



**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA PSICOLOGÍA CLÍNICA**

Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. Hospital General.
Puyo, 2022

Trabajo de titulación para optar al título de Psicólogo Clínico

Autores:

Nelson Esaú Gómez Caicedo
Jonathan Bladimir Guamangallo Panchi

Tutor:

Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo.

Riobamba, Ecuador. 2022

DERECHOS DE AUTORÍA

Nosotros, Nelson Esaú Gómez Caicedo con C.C 1850530393 y Jonathan Bladimir Guamangallo Panchi con C.C 0503346405, autores del trabajo de investigación titulado: Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. Hospital General. Puyo, 2022; certificamos que la producción, ideas, opiniones, criterios, contenidos y conclusiones expuestas son de nuestra exclusiva responsabilidad. Asimismo, cedo a la Universidad Nacional de Chimborazo, en forma no exclusiva, los derechos para su uso, comunicación pública, distribución, divulgación y/o reproducción total o parcial, por medio físico o digital; en esta cesión se entiende que el cesionario no podrá obtener beneficios económicos. La posible reclamación de terceros respecto de los derechos de autor (a) de la obra referida, será de mi entera responsabilidad; librando a la Universidad Nacional de Chimborazo de posibles obligaciones.

En Riobamba, 01 de diciembre del 2022.

Nelson Esaú Gómez Caicedo
C.I.: 1850530393

Jonathan Bladimir Guamangallo Panchi
C.I.: C.C 0503346405



Dirección
Académica
VICERRECTORADO ACADÉMICO

en movimiento



UNACH-RGF-01-04-02.19
VERSIÓN 02: 06-09-2021

ACTA FAVORABLE - INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CARRERAS NO VIGENTES

En la Ciudad de Riobamba, a los 07 días del mes de NOVIEMBRE de 2022, luego de haber revisado el Informe Final del Trabajo de Investigación presentado por el estudiante NELSON ESAÚ GÓMEZ CAICEDO con CC: 1850530393, de la carrera PSICOLOGÍA CLÍNICA y dando cumplimiento a los criterios metodológicos exigidos, se emite el **ACTA FAVORABLE DEL INFORME FINAL DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN** titulado "DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL GENERAL. PUYO, 2022", por lo tanto, se autoriza la presentación del mismo para los trámites pertinentes.


Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo
TUTOR(A)

CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL

Quienes suscribimos, catedráticos designados Miembros del Tribunal de Grado para la evaluación del trabajo de investigación **Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. Hospital General. Puyo, 2022** por **Nelson Esaú Gómez Caicedo** y **Jonathan Bladimir Guamangallo Panchi**, con cédula de ciudadanía **1850530393** y **0503346405**, bajo la tutoría de la **Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo**; certificamos que recomendamos la **APROBACIÓN** de este con fines de titulación. Previamente se ha evaluado el trabajo de investigación y escuchada la sustentación por parte de su autor; no teniendo más nada que observar.

De conformidad a la normativa aplicable firmamos, en Riobamba 01 de diciembre del 2022.

PRESIDENTE DEL TRIBUNAL DE GRADO

Mgs. Diana Carolina Villagómez Vacacela

Firma

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Dra. Rosario Isabel Cando Pilatuña

Firma

MIEMBRO DEL TRIBUNAL DE GRADO

Dr. Manuel Cañas Lucendo PhD.

Firma



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO CID
Ext. 1133

Riobamba 14 de noviembre del 2022
Oficio N° 055-2022-2S-URKUND-CID-2022

MSc. Ramiro Torres Vizuete
DIRECTOR CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
UNACH
Presente.-

Estimado Profesor:

Luego de expresarle un cordial saludo, en atención al pedido realizado por el **Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo**, docente tutor de la carrera que dignamente usted dirige, para que en correspondencia con lo indicado por el señor Decano mediante Oficio N° 1898-D-FCS-TELETRABAJO-2020, realice validación del porcentaje de similitud de coincidencias presentes en el trabajo de investigación con fines de titulación que se detalla a continuación; tengo a bien remitir el resultado obtenido a través del empleo del programa URKUND, lo cual comunico para la continuidad al trámite correspondiente.

No	Documento número	Título del trabajo	Nombres y apellidos del estudiante	% URKUND verificado	Validación	
					Si	No
1	D- 149581569	Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. Hospital General. Puyo, 2022	GÓMEZ CAICEDO NELSON ESAÚ GUAMANGALLO PANCHI JONATHAN BLADIMIR	1		

Atentamente,

CARLOS
GAFAS
GONZALEZ
Firmado digitalmente
por CARLOS GAFAS
GONZALEZ
Fecha: 2022.11.15
00:00:54 -05'00'

Dr. Carlos Gafas González
Delegado Programa URKUND
FCS / UNACH
C/c Dr. Gonzalo E. Bonilla Pulgar – Decano FCS

DEDICATORIA

Dedicado a mis padres: Nelson y Dolores, a mis hermanos: Tefy y Gabo, quienes me apoyaron de manera incondicional y creyeron siempre en mí. Se que la vida universitaria lejos de casa no es nada fácil, lo digo por vivencia propia, ya que fui “foráneo” en tan bella ciudad de Riobamba, tuve que adaptarme a un mundo nuevo y dar lo mejor, para que hoy con la bendición de Dios y junto a mi familia pueda decir “lo logramos”, por todo mi esfuerzo, dedicación y disciplina diaria me siento orgulloso conmigo mismo, ya que pude llevar a la par mi carrera universitaria y mi vida como atleta.

Nelson Esaú Gómez Caicedo

A mis padres María y Wilson, con su esfuerzo, su amor, su apoyo moral y económico, el día de hoy mi más grande sueño, gracias por inculcarme en el camino de la fe, que a pesar de las dificultades de la vida siempre confiar en Dios.

A mi hermana Génesis por acompañarme en todo mi proceso, a Dayana por estar conmigo en todo momento de forma incondicional y a mi familia porque de una u otra manera hicieron de mí una mejor persona.

Jonathan Bladimir Guamangallo Panchi

AGRADECIMIENTO

Agradezco a todas aquellas personas que fueron parte de mi formación como ser humano y profesional de la salud mental, a mis docentes ya que con su paciencia y conocimiento me formaron. A mis amigos y futuros colegas con quienes compartí experiencias y momentos amenos los cuales serán inolvidables para mí. Sin la bendición de mi creador y el apoyo de mi familia esto no sería posible, gracias de corazón.

Infinitamente, agradezco a una persona especial: “Lili”, quien hizo que mi estadía en una ciudad nueva sea muy divertida y emocionante, compartí tardes de estudio, deporte y risas, por todo aquello y más te digo gracias gordita gorda.

Nelson Esau Gómez Caicedo

Quiero agradecer en primer lugar a Dios, por permitirme culminar mi carrera profesional, a mis padres por todo el amor y sacrificio que hicieron para verme realizar como persona llena de principios y valores que día a día con esfuerzo y trabajo cohesionado pude llegar hasta el final, a mi hermana que, con sus travesuras, sus ocurrencias hicieron de mí los días más felices de mi vida, y a todos mis amigos gracias por el apoyo incondicional.

Jonathan Bladimir Guamangallo Panchi

TABLA DE CONTENIDO

DERECHOS DE AUTORÍA.....	
DICTAMEN FAVORABLE DEL TUTOR.....	
CERTIFICADO DE LOS MIEMBROS DEL TRIBUNAL	
CERTICADO ANTIPLAGIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
ÍNDICE DE TABLAS	
RESUMEN.....	
ABSTRACT	
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.....	14
ANTECEDENTES	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	15
JUSTIFICACIÓN	17
OBJETIVOS.....	18
Objetivo General.....	18
Objetivos Específicos.....	18
CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE	19
ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN	19
MARCO TEÓRICO.....	20
FUNCIONES COGNITIVAS	20
Definición.....	20
Estado de las funciones cognitivas durante el envejecimiento.....	20
Alteración de las funciones cognitivas derivadas del envejecimiento.....	20
DETERIORO COGNITIVO	22
Definición.....	22
Criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo	22

Tipos de deterioro cognitivo.....	23
Niveles de deterioro cognitivo.....	23
Factores de riesgo del deterioro cognitivo	23
Factores protectores del deterioro cognitivo	24
CALIDAD DE VIDA	24
Definición.....	24
Dimensiones de la calidad de vida.....	25
Factores que determinan la calidad de vida del adulto mayor.....	26
CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.	27
Enfoque de investigación	27
Tipo de investigación	27
Diseño de la investigación.....	27
Nivel de investigación.....	27
Población de estudio y tamaño de la muestra.....	27
Población	27
Muestra	27
Criterios de Inclusión	28
Criterios de Exclusión	28
Hipótesis.....	28
Variables de estudio	28
Métodos de estudio	28
Técnicas e instrumentos de recolección de datos	28
Técnicas para el procesamiento e interpretación de datos	29
Consideraciones éticas	30
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	30
RESULTADOS	30
DISCUSIÓN.....	33

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
CONCLUSIONES	36
RECOMENDACIONES	36
BIBLIOGRAFÍA	37
ANEXOS.....	43

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	30
Tabla 2.	31
Tabla 3.	32
Tabla 4.	33

RESUMEN

El presente proyecto de investigación tuvo como objetivo analizar el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Hospital General Puyo en el año 2022. El tipo de investigación fue de tipo bibliográfica y documental, de diseño trasversal, con un enfoque cuantitativo y nivel correlacional. La muestra estuvo conformada por 125 expedientes clínicos, cuyas edades se encuentran comprendidas entre 65 y 99 años de edad. Para la recopilación de datos se utilizó el instrumento de ficha de observación, con el fin, de obtener de los expedientes clínicos información verídica acerca de los instrumentos utilizados: Mini Examen del Estado Mental el cual tiene como objetivo detectar y determinar el deterioro cognitivo, así como denotar el cuadro de evolución en pacientes que presentan alteraciones neurológicas, especialmente en adulto mayor y la Escala de Calidad de Vida Gencat, misma que permite identificar el perfil de calidad de vida de un individuo. Con respecto a los resultados se puede destacar que el 54.4% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo, por otro lado, el 66% de los adultos mayores presentan baja calidad, donde las dimensiones más afectadas son el bienestar material, emocional y físico. En tal virtud, se establece una relación positiva significativamente alta ($Rho = .601$ y $p < 0.01$), entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, señalando que cuando las funciones cognitivas se preservan, la calidad de vida se mantiene; así mismo, al disminuir las funciones cognitivas se evidencia una baja calidad de vida en la población adulta.

Palabras claves: Deterioro cognitivo, calidad de vida, adulto mayor, funciones cognitivas, bienestar.

