



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

“FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y
BIENESTAR PSICOLÓGICO EN
FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL
PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES
DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS
ASOCIACIONES DEL ECUADOR”

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGÍA CLÍNICA

WASHINGTON FABIAN ROJAS
PILALUMBO

LIMA – PERÚ

2025

ASESORA

Dra. Teresa Cecilia Fernández Bringas

JURADO DE TESIS

MG. ELENA ESTHER YAYA CASTAÑEDA

PRESIDENTE

MG. SUSANA ELIZABETH MAMANI GUERRA

VOCAL

MG. MELANIA KATY GUTIERREZ YEPEZ

SECRETARIA

DEDICATORIA.

A Dios, por las bendiciones brindadas.

A mi familia, por su apoyo en todo momento.

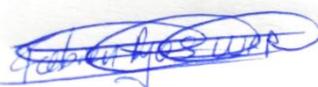
AGRADECIMIENTOS.

A mis docentes, por sus valiosas enseñanzas.

FUENTE DE FINANCIAMIENTO.

Tesis autofinanciada

DECLARACIÓN DE AUTOR			
FECHA	20	ENERO	2025
APELLIDOS Y NOMBRES DEL EGRESADO	ROJAS PILALUMBO WASHINGTON FABIAN		
PROGRAMA DE POSGRADO	MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA		
AÑO DE INICIO DE LOS ESTUDIOS	2015		
TÍTULO DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE GRADO	“FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR ”		
MODALIDAD DE TRABAJO DE GRADO	Tesis		
Declaración del Autor			
El presente Trabajo de Grado es original y no es el resultado de un trabajo en colaboración con otros, excepto cuando así está citado explícitamente en el texto. No ha sido ni enviado ni sometido a evaluación para la obtención de otro grado o diploma que no sea el presente.			
Teléfono de contacto (fijo / móvil)	+59 398 4505903		
E-mail	washington.rojas.p@upch.pe		



Firma del Egresado

Cédula de Identidad 1803483849

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN

ABSTRACT

I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	7
III. HIPÓTESIS	8
IV. MARCO TEÓRICO	9
V. METODOLOGÍA	30
VI. RESULTADOS	42
VII. DISCUSIÓN	50
VIII. CONCLUSIONES	55
IX. RECOMENDACIONES	56
X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	57
XI. ANEXOS	

RESUMEN

Este estudio se realizó con el propósito de determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo (FC) y el bienestar psicológico (BP) en función al nivel de apoyo social percibido (ASP) en adultos mayores de dos asociaciones en la sierra y la costa de Ecuador. Respecto al marco metodológico, el tipo de investigación fue básica, con un enfoque cuantitativo, nivel descriptivo correlacional y diseño no experimental transversal. Participaron 116 adultos mayores, de entre 65 y 85 años. Los instrumentos empleados fueron la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido, la Escala de Bienestar Psicológico y el Mini Mental State. Los resultados indican que el FC y el BP se relacionan de forma positiva y débil en aquellos adultos mayores que presentaban un ASP bajo, y de forma negativa y débil en aquellos adultos mayores que presentaban un ASP alto. Asimismo, la relación entre algunas dimensiones del FC y del BP es positiva y débil en los adultos mayores con ASP bajo y medio, sin embargo, en los adultos mayores con ASP alto esa relación es negativa y débil.

PALABRAS CLAVES

ENVEJECIMIENTO COGNITIVO, BIENESTAR PSICOLÓGICO, APOYO SOCIAL PERCIBIDO, ADULTO MAYOR

ABSTRACT

This study was carried out with the purpose of determining the relationship between cognitive functioning and psychological well-being based on the level of perceived social support in older adults from two associations in the mountains and the coast of Ecuador. Regarding the methodological framework, the type of research was basic, with a quantitative approach, correlational descriptive level and cross-sectional non-experimental design. 116 older adults, between 65 and 85 years old, participated. The instruments used were the Multidimensional Scale of Perceived Social Support, the Psychological Well-being Scale and the Mini Mental State. The results indicate that cognitive functioning and psychological well-being are related in a positive and weak way in those older adults who had low perceived social support, and in a negative and weak way in those older adults who had high perceived social support. Likewise, the relationship between some dimensions of cognitive functioning and psychological well-being is positive and weak in older adults with low and medium perceived social support, however, in older adults with high social support this relationship is negative and weak.

KEYWORDS

COGNITIVE AGING, PSYCHOLOGICAL WELL-BEING, PERCEIVED SOCIAL SUPPORT, AGED

I. INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema de investigación

En el estudio sobre el envejecimiento y salud mental realizado por la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2024), el principal problema que se evidencia es el gran incremento de la población de la tercera edad, cuyo volumen se ha incrementado y seguirá creciendo a nivel global. Al respecto, en el año 2015 se registraron 900 millones de adultos mayores, mientras que para el año 2050 se prevé que esta cifra alcanzará los 2,000 millones, de los cuales se calcula que el 80% vivirá con enfermedades crónicas.

En este mismo estudio de la OMS (2024), se señalan como enfermedades actuales de los adultos mayores la diabetes, hipoacusia, artrosis, cefaleas, demencia, depresión, deterioro cognitivo, úlceras, ansiedad, y como problemas sociales se señalan el maltrato, abuso de confianza en cuestiones económicas, pobreza, desempleo, estereotipos sociales, abandono familiar, aislamiento social, soledad, desprotección jurídica, inseguridad, bajas pensiones, así como consumo de sustancias psicotrópicas alcohol y medicamentos en el 1% de esta población.

De la misma manera, en Ecuador, en el 2024 se registraron 1'520,590 adultos mayores en las regiones sierra, costa, oriente y zona insular, representando al 9% de la población nacional, de los cuales el 30.2% sufría dificultades funcionales, el 20.6% presentaba problemas de movilidad y el 12.8% problemas de visión (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos [INEC], 2024).

En un estudio realizado por Cuadra-Peralta et al. (2016), en Chile, se halló que los adultos mayores presentan cambios anatómicos, funcionales y psicológicos irreversibles como Alzheimer, esclerosis lateral, Huntington, Lewy, Parkinson,

entre otros, que se relacionan con los factores de la calidad de vida, dentro de los cuales señalan las habilidades sociales, sensoriales, autonomía, vínculos o participación psicosocial, bienestar psicológico (BP), proyectos a futuro, apoyo social, experiencias y relaciones positivas. También, en un estudio realizado por Durán-Badillo et al. (2013), en México, se encuentra que el FC de los adultos mayores puede verse afectado por síntomas depresivos que causan frustración, tristeza, inutilidad, dependencia funcional ausencia de bienestar, pérdida de interés social e ideas de culpa, porque afectan las funciones cognitivas.

Por otro lado, se han realizado diversos estudios, como el de Vivaldi y Barra (2012) en Chile, quienes hallaron que el apoyo social que reciben las personas de la tercera edad brinda beneficios tanto cognitivos como físicos, y además, aquellos que reciben este apoyo tienen mayor nivel de salud a diferencia de los que viven solos y con una escasa red de apoyo social. Estos últimos presentan estrés, polifarmacia, discapacidad, mal FC y disminución del BP.

El Ministerio de Salud Pública y el Ministerio de Inclusión Económica y Social de Ecuador brindan actividades de ocio mediante talleres que potencian las habilidades cognitivas, sociales de los adultos mayores de la costa y sierra, con la finalidad de realizar procesos de prevención médica y psicológica, y promoviendo la conformación de redes de apoyo social y mejores condiciones para mantener el FC, así como también el BP.

Sin embargo, no todos los adultos mayores tienen iguales características sociales, interacción y contacto con amigos u otros. Quien suscribe ha realizado observaciones en adultos mayores en dos asociaciones de atención a adultos mayores: una de la sierra (Ambato) y otra de la costa (Esmeraldas). En estas

asociaciones se encuentran adultos mayores que presentan características observables diferentes: algunos se comunican con los demás a través de conversaciones largas, participan en las actividades grupales, son expresivos en sus sentimientos de alegría, describen lo que leen, recuerdan a las personas, sus nombres y detalles de la vida en común. Otros de estos ancianos se muestran poco comunicativos, leen poco o nada, presentan lenta actividad, suelen demostrar mala memoria, comunican sentirse solos, tienen mayor dependencia física que los del grupo anterior y sus relaciones interpersonales son pobres.

Estas diferencias entre ambos grupos podría deberse a diferentes variables y condiciones, por ejemplo, las relaciones sociales que aportan sus vínculos de relación familiar o social, tal como se ha descrito en los estudios mencionados por Vivaldi y Barra (2012), y Cuadra-Peralta et al. (2016), pero no se tiene información acerca de las diferencias que pudieran encontrarse de acuerdo a su procedencia y vida en zona de sierra o costa.

Las condiciones sociales y económicas en ambas zonas son muy diferentes; los adultos mayores del cantón Ambato se dedican a trabajar en la agricultura en la siembra y cosecha de flores y frutas que constituye el sustento económico, en su mayoría los adultos mayores que son casados comparten la mayor parte del tiempo con sus parejas, participan en actividades sociales y grupales, que son comunes en la vida comunitaria de la zona. Por otra parte en la región costa, cantón Esmerada, la actividades principales son el turismo, la gastronomía y la música. En relación a las condiciones socioeconómicas, se encuentra una tasa de 5.1% de pobreza en la población de la tercera edad de Esmeralda (costa), a diferencia de la tasa de pobreza

del 57% en la población de la misma edad en la región de la sierra en el cantón Ambato.

La literatura de Vivaldi y Barra (2012) demuestra que, en los adultos mayores, el BP y el FC se asocian entre sí, mientras que, por otro lado, se encuentra que el contexto de relaciones sociales contribuye a mejorar su bienestar.

Respecto del grupo de adultos mayores de Esmeralda y Ambato no se tiene información acerca de cómo está ocurriendo esta situación, ya que en Ecuador no se cuenta con información específica sobre la relación entre estas variables FC, BP y de su ASP.

Por otro lado, es innegable el impacto que tuvo la pandemia de COVID-19 a poblaciones vulnerables, como lo son los adultos mayores, y además, las medidas de restricción y confinamiento para prevenir su contagio redujeron las oportunidades de interacción social de estas personas, así como también aumentó la preocupación respecto a enfermarse y alteró sus actividades de la vida cotidiana, afectando su bienestar psicológico (Carreño et al., 2021).

Por estas razones, se propone el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico en función al apoyo social percibido en adultos mayores de dos asociaciones en la sierra y la costa de Ecuador?

Importancia y justificación del estudio

Uno de los aportes más significativos del estudio recae en la profundización respecto a las condiciones de bienestar y evolución cognitiva de los adultos, y la importancia del apoyo social, siendo de utilidad ante las condiciones demográficas actuales orientadas al aumento de la población mayor a los 60 años en Ecuador,

donde en el 2010 representaba el 6.5% de la población, mientras que en 2022 pasó a representar el 9% (INEC, 2023). Además, esta investigación tiene un alto valor social, en tanto los adultos mayores han sufrido el efecto del confinamiento obligado como prevención del contagio del COVID-19. En primer lugar su vida social disminuyó debido al limitado contacto social, por lo que se alteró su rutina de sus actividades cotidianas por no poder salir; tampoco han podido hacer ejercicios, y en general es posible que esto haya tenido impacto en su funcionalidad física pero también en su mundo emocional (Loja, 2021).

En concreto, los adultos mayores que asisten a las asociaciones de costa y sierra del Ecuador dejaron de ir a sus reuniones interdiarias o diarias, por lo tanto, se interrumpieron sus relaciones sociales de manera abrupta, actividades de motivación y estimulación, que son las que desarrollan en estas asociaciones. En este sentido, el presente proyecto busca comprender cómo están los adultos mayores en estas asociaciones de manera que se les pueda apoyar.

Actualmente, al haberse levantado el estado de excepción en el Ecuador implementado para prevenir el COVID-19 en las asociaciones referidas, se han reiniciado paulatinamente las actividades, por lo que los adultos mayores están retomando sus actividades por lo menos dos veces a la semana. En este contexto es muy pertinente el desarrollo del estudio ya que permite conocer el estado del FC y BP en función del ASP que tienen actualmente estos adultos mayores. Este estudio es uno de los primeros en hacerse en este grupo poblacional del Ecuador, proporcionando información muy importante que permite promover mejores condiciones de atención a este grupo de personas.

El aporte teórico del estudio se fundamenta en la ampliación del conocimiento sobre las variables del estudio en la población adulta mayor, con el propósito de reconocer la tendencia asociativa que existe entre estas variables en función al ASP.

En lo práctico aporta información para adaptar los programas de atención de adultos mayores de acuerdo a sus condiciones actuales, que apoyen la prevención y atención de problemas emocionales y cognitivos eligiendo las estrategias de intervención psicológica grupal e individual más oportunas para aportar en un envejecimiento productivo y creativo.

El aporte metodológico se orienta a analizar la relación entre las variables exclusivamente a través de la fuerza de correlación sin considerar la significancia estadística, debido a que se empleó un muestreo censal y con la finalidad de dejar de lado el sesgo que se puede generar al emplear una medida más estable.

Limitaciones del estudio

Los resultados obtenidos fueron limitados solo para esta población, porque se empleó un muestreo de tipo no probabilístico, por lo que solo los datos estadísticos obtenidos serán aplicados en una población específica y no en todos los adultos mayores, dificultando su generalización.

Asimismo, otra limitación corresponde a las escasas investigaciones desarrolladas en Ecuador que involucren estas variables en la población adulta mayor, por lo que el análisis y la contrastación de resultados no se vio suficientemente enriquecido.

II. OBJETIVOS

Objetivo general

OG Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico en función al nivel de apoyo social percibido en adultos mayores de dos asociaciones en la sierra y la costa de Ecuador.

Objetivos específicos

OE1 Establecer la relación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en los adultos mayores con nivel bajo de apoyo social percibido de dos asociaciones de la sierra y costa en dos asociaciones del Ecuador.

OE2 Establecer la relación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en los adultos mayores con nivel medio de apoyo social percibido de dos asociaciones de la sierra y costa en dos asociaciones del Ecuador.

OE3 Establecer la relación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en los adultos mayores con nivel alto de apoyo social percibido de dos asociaciones de la sierra y costa en dos asociaciones del Ecuador.

III. HIPÓTESIS

Hipótesis general

HG Existe relación entre el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico en función al nivel de apoyo social percibido en adultos mayores de dos asociaciones en la sierra y la costa de Ecuador.

Hipótesis específicas

HE1 Existe relación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en los adultos mayores con nivel bajo de apoyo social percibido de dos asociaciones de la sierra y costa en dos asociaciones del Ecuador.

HE2 Existe relación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en los adultos mayores con nivel medio de apoyo social percibido de dos asociaciones de la sierra y costa en dos asociaciones del Ecuador.

HE3 Existe relación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en los adultos mayores con nivel alto de apoyo social percibido de dos asociaciones de la sierra y costa en dos asociaciones del Ecuador.

IV. MARCO TEÓRICO

Revisión teórica de las variables

En el siguiente apartado se presentan las definiciones, teorías, modelos, clasificación del apoyo social percibido, el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico.

Apoyo social percibido

Conceptualización del apoyo social percibido. Según Bruno et al. (2012), el ASP es definido como una estrategia de afrontamiento mediante el soporte recibido de los demás. Rosa-Rodríguez et al. (2015) refieren que es la cantidad de vínculos que se relacionan o establecen con la red social y desde la perspectiva funcional se sitúa en los vínculos importantes con la familia y el matrimonio. Por otra parte, el enfoque estructural del apoyo social es percibido como la cantidad de amistades, familiares, así como de otras personas relevantes para la persona.

Bowlby (1982), en su teoría del apego social percibido, define a este como la percepción de ser valorado, amado, por familiares, amigos, matrimonio, generando bienestar, satisfacción vital.

Bonifacio (2019) refiere que las personas de la tercera edad en el diario vivir se enfrentan a dificultades, necesidades diarias, muchos adultos mayores se apoyan en las relaciones sociales, familiares, amigos, otros para dar respuestas a esas situaciones cotidianas que producen reacciones, emociones positivas o negativas, que pueden verse o no reflejadas en el bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo en su última etapa del ciclo evolutivo.

Según Quispe (2019), los adultos mayores presentan cambios físicos, psicológicos, sociales como el dolor, dependencia funcional, requieren de apoyo

familiar, acompañado de afecto para mejorar su calidad de vida; es así que las personas de la tercera edad que tiene mayor apoyo social tienen menor dependencia, mayor felicidad, y disminución en los cambios biopsicosociales. Para Condo (2020) los adultos mayores que se encuentran influenciados por las relaciones sociales de sus familiares, amigos, otros que participan en talleres, y conversaciones con sus pares donde expresan sus emociones, mejoran su calidad de vida y su bienestar psicológico e incluso previene las enfermedades mentales como la depresión, la ansiedad y la demencia.

Bases teóricas del apoyo social percibido.

Teoría de Gottlieb. Para Gottlieb (1981), el modelo del ASP está constituido por las características del sujeto que necesita apoyo de su entorno comunitario, donde se produce la interacción basada en parámetros como tamaño, número de relaciones y los elementos interrelacionales de la red que proporciona ayuda emocional y comunicacional. Para Pérez (2005), el apoyo social son las relaciones dialécticas entre sujetos y el ambiente como son la comunidad, relaciones íntimas, interpersonales, sociales, la forma de vinculación es distinta en el ser humano en cada estrato (i.e. microsistema, mesosistema, macrosistema).

