



UNIVERSIDAD
CATÓLICA
DE CUENCA

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LA PSIQUE ÍNGRIMA: UNA MIRADA CLÍNICA AL
DETERIORO AFECTO-COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES
PRODUCTO DEL AISLAMIENTO SOCIAL.**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE SICÓLOGO CLÍNICO.**

**AUTORES: KEVIN GUSTAVO CORDERO ESPINOZA Y ANDRÉS
SEBASTIÁN PERALTA VILLALTA.**

**DIRECTORA: DRA. MARÍA ALEXANDRA PADILLA SAMANIEGO,
MGS.**

CUENCA - ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE CUENCA

Comunidad Educativa al Servicio del Pueblo

UNIDAD ACADÉMICA DE SALUD Y BIENESTAR

CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

**LA PSIQUE ÍNGRIMA: UNA MIRADA CLÍNICA AL DETERIORO AFECTO-
COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES PRODUCTO DEL AISLAMIENTO
SOCIAL**

**TRABAJO DE TITULACIÓN PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO
DE SICÓLOGO CLÍNICO**

**AUTORES: KEVIN GUSTAVO CORDERO ESPINOZA.
ANDRÉS SEBASTIÁN PERALTA VILLALTA.**

**DIRECTORA: PSI. CLIN. MARÍA ALEXANDRA PADILLA SAMANIEGO.
MGS.**

CUENCA – ECUADOR

2023

DIOS, PATRIA, CULTURA Y DESARROLLO

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Kevin Gustavo Cordero Espinoza portador de la cedula de ciudadanía N.º **0104947130**. Declaro ser el autor de la obra: “**La Psique Íngrima: Una mirada clínica al deterioro afecto-cognitivo en adultos mayores producto del aislamiento social**”, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de tercero y eximo a la Universidad Católica sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **24 de julio de 2023**

F.....

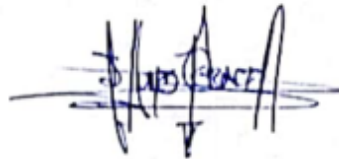
Kevin Gustavo Cordero Espinoza.

C.I. 0104947130

Declaratoria de Autoría y Responsabilidad

Andrés Sebastián Peralta Villalta portador de la cedula de ciudadanía N.º **0107264707**. Declaro ser el autor de la obra: **“La Psique Íngtima: Una mirada clínica al deterioro afecto-cognitivo en adultos mayores producto del aislamiento social”**, sobre la cual me hago responsable sobre las opiniones, versiones e ideas expresadas. Declaro que la misma ha sido elaborada respetando los derechos de propiedad intelectual de tercero y eximo a la Universidad Católica sobre cualquier reclamación que pudiera existir al respecto. Declaro finalmente que mi obra ha sido realizada cumpliendo con todos los requisitos legales, éticos y bioéticos de investigación, que la misma no incumple con la normativa nacional e internacional en el área específica de investigación, sobre la que también me responsabilizo y eximo a la Universidad Católica de Cuenca de toda reclamación al respecto.

Cuenca, **24 de julio de 2023**



F.....

Andrés Sebastián Peralta Villalta.

C.I. 0107264707

CERTIFICACIÓN

Yo María Alexandra Padilla Samaniego, con cédula de identidad N° 0103902797 en calidad de Directora del Trabajo de Titulación con el Tema: “**La Psique Ínglima: Una mirada clínica al deterioro afecto-cognitivo en adultos mayores producto del aislamiento social**”, certifico que el presente trabajo fue desarrollado por Kevin Gustavo Cordero Espinoza & Andrés Sebastián Peralta Villalta, bajo mi supervisión.



Dra. María Alexandra Padilla Samaniego, Mgs.

DIRECTORA DEL TRABAJO DE TITULACIÓN

DOCENTE DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

Agradecimiento:

En estas líneas quiero agradecer inicialmente a Dios, por acompañarme en todo momento y hacer que las cosas imposibles se vuelvan una realidad majestuosa, quiero agradecer a todas las personas que hicieron posible que este sueño se vuelva realidad y que de alguna manera estuvieron conmigo en los momentos difíciles, alegres, y tristes.

Quiero agradecer a mis padres Gustavo y Maritza por todo su amor, comprensión y apoyo, pero sobre todo gracias por la paciencia que me han tenido. No tengo palabras para agradecerles las incontables veces que me brindaron su apoyo en todas las decisiones que he tomado a lo largo de mi vida, unas buenas, otras malas, y otras excéntricas. Gracias por darme la libertad de desenvolverme como ser humano, gracias por creer en mí y jamás dudar de aquello, asimismo agradezco infinitamente a mis Hermanos que con sus palabras me hacían sentir orgulloso de lo que soy y de lo que les puedo enseñar. Ojalá algún día yo me convierta en esa fuerza para que puedan seguir avanzando en su camino, por último, quiero agradecer a mi pequeña consentida Linda quien es uno de los seres más valiosos de este mundo para mí, gracias por tu compañía y tu amor tan sincero.

Agradezco a Casiel por ser mi más grande motivación, por enseñarme el significado del amor y la bondad, siempre me has ofrecido tu apoyo y me has enseñado a ser una mejor persona, me has inspirado a entender el valor de perseguir tus sueños y que tú eres el único que puede escribir tal maravillosa historia, cada alegría, momento y oportunidad ha sido excepcional, el poder amar es admirar con la mente y yo me siento afortunado de tenerte, eres una profesional maravillosa que admiro con todo mi ser.

Finalmente, agradezco al Dr. Francisco Ruilova y a mi tutora Alexandra Padilla por impartirme sus palabras sabias, sus conocimientos rigurosos y precisos, a ustedes mis docentes queridos, les debo mis conocimientos. Donde quiera que vaya, los llevaré conmigo en mí transitar profesional. Su semilla de conocimientos, germinó en el alma y el espíritu. Gracias por su paciencia, por compartir sus conocimientos de manera profesional e invaluable, por su dedicación perseverancia y tolerancia.

Kevin Gustavo Cordero Espinoza.

Dedicatoria:

El cosmos es todo lo que es, todo lo que fue y todo lo que alguna vez será. Nuestras más ligeras contemplaciones del cosmos nos hacen estremecer: sentimos como una suerte de cosquilleo nos llena de nervios, una voz muda, una ligera sensación... como si de un recuerdo lejano o como si cayéramos desde una gran altura. Somos polvo de estrellas que piensa acerca de la armonía en sus dimensiones mentales, espirituales y emocionales con los distintos elementos del cosmos como el sol, la luna y las mismas estrellas que generan vida, en un continuo movimiento espacio tiempo. Somos la forma estremecedora en la que el universo se piensa a sí mismo.

Este logro está dedicado primeramente a Dios quien en todo momento me acompañó y me lleno de energías y fuerza para poder enfrentar todos los desafíos existentes. A mis padres, porque ustedes son el pilar fundamental en mi vida, siempre me motivaron a seguir adelante que con su gran esfuerzo y apoyo logré llegar a cumplir uno de mis grandes sueños, esto es para ustedes quienes me enseñaron el valor de la honestidad, la perseverancia y el amor, espero que se sientan orgullosos de mí.

Finalmente, dedico este logro académico a mí por ser fuerte, constante y responsable, que cada día despertaba con el gran sueño de ser alguien importante en la historia, me siento sumamente feliz por llegar muy lejos y decirme a mí mismo que lo logramos, jamás deje de impulsar mis ganas de conseguir logros académicos por eso mis fuerzas nunca cesaron.

Kevin Gustavo Cordero Espinoza.

Agradecimiento

“Al llegar al final de una senda, el mirar atrás y contemplar aquellos aliados y refractarios, es lo inexorable que la marcha de uno trae consigo”.

Eh de agradecer de manera principal a mis padres, aquellos que, con duro sacrificio y fortaleza singular, supieron trascender diversas vicisitudes de la vida, permitiéndome una educación de calidad hasta la actualidad. Es su paz y quietud el pináculo este momento.

Un extenso y peculiar agradecimiento a la Universidad Católica de Cuenca, por haberme permitido formar parte de una comunidad cabal, primorosa y prodigiosa; a mis maestros por haber compartido con este servidor, aquellos conocimientos, dones, cualidades y aptitudes necesarias en lo académico y en lo personal...

“Ex profeso in extremis”, aquellos refractarios, los cuales en sus ojos hasta el talento es defecto gracias, pues solo catapultaron el crecimiento propio. Y mis aliados y aliadas encontradas con el inevitable paso del tiempo, cuyas sonrisas, opiniones, bromas, contingencias, etc. Formaron una amistad leal, misma que ha estado presente en momentos dantescos y utópicos...

Andrés Sebastián Peralta Villalta

Dedicatoria

Dedico principalmente este trabajo de titulación a mis padres, Jannette & Pablo, su apoyo, su preocupación, su aliento, etc. Han resultado en incontables momentos de alegría, motivación y aprendizaje, lo cual, anhelo restituir algún día tornándome en una guía para ellos... Igualmente mis hermanos Christopher y Erick, sus inocentes sonrisas han resultado en dosis de fortaleza, valentía y trascendencia.

De igual manera, deseo dedicar este cúmulo de emociones y logros a Valeria Barrezueta, quien, con su ilimitada paciencia, fortaleza, sabiduría e infinidad de amor, llego a ser mi guía, mi apoyo, mi alivio... llego a salvar mi vida.

