usuario tiene 78 años de edad, un nivel de 4 años de estudios y obtuvo una puntuación final de 22 puntos, tomando en cuenta lo indicado en la tabla se le debe sumar 2 puntos a su puntuación final que le daría un total de 24 puntos que dentro de las puntuaciones de referencia corresponde a un estado de sospecha patológica.

Mini-Examen del Estado Mental (MEEM o Mini- Mental) de acuerdo a la versión de Reyes et al. (2004) INSTRUCTIVO²

REACTIVOS	INSTRUCCIONES PARA LA ADMINISTRACIÓN
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO (5 puntos) ORIENTACIÓN EN EL LUGAR (5 puntos)	Pregunte la fecha del día de hoy. Luego pregunte específicamente por los datos omitidos. Calificación: 1 punto por cada respuesta correcta

**ANEXO 6
FOTOGRAFÍAS DE INTERVENCIÓN CON ADULTOS MAYORES**