Abstract

The purpose of this research project was to analyze the cognitive deterioration and quality of life of seniors at Puyo General Hospital in 2022. The type of search was bibliographical and documentary, of transversal design, with a quantitative and correlative level. The sample included 125 clinical records, aged 65-99 years. For the data collection, the observation sheet instrument was used, in order to obtain true information from the clinical records about the instruments used: Mini Mental State Examination which aims to detect and determine cognitive deterioration, as well as denote the evolution picture in patients who present neurological alterations, especially in older adults and the Gencat Quality of Life Scale, which allows to identify the profile quality of life of an individual. Regarding the results, it can be noted that 54.4% of elders present cognitive impairment, on the other hand, 66% of elders present low quality, where the most affected dimensions are material, emotional and physical well-being. Accordingly, a significantly high positive relationship ($Rho = .601$ and $p < 0.01$) is established between cognitive impairment and quality of life, indicating that when cognitive functions are preserved, quality of life is maintained; Likewise, when cognitive functions decrease, a low quality of life is evidenced in the adult population.

Keywords: Cognitive impairment, quality of life, older adults, cognitive functions, well-being.



HUGO ALONSO
SOLIS

Reviewed by:
Mgs. Hugo Solis Viteri
ENGLISH PROFESSOR
C.C. 0603450438

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN.

ANTECEDENTES

El ser humano al ser un ente biológico experimenta diversos cambios, tanto físicos como psicológicos, mismos que con el paso del tiempo pueden llegar a presentar dificultades, los cuales afectan su entorno familiar, social y personal, es así que, a partir de los 65 años de edad, se evidencia mayor vulnerabilidad a los cambios biológicos, psicológicos y sociales, los mismos que pueden llegar a afectar sus funciones cognitivas y por ende su calidad de vida.

El envejecimiento constituye un proceso natural del ciclo de la vida, que experimenta cada individuo de forma natural. Los cambios a nivel físico, psicológico y sociales son evidentes, pues surge un sin número de enfermedades a nivel médico y mental, además, de cambios en el entorno vinculado a la familia, economía, y relaciones, todos ellos, interfieren en el desarrollo normal del individuo. De allí que, los gobiernos a nivel mundial y local se enfoquen en mejorar la calidad de vida del adulto mayor, fundamentalmente en la prevención de alteraciones como el deterioro cognitivo, que constituye una alteración crónica de preocupación a nivel de salud pública por los daños que provoca y el coste que genera (Arriola et al., 2017; Morocho et al., 2020).

El deterioro cognitivo se concibe como la pérdida o alteración de una o más funciones mentales superiores (razonamiento, memoria, atención, concentración, orientación) en un grado mayor de lo esperado en otra persona de la misma edad, pero no interfiere en las actividades de la vida diaria; la afectación no presenta intensidad y gravedad considerable para categorizarlo como demencia, pero constituye un factor de riesgo (Arriola et al., 2017; Cancino y Rehbein, 2016).

Respecto a la calidad de vida, tradicionalmente ha sido definida bajo la concepción de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1996) como la forma en que el individuo se percibe en un entorno cultural, su sistema de valores personales y la relación con expectativas, criterios y necesidades. Por otra parte, desde una perspectiva multidimensional (físico, psicológico y social), se define como la sensación de bienestar que experimenta una persona en relación a sus condiciones de vida, elementos subjetivos y objetivos, por tanto, está determinada por las experiencias, creencias y percepción (González, 2012; Lloris, et al., 2020; Nequiz et al., 2017).

Por lo mencionado, se analiza la relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida de los adultos mayores del Hospital General Puyo, 2022, llevando a cabo un enfoque cuantitativo de diseño correlacional y documental, tomando en cuenta la revisión de artículos y revistas científicas con variables similares a nuestro estudio.

El informe de investigación se encuentra formado por cinco capítulos los cuales incluyen: Capítulo I descripción de la Introducción, planteamiento del problema, justificación; Capítulo II compuesto por antecedentes de la investigación, conceptualización y aspectos generales de las variables de estudio; Capítulo III detalla la metodología, población, muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, Capítulo IV da detalle de los resultados y

discusión; finalmente, el Capítulo V describe las conclusiones y recomendaciones obtenidas del análisis estadístico desarrollado durante el proceso de investigación.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La OMS, señala que todas las personas de 65 años en adelante, son consideradas como adultos mayores, debido que en esta etapa se da inicio a la jubilación, por tanto, da fin a un ciclo más de su vida; por otro lado, se produce deterioro cognitivo, pérdida de movilidad, visión y audición propias de la edad, sumado a esto, tienen mayor vulnerabilidad de padecer enfermedades médicas (crónicas respiratorias, diabetes, accidentes cerebrovasculares) y mentales (depresión, ansiedad, estrés) que interfieren en su percepción sobre la calidad de vida que presentan (OMS, 2016).

Según la OMS (2017) el aumento de adultos mayores podría llegar a duplicarse entre los años 2015 y 2050, pasando de 900 millones a 2000 millones, en lo que respecta a salud mental se estima que el 20% de la población adulta mayor a 65 años tiende a presentar trastornos psicológicos o alteraciones en este nivel, los mismos que interfieren en gran medida en la calidad de vida, evidenciando, que entre el 25% y el 30 % de los adultos mayores a 85 años son vulnerables a padecer alteraciones cognitivas entre las cuales puede presentarse la demencia, esto asociado a factores como el aislamiento, soledad, angustia, y sentido de independencia que inciden en su percepción sobre su calidad de vida.

En Latinoamérica, la ciudad de Lima-Perú, determinó que el 70% de adultos mayores presenta un deterioro cognitivo moderado, denotando que la orientación es la función cognitiva más afectada en un 84%, además, precisa que la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida es significativa (Chuquipul e Izaguirre, 2018). En un estudio de la Dependencia de los Adultos Mayores en Chile (2008) refiere que el 21,5% de los habitantes de 60 años depende de manera total o parcial de cuidadores, de los mismos, el 40% son dependientes a causa de la demencia, a su vez, el 7,1% de la población de 60 años presenta deterioro cognitivo y a partir de los 75 años este porcentaje llega a duplicarse, siendo a la edad de 85 años donde el deterioro cognitivo se quintuplica, es decir, el 1% de la población chilena que corresponde a 200.000 personas padecen de demencia, viéndose afectada en gran medida la calidad de vida de quienes lo padecen y de sus cuidadores.

En Ecuador, la Encuesta sobre Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) determinó que aproximadamente el 6% de la población adulta mayor presentan algún tipo de demencia o deterioro a nivel cognitivo (INEC, 2020). Con respecto, a la calidad de vida según el Índice de Progreso Social (IPS), el Ecuador se encuentra en el puesto 52 en relación a 149 países evaluados a nivel mundial, con un índice de calidad de vida bueno de 71,88% (Lucero, 2020). No obstante, en un estudio realizado con adultos mayores en Ecuador, se demostró que el 38 % presenta sentimientos de vacío en su vida y el 28% sugieren desamparo, lo cual incide en gran medida en la percepción sobre la calidad de vida (Valencia, 2019). De manera análoga, Bolina et al. (2021) identificaron según la Encuesta Nacional de Salud que el 25,45% de adultos mayores experimentan una calidad de vida baja asociada al deterioro en

sus funciones cognitivas, físicas y relacionales; denotando de esta manera la influencia del deterioro cognitivo en la calidad de vida del adulto mayor.

El Hospital General Puyo como parte del Protocolo del Adulto Mayor requiere la valoración e intervención del personal de primera acogida, entre ellos, el área de Psicología Clínica. Por tal razón, durante el desarrollo de prácticas preprofesionales realizadas en el Hospital General Puyo, se ha visualizado que los adultos mayores que acuden a diario a la institución a realizarse exámenes de rutina o control por diversas enfermedades (Diabetes, Cáncer, VIH, Hipertensión Arterial, Insuficiencia Renal, etc.), tienden a presentar problemas en sus funciones cognitivas: memoria, atención, concentración, orientación, lenguaje; en consecuencia, los psicólogos de la institución manifiestan que el deterioro cognitivo en adultos mayores es una problemática que afecta de manera significativa a la calidad de vida. Para vislumbrar la realidad del grupo etario, los profesionales de la institución realizan evaluaciones psicológicas integrales que registran en una base de datos anónima, las cuales serán analizadas para determinar la incidencia de la problemática presentada. Por lo expuesto anteriormente, se evidencia la importancia de realizar un análisis a fondo, con el fin de identificar como el deterioro cognitivo afecta en mayor o menor medida a la calidad de vida (sistema familiar, el nivel socioeconómico, el bienestar físico, la cultura, etc.). Este estudio aportará en gran medida a la detección oportuna del deterioro cognitivo en la población de adultos mayores del Hospital General del Puyo, evitando la evolución de patologías crónicas como la demencia que afecta la calidad de vida.

¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores del Hospital General del Puyo?

JUSTIFICACIÓN

Los adultos mayores hoy en día al ser transmisores de sabiduría y experiencia son considerados una parte importante dentro de la sociedad, por tal razón, es necesario brindar atención oportuna y adecuada. Es así, que se ha visto la necesidad de realizar la presente investigación, haciendo énfasis en el deterioro cognitivo y como este afecta en la calidad de vida del adulto mayor. Puesto que, durante este período de edad existen alteraciones en sus funciones cognitivas, como memoria, atención, concentración, orientación, lenguaje, comprensión, etc., que llegan afectar la calidad de vida de las personas, sumado a ello, es elemental la evaluación y detección oportuna de la problemática, puesto que mediante el establecimiento de estrategias y técnicas dirigidas a preservar las funciones cognitivas derivará el mantenimiento de la calidad de vida del paciente.

De manera análoga, la investigación adquiere relevancia a nivel investigativo, principalmente a nivel académico (constituye una base de conocimiento a futuras investigaciones, al identificar los niveles de deterioro cognitivo y su relación con respecto a la calidad de vida en los adultos mayores); y, a nivel científico (el análisis y resultados obtenidos a través de técnicas estadísticas proporcionan confiabilidad y solidez a la información generada).

Los beneficiarios del proyecto de investigación, acerca del deterioro cognitivo y la calidad de vida, serán los adultos mayores de 65 años en adelante, puesto que, se observa en la actualidad escasa información referente al tema, a su vez, al abordar el deterioro cognitivo de forma temprana existe menor probabilidad de que evolucione a una demencia o patologías de mayor gravedad e incidencia en su calidad de vida. La investigación se llevará a cabo en el Hospital General Puyo ya que, al ser una Institución accesible de la provincia de Pastaza los adultos mayores acuden de manera frecuente a sus chequeos de rutina, por ende, mediante el estudio se pretende brindar atención adecuada e integral.

Existe factibilidad de la investigación, en razón de que cuenta con el respaldo y disponibilidad de los profesionales de salud mental y personal administrativo de la institución, disponiendo de acceso a la base de datos anónima del establecimiento, que permitirá obtener información de los adultos mayores; por otra parte, contó con material bibliográfico, recursos económicos y tiempo para llevar a cabo de manera eficaz la investigación.