... A Nicol el ángel que me cuida desde otro plano y me permitió ser el hombre que soy ahora...

Una mención especial al resto de mis familiares que siempre supieron acogerme en los momentos menos esperados y fueron un impulso para afrontar todo lo negativo. A mis compañeros, a quienes puedo llamar familia; Kevin y Emilia, con quienes he tenido el honor de compartir alegrías y tristezas, sabiendo que siempre habría una sonrisa esperando el amanecer...

Andrés Sebastián Peralta Villalta

ÍNDICE DE CONTENIDO

Contenido

Resumen.....	I
1 Introducción	1
2 Objetivos	3
3 Método	4
3.1 Análisis de datos	5
4 Marco Teórico.....	5
4.1 El Envejecimiento.....	5
4.2 Envejecimiento normal.	6
4.3 Envejecimiento patológico.....	7
4.4 Etapas de la vejez:.....	8
4.4.1 La Prevejez.	8
4.4.2 La Vejez.....	8
4.4.3 La Ancianidad.	9
4.5 Teorías descriptivas del Deterioro Cognitivo.	9
4.5.1 Teoría de la Reserva Cognitiva Cerebral.....	9
4.5.2 Modelo Pasivo.....	10
4.5.3 Modelo Activo.....	10
4.5.4 Reserva de Compensación.....	10
4.5.5 Reserva Cognitiva.	11
4.5.6 Teoría de la complejidad ambiental.....	11

4.5.7	Teoría Hipótesis úsalo o piérdelo.	12
4.6	Teorías de la afectividad y las emociones.	13
4.6.1	Teorías sensoriales.	13
4.6.2	Teorías sentimentales.	14
4.6.3	Teoría del estado emocional y la soledad en el adulto mayor.	14
4.7	Prevalencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores.	15
4.8	Deterioro cognitivo sujeto al espectro afectivo del adulto mayor.	18
4.9	Trastornos afectivos en el adulto mayor.	19
4.9.1	Trastorno Depresivo Mayor (TDM).	19
4.9.2	Trastorno Depresivo Persistente (Distimia).	19
4.9.3	Trastorno bipolar (TB).	20
4.9.4	Ansiedad y Estrés.	20
4.10	Rehabilitación neurocognitiva en el adulto mayor.	21
4.11	Estimulación cognitiva.	22
4.12	Tipos de estimulación cognitiva.	22
4.13	Psicoterapia familiar.	24
5	Conclusiones.	29
	Referencias bibliográficas.	30

Resumen

La presente investigación tiene como **objetivo** analizar mediante una revisión bibliográfica el deterioro afectivo y cognitivo como consecuencia del aislamiento social en adultos mayores. La **metodología** empleada para esta indagación, se argumenta en una revisión bibliográfica de tipo cualitativo y alcance descriptivo, en la que se contemplan publicaciones que datan de los últimos cinco años y se centran en la población adulta mayor. **Resultados:** La revisión bibliográfica entorno al deterioro cognitivo y afectivo en adultos mayores, concibió un análisis detallado de teorías que describen el menoscabo de la capacidad cerebral, tomando en cuenta varios factores internos o externos en la vida del anciano; el incremento en los índices de pacientes geriátricos que manifiestan un declive en las funciones cognitivas y afectivas consecuente a un estado de aislamiento social es apreciable en varios territorios, puesto que, el impacto de acontecimientos vitales añade la presencia de patologías de carácter psicológico en la vejez. **Conclusión:** La conclusión obtenida permite inferir que el deterioro afecto-cognitivo actualmente es una problemática social grave, puesto que los índices han aumentado de manera significativa a nivel mundial, afectando la salud de los adultos mayores.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, Adulto mayor, Aislamiento social, Esfera afectiva.

Abstract

The **objective** of this research is to analyze through a literature review the affective and cognitive deterioration because of social isolation in older adults. The **methodology** used for this research is based on a qualitative and descriptive literature review, in which publications dating from the last five years and focused on the elderly population are considered. **Results:** The bibliographic review of cognitive and affective deterioration in older adults provided a detailed analysis of the theories describing the impairment of brain capacity, considering various internal or external factors in the lives of the elderly. The increase in rates of geriatric patients showing deterioration of cognitive and affective functions due to social isolation is noticeable in several areas, as the impact of vital events increases the presence of pathologies of a psychological nature in old age. **Conclusion:** The conclusion allows inferring that affective-cognitive deterioration is a serious social problem since the rates have increased significantly worldwide, affecting the health of older adults.

Keywords: Cognitive impairment, Elderly, Social isolation, Affective sphere

1 Introducción

Durante la década de los 50 a nivel global, el número de personas que rebasaba la edad de 60 años, se estimaba en una cifra de 400 millones, posteriormente en la década de los 90 esta cifra se incrementó a 700 millones, siendo foco de interés para investigaciones acerca del notorio aumento de la población geriátrica; por lo que se estima un aumento de 1200 millones de ancianos para el año 2025 (Salazar & Walton, 2020).

Salazar (2020), refiere que en la actualidad el envejecimiento se ha tornado en una problemática social, consecuente a que es un fenómeno multifactorial que afecta a todos los niveles de organización biológica. Esmeraldas (2019), lo define como un proceso natural, gradual, dinámico e inevitable, mismo que repercute en el estado físico y funcional del adulto mayor. No obstante, durante la vejez, el aumento y prevalencia de patologías de carácter degenerativo constituyen un factor de riesgo producto de la incapacidad progresiva que producen estos cuadros.

Vásquez (2020), enuncia una muestra poblacional de 200 pacientes geriátricos pertenecientes a hogares de acogida, centros de reposo y acilos en Ecuador. En la cual, cuantitativamente se obtiene que; el 6% padece limitaciones en actividades básicas diarias, mientras que el 10% presenta una incapacidad moderada en labores rutinarias específicas, bajo la supervisión de un cuidador o familiar, sin embargo, el 1% se halla totalmente inmovilizada con una pérdida total de su autonomía, dichos porcentajes se incrementan considerablemente tras haber atravesado los 80 años; dando comienzo a la aparición de alteraciones afecto-cognitivas, y según el grado de limitación, este grupo puede recibir tratos que atenten contra su integridad, como lo es el maltrato, el abandono y el aislamiento.

La presencia de estas alteraciones disminuye las posibilidades de autonomía personal y funcional, incrementa la necesidad de dependencia y al mismo tiempo fomenta el aislamiento social, con la progresiva pérdida de oportunidades para obtener gratificaciones o refuerzos propios de la interacción socioafectiva. Esta condición de discapacidad hace a este grupo etario más susceptible al estrés (Falcones et al., 2019).

Por otra parte, el aislamiento social en adultos mayores genera cambios comportamentales desde una perspectiva clínica, donde presentan dificultades en la salud: cognitiva, física y emocional. La conducta biológica debería requerir de un sentido de pertenencia social y compromiso con el entorno que lo rodea; no obstante, estos pierden contacto con el mundo exterior. Generando sucesos importantes como; la jubilación, aparición de enfermedades mentales, dolencias físicas, crisis sociales, crisis sanitarias etc., que comprometen la salud sobre todo en la etapa de la vejez. Siendo así la Psique Íngtima la representación que hace alusión al deterioro afecto-cognitivo tras un aislamiento social (Arranz et al., 2019).

El deterioro cognitivo, se caracteriza por la aparición progresiva de cambios en las capacidades mentales superiores; asimismo es definido como “disminuciones de diversas aptitudes cognitivas que permiten vincularse a cambios sensoriales, motores y de personalidad, los cuales, asumen diferentes causas patogénicas de naturaleza social y orgánica” (Ayala, 2020, p. 12-15).

Las consecuencias afectivas a causa de una limitación física, cognitiva o sensorial, se presentan negativamente en la vida del adulto mayor, generando episodios de estrés o irritabilidad esporádicos, que en su mayoría no representa un impedimento para realizar su rutina diaria; por el contrario cuando estas limitaciones son asediadas por factores externos como el aislamiento social, el entorno donde vive, los cuidados que recibe, entre otros; las alteraciones en la esfera afectiva

perturban el bienestar de la persona, formando una cadena de emociones y sentimientos que desembocan en un trastorno depresivo o ansioso (Fernández et al., 2020).

Considerando lo mencionado, para analizar el deterioro afecto cognitivo en la población geriátrica, es necesario apreciar los estudios llevados a cabo en aquellos países que poseen mayor número de adultos mayores. Conde (2021), expone a Italia y España como los países con menor tasas de fecundidad con un porcentaje respectivo de 48%, evidenciando que cerca de la mitad de la población ha atravesado los 65 años. De igual manera Falcones (2019), da a conocer dentro de Latinoamérica los principales territorios con índices elevados de envejecimiento; correspondientes a Chile con el 32%, Brasil arroja un 18% y Ecuador se posiciona en tercer lugar con un 15 %.

Justificación

En tal sentido, la investigación se ha destinado al análisis del deterioro cognitivo-afectivo y la relación que este último guarda con el aislamiento social que ha experimentado la población geriátrica. Debido a que, la ausencia de la interacción social repercute en áreas; psíquicas, físicas y fisiológicas del adulto mayor, modificando su comportamiento habitual. Esta revisión permitirá apreciar índices de declive cognitivo y afectivo, en conjunto con la comorbilidad manifestada en las distintas fases de envejecimiento, además se da a conocer un enfoque específico de tratamiento, adecuado según las necesidades del adulto mayor (Fernández, 2020, p. 18-20).