Teoría de Caplan. La teoría de Caplan, sobre el aporte social percibido menciona que está constituido por el componente conductual real que es definido como el producto de la interrelación de las relaciones sociales con familiares, sociales y con otros, un segundo componente del apoyo social percibido es el elemento cognitivo que se definido como la información, consejos, sugerencias, alternativas que ayuda a enfrentar y resolver problemas en situaciones difíciles que presenta el adulto mayor.

En la teoría de Caplan existen tres funciones o dimensiones para el apoyo social percibido (Pérez, 2005). La función apoyo emocional corresponde a la expresión de sentimientos, pensamientos, con quien hablar, necesidad de ser querido, amado, es el apoyo expresivo mediante la comunicación asertiva con otras personas que permiten aumentar su salud física y mental. Asimismo, la función apoyo informacional o estratégico corresponde a dar información, aconsejar, sugerir, para superar situaciones difíciles, o resolver problemas. Además, el apoyo material o instrumental corresponde a las relaciones de apoyo social para cumplir con las tareas cotidianas de una persona mediante instrumentos con el acompañamiento de profesionales y la prestación de ayuda de servicios directos.

Clasificación de las dimensiones del apoyo social percibido. Según Riquelme (1997), el estudiar el apoyo social percibido implica un análisis multidimensional desde su estructura y funcionamiento que se clasifica en:

Apoyo familiar, en el cual se considera a los vínculos de inicio del individuo para satisfacer las necesidades, desarrollar distintos tipos de apoyo como afecto, comunicación, en sus integrantes que necesitan ser evaluadas (González & Landero, 2014).

Apoyo en los amigos, donde se consideran los vínculos secundarios que forman parte de la interacción social grupos del sujeto, que pueden ser influyentes en las personas y deben ser valoradas (González & Landero, 2014).

Apoyo de otros significativos, el cual está asociado con la dinámica de los otros sujetos para realizar actividades de entretenimiento, ocupación, recreación (Bonifacio, 2019). Los adulto mayores que no tiene un buen soporte de apoyo y relaciones familiares, soledad, falta de afecto, analfabetismo, el vivir sin pareja,

en zonas rurales, la pobreza, discapacidad que genera alteraciones mentales como depresión, estrés. Según Castro Muñoz et al. (2019), el apoyo de familiares en los adultos mayores permiten desarrollan la su estabilidad emocional, relaciones positivas en su entorno, fortalece el autoestima, en algunos casos el no contar con el apoyo familiar genera enfermedades mentales como la depresión, deterioro cognitivo.

Para Castro Muñoz et al. (2019), los adultos mayores que comparten, interactúan con sus familias tiene mayor autoestima, autoconcepto y las personas que mantienen un contacto esporádico o no tiene apego familia tienen a disminuir su autoestima, autoconcepto, y bienestar psicológico. También, para Armenta et al. (2023), los adultos mayores que tienen emociones negativas, ideas irracionales, sentimientos inadecuados, soledad se debe a la pérdida de compañía, por pérdida de seres queridos por no tener a nadie con quien interactuar.

Bienestar psicológico

Conceptualización del bienestar psicológico. El bienestar psicológico es un estado mental positivo que destaca por presentar un elevado vigor y resistencia cognitiva, incluso en las dificultades (Casullo, 2002). En cuanto al bienestar es una experiencia y estado psicológico óptimo de un individuo, en donde intervienen factores cognitivos motivacionales, conductuales, aspectos positivos y crecimiento personal, dichas características promueven el potencial humano para así construir un estilo de vida (Celeste & Jiménez, 2014).

El bienestar psicológico está constituido por características, destrezas y habilidades personales que tienen la finalidad de potenciar el desarrollo personal del sujeto para sentirse bien consigo mismo. Las experiencias positivas y negativas

son herramientas útiles con la finalidad de propiciar una mejor percepción respecto a la vida en los diferentes procesos evolutivos (Rojas, 2015).

Bases teóricas del bienestar psicológico.

Teoría de Seligman. El fundamento de la teoría del bienestar psicológico se sustenta en la psicología positiva propuesta por Martín Seligman, promoviendo el potencial humano no solo como patología, sino también con sus fortalezas, virtudes y la psicología clínica, que, mediante sus investigaciones, desde el paradigma de la filosofía hedonista y eudaimónica, estudian los afectos positivos y el desarrollo personal. El bienestar psicológico no se basa únicamente a que una persona tenga las condiciones adecuadas para una vida, sino también en la satisfacción vital reflejada en los vínculos sociales, proyectos, autonomía, control, vínculos psicosociales (Celeste & Jiménez, 2014).

Modelo teórico de Casullo. Casullo (2008) menciona que el bienestar psicológico es parte de la epistemología de las Ciencias Sociales y de las Ciencias de la Salud para dar origen a un nuevo enfoque salutogénico. De la misma manera, la Psicología Humanista aporta al enfoque salutogénico: el ser humano debe ser estudiado desde el comportamiento de la mente humana a partir de sus capacidades.

En el BP es posible distinguir dos perspectivas generales: la primera es la denominación tradicional hedónica, y la segunda es la eudaimónica (Vivaldi & Barra, 2012).

El bienestar psicológico se desarrolla también como base teórica desde la sociología, determinando las costumbres y los valores, los cuales permiten desarrollar el procesamiento de la información durante su vida (Casullo, 2002).

En el bienestar psicológico se encuentran varias fortalezas como la sabiduría, curiosidad, motivación, creatividad, que se relaciona con el lenguaje, inteligencia, aprendizaje, pensamiento, juicio, memoria, comunicación, fijarse en detalles, habilidades interpersonales que se asocian con el funcionamiento de las capacidades psicológicas, cognitiva (Casullo, 2002). El bienestar psicológico del anciano depende de varios factores dinámicos, satisfacción que tiene al realizar actividades encaminadas a proyectos como el ingenio, imaginación o criterio personal, es de esta manera cómo los adultos mayores buscan la aceptación y gratificación por parte de su círculo familiar (Inga & Vara, 2006).

Las actividades físicas del adulto mayor son parte de su satisfacción, pero no son las únicas, al contrario, el adulto mayor cuenta con sabiduría por las diferentes crisis vitales y circunstanciales del recorrido de su vida con la interacción con su entorno social (Rojas, 2015).

Según el modelo propuesto por Casullo (2002), este constructo se organiza en las siguientes dimensiones:

La aceptación/control, la cual es definida como los sentimientos de bienestar con uno mismo (Casullo, 2002). Los adultos mayores, en el transcurso de su vida, han generado emociones positivas y negativas, conocimientos y sabiduría que les permiten sentirse bien con su persona.

El control de situaciones, haciendo referencia a la sensación de control y autoeficacia (Casullo, 2002). Los niveles de experiencias positivas y negativas adquiridos durante las diferentes etapas evolutivas, permiten que los adultos mayores mantengan control y competencia en las dificultades diarias. La aceptación se basa sobre las experiencias vivenciales que generan en el individuo las conductas

de autoaceptación consigo mismo y con la realidad que vive. Por ello, la aceptación está relacionada en el campo social mediante la cultura y la educación. En este tema existen diferentes bases que postulan sobre la autoestima donde mencionan que estos modelos son generados antes de la exposición de diversos factores (Barajas, 2013). Puede definirse como control a la reacción positiva del sujeto ante estímulos externos estresores que le permiten reducir el estresor sobre la capacidad de tolerancia a una situación negativa (Couso et al., 1998).

La autonomía, comprendida como la capacidad de realizar acciones por cuenta propia (Casullo, 2002). El adulto mayor suele actuar de manera libre para decidir las cosas que le agradan y le desagradan, pero en ocasiones, por las diferentes enfermedades físicas que le aquejan, pierde parte de su autonomía. Esta es una dimensión que se necesita para mantener, tanto la libertad, como la individualidad de cada persona (Castro, 2009), y está relacionada con la independencia que busca satisfacción de las necesidades básicas, un equilibrio independiente y reconocimiento de otras personas responsables en cuanto a poder elegir alternativas. También se comprende como la capacidad de generar alternativas de elección individual dirigidas a cumplir sus requerimientos básicos con respeto y libertad permitiendo establecer metas personales (Couso et al., 1998).

Los vínculos psicosociales, los cuales son definidos como la calidad de las interacciones con las demás personas (Casullo, 2002). Las personas de la tercera edad tienen relaciones interpersonales duraderas en relación a los jóvenes; en la edad adulta intermedia y temprana, esto se debe a las diferentes experiencias vitales que les permite ser más selectos a la hora de elegir sus relaciones.

Los proyectos, también llamados como metas y propósitos en la vida (Casullo, 2002). La psicología positiva brinda habilidades y potenciación de capacidad para el desarrollo de capacidades de planes futuros en el adulto mayor (Gutiérrez, 2010; Morales, 2014; Vázquez, 2013).

Mediante la psicología positiva, psicoeducación y aplicación de técnicas de psicoterapia se potencia la proyección a futuro de los planes del adulto mayor, ya sea con su familia, grupos o aspectos económicos que desarrollen (Rojas, 2015).

Funcionamiento cognitivo

Conceptualización del funcionamiento cognitivo. Es la integración de diferentes áreas, la inteligencia, pensamiento, memoria, percepción, orientación, fijación, lenguaje, calculo, comprensión, comunicación, resolución de problemas, en algunos casos las funciones cognoscitiva se conservan como en la juventud, la mayoría de adultos mayores, presentan alteraciones en las dimensiones cognitivas, motoras, que disminuyen el funcionamiento cognitivo (Vareka et al., 2014). El funcionamiento cognitivo es la capacidad de la dinámica del sistema nervioso, sensaciones percepciones, motivaciones, memoria, cálculo, lenguaje, fijación, orientación, atención el mantenimiento de las funciones cognitivas depende de algunos elementos como la edad, la interacción social, aislamiento, afrontamiento de problemas, elaciones sociales, objetivos y metas a futuro (Rojas, 2015).

El funcionamiento cognitivo es la capacidad de dirigir las funciones psíquicas como sensaciones percepciones, motivaciones, memoria, cálculo, lenguaje, fijación, orientación, atención a un estímulo (Nieto, 2017).

Bases teóricas del funcionamiento cognitivo.

Teoría fisiológica según Messmer. El funcionamiento cognitivo se basa en la fisiología de la cognición es el producto de la dinámica entre el cerebro, red neuronal, red de habilidades cognitivas constituidas por la memoria, atención, orientación, lenguaje, razonamiento, viso espacial, fijación. Elementos como el aislamiento, lesiones cerebrales, la fatiga, cambios de estilos de vida, medicación, estados emocionales, alteraciones de las funciones cognitivas, ansiedad, depresión, demencia o enfermedades varias pueden afectar el funcionamiento de la red y provocar cambios cognoscitivas que disminuyen el trabajo cognitivo (Messmer, 2013).

El funcionamiento cognitivo depende del estado y dinámica del cerebro, sistema nervioso, redes neuronales o la red cognitiva que pueden verse afectados por enfermedades respiratorias, cardíacas, pulmonares neoplasias, demencias, crisis circunstanciales, trastornos mentales, miedo, aislamiento, falta de contacto social (Rojas, 2015).

Las alteraciones fisiológicas se relacionan con distintas modificaciones neuromorfológicas del sistema nervioso central, siendo un factor fundamental en el funcionamiento cognitivo así como en la realización de las tareas instrumentales (Salech et al., 2011). El funcionamiento cognitivo en un grupo de adultos mayores puede verse afectado por cambios fisiológicos, que comienzan con alteraciones celulares de los diferentes tejidos, redes, órganos, aparatos, sistemas y estructuras. Por otra parte, las estructuras anatómicas puede cambiar morfológicamente, lo que provoca alteraciones en el funcionamiento cognitivo (Rojas, 2015).

Modelo neuropsicológico. Estudia de la relación entre cerebro y conducta con la finalidad de comprender la interacción de los elementos, emocionales, comportamentales, cognitivos como orientación, memoria, fijación, lenguaje, atención, cálculo, inteligencia (Marleto & Arévalo, 2017). La neuropsicología aborda los cambios estructurales del cerebro, sistema nervioso, funciones cognitivas orientación, memoria, fijación, lenguaje, atención, cálculo o inteligencia que dan como resultado el funcionamiento cognitivo (Rojas, 2015).

Este modelo dimensiona al funcionamiento cognitivo de la siguiente manera:

A. Orientación

La orientación permite, al ser humano, el conocimiento del entorno espacio y de sí mismo (Cabras, 2012). La orientación en los adultos mayores es fundamental para poseer pleno conocimiento sobre la fecha actual, el día, el mes, el año, en lugar en dónde se encuentra, dónde vive, piso, ciudad, país o región (Rojas, 2015).

La orientación depende de la lucidez en la que se encuentre la conciencia, ya que estas van de la mano para un correcto funcionamiento, lo que permite al individuo comprender las situaciones de su vida, su sitio con respecto a los demás y el medio en donde se desempeña. Dicha orientación requiere de una correcta organización somática, mediante los mecanismos sensoriales y nerviosos que favorecen el adecuado contacto del “yo” con el mundo interno y externo. Estos mecanismos facilitan la ubicación tanto temporal y espacial, la cual se considera como muy vulnerable ante los efectos de una disfunción cerebral. Cabe mencionar que en una valoración neuropsicológica se evalúa la orientación en tiempo y entorno (Padrón et al., 2014).

La orientación en el adulto mayor puede verse afectada por alteraciones en el funcionamiento cognitivo, pero también por factores psicosociales como maltrato físico, psicológico y sexual por parte de sus cuidadores, dando lugar a la desorientación autopsíquica, alopsíquica y visoespacial (Rojas, 2015).

B. Fijación

La fijación es la que guarda y manipula la información en la psiquis, se va deteriorando con la edad, cuyo declive afecta al lenguaje, la atención y las funciones ejecutivas (Cabras, 2012). La fijación puede presentarse como olvidos normales, pero cuando la intensidad del olvido es frecuente, se habla de una alteración o patología por una lesión en el área prefrontal (Rojas, 2015).

C. Atención y cálculo

Esta área del desarrollo cognitivo dirige la atención por medio del razonamiento para resolver operaciones matemáticas (Mario, 2018). A través de la activación de diversos procesos psicológicos como la conciencia, atención, razonamiento verbal y matemático, se pueden realizar procesos aritméticos como suma, restas, multiplicación, división o deletrear palabras (Rojas, 2015).

Son procesos cognitivos voluntarios que se relacionan con las habilidades, destrezas, capacidad para ejecutar operación (Custodio et al., 2013). Los adultos mayores que presentan dificultades para realizar cálculos o problemas en dirigir su atención a estímulos voluntarios, esta relacionado como ansiedad o depresión (Rojas, 2015).

D. Memoria

Es la capacidad para obtener, retener y evocar la información recibida con un propósito (Cabras, 2012). Es un proceso donde intervienen sistemas

especializados para el almacenamiento de vivencias, la misma que serán evocadas de acuerdo con las demandas externas (Torres, 2015).

Es una función del encéfalo el cual se encarga de almacenar y codificar la información que llega mediante los órganos de los sentidos, cuyo proceso psicológico se afecta con la edad (Rojas, 2015).

E. El lenguaje

Es una función cognitiva cerebral que le permite al adulto mayor expresar sus pensamientos, afectos, emociones mediante las palabras, escritura y gestos no verbales (Jiménez et al., 2012).

Cuando se presentan alteraciones en el funcionamiento cognitivo, se pueden observar los problemas del habla, escritura y expresión de sentimientos. Los adultos mayores viven en un mundo confuso por sus neologismos y alucinaciones (Rojas, 2015).

Según López et al. (2013), cuando el funcionamiento cognitivo se manifiesta con una disminución de la plasticidad cerebral, que provoca la pérdida de funciones mentales el adulto mayor comienza a presentar alteraciones como los síndromes demenciales que afecta las funciones básicas de la vida diaria.

Estado del funcionamiento cognitivo en el adulto mayor. Campo et al. (2018), en una muestra colombiana de adultos mayores, halló que entre el 50% y 70% de estos tenía conservada satisfactoriamente la orientación temporal, la concentración y el cálculo, la praxis gráfica, la lectura y la escritura, mientras que resultó llamativo que más del 75% presentara marcadas dificultades en la memoria diferida.

Estos hallazgos concuerdan con la información recopilada por Urrutia (2019), la cual especifica que en la etapa del desarrollo de la vejez la memoria se ve afectada por la necesidad de emplear un mayor esfuerzo mental ante la disminución de sus capacidades por aspectos neurodegenerativos naturales.

Antecedentes

Antecedentes nacionales

Núñez (2023) desarrolló una pesquisa para establecer la relación entre el FC y el BP en adultos mayores. La muestra fue de 159 adultos mayores, de entre 65 y 85 años, quienes residían en la provincia de Tungurahua. Se empleó el Mini-Mental State Examination y la versión en castellano de la Escala Multidimensional de Bienestar Psicológico (SPWB) de Ryff. Se halló que la relación entre el FC y el BP es significativa y con orientación positiva, con una fuerza de correlación fuerte. Esto implicaba que los adultos mayores que presentaban una elevada FC tenían alta probabilidad de presentar un elevado BP.

López Angulo y Farias (2019) realizaron una investigación con el fin de describir la importancia de la estimulación cognitiva sobre la calidad de vida de los adultos mayores. Los participantes fueron 30 adultos mayores, de entre 65 y 85 años. Se utilizaron registros de observación, la entrevista y el Mini-Mental State Examination (MMSE). Se halló que la estimulación generada en los participantes genera un FC conservado, mejora la calidad y el BP, por lo tanto existe un vínculo cercano entre estos constructos.

