



UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

INFORME DE INVESTIGACIÓN SOBRE:

“SOLEDAD Y DETERIORO COGNITIVO”

Requisito previo para optar por el Título de: Psicólogo Clínico

Autora: Ortiz Mayorga, Liliana Del Rocío

Tutora: Ps. Cl. Mg. Valencia Cepeda, María Cristina

Ambato – Ecuador

Marzo 2018

APROBACION DEL TUTOR

En calidad de Tutora del Proyecto de Investigación sobre el tema:

“SOLEDAD Y DETERIORO COGNITIVO” de Liliana Del Rocío Ortiz Mayorga, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica considero que reúne los requisitos y méritos suficientes para ser sometido a la evaluación del jurado examinador designado por el H. Consejo Directivo de la Facultad Ciencias de la Salud.

Ambato, Noviembre 2017

LA TUTORA

Ps. Cl. Mg. Valencia Cepeda, María Cristina

AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO

Los criterios emitidos en el presente trabajo de investigación: “SOLEDADE Y DETERIORO COGNITIVO”, como también los contenidos, ideas, análisis, conclusiones y propuesta son de responsabilidad de mi persona, como autora de éste trabajo de grado.

Ambato, Enero 2018

LA AUTORA

Ortiz Mayorga, Liliana Del Rocío

DERECHOS DE AUTOR

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

Cedo los Derechos en línea patrimoniales de mi proyecto de investigación, con fines de difusión pública, además apruebo la reproducción de Proyecto de Investigación, dentro de las regulaciones de la Universidad, siempre y cuando esta producción no suponga una ganancia económica y se realice respetando mis derechos de autora.

Ambato, Enero 2018

LA AUTORA

Ortiz Mayorga, Liliana del Rocío

APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR

Los miembros del tribunal examinador aprueban el informe de investigación, sobre el tema: **“SOLEDAD Y DETERIORON COGNITIVO”**, de Ortiz Mayorga Liliana del Rocío, estudiante de la Carrera de Psicología Clínica.

Ambato, Marzo 2018

Para constancia firman:

PRESIDENTE/A

1^{er} VOCAL

2^{do} VOCAL

DEDICATORIA

La presente investigación está dedicada a mi familia por su amor y apoyo incondicional en este camino tan lindo, a mis padres Hernán y Rocío quienes con mucho amor, dedicación, esmero y sabiduría guiaron cada día levantándome de cada caña y creyendo en mi capacidad de superación.

A mis hermanos Melissa y Abraham quienes con su carisma y ternura me brindaron su confianza y aliento para continuar con mis estudios y no abandonar mis sueños, a mis abuelitas Marianita y Zoilita quienes con sus consejos y cariño me enseñaron que la vida es hermosa y cada día es una nueva oportunidad para ser feliz.

De igual manera dedico esta investigación a una persona muy importante en mi vida, mi esposo Vinicio quien es mi confidente, mi mejor amigo, mi compañía y el motor de mis sueños e ilusiones y más aún por su confianza plena en mi capacidad de seguir adelante.

A mis amigos con quienes compartí risas y momentos agradables durante mi vida estudiantil, y fueron partícipes de mis buenos y malos momentos.

Ortiz Mayorga, Liliana del Rocío

AGRADECIMIENTO

En primera instancia agradezco a Dios por haberme dado la oportunidad de vivir y permitirme ser parte de esta linda carrera. De igual manera agradezco a la Universidad Técnica de Ambato por abrirme las puertas para desarrollarme de forma profesional, a mis profesores por impartir su conocimiento y experiencia.

Agradezco a mi tutora de tesis la Ps. Cl. Mg. María Cristina Valencia Cepeda, por haberme brindado su tiempo y dedicación en mi proceso de graduación, de igual forma por haberme dado su conocimiento y paciencia en el desarrollo de mi proyecto.

Al Gobierno Autónomo Descentralizado de Ambato por abrirme las puertas del Centro Integral del Adulto Mayor donde se desarrolló mi investigación en especial a todos y cada uno de las personas adultos mayores quienes me colaboraron con la evaluación psicológica.

A mis padres quienes, gracias a su trabajo y dedicación, permitieron que tenga todo lo necesario para culminar mi carrera, estando presente en cada etapa y circunstancias mi vida, ofreciéndome lo mejor de ellos.

Igualmente agradezco a mi esposo por el apoyo que me dio durante toda la carrera y por la comprensión que me supo brindar en el desarrollo de la presente investigación.

Ortiz Mayorga, Liliana del Rocío

ÍNDICE DE CONTENIDOS

APROBACION DEL TUTOR	i
AUTORÍA DEL TRABAJO DE GRADO	iii
DERECHOS DE AUTOR	iv
APROBACIÓN DEL JURADO EXAMINADOR	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS	viii
RESUMEN	xiv
SUMMARY	xv
INTRODUCCIÓN	2
CAPÍTULO I	3
EL PROBLEMA	3
1.1 Tema	3
1.2 Planteamiento del problema	3
1.2.1 Contextualización	3
1.2.2 Formulación del problema	6
1.3 Justificación	6
CAPÍTULO II	8
MARCO TEÓRICO	8
2.1 Estado Del Arte	8
2.2 Fundamento Teórico	14
2.2.1 Teorías del envejecimiento	15
¿A quién se denomina anciano?	15
Teoría de la actividad	15

Teoría psicosocial de Erikson.....	16
2.2.2 Teorías de la soledad.....	16
Conceptualización de soledad.....	16
Tipos.....	18
Características.....	18
Clasificación de soledad.....	19
2.2.3 Deterioro Cognitivo.....	20
Conceptualización.....	20
Funciones cognitivas.....	21
Viso espacialidad.....	21
Identificación.....	22
Memoria.....	22
Atención.....	22
Lenguaje.....	23
Abstracción.....	24
Recuerdo diferido.....	25
Orientación.....	25
Criterios diagnósticos para deterioro cognitivo.....	25
Niveles de deterioro cognitivo.....	26
Subtipos de deterioro cognitivo.....	26
2.3 Hipótesis.....	27

CAPÍTULO III	27
MARCO METODOLÓGICO	27
3.1 Nivel o tipo de investigación	27
3.2 Selección del área o ámbito de estudio.....	27
3.3 Población	28
3.4 Criterios de inclusión y exclusión	28
3.5 Diseño de la muestra.....	28
3.6 Operacionalización de variables	30
3.7 Descripción de los Reactivos Aplicados	33
3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información	34
3.8 Aspectos éticos	35
CAPÍTULO IV	36
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
4.1 Análisis de los resultados	36
4.1.1 Datos sociodemográficos.....	36
4.1.2 Soledad	40
4.1.3 Deterioro Cognitivo	46
4.1.4 Prevalencia de Soledad y Deterioro cognitivo según el sexo.....	47
4.2 Verificación de la hipótesis	52
4.2.1 Hipótesis alterna	52
4.2.2 Hipótesis nula	52

CAPÍTULO V	56
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	56
5.1 Conclusiones.....	56
5.2 Recomendaciones	57
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59
Bibliografía.....	59
Linkografía	59
Citas bibliográficas base de datos UTA	68
ANEXOS	69
Anexo 1	69
Anexo II.....	74
Anexo III	75
ÍNDICE DE TABLAS	
Tabla 1	30
<i>Operacionalización de Variable Soledad</i>	30
Tabla 2.....	31
<i>Operacionalización de Variable Deterioro Cognitivo</i>	31
Tabla 3.....	36
<i>Edad</i>	36
Tabla 4.....	37
<i>Sexo</i>	37
Tabla 5.....	38

<i>Estado civil</i>	38
Tabla 6.....	39
<i>Nivel socioeconómico</i>	39
Tabla 7.....	40
<i>Datos generales de soledad</i>	40
Tabla 8.....	41
<i>Soledad familiar</i>	41
Tabla 9.....	43
<i>Soledad conyugal</i>	43
Tabla 10.....	44
<i>Soledad social</i>	44
Tabla 11.....	45
<i>Crisis existencial</i>	45
Tabla 12.....	46
<i>Deterioro Cognitivo</i>	46
Tabla 13.....	47
<i>Soledad en hombres</i>	47
Tabla 14.....	49
<i>Prevalencia de Deterioro Cognitivo en hombres</i>	49
Tabla 15.....	50
<i>Soledad en mujeres</i>	50

Tabla 16.....	51
<i>Deterioro cognitivo en Mujeres</i>	51
Tabla 17.....	53
<i>Correlación de Pearson</i>	53

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Figura 1 Edad	36
Figura 2 Sexo	37
Figura 3 Estado civil	38
Figura 4 Nivel socioeconómico	39
Figura 5 Datos generales de soledad	41
Figura 6 Soledad Familiar	42
Figura 7 Soledad Conyugal	43
Figura 8 Soledad Social	44
Figura 9 Crisis existencial	46
Figura 10 Deterioro Cognitivo	47
Figura 11 Soledad en Hombres	48
Figura 12 Deterioro Cognitivo en Hombres.....	49
Figura 13 Soledad en mujeres	50
Figura 14 Deterioro Cognitivo en Mujeres	51

UNIVERSIDAD TÉCNICA DE AMBATO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
“SOLEDAD Y DETERIORO COGNITIVO”

AUTOR: Ortiz Mayorga, Liliana Del Rocío

TUTOR: Ps. Cl. Mg. Valencia Cepeda, María Cristina

FECHA: Enero, 2018

RESUMEN

La presente investigación tuvo como principal objetivo determinar la relación entre soledad y deterioro cognitivo en adultos mayores que se encuentre institucionalizados, este estudio es de tipo correlacional permitiendo un análisis estadístico para la verificación de las hipótesis. Se consideró una muestra de 40 personas adultos mayores que asisten de forma regular de igual manera quienes residen en el Centro Integral del Adulto Mayor del GAD Ambato, donde se aplicó dos test psicológicos para personas adultas, la Escala ESTE- R para identificar los tipos y niveles de soledad que predominan y Test de Evaluación cognitiva Montreal (MoCA) con el que se identifica la presencia de deterioro cognitivo en adultos mayores. Una vez realizada la evaluación se procedió a cuantificar los resultados mediante el programa estadístico para ciencias sociales SPSS a través de la prueba r de Pearson determinando que la soledad si se relaciona con el deterioro cognitivo en 2 de sus 4 dimensiones, como es la soledad familiar ($R=0,574^{**}$ $p<0.01$) y la soledad conyugal $R=0,359^*$ $p< 0.05$), teniendo como mayor prevalencia la soledad conyugal. Se recomienda trabajar con psicoterapia cognitiva para disminuir los sentimientos de soledad y programas de rehabilitación cognitiva para evitar el progreso de esta enfermedad.

PALABRAS CLAVES: SOLEDAD, SOLEDAD_FAMILIAR, SOLEDAD_CONYUGAL, SOLEDAD_SOCIAL, CRISIS_EXISTENCIAL, DETERIORO_COGNITIVO, ADULTO MAYOR.

**TECHNICAL UNIVERSITY OF AMBATO
HEALTH SCIENCES DEPARTMENT
CLINICAL PSYCHOLOGY DEGREE**

“LONELINESS AND COGNITIVE IMPAIRMENT”

AUTHOR: Ortiz Mayorga, Liliana Del Rocío

TUTOR: Ps. Cl. Mg. Valencia Cepeda, María Cristina

DATE: January, 2018

SUMMARY

The main objective of this research was to determine the relationship between loneliness and cognitive impairment in older adults who are institutionalized. This study is of a correlational type, allowing a statistical analysis for the verification of hypotheses. We considered a sample of 40 elderly people who regularly attend in the same way those who reside in the Integral Center for the Elderly of the Ambato GAD, where two psychological tests were applied for adults, the ESTE-R Scale to identify the types and levels of loneliness that predominate and Montreal Cognitive Assessment Test (MoCA) with which the presence of cognitive impairment in older adults is identified. Once the evaluation was carried out, the results were quantified using the statistical program for social sciences SPSS through the Pearson r test, determining that loneliness is related to cognitive deterioration in 2 of its 4 dimensions, such as family loneliness. ($R = 0.574$ ** $p < 0.01$) and conjugal loneliness $R = 0.359$ * $p < 0.05$), with conjugal loneliness as the highest prevalence. It is recommended to work with cognitive psychotherapy to reduce feelings of loneliness and cognitive rehabilitation programs to prevent the progress of this disease.

KEY WORDS: LONELINESS, LONELINESS_FAMILY, LONELINESS_CONJUGAL, SOLITUDE_SOCIAL, EXISTENTIAL_CRISIS, COGNITIVE_IMPAIRMENT, OLDER_ADULT

INTRODUCCIÓN

El tema de la presente investigación es “**SOLEDADE Y DETERIORO COGNITIVO**”, donde se planteó como uno de los objetivos determinar la relación de las dos variables planteadas, así como identificar la presencia y los niveles de las mismas.

La soledad es la condición de malestar emocional que aparece cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por personas cercanas como son: la familia, amigos y la sociedad en general, evidenciando que carece de la compañía. Se la considera igual como la sensación de no poseer el afecto necesario que se espera, produciendo sufrimiento, angustia, desolación, insatisfacción entre otros.

El deterioro es un proceso que se produce con el paso de los años, se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas, la cual se asocia a múltiples y diversos síndromes geriátricos que posteriormente produce patologías. Es un síndrome geriátrico, en el cual se van deteriorando o perdiendo las funciones mentales, las cuales son: memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad, entre otros.

En Ecuador el grupo de adultos mayores corresponde al 6,5% de la población total, siendo este uno de grupo etario que va en aumento progresivamente considerando que llegará a alcanzar el 7% de la población total, las condiciones de vida de este grupo determinan la esperanza de vida, donde hasta la actualidad se evidencia que las mujeres llegan a vivir más años a diferencia de los hombres. Estudios indican que las personas mayores de 60 años que se encuentran en situaciones de aislamiento o soledad corresponde al 0,49% mientras que el 47% de los adultos mayores de 65 años padecen de deterioro cognitivo, siendo un índice alto en relación a la situación de aislamiento.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA

1.1 Tema

Soledad y deterioro cognitivo

1.2 Planteamiento del problema

1.2.1 Contextualización.

Según datos estadísticos de la Organización Mundial de la Salud (OMS - 2016), la población a nivel mundial se encuentra en un constante y apresurado envejecimiento, refiere que la población de adultos mayores de 60 años se duplicará entre el 2015 y el 2050, siendo su aumento del 12% al 22%, lo que corresponde en números absolutos un aumento de 900 millones a 2000 millones de adultos mayores, quienes se encuentran en riesgo de sufrir deterioro en su salud física y mental. El 20% de la población mayor de 60 años presenta problemas psicológicos o trastornos mentales, producidos por factores como el aislamiento, la pérdida de la independencia, angustia y la soledad.