OBJETIVOS

Objetivo General

- Analizar el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores del Hospital General del Puyo.

Objetivos Específicos

- Determinar el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital General del Puyo.
- Identificar el nivel y dimensiones de calidad de vida de los adultos mayores del Hospital General del Puyo.
- Establecer la relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida de los adultos mayores del Hospital General del Puyo.

CAPÍTULO II. ESTADO DEL ARTE

ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

Mediante la revisión bibliográfica se establecen los siguientes antecedentes investigativos:

Detalia et al. (2020) en su investigación sobre la *Asociación entre la función cognitiva y la calidad de vida en personas mayores en una residencia*, examinaron el estado de la función cognitiva y la calidad de vida de 82 adultos mayores del “Hogar de Ancianos de Jember-Indonesia”; aplicando una metodología transversal, correlacional y reactivos psicológicos, tales como Short Portable Mental Status Questionnaire y World Health Organization Quality of Life- BREF, encontraron que existe deterioro cognitivo grave en el 2,4% de la población y funcionamiento normal en el 43,9%, mientras que, en relación a la calidad de vida el 70,7% presentó moderada y el 8,5% baja, simultáneamente, la función cognitiva se relacionó de manera significativa con la calidad de vida.

Navarro et al. (2017) desarrollaron el estudio correlacional *Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso* en 324 adultos mayores de Granada- España con un promedio de edad de 78.22 años; el objetivo fue realizar un análisis comparativo entre dos grupos de ancianos clasificados como con envejecimiento exitoso frente a no exitoso de acuerdo a un screening cognitivo; la muestra fue evaluada a través de una entrevista semiestructurada y reactivos psicológicos (Mini-Examen Cognoscitivo, Tarea de Fluidez verbal semántica, Tarea de Atención Sostenida/ TAS, Auditory Verbal Learning Test- Potencial de Aprendizaje, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, Baremo de valoración de la situación de dependencia y Cuestionario breve de calidad de vida/ CUBRECAVI); los resultados obtenidos, denotan que existen diferencias significativas entre el funcionamiento cognitivo de cada grupo estudiado, teniendo un mayor rendimiento cognitivo el grupo con envejecimiento exitoso, es decir, aquellos presentan mayor calidad de vida tienen un envejecimiento exitoso, puntuando alto en las subescalas de salud psíquica, integración social y habilidades funcionales señalando la relación significativa entre las variables.

Poblete et al. (2019) en su estudio denominado *Relación entre la calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores activos*, relacionaron las variables deterioro cognitivo y percepción de la calidad de vida en adultos mayores, mediante un enfoque cuantitativo, transversal y correlacional, evaluaron a 160 personas mayores chilenas mediante el State Mini-Mental Examination (MMSE) y Cuestionario de Calidad de vida (SF-36); teniendo como resultados que el 95% presenta una calidad de vida óptima, no obstante, el 88,8% presenta algún déficit cognitivo, y con respecto a la correlación obtenida, se revela una relación significativa entre las variables; en definitiva, se establece que el ejercicio físico constituye un elemento fundamental en el mantenimiento de funciones cognitivas y en la percepción de una adecuada calidad de vida independientemente del proceso de envejecimiento.

MARCO TEÓRICO

FUNCIONES COGNITIVAS

Definición

Al hablar de funciones cognitivas se refiere a procesos mentales propios del ser humano, y/o actividad cognitiva permite desarrollar diversidad de tareas, a través de la activación de determinadas estructuras cerebrales como atención, memoria, lenguaje, orientación, pensamiento, cálculo, escritura y gnosias; las funciones cognitivas están integradas y permiten al hombre aprender, conocer, interactuar y adaptarse al medio en que se desarrolla al procesar la información de acuerdo a sus intereses (Gutiérrez y Guzmán, 2017).

Estado de las funciones cognitivas durante el envejecimiento

En los adultos mayores el estado de las funciones cognitivas es variable debido al envejecimiento normal y características individuales de las personas, en tal virtud, se ha identificado que la vejez implica un declive en la memoria, procesamiento de información, lenguaje, atención, razonamiento y funciones ejecutivas (memoria de trabajo, planificación) (González et al., 2013).

Alteración de las funciones cognitivas derivadas del envejecimiento

Orientación: capacidad del individuo de tener consciencia del espacio, de sí mismo, contexto situacional e instantes de la vida (pasado, presente y futuro) (Riera et al., 2017). La estructura cerebral que interviene en la orientación son los lóbulos parietofrontales e hipocampo (almacena información espacial); lóbulo parietal (orientación espacial y personal, producida por la activación de la conciencia corporal y el espacio) (Puig, 2012; Labath, 2017).

Dentro de la función la orientación temporal se afecta en primera instancia, seguida de la desorientación espacial y finalmente, la personal o autopsíquica; en general, la afectación de la orientación será mayor si la alteración en la memoria es mayor (Fundación Atilano Sánchez, 2021).

Atención: se define como la capacidad del individuo para direccionar su foco atencional a un objetivo específico dejando de lado la información no requerida, esta función es el mecanismo de activación de otros procesos mentales complejos como percepción, lenguaje, memoria y concentración (Brusco, 2018; Puig, 2012). Su base neurológica se ubica en el sistema reticular encargado de regular el nivel de la alerta y vigilia; áreas de asociación sensorial que intercomunica información sensorial; lóbulo frontal dirigido a ejecutar y sostener la atención (Ostrosky et al., 2012).

Martínez (2018) sugiere que durante la vejez las dificultades más comunes se asocian a la disminución de la atención mantenida de forma voluntaria, el grado de vigilancia a los objetos, distraibilidad que compromete a la concentración y alteraciones en la discriminación de objetos que refiere a la atención selectiva.

Memoria: es el centro de la actividad intelectual, se define como la facultad que integra el funcionamiento de diferentes procesos específicos que ayudan a consolidar, registrar, almacenar y evocar información (Vásquez, 2015). El sustrato neuroanatómico incluye:

hipocampo (memoria declarativa), lóbulo temporal (memoria auditiva y semántica), ganglios basales y cerebelo (memoria procedimental), amígdala (recuerdos emotivos) y circuito de Papez (Aguilar et al., 2020; Ostrosky et al., 2012)

Durante el envejecimiento las principales dificultades incluyen alteración en la consolidación y transferencia desde la memoria a corto plazo a la memoria de largo plazo, caracterizada principalmente por problemas para recordar nombres, teléfonos, direcciones o ubicación de objetos, de igual forma, presentan dificultad para retener información nueva o hechos recientes (Clemente et al., 2015).

Lenguaje: facultad que posibilita la comunicación con el medio a través de signos lingüísticos, permite comprender al mundo externo, describir los acontecimientos, además, posibilita la categorización y construcción de significados; las áreas cerebrales que intervienen en esta función son: área de Wernicke (lenguaje comprensivo), área de Broca (lenguaje expresivo), córtex auditivo primario, córtex motor primario y giro angular (lectoescritura) (Puig, 2012; González y Hornauer, 2014).

Las principales facultades afectadas en la vejez se evidencian en: dificultad para recordar palabras que puede evolucionar en anomia léxica, procesamiento sintáctico disminuido, neologismos y problemas para la organización de ideas para establecer discursos evidenciado por la necesidad de tiempo para responder preguntas (Cabello, 2020; De la Hoz et al., 2021).

Funciones ejecutivas: Incluye funciones cognitivas superiores que se producen por un sistema cognitivo complejo y permiten al individuo ejecutar comportamientos controlados y premeditados al enfrentarse a situaciones nuevas; su base neurológica se ubica en el lóbulo frontal (córtex prefrontal), y está integrada por estrategias cognitivas como la planificación, resolución de conflictos, flexibilidad mental, toma de decisiones, memoria de trabajo (Clemente et al., 2015).

Durante el envejecimiento se produce un descenso de la realización de actividades diarias, por tanto, el cerebro no recibe la mayor estimulación posible, que conduce a una limitación de la actividad y funcionamiento (Lepe et al., 2020), además, el lóbulo frontal es el área más vulnerable para presentar una afectación de manera inicial, por ello, la planificación, el pensamiento abstracto, la flexibilidad cognitiva y adaptación a cambios son las manifestaciones más visibles en el adulto mayor (González et al., 2013).

Cálculo: proceso mental que tiene como función la realización de operaciones numéricas durante el aprendizaje de la función y la práctica diaria. La base neuroanatómica se ubica en el lóbulo parietal inferior (identificar el sentido numérico) y circunvolución angular (González y Hornauer, 2014).

El cálculo en conjunto con la atención constituye las áreas cognitivas afectadas en un periodo inicial de envejecimiento y deterioro cognitivo.

Praxias: implica la realización de movimientos coordinados, voluntarios e intencionales para el cumplimiento de un objetivo, también se reconoce la habilidad para ejecutar acciones motoras previamente aprendidas, por ello, requiere de integración de procesos perceptivos y

motores (NEKI, 2021). El sustrato neuroanatómico se ubica en el lóbulo parietal izquierdo (componente conceptual, es decir, conocimiento de función de objetos) y lóbulo frontal (componente de producción, dirigida a almacenar información espacial y temporal para ejecutar movimientos) (Montoya et al., 2019).

Dentro de las principales alteraciones que se pueden identificar es la apraxia constructiva pues la interrupción de proceso visuoespacial y de planeamiento motor añadido a cambios estructurales de sustancia gris frontal y temporoparietal, dificultan la reproducción de modelos, construcción de bloques, orientación de líneas y dibujo libre (Montoya et al., 2019).

DETERIORO COGNITIVO

Definición

Petersen en 1999 (citado en Gutiérrez y Guzmán, 2017) lo define como un síndrome caracterizado por un déficit cognitivo en un grado mayor al esperado en función de la edad o nivel educativo-cultural de la persona, sin la presencia de alteraciones en las actividades de la vida cotidiana del individuo y que, a su vez, no cumple con criterios clínicos para demencia.

Por otro lado, Borrás y Viña (2016) definen como una pérdida o alteración de funciones cognitivas como la memoria, velocidad de procesamiento y atención generadas con el envejecimiento normal del individuo, éste, depende de factores tanto físicos como ambientales y son independientes a cada individuo.

En definitiva, el deterioro cognitivo hace referencia a la disminución y/o pérdida de uno o más dominios cognitivos entre ellos se destaca: memoria, atención, concentración, orientación, fluidez verbal y función ejecutiva; en un grado superior a lo que se espera en otra persona del mismo grupo etario, dicha alteración no interfiere en el funcionamiento efectivo de las actividades de la vida cotidiana.