Terán y Barcia (2018) buscaron comparar el FC de los adultos mayores según su asistencia a un centro geriátrico o no. Participaron 44 adultos mayores (26 mujeres y 18 hombres), de entre 65 y 85 años, que residían en la ciudad de

Portoviejo, donde 22 participantes asistían a centros geriátricos y 22 adultos mayores por lo general permanecían en sus casas o con familiares. Se utilizó el MMSE para medir el FC. Los resultados señalaron que el relacionarse con diferentes vínculos psicosociales y tener que salir de su vivienda ayuda al adulto mayor a mantener el FC. De la misma manera, se encontró que las dimensiones del FC de orientación, fijación, atención, cálculo, memoria, y lenguaje de los adultos mayores que salen de casa y tiene vínculos sociales con diferentes grupos pueden conservadas a diferencia de aquellos que no tienen buena interacción con vínculos psicosociales y que no asisten a centros gerontológicos.

Antecedentes internacionales

Zhang et al. (2022) llevaron a cabo un estudio en China con el propósito de analizar la relación entre el BP y el FC en adultos mayores. Participaron 9,487 personas mayores de 60 años, quienes inicialmente no presentaron alteraciones a nivel cognitivo, y a los cuales se les realizaron evaluaciones a manera de seguimiento durante 12 años. Se empleó la versión china del MMSE, mientras la que el BP fue evaluado en función a una batería de pruebas que medía optimismo, responsabilidad, neuroticismo, soledad, control personal, autoestima y felicidad. Los resultados indicaron que los participantes que mostraban mayor BP presentaban una disminución más lenta de sus funciones cognitivas a través del tiempo, así como una también una menor probabilidad de desarrollar deterioro cognitivo. Este hallazgo deja en evidencia que el desarrollo del BP es un factor protector del FC durante el envejecimiento.

Guo et al. (2024) realizaron una investigación en Estados Unidos con la finalidad de explorar el curso del bienestar psicológico en adultos mayores antes y

después de ser diagnosticados con déficit cognitivo leve y/o demencia. Participaron 910 adultos mayores (700 mujeres y 210 hombres), con una edad promedio de 80 años ($DE = 7.5$), quienes en la línea base del estudio no presentaban ningún tipo de alteración cognitiva. Se utilizó la versión de 18 ítems del SPWB de Ryff, mientras que el deterioro cognitivo leve y la demencia se midieron a través de una evaluación neuropsicológica completa y en función a criterios diagnóstico clínicos. Se halló que los adultos mayores que posteriormente desarrollaron déficit cognitivo leve presentaron una rápida y marcada disminución de su bienestar psicológico; asimismo, quienes presentaron una disminución en el propósito de la vida y el crecimiento personal presentaron déficit cognitivo leve de manera anticipada en 3 y 6 años, respectivamente, a comparación del resto de adultos mayores. Además, la relación positiva con los demás fue la dimensión del bienestar psicológico que presentó un declive significativamente acelerado después de padecer el deterioro cognitivo leve.

Rodríguez y Carasa (2021) desarrollaron una investigación en Cuba con el objetivo de analizar la satisfacción de las necesidades en función a la calidad de vida de los adultos mayores en el contexto del COVID-19. Los participantes fueron 20 adultos mayores (12 mujeres y 8 hombres), de entre 60 y 89 años, quienes no se encontraban institucionalizados. Los instrumentos empleados fueron cuestionarios y guiones de entrevista diseñados para los fines de la investigación. Se halló que la calidad de vida de los participantes fue afectada negativamente durante la pandemia debido a que sus necesidades no fueron cubiertas adecuadamente, no obstante, los resultados indicaron que la necesidad de comunicación con sus familiares y seres queridos sí fue cubierta y ayudó a sobrellevar el contexto de pandemia. Estos

hallazgos remarcan el efecto que tiene el entorno sobre la calidad de vida de los adultos mayores, pero que a pesar de eso, ellos tienen la iniciativa de reforzar sus vínculos sociales como medida de promoción de la salud.

Álvarez-Cabrera et al. (2020), en Chile, dirigieron sus esfuerzos a conocer los niveles del BP y del ASP de los adultos mayores. Participaron 117 personas (88 mujeres y 29 hombres), de entre 60 y 87 años. Se utilizó la versión española de la SPWB de Ryff, y la Escala de Apoyo Social Percibido de Zimet y colaboradores. Se halló que, en mayor proporción, los participantes presentaron un nivel alto de ASP de su familia y otras personas significantes, mientras que de sus amigos presentaron un nivel promedio, mientras que en las dimensiones del BP presentaron un nivel promedio. El presente hallazgo remarca el rol significativo que tiene la familia para estas personas, resultando el entorno en el que más pueden apoyarse para mantener su calidad de vida.

Whitmoyer et al. (2020), en Estados Unidos, investigaron los efectos de un programa de entrenamiento de la atención basado en mindfulness (MBAT) sobre el control atencional en adultos mayores. Los participantes fueron 74 adultos mayores, quienes no habían sido expuestos previamente a entrenamiento en *mindfulness*, meditación o yoga, que no utilizaran medicamentos psiquiátricos de forma regular, que no tuvieran un historial autoreportado de condiciones psiquiátricas, neurológicas o de inflamación crónica, y que en la fase de tamizaje hubieran presentado un puntaje mayor a 23 en el MMSE, y un puntaje menor o igual a 10 en la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los participantes fueron asignados de forma equitativa y aleatoria al grupo experimental (intervención MBAT) o al grupo control (intervención educación en estilos de vida), donde fueron evaluados

con cuestionarios físicos y pruebas cognitivas computarizadas dos semanas previas al inicio de la fase de tratamiento (pretest), así como dos semanas posteriores a la culminación de la intervención (postest). Se aplicaron los siguientes instrumentos: la versión de palabras del Continuous Performance Task, la versión modificada de la tarea de ir/no ir, las Mind-Wandering Thought Probes, la Mindful Attention Awareness Scale (MAAS), registros de tareas, el índice de memoria de trabajo de la Escala de Inteligencia para Adultos de Wechsler (WAIS-IV), y medidas adicionales relacionadas al estado del *mindfulness*, afecto positivo y negativo. Respecto a la intervención, ambos grupos recibieron en cuatro sesiones, con frecuencia de una vez por semana y de una hora y media de duración. Dentro de los hallazgos relevantes para la presente investigación, se halló que la memoria de trabajo es un moderador significativo de la mayor reducción de la divagación mental que presentó el grupo experimental a comparación del grupo control, así como también de que este grupo presentara mayor una mejora del control atencional.

Kim et al. (2019), en Estados Unidos, examinaron si el propósito en la vida cumple un rol protector contra el déficit cognitivo en adultos mayores. Los participantes fueron 11,525 personas de ambos sexos (6,603 mujeres y 4,922 hombres), quienes tenían 50 o más años. Para medir el FC se empleó una tarea de recuerdo de palabras, sumas sucesivas, conteo en retroceso, ubicación temporal, y reconocimiento de objetos, mientras que para medir el propósito en la vida se utilizaron cinco reactivos de la dimensión del mismo nombre de la SPWB de Ryff, así como dos ítems adicionales de las dimensiones Crecimiento personal y Autoaceptación. Se halló que el propósito en la vida actúa como un factor protector

ante el deterioro cognitivo, sobre todo en las personas que tienen mayor edad y que son afrodescendientes. La implicancia de este hallazgo radica en que el hecho de darle una dirección significativa a la vida propia permite que la persona se mantenga activa, y por ende, genere un mayor refuerzo de su FC.

Elovainio et al. (2018), en el Reino Unido, analizaron la relación entre el rendimiento cognitivo con la frecuencia social y el estado marital. Participaron 6,072 personas (4,290 hombres y 1,776 mujeres), quienes tenían entre 35 y 55 años en la recolección de los datos de línea base, y que fueron evaluados periódicamente durante 21 años aproximadamente. Se empleó el índice de red social de Berkman/Syme, un ítem dicotómico que establecía si el participante estaba casado o no, y una batería de pruebas cognitivas que evaluaban el razonamiento matemático y verbal, la memoria verbal a corto plazo, y la fluidez verbal. Los hallazgos indicaron que establecer contactos con mayor frecuencia y estar casado se asocia con una trayectoria de envejecimiento cognitivo más favorable; además, mantenerse en contacto con las personas de su entorno se relaciona fuertemente con una mayor fluidez fonémica.

Lan et al. (2018), en China, evaluaron los efectos de una intervención de revisión de vida sobre la satisfacción con la vida y el significado personal en adultos mayores frágiles. Los participantes fueron 74 personas (48 mujeres y 26 hombres), quienes tenían 60 o más años, eran residentes de casas de retiro, tenían fragilidad (i.e. debilidad física, falta de salud o fuerza), no presentaban deterioro de sus funciones cognitivas, no tomaban antidepresivos ni otro tipo de tratamiento, ni tampoco recibían tratamiento psicológico con frecuencia. Los participantes fueron asignados de forma equitativa y aleatoria al grupo experimental (intervención de

revisión de vida) o al grupo control (cuidados habituales). Se utilizó la versión china del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ), el Life Satisfaction Index-A (LSI-A), y el Purpose in Life (PIL) Test. Respecto a la intervención, estuvo compuesta por seis sesiones, realizadas de forma individual, con una frecuencia semanal y con una duración de entre 30 y 60 minutos cada una, la cual se realizaba en una habitación de la residencia. Los resultados indicaron que el grupo experimental presentó mejoras en su satisfacción con la vida a comparación del grupo control, pero esto no ocurrió en el caso de significado personal. Esto implica que establecer procedimientos que utilicen a las experiencias de vida como recurso favorece la valoración de los logros obtenidos a lo largo de la vida, siendo importante para el desarrollo de su BP.

Viguer et al. (2017), en República Dominicana, buscaron determinar el grado en el que una intervención de reminiscencia reduce el estado de ánimo deprimido y mejora la satisfacción con la vida y el BP en adultos mayores. Participaron 160 personas (86 mujeres y 74 hombres), que tenían 65 o más años, que no recibían cuidados por parte de alguna institución, y sin alteraciones del FC determinado por un puntaje igual o mayor a 24 en el (MMSE), ni tampoco con depresión clínica determinada por un puntaje igual o menor a 14 en la versión de 30 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Los participantes fueron asignados de forma equitativa y aleatoria al grupo experimental (intervención de reminiscencia) o al grupo control (lista de espera). Se utilizaron las versiones españolas de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage de 30 ítems (GDS-30), del Life Satisfaction Index-A (LSI-A), y de la SPWB de Ryff. La intervención de reminiscencia consistió en diez sesiones con frecuencia de una vez por semana y de

dos horas de duración. Los hallazgos indicaron que, después de la intervención, se presentó un efecto interaccional (tiempo x grupo), donde hubo un incremento significativo de la satisfacción por la vida y el BP, así como una disminución del estado de ánimo depresivo por parte del grupo experimental a comparación del grupo control; asimismo, los resultados del seguimiento indicaron que, después de tres meses de haber culminado la intervención, se mantuvo el efecto en la satisfacción con la vida y algunas dimensiones del BP (i.e. autonomía, dominio del entorno), pero se redujo el efecto sobre el estado de ánimo depresivo. Este aporte remarca la importancia que tiene para los adultos mayores basarse en sus recuerdos sobre las experiencias de vida y el impacto positivo que esto tiene en su BP.

Young et al. (2017), en Hong Kong, evaluaron la efectividad de una intervención grupal holística de salud para mejorar la habilidad cognitiva de adultos mayores con alteraciones cognitivas moderadas. Participaron 38 adultos mayores de ambos sexos (33 mujeres y 5 hombres), de 60 a más años, quienes contaban con un diagnóstico de alteración cognitiva moderada o trastorno neurocognitivo moderado, así como consciencia de presentar pérdida de memoria y un historial de problemas de memoria, así como la habilidad para participar con independencia en un formato grupal, quienes fueron divididos aleatoriamente en un grupo experimental (intervención holística, n = 18) y un grupo control (psicoeducación, n = 20). Se utilizó la versión china de la Montreal Cognitive Assessment (MoCA). Respecto a la intervención holística, consistió en 10 sesiones, realizadas de forma semanal, durante 90 minutos cada sesión. El análisis comparativo intragrupo señaló que el grupo experimental presentó un efecto significativo favorable sobre el FC, mientras que el grupo control no presentó cambios; además, el análisis intergrupo

indicó que la intervención holística fue más efectiva en mejorar el FC que la intervención basada en psicoeducación, así como en mejorar la memoria de trabajo. Las implicancias de este estudio remarcan la efectividad que tienen las intervenciones holísticas orientadas a mejorar el FC en los adultos mayores, y que este procedimiento es más productivo que no realizar ningún tipo de acción para su mantenimiento o mejora.

V. METODOLOGÍA

Tipo y diseño de la investigación

El tipo de investigación fue básico debido a que se amplió la información teórica del vínculo entre el FC y el BP en función al grado ASP de los adultos mayores. Además, se empleó un enfoque cuantitativo, ya que se utilizaron instrumentos psicométricos para recolectar las variables, así como procedimientos estadísticos para su análisis. Respecto al nivel, el estudio fue descriptivo correlacional debido a que se describieron las cualidades de la población del estudio investigación y se analizó la relación entre las variables y sus dimensiones (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

En lo que respecta al diseño de la investigación, este fue no experimental transversal, a causa de que las variables no fueron manipuladas, sino que se estudiaron en su estado natural y los datos se recolectaron en una sola ocasión (Hernández-Sampieri & Mendoza, 2018).

Población y muestra

La población estuvo constituida por 120 adultos mayores que participaban en asociaciones en la Costa Esmeraldas y en la Sierra Ambato.

Según López-Roldán y Fachelli (2015) refieren que una muestra es censal porque constituye a todos los miembros de la población. Este método se utiliza cuando es necesario saber los resultados de las personas sometidas a investigación. Por lo tanto, la presente investigación está constituida por 60 de un grupo que participan en en una asociación de la Sierra, regentada por el Ministerio de Salud Pública (MSP) y la Prefectura y Ministerio de Inclusión Estratégica y Social (MIES). Esta asociación es autogestionada con el Gobierno Autónomo

Descentralizado de la Municipalidad de Ambato (GADMA). Des mismo modo, el otro grupo también es de 60 adultos mayores, que participan en una asociación de adultos mayores de la región costa, cantón Esmeraldas, del distrito 08D01 regentadas, apoyadas por el MIES, PREFECTURA y MSP.

Estos participantes en ambas asociaciones, son jubilados que tienen entre 65 años hasta los 87 años, de ambos sexos, quienes asisten voluntariamente los días martes, jueves y viernes por las tardes, para desarrollar actividad de recreación, conferencias con profesionales de la salud, ejercicios y atenciones diversas de salud.

Tabla 1

Características de la población de estudio

Características	Grupo	Costa Esmeraldas	Sierra Ambato
Género	Hombre	20	40
	Mujer	40	20
Estado Civil	Soltero	4	7
	Casado	32	35
	Viudo	13	11
	Divorciado	8	2
	Unión libre	3	5
Rango de Edad	65-70	40	42
	71-76	10	12
	77-82	8	3
	83-87	2	3

Criterios de inclusión

- Personas en el rango de edad 65-87 años.
- Personas que pertenecen a la asociación de adultos mayores de la región costa, que vivan y sean originarios de la costa cantón Esmeraldas.
- Personas que pertenecen a la asociación de adultos mayores de la región sierra, que vivan y sean del cantón Ambato.
- Personas que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Personas adultas mayores participantes en las asociaciones que no firmen el consentimiento informado.
- Personas adultas mayores participantes en las asociaciones que no encuentren al momento de la aplicación de los reactivos psicológicos, habiendo sido acordadas previamente y hasta en dos ocasiones.

Posterior a la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión, la muestra quedó conformada por 116 adultos mayores.

Variables

Apoyo social percibido

Definición conceptual. El ASP es definido como una estrategia de afrontamiento mediante el soporte recibido de los demás (Bruno et al., 2012).

Definición operacional. La variable ASP será operacionalizada por medio de los puntajes obtenidos a través del reactivo psicológico de ASP, que miden 3 dimensiones que son: Apoyo familiar, apoyo de amigos y apoyo de otros significativos.

Tabla 2

Matriz de operacionalización del apoyo social percibido

Definición conceptual	Definición operacional	Áreas/ Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
El ASP es definido como una estrategia de afrontamiento mediante el soporte recibido de los demás (Bruno et al., 2012).	ASP es definido como una estrategia de afrontamiento mediante el soporte recibido de los demás (Bruno et al., 2012).	Apoyo familiar.	3,4,8,11	Ordinal	Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido.
		Apoyo de Amigos	6,7,9,12		
		Apoyo de otros significativos	1,2,5,10		

Bienestar psicológico

Definición conceptual. El BP es un estado mental positivo caracterizado por un alto nivel de energía y resistencia cognitiva incluso en las dificultades (Casullo, 2002).

Definición operacional. La variable BP será operacionalizada por medio de los puntajes obtenidos a través del reactivo psicológico de BIEPS-A (Bienestar Psicológico Adultos), que miden cuatro dimensiones que son: aceptación y control, autonomía, vínculos psicosociales, proyectos.

Tabla 3

Matriz de operacionalización del bienestar psicológico

Definición conceptual	Definición operacional	Áreas/ Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
El BP es un estado mental positivo caracterizado por un alto nivel de energía y resistencia cognitiva incluso en las dificultades (Casullo, 2002).	La variable BP será operacionalizada a por medio de los puntajes obtenidos a través del reactivo psicológico de BIEPS-A (Bienestar Psicológico Adultos), que miden cuatro dimensiones que son: aceptación y control, autonomía, vínculos psicosociales, proyectos.	Aceptación /Control	2, 11, 13	Ordinal	Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A)
		Autonomía	4, 9, 12		
		Vínculo psicosocial	5, 7, 8		
		Proyectos	1, 3, 6, 10		

Funcionamiento cognitivo

Definición conceptual. El FC es la capacidad de dirigir las funciones psíquicas como sensaciones percepciones, motivaciones, memoria, cálculo, lenguaje, fijación, orientación, atención a un estímulo (Nieto, 2017).