En relación al deterioro cognitivo en las personas mayores se considera de acuerdo con la OMS (2017) que el riesgo de demencia incrementa de manera considerable conforme la edad de una persona avanza, entre el 25% y el 30% de las personas mayores de 85 años, son vulnerables a sufrir algún tipo de deterioro cognitivo, y son la población de ingresos medios y bajos quienes se ven mayormente afectados con la aparición de esta afectación a la salud.

Según la OMS (2013) en su informe La prevalencia de la demencia y el deterioro cognitivo en las personas mayores en el África subsahariana, realizó un estudio en Benin, Botswana, la República Centroafricana, el Congo y Nigeria, donde participaron 10500 personas mayores de 60 años, concluyendo que las personas adultos

mayores en Nigeria la prevalencia de demencia se encuentra entre el 0%, y el 10,1%, recalcando que el intervalo de confianza del 95 %, y los niveles de deterioro cognitivo se presentaron en un 6,3% de la población, mientras que la población de República Centroafricana se evidencio un 25% de deterioro cognitivo, con un intervalo de confianza del 95 %.

Según el grupo de Investigación en Demencia de la Federación Mundial de Neurología (2010), menciona que el deterioro cognitivo es un proceso que ataca de forma silenciosa y lenta lo cual afecta a personas en una grupo de edad específico, el cual ha creado una falsa creencia de pensar que es algo normal que a dicha cierta edad se olviden de las cosas: se estima que entre el 30 al 50% de los casos, existe una influencia genética en el deterioro cognitivo; y los otros factores no genéticos relacionados con el estilo de vida, se llevan entre el 50 al 70% del deterioro cognitivo.

Según el informe de las Organización Panamericana de la Salud (OPS - 2015) la cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050, por lo consideraron necesario tomar acciones sociales para que las personas tengan una vida sana, con la implementación del proyecto Red Global de ciudades y comunidades amigas de los mayores en más de 33 países, con el objetivo de abordar el aislamiento social y la soledad, como es el caso de Australia e Irlanda donde el futuro de este grupo etario es primordial.

En lo que respecta a América Latina y El Caribe, la Comisión Económica para América Latina y El Caribe (CEPAL - 2014), en el informe sobre las personas mayores concluye que los individuos de 60 años en adelante representan el 9,8% de la población de América Latina y el Caribe siendo en números absolutos 58,57 millones. Consideran que el índice de envejecimiento va en aumento en Latinoamérica, dando como un

aproximado que para el año 2030 la población aumente al 16,7% que corresponde aproximadamente a 119,67 millones, además uno de cada cuatro hogares tiene como miembro un adulto mayor, refiriendo que este grupo tienen obligaciones y derechos dentro de la sociedad, con el fin de evitar su aislamiento, sentimientos de soledad y enfermedades que los incapaciten.

En el informe Latinoamérica, un camino hacia la prevención del deterioro cognitivo tras un estudio estadístico concluye que el 26,4% de la población mayor de 60 años presenta deterioro cognitivo y que el 8,3% presenta algún tipo de demencia considerando que en números absolutos alrededor de 14,5 millones de personas padecen deterioro cognitivo mientras que 4,5 millones padecen de demencia. Además de considerar que el número de personas Latinoamericanas que desarrollen deterioro cognitivo para el año 2050 aumentara en un 528% (Allegri, 2016).

Según el informe Hacia una vejez saludable: Recomendaciones para el adulto mayor y sus familias, realizado en Argentina concluye que las personas con deterioro cognitivo ocupan el 23% de las personas mayores de 60 años de dicha localidad, además menciona que en América del Sur son escasos datos epidemiológicos que hablen de deterioro cognitivo (ACUMAR, 2012).

En el Ecuador el Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES - 2013), en su informe acerca de la Dirección Población Adulta Mayor concluye que en Ecuador existe 1.049.824 personas mayores de 65 años lo que corresponde al 6,5% de la población total. Se prevé que las cifras poblacionales de este grupo prioritario aumenten al 7,4% para el año 2020, y al 18% para el 2054. Puntualiza que la esperanza de vida para las mujeres será mayor a 83,5 años, a diferencia de los hombres quienes tienen como esperanza de vida los 77,6 años. Además, señalan que 5.298 adultos mayores se

encuentran viviendo en residencias o asilos, cantidad que representa el 0,49% de la población total de Ecuador de personas mayores de 65 años.

En el informe del INEC (2010) acerca de la salud mental en Ecuador, concluye tras la evaluación mediante la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento- SABE, consideran al deterioro cognitivo en la vejez como un trastorno mental que debe ser tomado con importancia debido a que las personas que presentan esta condición de salud representan el 42% de la población mayor de 60 años, correspondiendo al 16,3% en hombre y al 25,7% en mujeres.

1.2.2 Formulación del problema

¿Existe relación entre soledad y deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad (GAD) de Ambato?

1.3 Justificación

Al considerar que la etapa evolutiva normal de las personas conlleva como última etapa la vejez y el acelerado cambio demográfico, se puede decir que la presente investigación es importante pues la vejez requiere atención a los cambios a nivel de la esfera familiar, social, cognitivo y afectivo.

La soledad al ser considerada como una experiencia subjetiva emocionalmente desagradable, que las personas tratan de evitar, y que depende del momento socio histórico y de la construcción de significados personales, es importante evidenciarla debido a que las personas que se encuentran en dicho estado deterioran su relaciones sociales y afectivas, cambiando de esta manera de forma radical su estado de ánimo, el cual los afecta de manera significativa.

El deterioro cognitivo en las personas adultos mayores es un estado intermedio entre el declive funcional y el deterioro leve, el diagnóstico precoz de deterioro cognitivo es de importancia sanitaria porque es una entrada frecuente a la demencia, aporta beneficios tanto para el paciente, la familia, personal de salud y para la sociedad. Además, el deterioro conlleva a las personas a un nivel de discapacidad que causa gastos debido a los cuidados específicos que necesita la persona que lo padece.

Al investigar a la población longeva se podrán evidenciar las relaciones familiares, aislamiento y la participación en actividades agradables, así como la soledad conyugal, familiar y social que pueden presentar estas personas al encontrarse solos, o al ser desplazados de sus actividades cotidianas, como es el caso de la jubilación.

1.4 Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre soledad y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Integral del Adulto Mayor del Gobierno Autónomo Descentralizado Municipalidad de Ambato.

Objetivos específicos

- Determinar el deterioro cognitivo en los adultos mayores.
- Identificar los tipos y niveles de soledad en los adultos mayores.
- Determinar la prevalencia de género sobre los resultados obtenidos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Estado Del Arte

Soledad

Jürschik, Botigué, Nuin y Lavedán (2013) en la investigación estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores, realizada en España, incluyó a individuos mayores de 65 años tanto hombres y mujeres, quienes respondieron un cuestionario estructurado con el objetivo de evidenciar la ausencia o presencia de soledad y sentimientos de tristeza en las últimas semanas, los cuales concluyeron que el 52,3 % de las personas presentaban estado animo bajo con sentimientos de soledad, el 41% de las personas presentaban un deterioro funcional y que el 21,4% de los adultos mayores que viven solos presentan estado de ánimo bajo.

Un estudio realizado en España acerca del aislamiento social y soledad concluye que las personas ancianas que se exponen a situaciones de aislamiento o viven de manera solitaria presentan afectaciones a nivel sanitario, las cuales se evidencia con la aparición de enfermedades como la demencia, depresión además del aumento del riesgo para la aparición del deterioro cognitivo y la incapacidad de ver, oír y caminar de forma independiente (Gené-Badía, Ruiz-Sánchez, Obiols-Masó, Oliveras Puig, & Lagarda Jiménez, 2016).

Estudios realizados en la Universidad de Chile de vejez y soledad, utilizan una población compuesta de 85% de los adultos mayores vive en zona urbana, 16% de las personas adultas mayores viven solas, un 35% vive con su familia sin cónyuge y un 47% vive con su cónyuge y familia. Los resultados obtenidos hace referencia que las acciones a tomarse hacia la soledad en la vejez se deben acompañar de la observación

de forma crítica sobre el modo en el que se debe promover la participación activa de las personas adultos mayores, en un escenario cultural que tiende a mirar la vejez de forma proteccionista y pesimista (Gajardo, 2015).

En Colombia tras estudios de los cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados tras haber utilizado la escala ESTE para medir soledad, concluyo que la población estudio, un grupo de personas institucionalizadas mayores de 59 años, presentan sentimientos de soledad marcados, tras realizar la terapia de risa se registró un descenso significativo en el grado de estado de ánimo bajo, ($p < 0,032$). Las personas más receptivas fueron los adultos mayores internados sin pareja, con edades entre 65 y 75 años, quienes recibían visitas con, sin embargo no se registraron cambios significativos en el sentimiento de soledad de las personas evaluadas (Quintero, Henao, Villamil, & Cardona, 2015).

En el estudio los sentimientos de soledad en los mayores en Colombia se realizó una investigación de tipo transversal con personas adultas mayores de 55 años, con el objetivo se evidencia el tipo de soledad que manifiesta según variables demográficas como género, nivel educativo, estrato, estado civil y convivencia, evidenciándose que los hombres reflejan mayor porcentaje de soledad familiar ($p = 0,0004$) siendo el 7% y crisis de adaptación ($p = 0,04$), representa el 32%, mientras que las mujeres presentan mayor soledad conyugal ($p = 0,000$) siendo el 16% de las personas evaluadas (Cardona, Villamil, Henao, & Quintero, 2013).

La investigación de factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado en la Universidad de Cuenca en Ecuador concluye que tras la evaluación psicológica y la aplicación de escalas de Depresión y la Escalas de soledad IMSOL-AM el 62,7% de la población muestra, menciona sentirse solo, y que el 37,5%

refiere no sentirse solo, mientras que el 75% de la población manifiesta no tener un propósito de vida lo que genera insatisfacción en ellos, recalcando que los sentimientos de soledad así como la crisis de adaptación son uno de los factores asociados para desarrollar otras psicopatologías (Silva & Vivar, 2015).

El estudio realizado en la Universidad Técnica de Cotopaxi en la Ciudad de Latacunga sobre el desarrollo de un proyecto de recreación dirigido a mantener la salud en el adulto mayor del hogar de ancianos del Instituto Estupiñán del barrio San Sebastián de Latacunga utilizó una muestra de 76 personas adultos mayores entre hombres y mujeres. Donde hace referencia al declive propio en la vejez el cual afecta al área afectiva, el cual resulta de las tensiones acumuladas y la crisis, lo que puede desembocar en enfermedades degenerativas, aislamiento y soledad al perder a un ser querido, la escases de recursos económicos y la pérdida del lugar de líder o jefe en la familia (Santos & Cando, 2015).

Deterioro cognitivo

Un estudio en España sobre la diferencia entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida menciona que la población beneficiaria estuvo comprendida de 264 personas entre las edades de 65 y 95 años de las provincias de Jaén y Granada, de los cuales el 84% no tenían estudios formales, el 9,5% tenían educación primaria y el 6,5% tenían educación secundaria o superior. De acuerdo a las variables socio demográficas de sexo, edad y nivel de estudio, se estableció que la variable nivel de estudio con un 45,8% es una influencia grande al momento de determinar funcionamiento cognitivo, siendo así que mientras mayor grado de escolaridad posean, mejor funcionamiento cognitivo se presentara en la edad adulto mayor. La variable de edad con 16.5% menciona que exista una influencia directa sobre el nivel de funcionamiento cognitivo. Mientras que la variable sexo con un 17,9%

explica que tiene influencia sobre el funcionamiento cognitivo en la edad adulta mayor (Navarro, Calero, & Calero, 2014).

En España la investigación acerca de la estimulación cotidiana y funcionamiento cognitivo determina la importancia de la participación de personas mayores sanas en actividades cotidianas cognitivamente demandantes, participaron 164 personas sanas y sin deterioro cognitivo que viven en el ámbito comunitario rural con el 48% y urbano con el 52%, con edades comprendidas entre los 60 y los 94 años. Predominan las personas casadas con el 47% y viudas con el 40%, la mayoría viven acompañadas en un 64% y se relacionan frecuentemente con hijos el 87% y amigos con el 74%. Más de la mitad de la muestra con el 59% pertenece a alguna asociación y el 47% realiza diariamente una actividad normal doméstica, mientras que el 28% realiza una actividad física o deportiva varias veces a la semana (Labra & Menor, 2014).

En España una investigación sobre funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas, donde participaron tres grupos: participantes entre 50 y 64 años que son el 50.19%, participantes entre 65 y 74 años siendo el 27.52% y participantes de 75 y más años que es el 22.29% de la muestra. Los resultados del funcionamiento cognitivo según la edad hacen referencia a que un 3.8% se encuentran por debajo de este punto de corte. Siendo así que el grupo de menores de 65 años es decir el 1.3% de la muestra se encuentra por debajo de la puntuación de base, mientras que un 3.14% del grupo de edad entre 65 y 74 y un 9.34% de las personas con mayor edad no ha alcanzado el punto de base de 24 puntos (Gonzalez, Facal, & Yaguas, 2013).