2 Objetivos

Objetivo General:

- Analizar mediante una revisión bibliográfica el deterioro afecto-cognitivo como consecuencia del aislamiento social en adultos mayores.

Objetivos específicos:

- Examinar las distintas teorías descriptivas del deterioro afecto-cognitivo en el adulto mayor.
- Describir la prevalencia del deterioro cognitivo y afectivo en los adultos mayores que experimentaron aislamiento social.
- Explicar el deterioro cognitivo sujeto al espectro afectivo del adulto mayor, tras el periodo de distanciamiento colectivo.

3 Método

Mediante una revisión bibliográfica de tipo descriptivo, la investigación se ha ejecutado en base al tema “La Psique Íngtima: Una mirada clínica al Deterioro Afecto-Cognitivo en adultos mayores producto del Aislamiento social”. De este modo, para el proceso de revisión se consideró un análisis y compendio de información, a través de bases de datos académicas: Scopus, Taylor & Francis, Web of Science, Scielo, Redalyc, con los operadores booleanos: AND OR IN NOT; Por medio de palabras claves como: deterioro cognitivo, adulto mayor, aislamiento social, esfera afectiva, alteración.

Criterios de inclusión: Para que las fuentes sean incluidas dentro de la investigación, deben poseer un máximo de 5 años de antigüedad correspondientes a los años 2017 hasta el 2022; todas las publicaciones fueron escritas en inglés, español, portugués o francés, debido a que eran los idiomas de los autores revisados para este estudio.

- **Criterios de exclusión:** Para la investigación se excluirá todo artículo que presente información incompleta sobre el deterioro cognitivo-afectivo, aislamiento social y su

incidencia con la población y/o tema de estudio, de igual manera, no serán empleados estudios que carezcan de la cronología antes indicada.

3.1 Análisis de datos

El análisis de datos, se llevó a cabo tras un meticuloso análisis de 70 artículos científicos de acuerdo a los siguientes objetivos específicos planteados: 1) Examinar las distintas teorías descriptivas del deterioro afecto-cognitivo en el adulto mayor. 2) Describir la prevalencia del deterioro cognitivo y afectivo en los adultos mayores que experimentaron aislamiento social. 3) Explicar el deterioro cognitivo sujeto al espectro afectivo del adulto mayor, tras el periodo de distanciamiento colectivo. De los cuales, se utilizaron 41 apartados para el desarrollo de la investigación. De esta forma, se utilizó el método de vertebración de Sampieri (2010), para el proceso de estructuración de la información.

4 Marco Teórico.

4.1 El Envejecimiento.

El envejecimiento como tal, carece de una definición universal, consecuente a diversos criterios y facetas que influyen en una conceptualización: cronológicos, subjetivos, fisiológicos, históricos, políticos; todos ellos son criterios relativos y cambiantes, no obstante, dentro del área de la psicología es posible apreciar varios autores, los cuales proporcionan una fundamentación teórica para conceptualizar a esta etapa de la vida. Giamprieto (2020), describe al envejecimiento como una etapa de cambio, en la cual, el adulto mayor experimenta transformaciones significativas dentro de distintas esferas, como: fisiológica, psicológica y social, adquiriendo adaptaciones que permiten un mejor desenvolvimiento en el entorno.

Por otra parte, Carrillo (2020), expone que el envejecimiento no hace referencia únicamente a transformaciones graduales en el organismo del adulto mayor, por el contrario, este proceso incluye diversas implicaciones psico-afectivas, mismas que se presentan en condiciones sociales y sanitarias de la población geriátrica, interfiriendo de manera directa en el estado de ánimo.

4.2 Envejecimiento normal.

Se ha detectado que las enfermedades y los procesos degenerativos tanto mentales como físicos, no afectan en la adaptación de la persona a su entorno ya que dichos cambios pertenecen a la evolución natural. En medida, la población adulta mayor atraviesa un proceso de envejecimiento positivo cuando, a pesar de las contingencias que llegase a experimentar, mantiene una adaptación acorde a cualquier situación (Casanova Sotolongo et al., 2022).

Partiendo de lo citado con anterioridad, Ocaña Montoya (2019), expone a la capacidad cognoscitiva de la población geriátrica, ante los distintos cambios: sensoriales, visomotores, memoriales, comunicativos, intelectuales y emocionales. Definiendo un envejecimiento normal como aquellas personas quienes, a pesar de encontrarse en una edad avanzada, mantienen una correcta ejecución de los aspectos antes mencionados y estos no representan dificultad al momento del desenvolvimiento diario.

Los antecedentes del proceso de vida permiten predecir el modelo de envejecimiento normal que experimentará el adulto mayor. De esta forma Alvarado (2018), refiere tres submodelos referentes a las características personales, fisiológicas, físicas, psicológicas y sociales del individuo.

- **Envejecimiento exitoso:** Se caracteriza por el bajo riesgo de contraer una enfermedad, debido a un nivel considerable de actividad física y mental, además de contar con la participación activa en las relaciones interpersonales.
- **Envejecimiento saludable:** Se centra en la prevención de patologías y discapacidades en la vejez, consecuente al desarrollo de hábitos y estilos de vida saludables durante la juventud.
- **Envejecimiento activo:** Hace referencia a la optimización de la calidad de vida mediante aspectos sociales, económicos, culturales, espirituales y cívicos, haciendo del envejecimiento una experiencia positiva con una vida más larga.

4.3 Envejecimiento patológico.

Corresponde al estado en el cual, la población geriátrica posee mayores probabilidades de presentar patologías a nivel cognitivo. Vinculado a ello, los cambios comportamentales y emocionales que el adulto mayor manifiesta, representan un riesgo considerable de desencadenar demencia u otras patologías que comprometan la esfera cognitiva y orgánica (Casanova Sotolongo et al., 2022).

El envejecimiento patológico es determinado por el deterioro físico e intelectual como consecuencia de daños progresivos de carácter genético, hereditario y durante el transcurso de la juventud. Cabe destacar, que los procesos mentales carecen de eficacia a medida que la velocidad de la memoria operativa y procesamiento de información disminuye, trayendo consigo variedad de síndromes, los cuales se manifiestan a largo plazo dentro de la esfera cognitiva (Alvarado, 2018, p. 57-62).

Bajo el término “deterioro cognitivo”, las funciones cognitivas destinadas al proceso de información y aprendizaje, se ven alteradas debido a un trastorno orgánico o funcional, generando efectos sobre la memoria, atención, orientación, percepción, pensamiento, juicio, habilidades visoespaciales, construccionales, cálculo, capacidad de comprensión, expresión del lenguaje y sobre las denominadas funciones ejecutivas (Martínez Pérez et al., 2022).

4.4 Etapas de la vejez:

4.4.1 La Prevejez.

Esta primera etapa empieza a la edad de los 55 hasta los 65 años de edad, en donde se visualiza los primeros cambios en las funciones corporales y mentales como: disminución progresiva de motricidad, memoria y capacidad de independencia; por lo que se debe tener en cuenta, en dicha población a nivel psicofisiológico experimentan dificultades al momento de conciliar el sueño, provocando cansancio excesivo; además presentan problemas digestivos por motivos de enlentecimiento y pesadez (Martínez Pérez et al., 2022).

Por otro lado, Ayala Sanmartín (2020) expone aquellos signos psicopatológicos propios de esta etapa, entre los cuales se destaca: sentimientos de soledad, melancolía y desinhibición social (recuerdos o prejubilación), dado que experimentan en la mayoría de casos, el síndrome del nido vacío.

4.4.2 La Vejez.

La segunda etapa inicia a partir de los 65 a los 79 años de edad, gestando el debilitamiento de las funciones básicas como: motricidad, déficit fisiológico y psicológico; generando dificultades posturales, musculares y debilitación de los huesos; siendo el motivo principal de la causa de dolores constantes (González Aragón et al., 2022).

En la psicología aplicada, el estudio de los procesos mentales del adulto mayor: memoria, atención, orientación, habilidades visoespaciales y lenguaje; resultan fundamentales para comprender el rol de envejecimiento activo y evitar afecciones propias de la vejez, principalmente en la inteligencia fluida asociada con la capacidad mental, puesto que, en un estado de vulneración puede verse alterada (Martínez Pérez et al., 2022).

4.4.3 *La Ancianidad.*

La última etapa, empieza a partir de los 80 años en adelante y se caracteriza por la pérdida total de la autonomía del adulto mayor, requiriendo la ayuda fundamental de uno o varios cuidadores quienes brindan apoyo en la realización de actividades básicas diarias; cabe destacar que las probabilidades de padecer alguna enfermedad grave o terminal son altas, debido al rango de edad o al historial patológico que pudo presentarse antes y durante las etapas de prevejez y vejez (González Aragón et al., 2022).

4.5 *Teorías descriptivas del Deterioro Cognitivo.*

El deterioro cognitivo es caracterizado por el abordaje de los mecanismos que intervienen en el desarrollo del estado cognitivo y vital del individuo. Para Castro Suárez (2019), existen tres teorías descriptivas que explican la dinámica de funcionamiento cognitivo en relación al entorno biopsicosocial.