Definición operacional. La variable FC será operacionalizada por medio de los puntajes obtenidos a través del reactivo psicológico del MMSE (Mini Mental Status Examination), que miden cinco dimensiones que son: Orientación temporal y espacial, Memoria inmediata, Concentración y cálculo, memoria, lenguaje y praxis.

Tabla 4

Matriz de operacionalización del funcionamiento cognitivo

Definición conceptual	Definición operacional	Áreas/ Dimensiones	Indicadores	Escala de medición	Instrumento
El FC es la capacidad de dirigir las funciones psíquicas como sensaciones, percepciones, motivaciones, memoria, cálculo, lenguaje, fijación, orientación, atención a un estímulo (Nieto, 2017).	La variable FC será operacionalizada por medio de los puntajes obtenidos a través del reactivo psicológico del MMSE (Mini Mental Status Examination), que miden cinco dimensiones que son: Orientación temporal y espacial, Memoria inmediata, Concentración y cálculo, memoria, lenguaje y praxis.	Orientación temporal y especial	1-10	Dicotómica	Escala de Bienestar Psicológico (BIEPS-A)
		Memoria inmediata	11-13		
		Atención y cálculos	14-18		
		Memoria	19-23		
		Lenguaje y praxis	24-30		

Métodos e instrumentos

El método utilizado en la presente investigación fue la encuesta, tomando como instrumento al cuestionario, el cual permite obtener una medida cuantitativa y objetiva de las variables analizadas (Sánchez & Reyes, 2015).

Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido

Zimet et al. (1988) diseñaron este instrumento cuya finalidad es evaluar el ASP, y consta de 12 preguntas, dirigidas a evaluar las dimensiones: familia, apoyo

de amigos, y otros significativos. Cuenta con una escala de tipo Likert con cuatro parámetros de evaluación (casi nunca = 1, a veces = 2, con frecuencia = 3, siempre o casi siempre = 4). Para la interpretación de resultados de esta variable se consideran los siguientes baremos: ASP bajo entre 12 y 30 puntos, ASP medio entre 31 y 41 puntos, y ASP alto entre 42 y 60 puntos.

Ruíz et al. (2017) relizaron el análisis de la fiabilidad del reactivo psicológico de ASP en 275 personas de madrid, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de .85, hallando una alta fiabilidad.

Juárez (2018) realizó el análisis de la fiabilidad del instrumento en 214 personas universitarias, mediante el cálculo del coeficiente omega en las dimensiones: familia = .88, amigos = .94, otros significativos = .86, estableciendo una fiabilidad apectable.

En Perú, Montoya y Saavedra (2016) realizaron un estudio de las propiedades psicométricas de este instrumento en una población geriátrica de un centro de adultos mayores en Trujillo, el análisis de la fiabilidad del reactivo psicológico de ASP en 291 adultos mayores, mediante el cálculo del coeficiente omega en las dimensiones: : familia = .88, amigos = .94, otros significativos = .86, estableciendo una fiabilidad apectable.

Mini-Mental State Examination

El Mini-Mental State Examination (MMSE) es diseñado por Folstein et al. (1975), estructurado por 30 preguntas, diseñadas para evaluar el FC en las siguientes áreas orientación temporal y espacial, memoria inmediata, atención y cálculo, memoria y lenguaje y praxia. Cuenta con una escala de tipo nominal con dos parámetros de evaluación dirigido a las personas de la tercera edad; Sí (1), No

(0). Se interpretan los resultados en mayor o menos puntaje, estableciendo escalas de FC normal en 30 puntos, FC con alteraciones leves en 19–23 puntos, FC con alteraciones moderadas en 14–18 puntos, y FC con alteraciones graves en 14 puntos o menos.

Rojas y Segarra (2017) realizaron el análisis de la fiabilidad del reactivo psicológico de MMSE en 4,034 personas de Colombia, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de .793, hallando una alta fiabilidad.

En Ecuador, Berrazueta y Morocho (2014) , realizaron el análisis de la fiabilidad del reactivo psicológico de MMSE en 132 pacientes adultos mayores del Ecuador, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de .96, estableciendo una alta fiabilidad.

Escala de Bienestar Psicológico

El instrumento fue creado por María Casullo con la finalidad de evaluar el BP. El instrumento está conformado por 13 preguntas y se estructura en cuatro dimensiones: aceptación y control, autonomía, vínculos psicosociales y proyectos. Cuenta con una escala de tipo Likert con tres parámetros de evaluación (estoy de acuerdo = 3, ni de acuerdo ni en desacuerdo = 2, estoy en desacuerdo = 1). La interpretación de los resultados se fundamentan en las puntuaciones directas; BP muy bajo: 28–33 puntos; BP bajo: 33–35; BP medio alto: 35–37 puntos; BP alto: 37–39 puntos.

En Ecuador, Calle y Bonilla (2017) realizaron el análisis de la fiabilidad del reactivo psicológico de BP en 42 adultos mayores de Ecuador, mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de .96, hallando una alta fiabilidad.

En Perú, Carvajal (2019) desarrolló el análisis de la fiabilidad del reactivo psicológico de BP en 126 adultos mayores , mediante el cálculo del coeficiente alfa de Cronbach de .75, encontrando que el instrumento es confiable.

Procedimientos de recolección de datos

En primer lugar, se solicitó la aprobación del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia para iniciar la investigación.

Previamente se obtuvieron las autorizaciones de cada una de las instituciones en las que se desarrolló el presente estudio, lo cual era un requisito del CIEI. Esto ha implicó coordinar con el directorio de las dos asociaciones de la costa, y sierra y solicitarles el acceso y las facilidades para el desarrollo de la investigación.

Una vez recibida la autorización del CIEI y de las asociaciones, se inició el proceso de información a los adultos mayores para el consentimiento informado, de acuerdo a los siguientes pasos.

El plan de reclutamiento fue pensado con detenimiento a fin de que los adultos mayores fueran informados pertinentemente. Por la tanto, se inició la comunicación informándoles del proyecto a través de la invitación a dos conferencias a las que se les invitó a través de afiches colocados en el local de cada una de las asociaciones. Al finalizar la exposición, se invitó a los participantes a expresar su interés en participar del estudio, considerando que en estas asociaciones no participan adultos mayores con dificultades graves, por lo que la decisión que tomó cada uno era válida. Aquellos que estuvieron interesados se los apuntó en una lista ser contactados posteriormente, a fin de que se le explique a cada uno, de

manera personal, en qué consistía la investigación, los procedimientos y las consideraciones éticas. Asimismo, se les explicó que para participar, ellos debían firmar un consentimiento informado, que expresaba su voluntad autónoma de participar, de esta manera se garantizaron los principios bioéticos.

Luego de confirmar su participación, se acordó la fecha y hora de la reunión para aplicar los instrumentos. Esta aplicación fue individual lo que permitió que se espere a cada uno de ellos, considerando su disponibilidad. Esta información fue explicada a fin de que tuvieran la seguridad de que si alguno tuviera dificultades o se sintiera indispuerto para asistir a una probable cita, tuviera otra oportunidad para el momento en que lo decidiera, en el plazo de más o menos un mes, que fue el tiempo calculado para la aplicación de los instrumentos.

Se precisó el procedimiento de la investigación que consistió en la aplicación de tres instrumentos psicológicos que evaluaban el apoyo social percibido, el bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo, los cuales se aplicaron de forma individual. Se resolvieron las dudas que presentaban los participantes durante la recolección de información. La duración de la aplicación de los tres instrumentos fue de 45 minutos aproximadamente, de acuerdo al ritmo de cada persona, y con descanso después de cada instrumento. También, en caso el participante deseaba hacer la aplicación en dos sesiones, se aceptó esta solicitud con la finalidad de respetar su ritmo.

Técnicas de análisis de datos

Los datos recolectados fueron sistematizados y procesados mediante el programa JASP versión 0.18.3. Se consideraron estadísticos descriptivos de

frecuencia, porcentajes, medida de tendencia central y de dispersión. Asimismo, se utilizó la prueba de bondad de ajuste Shapiro-Wilk para el análisis de normalidad, con el propósito de establecer el tipo de prueba estadística a aplicar, considerando que la evidencia científica resalta la efectividad de su uso por encima de otras pruebas que analizan la normalidad, tanto en muestras pequeñas como grandes (Pedrosa et al., 2015). Debido a que los datos no se ajustaban a una distribución normal, se optó por utilizar la prueba no paramétrica coeficiente de correlación Rho de Spearman (Sarrià et al., 2017). Asimismo, se consideró la fuerza de correlación como tamaño del efecto de las correlaciones tomando como referencia las recomendaciones brindadas por Dominguez-Lara (2018).

Consideraciones éticas

Para cumplir con el principio de autonomía, se utilizó el procedimiento del consentimiento informado aprobado por el CIEI de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, respetando la libertad del adulto mayor, para decidir si participaba o no del estudio de forma voluntaria. Además, se indicó que se respetaría la decisión de retirarse de la investigación en cualquier etapa de esta en caso ese fuera su deseo.

En cuanto al principio de beneficencia a cada adulto mayor se le brindó su resultado, cuidando la forma y contenido de la explicación, y en el caso particular de los casos donde se encontró una situación de vulnerabilidad en cuanto al bienestar psicológico y el funcionamiento cognitivo, se hizo la derivación a médicos especialistas en las áreas del adulto mayor del Ministerio de Salud. Asimismo, en los casos que se encontró una dificultad respecto del apoyo social

percibido, se contó con el apoyo de la asistente social, con quien se desarrollaron acciones de apoyo de acuerdo a sus competencias.

Del mismo modo, para beneficio de los adultos mayores participantes, se aplicó un programa de intervención, el cual no formó parte del análisis de la investigación. Se trató de un conjunto de actividades de motivación y reflexión, así como de ejercicio, dirigido a potenciar el funcionamiento cognitivo, el bienestar psicológico y el apoyo social así como a promover la necesidad de vínculos sociales entre ellos. Esta intervención estuvo basada en el enfoque de la psicología positiva, y estuvo a cargo del investigador, desarrollándose en coordinación con las asociaciones. Además, se elaboró un informe global que le permitiera a la asociación ajustar sus actividades de ayuda a los adultos mayores.

En cuanto al principio de confidencialidad, el investigador fue el único que tuvo acceso a los resultados individuales fue el investigador, a excepción de aquellas personas que tuvieran alguna complicación detectada a través de la evaluación, en cuyo caso se le explicaba al adulto mayor y a la persona responsable de su cuidado para que se hagan las atenciones necesarias.

Debido a que la recolección de información se realizó durante la etapa de pandemia por COVID-19, se tomaron medidas de bioseguridad pertinentes y recomendadas por las entidades de salud pública, permitiendo cumplir con los principios bioéticos respectivos. Dentro de estas medidas se guardó el distanciamiento social, así como también se utilizaron mamparas de protección durante la evaluación, y se realizó la desinfección del adulto mayor así y del lugar de la aplicación de los instrumentos antes, durante y después de cada evaluación; tanto el investigador como los adultos mayores participantes hicieron uso

obligatorio de mascarilla, gafas de protección, cascos faciales, y se utilizó alcohol para desinfectar las manos (Ver cartas en anexo 3,4,8).

Todos estos procedimientos se fundamentaron en lo establecido en las sugerencias brindadas por Siurana (2010).

VI. RESULTADOS

La investigación tuvo como finalidad determinar la relación entre el FC y BP en función al ASP en adultos mayores de dos asociaciones en la sierra y la costa del Ecuador. Los resultados se presentan a continuación, iniciando con el análisis estadístico descriptivo, y siguiendo con el análisis inferencial para la contrastación de hipótesis.

Análisis estadístico descriptivo

En la tabla 5 se muestran los estadísticos descriptivos correspondientes al FC en los adultos mayores. En promedio, los adultos mayores presentan un FC con daño moderado, así como una alteración de la memoria inmediata y en la atención/cálculo. Asimismo, en función de la desviación estándar, se observan una elevada dispersión entre los puntajes.

Tabla 5

Estadísticos descriptivos del funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Funcionamiento cognitivo	<i>M</i>	<i>Md</i>	<i>DE</i>	<i>Mín</i>	<i>Máx</i>
Escala total	21.42	23	6.65	0	30
Orientación	8.26	9	2.34	0	10
Memoria inmediata	1.02	1	0.40	0	3
Atención/cálculo	2.08	2	1.82	0	5
Memoria	3.76	4	1.51	0	5
Lenguaje	4.09	5	2.02	0	6

Nota. n = 116; *Mín* = Valor mínimo; *Máx* = Valor máximo.

En la tabla 6 se muestran los niveles del FC en los adultos mayores que participaron del estudio. Se observa que casi una tercera parte de los adultos mayores se encuentra en el nivel de FC con daño severo, seguidos muy de cerca por

quienes tienen un FC con daño leve y un FC normal, y por último, quienes poseen un FC con daño moderado.

Tabla 6

Niveles del funcionamiento cognitivo en adultos mayores

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Funcionamiento Cognitivo con daño severo	33	28.4
Funcionamiento Cognitivo con daño moderado	21	18.1
Funcionamiento Cognitivo con daño leve	31	26.7
Funcionamiento Cognitivo normal	31	26.7

Nota. n = 116.

En la tabla 7, se exponen los estadísticos descriptivo del BP de los adultos mayores. En promedio, los participantes presentan un BP medio con una variabilidad moderada.

Tabla 7

Estadísticos descriptivos del bienestar psicológico

Bienestar psicológico	M	Md	DE	Mín	Máx
Escala total	29.83	30	6.29	13	39
Aceptación	6.98	7	1.64	3	9
Autonomía	6.76	7	1.60	3	9
Vínculos psicosociales	7.09	8	1.78	3	9
Proyectos	9	9	2.54	4	12

Nota. n = 116; *Mín* = Valor mínimo; *Máx* = Valor máximo.

Asimismo, en la tabla 8 se muestra el nivel de BP que presentan los adultos mayores que participaron del estudio. Se halló que la mayoría se ubica en el nivel medio de BP, seguido de quienes se ubican en el nivel bajo y el nivel alto.

Tabla 8*Estadísticos descriptivos del bienestar psicológico*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Bienestar Psicológico bajo	37	31.9
Bienestar Psicológico medio	46	39.7
Bienestar Psicológico alto	33	28.4

Nota. n = 116.

En la tabla 9 se aprecian los estadísticos descriptivos correspondientes al ASP de los adultos mayores. Se observa, en promedio, un ASP medio, aunque con una alta variabilidad entre sus puntajes.

Tabla 9*Estadísticos descriptivos del apoyo social percibido*

Apoyo social percibido	M	Md	DE	Mín	Máx
Escala total	28.04	27	8.10	12	48
Apoyo social percibido Familia	9.39	9	3.36	4	16
Apoyo social percibido Amigos	9.61	10	2.98	4	16
Apoyo social percibido Otros	9.04	9	3.37	4	16

Nota. n = 116; *M* = Media; *Md* = Mediana; *Mo* = Moda; *DE* = Desviación estándar; *Mín* = Valor mínimo; *Máx* = Valor máximo.

Por último, en la tabla 10 se muestran los niveles del ASP de los adultos mayores. Los hallazgos indican que la mayoría se ubican en nivel medio, seguido de quienes pertenecen al nivel bajo y alto.

Tabla 10*Niveles del apoyo social percibido en adultos mayores*

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Apoyo Social Percibido bajo	33	28.4
Apoyo Social Percibido medio	53	45.7
Apoyo Social Percibido alto	30	25.9

Nota. n = 116.

Por otro lado, se evaluó el supuesto de normalidad de la distribución de las variables y sus dimensiones con la prueba de bondad de ajuste Shapiro-Wilk, donde se halló que, tanto en la escala total de ambos constructos como en sus dimensiones, la distribución de los puntajes no presenta normalidad. Por ello, se decidió emplear la prueba no paramétrica coeficiente de correlación Rho de Spearman (r_s).

En el caso del análisis inferencial de correlación se tomó la decisión de considerar el tamaño del efecto como indicador de una correlación con suficiente fuerza de relación para ser analizado ($r_s > .20$), tomando en cuenta las recomendaciones de Domínguez-Lara (2018). Esta decisión se tomó considerando que se empleó un muestreo censal, por lo que es posible prescindir de la significancia estadística y basarse en los estadísticos directos.

Correlación entre el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico en adultos mayores en función al apoyo social percibido

Los resultados de la correlación entre el FC y el BP según el nivel de ASP en los adultos mayores, como se observa en la tabla 11, indican que: (a) en los adultos mayores con un nivel bajo de ASP, el FC y el BP tienen una correlación positiva débil; (b) en los adultos mayores con un nivel alto de ASP la correlación entre el FC y el BP es negativa y débil; y (c) en los adultos mayores con un nivel

medio de ASP la correlación entre las dos variables no llega al mínimo sugerido para ser considerado una relación con un efecto pequeño ($rs > .20$), según lo recomendado por Domínguez-Lara (2018) y Ferguson (2009).