En el estudio sobre rendimiento cognitivo de personas mayores que participan en grupos organizados en la provincia de San José en España se evaluó el funcionamiento rendimiento cognitivo, memoria y funciones ejecutivas en personas adultos mayores

participando 110 personas, mostrando que en las actividades sociales participa el mayor porcentaje de personas, el 93.2 % , seguidas por actividades recreativas con el 72.8%, actividades físicas con el 70.6%, actividades educativas con el 55.3%, actividades artísticas con el 45.6%, mientras las actividades que menos personas realizan son las actividades de ocio cognitivo con 31.1%, actividades organizativas de coordinación 30.1% y finalmente actividades de adquisición de habilidades que únicamente realiza el 29.1% de las personas de la muestra. Tras utilizar las subpruebas de CERID, MMSE y Test de Reloj, muestran que el grupo se encuentra en un funcionamiento acorde a su edad, sin embargo se evidencia que las actividades que impliquen la cognición son menos realizadas por el grupo muestra (Castro & Salazar, 2014).

En el estudio deterioro cognitivo: prevalencia y correlatos en una comunidad rural ecuatoriana. Lecciones del Proyecto Atahualpa, realizado en Ecuador participaron 280 personas de 60 años o mayores, a quienes se evaluó con la escala MoCA, concluyendo que el 81% de participantes puntuaron $18,5 \pm 4,6$ para el MoCA y $1,8 \pm 1$ para la denominación de los animales, mostrando correlación positiva moderada entre estos (coeficiente de correlación de Pearson = 0,6). El león y el camello fueron correctamente nombrados por 75% y 68% de las personas, respectivamente; Sin embargo, el rinoceronte fue reconocido por sólo el 32% de las personas denotando que el nivel cultural influye en las respuestas de las personas (Del Brutto, Mera, Zambrano, & Del Brutto, 2017).

En la investigación realizada en la Universidad de Cuenca en Ecuador acerca de prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en su estudio indicó que tras la evaluación con el Test de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), el 20% de la población no presentó dificultades en la viso espacialidad, el 63.8% no mostró

dificultad en la identificación, en el ámbito de atención sostenida el 50,4% tiene conservada esta función, en el área de Leguaje el 54,2% no manifestó alteración, el 5.2% tiene conservada la memoria, el 50.7% no presenta dificultades en la capacidad de abstracción, en la Orientación el 85.5% no presenta afectación, siendo así que el 64.6% se encuentra dentro de los parámetros normales de funcionamiento cognitivo (Sánchez, Vásquez, & Zuñiga, Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social, Cuenca, 2013).

En el estudio acerca la evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el Hospital de Atención Integral del adulto mayor realizado en la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador en la ciudad de Quito, tras la evaluación se evidenció que las personas entre 65 a 74 años presentan un funcionamiento cognitivo normal, de las personas entre 75 y 84 años el 56,53% no presentar afectación a nivel cognitivo, mientras que de las personas mayores de 85 años el 43,48% presenta un funcionamiento cognitivo normal (García L. , 2015).

Existen varias investigaciones que brindan datos e información acerca de la relación de la soledad y el deterioro cognitivo en personas adultos mayores de las cuales se recabó lo siguiente.

En el estudio Efectos de la soledad transitoria versus la crónica en la función cognitiva en adultos mayores, realizado en China, en los cuales se utilizaron los reactivos: Autoinforme de soledad y el mMMSE, de los cuales se obtuvo que la soledad transitoria ($\beta = -0.389$, $t = -2.191$, $df = 2994$, $p = 0.029$) y la soledad crónica ($\beta = -0.640$, $t = -2.109$, $df = 2994$, $p = 0.035$) se relacionaron de manera considerable con las puntuaciones más bajas de mMMSE tras haber transcurrido 6 años. Además de evidenciarse que la soledad crónica fue mayor con 2.59, a la soledad transitoria,

concluyendo que la soledad es un predictor para la aparición de deterioro cognitivo en los adultos mayores (Bao-Liang, Shu-Lin, & Yeates, 2015).

Un estudio en Londres sobre el aislamiento social y soledad: relaciones con la función cognitiva, la cual se llevó a cabo durante 4 años de seguimiento en un estudio longitudinal inglés del envejecimiento, se evaluó a personas adultas mayores de 65.5 años en adelante, las funciones cognitivas como: fluidez verbal, recordación inmediata y recuerdo diferido y la relación con los sentimientos de soledad y aislamiento social, resumiendo así, que el aislamiento se asoció de manera significativa con una disminución en las medidas de la función cognitiva ($\beta = -.05$ a $-.03$, $p < .001$), la soledad se asoció con un recuerdo más precoz ($\beta = -.05$, $p < .001$) y memoria diferida ($\beta = -.03$, $p = .02$), concluyendo que la soledad y aislamiento social en los adultos mayores se relaciona con un nivel de cognitivo pobre (Shankar, Hamer, McMunn, & Steptoe, 2013).

En la revisión bibliográfica en Texas sobre la soledad y la función cognitiva en el adulto mayor, en el cual se tomó como válidos aquellos artículos donde la población sea \geq de 60 años, y que hayan sido realizados entre el año 2000 y 2013, siendo tomados en cuenta 11 investigación de las cuales concluyó que los sentimientos de soledad en las personas ancianas, se correlación de forma significativa y negativa con la función cognitiva, concretamente en las áreas de la función cognitiva global, el cociente intelectual, la velocidad de procesamiento, el recuerdo inmediato y diferido; sin embargo manifiesta que esto depende del nivel sociocultural y entorno bioconductual en el cual se encuentran los ancianos (Boss, Kang, & Branson, 2015).

2.2 Fundamento Teórico

La presente investigación toma como referencia teorías psicosociales para explicar de mejor manera los sentimientos de soledad existentes en adultos mayores

debido a la importancia que tiene la forma de actuar de cada persona de acuerdo al ambiente en el que se encuentra, mientras que para explicar el deterioro cognitivo se toman conceptualizaciones gerontológicas que permiten identificar cambios en la vida del adulto mayor.

2.2.1 Teorías del envejecimiento.

¿A quién se denomina anciano?

Según la OMS, las personas entre 60 y 74 años son consideradas de edad avanzada; aquellas de 75 a 90 como: viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 años se les llama grandes viejos o grandes longevos. A toda persona mayor de 60 años se le llamará de forma indistinta persona de la tercera edad (Torres, 2003).

Teoría de la actividad

Se describe cómo el proceso de envejecimiento de las personas es más satisfactorio conforme realicen más actividades de tipo sociales. Refiriendo que las personas que vivían más años sin algún tipo de discapacidad coincidían con aquellas personas que realizaban alguna actividad, ya fuera ésta la misma que habían mantenido con anterioridad u otra actividad nueva en la cual se sientan bien y gratificados. Mencionando que las personas más activas se encuentran más satisfechas y mejor adaptadas a su entorno social (Merchán & Cifuentes, 2014).

Merchán y Cifuentes (2014) dentro de estas personas se observan varios patrones conductuales de llamados de acomodación de las personas mayores:

- Anhelan descansar y relajarse ya que se ha cumplido con el tiempo de trabajo.
- Desean mantenerse activos y realizar actividades para conseguir esto.
- Aceptar las limitaciones para continuar trabajando y verse forzados a resignarse al evidenciar la falta de capacidades en sus actividades diarias.
- Sentimiento de frustración por el tipo de vida que han mantenido.

Teoría psicosocial de Erikson

La vejez es una de las ocho etapas del ciclo vital. En su teoría psicosocial, Erikson describe los conflictos en el desarrollo de la vida de una persona. Estas etapas son, Confianza vs desconfianza, autonomía vs vergüenza y duda, Iniciativa vs culpa, laboriosidad vs inferioridad, búsqueda de identidad vs difusión de identidad, intimidad frente a aislamiento, generatividad frente a estancamiento e Integridad frente a desesperación, que es la concerniente a la vejez.

Esta es la última etapa del ciclo vital, se encuentra a partir de los 60 años aproximadamente y transcurre hasta la muerte. Explica que en esta etapa existe un sentido de inutilidad biológica pues el cuerpo ya no responde como antes viéndose deteriorado sus órganos vitales y el desgaste propio del cuerpo, a partir de este aparecen sentimientos que generan un distanciamiento de la sociedad y también el miedo a la muerte (Fadiman & Frager, 2001).

2.2.2 Teorías de la soledad.

Conceptualización de soledad

La definición que se utiliza en la escala de soledad UCLA, desarrollada por la Universidad de California, Los Ángeles, pone énfasis en componentes psicológicos de tipo cognitivos y emotivos. El aspecto cognitivo realiza una conclusión personal de que una persona tienen menos relaciones interpersonales o en su efecto si las tienen son menos frecuentes a los que se espera, y el componente emocional es el tinte negativo asociado a esta conclusión, que puede ir desde la incomodidad hasta el sufrimiento intenso (Bail, 2014).

Para comprender el concepto de soledad predomina un modelo cognitivo, el cual indica que viene a ser el resultado de la evaluación cognitiva del de las relaciones

sociales de cada persona con los aspectos propios. Siendo así que la persona percibe con mayor intensidad una soledad de tipo subjetiva, mientras mayor sea la cercanía con la persona discordante. Siendo percibida como una experiencia de tipo displacentero, asociado a la carencia de intimidad interpersonal (Ferrari, 2015).

También se la define como la sensación de tipo subjetiva de tener poco afecto y menor cercanía de lo que se espera o desea en el ámbito íntimo que viene a ser una soledad emocional, además de experimentar escaso contacto a familiares y amigos considerada como soledad relacional, o de sentirse socialmente poco valorado definiendo como una soledad colectiva (Gené, Ruiz, Obiols, Oliveras, & Lagarda, 2016).

Es la condición de malestar emocional que nace cuando una persona se siente incomprendida o rechazada por personas cercanas como la familia, amigos y la sociedad en general, evidenciando que carece de la compañía para actividades de interés, tanto físicas como intelectuales o para conseguir intimidad emocional. Se la considera igual como la sensación de no poseer el afecto necesario que se espera, produciendo sufrimiento, angustia, desolación, insatisfacción entre otros (Bermejo, 2005).

El sentimiento de soledad es una vivencia negativo y en cierto grado desfavorable para la vida cotidiana del individuo puesto que en ella se producen varias realidades que afectan a la parte personal, familiar y social, también es considerada como un acontecimiento amargo que la sociedad no ha logrado asimilar (Cardona, María, Henao, & Quintero, 2007).

Tipos

Según Bail (2014) los principales aportes al tema de la soledad, fueron realizados por Weiss en 1974, cuando propuso la existencia de una tipología para la soledad, dividiéndola en: soledad emocional y soledad social.

- Soledad emocional.- consiste en la ausencia de una relación intensa o que relativamente es perdurable hacia otra persona, las cuales pueden ser de tipo romántico o relaciones íntimas que generen sentimientos de afecto y de seguridad.
- Soledad social.- comprende el sentido de no-pertenencia de una persona en un grupo o red social, el cual puede ser un grupo de pares o amigos que interactúen juntos en las mismas actividades sociales o de cualquier grupo que brinde un sentido de pertenencia, además se basa en el hecho de compartir trabajo, preocupaciones u otra actividad de interés.

Características

Las características de la soledad se dan de acuerdo a la concepción que se tiene del concepto y al enfoque que se estudia, siendo así que la concepción psicológica menciona que las características son:

- Viene a ser el resultado de las carencias en las relaciones interpersonales.
- Es una experiencia subjetiva que contrasta con la evidencia física del aislamiento social.
- Es una experiencia estresante y displacentera (Montero, López, & Sánchez, 2001).

Una propuesta menciona las siguientes características de la soledad:

- Características de tipo emocional siendo las positivas como, el afecto o la felicidad, y la presencia de emociones negativas como la incertidumbre y miedo.
- Relaciones de tipo afectivas que la persona considere significativas e las divide en categorías como: sentimientos de privación relacionados al apego, sentimientos de vacío y sentimientos de abandono.
- La forma en la que se experimenta la soledad según el tiempo: incambiable, temporal y de resignación, la cual otorga se soledad a terceros (Jong Gierveld, 1998).

Clasificación de soledad

Según Rubio, Pinel y Rubio (2016) se pueden distinguir cuatro tipos de soledad, según la escala ESTE que fue diseñada en la Universidad de Granada:

- **Soledad familiar:** se produce cuando existe falta de apoyo de la familia o cuando la persona adulto mayor no percibe el apoyo como eficiente. Así pues, puede darse tanto si la persona adulto mayor no tiene familia, como si la tiene pero la no recibe la valoración que desearía.
- **Soledad conyugal:** se presenta cuando hay una ausencia de sentimiento de amor en entre la pareja, por una mala relación o por la pérdida de la pareja. Siendo este último punto un importante y causante de un impacto emocional creando dificultad para vivir sin esa persona.
- **Soledad social:** al carecer de vínculos sociales, causando retraimiento en estas personas, se evidencia con la falta de amigos, conocidos, quienes sean un soporte y apoyo para la persona, además de la falta de un confidente que escuche y entienda sus inquietudes y problemas.

- **Crisis existencial:** resulta de un conflicto creado en la autopercepción de la persona creando en la persona pensamientos o sentimientos acerca que no vale la pena vivir y de no encontrar sentido a la vida. Mostrándose tras un pérdida en la salud, bienestar o un ser querido (Rubio, Pinel, & Rubio, 2016).

2.2.3 Deterioro Cognitivo

Conceptualización

El envejecimiento es la parte del ciclo vital humano que conlleva: alteraciones en todos los sistemas del individuo, como es el biológicos entre los que se encuentran también los cambios neuroanatómicos y neurofisiológicos, además de los cambios en el funcionamiento cognitivo. En este proceso de envejecimiento, uno de los temas principales es la cognición, considerando de igual manera como uno de los aspectos anhelados el funcionamiento cognitivo intacto, para que la persona tenga un envejecimiento exitoso, positivo, lo que incluye un mantenimiento de la salud, el funcionamiento general del individuo y la calidad de vida. Dentro de los temores en las personas mayores de 60 años se encuentra la pérdida de memoria o la movilidad, al darse cuenta que estas funciones ya no se encuentran de la misma manera que en la juventud, lo que crea aun mayor temas a padecer una demencia, y por la creencia que se tiene que la vejez conlleva un declive cognitivo por naturaleza (Cabras, 2012).