4.5.1 *Teoría de la Reserva Cognitiva Cerebral.*

La teoría de reserva cerebral hace referencia a la variabilidad que posee el daño cerebral y su manifestación, debido a que, a pesar de que el daño puede ser similar, cada adulto mayor presenta un cuadro patológico diferente en relación al nivel de cognición, académico, ocupacional,

además de la obtención de información a través de reactivos y técnicas de estimulación cognitiva (Suarez, 2019, p. 23-28).

Al adentrarse en la teoría de la reserva cognitiva cerebral se conoce que la influencia de mayor nivel académico, intelectual y ocupacional, determina a los adultos mayores con menor probabilidad a experimentar un deterioro cognitivo; adquiriendo relevancia al momento de describir los tipos de modelos teóricos: el modelo pasivo, el modelo activo, reserva de compensación y reserva cognitiva (Castro Suárez, 2019).

4.5.2 *Modelo Pasivo.*

Dentro de la reserva cognitiva cerebral, el modelo pasivo hace referencia al nivel de capacidad en la reserva cerebral (CRC) de manera precisa, la cantidad de conexiones neuronales o el tamaño del cerebro varía según las diferencias orgánicas de cada individuo; por lo que se asume que a mayor (CRC) menor es el riesgo de experimentar deterioro cognitivo (Castro Suárez, 2019).

4.5.3 *Modelo Activo.*

Ponce (2021), da a conocer, que el modelo activo realiza un trabajo bidireccional en el cerebro, enfocado en la compensación funcional ante el deterioro cognitivo como es el tipo de reserva cognitiva, aquella que implica el uso de redes neuronales sanas y la reserva de compensación, misma que emplea estructuras cerebrales para compensar aquellas funciones alteradas por el deterioro cognitivo (140-164).

4.5.4 *Reserva de Compensación.*

Es el intento de incrementar el rendimiento contra el deterioro cognitivo, a través del uso de estrategias implícitas o explícitas. Las estrategias implícitas, tratan acerca de la modificación

de estructuras cerebrales que hacen frente al daño cerebral y las estrategias explícitas, es un proceso de reorganización en el que el deterioro es compensado por medio de la adquisición de estrategias alternas de carácter conductual y cognitivo (Martínez Pérez et al., 2022).

4.5.5 *Reserva Cognitiva.*

Es paralela a la (CRC) utilizada en el modelo pasivo, sin embargo, esta no solo se centra en el tamaño del cerebro sino en la habilidad que la red de conexiones cerebrales posee para sostener un daño y continuar con un funcionamiento efectivo. Esto implica que alterna entre una red y otra para el resarcimiento del daño, cuando la estrategia común de compensación ya no es efectiva (Muñoz González, 2017).

Se ha demostrado que, un mayor nivel de inteligencia y educación, así como el haberse desempeñado en ocupaciones estimulantes, son útiles para identificar a los adultos mayores que podrían compensar el deterioro cognitivo antes de que se manifieste como un déficit funcional. Se ha visto que el tipo de ocupación y el nivel educativo estimulan particularmente, la acumulación de la reserva cerebral necesaria para llevar a cabo la compensación (Muñoz, 2017, p. 3-6).

4.5.6 *Teoría de la complejidad ambiental.*

La cantidad y duración de las estimulaciones vitales para favorecer la reserva cognitiva cerebral y por ende conservar un nivel cognitivo adecuado en la edad adulta pueden guardar una relación directa con la complejidad del ambiente en el que un individuo se desarrolla (Feldberg et al., 2020).

La Teoría de la complejidad del ambiente desarrollada por Schooler en 1987, estableció que una mayor diversidad de estímulos externos durante la juventud, promueve un correcto proceso cognitivo, como el tomar una decisión ante una circunstancia. De esta forma, los

individuos son motivados a desarrollar sus capacidades intelectuales para solventar las necesidades del ambiente en el que viven. La habilidad que se desarrolla prioritariamente a través de este mecanismo es la flexibilidad intelectual, la cual comprende el uso de una variedad de alternativas para resolver los problemas que el deterioro cognitivo genera en el adulto mayor (Tartaglini et al., 2020).

No obstante, las condiciones del curso de la vida de los individuos dependen de varios factores como son: el aprendizaje, la interacción social, la calidad de vida, entre otros. Estos ejercen una influencia sobre el estado cognitivo en la adultez tardía. En relación a ello, Tartaglini (2020), refiere que, al modificar el ambiente inmediato de los adultos mayores, es apreciable una mejora de desempeño en las habilidades como: atención, memoria, lenguaje, motricidad, etc.

4.5.7 Teoría Hipótesis úsalo o piérdelo.

El efecto protector que genera la estimulación de la reserva cerebral obtenida mediante la exposición del adulto mayor a los ambientes complejos sobre la cognición, puede ser explicado por medio de la hipótesis de úsalo o piérdelo. Dentro del estudio del deterioro cognitivo, se asume en un principio que el desgaste cerebral derivado del aumento de la edad conlleva eventualmente al envejecimiento de sus células y por ende, a la disminución del funcionamiento de las mismas; este fenómeno fue originalmente conceptualizado como úsalo y tíralo, haciendo énfasis a que se debe utilizar la inteligencia mientras el ser humano sea capaz, antes de que con la edad pierda las facultades de utilizarla (Muñoz González, 2017).

En particular, la hipótesis úsalo o piérdelo establece que el rendimiento de las habilidades mentales de un individuo en actividades complejas está influenciado por situaciones del contexto en el que éste se ha desenvuelto, dependiendo de la estimulación de las habilidades mentales que

haya recibido a través de las actividades realizadas a lo largo de la vida. El funcionamiento cognitivo en la edad adulta puede adoptar dos patrones: Preservación Diferenciada y Diferenciación Preservada (Muñoz González, 2017).

- **El patrón de preservación diferenciada:** se refiere a la protección que provee la actividad mental en etapas tempranas de la vida sobre el funcionamiento cognitivo conforme aumenta la edad.
- **El patrón de diferenciación preservada:** explica que la conservación de la cognición en la edad adulta, se debe a la predisposición a involucrarse en actividades de alta demanda cognitiva, propiciada a su vez por el hecho de haber sostenido un alto nivel de habilidades cognitivas durante la infancia.

Al respecto, la discusión en las investigaciones que sustentan la hipótesis úsalo o piérdelo, se fundamenta en el ejercicio mental que el adulto mayor debe mantener para sobrellevar el deterioro cognitivo. Gonzales (2017), afirma que el ejercicio mental posee la capacidad de modificar la velocidad en la que el deterioro cognitivo se manifiesta, contribuyendo al individuo geriátrico a desarrollar un funcionamiento cognitivo adecuado durante un periodo mayor. La hipótesis úsalo o piérdelo no se debe generalizar para todos los individuos, debido a que no se ha logrado especificar hasta qué punto los efectos protectores de cierto tipo de ejercicios mentales, podrían ser propiciados a diferentes tipos de habilidades cognitivas.

4.6 Teorías de la afectividad y las emociones.

4.6.1 Teorías sensoriales.

A lo largo de la historia han surgido varias investigaciones que indican sobre las sensaciones que nuestro cuerpo produce al sentir las emociones, por lo tanto, es primordial que el

adulto mayor identifique tales respuestas o cambios neurofisiológicos que se operan en el organismo, puesto que, múltiples factores como: el aislamiento social puede ocasionar deficiencias en el espectro afectivo, desencadenando estados depresivos o ansiosos (Feldberg et al., 2020).

4.6.2 *Teorías sentimentales.*

El título sentimental apareció en el siglo XIX, el cual se usa para referirse al significado del impacto físico sobre el estado corporal, es decir “sentimiento” se utiliza como la representación infligida sobre el sistema emblemático o espiritual en las personas sin ningún cambio físico, algo así como sensaciones no orgánicas. Al relacionarlo directamente con los adultos mayores se debe destacar que, si los ancianos pierden estas capacidades, las consecuencias serían catastróficas, ya que no lograrían identificar, ni expresar habilidades primarias como sus órdenes sensoriales (gusto, olfato, etc.), órdenes estéticas (bello, feo) u órdenes morales (bondad, maldad); de esta manera sus actitudes serían sentimientos internos que pueden verse afectados o alterados (Feldberg et al., 2020).

4.6.3 *Teoría del estado emocional y la soledad en el adulto mayor.*

La afectividad representada en el adulto mayor se encuentra básicamente caracterizado por el incremento de sucesos o pérdidas, comprendiéndose como experiencias por las cuales los adultos mayores sienten y perciben que ya no cuentan con lo máspreciado o significativo para ellos a nivel real y subjetivo, lo que provoca o desencadena sentimientos de soledad. Como parte importante se refieren directamente a la pérdida de la autonomía, la etapa de la jubilación, muerte del cónyuge y de sus seres queridos. Si se habla en relación a la esfera emocional en este grupo específico se preside que, como consecuencia de la presencia de soledad, se desencadena la

depresión y la ansiedad, indicando evidencias que demuestran que una tiene niveles mayores que la otra (Tartaglini et al., 2020).

Varias indagaciones han demostrado una considerable disminución de los sentimientos de placer, anhedonia y problemas en el procesamiento de la información emocional, dando como resultado la excesiva soledad en el adulto mayor, demostrándose que las personas de 60 a 80 años de edad presentan dificultades en decodificar emociones reales de manera verbal y son menos hábiles para lograr identificar expresiones como el enojo o la tristeza, mostrándose la incapacidad de reconocer sentimientos, emociones e incluso intenciones a partir de las expresiones en los ojos (Muñoz González, 2017).