Tabla 11

Correlación entre el funcionamiento cognitivo y el bienestar psicológico según el nivel de apoyo social percibido en adultos mayores

Nivel de Apoyo Social Percibido	Relación entre Funcionamiento cognitivo y Bienestar Psicológico
	<i>rs</i>
Apoyo Social Percibido bajo (n = 33)	.289
Apoyo Social Percibido medio (n = 53)	.123
Apoyo Social Percibido alto (n = 30)	-.242

Nota. *rs* = Coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Correlación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en adultos mayores con un nivel bajo de apoyo social percibido

En la tabla 12 se hallaron correlaciones que cumplen con el valor mínimo necesario ($rs > .20$) en las siguientes condiciones: (a) la Atención/cálculo se relaciona con la Aceptación de manera positiva y débil; (b) la Memoria se relaciona con la Aceptación, los Vínculos psicosociales y los Proyectos de manera positiva y débil; y (c) el Lenguaje se relaciona con los Vínculos psicosociales de manera positiva y débil.

Tabla 12

Correlación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en adultos mayores con nivel bajo de apoyo social percibido

Funcionamiento cognitivo	Aceptación	Autonomía	Vínculos psicosociales	Proyectos
	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
Orientación	.158	.067	.055	.151
Memoria inmediata	-.009	.085	.077	.141
Atención/cálculo	.238	.034	.076	.079
Memoria	.207	.143	.303	.289
Lenguaje	.176	.073	.294	.173

Nota. n = 33. *rs* = Coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Estos resultados indican que quienes tienen puntajes bajos o altos en las dimensiones indicadas del FC también presentarán un comportamiento semejante en el BP.

Correlación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en adultos mayores con un nivel medio de apoyo social percibido

Por otro lado, en la tabla 13 se expone que, únicamente, se hallaron correlaciones que cumplen con el valor mínimo necesario ($rs > .20$) en las siguientes condiciones: (a) la Memoria inmediata se relaciona con la Aceptación y los Vínculos psicosociales de manera positiva y débil; (b) la Atención/cálculo se relaciona con los Proyectos de manera positiva y débil; y (c) la Memoria se relaciona con la Autonomía y los Proyectos de manera positiva y débil.

Tabla 13

Correlación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en adultos mayores con nivel medio de apoyo social percibido

Funcionamiento cognitivo	Aceptación	Autonomía	Vínculos psicosociales	Proyectos
	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
Orientación	-.142	.048	-.078	.129
Memoria inmediata	.333	.173	.222	.120
Atención/cálculo	-.019	.112	-.092	.227
Memoria	.179	.371	.193	.205
Lenguaje	-.034	.123	.168	.037

Nota. n = 53. *rs* = Coeficiente de correlación Rho de Spearman.

Por lo tanto, estos resultados indican que las dimensiones mencionadas se comportan de manera similar en este grupo de personas, donde si una incrementa o disminuye lo más probable es que la otra también lo haga.

Correlación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en adultos mayores con un nivel alto de apoyo social percibido

Finalmente, en la tabla 14 se presenta el análisis de correlaciones. Las que cumplen con el valor mínimo necesario ($rs > .20$) en las siguientes condiciones son: (a) la Memoria inmediata se relaciona con los Vínculos psicosociales de manera negativa y débil; (b) la Atención/cálculo se relaciona con la Autonomía y los Vínculos psicosociales de manera negativa y débil; (c) la Memoria se relaciona con la Autonomía de manera negativa y débil; y (d) el Lenguaje se relaciona con la Autonomía de manera negativa y débil.

Tabla 14

Correlación entre las dimensiones del funcionamiento cognitivo y del bienestar psicológico en adultos mayores con nivel alto de apoyo social percibido

Funcionamiento cognitivo	Aceptación	Autonomía	Vínculos psicosociales	Proyectos
	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>	<i>rs</i>
Orientación	-.161	-.069	-.097	-.069
Memoria inmediata	.066	-.104	-.223	.000
Atención/cálculo	.096	-.204	-.254	-.182
Memoria	-.148	-.360	-.195	-.081
Lenguaje	-.074	-.257	-.088	.130

Nota. n = 30. *rs* = Coeficiente de correlación Rho de Spearman.

En conclusión, y fuera de lo esperado, en este grupo de personas si una de las variables presenta un puntaje alto o bajo, lo más probable es que en la otra variable el comportamiento se presente en dirección opuesta.

VII. DISCUSIÓN

El presente estudio tuvo como objetivo general determinar la relación entre el FC y el BP en función al ASP en los adultos mayores de dos asociaciones de la sierra y costa del Ecuador.

Tras la contrastación de hipótesis se halló que en los adultos mayores con un nivel bajo de ASP la relación entre el FC y el BP es positiva y débil, y en los adultos mayores con un nivel alto de ASP esta relación es negativa y débil. En ese sentido, tal y como indican Vargas et al. (2016), los adultos mayores se encuentran en una etapa del desarrollo donde tienden a disminuir su BP y el ASP, así como su FC como parte propia del ciclo de desarrollo humano (Benavides-Caro, 2017), lo que es coherente con la relación positiva encontrada en el grupo con nivel bajo de ASP. No obstante, la relación negativa entre ambas variables en los adultos con un alto nivel de ASP es llamativa y hasta contradictoria a los planteamientos teóricos. En este caso, se encuentra que, en esta investigación, la mitad de los integrantes tiene un alto nivel de BP, lo cual concuerda con hallazgos realizados por Álvarez-Cabrera et al. (2020), quien halló que adultos mayores que participaban de talleres propuestos por el Estado chileno presentaron un alto nivel de ASP, tanto de sus familiares como de otras personas significativas, así como un BP promedio en la mayoría de las dimensiones. Por otro lado, en la presente investigación se halló que dos tercios de este grupo, que tiene alto nivel de BP y de ASP, no presentaba una alteración significativa de sus funciones cognitivas, no obstante la tercera parte restante sí presentaba alteraciones en este ámbito, lo cual pudo afectar a los resultados del grupo en general. Este hallazgo puede vincularse a la investigación de Zhang et al. (2022), quienes demuestran el rol mediador y protector que cumple

el BP sobre las alteraciones cognitivas en los adultos mayores, por lo tanto, es posible comprender el hallazgo de la presente considerando que los adultos mayores con problemas cognitivos podría ser que reciban mayor protección y por tanto mayor bienestar, sobre todo si participan en una institución que les garantiza actividades y vínculos sociales. Sin embargo, existen otros factores que no fueron tomados en cuenta en la presente investigación que podrían intervenir en este fenómeno complejo, como es el estrés que pueden estar percibiendo los adultos mayores o el nivel educativo que poseen. Por ello, se sugiere que futuros estudios consideren un análisis multivariado y con enfoque explicativo para comprender de manera amplia las relaciones complejas entre estas variables.

En función al primer objetivo específico, se determinó que, en los adultos mayores con un nivel bajo de ASP, la dimensión Atención/cálculo solo se relaciona con la dimensión Aceptación de forma positiva y débil, lo que puede interpretarse como una mayor predisposición a la atención, cuando hay mayor aceptación de sí mismo. Al respecto, existe evidencia contradictoria, pues, por ejemplo, Whitmoyer et al. (2020), en una intervención basada en la aceptación y la conciencia plena para mejorar la capacidad atencional en adultos mayores, no representó un aumento significativo. No obstante, el mismo autor afirma haber hallado evidencias que señalan a la memoria de trabajo como un moderador importante para la mejora de la capacidad atencional en este grupo poblacional.

En esta misma línea, respecto a la relación entre la dimensión Memoria y las dimensiones Aceptación, Vínculos sociales y Proyectos es positiva y débil. Como ya se señaló líneas arriba, Viguer et al. (2017) encontraron que la intervención basada en la reminiscencia o evocación de recuerdos autobiográficos

aumenta la autoaceptación, la relación positiva con otros, y el propósito en la vida. Asimismo, el hallazgo de la relación positiva y débil entre la dimensión Lenguaje y la dimensión Vínculos sociales, se ve corroborada por el resultado de Rodríguez y Carasa (2021), quienes hallaron que los adultos mayores, a pesar de encontrarse en un contexto pandémico, mantuvieron una comunicación constante con sus familiares, lo cual implica que mantener los vínculos sociales fortalecidos en los adultos mayores estimula sus habilidades de lenguaje.

Respecto al segundo objetivo específico, se estableció que, en los adultos mayores con ASP medio, la dimensión Memoria inmediata se relaciona positivamente y con una fuerza correlación débil en el caso de las dimensiones Aceptación y Vínculos sociales, tomando en cuenta que Young et al. (2017) hallaron evidencias de que es posible mejorar la memoria inmediata, también denominada memoria a corto plazo, a partir de una intervención holística que consideraba la aceptación como parte del tratamiento, mientras que Elovainio et al. (2018) indican que una mayor frecuencia de contacto social se asocia con un rendimiento cognitivo favorable en la trayectoria de envejecimiento, lo cual también coincide con lo reportado por Guo et al. (2024), donde, por el contrario, los adultos mayores que disminuyen su relación positiva con las demás personas ven afectadas considerablemente sus capacidades cognitivas. Además, respecto a la relación positiva y débil entre Atención/ cálculo y la dimensión Proyectos, lo cual implica que ambas variables se comporten de forma similar simultáneamente, se hallaron evidencias que señalan que el propósito de vida actúa como un factor protector ante el deterioro cognitivo en adultos mayores (Kim et al., 2019), y de la misma forma, se asemeja al hallazgo de Guo et al. (2024), a partir del hecho de que

quienes disminuyeron considerablemente su propósito por la vida desarrollaron deterioro cognitivo leve tres años antes que los demás adultos mayores.

Asimismo, se ha encontrado en la presente investigación una relación positiva y débil entre la dimensión Memoria y la dimensión Proyectos, por lo que es muy probable que ambas variables aumenten o disminuyan de forma proporcional y simultánea. En relación a este resultado, es posible considerar que Lan et al. (2018) hallaron que la intervención basada en la revisión de vida, donde se utilizan recuerdos significativos de la vida del paciente, mejora la satisfacción con la vida en adultos mayores.

Finalmente, considerando el tercer objetivo específico, los hallazgos son contradictorios a lo esperado en función a la teoría y a los antecedentes de la investigación, ya que las relaciones que existen entre algunas dimensiones del FC y el BP presentan una orientación negativa en los adultos mayores que poseen un nivel alto de ASP. En ese sentido, al analizar las características de los participantes que integraron este grupo, se observó que una tercera parte presenta alteración de su FC, lo cual requiere un mayor grado de asistencia para sus actividades de la vida diaria, por ende, esto podría explicar que ellos perciban un mayor nivel de apoyo social. Además, es necesario considerar que exista un posible sesgo en las respuestas brindadas por las personas con marcadas dificultades cognitivas, ya que se basan en sus propias afirmaciones respecto de sus comportamientos.

Estos hallazgos permiten comprender mejor la relación entre determinadas dimensiones del FC con las del BP, lo que facilita proponer medidas de intervención, como las de aceptación, atención plena y evocación de recuerdos

biográficos que permitan proveer a los adultos mayores de una mejor calidad de vida.

En relación con el ASP, la postura convencional es referida a una relación directa entre esta variable y el BP. Tal como podemos ver en la presente investigación, esta relación se ve afectada por múltiples variables, que alertan sobre la necesidad de prever condiciones de vida del adulto mayor, que no solo le provean de soporte social sino que garanticen su bienestar y sobre todo, las condiciones de protección de su FC, el cual por otro lado, se ve afectado por condiciones biológicas propias de cada individuo.

VIII. CONCLUSIONES

Conclusión general

El FC y el BP se relaciona de forma positiva y débil en los adultos mayores con ASP bajo, y de forma negativa y débil en los adultos mayores con ASP alto.

Conclusiones específicas

En los adultos mayores con ASP bajo se hallaron las siguientes relaciones:

- (a) la Atención/cálculo se relaciona con la Aceptación de manera positiva y débil;
- (b) la Memoria se relaciona con la Aceptación, los Vínculos psicosociales y los Proyectos de manera positiva y débil; y
- (c) el Lenguaje se relaciona con los Vínculos psicosociales de manera positiva y débil.

En los adultos mayores con ASP medio se hallaron las siguientes relaciones:

- (a) la Memoria inmediata se relaciona con la Aceptación y los Vínculos psicosociales de manera positiva y débil;
- (b) la Atención/cálculo se relaciona con los Proyectos de manera positiva y débil; y
- (c) la Memoria se relaciona con la Autonomía y los Proyectos de manera positiva y débil.

En los adultos mayores con ASP alto se hallaron las siguientes relaciones:

- (a) la Memoria inmediata se relaciona con los Vínculos psicosociales de manera negativa y débil;
- (b) la Atención/cálculo se relaciona con la Autonomía y los Vínculos psicosociales de manera negativa y débil;
- (c) la Memoria se relaciona con la Autonomía de manera negativa y débil; y
- (d) el Lenguaje se relaciona con la Autonomía de manera negativa y débil.

IX. RECOMENDACIONES

Se sugiere que se realice una intervención basada en la aceptación, la atención plena y la evocación de recuerdos biográficos en los adultos mayores que pertenecen a estas instituciones con la finalidad de mejorar su FC y su BP.

Asimismo, se recomienda que las instituciones que brindan atención a los adultos mayores consideren diseñar e implementar programas que promuevan la estimulación de sus funciones cognitivas, así como la valoración de su BP y la percepción que tienen sobre el apoyo social que reciben de manera objetiva, todo esto con el propósito de mejorar su calidad de vida.

Además, se sugiere que próximos estudios amplíen el tamaño de la muestra así como el uso de un muestreo aleatorio que permita la generalización de los resultados, e incluso sería favorable que se realicen esfuerzos para realizar una investigación a nivel nacional.

Por último, es necesario tomar en cuenta que no se consideró el análisis de variables adicionales como la depresión, el estrés y el nivel educativo de los participantes, las cuales podrían influir en la dinámica del fenómeno, por lo que se sugiere que futuras investigaciones puedan considerar estas recomendaciones y que se pueda hacer uso de una metodología de nivel explicativo para comprender las relaciones causales entre estas variables propuestas.

X. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguirre, D. y otros (2014). Factores asociados con el declive cognitivo en la población menor de 65 años. Una revisión sistemática. *Revista Colombiana de Psiquiatría.*, 113-122.
- Aida, D. (2012). Bio-psycho social aspects shattering elderly health. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 79-86.
- Álvarez-Cabrera, P. L., Lagos-Lazcano, J. P., & Urtubia-Medina, Y. A. (2020). Percepción del bienestar psicológico y apoyo social percibido en adultos mayores. *Fides et Ratio*, 20, 37–59.
http://www.scielo.org/bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2071-081X2020000200004
- Añari, M., Ortíz, P. y Vásquez, J. (2014). Velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores: implicancias para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. Arequipa, Perú.
- Arce, I. y Ayala, A. (2012). Fisiología del envejecimiento. *Revista de Actualización Clínica Investiga*(17), 813. Obtenido de Fisiología del envejecimiento : <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=82140>
- Armenta, D., Barbosa, L. S., & Sequeda, M. J. (2023). *Estado emocional del adulto mayor institucionalizado en el hogar geriátrico Flor de la vida de Bucaramanga-Santander* [Tesis de licenciatura, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/53996>

- Arroyo-Anlló, E., & Poveda, M. &. (2012). Técnicas de rehabilitación neuropsicológica en demencias: hacia la ciber-rehabilitación neuropsicológica. *Pensamiento Psicológico*, 107-127.
- Asanova, P. (2001). Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. *Cubana Med Gen Integr*, 309-315.
- Ávila, O., Vázquez, E., & Gutiérrez, M. (2007). Deterioro cognitivo del adulto mayor.
- Báez, E. (2013). Estudio de la memoria inmediata y memoria de. *Anales Universitarios de Etología*, 7-18.
- Barajas, S. (2013). *Evitacion cognitivo conductual, aceptacion psicologica y mindfulness en la psicopatologia de ansiedad y depresion*. Recuperado el 26 de Julio de 2016, de UCLM: <https://ruidera.uclm.es/xmlui/bitstream/handle/10578/3794/TESIS%20Barajas%20Mart%C3%ADnez.pdf?sequence=1>
- Behrens, M., Diaz, V., Vasquez, C. y Donoso, A. (2003). Demencia por déficit de vitamina B12. *Revista médica de Chile*(131), 915-919.
- Bendezú, L., Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., & Linares, J. (2012). Deterioro Cognitivo Leve: Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? Lima, Perú.
- Bernal, T. (2014). Vínculos de adolescentes en medida de restablecimiento de derechos. *Universidad Santo Tomás, Colombia*.
- Bohórquez, M. d., Lorenzo, M. y García, J. (2013). Felicidad y actividad física en personas mayores. *Escritos de Psicología*, 6-12.