El deterioro es un proceso que se produce con el paso de los años, se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas, la cual se asocia a múltiples y diversos síndromes geriátricos que posteriormente produce patologías. Es un síndrome geriátrico, en el cual se van deteriorando o perdiendo las funciones mentales, se presentan diferentes dominios tanto neuroconductuales como neuropsicológicos como son: memoria,

orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad, entre otros (Roblesa, Del Serb, Alomc, & Peña, 2002).

Funciones cognitivas

En las funciones cognitivas se realiza la: recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y evocación de la información. Dichas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro, es necesario el realizar una evaluación específica para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor (Romero & Vásquez, 2002).

La cognición puede definirse como el conjunto de funciones mentales que se utilizan para poder procesar la información y el conocimiento. Así, en el funcionamiento cognitivo son fundamentales la memoria y la inteligencia ya que ambas se incluyen en la resolución de problemas, en el aprendizaje y en la toma de decisiones (Preiss, Shatil, Cermakova, Cimermannova, & Flesher, 2013).

Viso espacialidad

Según la OMS menciona que son las funciones mentales implicadas en distinguir por medio de la vista, la posición relativa de los objetos es decir: arriba, abajo, a la derecha o a la izquierda, en relación a uno mismo (Aprendizaje y visión , 2014).

La visoespacialidad engloba habilidades que son necesarias para percibir de forma adecuada el medio y utilizar las referencias del mismo al momento de actuar. Las capacidades visoespaciales permiten ubicarse en el espacio y percibir los objetos, además el procesamiento visoperceptivo determina la dirección que tomamos para alcanzar los objetos percibidos en el medio. Este procesamiento requiere del conocimiento semántico de las imágenes, y más la percepción de la apariencia de la

imagen visual de los objetos; la dotación de contenido semántico a las imágenes es la tarea del procesamiento visoperceptivo (Cabras, 2012).

Identificación

Es un proceso por el que una persona adopta diferentes aspectos, propiedades o atributos de algún objeto en específico y se transforma de acuerdo a ese modelo en forma total o parcial. La identificación permite distinguir la presencia de posibles errores ante un falso reconocimiento de las figuras u objetos que se presentan, con el fin de evidenciar posibles problemas en la denominación (Sánchez & Vásquez, 2013).

Memoria

Se considera como una grabación de impresiones en la conciencia, las que se asocian unas con otras, sin embargo esta definición se ha ido modificando con el avance de la investigación en el cual mediante estudios ha conseguido demostrar que la memoria es una de las funciones complejas, la cual se presenta con diferencias al analizarla con la duración de los elementos en la misma y la cantidad de impresiones que sea capaz de realizar. Las grabaciones o estampas que se obtienen mediante los estímulos son seleccionados de acuerdo a las necesidades y al momento (Luria, 1981).

La pérdida de memoria acentuada que se presenta en el DCL no se relaciona directamente al proceso del envejecimiento, considerándolo a esto como un mito, la calidad de vida de la persona, la cultura y el rol que desempeña en la sociedad son factores ayudan a predisponer a que se presente una pérdida de memoria en la vejez (Bacellar, 2007).

Atención

Es un proceso cognitivo temprano que sigue una secuencia en el proceso de la información distribuyendo los recursos que tiene como objetivo procesar los estímulos

provenientes del entorno, además se la considera como una función psicológica que permite: la focalización, selección y sostenimiento de la información para realizar diferentes tareas y la división para inhibir y descartar estímulos que son irrelevantes (Cabras, 2012).

La atención, voluntaria o involuntaria, consiste en un proceso selectivo de la información necesaria, la consolidación de los programas de acción elegibles y el mantenimiento de un control permanente sobre el curso de los mismos (Luria A. , 1975).

Es importante tener en cuenta la atención para el estudio del deterioro cognitivo porque esta es una función que trabaja en la activación y funcionamiento de otros procesos mentales más complejos como la percepción, la memoria o el lenguaje. Las dificultades de atención junto con la pérdida de memoria en el adulto mayor son un indicio de deterioro cognitivo (Sosa, 2016).

Lenguaje

Es la función que permite estructurar el pensamiento, mediante el establecimiento de conexiones entre las ideas y representaciones mentales mediante los esquemas. Por ende, el lenguaje viene a ser es el medio sobre el que fluye el pensamiento y las ideas. Y se expresa mediante el habla (Toledo, 2008).

Se define al lenguaje como el conocimiento de la fonología, sintaxis, semántica y pragmática, y la habilidad de procesar y producir expresiones lingüísticas con significado; el lenguaje es algo que se conoce y que sabemos actuar, y que implica los procesos de comprensión y producción. Las tareas lingüísticas requieren algo más que de la integridad del conocimiento lingüístico, requieren además de percepción, atención, memoria y asociación.

La mayor parte de las personas mayores conservan la capacidad de utilizar su lenguaje, aunque con un cierto declive asociado a la edad. Esta alteración tiene que ver con la afectación de la capacidad de procesamiento, la memoria de trabajo y la capacidad atencional más que con el deterioro de la función cognitiva del lenguaje como tal. Los problemas de lenguaje en estas personas se pueden resumir en dificultad de comprensión, complicaciones para el mantenimiento de una conversación, problemas para la producción de oraciones complejas (Buiza, 2001).

Abstracción

Hace referencia al separar por medio de una operación intelectual las cualidades de un objetivo para considerarlas de manera aislada o para considerar un objeto con todas sus características o nociones específicas. Es un proceso que implica la reducción de los componentes fundamentales de información de un fenómeno, para conservar sus rasgos más relevantes como son las características, funciones entre otros aspectos generales, con el propósito de formar categorías o conceptos que sean necesarias (Castro C. , 2014).

El sujeto extrae información de los objetos a lo que se denomina la abstracción simple o de sus propias acciones sobre los objetos a lo que se denomina la abstracción reflexiva. Al aprender algo, la idea de abstraer se relaciona con el momento en que el conocimiento entra a formar parte de la vida del sujeto, inicialmente en una categoría mental y se confirma con un comportamiento explícito que nos permite ver que se ha logrado la abstracción (Piaget, 1978).

Recuerdo diferido

Es la capacidad para retener en la mente de una forma activa una limitada cantidad de información, de manera que se evoque con facilidad después de un corto periodo de tiempo (Baddeley, Thomson, & Buchanan, 1975).

Orientación

Permite establecer el nivel de consciencia que presenta un individuo y el estado mental en general, la cual puede ser en tiempo, espacio y persona. Consiguiendo identificar cuan consciente y lucido se encuentra un individuo.

Criterios diagnósticos para deterioro cognitivo

Flicker y sus colaboradores acuñaron de manera inicial el término deterioro cognitivo leve, sin embargo Peterson y sus colaboradores fueron quienes lo tomaron, utilizándolo y caracterizándolo como un estado propio de cierto grupo de personas. Dichos autores difundieron y propiciaron que se utilice este término al presentarse un declive en el nivel cognitivo, convirtiéndose en las forma comunes mayormente aceptadas para la descripción de este estado cognitivo (Enache, Winblad, & Aarsland, 2011).

Para detectar un deterioro cognitivo se toma en cuenta los siguientes criterios de evaluación:

1. Quejas de la persona acerca de fallos en la memoria, los cuales confirma la familia al momento de la entrevista.
2. Presentan una función cognitiva general preservada.
3. De acuerdo a la edad y a al nivel educativo se evidencia deterioro en la memoria.
4. Presentan un mantenimiento de las actividades de la vida diaria.

5. No se presentan criterios diagnósticos para una demencia (Enache, Winblad, & Aarsland, 2011).

Niveles de deterioro cognitivo

Al hablar de deterioro cognitivo, los adultos mayores presentan diversos niveles en cuanto su capacidad y estado cognitivo, por lo que se puede evidencia un rango o niveles que van desde:

- Sin deterioro.
- Deterioro cognitivo leve (DCL).
- Estados demenciales.

Por lo que es importante distinguir entre un declive y un deterioro en las personas adultos mayores, siendo el declive aquellos cambios normativos que son considerados normales de acuerdo al paso de edad de las personas lo que se encuentra dentro del funcionamiento cognitivo normal, mientras que el deterioro hace referencia a los cambios producidos en el adulto mayor de origen neuropatológico afectando su calidad de vida (Robalino, 2012).

Subtipos de deterioro cognitivo

Sosa (2016) habla de los subtipos de deterioro cognitivo leve y de la cercanía que estos puede estar a la enfermedad de Alzheimer:

- DCL Amnésico, es una fase prodrómica a la enfermedad, donde la persona tiene mayor riesgo a presentar la enfermedad y es también el más frecuente.
- DCL es el difuso, también progresa hacia enfermedad de Alzheimer, pero sin embargo se manifiesta como un grado leve de alteración no permite su

diagnóstico, y además tiene que ver con otras etiologías como la demencia vascular.

- DCL Focal no amnésico, que trata de la alteración de una función cognitiva como por ejemplo la alteración del lenguaje que pueda evolucionar hacia una afasia, es decir que no tiene que ver con la memoria.

2.3 Hipótesis

H1: La soledad se relaciona con el Deterioro Cognitivo en personas mayores de 60 años

H0: La soledad no se relaciona con el Deterioro Cognitivo en personas mayores de 60 años

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1 Nivel o tipo de investigación

La presente investigación tiene un enfoque cuantitativo debido a que los resultados de las evaluaciones serán descritos en datos numéricos a través de test psicológicos los cuales son: Escala ESTE- R y Test de Evaluación cognitiva Montreal (MOCA), siendo así transversal se realizara en un solo periodo de tiempo y de tipo correlacional por la relación que se puede dar entre las dos variables.

3.2 Selección del área o ámbito de estudio

La presente investigación se realizó en el Centro Integral del Adulto Mayor perteneciente al Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Ambato, en la Provincia de Tungurahua, donde asisten diariamente personas adultos mayores, y de

igual manera donde residen personas sin hogar ni familia y con problemas de salud mental.

3.3 Población

De acuerdo con los datos proporcionados por personal del Centro Integral del Adulto Mayor, el grupo está conformado por 40 personas mayores de 60 años que asisten regularmente a las actividades que se realiza en la institución.

3.4 Criterios de inclusión y exclusión

Criterios de inclusión

- Personas que han accedido a firmar el consentimiento informado.
- Personas que asistan de manera frecuente al Centro Integral del Adulto Mayor.
- Personas mayores de 60 años, hombres y mujeres.

Criterios de exclusión

- Personas que se encuentren diagnosticadas con deterioro cognitivo.
- Personas que ingieran medicamentos neurológico o psiquiátrico de forma frecuente.
- Personas que se encuentren en un proceso de rehabilitación neuropsicológica.
- Personas que presenten discapacidad o deficiencia en el área auditiva o visual.

3.5 Diseño de la muestra

Para la presente investigación se trabaja con un total de 40 personas, los cuales pertenecen al total de la población del grupo de la tercera edad del Centro Integral del Adulto Mayor, debido a que lo que no se realiza el cálculo de la muestra.

Se trabaja con el total de la muestra.

3.6 Operacionalización de variables

Tabla 1

Operacionalización de Variable Soledad

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Se define como una experiencia de tipo displacentera que se asocia a la carencia de intimidad en las relaciones interpersonales (Ferrari, 2015).	• Soledad familiar	• Falta de apoyo familiar.	• 1, 2, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 17, 18, 19, 20, 21, 28	Técnica: Entrevista
	• Soledad social	• Falta de red de apoyo.	• 3, 4, 5, 6, 7	
	• Soledad conyugal	• Ausencia del conyugue.	• 15, 16, 18, 22, 23, 24, 25	Instrumento: Escala ESTE – R, para soledad en adultos.
	• Crisis Existencial	• Pensamientos o sentimientos acerca de que la vida no tiene sentido.	• 14, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34	

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Tabla 2*Operacionalización de Variable Deterioro Cognitivo*

CONCEPTUALIZACIÓN	DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS BÁSICOS	TÉCNICA E INSTRUMENTO
Nivel de conservación de las funciones mentales superiores en una determinada etapa evolutiva (Cabras, 2012).	<ul style="list-style-type: none"> • Viso espacialidad • Identificación • Memoria • Atención 	<ul style="list-style-type: none"> • Distinguir objetos en el espacio. • Reconocimiento de objetos señalados. • Fijación, almacén y evocación de recuerdos. • Proceso por el cual se elige una información seleccionada, manteniendo 	<ul style="list-style-type: none"> • Emparejamiento de letras y números, copiar el cubo, dibujar un reloj. • Reconocimiento de animales • Memorizar palabras. • Serie de números ascendente y descendente, identificar la letra A y restas. 	<p>Técnica: Entrevista</p> <p>Instrumento: Test de Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)</p> <p>Confiability: 0.85</p>

-
- | | | |
|---------------------|--|--|
| | control sobre la misma. | |
| • Lenguaje | • Proceso de comunicación mediante el habla. | • Repetir oración, nombrar palabras con la P. |
| • Abstracción | • Operación intelectual para considerar un objeto por sus características propias. | • Similitudes |
| • Recuerdo diferido | • Evocación de información almacenada minutos atrás. | • Recordar palabras ya mencionadas. |
| • Orientación | • Nivel de consciencia en tiempo, espacio, persona. | • Mencionar la fecha, día de la semana, lugar y localidad. |

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

3.7 Descripción de los Reactivos Aplicados

Variable: Soledad

Se aplicó la escala de soledad para identificar los niveles de soledad familiar, conyugal, social y crisis existencial, predominantes en las personas mayores de 60 años.

Instrumento: Escala ESTE R

Autor: Rubio Ramora, Pinel Mercedes y Rubio Laura

Año de creación: 2009

Técnica: Encuesta, entrevista

Evalúa: 4 tipos de soledad

Numero de ítems: 34

Administración: Individual

Alfa de Cronbach: 0.81

Confiabilidad: elevada

Variable: Deterioro Cognitivo

Se aplicó la escala de soledad para identificar deterioro cognitivo leve predominantes en las personas mayores de 60 años.

Instrumento: Evaluación cognitiva Montreal (MOCA)

Autor: Ziad Nasreddine

Año de creación: 1996

Técnica: Entrevista

Evalúa: viso espacialidad, identificación, memoria, atención, lenguaje, abstracción, recuerdo diferido y orientación.