Criterios para el diagnóstico de deterioro cognitivo

El diagnóstico para deterioro cognitivo se basaba inicialmente en criterios establecidos por Petersen, que consistían en quejas subjetivas de pérdida de memoria(a), ajustada a la edad y nivel educativo(b) conservando la función cognitiva general(c) y el funcionamiento adecuado en la realización de actividades de la vida diaria (d); no cumplir con criterios para demencia (e); estos criterios poseían limitaciones puesto que el diagnóstico direccionaba a alteraciones en la memoria, por tanto, diagnosticaban a pacientes que presentaban deterioro cognitivo de tipo amnésico (González et al., 2021).

Los criterios utilizados en la actualidad con mayor precisión se basan en los establecidos por la Asociación Americana de Psiquiatría en la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5, categorizado como trastorno neurocognitivo leve incluye: a) presencia de déficits cognitivos (al menos, un dominio cognitivo) en comparación con un nivel de rendimiento previo adecuado, este en función de preocupación del individuo de declive significativo en una función cognitiva y deterioro en el rendimiento cognitivo (evaluación

del estado mental a través de pruebas estandarizadas); el déficit cognitivo no afecta en la capacidad de independencia en actividades de la vida cotidiana; el déficit cognitivo no producido en un síndrome confusional; además, no se explican por otro trastorno mental (APA, 2013).

Tipos de deterioro cognitivo

A partir del estudio global del deterioro cognitivo se ha establecido la existencia de subtipos de deterioro cognitivo destacando: el tipo amnésico (afectación a la memoria principalmente a la episódica), tipo amnésico multidominio (alteración de memoria y otra área cognitiva, principalmente de la función ejecutiva), tipo no amnésico (alteración en la función ejecutiva, visoespacial o lenguaje), tipo no amnésico multidominio (afectado más de un dominio diferente a la memoria) (Arriola et al., 2017).

Niveles de deterioro cognitivo

Chuqipul e Izaguirre (2018) establecen de acuerdo a la gravedad del deterioro cognitivo los siguientes niveles:

Normal: no presentan alteraciones significativas en las funciones cognitivas, puesto que, las alteraciones producidas son propias del envejecimiento normal (Chuqipul & Izaguirre, 2018).

Sospecha patológica: alteración objetiva en el examen estado mental (disminución del rendimiento en alguna área cognitiva) y preservación de actividades de la vida diaria (Saldaña et al., 2018).

Deterioro leve: alteraciones en la memoria, u otro proceso cognitivo (atención, concentración, orientación, lenguaje), su intensidad y duración no interfiere en la realización de actividades instrumentales o de la vida diaria (Chuqipul & Izaguirre, 2018).

Deterioro moderado: el individuo manifiesta dificultades para tareas complejas como el control de economía, organización de eventos y actividades sociales, el nivel de dependencia es limitado (Chuqipul & Izaguirre, 2018).

Demencia: constituye la pérdida progresiva y crónica de varias funciones cognitivas, que no generan alteración en la conciencia, pero alteran de forma global con gran intensidad en la autonomía y funcionamiento individual de la persona, de forma simultánea, se acompaña de dificultades psicológicas o trastornos del sueño y comportamentales (Castro, 2018).

Factores de riesgo del deterioro cognitivo

Un factor de riesgo constituye toda condición propia del sujeto o ambiente en que se desarrolla, que demuestra el incremento de probabilidad de sufrir deterioro cognitivo o demencia. Con respecto a los factores de riesgo estadísticamente significativos para presentar deterioro cognitivo se asocian a la educación (nivel educativo bajo), enfermedades físicas o genéticas (accidentes cerebrovasculares, enfermedades cardiacas, diabetes, hipertensión, alteraciones neuropsiquiátricas (apatía, depresión, ansiedad) (Cancino y Rehbein, 2016; Carrión y Gómez, 2022); cambios en sistemas biológicos principalmente sistema nervioso central, pues durante el envejecimiento el peso del cerebro y el flujo

sanguíneo disminuye (Rojas et al., 2021); y aspectos relacionados a sus hábitos de vida, que erigen como factores modificables pues el control de la presión arterial, diabetes y colesterol alto disminuye la presencia de enfermedades de base determinantes en el deterioro cognitivo (Castro, 2018; Cancino y Rehbein, 2016).

De acuerdo a Rojas et al. (2021) los antecedentes mórbidos también constituyen factores de riesgo para deterioro cognitivo leve y entre ellos se incluyen alteraciones cognitivas familiares, consumo de alcohol y tabaco.

Por lo anterior, la intervención temprana en dichos factores retrasa la aparición de consecuencias negativas en el rendimiento cognitivo o a su vez, evita la presencia de deterioro grave o demencia.

Factores protectores del deterioro cognitivo

Dentro de los principales recursos, conductas y estilos de vida que disminuyen la probabilidad de padecer deterioro cognitivo se encuentran:

Allegri et al. (2015) sugieren una alimentación equilibrada (diversos estudios han identificado que la dieta mediterránea a base de consumo de granos, frutas, pescado, nueces y verduras o la combinación de la dieta mediterránea más la dieta para detener la hipertensión, contribuyen a una disminución del riesgo); el consumo controlado de alcohol y en mínimas cantidades; la participación social en actividades, redes y eventos sociales; el entrenamiento cognitivo posibilita el mantenimiento de funciones cognitivas principalmente de la memoria inmediata y remota; finalmente, la actividad física regulada y moderada mejoran la función cognitiva del adulto mayor.

Por su parte Esteve y Collado (2013) refieren que el nivel educacional y actividades de ocio son parte de la reserva cognitiva, comprendida como un factor de neuro protección que retrasa o previene procesos neurodegenerativos, en concordancia, López y Granados (2021) plantean que la educación genera mayor tolerancia a procesos patológicos; en consecuencia, el hábito de lectura (mayor protección en lectores de más de 5 años), aprendizaje de habilidades, idiomas, escritura, practica de juegos mentales son factores protectores de diferentes dominios cognitivos pues permite estimulación cerebral. En la misma línea, Del Boca et al. (2020) manifiestan la presencia de un factor subjetivo protector a la menor vulnerabilidad al estrés, sugiere que el estrés genera una desorganización cognitiva que causa interferencia en procesos mentales y afectación al área prefrontal, por tanto, su regulación es fundamental.

CALIDAD DE VIDA

Definición

La OMS (1996) hace referencia a la percepción que tiene cada individuo de acuerdo a la ubicación de su vida en el medio cultural, incluyendo sus valores en relación a sus objetivos, expectativas, metas, estándares y preocupaciones, esta debe ser entendida como una concepción que engloba lo físico, fisiológico, el grado de independencia y como se relaciona con su entorno.

Desde una perspectiva multidimensional, que abarca lo físico, psicológico y social, se define como la sensación de bienestar que experimenta una persona en relación a sus condiciones de vida, elementos subjetivos y objetivos de sus dimensiones, por tanto, está determinada por las experiencias, creencias y percepción personal (González, 2012; Lloris et al., 2020; Nequiz et al., 2017).

De manera general al hablar de calidad de vida nos referimos a un término subjetivo, el cual está sujeto a la percepción de cada individuo, esta subjetividad se encuentra estrechamente relacionada con el hecho de sentirse bien y gozar de las cosas en general, acompañada de una objetividad que se dirige al cumplimiento de las demandas de su comunidad y cultura, de la riqueza material y posición social, sin embargo, cabe aclarar que la calidad de vida no radica exclusivamente en los bienes materiales que posee, el ser humano al ser un ente biopsicosocial se encuentra regido por diversos aspectos entre ellos la salud física, psicológica y el desenvolvimiento idóneo en el entorno que se desarrolla.

Calidad de vida es un concepto que abarca diferentes niveles tomando en consideración lo biológico, social, psicológico, pasando por lo individual hasta llegar al nivel comunitario, sin dejar de lado su relación con aspectos de bienestar social, por lo tanto, al hablar de calidad de vida nos referimos a elementos subjetivos y objetivos del bienestar social que se encuentran instaurados en la experiencia individual y comunitaria (Galván, 2014).

Dimensiones de la calidad de vida

Al hablar de calidad de vida hacemos referencia al fruto entre la interrelación continua de diferentes factores; socioeconómicos, culturales psicológicos, etc. Los cuales suelen ser en su gran mayoría positivos, sin embargo, pueden existir factores negativos que interfieren en la vida del individuo, demostrando la conexión existente entre aspectos individuales y colectivos (Galván, 2014).

Por su parte Lopategui (2016) y Barrera (2017) clasifican la calidad de vida en ocho dimensiones y las conceptualiza de la siguiente manera:

1. *Bienestar emocional*: Entendida como el bienestar del individuo a nivel emocional, estabilidad mental y cognitiva, satisfacción consigo mismo y su autoconcepto (*Barrera, 2017*).
2. *Relaciones Interpersonales*: Dirigida a la forma en la cual el individuo interactúa entre dos o más personas, cuya interacción puede contener emociones, sentimientos y son la base de las interacciones sociales incluyendo las relaciones de pareja y familia (*Lopategui, 2016*).
3. *Bienestar Material*: Guarda una estrecha relación con el poder material con el que cuenta una persona, su vivienda y las condiciones de la misma, adquirir lo que desea más allá de lo que en realidad necesita sujetas a la edad con la que cuenta dicho individuo (*Lopategui, 2016*).
4. *Desarrollo Personal*: Proceso por el cual el ser humano busca superar y llegar a un crecimiento personal subjetivo, alcanzando de forma adecuada sus objetivos y metas

mediante el uso de sus habilidades personales, con la capacidad de salir de su zona de confort (*Lopategui, 2016*).

5. *Bienestar Físico*: Hace mención al funcionamiento óptimo de los diferentes órganos y sistemas que comprenden al ser humano, es decir el estado físico del ser humano le permite desenvolverse de mejor manera antes las dificultades del diario vivir, sin presentar limitaciones físicas (*Lopategui, 2016*).
6. *Autodeterminación*: Entendida como la capacidad del individuo para lograr sus metas, objetivos, planes personales, en un aspecto más amplio se dirige a la libre toma de decisiones por sí mismo en busca de alcanzar lo que es indispensable para su trayecto de vida (*Lopategui, 2016*).
7. *Inclusión Social*: Se trata de la interacción y participación idónea del sujeto, dentro de la comunidad en la que se desenvuelve, llegando a ser un ente activo dentro de los programas, grupos de personas con las cuales se relaciona (*Lopategui, 2016*).
8. *Derechos*: Enfocado dentro de la dimensión de la calidad de vida al conocimiento de los derechos con los cuales cuenta una persona dentro de la nación en la que se desarrolla, respetando y haciendo respetar las normas que esta le impongan con respecto a las limitaciones dentro del territorio (*Lopategui, 2016*).