- Bonifacio, Y. L. (2019). *Apoyo familiar y social relacionado con la depresión en adultos mayores en el Centro de Salud Liberación Social – La Libertad 2019* [Tesis de licenciatura, Universidad César Vallejo].
<https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40477>
- Bowlby, J. (1982). Attachment and loss: Retrospect and prospect. *American Journal of Orthopsychiatry*, 52(4), 664–678.
<https://doi.org/10.1111/j.1939-0025.1982.tb01456.x>
- Bruno, F. E., De Rosa, S. M., Stover, J. B., & De La Iglesia, G. (2012, noviembre 27–30). *Afrontamiento al estrés, apoyo social percibido y sintomatología psicopatológica: estudio preliminar en Buenos Aires* [Presentación de artículo]. IV Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XIX Jornadas de Investigación, VIII Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.
<https://www.aacademica.org/000-072/961.pdf>
- Cabras, E. (2012). Plasticidad cognitiva y deterioro cognitivo. *Universidad autónoma de Madrid*, 1-354.
- Calero, M. (2012). Incidencia del deterioro cognitivo y la dependencia funcional en mayores de 65 años hospitalizados por fracturas óseas. *Dialmet*.
- Campo, E., Laguado, E., Martín, M., & Camargo, K. d. C. (2018). Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. *Revista Cubana de Enfermería*, 34(4), e1640.
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005

- Candellero, V., Correche, M., Rivarola, M. y Penna, F. (2007). Tercera edad y bienestar psicológico. Un estudio exploratorio. *XIV Jornadas de Investigación y Tercer Encuentro de Investigadores en Psicología del Mercosur*.
- Cardona J. (2011). El afrontamiento de la soledad en la población adulta. *Corporación Universitaria Remington*.
- Cardona, A., Garzón, M., Cardona, D. y Segura, A. (2016). Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. *Universidad CES, Medellín, Antioquia, Colombia*, 613-628.
- Carreño, D. M., Julio, N., & Suarez, O. L. (2021). *Efectos del aislamiento social preventivo por la pandemia del COVID-19 sobre el bienestar psicológico de los adultos mayores beneficiarios del Programa Centro Vida Anciano Feliz de Barrancabermeja* [Trabajo de grado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio Institucional UCC. <https://hdl.handle.net/20.500.12494/35361>
- Casanova, P., Casanova, P. y Casanova, C. (2004). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Scielo*, 5-6.
- Castro, O. (2009). Bienestar psicológico de los adultos mayores, su relación con la autoestima y la autoeficacia. Contribución de enfermería. *Scielo*, 1 - 7.
- Castro Muñoz, J. A., Rincón, Y. P., Farfán, Y. F., & Ramírez, A. (2019). Demencia y cognición social: Su relación con el apoyo social. *Informes Psicológicos*, 19(2), 143–161. <https://doi.org/10.18566/infpsic.v19n2a10>

- Casullo, M. M. (2002). Evaluación del bienestar psicológico. En M. M. Casullo (Ed.), *Evaluación del Bienestar Psicológico en Iberoamérica* (pp. 11–29). Paidós.
- Celeste, D. y Jimenez, G. (2014). Sentido de pertenencia y compromiso organizacional: predicción del bienestar. *Scielo Perú*, 32-40.
- Condo, C. (2020, febrero 13–15). *Calidad de vida de adultos mayores autovalentes en Guayaquil* [Presentación de artículo]. I Congreso Iberoamericano de Investigación en Ciencias Sociales y Humanística, Guayaquil, Ecuador.
- Consejería de Salud . (2002). *Atención al paciente pluripatológico*. Sevilla: Consejería de Salud.
- Córdova, M. (2015). Dependencia en las actividades básicas de la vida diaria y su influencia en el bienestar psicológico de los adultos mayores que asisten al centro gerontológico del Ministerio de Inclusión Económica y Social de Patate. Ambato: Universidad Técnica de Ambato.
- Couso, C., Zamora, M., Purón, I. y del Pino, I. (1998). Biética y los problemas del Adulto Mayor. *Medidan*, 30-35.
- Cuadra-Peralta, A., Medina, E. F., & Salazar, K. J. (2016). Relación de bienestar psicológico, apoyo social, estado de salud física y mental con calidad de vida en adultos mayores de la ciudad de Arica. *Límite*, 11(35), 56–67. <https://revistalimite.uta.cl/index.php/limite/article/view/54>
- Custodio, N., Bendezú, L., Castro-Suárez, S., Herrera-Pérez, E. y Lira, D. (2013). Características neuropsicológicas de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia asociada a la. *Neuro-Psiquiatría*, 246-254.

- Custodio, N. y otros (2013). Características neuropsicológicas de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. (E. y. Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, Ed.) *Neuro-Psiquiatría*, 246-254.
- De León, R., Milián, F., Camacho, N., Arévalo, R. y Escartín, M. (2009). *medigraphic.com*. Obtenido de Factores de riesgo para deterioro cognitivo: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>
- Domínguez-Lara, S. A. (2018). Magnitud del efecto, una guía rápida. *Educación Médica*, 19(4), 251–254. <https://doi.org/10.1016/j.edumed.2017.07.002>
- Durán-Badillo, T., Aguilar, R. M., Martínez, M. L., Rodríguez, T., Gutiérrez, G., & Vásquez, L. (2013). Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Enfermería Universitaria*, 10(2), 36–42. [https://doi.org/10.1016/S1665-7063\(13\)72627-7](https://doi.org/10.1016/S1665-7063(13)72627-7)
- Elovainio, M., Sommerlad, A., Hakulinen, C., Pulkki-Råback, L., Virtanen, M., Kivimäki, M., & Singh-Manoux, A. (2018). Structural social relations and cognitive ageing trajectories: evidence from the Whitehall II cohort study. *International Journal of Epidemiology*, 47(3), 701–708. <https://doi.org/10.1093/ije/dyx209>
- Fernández, O. (2014). Bienestar Psicológico y resiliencia en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Buenos Aires, Argentina.
- Ferrada, L. y Zavala, M. (2014). Bienestar psicológico: adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería xx*, 123 - 130.

- Flores, E., Rivas, E. y Seguel, F. (2012). Nivel de sobrecarga en el desempeño del rol del cuidador familiar de adulto mayor con dependencia severa. *Ciencia y Enfermería*.
- Folstein, M., Folstein, S. y McHugh, P. (1975). Mini Examen del Estado Mental. *J Psychiatr Res. MEDLINE*, 189-198.
- Franco, M., Parra, E., González, F., Bernate, M. y Solis, A. (2013). Influencia del ejercicio físico en la prevención del deterioro cognitivo en las personas mayores: revisión sistemática. *Rev Neurol*, 545-554.
- García, S., Díaz, M. y Peraita, H. (2014). Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) a través del. *anales de psicología*, 372-379.
- Gómez, D., Hervás, G. y Rahona, J. (2009). Bienestar Psicológico y Salud: aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y Salud.*, 16-29.
- Gómez, N., Bonnin, M., Gómez de Molina, M., Yanes, B. y González, A. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Scielo*, 1.
- González, M. T., & Landero, R. (2014). Propiedades psicométricas de la Escala de Apoyo Social Familiar y de Amigos (AFA-R) en una muestra de estudiantes. *Acta de Investigación Psicológica*, 4(2), 1469–1480. [https://doi.org/10.1016/S2007-4719\(14\)70387-4](https://doi.org/10.1016/S2007-4719(14)70387-4)
- Gottlieb, B. H. (1981). Social networks and social support in community mental health. En B. H. Gottlieb (Ed.), *Social networks and social support* (pp. 11–42). Sage.

- Guerra, M. (2015). *Bienestar Psicológico*. Quetzaltenango: Universidad Rafael Landívar.
- Guerrero, N. y Yépez, M. (2014). Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud. *Universidad y Salud Nariño*, 121-131.
- Guo, J., Wang, J., Dove, A., Bennett, D. A., & Xu, W. (2024). Psychological well-being trajectories preceding incident mild cognitive impairment and dementia. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*. <https://doi.org/10.1136/jnnp-2024-333837>
- Henao-Arboleda, E., Aguirre-Acevedo, D., Muñoz, C., Pineda, D. y Lopera, F. (2008). Prevalencia de deterioro cognitivo leve de tipo amnésico en una población colombiana. *Revista de Neurología*. , 16-30.
- Hernández, L. y M, M. (2014). Autonomía y adulto mayor, un binomio no siempre perfecto. *MEDwave*, 1- 4.
- Hérrnandez, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1995). *Metodología de la Investigación*. México: Intituto Mexicano de la Pareja.
- Hernández, Z. (2006). Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor. *Psicología y Salud*.
- Herrera, J., Mondeja, N. B. y Guerra, T. Q. (2012). Caracterización neuropsicológica en adultos mayores sanos y con deterioro cognitivo. *Interspiquis XIII Congreso Virtual de Psiquiatria*, 1-14.
- Herrera, M. (2011). La alfabetización económica, hábitos de consumo, actitud hacia el endeudamiento y su relación con el bienestar psicológico en funcionarios públicos de la ciudad de punta arenas. *MAGALLANIA*.

- Inga, J. y Vara, A. (2006). Factores sociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años en Lima-Perú. *Universidad Nacional Federico Villareal y Universidad San Martín de Porres*.
- Instituto Nacional de Estadísticas Censos. (27 de 8 de 2011). *ecuadorencifras.com*. (G. N. Ecuador, Productor) Obtenido de *ecuadorencifras.com*: http://www.inec.gob.ec/inec/index.php?option=com_content&view=article&id=360%3Aen-el-ecuador-hay-2229089-adultos-mayores-28-se-siente-desamparado&catid=68%3Aboletines&Itemid=51&lang=es
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2023). *Censo Ecuador Cuenta Conmigo 2022. Boletín Técnico Nacional*. https://www.censoecuador.gob.ec/public/Boletin_Nacional.htm
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. (2024, julio 11). *Desafíos y oportunidades para el Ecuador ante el envejecimiento poblacional: INEC destaca datos claves en el día mundial de la población*. <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/institucional/desafios-y-oportunidades-para-el-ecuador-ante-el-envejecimiento-poblacional-inec-destaca-datos-claves-en-el-dia-mundial-de-la-poblacion/>
- Jara, M. L. (2008). Trastornos bipolares. *Revista de Posgrado de la VIa Cátedra de Medicina*, 22-24.
- Jimenez, H., Guerra, T. y Mondeja, N. (2012). XIII Congreso Virtual de psiquiatría. *"Compartir para crecer"*, 1-14.
- Juanas, Á., Limón, M. y Navarro, E. (2013). Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas. *Pedagogía Social*, 153 - 168.

- Kim, G., Shin, S. H., Scicolone, M. A., & Parmelee, P. (2019). Purpose in Life Protects Against Cognitive Decline Among Older Adults. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 27(6), 593–601. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2019.01.010>
- Lan, X., Xiao, H., Chen, Y., & Zhang, X. (2018). Effects of Life Review Intervention on Life Satisfaction and Personal Meaning Among Older Adults With Frailty. *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services*, 56(7), 30–36. <https://doi.org/10.3928/02793695-20180305-01>
- Landinez, N., Contreras, K. y Castro, Á. (2012). Proceso de envejecimiento, ejercicio y fisioterapia. *Revista Cubana de Salud Pública*, 562-580.
- Leiva, A., Sánchez, J. L., León, J. y Palacios, L. (2016). Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *Enfermería Clínica.*, 129 - 136.
- León, R., Milián, F., Camacho, N., Arévalo, R. y Escartín, M. (2009). *medigraphic.com*. Obtenido de Factores de riesgo para deterioro cognitivo: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>
- Lobo, A., Sanz, P., Marcos, G., Día, J., de la Cámara, C., Ventura, T. y Aznar, S. (1999). *Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo*. Obtenido de Universidad Complutense Madrid: http://pendientedemigracion.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EPC%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEMENCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS%20TRASTORNOS%20COGNITIVOS/MINIEXAMEN%20DE%20L%20ESTADO%20MENTAL/MEC_F.pdf

- Loja, S. P. (2021). *Bienestar psicológico en adultos mayores durante el confinamiento asociado a la pandemia COVID-19* [Trabajo de fin de grado, Universidad del Azuay]. Repositorio Institucional UAZUAY. <https://dspace.uazuay.edu.ec/handle/datos/11077>
- López, Á., Calero, M. y Navarro, E. (2013). Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev Neurol*, 1-7.
- López Angulo, M. F., & Farias, K. Z. (2019). *Importancia de la estimulación cognitiva en la calidad de vida de los adultos mayores asistentes a la Fundación NURTAC* [Tesis de licenciatura, Universidad de Guayaquil]. Repositorio Institucional UG. <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/39387>
- Lorenzo, J. y Fontán, L. (2003). Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev Med Uruguay*, 4-13.
- Machado, R., Bazán, M. y Izaguirre, M. (2014). Principales factores de riesgo asociados a las caídas en ancianos del área de salud Guanabo. *MEDISAN*, 158-164.
- Martinez, C., Perez, V., Carballo, M. y Larrondo. (2005). Polifarmacia en los adultos mayores. *Cubana Med Gen Integr*, 1-2.
- Mayor, C. d. (14 de Noviembre de 2014). Depresión. (W. F. Pilalumbo, Entrevistador)

- Meléndez, J., Mayordomo, T. y Sales, A. (2012). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Universitas Psychologica*, 73-80.
- Meléndez, J., Navarro, E., Oliver, A. y Tomás, J. (2009). La satisfacción vital en los adultos mayores. *Boletín de Psicología*.
- Meléndez, J., Sanz, T. y Navarro, E. (2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. *anales de psicología*, 605-609.
- Meléndez, J., Tomás, J. y Navarro, E. (2009). Envejecimiento y bienestar. *Avances en investigación*, 89.
- Mella, L., Gonzalez, R., D'Appollonio, J., Maldonado, I., Fuenzalida, A. y Díaz, A. (2004). *Psyche*. Obtenido de Factores Asociados al Bienestar Subjetivo en el Adulto Mayor: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-22282004000100007&script=sci_arttext
- Méndez, A., Desfilis, E., Barradas, M. L. y Valero, M. G. (2014). Gratitud existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y Salud*, 279-286.
- Méndez, A., Desfilis, E., Márquez, M. y Bernabé, M. (2014). Gratitud existencial y bienestar psicológico en personas mayores. *Psicología y Salud*.
- Méndez, G., Molero, A. y Rivera, G. (2012). Análisis de Factores Relacionados con el Deterioro Cognitivo en una Muestra de Población Geriátrica. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias.*, 43-56.
- Mías, C., Sassi, M., Masih, M., Querejeta, A. y Krawchik, R. (2007). Deterioro cognitivo leve: estudio de prevalencia y factores sociodemográficos en la ciudad de Córdoba, Argentina. *Revista de Neurología*, 733-738.

- Molina, A. (2015). Comparación de la calidad de vida entre pacientes con Deterioro Cognitivo Leve y pacientes con Depresión. Cuenca.
- Moreno, D., Pedraza, C. y Gallo, M. (2013). Neurogénesis hipocampal adulta y envejecimiento cognitivo. *Escritos de Psicología*, 14-24.
- Mosquera, B. (2011). Envejecimiento fisiológico y predisposición al trauma craneoencefálico. *Médicas de Camagüey*, 917-932.
- Mundaca, L. (2014). Bienestar psicológico: Adultos mayores activos a través del voluntariado. *Ciencia y enfermería XX*, 123-130.
- Muñoz, C. (2013). Bienestar subjetivo y actividad social con sentido histórico en adultos mayores. *Hacia promoc. salud.*, 13-26.
- Navarro, A. B., Bueno, B. y Buz, J. (2017). Bienestar emocional en la vejez avanzada. *Psychology, Society, & Education*, 41-57.
- Nilton, L., Castro-Suárez, S. H.-P., Lira, D., Montesinos, R., Cortijo, P. y Núñez del Prado, L. .. (2013). Características neuropsicológicas de pacientes con deterioro cognitivo leve y demencia asociada a la enfermedad de Parkinson. *Neuropsiquiatría*, 246-254.
- Nitrini, R. y Dozzi, S. (2012). Demencia: Definición y clasificación. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 75-98.
- Núñez, D. D. (2023). *Deterioro cognitivo y su relación con el bienestar psicológico en adultos mayores* [Tesis de licenciatura, Universidad Técnica de Ambato].
Repositorio Institucional UTA.
<https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/38574>

- Organización Mundial de la Salud. (2023, octubre 20). *Salud mental de los adultos mayores* [Nota de prensa]. <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/mental-health-of-older-adults>
- Ortega, A. R., Ramírez, E. y Chamorro, A. (2015). Una intervención para aumentar el bienestar de los mayores. *Psychology and Education*, 23-33.
- Padrón, V. y Sandoval, J. (2015). *Funciones cognitivas y ejecutivas*. Maracaibo: Universidad Rafael Urdaneta.
- Páez, D. (2006). Apego Seguro, Vínculos Parent. 329-341.
- Pallahuala, S. (2011). De la tradición y la evolución: Bienestar psicológico en hombres patagónicos contemporáneos . *MAGALLANIA*.
- Páramo, M., Straniero, C., García, C. y Torrecilla, N. (2012). Bienestar psicológico, estilos de personalidad y objetivos de vida. *Pensamiento Psicológico*, 7-21.
- Pedrosa, I., Juarros-Basterretxea, J., Robles-Fernández, A., Basteiro, J., & García-Cueto, E. (2015). Pruebas de bondad de ajuste en distribuciones simétricas, ¿qué estadístico utilizar? *Universitas Psychologica*, 14(1), 245–254. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.upsy14-1.pbad>
- Pérez, V. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1–2). http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252005000100017
- Quispe, B. d. I. A. (2019). *Resiliencia, apoyo social percibido y satisfacción con la vida del adulto mayor del distrito de Santa Anita, Lima – Perú* [Tesis de bachiller, Universidad San Ignacio de Loyola]. Repositorio Institucional USIL. <https://hdl.handle.net/20.500.14005/9614>

Reyes, P. N. (2014). Repositorio Digital Universidad De Las Américas. *UDLA*, 1-84. Obtenido de Percepción de Bienestar Psicológico en Adultos Mayores de entre 70 Y 80 Años que Asisten a un Programa para la Tercera Edad en la Ciudad de Quito.: <http://dspace.udla.edu.ec/bitstream/33000/3446/1/UDLA-EC-TPC-2014-09%28S%29.pdf>

Riquelme, A. (1997). *Depresión en residencias geriátricas: Un estudio empírico*. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia.

Rodríguez, C. V., y Carasa, R. (2021). (In)Satisfacción de necesidades humanas de personas mayores durante la pandemia de la COVID-19. *Anales en Gerontología*, (13), 172–204.

Rodríguez, J. M. y Latorre, J. (1997). Depresión en la vejez: evaluación, variables implicadas y relación con el deterioro cognitivo. *Psicopatología y Psicología Clínica*, 243-264.