Administración: Individual

Alfa de Cronbach: 0.91

Confiabilidad: elevada

3.8 Descripción de la intervención y procedimientos para la recolección de información

Solicitar autorización para la aplicación de los test a Gobierno Autónomo Descentralizado del Cantón Ambato.

Informar a la población acerca de la investigación a realizar y cuáles son los objetivos de la misma.

Llenar los datos solicitados y firmar el consentimiento informado.

Aplicar los criterios de inclusión y exclusión.

Informar acerca de los test que se procederán a tomar.

Aplicación de la Escala ESTE.

Aplicación del Test MOCA.

Calificación de los test aplicados.

Tabulación de los datos obtenidos en reactivos psicológicos.

Realización del informe sobre resultados además de conclusiones y recomendaciones.

3.8 Aspectos éticos

El honorable consejo universitario de la Universidad Técnica De Ambato (2016), elabora el reglamento de bioética para Ciencias de la salud considerando:

El Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas, junto con la OMS en el año de 1982, publicó las Propuestas de Pautas Internacionales para la Investigación biomédica en Seres Humanos, así como las Pautas Internacionales para la evaluación ética en los estudios epidemiológicos (1991) y las Pautas Internacionales para la Investigación y Experimentación Biomédica en seres humanos (1993);

Que, la Ley Orgánica referida, en el Artículo 6 numeral 32 menciona que es responsabilidad del Ministerio de Salud Pública la participación con el organismo nacional competente en salud, en la investigación y el desarrollo de la ciencia y tecnología en salud, salvaguardando la vigencia de los derechos humanos, bajo principios bioéticos;

Que, el Artículo 7 Ibídem determina los derechos de las personas en relación con la salud ante los cuales es necesario señalar el literal e) que se refiere a ser oportunamente informado sobre las alternativas de tratamiento, productos y servicios en los procesos relacionados con su salud, así como en usos, efectos, costos y calidad;

Que, los literales h) y 1) del precepto legal señalado determinan que así mismo es derecho de las personas el ejercicio de la autonomía de su voluntad a través del consentimiento por escrito y tomar decisiones respecto a su estado de salud y procedimientos de diagnóstico y tratamiento, salvo en los casos de urgencia, emergencia o riesgo para la vida de la persona y para la salud pública; es decir no serán objeto de pruebas, ensayos clínicos, de laboratorio o investigaciones, sin los elementos legales antes señalados.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Análisis de los resultados

4.1.1 Datos sociodemográficos

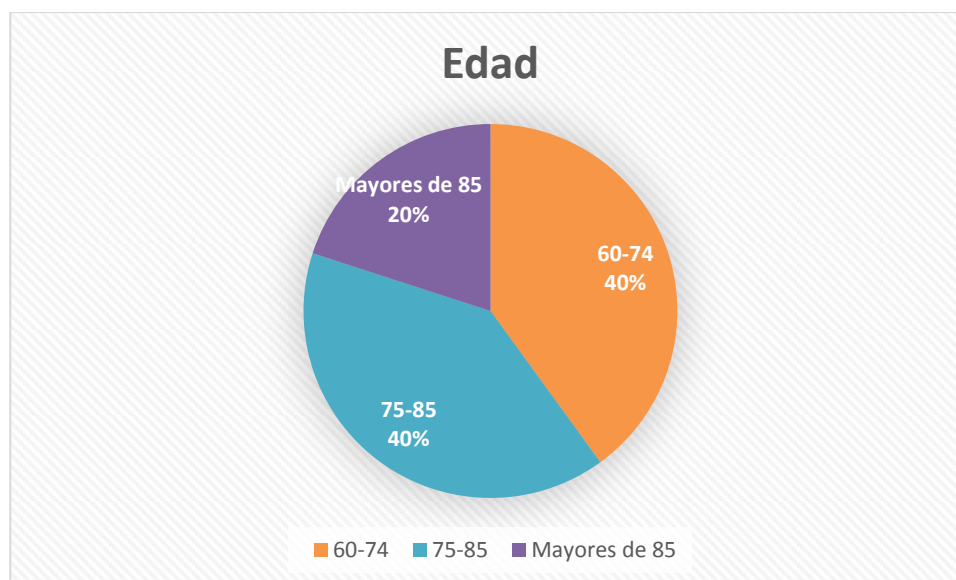
Tabla 3

Edad

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
60-74	16	40%
75-85	16	40%
Mayores de 85	8	20%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 1 Edad



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En 40 personas evaluadas se obtuvo que el 40% se encuentran en un rango de edad de 60 a 69 años, de igual forma se obtuvo un 40% entre las edades de 70 a 79, mientras el 20% corresponde a personas mayores de 80 años.

Existiendo una predominancia entre las edades de 60 y 79 años, en las personas que asisten al Centro Integral Del Adulto Mayor.

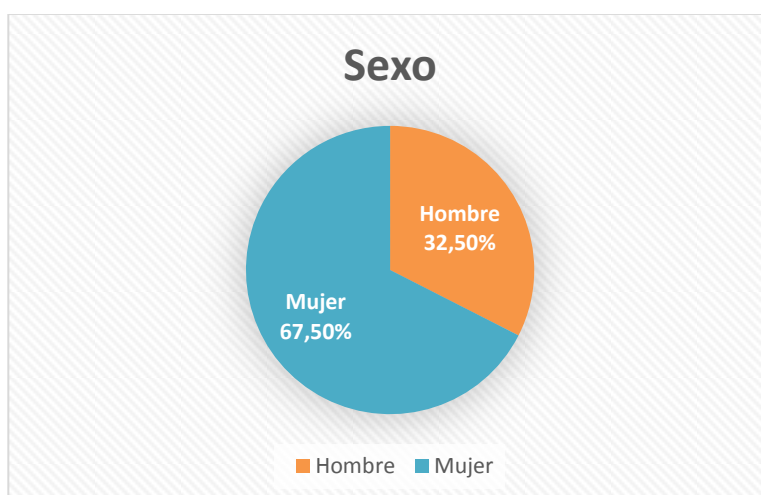
Tabla 4

Sexo

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Hombre	13	32,5%
Mujer	27	67,5%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 2 Sexo



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se evidencia que el 32, 5% de las personas que asisten al Centro Integral Del Adulto Mayor y que fueron evaluadas son hombres, mientras que el 67,5% son mujeres.

En cuanto al sexo predominante de los adultos mayores evaluados se obtuvo que existe mayor población de mujeres que asisten a la institución.

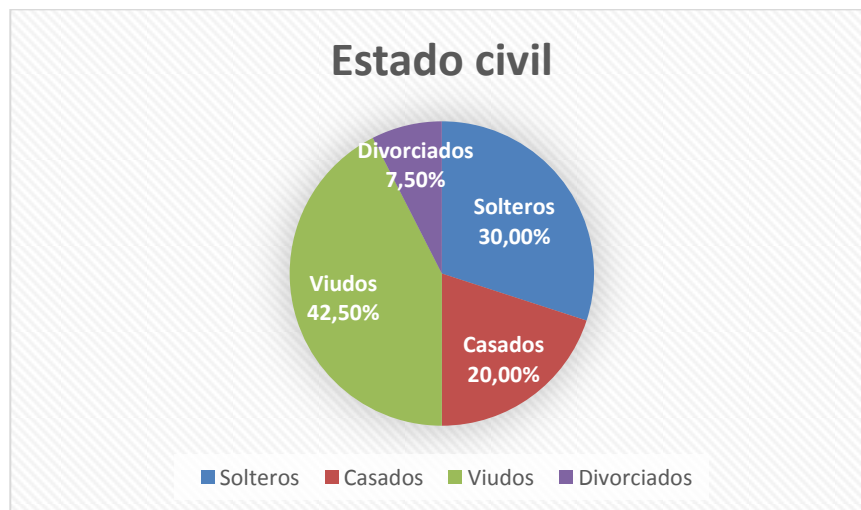
Tabla 5

Estado civil

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Solteros	12	30%
Casados	8	20%
Viudos	17	42,5%
Divorciados	3	7,5%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 3 Estado civil



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En las 40 personas evaluadas se obtuvo que el 42,5% son viudos, seguido del 30% que son solteros, el 20% se encuentran casados o en convivencia de Unión de Hecho, y el 7.5% se encuentran divorciados.

Siendo de mayor prevalencia el estado civil de viudez, entre las personas adultos mayores que asisten frecuentemente, quienes buscaban compañía tras la pérdida de su pareja y la necesidad de mantener su mente y cuerpo ocupado mediante la realización de actividades de manualidad y ejercicio.

Tabla 6

Nivel socioeconómico

INDICADORES	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Alto	0	0%
Medio	4	10%
Bajo	36	90%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 4 Nivel socioeconómico



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

En 40 personas evaluados con respecto a su nivel socioeconómico. Se obtuvo que el 0% pertenece a un nivel socioeconómico alto, un 10% pertenece a un nivel socioeconómico medio y el 90% de las personas tienen un nivel socioeconómico bajo.

Se entiende que mayoría de personas pertenecen al nivel socio económico bajo pues asisten al servicio municipal debido a su gratuidad, donde reciben servicio de salud, alimentación y asistencia social diaria.

4.1.2 Soledad

Tabla 7

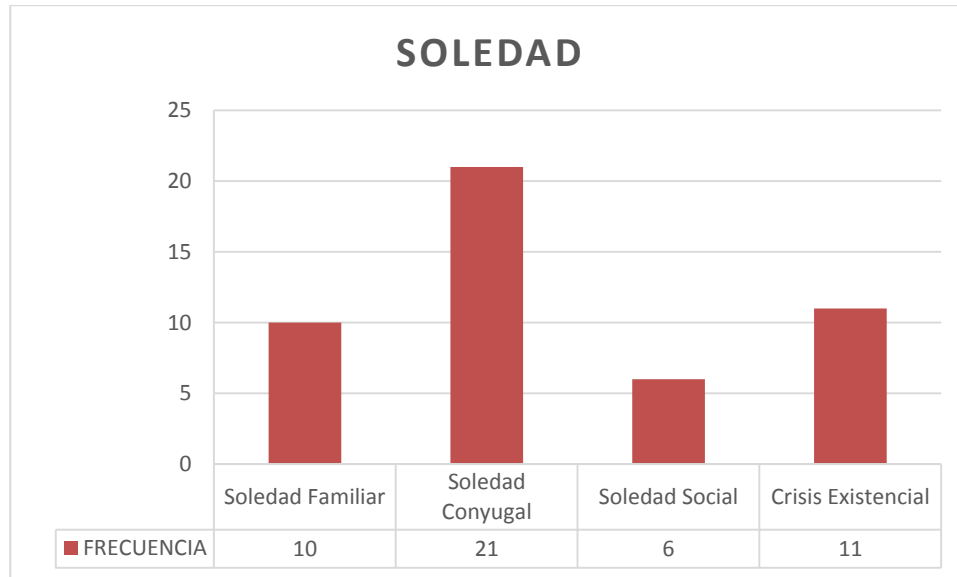
Datos generales de soledad

SOLEDAD	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Soledad Familiar	10	25%
Soledad Conyugal	21	52,5%
Soledad Social	6	15%

Crisis Existencial	11	27,5%
--------------------	----	-------

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 5 Datos generales de soledad



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 52,5% de las 40 personas evaluadas presenta un nivel alto de soledad conyugal, el 27,5% de crisis existencial en un nivel alto, el 25% de la población presenta sentimientos de soledad familiar en un nivel alto, mientras que presenta sentimientos de soledad social en nivel alto.

El sentimiento de soledad conyugal es la dimensión que mayor prevalencia tiene en las personas adultos mayores.

Tabla 8

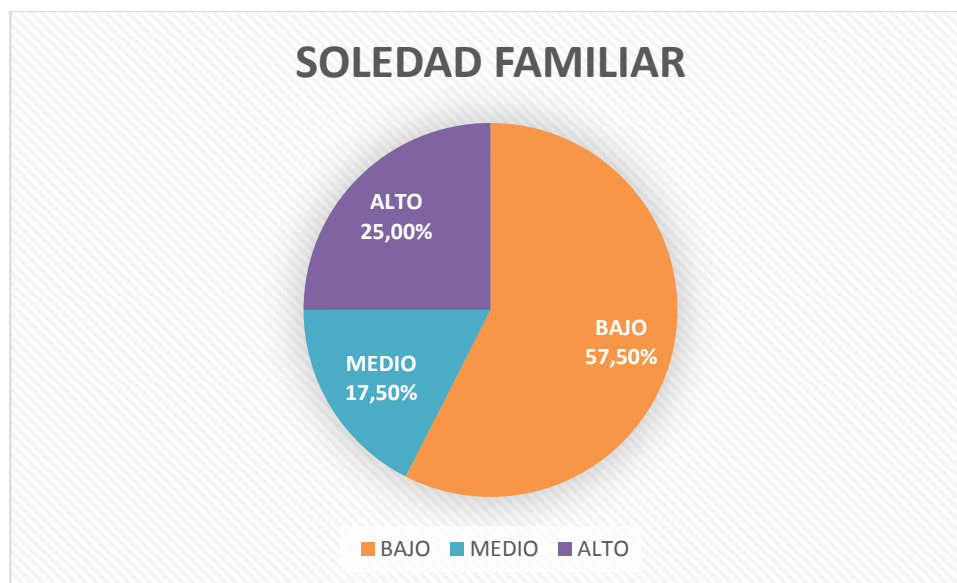
Soledad familiar

SOLEDAD FAMILIAR	PERSONAS	PORCENTAJE
------------------	----------	------------

Bajo	23	57,50%
Medio	7	17,50%
Alto	10	25,00%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 6 Soledad Familiar



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos de la dimensión Soledad familiar el 57, 50% de las personas evaluadas presenta nivel bajo, el 17,50% presenta un nivel medio y el 25% presenta nivel alto de sentimientos de soledad familiar.

Se evidencia que la mayor parte de personas evaluadas presentan un nivel bajo de sentimiento de soledad familiar, manifestando que tienen apoyo de su familia, pero no el necesario o que el esperan, viéndose afectada esta área. Mientras que una minoría

presentan nivel alto de soledad en su entorno familiar quienes refieren no recibir apoyo y muestra de cariño por parte de su familia.