Factores que determinan la calidad de vida del adulto mayor

La calidad de vida del adulto mayor radica en la idoneidad de adaptación a los múltiples cambios que se producen a nivel físico, así como la capacidad de ajustarse a los factores estresantes externos, factores psicosociales que lo acechan, sin dejar de lado las satisfacciones que llevan a cabo la calidad óptima de vida; Aponte (2015) señala que la calidad de vida en el envejecimiento se da cuando el adulto mayor se desenvuelve en un ambiente que le brinda paz, tranquilidad, libre expresión, sintiéndose cuidado y protegido por los miembros del núcleo familiar, sintiéndose ayudado a alcanzar sus anhelos y objetivos planteados, no olvidemos que por el hecho envejecer las metas han reducido, en definitiva, si se brinda gran parte los componentes antes mencionados en una persona adulto mayor se facilitara el desarrollo adecuado de su calidad de vida (Aponte, 2015).

La calidad de vida del adulto mayor se encuentra determina en gran medida por factores sociodemográficos, como la edad, el convivir con alguien, encontrarse fuera de casa, comorbilidad con enfermedades físicas o psicológicas, autonomía, actividad física constante, nivel educativo, estado civil, a su vez Melguizo et al. (2012) aseguran que los hombres al presentar mayor bienestar físico y emocional, tienden a presentar un alto nivel en cuanto a la calidad de vida, por otra parte, la calidad de vida de las mujeres puede verse favorecida por la plenitud espiritual que posea, así como el autocuidado físico y psicológico.

No obstante, de acuerdo al Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud (EECS, 2018) especificar los factores principales que interfieren en la calidad de vida resulta bastante complejo ya que se encuentra compuesta por dimensiones personales que comprenden: salud, autonomía, satisfacción, las cuales son muy amplias, por otro lado, tenemos a las dimensiones socioambientales, dicho de otra manera, los servicios sociales y redes de apoyo.

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA.

Enfoque de investigación

- **Cuantitativo:** El presente trabajo de investigación es de carácter cuantitativo, se ha tomado información de los expedientes clínicos de la base de datos anónima del Hospital General Puyo; datos personales, sociodemográficos y resultados de reactivos psicológicos como: Mini Examen del Estado Mental y Escala Gencat de Calidad de Vida.

Tipo de investigación

- **Bibliográfica:** La información recabada se basó en la selección exhaustiva del material bibliográfico y documental como libros, artículos científicos, tesis doctorales, revistas digitales, a fin, de dar solidez y sustento científico a la investigación.
- **Documental:** se analizó, seleccionó e interpretó la información proveniente de los expedientes clínicos, con el objetivo de obtener resultados de los reactivos psicológicos aplicados a los adultos mayores; información extraída de la base de datos anónima del Hospital General Puyo.

Diseño de la investigación

- **Transversal:** Los datos obtenidos fueron recopilados en un periodo de tiempo determinado que comprende los meses abril - agosto 2022.
- **No Experimental:** Dado que las variables de estudio deterioro cognitivo y calidad de vida no fueron manipuladas de manera intencional o directa por el investigador evitando posible alteración de los resultados.

Nivel de investigación

- **Correlacional:** En la investigación se estableció correlación de acuerdo al nivel de deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores del Hospital General Puyo, para determinar la relación existente entre sí.

Población de estudio y tamaño de la muestra

Población

Se encuentra comprendida por 532 expedientes clínicas las cuales reposan en una base de datos anónima del Hospital General Puyo, 2022.

Muestra

Se llevo a cabo mediante un muestreo no probabilístico de tipo intencional, donde se obtuvo una muestra de 125 expedientes clínicas, las mismas, que se encuentran en la base de datos anónima del Hospital General Puyo, dicha muestra fue seleccionada a través de los criterios de inclusión y exclusión, donde comparten características similares, en cuanto a las dimensiones sociodemográficos se puede mencionar que del total de la muestra 69 pertenecen al género femenino y el 56 corresponden al género masculino.

Criterios de Inclusión

- Expedientes de adultos mayores de 65 años en adelante.
- Expedientes de adultos mayores que estén de acuerdo en ser partícipes de la investigación.
- Expedientes de adultos mayores que se encuentren registrados en la base de datos anónima del Hospital General Puyo, 2022

Criterios de Exclusión

- Expedientes de adultos mayores que presenten discapacidad física e intelectual.
- Expedientes de adultos mayores que no comprendan el castellano.
- Expedientes de adultos mayores que se encuentren bajo el efecto de sustancias.
- Expedientes de adultos mayores que no cuentan con autorización en el consentimiento informado para la investigación.

Hipótesis

- *Hipótesis Nula (H₀):* No existe relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida.
- *Hipótesis Alternativa (H₁):* Existe relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida.

Variables de estudio

- Variable Independiente: Deterioro cognitivo.
- Variable Dependiente: Calidad de vida.

Métodos de estudio

- **Método Empírico:** Al tratarse de un estudio estadístico, tiene como finalidad recolectar información numérica la misma, que será recopilada de los reactivos psicológicos previamente aplicados en los expedientes clínicos, proporcionando así, los niveles de cada variable.
- **Método Teórico:** Se hace referencia al método analítico- sintético dado que, se lleva a cabo la búsqueda minuciosa de información científica la misma que contribuyó al análisis de los niveles y dimensiones de investigación (deterioro cognitivo y calidad de vida).
- **Método Estadístico:** Los datos obtenidos de los reactivos psicológicos fueron analizados mediante el programa estadístico SPSS versión 25, el cual nos proporciona tablas para su posterior interpretación.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

- **Ficha de Observación:** puesto que constituye un instrumento de investigación que tiene como propósito recabar información de la población adulta mayor del Hospital General Puyo, de manera clara y detallada para dar solidez al estudio; el proceso se efectuó a través de la revisión de expedientes clínicos de la institución, los cuales, fueron proporcionada por el personal administrativo y psicólogos. Mediante la ficha se observación se registraron datos cuantitativos y cualitativos de aspectos

sociodemográficos y resultados de los reactivos psicológicos, a fin, de dar respuesta a los objetivos planteados durante el estudio.

Mini Examen del Estado Mental: Es un instrumento utilizado en una adaptación española del reactivo psicológico de Folstein de 1975, desarrollada por Reyes et al. (2004), el cual constituye un instrumento utilizado para detectar y determinar el deterioro cognitivo, así como denotar el cuadro de evolución en pacientes que presentan alteraciones neurológicas, especialmente en adulto mayor, cuyo tiempo de aplicación no supera los 10 minutos, con un puntaje máximo de 30 puntos comprendidos en 5 dimensiones que abarca la orientación, memoria inmediata, atención y calculo, recuerdo diferido, lectura y comprensión. Cuenta con una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach 0.76), además de una adecuada validez de constructo al realizar las diferentes correlaciones con escalas similares (Folstein et al., 2004).

Los puntos de corte establecidos para determinar el deterioro cognitivo son:

- 27 a 30 Normal.
- 24 a 26 Sospecha Patológica.
- 12 a 23 Deterioro Cognitivo.
- 09 a 11 Demencia.

Escala Gencat de calidad de vida: Se trata de una escala la cual permite identificar el perfil de calidad de vida de una persona, está dirigido a todo tipo de población a partir de los 18 años de edad, sin importar el sexo, fue creada en España por un Equipo de Investigación (Verdugo et al., 2009), se trata de una escala auto aplicable, con una adecuada consistencia interna (alfa de Cronbach 0.92), además, de una adecuada Validez de constructo, convergente y discriminante. Compuesta de 69 ítems, distribuidos en 8 subescalas: Bienestar emocional (BE), Relaciones interpersonales (RI), Bienestar Material (BM), Desarrollo personal (DP), Bienestar físico (BF), Autodeterminación (AU), Inclusión social (IS), Derechos (DE) (Verdugo et al., 2009).

Los puntos de corte que determina el perfil de calidad de vida establecen los percentiles entre:

- 1 a 50 Calidad de Vida Baja.
- 51 a 99 Calidad de Vida Alta.

Técnicas para el procesamiento e interpretación de datos

Posterior a la obtención de los datos tras el análisis estadístico de los expedientes clínicos tomados de la base de datos anónima, se procede a digitalizar en el programa Microsoft Excel, para ser examinados e interpretados State Package for Social Sciences (SPSS) versión 25.

Tras realizar la Prueba de Bondad de Ajuste de Kolmogórov-Smirnov para la verificación de la hipótesis de normalidad, se encontró significancia en las variables ($p < 0.01$), lo que nos permite el uso de pruebas no paramétricas, más conocidas como libre distribución. Por tanto, para realizar el análisis correlacional se eligió el modelo de Correlación de Spearman

denominado también Coeficiente de correlación de Spearman la misma que nos permite obtener una correlación entre variables cuantitativas o cualitativas ordinales.

Consideraciones éticas

Los datos obtenidos de los expedientes clínicos fueron recopilados de la base de datos anónima del Hospital General Puyo, con fines únicamente de investigación y estudio, dentro de los límites de la confidencialidad y no maleficencia.

CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

RESULTADOS

Los resultados obtenidos acerca de los datos sociodemográficos se ven reflejados en la siguiente tabla:

Tabla 1.

Datos sociodemográficos. Hospital General Puyo.

Variabes		Frecuencia	Porcentaje
Género	Masculino	56	44.8%
	Femenino	69	55.2%
	TOTAL	125	100%
Edad	Mínimo	65	
	Máximo	99	
	Media	74.85	
	TOTAL	125	100%

Nota: Datos extraídos de los instrumentos aplicados de la base de datos anónima.

Análisis e interpretación

La población de estudio se encuentra conformada por el 55.2% que representa el género femenino y el 44.8% que representa el género masculino; con una edad promedio de 74.85 años, siendo el máximo 90 años y el mínimo 65 años. Denotando mayor superioridad del género femenino en la muestra de estudio.

En relación con el primer objetivo específico, que consistió en determinar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Hospital General Puyo, los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 2.

Niveles de deterioro cognitivo del adulto mayor

	Frecuencia	Porcentaje	
Niveles de Deterioro Cognitivo			
Normal	11	8,8%	
Sospecha Patológica	30	24%	<i>Nota:</i>
Deterioro	68	54.4%	
Demencia	16	12.8%	
Total	125	100%	

Resultados del Mini Examen del Estado Mental, tomados de la base de datos anónima del Hospital General Puyo, 2022.

Análisis e interpretación

Tras los análisis obtenidos se muestra que, de un total de 125 expedientes clínicas, acerca del deterioro cognitivo de los adultos mayores, 68 personas que corresponde al 54.4% presentan deterioro cognitivo, 30 personas que corresponde el 24% presentan sospecha patológica, 16 personas que corresponden al 12.8% presentan una posible demencia, la cual debe ser evaluada de forma integral para definirla; finalmente 11 personas que corresponde el 8.8% presentan un nivel cognitivo normal. Es así, que se puede destacar que el 54.4% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo, demostrando que en esta edad existen alteraciones en sus funciones cognitivas, como memoria, atención, concentración, orientación, lenguaje, comprensión, dichas alteraciones cognitivas pueden llegar a interferir en las actividades diarias del adulto mayor.