Rodríguez, T. (2013). Factores Psicosociales que inciden en la reintegración social de tres reclusos con vínculos a los grupos armados e ilegales del centro penitenciario carcelario. *Pensamiento Psicológico*.

Rojas, W. (2015). Programa de intervención en la memoria del adulto mayor.

Rosa-Rodríguez, Y., Negrón, N., Maldonado, Y., Quiñones, A., & Toledo, N. (2015). Dimensiones de bienestar psicológico y apoyo social percibido con relación al sexo y nivel de estudio en universitarios. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(1), 31–43. <https://doi.org/10.12804/apl33.01.2015.03>

- Rosselli, M. y Ardila, A. (2012). Deterioro cognitivo leve. Definición y clasificaciones. *Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 151-162.
- Salazar, M. (2012). El potencial de la memoria autobiográfica en investigación e intervención clínica. *Neuropsicología y envejecimiento*, 123-146.
- Salech, F., Jara, R. y Miche, L. (2011). Cambios fisiológicos asociados con el envejecimiento. *MED. CLIN. CONDES*, 19-29.
- Salech, F., Jara, R. y Michea, L. (2012). Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. *Physiological changes associated with normal aging*, 19-29.
- Salud, O. M. (2016). Datos sobre la demencia.
- Sánchez, A. M., Arévalo, K., Vallecilla, M., Quijano, M. C. y Arabia, J. (2011). La memoria audio-verbal en adultos mayores con deterioro cognitivo leve y un grupo control. *Ces Psicología*, 35 - 47.
- Sánchez, J. y Torellas, C. (2011). Revisión del constructo de deterioro cognitivo leve: aspectos generales. Salamanca, España.
- Sánchez, J., Diana, V. y Zúñiga, J. (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social. *Universidad de Cuenca*, 1-100.
- Sánchez, Y., López, A., Calvo, M., Noriega, L. y López, J. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 0-0.
- Santos, R. S. (2016). Beneficios psicológicos de un programa proactivo de ejercicio físico para personas mayores. *Escritos de Psicología*, 24-32.

- Sarrià, A., Guàrdia, J., & Freixa, M. (2017). *Introducción a la Estadística en Psicología*. Edicions de la Universitat de Barcelona.
- SENPLADES. (2007). *Plan Nacional de Desarrollo 2007–2010*. Obtenido de Resumen Adultos Mayores. Quito, Ecuador: <http://plan.senplades.gob.ec/web/guest/resumen1>
- Siurana, J. C. (2010). Los principios de la bioética y el surgimiento de una bioética intercultural. *Veritas*, (22), 121–157. https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-92732010000100006
- Solís, J. y Cuéllar, J. (2016). Exploración neuropsicológica en adultos mayores con demencia senil precoz pertenecientes al centro de rehabilitación en Santa Clara. *Tercer Congreso virtual de Ciencias Morfológicas.*, 1-14.
- Sosa, M. (2016). Deterioro Cognitivo en la vejez ¿Fenómeno normal? *Universidad de la República*, 3-27.
- Sosa, M. J. (2016). Deterioro Cognitivo en la Vejez, ¿Fenómeno normal? Montevideo, Uruguay.
- Terán, J. D., & Barcia, J. A. (2018). Estado mental de los adultos mayores en la ciudad de Portoviejo. *Revista Caribeña de Ciencias Sociales*. <https://www.eumed.net/rev/caribe/2018/03/estado-mental-adultos.html>
- Toledo, M. Á. (2010). *Metología de la Investigación*. México: McGraw-hill.
- Torres, C. (2015). Deterioro cognitivo y su incidencia en las actividades en las actividades básicas de la vida diaria de los pacientes geriátricos que residen en el Asilo de ancianos Sagrado Corazón de Jesús. Ambato: Universidad Tecnica de Ambato.

- Urrutia, K. L. (2019). *Severidad el deterioro cognitivo de los adultos mayores que asisten a centros geriátricos de la Ciudad de Ambato. Análisis en función a la edad y el sexo* [Tesis de licenciatura, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Repositorio Institucional PUCE. <https://repositorio.puce.edu.ec/handle/123456789/7426>
- Urzúa, A., Loyola, M., Navarrete, M. y Valenzuela, F. (2014). El efecto de valorar la importancia atribuida a cada área de la vida en el auto reporte de la calidad de vida del adulto mayor. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, 41 - 50.
- Valencia, J., Morante, P., Marcio, F. y Soto, A. (1). Velocidad de procesamiento y memoria de trabajo en adultos mayores: implicancias para el envejecimiento cognitivo normal y patológico. *Psicología*, 13-25.
- Vázquez, H. R. (2009). Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la Psicología Positiva. *Anuario de Psicología Clínica y de la Salud* , 15- 23.
- Ventura, M. (2004). Influencia de la diabetes en el deterioro cognitivo. *Universitat Jaume*, 2-8.
- Viguer, P., Satorres, E., Fortuna, F. B., & Meléndez, J. C. (2017). A Follow-Up Study of a Reminiscence Intervention and Its Effects on Depressed Mood, Life Satisfaction, and Well-Being in the Elderly. *The Journal of Psychology*, 151(8), 789–803. <https://doi.org/10.1080/00223980.2017.1393379>
- Villagrán, J. (2014). Bienestar psicológico y asertividad en el adolescentes". *Instituto Tecnológico Privado de Occidente de la ciudad de*, 1-96.
- Villalba, S. y Espert, R. T. (2014). Estimulación cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Terapeía*, 73-93.

- Vivaldi, F., & Barra, E. (2012). Bienestar psicológico. Apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. *Terapia Psicológica*, *30*(2), 23–29. <https://teps.cl/index.php/teps/article/view/120>
- Whitmoyer, P., Fountain-Zaragoza, S., Andridge, R., Bredemeier, K., Londeree, A., Kaye, L., & Prakash, R. S. (2020). Mindfulness training and attentional control in older adults: a randomized controlled trial. *Mindfulness*, *11*, 203–218. <https://doi.org/10.1007/s12671-019-01218-3>
- World Health Organization. (2007). *WHO Global report*. World health. United States : OMS.
- Young, K. W., Ng, P., Kwok, T., & Cheng, D. (2017). The effects of holistic health group interventions on improving the cognitive ability of persons with mild cognitive impairment: a randomized controlled trial. *Clinical Interventions in Aging*, *12*, 1543–1552. <https://doi.org/10.2147/CIA.S142109>
- Yuste, A. (2004). Personalidad. *Revista Multidisciplinaria*, *29*.
- Zhang, J., Li, L. W., & McLaughlin, S. J. (2022). Psychological Well-Being and Cognitive Function among Older Adults in China: A Population-Based Longitudinal Study. *Journal of Aging and Health*, *34*(2), 173-183. <https://doi.org/10.1177/08982643211036226>

XI. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado para participar en un estudio de investigación

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE INVESTIGACIÓN	
(Adultos)	
Título del estudio :	FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN del APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR.
Investigador (a) :	Washington Fabian Rojas Pilalumbo.
Institución :	DOS ASOCIACIONES DE LA SIERRA Y COSTA EN DEL ECUADOR

Propósito del estudio:

Le estamos invitando a participar en un estudio llamado: “FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO SEGÚN APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR”, este es un estudio desarrollado por Washington Fabián Rojas Pilalumbo Egresado de la Maestría en Psicología Clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. Estamos realizando este estudio, con la finalidad de realizar un diagnóstico preventivo de sus habilidades cognitivas, es decir de memoria, orientación, memoria inmediata, atención, cálculo, lenguaje y praxia.; de la forma en que usted se siente o el bienestar

que tiene en su vida, autonomía, control, aceptación, vínculos psicosiales, proyectos; y sobre sus relaciones sociales. Esto servirá para que usted conozca más de su propio funcionamiento cognitivo, bienestar psicológico en función del apoyo social percibido y los servicios que usted recibe puedan mejorar su calidad.

Procedimientos:

Si decide participar en este estudio se realizará lo siguiente:

1. Se aplicarán tres instrumentos o test psicológicas que son sobre apoyo social percibido, sobre el bienestar psicológico y un mini examen de orientación, memoria, memoria inmediata, atención, cálculo, lenguaje y praxis, (mini mental test), Todos son individuales y su duración es mas o menos de 45 minutos, durante los cuales se pueden tener periodos de descanso. Si usted deseara se puede continuar en otra sesión.

Riesgos:

- “Participar en la Investigación no supone ningún riesgo para usted, pero en caso que usted se sienta mal o se encontrara algún aspecto en el que usted necesite una atención de salud, el investigador le explicará y se recurrirá a los especialistas del Centro de Salud número tres de la sierra Ambato y al Centro de salud 1 de la Costa Esmeraldas, para recibir la respectiva

atención. Si este malestar se refiere a su entorno social, la asistente social lo ayudará junto con el investigador, para buscar a mejor solución o apoyo.

Por otro lado, se tomarán todas las medidas de bio seguridad a fin de evitar cualquier situación que significara un riesgo (aunque sea mínimo) de contagio de covid19.

Beneficios:

- **Una evaluación psicológica** mediante los instrumentos psicológicos sobre el estado del funcionamiento cognitivo, bienestar psicológico y apoyo social percibido en los adultos mayores. Será una aplicación individual. Su resultado se les dará a usted al terminar el conjunto de las aplicaciones. Si hubiera necesidad en relación a los resultados, se le indicará la atención de un médico especialista en las áreas del adulto mayor del Ministerio de Salud, en el centro de salud que le corresponde en Ambato o Esmeralda. Si se encontrara alguna dificultad respecto del apoyo social que usted percibe, contará con el apoyo de la asistente social, con quien se podrán desarrollar acciones de apoyo de acuerdo a sus competencias, y del mismo investigador quien es psicólogo con experiencia en adultos mayores, quien lo va a ayudar en lo que usted necesite.
- También se beneficiará de **un programa de intervención en psicología positiva**, que será ofrecido a usted y a todos los demás participantes de la asociación a donde usted acude. Este programa se desarrollará en el horario

común en el que usted participa, estará a cargo del investigador y se desarrollará en coordinación con las asociaciones. Estará dirigido a potenciar el funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico, así como a promover sus vínculos sociales.

- Finalmente se hará un informe general de los resultados a la asociación, a fin de apoyar a la mejora de los servicios que usted y sus compañeros reciben actualmente

Costos y compensación

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar con un mejor rendimiento.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con sus nombres. Si los resultados de esta investigación son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Derechos del participante:

Si decide participar en el estudio, puede retirarse de este en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin daño alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor, pregunte al personal del estudio o llame al (*Washington Fabian Rojas Pilalumbo*), al teléfono 0984505903.

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar a la Dra. Frine Samalvides Cuba, presidenta del Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia al teléfono 01-3190000 anexo 201355 o al correo electrónico: duict.cieh@oficinas-upch.pe

Una copia de este consentimiento informado le será entregada.

DECLARACIÓN Y/O CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo de las actividades en las que participaré si decido ingresar al estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Anexo 2. Instrumentos

ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO

INSTRUCCIONES: Lea cada una de las siguientes frases cuidadosamente e indique su acuerdo con cada una de ellas empleando esta escala:

1	2	3	4
Casi nunca	A veces	Con frecuencia	Siempre o casi siempre

	1	2	3	4
1- Cuando necesito algo, sé que hay alguien que me puede ayudar.				
2- Cuando tengo penas o alegrías, hay alguien que me puede ayudar.				
3- Tengo la seguridad que mi familia trata de ayudarme				
4- Mi familia me da la ayuda y apoyo emocional que requiero				
5- Hay una persona que me ofrece consuelo cuando lo necesito				
6- Tengo la seguridad de que mis amigos tratan de ayudarme				
7- Puedo contar con mis amigos cuando tengo problemas				
8- Puedo conversar de mis problemas con mi familia				
9- Cuando tengo alegrías o penas puedo compartirlas con mis amigos				
10- Hay una persona que se interesa por lo que yo siento				
11- Mi familia me ayuda a tomar decisiones				
12- Puedo conversar de mis problemas con mis amigos				

ESCALA BIEPS-A (Adultos)

María Martina Casullo

Apellidos:.....

.....

Nombres:.....

.....

Edad:.....

Sexo:.....

Fecha de evaluación:.....

Lugar de evaluación:.....

Código:.....

Le pedimos que lea con atención las siguientes frases. Marque su respuesta en cada una de ellas sobre la base de lo que pensó y sintió durante el último mes. Las alternativas de respuesta son: -ESTOY DE ACUERDO- NI DE ACUERDO NI EN DESACUERDO -ESTOY EN DESACUERDO- No hay respuestas buenas o malas: todas sirven. No deje frases sin responder. Marque su respuesta con una cruz (aspa) en uno de los tres espacios.

Preguntas	Estoy de acuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Estoy en desacuerdo
1. Creo que sé lo que quiero hacer con mi vida.			
2. Si algo me sale mal puedo aceptarlo, admitirlo.			
3. Me importa pensar qué haré en el futuro.			
4. Puedo decir lo que pienso sin mayores problemas.			
5. Generalmente le caigo bien a la gente.			

6. Siento que podré lograr las metas que me proponga.			
7. Cuento con personas que me ayudan si lo necesito.			
8. Creo que en general me llevo bien con la gente.			
9. En general hago lo que quiero, soy poco influenciado.			
10. Soy una persona capaz de pensar en un proyecto para mi vida.			
11. Puedo aceptar mis equivocaciones y tratar de mejorar.			
12. Puedo tomar decisiones sin dudar mucho.			
13. Encaro sin mayores problemas mis obligaciones diarias.			

FIRMA DEL EVALUADO

C.C.....

Mini mental status examination mmse (Folstein)

Nombre.....Edad.....

.....

Ocupación.....Escolaridad.....

.... Examinado por.....

Fecha.....

I. ORIENTACIÓN (0 – 10 puntos)

•Dígame el

día(1).....fecha(1).....mes(1).....

estación(1).....año(1).....

.....

•Dígame en qué lugar

estamos(1).....piso(1).....ciudad(1).....

región(1).....país(1).....

..... II.

REPETICIÓN INMEDIATA (0 – 3 puntos)

“Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más”

ARBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:..... (máximo seis veces en total)

III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (0 – 5 puntos)

- Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100

93 – 86 – 79 – 72 - 65

- Deletrear la palabra MUNDO al revés:

O – D – N – U – M

*Anotar el mejor puntaje

IV. MEMORIA (0 – 3 puntos)

- ¿Recuerda las tres palabras de antes? Por repítalas

V. LENGUAJE (0 – 9 puntos)

- Mostrar Un LÁPIZ(1).....y un RELOJ(1)..... (la persona debe nombrarlos)

- Repita esta frase: EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS(1).....

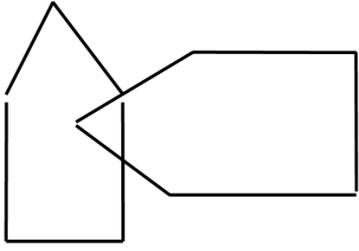
- Orden: “TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA(1), DÓBLELO POR LA MITAD CON AMBAS MANOS(1) Y DÉJELO EN EL SUELO(1)”.....

- Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: (1)

CIERRE LOS OJOS

- Escriba una frase a continuación: (1)

- Copie este dibujo(1)



MINI MENTAL STATUS EXAMINATION MMSE (FOLSTEIN)¹

Nombre.....Edad.....
Ocupación.....Escolaridad.....
Examinado por.....Fecha.....

I. ORIENTACIÓN (0 – 10 puntos)

• Dígame el día(1).....fecha(1).....mes(1).....
estación(1).....año(1).....

• Dígame en qué lugar estamos(1).....piso(1).....ciudad(1).....
región(1).....país(1).....

II. REPETICIÓN INMEDIATA (0 – 3 puntos)

"Le voy a nombrar tres palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en un minuto más"

ARBOL – MESA – PERRO

Número de repeticiones:..... (máximo seis veces en total)

III. ATENCIÓN Y CÁLCULO (0 – 5 puntos)

• Contaremos hacia atrás restando 7, partiremos de 100

93 – 86 – 79 – 72 – 65

• Deletrear la palabra MUNDO al revés:

O – D – N – U – M

**Anotar el mejor puntaje*

IV. MEMORIA (0 – 3 puntos)

• ¿Recuerda las tres palabras de antes? Por repítalas

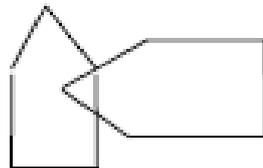
V. LENGUAJE (0 – 9 puntos)

- Mostrar Un LÁPIZ(1).....y un RELOJ(1)..... (la persona debe nombrarlos)
- Repita esta frase : EN UN TRIGAL HABÍA CINCO PERROS(1).....
- Orden: "TOME ESTE PAPEL CON SU MANO DERECHA(1), DÓBLELO POR LA MITAD CON AMBAS MANOS(1) Y DEJELO EN EL SUELO(1)".....
- Lea la siguiente frase y haga lo que se le pide: (1)

CIERRE LOS OJOS

- Escriba una frase a continuación: (1)

- Copie este dibujo(1)



PUNTUACIÓN:

Puntuación máxima: 30

30: normal

29 – 24: déficit leve. Puede ser provocado por estado depresivo o bajo nivel cultural

<24: deterioro cognitivo

Puntaje de corte 23/24

19 – 23: deterioro cognitivo leve

14 – 18: deterioro moderado

<14: deterioro cognitivo grave

Matriz de consistencia

Título: EL APOYO SOCIAL PERCIBIDO Y SU RELACIÓN ENTRE EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO DE DOS ASOCIACIONES DEL CANTÓN AMBATO.