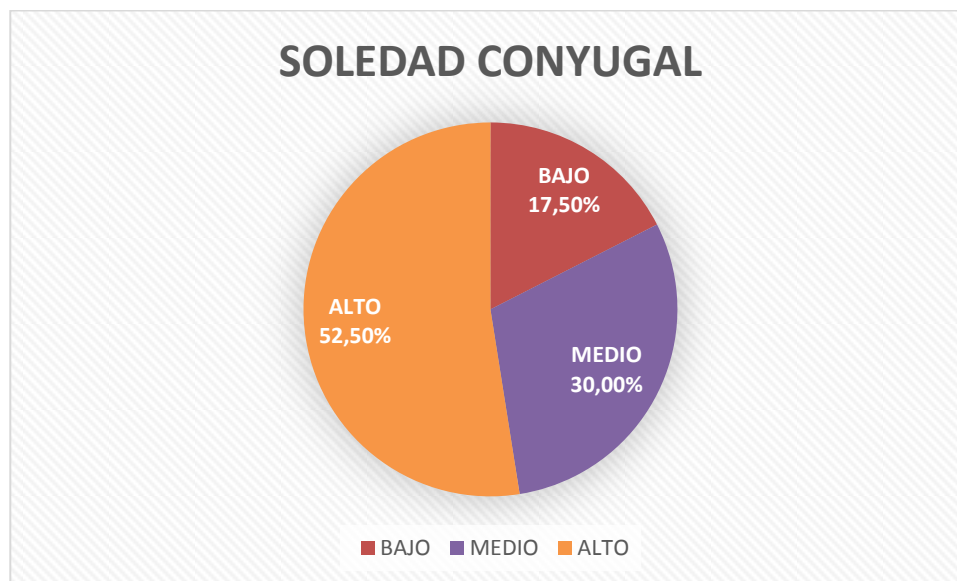
Tabla 9

Soledad conyugal

SOLEDAZ CONYUGAL	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	7	17,5%
Medio	12	30%
Alto	21	52,5%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 7 Soledad Conyugal



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos de la dimensión soledad conyugal el 17,50% de las personas evaluadas presenta nivel bajo, el 30,00% presenta un nivel medio y el 52,50% presenta nivel alto de sentimientos de soledad conyugal.

Se evidencia que la mayor parte de evaluados presenta sentimientos de soledad, quienes al no tener el apoyo y / o la presencia de un compañero sentimental desarrollan estos sentimientos lo que les genera malestar.

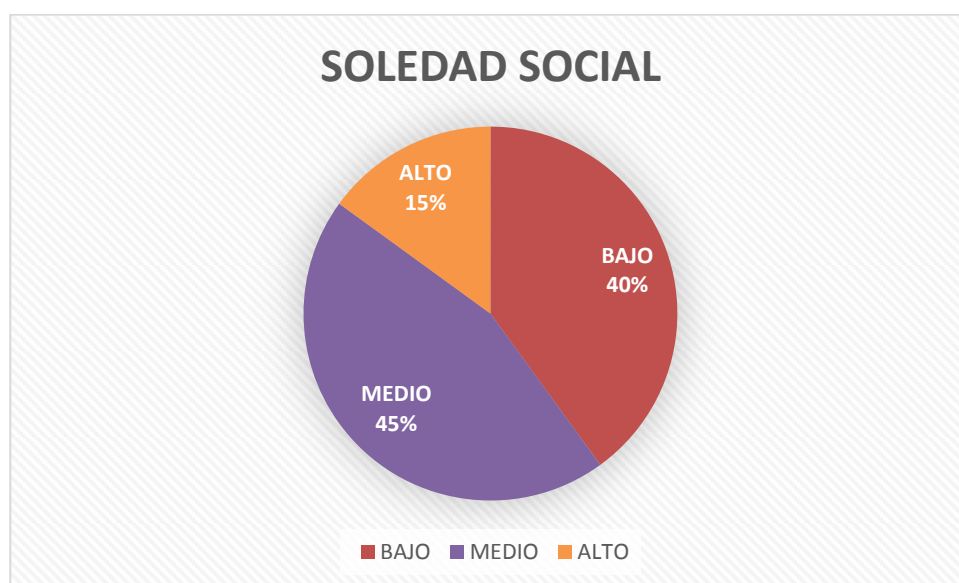
Tabla 10

Soledad social

SOLEDAD SOCIAL	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	16	40%
Medio	18	45%
Alto	6	15%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 8 Soledad Social



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 40 personas evaluadas se evidencia que el 15% presenta sentimientos de soledad social en un nivel alto, seguido 45% que presenta un nivel medio y el 40% presenta un nivel bajo de los mismos.

Al considerar un nivel medio de soledad social en la mayor parte de personas evaluadas se habla de que estas tienen poco o escasa red social con anhelos de conocer más personas y tener un amigo que les ayude en sus dificultades cotidianas y escuche sus problemas.

Tabla 11

Crisis existencial

CRISIS EXISTENCIAL	PERSONAS	PORCENTAJE
Bajo	12	30%
Medio	17	42,5%
Alto	11	27,5%
TOTAL	40	100%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 9 Crisis existencial



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 40 personas evaluadas se evidencia que el 42,5% se encuentra en un rango medio de crisis existencial, seguido de un 30% con un nivel bajo y el 27,5% que muestran tener un nivel alto de esta dimensión.

La mayoría de personas se encuentran en un nivel medio de sentimientos de crisis existencial, evidenciándose la percepción de las personas a no tener deseos de vivir y de que la vida no tiene sentido vivirla.

4.1.3 Deterioro Cognitivo

Tabla 12

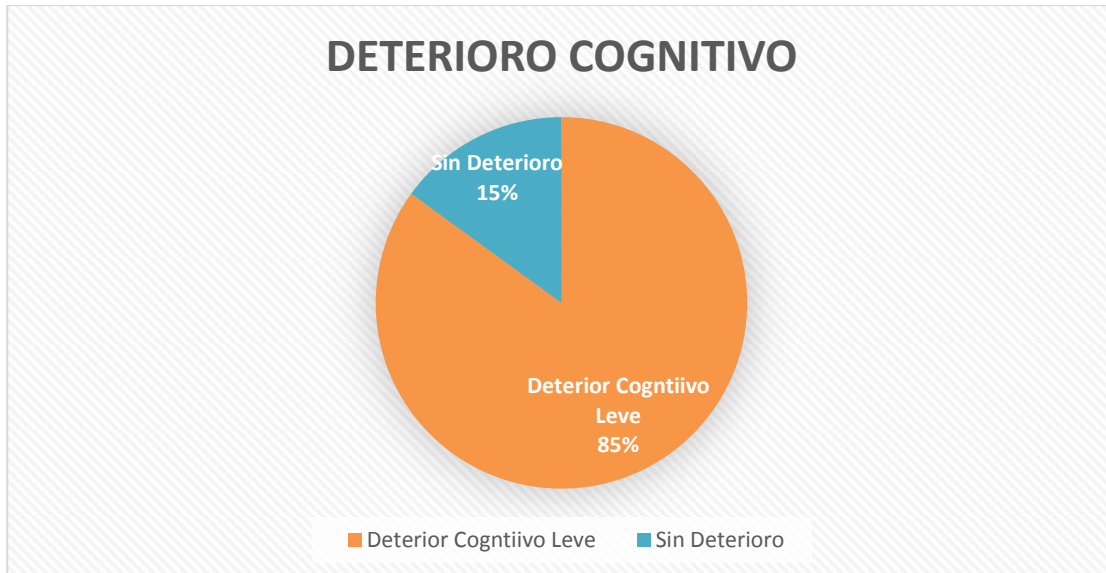
Deterioro Cognitivo

	PERSONAS	PORCENTAJE
Deterioro cognitivo leve	34	85,%
Sin deterioro	6	15%

TOTAL	40	100%
-------	----	------

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 10 Deterioro Cognitivo



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 40 personas evaluadas en el Centro Integral del Adulto Mayor de GAD Ambato el 85% presenta un deterioro cognitivo, mientras que el 15% no presenta deterioro.

Por lo que se evidencia que la mayor parte de personas mayores de 60 años presenta una alteración en sus funciones mentales, lo que les causa problemas al momento de desenvolverse en su vida diaria con normalidad.

4.1.4 Prevalencia de Soledad y Deterioro cognitivo según el sexo

Tabla 13

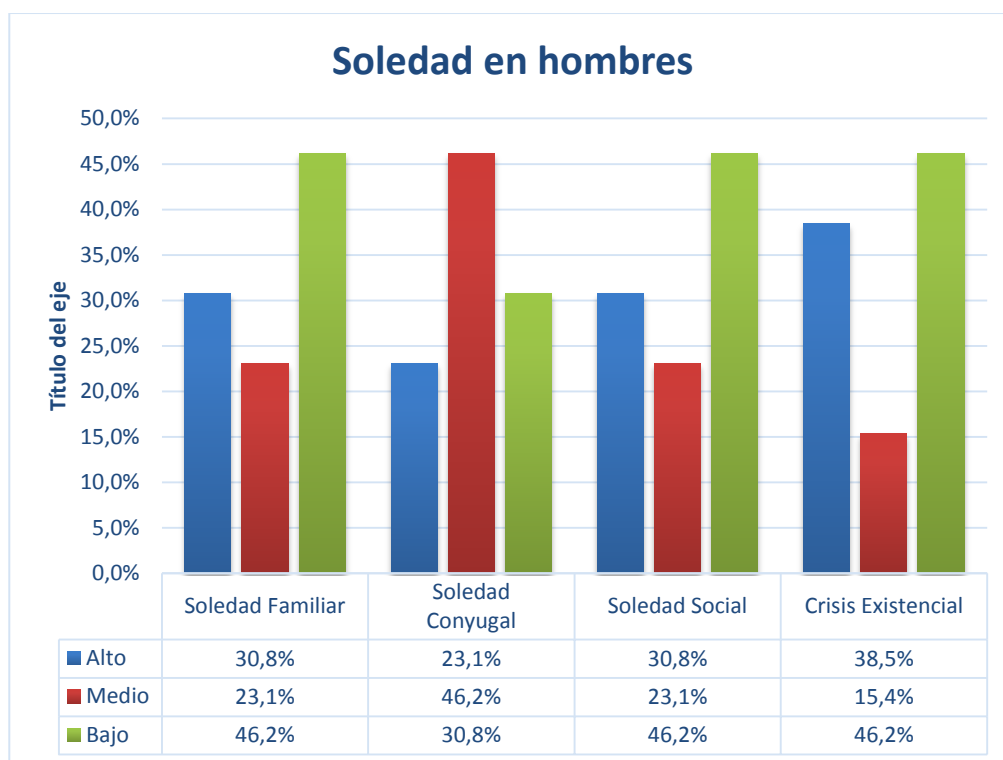
Soledad en hombres

SOLEDAD	SOLEDAD	SOLEDAD	CRISIS
---------	---------	---------	--------

	FAMILIAR	CONYUGAL	SOCIAL	EXISTENCIAL
Alto	4	3	4	5
Medio	3	6	3	2
Bajo	6	4	6	6

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 11 Soledad en Hombres



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De los 40 participantes evaluados se observa que 13 son hombres de los cuales se evidencia que el 46,2% siendo la mayoría presentan sentimientos de soledad familiar en un nivel bajo, el 46,2% presenta sentimientos de soledad conyugal en un nivel alto, el 46,2% presentan sentimientos de soledad social en nivel bajo, mientras que el 46,2% presenta crisis existencial en un nivel bajo.

La soledad conyugal en los hombres en la dimensión que mayor porcentaje alcanza debido a la falta o ausencia de apoyo y cariño que sienten en relación a sus parejas.

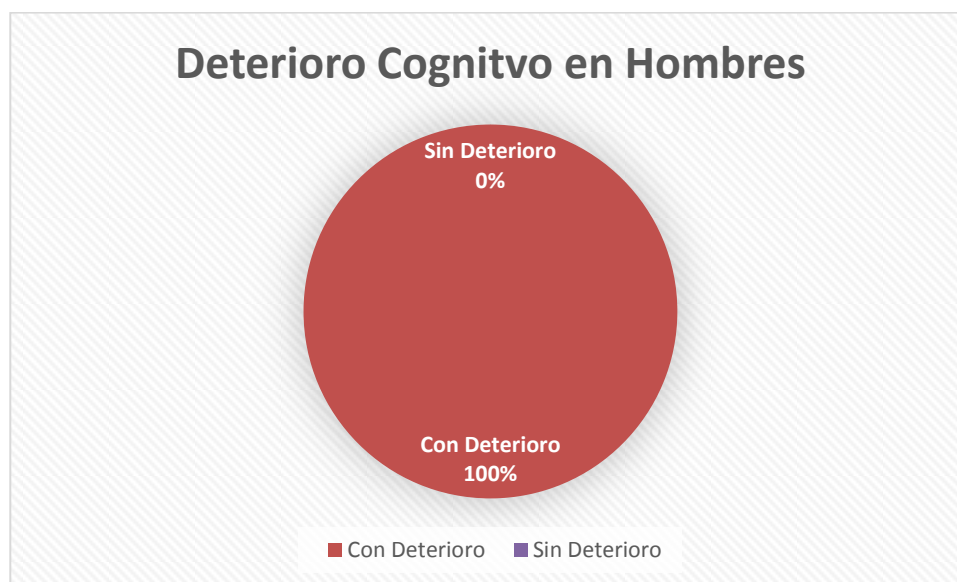
Tabla 14

Prevalencia de Deterioro Cognitivo en hombres

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con Deterioro	13	100%
Sin Deterioro	0	0%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 12 Deterioro Cognitivo en Hombres



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

Se evidencia que de los 13 hombres evaluados el 100% presenta un deterioro cognitivo lo que les genera malestar al no poder realizar las actividades y labores habituales de la forma como lo hacían cuando eran más jóvenes.