Con respecto, al segundo objetivo específico, que fue identificar el nivel y dimensiones de calidad de vida de los adultos mayores del Hospital General Puyo, los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 3.*Escala Gencat: Nivel y dimensiones de la calidad de vida.*

	Niveles			
	Alto		Bajo	
	f	%	f	%
Calidad de Vida General	43	34%	82	66%
Dimensiones				
Bienestar Emocional	20	16%	105	84%
Relaciones Interpersonales	86	68.8%	39	31.2%
Bienestar Material	29	23.2%	96	76.8%
Desarrollo Personal	75	60%	50	40%
Bienestar Físico	7	5.6%	118	94.4%
Autodeterminación	76	60.8%	49	39.2%
Inclusión Social	79	63.2%	46	36.8%
Derechos	112	89.6%	13	10.4%

Nota: Resultados de nivel y dimensiones de calidad de vida de acuerdo a la escala Gencat, Calidad de Vida, tomados de la base de datos anónima del Hospital General Puyo, 2022.

Análisis e Interpretación

Tras la revisión de la Escala Gencat se puede observar que el 66% de los adultos mayores presentan una baja calidad de vida, mientras que el 34% presentan una alta calidad de vida, con respecto a las dimensiones, las puntuaciones elevadas indican una alta calidad de vida, las cuales son: Derechos con 89.6%, Relaciones Interpersonales con 68.8%, Inclusión Social con 63.2%, Autodeterminación con 60.8%, y Desarrollo Personal con 60%; en cuanto a las dimensiones que presentan una baja calidad de vida según la escala Gencat son: Bienestar Material ya que solo el 23.2% de los adultos mayores señala esta dimensión, seguida por el Bienestar Emocional con 16%, finalmente, el Bienestar Físico con 5.6%.

Es así, que se evidencia que la calidad de vida del adulto mayor se encuentra afectada, dando a notar alteraciones en el bienestar físico, material y emocional, siendo estas la causa principal de su baja satisfacción por la vida.

En relación al tercer objetivo específico, que fue establecer la relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida de los adultos mayores del Hospital General Puyo, los resultados se muestran en la siguiente tabla:

Tabla 4.

Correlación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en el adulto mayor.

	Calidad de vida	
Deterioro cognitivo	Coefficiente de correlación	,601**
	Sig. (bilateral)	,000
	N	125

Nota: Resultados obtenidos de la relación entre el instrumento de deterioro cognitivo (Mini Examen del Estado Mental) y la escala de calidad de vida (Gencat), tomados de la base de datos anónima del Hospital General Puyo, 2022.

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

Abreviatura: N= tamaño muestral

Análisis e Interpretación

La tabla 4, muestra la correlación entre las variables de estudio: deterioro cognitivo y la calidad de vida, mediante la aplicación de la Correlación de Spearman donde señala que el deterioro cognitivo tiene relación muy significativa estadísticamente alta ($Rho = .601$ y $p < 0.01$) con la calidad de vida.

En tal sentido, se evidencia que cuando las funciones cognitivas se preservan, es decir, no existe deterioro cognitivo, la calidad de vida se mantiene o incrementa; así mismo, una menor presencia de funciones cognitivas, en otras palabras, uno o más dominios cognitivos afectados, señala menor calidad en la población estudiada.

DISCUSIÓN

La presente investigación analizó el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores del Hospital General Puyo, mediante la revisión de información de la base de datos anónima en la cual se encontraban los resultados de la Escala calidad de vida Gencat y el Mini examen del estado mental.

En relación, al deterioro cognitivo los niveles más sobresalientes de acuerdo a los resultados, denotan que el 54.4% de la muestra presenta deterioro cognitivo, el 24% presenta sospecha patológica, el 12.8% presenta posible demencia y el 8.8% sin alteraciones, por su parte, los datos encontrados por Chanamé (2022), acerca del nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores de la casa hogar “San José- Lambayeque”, indicando que existe mayor frecuencia en el deterioro cognitivo con el 96.67%. Se evidencia que el deterioro en los adultos mayores es el resultado del envejecimiento en sus distintas funciones cognitivas, sin embargo, dependerá de los estilos de vida de cada individuo, así mismo, León y León (2017) en un estudio acerca de los factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores del Salto, Babahoyo, Ecuador, en una población de 55 adultos mayores, encontró que 62% presenta deterioro cognitivo, evidenciándose así afectación en los factores socioeconómicos,

laborales, relaciones interpersonales, adaptación al medio, siendo estas los aspectos que más sobresalen en el adulto con deterioro cognitivo. Una realidad distinta se observó en un estudio realizado Valdés et al. (2017), en la casa de abuelos del Municipio de Cerro Celia Sánchez Manduley donde el 65% de 20 adultos mayores no presento deterioro cognitivo, debido a que tuvieron un ingreso económico estable, mantuvieron relaciones conyugales estables, no tuvieron hábitos nocivos, no presentaron enfermedades cerebrovasculares o enfermedades mentales, además, al encontrarse en una casa hogar, la misma fomenta a las actividades lúdicas con el fin de mantener un envejecimiento adecuado.

Con respecto a la calidad de vida de los adultos mayores, se encontró que, el 66% presenta una calidad baja y el 34% presenta una calidad de vida alta, lo cual, concuerda con el estudio realizado por Barrera (2017) en Adultos Mayores que asisten a la Fundación “San José de Huambaló”, donde indica que el 66% de los adultos presentan una calidad baja y el 34% presentan una alta calidad de vida, viéndose afectado el Bienestar Emocional y Bienestar Físico, corroborando con nuestro estudio, donde las dimensiones más afectadas son el Bienestar Material con 23.2%, seguida por el Bienestar Emocional con 16%, finalmente, el Bienestar Físico con 5.6%; por otra parte las dimensiones que no presentan una afectación significativa son los Derechos con 89.6%, Relaciones Interpersonales con 68.8% e Inclusión Social con 63.2%, concordando con el estudio realizado por Auquilla y Pacurucu (2018) quienes demostraron que los Derechos y las Relaciones Interpersonales son las dimensiones que menos se encuentran afectadas en los Adultos mayores con el 83.1% y el 60% respectivamente.

En contraposición con el estudio realizado por Celeiro y Galizzi (2019), encontraron que el 53% de la población presenta una calidad de vida alta y el 47% presenta una calidad de vida baja, cabe recalcar que dicha investigación se llevó a cabo con una población de adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, resaltando que la dimensión que más prevalece son las Relaciones Sociales puesto que, los adultos mayores al encontrarse institucionalizados disponen de mayor interacción con personas de la misma edad y esto a su vez favorece a su calidad de vida.

Con respecto al tercer objetivo, se evidencia una correlación entre las variables deterioro cognitivo y calidad de vida, con una relación positiva muy significativa, estadísticamente alta ($Rho = .601$ y $p < 0.01$) es decir, se confirma nuestra hipótesis alterna propuesta, llegando a la conclusión que a menor conservación de las funciones cognitivas menor calidad de vida. Estos resultados son similares a los descritos por Camposano (2019) donde dio a conocer que la relación entre el deterioro cognitivo afecta de manera directa a la calidad de vida del adulto mayor, dicha relación se llevó a cabo mediante una evaluación de técnicas y herramientas psicológicas las cuales, brindan información adecuada acerca del estado cognitivo del adulto mayor y su desenvolvimiento en la vida diaria. Así mismo, Capote et al. (2016) acerca que el deterioro cognitivo y calidad de vida, manifiestan que los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo, dan a notar afectación en su calidad de vida; por todo lo anterior mencionado es evidente que el ser humano al llegar a una edad adulta (> 65

años), tienden a presentar alteraciones en sus diferentes funciones cognitivas, esto a su vez, afecta su calidad de vida.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- De acuerdo con el estudio realizado en el Hospital General Puyo, se evidenció alteraciones en sus funciones cognitivas, lo cual, refleja que las personas mayores presentan alteraciones en la memoria, atención, concentración, orientación, lenguaje, comprensión, lectura y escritura.
- En cuanto a la calidad de vida, se puede observar que gran parte de la muestra percibe una baja calidad, la misma que fue medida mediante la escala Gencat donde las dimensiones más afectadas fueron el Bienestar Material seguida por el Bienestar Emocional y finalmente, el Bienestar Físico.
- Según el análisis correlacional se determina una relación positiva muy significativa, estadísticamente alta, entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, señalando que cuando las funciones cognitivas se preservan, es decir, no existe deterioro cognitivo, la calidad de vida se mantiene o incrementa; así mismo, al disminuir las funciones cognitivas que indican deterioro cognitivo se evidencia una disminución de la calidad de vida en la población estudiada.

RECOMENDACIONES

- Se sugiere al personal de salud de la Institución, trabajar con los adultos mayores que presentaron dificultad, mediante estimulación cognitiva con la finalidad de conservar el mayor tiempo posible sus funciones mentales, llegando a preservar su autonomía y por ende mantener una adecuada calidad de vida.
- Realizar talleres psicoeducativos acerca de un envejecimiento saludable, con el propósito de brindar información asertiva a los cuidadores y población en general, en relación a los factores protectores y de riesgo para el adecuado desarrollo del adulto mayor.
- Se recomienda realizar un estudio más a profundidad con el objetivo de identificar cómo se presenta el deterioro cognitivo en los adultos mayores de acuerdo a la instrucción académica que cada uno posee, con el fin de determinar en qué grado se manifiesta el deterioro cognitivo y como este afecta adulto mayor.