La poderosa influencia que existe y que ejerce la soledad sobre la ansiedad se puede presentar con síntomas tanto cognitivos, emocionales, conductuales y somáticos. El adulto mayor que se encuentra en aislamiento social experimenta: angustia, miedo, inseguridad, preocupación, tensión motora, pérdida de memoria, hiperactividad, etc. La incidencia que produce la soledad sobre el anciano, abre paso a la manifestación de depresión, tristeza, llanto, pérdida de sensaciones de placer, entre otros (Muñoz, 2017, p. 5-6).

4.7 Prevalencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores.

La prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores, se estima entre un 7% y 69% a nivel mundial, debido a que, afecta directamente la salud y la calidad de vida de esta población, manifestándose en respuestas inmunitarias deterioradas y reservas funcionales disminuidas, lo que resulta en un decaimiento de la capacidad intrínseca, la flexibilidad, y afectividad (Sacramento Pinazo, 2020).

A continuación, se analiza, recopila y describe las investigaciones relacionadas a los estudios de prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor donde se emplearon instrumentos como: Minimental, Mini Examen Cognoscitivo de Lobo, Test de Pfeiffer, Evaluación Cognitiva de Montreal, Minimental de Folstein, entre otros (Aranzazu & Facal, 2018).

De esta manera, Vallejo Sánchez (2023), da a conocer su estudio realizado en un centro gerontológico en España, la población total fue de 99 adultos mayores, de los cuales fueron descartados 44, consecuente a que padecían patologías neurológicas, dejando así una muestra de 55 participantes, 20 fueron varones y 35 mujeres entre 55-81 años. La prevalencia de deterioro cognitivo arrojada fue de 27%; cabe destacar que el sexo femenino presentó un mayor porcentaje de DC, precisamente un 28.6%, el porcentaje por parte del sexo masculino fue de 25%.

Por consiguiente, el aumento de la incidencia del DCL, se presenta a partir de la disminución de la capacidad cognitiva, apatía y disminución de autonomía dentro de su hogar familiar, por lo antedicho, el adulto mayor iniciará su proceso de institucionalización por aislamiento social, ya que posee una situación cognitiva deteriorada (Vallejo Sánchez & Rodríguez Palma, 2023).

Dentro del mismo territorio, Beaumont et al. (2023), lleva a cabo un estudio con 60 pacientes geriátricos entre 70-89 años de edad, dando como resultado la prevalencia de DC de 10% en 45 participantes de 70-79 años y un 25% de DCM en 15 adultos mayores, evidenciando que la presencia del deterioro cognitivo es progresiva en relación al aumento de edad. De igual manera, Piñel (2023) describe a una población africana de 49 ancianos marroquíes entre 65-85, residentes en un hogar de acogida en Málaga; los resultados obtenidos entorno a la prevalencia de DC fue de 19.2% en aquellos de 65-74 años y 27.6% en individuos de 75-85 años.

En México en el estado de Nayarit, partiendo de una muestra de 63 participantes en un rango de edad entre 60-90 años, Figueroa et, al. (2021), da a conocer una prevalencia de DCL en 7 participantes, equivalente al 27%, 4 individuos evidenciaron DCM, siendo el 6% y 2 padecían DCG o demencia, representando el 3%; en relación al género, 5 (6%) mujeres registraron DCM, por parte del género masculino 8 (11%) evidenciaron DCL. Ello se asemeja con la investigación realizada por Vallejo Sánchez (2023), donde la prevalencia de deterioro cognitivo es superior en mujeres.

En Centroamérica, precisamente en la Habana-Cuba se realizó una investigación con una muestra de 47 individuos cuyo rango de edad se situó entre los 85-90 años, 35 personas (74.5%) manifestaron DCL, mientras que 12 (24.5%) presentaron DCM. La prevalencia total del DC fue de 57.4% en participantes de 85-89 años y 12.8% en sujetos de 90-95 años, de esta manera, se muestra un descenso de DC a medida que la edad avanza (Fonte Sevillano & Santos Hedman, 2020).

Dentro de dicha investigación, Fonte & Santos (2020), dan a conocer la relación que la escolaridad guarda con el deterioro cognitivo; 10 participantes se encontraban en estado de analfabetismo y la prevalencia de DCM fue de 21.3%, 20 habían cursado únicamente la primaria y arrojaron un 12.8% de DCL. Aquellos que cursaron secundaria y educación superior fueron 7 y manifestaron un 4.3% de DCL.

Colmenares et al., (2023), expone una muestra poblacional de 87 adultos mayores entre 65-84 años, pertenecientes a la ciudad de Lima-Perú, la investigación arrojó una prevalencia de DCM del 16.1%, un 14.9% DCL, y el 69% no manifestó deterioro cognitivo, constatando lo que refiere entorno al envejecimiento exitoso, donde los cambios en el cerebro del adulto mayor son mínimos y estos pueden evitar el menoscabo en sus esferas cognitivas (p. 12-17).

Gómez & Guamangallo (2022) en Ecuador, describen a una población geriátrica de 125 individuos, cuyo rango de edad era de 65-85 años, la muestra estuvo conformada por 69 mujeres (55.2%) y 56 varones (44.8%). La prevalencia total del DC en la muestra es de 54.4%, correspondiente a 68 individuos, 30 pacientes conformaron un 24% y manifestaron DCL, 16 individuos pertenecieron al 12.8%, evidenciando signos de demencia y 11 forman el 8.8%, quienes presentan un nivel cognitivo normal.

Barrera (2017), realiza un estudio con 30 adultos mayores entre 70-80 años residentes en un hogar de reposo de la ciudad de Quito, el porcentaje de la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue del 25.5%; posteriormente en la provincia del Azuay, una investigación realizada por Auquillas (2018), da a conocer una muestra de 50 participantes de una casa de apoyo en la ciudad de Cuenca, la prevalencia de DCL fue de 28.7%. Por último, en la ciudad de Ambato, Bustamante (2022), aborda un total de 25 sujetos entre 65-80 años, a lo cual se obtiene una prevalencia de DCL del 30%; evidenciando el aumento progresivo de DCL a través de los años.

4.8 Deterioro cognitivo sujeto al espectro afectivo del adulto mayor.

Dentro de la vida diaria del adulto mayor generalmente, el espectro afectivo o emocional se ve afectado de manera directa o indirecta por la ausencia del grupo familiar e interacciones sociales necesarias para el desenvolvimiento en el entorno. Consecuente a ello, es apreciable la reducción gradual de funciones cognitivas, biológicas y sensoriales, produciendo mayor susceptibilidad a factores patógenos (Tello et al., 2017).

Por tanto, Tello (2017) describe la aparición de síntomas, principalmente depresivos, como génesis de una manifestación comórbida entre trastornos del espectro afectivo y alteraciones progresivas en las funciones cognitivas.

4.9 Trastornos afectivos desencadenados producto del distanciamiento colectivo.

4.9.1 Trastorno Depresivo Mayor (TDM).

Cenalmor (2018), explica que el TDM se presenta cuando los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria durante un largo período de tiempo. Se considera que el 2% de la población geriátrica mundial experimenta TDM, siendo el sexo femenino aquel que equivale a más de la mitad de dicho porcentaje. Algunos criterios diagnósticos mayormente presentes en ancianos son: sentimientos de tristeza, vacío emocional, anhedonia, retardo psicomotor, aislamiento social y disminución de funciones cognitivas. Consecuentemente, Olazarán (2018), da a conocer una muestra de 582 adultos mayores con deterioro cognitivo que experimentaron aislamiento social, en la cual obtiene que el 20.6% experimentaba TDM, lo cual incrementa drásticamente el nivel de afección en las capacidades cognitivas.

4.9.2 Trastorno Depresivo Persistente (Distimia).

Tello (2017), menciona que este trastorno es conocido también como "depresión menor", se diferencia del TDM, por el menor grado de severidad, además es caracterizado por el estado anímico depresivo durante dos años como mínimo, junto con al menos otros dos criterios diagnósticos de depresión. En base a ello, Jiménez (2018) expone una muestra poblacional de 437 adultos mayores, de los cuales 273 usuarios experimentaron aislamiento social, desencadenado TDP y 164 no presentaban depresión. Los resultados arrojan que la población de 437 y 273 participantes, poseía mayor probabilidad de experimentar deterioro cognitivo, que aquellos 164 que no presentaban síntomas depresivos, denotando la comorbilidad entre DC y trastornos afectivos en el adulto mayor (58-61).

4.9.3 Trastorno bipolar (TB).

Es un trastorno del estado de ánimo caracterizado por generar cambios intensos en el mismo; en ocasiones, el individuo que lo padece puede sentirse extremadamente “animado”, eufórico o irritable, mientras que en otros momentos puede mostrarse indiferente, triste, desesperanzado y deprimido. Estas variaciones en el estado anímico son conocidas como: episodio maniaco y episodio depresivo respectivamente. Conforme a ello, Alarcón (2018), refiere que los pacientes geriátricos que padecen TB pueden experimentar episodios mixtos, donde lo maníaco y depresivo inciden en el estado anímico, nivel de energía, actividad y funcionamiento cognitivo.