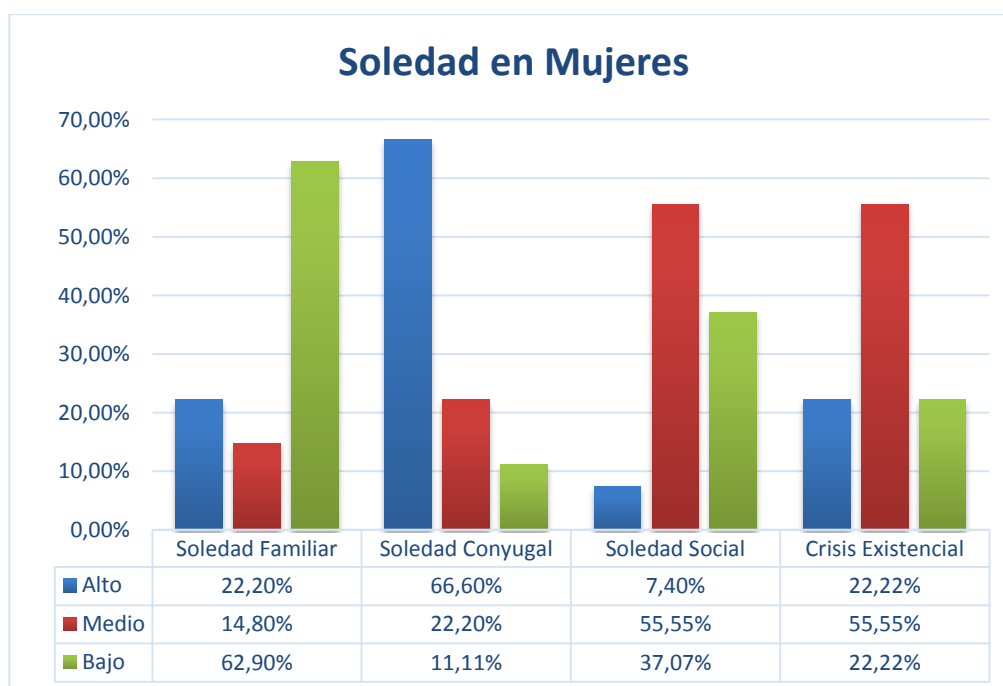
Tabla 15

Soledad en mujeres

	SOLEDAD FAMILIAR	SOLEDAD CONYUGAL	SOLEDAD SOCIAL	CRISIS EXISTENCIAL
Alto	6	18	2	6
Medio	4	6	15	15
Bajo	17	3	10	6

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 13 Soledad en mujeres



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

De las 40 personas evaluadas, 27 son mujeres de las cuales se evidencia que el 62,5% de ellas presenta sentimientos de soledad familiar en un nivel bajo, el 66,60% presenta sentimientos de soledad conyugal en nivel alto, el 55,55% de ellas presentan sentimientos

de soledad social en un nivel medio, de igual manera el 55,55% presenta crisis existencial en un nivel medio.

Se evidencia que los sentimientos de soledad conyugal se presentan con mayoría en las mujeres debido a la falta de apoyo y compañía de sus parejas y / o a situación de viudez en la que se encuentran.

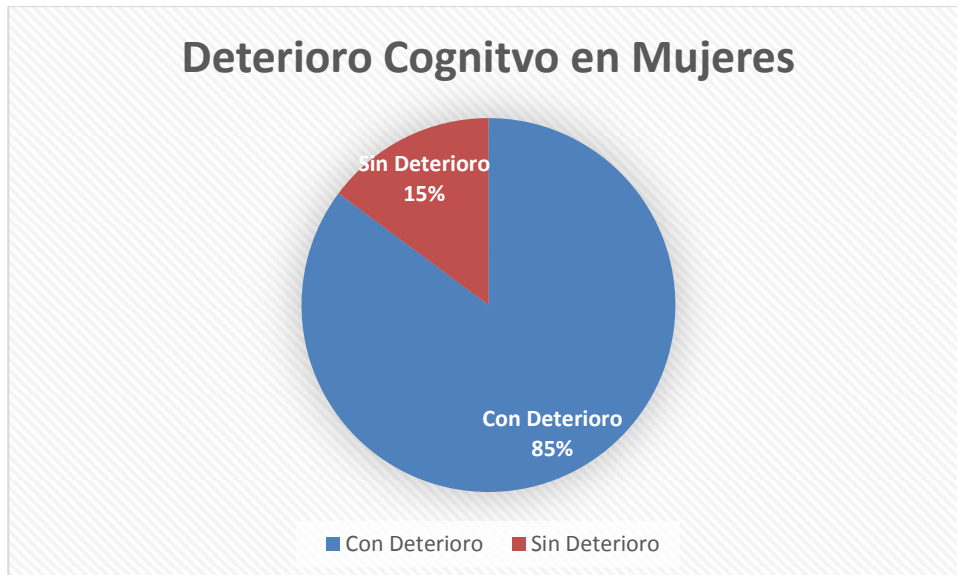
Tabla 16

Deterioro cognitivo en Mujeres

	FRECUENCIA	PORCENTAJE
Con Deterioro	23	85%
Sin Deterioro	4	15%

Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

Figura 14 Deterioro Cognitivo en Mujeres



Nota: Obtenido de Soledad y Deterioro Cognitivo de Ortiz 2018

ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN

El 85% de las mujeres presentan deterioro cognitivo, mientras que el 15% se encuentra en un nivel cognitivo normal.

Las condiciones de vida y la edad son uno de los factores que influyen en la capacidad cognitiva de las mujeres, y debido al mismo proceso degenerativo se evidencia un deterioro de las funciones cognitivas.

4.2 Verificación de la hipótesis

4.2.1 Hipótesis alterna

La soledad si se relaciona con el Deterioro Cognitivo en personas mayores de 60 años.

4.2.2 Hipótesis nula

La soledad no se relaciona con el Deterioro Cognitivo en personas mayores de 60 años.

Tabla 17*Correlación de Pearson*

Correlaciones						
		Soledad Familiar	Soledad Conyugal	Soledad Social	Crisis Existencial	Deterioro Cognitivo
Soledad Familiar	Correlación de Pearson	1	,370*	,665**	,687**	,574**
	Sig. (bilateral)		,019	,000	,000	,000
	N	40	40	40	40	40
Soledad Conyugal	Correlación de Pearson	,370*	1	,353*	,406**	,359*
	Sig. (bilateral)	,019		,025	,009	,023
	N	40	40	40	40	40
Soledad Social	Correlación de Pearson	,665**	,353*	1	,650**	,251
	Sig. (bilateral)	,000	,025		,000	,119
	N	40	40	40	40	40
Crisis Existencial	Correlación de Pearson	,687**	,406**	,650**	1	,291
	Sig. (bilateral)	,000	,009	,000		,068
	N	40	40	40	40	40

Deterioro Cognitivo	Correlación de Pearson	,574**	,359*	,251	,291	1
	Sig. (bilateral)	,000	,023	,119	,068	
	N	40	40	40	40	40

Nota: **. La correlación entre Soledad Familiar y Deterioro Cognitivo es significativa al nivel 0,01 (bilateral). *. La correlación entre Soledad Conyugal y Deterioro Cognitivo es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

ANALISIS E INTERPRETACION

De acuerdo con la R de Pearson, se obtuvo que la soledad familiar se relaciona con el deterioro cognitivo ($R=0,574^{**}$ $p<0.01$) y la soledad conyugal se relaciona con el deterioro cognitivo ($R=0,359^*$ $p< 0.05$), lo que indica que tienen un nivel de correlación significativo, a diferencia de la soledad social que se relación con el deterioro cognitivo ($R=0,251$) y la crisis existencial se relación con el deterioro cognitivo ($R=0,068$) las cuales no presentan correlación significativa.

Mientras que el nivel de significancia entre la soledad familiar con el deterioro cognitivo es de 0,00 manifestando que se correlaciona perfectamente al 0.99% seguido del nivel de significancia entre la soledad conyugal con el deterioro cognitivo es de 0,023 la crisis existencial presenta un nivel de significancia de 0,068 con respecto al deterioro cognitivo y la soledad social tiene un nivel de significancia de 0,119 con relación al deterioro cognitivo.

Se cumple de manera parcial la hipótesis alterna debido a que 2 dimensiones (soledad familiar y conyugal) de 4 dimensiones de la soledad se relacionan con el deterioro cognitivo de esta manera se descartando la hipótesis nula.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

- Se concluye que existe correlación entre la soledad y deterioro cognitivo por la comprobación estadística de la R de Pearson mediante el programa estadístico para ciencias sociales SPSS. La correlación indica que, de las cuatro dimensiones de soledad, la soledad familiar es la que presenta mayor significancia en su correlación con la presencia de deterioro cognitivo de los adultos mayores que asisten al Centro Integral del Adulto Mayor del GAD Ambato.
- Los resultados determinan que la mayor parte de la población (85%) presenta Deterioro Cognitivo con una notoria alteración en sus funciones mentales de acuerdo a los resultados del Test Evaluación cognitiva Montreal (MOCA), lo que les causa problemas al momento de desenvolverse en su vida diaria.
- Se evidencia de acuerdo a la Escala de Soledad ESTE-R que en soledad familiar la mayor parte de personas evaluadas presentan un nivel bajo, en soledad conyugal la mayoría presenta un nivel de medio a alto, siendo este el predominante entre las otras dimensiones. En tercer lugar, la soledad social con un nivel medio en la población, es decir, tienen escasa red social y en cuanto a los sentimientos de crisis existencial, la mayoría de personas se encuentran en un nivel medio.

- En relación a la prevalencia de género se evidenció que las mujeres alcanzaron el 67,5%, y los hombres el 32,5% de la población total. La dimensión que mayor puntaje obtuvo fue soledad conyugal, misma que en las mujeres obtuvo el 66,6% en el nivel alto. Mientras que en los hombres se presenta el 46,5% en nivel medio. Lo que indica que en las mujeres existe mayor prevalencia de sentimientos de soledad conyugal. El 100% de los hombres presentó deterioro cognitivo mientras que en las mujeres fue el 85% de la población total, lo que indica que los hombres presentan mayor probabilidad de desarrollarla.

5.2 Recomendaciones

- A partir de los resultados obtenidos donde confirma que la soledad si tiene relación con el deterioro cognitivo en las personas que asisten al Centro Integral del Adulto Mayor del GAD Ambato, se recomienda que la institución siga funcionando como un eje estratégico, para la disminución de sentimientos de soledad social, la cual se evidenció en menor cantidad en los evaluados.
- Es recomendable que se incluya un programa de rehabilitación cognitiva con un equipo multidisciplinario formado por: el psicólogo, neurólogo y trabajador social, para evitar un mayor deterioro cognitivo en los adultos mayores e inclusive estados demenciales.
- Se recomienda la elaboración de un programa o protocolo de intervención psicológica cognitiva para las personas que presentan sentimientos de soledad,

con el fin de disminuirlos enseñándoles a los adultos mayores a identificarlos y poner en practica herramientas para que no se presenten de manera frecuente.

- Para disminuir la aparición de Deterioro Cognitivo en los hombres es importante realizar intervención primaria en salud con una evaluación psicológica previa a la vejez con el objeto de prevenir las consecuencias que conlleva la aparición de esta enfermedad. Mientras que en las mujeres es importante un acompañamiento social y psicológico para disminuir sus ideas irracionales acerca de los sentimientos de soledad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografía

Bacellar, S. (2007). *Memoria e Envelhecimento: uma experiencia, con grupos da terceira idade y Carbajal*,. Montevideo: Psicolibros.

Cardona, J., Villamil, M., Henao, E., & Quintero, A. (2013). El sentimiento de soledad en adultos . *Medicina U.P.B*, 9-19.

Fadiman, J., & Frager, R. (2001). *Teorías de la personalidad* . Mexico DF: Oxford.

Luria, A. (1975). *Atención y memoria*. Barcelona: Martínez Roca.

Linkografía

ACUMAR. (2012). *Hacia una vejez saludable*. Obtenido de ACUMAR:
http://old.acumar.gob.ar/content/documents/Salud/Recomendaciones/Rec_p_u na_vejez_saludable.pdf

Allegri, R. (2016). Latinoamérica, un camino hacia la prevención del deterioro cognitivo. *Revista colombiana de ciencias sociales* , 307-310.

Aprendizaje y visión . (11 de Agosto de 2014). *Aprendizaje y visión* . Obtenido de Aprendizaje y visión :
<https://aprendizajeyvision.wordpress.com/2014/08/11/habilidades-visoespaciales/>

Baddeley, Thomson, & Buchanan. (1975). *Memoria a corto plazo*. Obtenido de http://www4.ujaen.es/~rmartos/Tema_5_Memoria-corto-plazox.pdf

- Bail, V. (2014). *Crisis, Soledad y Apego* . Obtenido de Crisis, Soledad y Apego :
http://www.psi.uba.ar/academica/carrerasdegrado/psicologia/sitios_catedras/practicas_profesionales/632_ambito_comunitario/material/crisis_soledad_apego.pdf
- Bao-Liang, Z., Shu-Lin, C., & Yeates, C. (2015). *Effects of Transient Versus Chronic Loneliness on Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey*. Obtenido de Effects of Transient Versus Chronic Loneliness on Cognitive Function in Older Adults: Findings From the Chinese Longitudinal Healthy Longevity Survey:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1064748115003218>
- Bermejo, J. (2005). *La Soledad en los mayores*. Obtenido de La Soledad en los mayores:
<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/rubio-soledad-02.pdf>
- Boss, L., Kang, D.-H., & Branson, S. (2015). Loneliness and cognitive function in the older adult: a systematic review. *International Psychogeriatrics*, 541-553.
- Buiza, C. (Octubre de 2001). *Evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje* . Obtenido de Evaluación y tratamiento de los trastornos del lenguaje :
<http://alimentaciondietaynutricion.com/wp-content/uploads/2012/09/Trastornos-de-lenguaje-en-el-adulto-mayor.pdf>
- Cabras, E. (2012). *Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo* . Obtenido de Plasticidad Cognitiva y Deterioro Cognitivo :

https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/11759/58165_cabras_emilia.pdf?sequence=1

Castro, C. (2014). *Abstracción*. Obtenido de Abstracción: <https://prezi.com/cztht-8lebro/abstraccion-psicologia-julianm/>

Castro, M., & Salazar, M. (2014). Rendimiento cognitivo de personas mayores que participan en grupos organizados en la provincia de San José. *Actualidades en Psicología* , 41-53.