BIBLIOGRAFÍA

- Aguilar, J., Agulla, L., Said, A., y López, M. (2020). Aportes al estudio de las relaciones entre memoria episódica y teoría de la mente. *Interdisciplinaria*, 37(1). <https://www.redalyc.org/jatsRepo/180/18062047011/18062047011.pdf>
- Allegri, R., Roqué, M., Bartoloni, L., y Karin, R. (2015). *Deterioro cognitivo, alzheimer y otras demencias : formación profesional para el equipo socio-sanitario*. Buenos Aires: UNLaM.
- Alvarado, A., y Salazar, Á. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Gerokomos*, 25(2), 57-62. <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>
- Aponte, V. (2015). Calidad de vida en el envejecimiento. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UCBSP*, 13(2), 2077-2161. <http://www.scielo.org.bo/pdf/rap/v13n2/v13n2a03.pdf>
- Arriola, E., Carnero, C., Freire, A., López, R., López, J., Manzano, S., y Olazarán, J. (2017). *Deterioro Cognitivo Leve en el adulto mayor*. Madrid: Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología.
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2013). *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5*. Arlington: Asociación Americana de Psiquiatría.
- Auquilla, Á., y Pacurucu, Á. (2018). *Calidad de vida en adultos mayores que asisten a un centro de apoyo* [Tesis de Pregrado, Universidad de Cuenca] Repositorio Universidad de Cuenca: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31374/1/Calidad%20de%20vida%20en%20adultos%20mayores%20que%20asisten%20a%20un%20centro%20de%20apoyo%20en%20Cuenca.pdf>
- Barrera, J. (2017). *Deterioro Cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. [Tesis de pregrado, Universidad Técnica de Ambato]. Repositorio Universidad Técnica de Ambato: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20Cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Bolina, A., Conceição, M., Haas, J., y Santos, D. (2021). Association between living arrangement and quality of life for older. *Revista LATino-Americana de Enfermagem*, 2-8.
- Borrás, C., y Viña, J. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriátrica y Gerontología*, 1(51), 3-6.
- Brusco, L. (2018). *Funciones Cognitivas*. UBA Ciencias Médicas: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-05/7%20-%20UNIDAD%203%20-%20Funciones%20Cognitivas..pdf>
- Cabello, A. (2020). *Procesos de Deterioro Cognitivo y del lenguaje en el adulto mayor*. [Tesis de pregrado, Universidad de la Laguna]. Repositorio Universidad de la Laguna: <https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/19937/Proceso%20de%20Deterioro%20Cognitivo%20y%20del%20lenguaje%20en%20el%20adulto%20mayor.%20p>

- Climent, M. (2014). *Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. Prevención desde la oficina de farmacia*. [Tesis doctoral, Universidad Cardenal Herrera]. Repositorio Universidad Cardenal Herrera: <https://repositorioinstitucional.ceu.es/handle/10637/7040>
- De la Hoz, M., Garrido, D., y García, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. *Revista de Neurología*, 72, 67-76. <https://www.neurologia.com/articulo/2020411>
- Del Boca, M., Mias, C., Bastida, M., y Murillo, P. (2020). Factores Subjetivos Y Objetivos, Protectores Y De Riesgo De Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores. *Revista UNC*, 87-106.
- Detalia, N., Susanto, T., y Aini, L. (2020). Asociación entre la función cognitiva y la calidad de vida en personas mayores de una residencia. *Revista Cubana de enfermería*, e3244.
- Equipo de Expertos en Ciencias de la Salud. (2018). *factores determinantes para mejorar la calidad de vida en la vejez*. Universidad Internacional de Valencia: <https://www.universidadviu.com/es/actualidad/nuestros-expertos/2-factores-determinantes-para-mejorar-la-calidad-de-vida-en-la-vejez>
- Esteve, M., y Collado, Á. (2013). El hábito de lectura como factor protector de deterioro cognitivo. *Gac Sanit*, 27(1), 68-71. https://scielo.isciii.es/pdf/gsv/v27n1/original_breve4.pdf
- FMC. (2012). Deterioro cognitivo y/o demencia. *FMC - Formación Médica Continuada En Atención Primaria*(18), 49-63.
- Folstein, M., Folstein, S., y McHung, P. (2004). Mini Examen del Estado Mental. *Envejecimiento Neuropsicología y Cognición*, 1-11. <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3c-MINI-EXAMEN-DEL-ESTADO-MENTAL-REYES.pdf>
- Fundacion Atilano Sánchez. (2021). *Desorientación en personas mayores, ¿cómo actuar?* Fundacion Atilano Sánchez Sánchez (FASS): <https://www.fundacionfass.org/general/desorientacion-en-personas-mayores-como-actuar/>
- Galván, M. (2014). *¿Que es calidad de vida?* Logos Boletín Científico De La Escuela Preparatoria: <https://repository.uaeh.edu.mx/revistas/index.php/prepa2/article/view/1120>
- Galván, M. (2020). *¿QUE ES CALIDAD DE VIDA?* Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
- González, M., Facal, D., y Yaguas, J. (2013). Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio. *Escritos de Psicología*, 6(3), 34-42. <https://scielo.isciii.es/pdf/ep/v6n3/informe1.pdf>
- González, P., Oltra, J., Sitges, E., y Bonete, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de neurología*, 72(8), 288-295]. <https://neurologia.com/articulo/2020626/esp>


- González, R., y Hornauer, A. (2014). Cerebro y lenguaje. *Revista Hospital Clínico Universidad de Chile*, 143-153. <https://www.enfermeriaaps.com/portal/wp-content/uploads/2017/05/Cerebro-y-lenguaje.pdf>
- González, S. (2012). *Calidad de vida en la vejez satisfacción con la vida*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Gutiérrez, J., y Guzmán, G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 1(52), 3-6.
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2020). *Encuesta de Salud, Bienestar del Adulto Mayor*. INEC: <https://www.ecuadorencifras.gob.ec/encuesta-de-salud-bienestar-del-adulto-mayor/>
- Labath, L. (2017). *Cerebro y la orientación*. Asociación Educar para el desarrollo humano: <https://asociacioneducar.com/cerebro-orientacion>
- León, G., y León, E. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto – Babahoyo (Ecuador). *Cumbres*, 4(1), 9-16. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6550770>
- Lepe, N., Cancino, F., Tapia, F., Zambrano, P., Muñoz, P., Gonzalez, I., y Ramos, C. (2020). Desempeño en Funciones Ejecutivas de Adultos Mayores: Relación Con su Autonomía y Calidad de Vida. *Revista Ecuatoriana de Neurología*, 29(1), 92-103. <http://revecuatneurol.com/wp-content/uploads/2020/07/2631-2581-rneuro-29-01-00092.pdf>
- Lloris, V., Claramunt, E., Tárrega, J., Farriol, V., Pérez, S., Postigo, S., . . . González, L. (2020). Calidad de vida y salud percibida en personas mayores. *Sociedad Valenciana de Geriatría y Gerontología*, 150-158.
- Lopategui, E. (2016). Conceptos generales de salud. *Saludmed*, 2-6. http://www.saludmed.com/saludybienestar/contenido/I1_U1-01_Conceptos_Generales_de_Salud.pdf
- López, J., y Granados, D. (2021). *Reserva cognitiva y factores protectores ante el deterioro cognitivo en el envejecimiento*. Ciencia UANL: <https://cienciauanl.uanl.mx/?p=11114>
- Lucero, K. (2020). Ecuatorianos aún tienen buena calidad de vida, según Índice de Progreso Social. *revista Gestión*, 2-10. [https://www.revistagestion.ec/sociedad-analisis/ecuatorianos-aun-tienen-buena-calidad-de-vida-segun-indice-de-progreso-social#:~:text=En%202019%2C%20Ecuador%20se%20ubic%20C3%B3,\(PPP\)%20de%20%24%2010.412](https://www.revistagestion.ec/sociedad-analisis/ecuatorianos-aun-tienen-buena-calidad-de-vida-segun-indice-de-progreso-social#:~:text=En%202019%2C%20Ecuador%20se%20ubic%20C3%B3,(PPP)%20de%20%24%2010.412).
- Martínez, D. (2018). *Eficiencia del programa de Estimulación Cognitiva para adultos*. [Tesis de grado, Universidad Rafael Landívar]. Repositorio Universidad Rafael Landívar: <http://recursosbiblio.url.edu.gt/tesiseortiz/2018/05/42/Martinez-Damaris.pdf>
- Melguizo, E., Acosta, A., y Castellano, B. (2012). Factores asociados a la calidad de vida de. *Salud Uninorte*, 28(2), 251-263. <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n2/v28n2a08.pdf>

- Montoya, D., Garzón, L., Correa, N., y Carvajal, J. (2019). Diferencias. *Revista de la Escuela de Ciencias de la Salud de la Universidad Pontificia Bolivariana*, 38(2), 120-128. <https://www.redalyc.org/journal/1590/159061006005/159061006005.pdf>
- Morocho, M., León, G., Villagomez, L., & Sinchi, V. (2020). Factores asociados al envejecimiento cerebral patológico en adultos mayores (AM). Centro de atención de enfermería (CAE). Universidad de Guayaquil (UG). *RECIMUNDO*, 4(2), 4-15. doi:[https://doi.org/10.26820/recimundo/4.\(2\).mayo.2020.4-15](https://doi.org/10.26820/recimundo/4.(2).mayo.2020.4-15)
- Navarro, E., Sanjuán, M., y Abarca, S. (2017). Funcionamiento cognitivo y calidad de vida en ancianos con y sin envejecimiento exitoso. *European Journal of Health Research*, 75-89.
- NEKI. (2021). *Funciones cognitivas*. Neki global: https://ejerciciosparamayores.com/files/funciones_cognitivas_info.pdf
- Nequiz, J., Gómez, M., y Izquierdo, E. (2017). Percepción de la calidad de vida en el adulto mayor que acude a la Clínica Universitaria Reforma. *Enf Neurol*, 167-175.
- Organización Mundial de la Salud. (1996). ¿Que calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 385-387. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf;sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (1996). ¿Que calidad de vida? *Foro Mundial de la Salud*, 17, 385-387. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf;sequence=1
- Organización Mundial de la Salud. (1996). ¿Que es calidad de vida? Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. *Foro Mundial de la Salud*, 17(4), 385-387.
- Organización Mundial de la Salud. (2017). OMS. La salud mental y los adultos mayores: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
- Organización Mundial de la Salud. (2021). *Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud*: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
- Ostrosky, F., Gómez, E., Matute, E., Rosselli, M., Ardila, A., y Pineda, D. (2012). *Neuropsi atención y memoria segunda edición*. México, D.F: El Manual Moderno.
- Poblete, F., Flores, C., Parra, V., Parga, R., Aguayo, O., Reséndiz, J., . . . Rico, C. (2019). Relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores activos. *Rev.peru.cienc.act.fis.deporte*, 6(1), 707-715. <https://rpcafd.com/index.php/rpcafd/article/view/28/35>
- Puig, X. (2012). *Calidad de vida en la vejez, Estimulación cognitiva*. Santiago de Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile.
- Queralt, M. (2016). *¿Qué es el envejecimiento?* Canal Salud: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/cambios-en-la-vejez/definicion-de-envejecimiento/>
- Reyes, S., Beaman, P., García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A., y Jagger, C. (2004). *Ministerio de Inclusión Económica y Social. Mini Examen del Estado*