Por lo antedicho, Vizcarra (2018) enuncia a una población geriátrica de 74 adultos mayores con TB pertenecientes a un hogar de acogida de la ciudad de Chiclayo-Perú, los resultados arrojan que el 10% de participantes atravesaron aislamiento social por múltiples factores o sucesos, en donde los resultados indican la presencia de DCM con afecciones significativas en las funciones cognitivas.

4.9.4 Ansiedad y Estrés.

Delgado (2023), describe que las personas con niveles elevados de estrés tienen más probabilidades de experimentar una disminución de la función cognitiva, afectando su capacidad para recordar, concentrarse y aprender cosas nuevas. Además, el estrés percibido puede tener consecuencias fisiológicas y psicológicas a corto y largo plazo, demostrado que es un factor de riesgo para presentar DCL y enfermedad de Alzheimer.

Es relevante mencionar que aquellas personas con niveles altos de estrés, presentan un 37% más de probabilidad de tener una cognición deficiente. Otro aspecto importante que influye en el deterioro cognitivo en los ancianos es la ansiedad, puesto que es un estado de vigilancia

intensificada que se asocia con un aumento de la sensibilidad sensorial, debido a la incertidumbre o al conflicto (Delgado, 2023).

El aumento de ansiedad está relacionado con un peor desempeño de memoria en todos los paradigmas y contenidos de tareas. La ansiedad se correlaciona negativamente con la memoria tanto verbal como en la eficacia de las tareas de rendimiento continuo. Por consiguiente, existen posibilidades de desarrollar la enfermedad de Alzheimer para los adultos mayores con antecedentes familiares, pero no es el único factor de riesgo que existe, ya que el estrés y la ansiedad se comportan de manera similar. Sin embargo, un nivel alto de ansiedad y el estrés moderado empeora el rendimiento cognitivo (Cenalmor et al., 2018).

4.10 Rehabilitación neurocognitiva en el adulto mayor.

El incremento en los índices de deterioro cognitivo y trastornos afectivos asociados, supone ampliar la demanda sanitaria hacia los adultos mayores, puesto que, es una población que precisa de la estimulación necesaria para potenciar las distintas deficiencias que el declive cognitivo genera. Como se ha dado a conocer, dentro del deterioro afectivo y cognitivo de las personas de la tercera edad inciden varios factores que conllevan a modernizar estrategias de intervención a nivel psicológico (Gutiérrez Babativa, 2020).

En la actualidad el principal método para “controlar” el deterioro cognitivo es el farmacológico, no obstante, a pesar de la variedad de casos en las que ha sido empleado, este método de tratamiento se centra únicamente en la parte bioquímica del anciano dejando de lado otras áreas significativas como: social, familiar y afectiva. Por lo tanto, Muñoz (2017), explica que el tratamiento que debe tener la población geriátrica en aislamiento social por institucionalización,

es aquel que se encuentre enfocado en la atención multidisciplinaria y no únicamente en un área específica, pues así el tratamiento resultaría ineficaz.

Gutiérrez (2020), refiere que la cognición de los ancianos es potenciabile y entrenable, debido a la plasticidad neuronal de la reserva cognitiva. Por ende, un paciente geronte que experimenta deterioro cognitivo es capaz de beneficiarse a nivel físico, psicológico y social mediante la estimulación cognitiva, puesto que se entrena a las personas en la reutilización de habilidades instauradas, buscando adquirir una mejoría significativa en el entorno biopsicosocial.

4.11 Estimulación cognitiva.

La estimulación cognitiva consiste en la rehabilitación como proceso para una persona que presente afecciones en las funciones cognitivas. Se trata de un conjunto de actividades dirigidas a mantener o perfeccionar el funcionamiento cerebral, por medio de ejercicios de memoria, percepción, atención, concentración, lenguaje y funciones ejecutivas como: solución de problemas, planificación, razonamiento. De igual forma, se centra en la reacción emocional que tenemos ante los estímulos internos o externos que se expresan a través del comportamiento emocional, manifestándose en las emociones y sentimientos (Suárez & Ramiro, 2019).

4.12 Tipos de estimulación cognitiva.

En la actualidad existe una amplitud de tipos de estimulación cognitiva utilizables en personas adultas mayores con deterioro cognitivo, tales como: la Terapia de Reminiscencia, los grupos de buenos días, orientación a la realidad y programas de psicoestimulación cognitiva como salas multisensoriales (Ahunca Velásquez, 2017).

Terapia de reminiscencia: consiste en mantener y reforzar el pasado personal del usuario, manteniendo la identidad como persona. Es una técnica muy completa, debido a que utiliza la

estimulación, la comunicación, la socialización y el entretenimiento afectivo/cognitivo. Se pueden utilizar temas desde el recuerdo de hechos generales hasta recuerdos de experiencias personales (Suárez & Ramiro, 2019).

Grupos de buenos días: se definen como convivencias, en donde aquellos adultos mayores que experimenten deterioro cognitivo interactúen entre sí todos los días, encontrándose al cuidado de profesionales cuya función es estimular y dinamizar el entorno mediante: el mantenimiento de la atención, estimulación a la verbalización, refuerzo de la autoestima, ejercitación de las habilidades sociales, integración en la colectividad y la orientación general (Ferrada et al., 2018).

La orientación en la realidad: es un método terapéutico que incluye diversas técnicas de rehabilitación cognitiva, generalmente empleadas en adultos mayores con pérdida de memoria, desorientación temporal/espacial, problemas de confusión, etc. Este tratamiento busca proporcionar información sistematizada y repetitiva básica de los adultos mayores sobre la orientación alopsíquica y auto psíquica. Igualmente, mejorar las habilidades sociales y personales, puesto que, estas son afectadas considerablemente por el deterioro cognitivo (Vizcarra et al., 2017).

Terapia multisensorial: se enfoca en relacionar los sentidos primarios con las áreas cognitivas que presentan afecciones durante el deterioro afecto-cognitivo. Se encuentra conformada por “salas multisensoriales”, las cuales consisten en habitaciones equipadas con insumos tecnológicos que interactúan de forma dinámica con las vivencias e intereses del adulto mayor. Por otra parte, los “jardines multisensoriales” se centran en la utilización de espacios abiertos que permiten la reactivación neurológica, abriendo paso a los canales perceptivos mediante la incidencia de elementos propios del entorno (Ferrada et al., 2018).

Otros beneficios de la Terapia multisensorial.

- Ralentiza el deterioro cognitivo en etapas tempranas de la vejez.
- Rehabilita la autonomía funcional del adulto mayor.
- Potencia el rendimiento cerebral.
- Mejora la capacidad conductual.
- Recupera habilidades afectivas pérdidas durante el deterioro cognitivo.

Ludoterapia: la estimulación cognitiva con actividades lúdicas ha evidenciado una mejoría de forma prolongada en adultos mayores que manifiestan un declive cognitivo; las dinámicas, manualidades, deportes, juego y baile son actividades que toman en consideración las condiciones de cada función cognitiva y el nivel de afección que presenta, por lo que se planifica cada actividad para que los adultos mayores sean capaces de realizarlas. Cabe destacar que “los cuadernillos especializados enfocados al trabajo con adultos mayores y personas con problemas neurológicos”, consideran la ludoterapia y sus actividades como principal método para el abordaje de DC en ancianos institucionalizados (Ortega et al., 2019).

4.13 Psicoterapia familiar.

El deterioro cognitivo y afectivo en la población geriátrica plantea nuevos desafíos en las familias de quienes lo padecen, consecuente a las alteraciones que experimentan las relaciones afectivas dentro del hogar. Dentro de la psicología clínica y la gerontología, la problemática del DC, ha llevado a la necesidad de proporcionar psicoterapia familiar con el fin de reconstruir interacciones saludables y equilibradas, mejorando la calidad de vida del anciano y sus parientes (Brugués Rodríguez, 2018, p. 20-21).

Chavarriga & Mazo (2019), refieren a la terapia ocupacional como principal tratamiento psicológico para el paciente geriátrico y su familia, debido a que, estimula la mayoría de habilidades cognitivas de la persona mejorando su convivencia en el hogar. Igualmente brinda mejoría al adulto mayor, proporcionando y restableciendo procesos cognitivos que se centralizan en el entorno general, aumentando su confianza y reduciendo niveles de estrés, ansiedad y estado anímico deprimido.

Cabe destacar que la terapia ocupacional no es una cura para el deterioro cognitivo, no obstante, posee un resultado significativo en el retraso del “avance patológico”, puesto que, en el día a día del adulto mayor se aprecia resultados positivos y beneficiosos, con mejoría en las habilidades funcionales, estado emocional, relación e interacción familiar, apego, entre otros (Balea & Ramirez, 2020).

El sistema familiar precisa de tiempo para sobrellevar y aceptar las distintas alteraciones que su pariente gerontológico experimenta, puesto que, la convivencia con un familiar que padece deterioro cognitivo puede repercutir en el aspecto emocional, con ansiedad, estrés y depresión; en lo social con aislamiento y disminución de relaciones interpersonales; en lo económico se manifiestan los conflictos constantes de la dinámica familiar por falta de ingresos consecuente al ausentismo laboral, etc. Por lo tanto, en la terapia familiar se contempla de manera sistémica los pensamientos y sentimientos de la familia durante el proceso terapéutico (Balea & Ramirez, 2020).