Comisión Económica para América Latina y el Caribe. (2014). *Envejecimiento*. Obtenido de CEPAL: <https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento>

Del Brutto, O., Mera, R., Zambrano, M., & Del Brutto, V. (2017). deterioro cognitivo: prevalencia y correlatos en una comunidad rural ecuatoriana. Lecciones del Proyecto Atahualpa. *Revista Ecuatoriana de Neurología* , 164-178.

Enache, D., Winblad, B., & Aarsland, D. (2011). *Depression in dementia*. Obtenido de Depression in dementia: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5261/1/MED224pdf.pdf>

Estévez, F., Abambari, C., Atiencia, R., & Webster, F. (2014). Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social . *Revista Ecuatoriana de Neurología* , 12-17.

Federación Mundial de Neurología. (23 de Mayo de 2010). *OMS advierte que el deterioro cognitivo será uno de los mayores desafíos para Latinoamérica.*

Obtenido de Doc Salud: <http://www.docsalud.com/articulo/578/oms-advier-te-que-el-deterioro-cognitivo-ser%C3%A1-uno-de-los-mayores-desaf%C3%ADos-para-latinoam%C3%A9rica>

Ferrari, V. (2015). *Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agente de cambio.* Obtenido de Soledad en la vejez, el adulto mayor y su entorno social como agente de cambio: http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_valentina_ferrari_1.pdf

Gajardo, J. (2015). Vejez y soledad: Implicancias a partir de la construcción de la noción de riesgo. *Acta Bioethica*, 199-205.

García, L. (Febrero de 2015). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el hospital de atención integral del adulto mayor. Quito, Pichincha, Ecuador.

García, L. (2015). *evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el Hospital de Atención Integral del adulto mayor realizado en la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador en la ciudad de Quito.* Obtenido de evaluación geriátrica integral del adulto mayor hospitalizado, en el Hospital de Atención Integral del adulto mayor realizado en la Pontificia Universidad Católica Del Ecuador en la ciudad de Quito:

<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/7712/DISERTACION%20LISETH%20GARCIA.pdf?sequence=1>

Gené-Badia, J., Ruiz-Sánchez, M., Obiols-Masó, N., Oliveras Puig, L., & Lagarda Jiménez, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Elsevier*, 604-609.

Gonzalez, M., Facal, D., & Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. *Escritos de Psicología*, 34-42.

Instituto Nacional de Estadísticas y Censo. (2010). *Salud mental en el Ecuador*. Obtenido de INEC: <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/documentos/web-inec/Infografias/SaludMental.pdf>

Labra, J., & Menor, J. (2014). Estimulación cotidiana y funcionamiento cognitivo: la importancia de la participación de personas mayores sanas en actividades cotidianas cognitivamente demandantes. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 309-319.

Luria. (1981). *Neuropsicología de la Memoria*. Obtenido de http://www.bordacienciaportnoy.com.ar/descargas/Neuropsicologia_de_la_memoria.pdf

Merchán, E., & Cifuentes, R. (2014). *Teorías psicosociales del envejecimiento*. Obtenido de Teorías psicosociales del envejecimiento.:

<http://asociacionciceron.org/wp-content/uploads/2014/03/00000117-teorias-psicosociales-del-envejecimiento.pdf>

Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2013). *Dirección Población Adulta Mayor*. Obtenido de MIES: <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

Montero, M., López, L., & Sánchez, J. (2001). La soledad como fenómeno psicológico: un análisis conceptual . *Salud Mental*, 19-27.

Navarro, E., Calero, D., & Calero, M. (2014). Diferencias entre hombres y mujeres mayores en funcionamiento cognitivo y calidad de vida. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 267-277.

Organización Mundial de la Salud . (2017). *Demencia*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2013). *La prevalencia de la demencia y El deterioro cognitivo en las personas mayores en el África subsahariana: una revisión sistemática*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422-ab/es/>

Organización Mundial de la Salud. (2016). *La salud mental y los adultos mayores*. Obtenido de OMS: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>

Organización Panamericana de la Salud. (30 de Septiembre de 2015). *La cantidad de personas mayores de 60 años se duplicará para 2050; se requieren*

importantes cambios sociales. Obtenido de OPS:
http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=11302%3Aworld-population-over-60-to-double-2050&Itemid=1926&lang=es

Piaget. (1978). *Abstracción* . Obtenido de Abstracción:
<https://chasqueweb.ufrgs.br/~slomp/epistemologiagenetica/glossario/ABSTRACCION.htm>

Preiss, M., Shatil, E., Cermakova, R., Cimermannova, D., & Flesher, I. (2013). *Funciones cerebrales.* Obtenido de CogniFit:
<https://www.cognifit.com/es/funciones-cerebrales>

Quintero, Á., Henao, M., Villamil, M., & Cardona, J. (2015). Cambios en la depresión y el sentimiento de soledad después de la terapia de la risa en adultos mayores internados. *Biomédica*, 90-100.

Robalino, J. (09 de Julio de 2012). *Junta de Beneficencia de Guayaquil.* Obtenido de Junta de Beneficencia de Guayaquil:
<https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>

Romero, & Vásquez. (2002). *Que es la neuropsicología* . Obtenido de Que es la neuropsicología : <https://es.scribd.com/document/261722436/Capitulo-1-Neuropsicologia-Clinica-Romero-Vasquez>

Rubio, R., Pinel, M., & Rubio, L. (2016). Tres interrogantes sobre la soledad social en los adultos mayores de Granada, España. *Revista Psicológica Trujillo, Peru*, 166-173.

Sánchez, J., & Vásquez, D. (2013). *Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del IESS, Cuenca*. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5261/1/MED224pdf.pdf>

Sánchez, J., Vásquez, D., & Zuñiga, J. (2013). *Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social, Cuenca*. Obtenido de Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano De Seguridad Social, Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5261/1/MED224pdf.pdf>

Santos, N., & Cando, S. (2015). *Desarrollo de un proyecto de recreación dirigido a mantener la salud en el adulto mayor del hogar de ancianos del instituto Estupiñan del barrio San Sebastián de Latacunga*. Obtenido de Desarrollo de un proyecto de recreación dirigido a mantener la salud en el adulto mayor del hogar de ancianos del instituto Estupiñan del barrio San Sebastián de Latacunga: <http://repositorio.utc.edu.ec/bitstream/27000/2278/1/T-UTC-3429.pdf>

Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., & Steptoe, A. (2013). Social Isolation and Loneliness: Relationships With Cognitive Function During 4 Years of Follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, 161–170.

Silva, M., & Vivar, V. (2015). *Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado*. Obtenido de Factores asociados a la depresión en el adulto mayor institucionalizado: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/21620/3/TESIS.pdf>

Sosa, M. (2016). *Deterioro Cognitivo en la Vejez*. Obtenido de http://sifp1.psico.edu.uy/sites/default/files/Trabajos%20finales/%20Archivos/tfg_m.jose_sosa.pdf

Toledo, A. (09 de Febrero de 2008). *Psicología* . Obtenido de Psicología : <http://andrestoledopsicologia.blogspot.com/2008/02/el-lenguaje.html>

Torres, A. (2003). *Comportamiento Epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar*. Obtenido de Comportamiento Epidemiológico del adulto mayor según su tipología familiar: http://digeset.ucol.mx/tesis_posgrado/Pdf/TORRES_OLMEDO_ANA_EMANUELLE.pdf

Citas bibliográficas base de datos UTA

SCOPUS: Cardona, J., María, V., Henao, E., & Quintero, A. (2007). Concepto de soledad y percepción que de su momento actual tiene el adulto mayor en el municipio de Bello, Colombia, 2007. *Scopus*, 153-163.

SCOPUS: Jürschik, P., Botigué, T., Nuin, C., & Lavedán, A. (2013). Estado de ánimo caracterizado por soledad y tristeza: factores relacionados en personas mayores. *Scopus*, 14-17.

SCOPUS: Roblesa, A., Del Serb, T., Alomc, J., & Peña, J. (2002). Propuesta de criterios para el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo ligero, la demencia y la enfermedad de Alzheimer. *Scopus* , 17-33.

SCOPUS: Gené, J., Ruiz, M., Obiols, N., Oliveras, L., & Lagarda, E. (2016). Aislamiento social y soledad: ¿qué podemos hacer los equipos de atención primaria? *Scopus*, 604-609.

SCOPUS: Jong Gierveld, J. (1998). A review of loneliness: concept and definitions, determinants and consequences. *Scopus* , 73–80.

ANEXOS

Anexo 1

ESCALA ESTE-R



Nombre: _____

Fecha: _____ Edad: _____

Nivel De Escolaridad: _____

	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo					
2. ¿Con que frecuencia siente que no hay nadie cerca de usted?					
3. ¿Siente que tiene a alguien que quiere compartir su vida usted?					
4. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito					
5. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama					

6. Tengo a alguien que llena mis necesidades emocionales					
7. Contribuyo a que mi pareja sea feliz					
8. Me siento solo cuando estoy con mi familia					
9. Mi familia se preocupa por mí					
10. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo aunque me gustaría que lo hubiera					
11. Realmente me preocupo por mi familia					
12. Siento que pertenezco a mi familia					
13. Me siento cercano a mi familia					
14. Lo que es importante para mí no parece importante para la gente que conozco					
15. No tengo amigos que compartan mis					

opiniones aunque me gustaría tenerlos					
16. Siento que mis amigos entienden mis intenciones y opiniones					
17. Me encuentro a gusto con la gente					
18. Tengo amigos a los que puedo recurrir cuando necesito consejo					
19. Me siento aislado					
20. ¿Con qué frecuencia sientes que hay gente que realmente te comprende?					
21. Siento que mi familia es importante para mí					
22. Me gusta la gente con la que salgo					
23. Puedo contar con mis amigos si necesito recibir ayuda					
24. Me siento satisfecho con los amigos que tengo					
25. Tengo amigos con los que comparto					

mis opiniones					
26. Estoy preocupado porque no puedo confiar en nadie					
27. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas					
28. Siento que soy importante para la gente					
29. Siento que no soy popular					
30. Siento que a medida que me voy haciendo mayor se ponen las cosas peor para mí					
31. Siento que las cosas pequeñas me molestan ahora más que antes					
32. Siento que conforme me voy haciendo mayor, soy menos útil					
33. A veces siento que la vida no merece la pena ser vivida					

34. Tengo miedo de muchas cosas					
---------------------------------	--	--	--	--	--

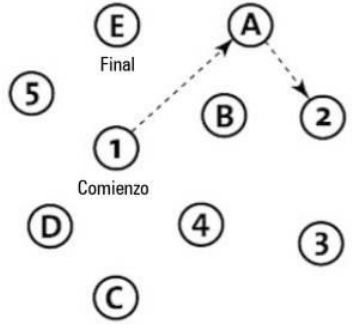
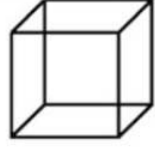
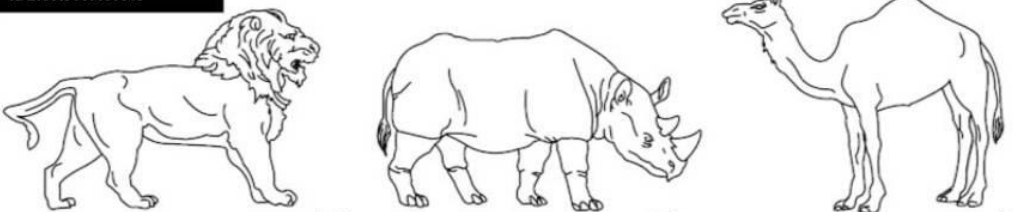
FIRMA:

Anexo II

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOSPACIAL / EJECUTIVA							 Copiar el cubo <input type="checkbox"/>			Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)			Puntos
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas			___/5					
IDENTIFICACIÓN							<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			___/3			
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdese las 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos						
		1er intento											
		2º intento											
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2						___/2						
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.	<input type="checkbox"/> F B A C M N A A J K L B A F A K D E A A A J A M O F A A B					___/1						
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. <input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.						___/3						
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. <input type="checkbox"/> Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. <input type="checkbox"/>						___/2						
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. <input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)						___/1						
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta <input type="checkbox"/> tren-bicicleta <input type="checkbox"/> reloj-regla						___/2						
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente						
		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>							
Optativo	Pista de categoría												
	Pista elección múltiple												
ORIENTACIÓN	<input type="checkbox"/> Día del mes (fecha) <input type="checkbox"/> Mes <input type="checkbox"/> Año <input type="checkbox"/> Día de la semana <input type="checkbox"/> Lugar <input type="checkbox"/> Localidad						___/6						
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocatest.org						Normal ≥ 26 / 30		TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios					

Anexo III

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ con Cédula de Identidad-_____ autorizo la estudiante Liliana Ortiz Mayorga, a hacer uso de la información que yo pueda proporcionarle para la realización de su proyecto de investigación que tiene por tema “ Soledad y Deterioro Cognitivo” de la Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera Psicología Clínica, la misma que se llevará a cabo en el periodo, Septiembre 2017- Febrero 2019 en el Centro Integral del Adulto Mayor del GAD Ambato.

El objetivo de este documento es darle a conocer que:

La participación en esta investigación es definitivamente de forma voluntaria. Esto quiere decir que si usted lo desea puede negarse a participar o abandonar el estudio en el momento que quiera sin tener que rendir cuentas.

Es probable que usted no reciba ningún beneficio directo del estudio realizado, pues los datos proporcionados tienen como finalidad producir conocimientos que podrían ser usados para elaborar estrategias de entrenamiento cognitivo en cuanto a la memoria, en complemento con tratamiento psicoterapéutico.

Finalmente cabe recalcar que el estudio no produce ningún daño o riesgo y que se garantiza total discreción y confidencialidad en la información obtenida.

Con el fin de agilizar la investigación se procederá a hacer un acompañamiento donde se emitirá una explicación previa, antes de que conteste las baterías de evaluación, para un mejor desenvolvimiento.

Firma o huella: _____

Fecha: _____