Problema	Objetivo	Hipótesis	Variables	Diseño metodológico	Población y muestra
¿Cuál es la relación entre funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico en función al apoyo social percibido, en adultos mayores en asociaciones de sierra y costa del Ecuador?	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico en función al apoyo social percibido, en adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y la costa de esmeraldas del Ecuador.</p> <p>Objetivos Específicos. -Identificar el nivel de funcionamiento cognitivo en los adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y</p>	<p>Hipótesis general Existe relación entre el funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico en función del apoyo social percibido, en los adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y la Costa Esmeraldas del Ecuador.</p> <p>Hipótesis específicas. -Existe relación entre el funcionamiento cognitivo en función del apoyo social percibido, en</p>	<p>Variable 1 Apoyo Social Percibido.</p> <p>Variable 2 Bienestar psicológico</p> <p>Variable 3 Funcionamiento cognitivo.</p>	<p>Nivel y tipo de investigación</p> <p>El nivel de investigación es básico porque permite ampliar la información teórica del apoyo social percibido, funcionamiento cognitivo y bienestar psicológico; de tipo descriptivo por ser observacional, describir las cualidades de la población sometida a investigación; transversal por el tiempo, una sola aplicación de reactivos psicológicos, (Hernández,</p>	<p>Población La población está constituida por 120 adultos mayores que participan en asociaciones en la Costa Esmeraldas y en la Sierra Ambato. La muestra será censal pues corresponderá al 100% de la población: 60 de un grupo pertenecen a una asociación de la Sierra, que son regentados por autogestión, instituciones gubernamentales como el Ministerio de Salud Pública (MSP) y Ministerio de Inclusión</p>

	<p>la costa Esmeraldas del Ecuador.</p> <p>-Identificar el nivel de bienestar psicológico de los adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y la costa de Esmeraldas del Ecuador.</p> <p>-Identificar el nivel de apoyo social percibido de los adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y la costa de Esmeraldas del Ecuador.</p>	<p>los adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y la Costa Esmeraldas del Ecuador.</p> <p>Existe relación entre el bienestar psicológico y el apoyo social percibido, en los adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y la Costa Esmeraldas del Ecuador.</p> <p>Existe relación entre el bienestar psicológico y el apoyo social percibido, en los adultos mayores de dos asociaciones en la sierra Ambato y la Costa Esmeraldas del Ecuador.</p>		<p>Fernández y Baptista, 1995).</p>	<p>Estratégica y Social (MIES), con jubilados cuyas edades oscilan entre 65 años hasta los 85 años, de ambos sexos, quienes asisten voluntariamente los días martes, jueves y viernes en el horario de 14:30 a 17:00. Esta asociación es autogestionada con el Gobierno Autónomo Descentralizado de la Municipalidad de Ambato (GADMA). El otro grupo de 60 adultos mayores, participan en un asociación de adultos mayores de la región costa, cantón esmeraldas, del distrito 08D01 funciona en instalaciones prestadas por la iglesia católica del cantón esmeraldas,</p>
--	--	---	--	-------------------------------------	--

					<p>para realizar actividades propias del adulto mayor como recreación, conferencias con profesionales de la salud, regentadas por el MIES y MSP; Su edad está entre 65 años hasta los 85 años, de ambos sexos, quienes asisten voluntariamente los días Lunes, Miércoles, y viernes en el horario de 14:30 a 17:00 Funciona en Esmeraldas.</p>
--	--	--	--	--	--

Anexo 1.

Esmeraldas, 09 de noviembre del 2020.

Psicólogo Clínico
Rojas Pilalumbo Washington Fabián.
**EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.**

Presente;

De mi consideración.

Luego de expresarle un cordial y atento saludo a través de la presente me permito autorizar la convocatoria una vez concluida las actividades diarias de los adultos mayores y con el estricto cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad, se proceda a realizar la invitación para una reunión voluntaria para la socialización del proyecto "*FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR*", misma que está dirigida por el Sr. Rojas Pilalumbo Washington Fabián, egresado de la maestría en psicología clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quien indicara los procedimientos de la investigación:

1. Estricto cumplimiento de las medidas de bioseguridad antes, durante, después de cada reunión, distanciamiento social de dos metros, uso obligatorio de mascarilla, gafas de protección, cascos faciales, utilización de alcohol al 70%, mamparas de protección durante la evaluación, desinfección antes durante y después del adulto mayor.
2. El procedimiento de la investigación que consiste en la aplicación de tres reactivos psicológicas que son el reactivo apoyo social percibido, bienestar psicológico y el mini examen del estado mental (mini mental test), se aplica de forma individual, el investigador estará presente para clarificar cualquier tipo de duda. Los reactivos se aplicarán en tres secciones que tendrán una duración aproximada de 45 minutos.



Esmeraldas

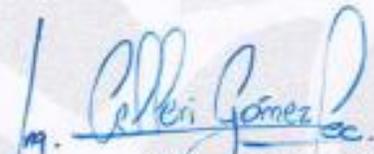
PREFECTURA

¡Juntos haremos historia!

3. Una vez realizada la inducción se explicara a las personas de la tercera edad que deseen se parte de la investigación que puede contactarse con el investigador, Rojas Pilalumbo Washington Fabián, egresado de la maestría en psicológica clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, al número de celular 0984505903 o whatsapp de manera libre y voluntaria para una explicación individual, detallada de los procedimientos, riesgos, beneficios, costo, compensación, confidencialidad, derechos y firma de un consentimiento informado. De esta manera se garantizan los principios bioéticos, bioseguridad, la autonomía, decisión del adulto mayor.
4. Las fechas para las reuniones se determinarán una vez autorizada la investigación por parte de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y el respectivo Comité de Ética Institucional.

Por la atención que se sirva dar a la presente me suscribo de usted.

Atentamente,



Ing. Samuel Elías Céleri Gómez
**DIRECTOR DE ACCIÓN SOCIAL,
INCLUSIÓN Y PARTICIPACIÓN (DASIP)**

Anexo 2



Ambato 5 de noviembre del 2020.

Psicólogo Clínico

Rojas Pilalumbo Washington Fabián.

**EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.**

Presente;

De mi consideración.

Luego de expresarle un cordial y atento saludo a través de la presente me permito autorizar la convocatoria una vez concluida las actividades diarias de los adultos mayores y con el estricto cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad, se proceda a realizar la invitación para una reunión voluntaria para la socialización del proyecto *“FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR”*, misma que está dirigida por el Sr. Rojas Pilalumbo Washington Fabián, egresado de la maestría en psicología clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, quien indicara los procedimientos de la investigación:

1. Estricto cumplimiento de las medidas de bioseguridad antes, durante, después de cada reunión, distanciamiento social de dos metros, uso obligatorio de mascarilla, gafas de protección, cascos faciales, utilización de alcohol al 70%, mamparas de protección durante la evaluación, desinfección antes durante y después del adulto mayor.
2. El procedimiento de la investigación que consiste en la aplicación de tres reactivos psicológicas que son el reactivo apoyo social percibido, bienestar psicológico y el mini examen del estado mental (mini mental test), se aplica de forma individual, el investigador estará presente para clarificar cualquier tipo de duda. Los reactivos se aplicarán en tres sesiones que tendrán una duración aproximada de 45 minutos.

jose_garces39@hotmail.com -- joalgares@gmail.com

Dirección: Edificio Terán oficina 304 Cevallos 17 -11 y Montalvo
Teléfonos: (03) 2 828901 / 0998014315 / (03) 2 773251/ 0997616258



Esmeraldas
PREFECTURA
¡Juntos haremos historia!

Esmeraldas 07 de octubre del 2020.

Psicólogo Clínico,
Rojas Pilalumbo Washington Fabián,
**EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD
PERUANA CAYETANO HEREDIA.**
Presente.

De mis consideraciones:

Luego de extenderle un cordial y atento saludo a través de la presente me permito, autorizar la ejecución de la investigación en el club del adulto mayor en la costa Ecuatoriana cantón Esmeraldas, con el tema **FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR**, por parte de egreso de la maestría en psicología clínica, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Rojas Pilalumbo Washington Fabián, con cédula de identidad 1803483849, que se realizará al club misma investigación que se realizará con estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad que se detalla a continuación:

- Aplicación presencial de los instrumentos de evaluación psicológica.
- Distanciamiento social de 2 metros por parte del adulto mayor.
- Uso obligatorio de gafas de protección.
- Uso obligatorio de mascarillas.
- Uso obligatorio antes, durante y después de la evaluación la desafección con alcohol.
- Utilización obligatoria de la cámara de desafección de la prefectura.
- Utilización de mamparas de vidrio a fin de no tener contacto entre el evaluador y el evaluado.
- La aplicación de los instrumentos se realizará en las instalaciones de la prefectura que cuanta con los todas los insumos antes mencionados precautelando la integridad del evaluado y evaluador.


Ing. Samuel Blas Celien Gómez
**DIRECTOR DE LA GESTIÓN DE ACCIÓN SOCIAL, INCLUSIÓN
Y PARTICIPACIÓN (DASIP)**



Anexo 4

RENPERMAE
RED NACIONAL DE PERSONAS
MAYORES DEL ECUADOR

Ambato octubre 12, 2020
Oficio N°2020-001-RENPERMAE

Psicólogo Clínico
Washington Fabián Rojas Pilalumbo
EGRESADO DE LA MAESTRÍA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA
Ciudad

red
continental
de personas
mayores

De mi consideración:

Luego de expresarle un cordial y atento saludo a través de la presente me permito autorizar la ejecución de la investigación en los clubs de Adultos mayores de la sierra ecuatorina, cantones Ambato y Pillaro de la Provincia de Tungurahua, con el tema: Funcionamiento Cognitivo y bienestar psicológico en función al apoyo social percibido en los adultos mayores de la sierra y costa en dos asociaciones del Ecuador, por aporte de egreso de la maestría en psicología clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, investigación que se realizará con estricto cumplimiento de las normas de bioseguridad que se detallan a continuación:

- Aplicación presencial de los instrumentos de evaluación psicológica
- Distanciamiento social de dos metros por parte del adulto mayor
- Uso obligatorio de gafas de proyección
- Uso obligatorio de mascarillas
- Uso obligatorio, antes, durante y después de la evaluación, de la desinfección de alcohol
- Utilización obligatoria de la cámara de desinfección del Gad
- Utilización de mamparas de vidrio a fin de no tener contacto entre el evaluador y el evaluado
- La aplicación de los instrumentos se realizarán en las instalaciones que cuenta con los insumos antes mencionados, precasutelando la integridad del evaluado y del evaluador

Por la atención que se sirva dar a la presente, suscribo de usted

Atentamente


José Alberto Garcés Escobar
COORDINADOR RENPERMAE
NUCLEO DE TUNGURAHUA

Parroquia Quisapincha: García Moreno entre 9 de Octubre y Bolívar. Teléfonos 032773251 / 0998014315 jose_garces39@hotmail.com joalgares@gmail.com

Anexo 5



Esmeraldas
PREFECTURA
¡Juntos haremos historia!

Ambato 03 de febrero del 2021.

Psicólogo Clínico

Rojas Pilalumbo Washington Fabián.

**EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.**

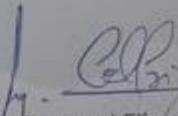
Presente;

De mi consideración.

Luego de expresarle un cordial y atento saludo a través de la presente me permito autorizar la inclusión del programa de intervención en psicología positiva que se desarrollará en 5 sesiones durante 3 semanas los días Martes, Jueves de 3:00 - 4:00, con los contenidos bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, apoyo social percibido y sus actividades, acordadas con el representante de la asociación, con el estricto cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad, como parte del proyecto "FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR", misma que está dirigida por el Sr. Rojas Pilalumbo Washington Fabián, egresado de la maestría en psicología clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Por la atención que se sirva dar a la presente me suscribo de usted.

Atentamente.


Ing. Samuel Elías Celleri Gómez
**Director de Acción Social
Inclusión y Participación (DASIP)**



Dirección: 10 de Agosto entre Bolívar y Pedro Vicente Maldonado.
Teléfono: 06-2721433

Anexo 6



Ambato 03 de febrero del 2021,

Psicólogo Clínico

Rojas Pilalumbo Washington Fabián.

**EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA
DE LA UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.**

Presente;

De mis consideraciones.

Luego de expresarle un cordial y atento saludo a través de la presente me permito autorizar la inclusión del programa de intervención en psicología positiva que se desarrollará en 5 sesiones durante 3 semanas los días lunes, viernes de 3:00 - 4:00, con los contenidos bienestar psicológico, funcionamiento cognitivo, apoyo social percibido y sus actividades, acordadas con el representante de la asociación, con el estricto cumplimiento de todas las medidas de bioseguridad, como parte del proyecto *"FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR"*, misma que está dirigida por el Sr. Rojas Pilalumbo Washington Fabián, egresado de la maestría en psicología clínica de la Universidad Peruana Cayetano Heredia,

Por la atención que se sirva dar a la presente me suscribo de usted.

Atentamente,

José Alberto Garcés Escobar.
COORDINADOR DE LA RENPERMAE.
NÚCLEO DEL TUNGURAHUA.

[Escriba aquí] jose_garces39@hotmail.com joalgares@gmail.com
García Moreno s/n (portón negro) entre 9 de Octubre y Bolívar
Teléfonos: 0323251 0998014315 0997616258

Oficio N° 2020-026-S-DD18002
Ambato, 03 de febrero del 2021

Señor. Psicólogo Clínico,
Washington Fabián Rojas Pilalumbo
**EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA
UNIVERSIDAD PERUANA CAYETANO HEREDIA.**
Ambato.

De mis consideraciones;

Permitame llegar con un cordial saludo, a la vez debo informar a usted, que la República del Ecuador garantiza el acceso universal y gratuito los ciudadanos a todos los niveles del sistema sanitario ecuatoriano.

En lo referente a la atención de adulto mayor, debo indicar que al ser un grupo de mayor vulnerabilidad la atención es multi profesional y la constitución consagrada en tratamiento integral como grupo de atención prioritaria.; por lo que los servicios en el primer nivel de atención está dado por el equipo de salud, con médicos generales, médicos familiares, mediante la estrategia del Médico del Barrio, que brinda un soporte permanente y en el caso de requerir una atención de especialidad de mayor complejidad, se realiza en base a la Normativa Técnica de Referencia, Contra referencia, Referencia Inversa, por lo que puede ser remitidos al nivel de mayor capacidad resolutive, de especialidad o sub especialidad como fuere el caso; como: Geriátrica, neurólogo, psiquiatra, psicólogo clínicos, trabajador social; etc.

Debo recalcar que la atención para todos los ciudadanos es gratuita y universal con prioridad para el adulto mayor como se puede citar nuestra Constitución en los artículo:

Art. 36.- "Las personas adultas mayores recibirán atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. Se considerarán personas adultas mayores aquellas personas que hayan cumplido los sesenta y cinco años de edad.

Art. 37.- El Estado garantizará a las personas adultas mayores los siguientes derechos: 1. La atención gratuita y especializada de salud, así como el acceso gratuito a medicinas (...)

Art. 380.- "El sistema garantizará, a través de las instituciones que lo conforman, la promoción de la salud, prevención y atención integral, familiar y comunitaria, con



Anexo 8

MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA

base en la atención primaria de salud; articulará los diferentes niveles de atención; y promoverá la complementariedad con la medicina ancestral y alternativa."

Con la investigación "FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR, por parte de egreso de la maestría en psicología clínica, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Rojas Pilalumbo Washington Fabián, con cédula de identidad 1803483849; los ciudadanos objeto de la presente investigación, por derecho constitucional pueden acceder a la cartera de servicio del sistema de salud en todos los niveles que su condición de salud lo requiera..

Muy sinceramente,



Mg. René San Martín Martínez
DIRECTOR DISTRITO DE SALUD – 18D02 AMBATO
MINISTERIO DE SALUD PÚBLICA DEL ECUADOR.

rs/ga



Anexo 9



ASOCIACIÓN ALTAVOZ

ACUERDO MINISTERIAL N° 067-2012 MIES

ECUADOR

Esmeraldas 03 de febrero del 2021.

Psicólogo Clínico.

Rojas Pilalumbo Washington Fabián.

EGRESADO DE LA MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA.

Presente.

De mis consideraciones;

Luego de extenderle un cordial y atento saludo a través de la presente me permito informarle el directorio de la asociación "Altavoz", autoriza la donación de los equipos de bioseguridad para la ejecución de la investigación en el club del adulto mayor en la sierra Ecuatoriana cantón Ambato, con el tema **FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y BIENESTAR PSICOLÓGICO EN FUNCIÓN AL APOYO SOCIAL PERCIBIDO EN ADULTOS MAYORES DE LA SIERRA Y COSTA EN DOS ASOCIACIONES DEL ECUADOR**, por parte de egreso de la maestría en psicología clínica, de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Rojas Pilalumbo Washington Fabián, con cédula de identidad 1803483849, que se realizará en el club, misma donación que consta de :

- Gafas de protección, 140 unidades.
- Mascarillas N95 140 unidades.
- Alcohol al 70% 40 galones unidades.
- Guantes quirúrgicos 4 cajas, 400 unidades.
- Amonio cuaternario 20 galones unidades.

Por la gentil atención que se le dé la a presente me suscribo de usted

Atentamente

Ing. Luis Poaquirza

TESORERO DE LA ASOCIACIÓN SIN FINES DE LUCRO ALTAVOZ.

Teléfono 0995373056.



ASOCIACIÓN ALTAVOZ

ACUERDO MINISTERIAL N° 067-2012 MIES

ECUADOR