El enfoque sistémico familiar promueve un proceso de reorganización y redistribución de roles y responsabilidades a partir de la irrupción de la patología en el adulto mayor. Consecuente a ello, Pinargote (2020), manifiesta que de manera inicial se busca consolidar el compromiso con los miembros de la familia, estableciendo una reacomodación de actividades y funciones en las cuales el adulto mayor no se sienta excluido y pueda mejorar el sentido de pertenencia, como a su

vez, la comunicación, resolución de conflictos y aquellas contingencias que interfieran en el aspecto emocional y cognitivo.

En relación a lo anterior, Quezada (2021), da a conocer técnicas empleadas dentro de la terapia familiar y la validez de estas para el abordaje del deterioro cognitivo en conjunto con la familia, entre ellas se encuentran; psicoeducación, cuento sistémico, técnica de la máscara, orientación a la realidad, reminiscencia y estimulación sensorial.

- **Psicoeducación:** Da a conocer a los familiares aquellos aspectos significativos de la patología y la situación actual del paciente. De igual manera, permite conocer las diferentes técnicas con las que se trabajará en conjunto y como adaptarlas hacia el adulto mayor, en situaciones cotidianas.
- **Cuento sistémico:** Consiste en elaborar una historia, caracterizando cada una de las molestias que la patología ha presentado desde su aparición hasta la actualidad, tanto en el paciente como en sus familiares. Esta técnica ayuda al profesional a identificar las preocupaciones y malestares del adulto mayor en relación a los suyos, además de los cambios afectivos y comportamentales dentro de la esfera familiar.
- **Técnica de la máscara:** Se aborda la reconstrucción de la forma facial de los familiares y del propio paciente, por medio de una máscara que realizarán conjuntamente, se analizan y estimulan aspectos como; creatividad, motricidad, memoria y lenguaje. De igual manera se conocen otros patrones de comportamiento familiar exteriorizando sentimientos que la patología ha desarrollado desde su aparición.

- **Orientación a la realidad:** Consiste en proporcionar material para el control de fechas, actividades o momentos importantes que el adulto mayor experimente. Llevando un registro con nombres de personas con quienes convive y las interacciones en el día a día. Esta técnica puede ser utilizada en conjunto con la “técnica de la máscara” con el fin de generar un clima de interacción y facilitar la comunicación en el entorno familiar y social.
- **Reminiscencia:** Por medio de la evocación de recuerdos de la niñez, adolescencia y adultez se estimulan las funciones cognitivas. Se pueden emplear: música de su agrado, aromas preferidos, fotografías y objetos con valor sentimental. El paciente realiza una conversación verbal y apreciación a sus familiares, mismos que realizan una retroalimentación positiva al finalizar.
- **Estimulación sensorial:** Esta técnica lleva relación con la ludoterapia, pues consiste en un espacio en donde el paciente junto a su familia elabora rompecabezas, fichas o collages, con el fin de reconocer cada una de las actividades, esto reconstruye las relaciones familiares sanas, a más de estimular la motricidad fina y la atención.

Cada una de las técnicas dadas a conocer ejemplifican el trabajo que puede realizarse con un paciente geronte que experimente deterioro cognitivo, demostrando que la atención pertinente brindada a tiempo, puede significar el retraso de los efectos negativos de la patología, fortaleciendo de esta manera el argumento que el enfoque sistémico familiar de la terapia ocupacional es el mayormente adecuado para el proceso terapéutico de paciente y familia (Quezada, 2021).

Es así, que el proceso de cada técnica se desarrolla a modo de cadena teniendo relación entre sí, debido a las áreas afecto – cognitivas que se trabajan tanto individual como con la familia; cabe destacar que de acuerdo al nivel de DC de cada paciente, la utilidad de las técnicas puede variar o según la necesidad esta puede ser complementada con otras actividades lúdicas que permitan al adulto mayor responder a los estímulos sensoriales de forma positiva.

Para finalizar, la investigación se centró en describir el impacto que ha ocasionado el aislamiento social en las áreas afecto – cognitivas del adulto mayor y en vislumbrar, los cambios psicológicos (Procesamiento de información), fisiológicos (Enfermedades) y sociales (Comunicación), que presenta el individuo en las diferentes etapas del envejecimiento. No obstante, para la mayoría de la población geriátrica, los factores sociodemográficos como la educación, las redes sociales y familiares y el ambiente en el que se encuentran, generan focos de vulnerabilidad, propiciando la aparición de patologías tanto propias de la edad como lo es el Deterioro Cognitivo, como generadas por causas externas, como la depresión, la ansiedad, etc.

Durante el desarrollo de la investigación se evidenció, el aumento progresivo del DC en adultos mayores de diferentes países, siendo los factores más comunes, el nivel de educación, la calidad y estilo de vida y las etapas de la vejez por la que cursan. No obstante, el uso de técnicas de estimulación cognitiva y la Psicoterapia Familiar, pueden generar cambios conductuales favorables, reconocimiento de emociones, además de mejorar la comunicación social y familiar de esta población.

Es así, que el darle un espacio de libre expresión emocional, como comportamental a un paciente de la tercera edad, le va a permitir mediante la terapia y técnicas mencionadas con anterioridad, recordar vivencias pasadas y compartir una convivencia sana y digna con las

personas que actualmente forman parte de su presente, compartiendo roles donde el adulto mayor pueda sentirse útil, escuchado y no excluido de su círculo familiar y social.

5 Conclusiones

Dentro de la presente investigación se examinó varias teorías que describen el deterioro afectivo y cognitivo que experimenta el adulto mayor, siendo de gran relevancia aquellas que mencionan la incidencia de varios factores psicofisiológicos en el desarrollo y padecimiento de deterioro cognitivo. De igual manera, se apreció que la falta de participación con el entorno y la incapacidad de identificar emociones, lleva al anciano a presentar cambios neurofisiológicos desencadenando trastornos afectivos.

Posteriormente, la revisión detallada de material bibliográfico permitió describir los porcentajes de prevalencia en varios países de Europa, Centro y Sudamérica, dando a conocer que actualmente el deterioro cognitivo en adultos mayores se ha tornado en una problemática social, aumentando sus índices de manera significativa en el mundo y en el Ecuador. El haber evidenciado las distintas prevalencias que existen en cuanto al desarrollo de psicopatologías, permite ser cautelosos en cuanto a cuidar la salud física, mental y afectiva de la población geriátrica, con el fin de alcanzar un envejecimiento saludable.

En definitiva, la vejez es un periodo de fragilidad que debe ser tomada en cuenta por profesionales, cuidadores y familiares de manera efectiva, puesto que, se aprecia gran variedad de factores biopsicosociales que atentan en contra de la salud física, mental y emocional; el deterioro afectivo, el aislamiento social, deterioro cognitivo y la comorbilidad psiquiátrica del mismo se hacen evidentes al inicio de esta etapa de la vida, por esta razón la psicología clínica debe tener

presente varios aspectos de lo mencionado en la investigación, con el objetivo de ajustar procedimientos preventivos y correctivos que permitan mitigar posibles daños en la vejez.

Referencias bibliográficas

Vasquez, K. (2020). Intervención Neuropsicológica en un Grupo de Adultos Mayores del centro geriatrico "Casa del Abuelo" en la ciudad de Cuenca, Ecuador. *Departamento de Posgrados, Universidad del Azuay, Maestría en Neuropsicología.*, 19-22.

<https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/10247/1/15877.pdf>

Ahunca Velásquez, L. F. (2017). Más allá del deterioro cognitivo: síntomas neuropsiquiátricos en demencias neurodegenerativas. *Redalyc*, 5-8.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2017.05.006>

Alvarado Garcia, A. M. (2018). Análisis del Concepto de Envejecimiento. *Gerokomos Vol. 25*, 57-62. <https://dx.doi.org/10.4321/S1134-928X2014000200002>

Aranzazu, C., & Facal, D. (2018). Herramientas de Evaluación Cognitiva y Neuropsicológica en Centros Gerontológicos. *Sociedad Galega de Gerontología y Geriatría.*, 11-15.

<http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.004>

Arranz Gimenez, L., De Castro, B., & De la Fuente, M. (2019). El aislamiento social durante la vejez empeora el deterioro cognitivo conductual e inmunitario. *Scielo.*, 35-48.

<https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.001>

Aquillas, E. (2018). Calidad de vida en adultos mayores que asisten a un centro de apoyo. *Publicación semestral de tesis de pregrado de la Universidad del Azuay.*, 25-47.

<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/31374>

Ayala Sanmartín, L. S. (2020). Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. *Scielo*, 12-15.

<http://ene-enfermeria.org/ojs/index.php/ENE/article/view/1049>

Balea, F., & Ramirez, J. (2020). Intervencion Psicológica Familiar en la enfermedad de Alzheimer. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 225-234. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1779>

Barrera, J. (2017). Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. *Publicación semestral de la Universidad Técnica de Ambato Facultad de Ciencias de la Salud.*, 15-48. <http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/24676>

Beaumont, N., Remacha, L., Piñel, A., & Cabetas, C. (2023). Revisión sistemática: Evidencia de Prevalencia de Demencia y Deterioro Cognitivo en personas mayores de 65 años en hogares de ancianos. *Revista Sanitaria de Investigación. (RSI)*, 8-12.

<https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistemica-evidencia-de-prevalencia-de-demencia-y-deterioro-cognitivo-en-personas-mayores-de-65-anos-en-hogares-de-ancianos/>

Brugués Rodríguez, V. (2018). Terapia Familiar Estructural para Familias con Padres con Demencia. *Publicacion Semestral del Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades de la Universidad San Fransisco de Quito*, 20-25.

<http://repositorio.usfq.edu.ec/handle/23000/5486>

Bustamante Yáñez, D. F. (2022). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor y su relación con la Funcionalidad Familiar. *Facultad de Ciencias de la Salud. Universidad Técnica de Ambato.*, 27-30. <https://repositorio.uta.edu.ec/jspui/handle/123456789/34892>

- Carrillo Sierra, S. M., Rivera Porras, D., García Echeverría, M., & Rodríguez Gonzales, D. (2020). Envejecimiento e intervenciones terapéuticas desde la perspectiva psicología en adultos mayores: Una revisión descriptiva. *Jornadas Académicas Universidad Simón Bolívar, Facultad de Ciencias Sociales*. <https://doi.org/10.5281/zenodo.4426305>
- Casanova Sotolongo, P., Casanova Carrillo, P., & Casanova Carrillo, C. (2022). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Scielo*, 5-7. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012
- Castro Suárez, S. (2019). Envejecimiento saludable y deterioro cognitivo. *Redalyc*, 23-28. <https://doi.org/10.20453/rnp.v81i4.3435>
- Cenalmor, C. B. (2018). Influencia de la Depresión en el Diagnóstico Inicial y Evolutivo del Deterioro Cognitivo. *Revista Neurol.*, 63-69. <https://www.svnps.org/documentos/depresion-deterioro.pdf>
- Chavarriga, A., & Mazo, N. (2019). Envejecer en familia: Contribuciones de la terapia a la intervención gerontológica familiar. *Congreso Internacional de Gerontología*, 16-23. https://www.sep.ucr.ac.cr/posgrados/gerontologia/congreso7/ponencias/dia18/envejecer_en_familia.pdf
- Colmenares, F., Guillen, J., & Neyra, D. (2023). Asociación entre Depresión y Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de un Centro de Atención Integral de Lima. *Revista Finlay*, 10-17. <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v12n3/2221-2434-rf-12-03-262.pdf>
- Conde, J. I. (2021). El proceso de envejecimiento en España. *FEDEA*. <https://fedea.net/el-proceso-de-envejecimiento-en-espana/>

- Delgado, P. (2023). *El estrés y la ansiedad pueden provocar deterioro cognitivo*. Obtenido de Institute for the Future of Education.: <https://observatorio.tec.mx/edu-news/el-estres-y-la-ansiedad-pueden-provocar-deterioro-cognitivo/>
- Esmeraldas Vélez, E. E., Falcones Centeno, M. R., Vásquez Zevallos, M. G., & Solórzano Vélez, J. A. (2019). *El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características*. Obtenido de Recimundo: <http://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357>
- Facal, D., & Aranzazu, C. (2018). Herramientas de Evaluación Cognitiva y Neuropsicológica en Centros Gerontológicos. *Sociedad Galega de Gerontología y Geriatria.*, 11-15. <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2014.09.004>
- Feldberg, C., Dorina, S., & Tartaglino, M. F. (2020). La influencia de la educación y la complejidad laboral en el desempeño cognitivo de adultos mayores con deterioro cognitivo leve. *Redalyc*, 1-24. <https://doi.org/22235/cp.v14i1.2194>
- Fernández, S. C., Guarton Ortiz, O. M., Sánchez, V. C., & De Armas Ferrera, A. M. (2020). Estados afectivos emocionales en adultos mayores solos en aislamiento social durante la pandemia COVID-19. *Repositorio: Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba.*, 18-20. https://revzoilomarinaldo.sld.cu/index.php/zmv/article/view/2491/pdf_739
- Figueroa Varela, M. d., Aguirre Ojeda, D. P., & Hernández Pacheco, R. R. (2021). Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Scielo*, 12-18. <https://doi.org/10.36793/psicumex.v11i2.397>
- Fonte Sevillano, T., & Santos Hedman, D. J. (2020). Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Scielo*, 3-9. <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1314/1576>

- Giamprieto Uriarte, S. D. (2020). Estereotipos en el envejecimiento. Revisión Bibliográfica desde la Psicología entre los años 2013-2019. *Facultad de Psicología de la Universidad de la República de Uruguay*. <https://hdl.handle.net/20.500.12008/29286>
- Gómez Caicedo, N., & Guamangallo Panchi, J. (2022). Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida en Adultos Mayores. Hospital General. Puyo, 2022. *Universidad Nacional de Chimborazo. Facultad de Ciencias de la Salud. Carrera Psicología Clínica*, 30-35. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10113>
- Gutiérrez Babativa, L. (2020). Salud Mental en adultos mayores relacionada al aislamiento ocasionado por covid-19. *medicinaUniandes*, 1-8. Obtenido de <https://medicina.uniandes.edu.co/sites/default/files/articulos/doc/salud-mental-en-adultos-mayores-relacionada-al-aislamiento-por-covid-19.pdf>
- Jiménez, A. G. (2018). Relación entre posible Deterioro Cognitivo y Depresión en Adultos Mayores. *Revista Neuro Rol*, 58-148. <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/01/1034780/relacion-entre-probable-deterioro.pdf>
- Martínez Pérez, T. d., González Aragón, M. C., Castellón León, G., & González Aguilar, B. (2022). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿éxito o dificultad? *Scielo*, 59-65. doi:10.4321 <https://revfinlay.sld.cu/index.php/finlay/article/view/569>
- Muñoz González, D. A. (2017). La estimulación cognitiva como estrategia para la atención psicogerontológica a los adultos mayores con demencia. *Redalyc*, 1-6. <http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v44n3/1561-3127-rcsp-44-03-e1077.pdf>

- Ocaña Montoya, C. M., Montoya Pedrón, A., & Bolaño Díaz, G. (2019). Perfil clínico neuropsicológico del deterioro cognitivo subtipo posible Alzheimer. *Redalyc*, 1-13.
<https://medisan.sld.cu/index.php/san/article/view/2719>
- Pinargote, G., & Alcivar, S. (2020). La Faimlia en el cuidado de los adultos mayores. *Publicación mensual de Cognosis. Facultad de Filosofía, Letras y Ciencias de la Educación. Universidad Técnica de Manabí*, 6-9.
<https://doi.org/10.33936/cognosis.v5i0.2324>
- Ponce Alencastro, J. A. (2021). Envejecimiento: Consideraciones generales sobre sus teorías biológicas. *Ciencia Latina Revista Multidisciplinar.*, 140-164.
https://doi.org/10.37811/cl_rcm.v5i1.213
- Quezada, D. (2021). Intervención Sistémica Familiar y Terapia Ocupacional en Demencia tipo Alzheimer. *Publicación Semestral de la carrera de Psicología Clínica de la Universidad Tecnica de Machala*, 15-20. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/17728>
- Sacramento Pinazo, H. (2020). Impacto psicosocial de la COVID-19 en las personas mayores: problemas y retos. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 249-252. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-avance-resumen-impacto-psicosocial-covid-19-personas-mayores-S0211139X20300664>
- Salazar, C., & Walton, M. (2020). Efectos de la estimulación de las funciones cognitivas en adultos mayores. *Ciencias Médicas de Pinar del Río.* , 2-4.
<http://revcmpinar.sld.cu/index.php/publicaciones/article/view/4305>

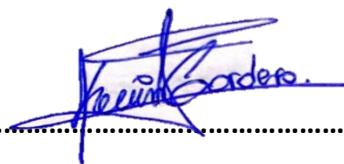
Suárez, L., & Ramiro, G. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Redalyc*, 1-9. <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v98n1/1028-9933-ric-98-01-88.pdf>

Tello Rodriguez, T., Alarcon, R., & Vizcarra Escobar, D. (2017). Salud Mental en el Adulto Mayor: Trastornos Neurocognitivos Mayores, Afectivo y del Sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública.*, 342-350.
<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2211>

Vallejo Sánchez, J. M., & Rodríguez Palma, M. (2023). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. *Scielo*, 153-157.
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v21n4/comunicacion1.pdf>

Kevin Gustavo Cordero Espinoza portador de la cedula de ciudadanía N.º **0104947130**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación “**La Psique Íngrima: Una mirada clínica al deterioro afecto-cognitivo en adultos mayores producto del aislamiento social**” de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **24 de julio de 2023**

F.....


Kevin Gustavo Cordero Espinoza.

C.I. 0104947130

Andrés Sebastián Peralta Villalta portador de la cedula de ciudadanía N.º **0107264707**. En calidad de autor y titular de los derechos patrimoniales del trabajo de titulación **“La Psique Íngrima: Una mirada clínica al deterioro afecto-cognitivo en adultos mayores producto del aislamiento social”** de conformidad a lo establecido en el artículo 114 Código Orgánico de la Economía Social de los Conocimientos, Creatividad e Innovación, reconozco a favor de la Universidad Católica de Cuenca una licencia gratuita, intransferible y no exclusiva para el uso comercial de la obra, con fines estrictamente académicos y no comerciales. Autorizo además a la Universidad Católica de Cuenca, para que realice la publicación de este trabajo de titulación en el Repositorio Institucional de conformidad a lo dispuesto en el artículo 114 de la Ley Orgánica de Educación Superior.

Cuenca, **24 de julio de 2023**



F.....

Andrés Sebastián Peralta Villalta.

C.I. 0107264707