- Mental: <https://www.inclusion.gob.ec/wp-content/uploads/2019/01/3c-MINI-EXAMEN-DEL-ESTADO-MENTAL-REYES.pdf>
- Riera, A., Zúñiga, D., y Carrera, L. (2017). *Apuntes de psicopatología básica*. Quito: EDIMEC.
<http://www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/13872/1/Apuntes%20de%20psicopatolog%c3%ada%20b%c3%a1sica.pdf>
- Rojas, C., López, M., Cabezas, B., Castillo, J., Márquez, M., Toro, S., y Vera, M. (2021). Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. *Cuadernos de Neuropsicología*, 15(2), 43-56. doi:10.7714/CNPS/15.2.204
- Saldaña, A., Herrera, J., Esteban, E., Martín, A., Simón, P., Slagado, P., . . . Olazará, J. (2018). Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Revista de Neurología*, 67(9), 325-330]. <https://neurologia.com/articulo/2018228>
- Salud, O. M. (2020). *Década del Envejecimiento Saludable*. Organización Mundial de la Salud: <https://www.who.int/es/initiatives/decade-of-healthy-ageing#:~:text=%C2%BFQu%C3%A9%20es%20el%20Envejecimiento%20Saludable,que%20para%20ellas%20es%20importante.>
- Valdés, M., González, J., y Abdulkadir, M. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33(4), 5-10. <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedgenint/cmi-2017/cmi174a.pdf>
- Valencia, D. (2019). *Factores asociados a la calidad de vida del adulto mayor en Colombia*. [Tesis de Pregrado, Universidad Cooperativa de Colombia]. Repositorio UCC: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/8451/1/2019_factores_calidad_vida.pdf
- Vásquez, A. (2015). *Manual de introducción a la psicología cognitiva*. Montevideo: UdelaR.
- Vera, M. (2017). Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *Anales de la Facultad de Medicina*, 68(3), 284 - 290. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>
- Verdugo, M., Arias, B., Gómez, L., y Schalock, R. (2009). Manual de aplicación de la Escala Gencat de Calidad de Vida. *Instituto Catalán de Asistencia y Servicios Sociales*, 30-50. https://amarantoterapiaocupacional.files.wordpress.com/2015/07/escalagencatmanu_alcast-1.pdf

ANEXOS

Anexo 1. Aprobación del tema y perfil de investigación.



Decanato
FACULTAD DE CIENCIAS
DE LA SALUD

Riobamba, 07 de julio de 2022
Oficio No. 1213-RD-FCS-2022

Señor / ita
GÓMEZ CAICEDO NELSON ESAÚ
GUAMANGALLO PANCHI JONATHAN
ESTUDIANTES DE LA CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH
De mi consideración. –

Cúmpleme informar a usted la resolución de Decanato de la Facultad de Ciencias de la Salud, que corresponde al 07 de julio de 2022.

RESOLUCIÓN No. 1213-D-FCS-07-07-2022: Aprobar el tema, perfil del proyecto de investigación, Tutor y Miembros de Tribunales de la carrera de Psicología Clínica. Oficio N.º 089-TELETRABAJO-CCPSCL-FCS-2022, Comisión de Carrera y CID de la Facultad:






No	Estudiantes	Tema Proyecto de investigación presentado a revisión	Tema Proyecto de investigación revisado y APROBADO por la Comisión y CID	Informe de la Comisión de Carrera	Tutor de tesis Artículos 23-Reglamento Titulación Especial para carreras no vigentes	Tribunal de sustentación de tesis. Artículos 22-Reglamento Titulación Especial para carreras no vigentes
1	GÓMEZ CAICEDO NELSON ESAÚ CC: 1850530893 GUAMANGALLO PANCHI JONATHAN BLADIMIR CC: 0508346405	"AUTOESTIMA E IDEACIÓN SUICIDA EN ADOLESCENTES. UNIDAD EDUCATIVA BENJAMÍN ARAUJO, PATATE, 2022"	Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. Hospital General. Puyo, 2022	APROBADO Dominio emergente Salud como producto social Línea de investigación: Salud	Tutor: Mgs. Juan Pablo Mazón Naranjo Miembros: Dra. Rosario Isabel Cando Pilataña Dr. Manuel Cañas Lucendo. Ph.D.	Delegado Decano: Mgs. Diana Carolina Villagómez Vacacela Miembros: Dra. Rosario Isabel Cando Pilataña Dr. Manuel Cañas Lucendo. Ph.D.

Atentamente,

GONZALO EDMUNDO BONILLA PULGAR
Firma digitalizada por GONZALO EDMUNDO BONILLA PULGAR
Fecha: 02/07/2022
Hora: 07:08
Dr. Gonzalo Bonilla P.
DECANO DE LA FACULTAD
CIENCIAS DE LA SALUD – UNACH

Adj.: Documentos Habilitantes (d)
c.c. Archivo

Elaboración de Resoluciones Decanato 07-07-2022 MsC. Ligia Viteri
Transcripción Resoluciones Decanato 07-07-2022: Tlga. Francisca Jara
Revisado y Aprobado: Dr. Gonzalo Bonilla



Ave. Antonio José de Sucre, Km. 1.5
Teléfono (593-3)3730880, ext. 1503
Riobamba - Ecuador
Unach.edu.ec
en movimiento

Anexo 2. Consentimiento Informado.



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CHIMBORAZO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
CARRERA DE PSICOLOGÍA CLÍNICA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Proyecto de investigación: Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores del Hospital General Puyo, se desarrolla una investigación en las diferentes salas del Hospital, con el propósito de determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en pacientes a partir de los 65 años de edad. Usted ha sido seleccionado(a) para formar parte de esta investigación, por lo que, de estar de acuerdo, se le aplicarán cuestionarios que permitirán recoger datos específicos, por el personal de Psicología. La información que se recolecte en este proceso de investigación será de carácter confidencial. Únicamente los investigadores tendrán accesibilidad a ella. Cualquier información de su persona no será compartida. La misma se utilizará de manera ética, sin perseguir malevolencia, ni maleficencia, cuidando de su privacidad e integridad moral. Usted tiene el derecho de negarse a participar en esta investigación; además, puede abandonarla en el momento que lo desee. Al respecto, declaro que “he leído o me ha sido leída la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me han esclarecido las dudas que he planteado; por lo que, consiento voluntariamente participar en este estudio”, y para que así conste, firmo la presente:

Nombre del participante:

Número de cédula:

Firma del participante:|.....

Anexo 3. Ficha de Observación

FICHA DE OBSERVACIÓN

1.-OBJETIVO:

Analizar los expedientes clínicos de la base de datos anónima del Hospital General Puyo, 2022.

2.-Datos generales:

Nombres y Apellidos		
Genero:	Edad:	NºH.CL:
Motivo de ingreso:		

3. Resultados de Test Psicológicos:

<i>Mini Examen del Estado Mental</i>			
27 a 30 Normal.	24 a 26 Sospecha Patológica.	12 a 23 Deterioro Cognitivo.	09 a 11 Demencia.

<i>Escala Gencat de Calidad de Vida</i>	
1 a 50 Calidad de Vida Baja.	51 a 99 Calidad de Vida Alta.

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Datos de la persona evaluada. Adultos (18 años y más)

Número de identificación: _____

Nombre _____

Apellidos _____

Sexo
 Varón Mujer

Dirección _____

Localidad/Provincia/CP _____

Teléfono _____ Lengua hablada en casa _____

Nivel socioeconómico: _____ Con quien vive: _____

	Día	Mes	Año
Fecha de aplicación	_____	_____	_____
Fecha de nacimiento	_____	_____	_____
Edad cronológica	_____	_____	_____

GENCAT. Escala de Calidad de vida

Instrucciones

A continuación se presentan una serie de afirmaciones relativas a la calidad de vida de la persona que está evaluando. Por favor, marque la opción de respuesta que MEJOR describa a dicha persona y no deje ninguna cuestión en blanco.

BIENESTAR EMOCIONAL		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca
1	Se muestra satisfecho con su vida presente.	4	3	2
2	Presenta síntomas de depresión.	1	2	3
3	Está alegre y de buen humor.	4	3	2
4	Muestra sentimientos de incapacidad o inseguridad.	1	2	3
5	Presenta síntomas de ansiedad.	1	2	3
6	Se muestra satisfecho consigo mismo.	4	3	2
7	Tiene problemas de comportamiento.	1	2	3
8	Se muestra motivado a la hora de realizar algún tipo de actividad.	4	3	2
Puntuación directa TOTAL		_____		

RELACIONES INTERPERSONALES

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
9	Realiza actividades que le gustan con otras personas.	4	3	2	1
10	Mantiene con su familia la relación que desea.	4	3	2	1
11	Se queja de la falta de amigos estables.	1	2	3	4
12	Valora negativamente sus relaciones de amistad.	1	2	3	4
13	Manifiesta sentirse infravalorado por su familia.	1	2	3	4
14	Tiene dificultades para iniciar una relación de pareja.	1	2	3	4
15	Mantiene una buena relación con sus compañeros de trabajo.	4	3	2	1
16	Manifiesta sentirse querido por las personas importantes para él.	4	3	2	1
17	La mayoría de las personas con las que interactúa tienen una condición similar a la suya.	1	2	3	4
18	Tiene una vida sexual satisfactoria.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 15: si la persona no tiene trabajo, valore su relación con los compañeros del centro.
ÍTEM 17: tienen discapacidad, son personas mayores, fueron o son drogodependientes, tienen problemas de salud mental, etc.

BIENESTAR MATERIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
19	El lugar donde vive le impide llevar un estilo de vida saludable (ruidos, humos, olores, oscuridad, escasa ventilación, desperfectos, inaccesibilidad...).	1	2	3	4
20	El lugar donde trabaja cumple con las normas de seguridad.	4	3	2	1
21	Dispone de los bienes materiales que necesita.	4	3	2	1
22	Se muestra descontento con el lugar donde vive.	1	2	3	4
23	El lugar donde vive está limpio.	4	3	2	1
24	Dispone de los recursos económicos necesarios para cubrir sus necesidades básicas.	4	3	2	1
25	Sus ingresos son insuficientes para permitirle acceder a caprichos.	1	2	3	4
26	El lugar donde vive está adaptado a sus necesidades.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 20: si la persona no tiene trabajo, valore la seguridad del centro.

DESARROLLO PERSONAL

		Siempre o casi siempre	Algunas veces	Nunca o casi nunca	
27	Muestra dificultad para adaptarse a las situaciones que se le presentan.	1	2	3	4
28	Tiene acceso a nuevas tecnologías (Internet, teléfono móvil, etc.).	4	3	2	1
29	El trabajo que desempeña le permite el aprendizaje de nuevas habilidades.	4	3	2	1
30	Muestra dificultades para resolver con eficacia los problemas que se le plantean.	1	2	3	4
31	Desarrolla su trabajo de manera competente y responsable.	4	3	2	1
32	El servicio al que acude toma en consideración su desarrollo personal y aprendizaje de habilidades nuevas.	4	3	2	1
33	Participa en la elaboración de su programa individual.	4	3	2	1
34	Se muestra desmotivado en su trabajo.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 29, 31 y 34: si la persona no tiene trabajo, valore respectivamente si las actividades que realiza en el centro le permiten aprender habilidades nuevas, si realiza esas actividades de forma competente y responsable, y si se muestra desmotivado cuando las realiza.

BIENESTAR FÍSICO

		Siempre o casi siempre	Frecuente-mente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
35	Tiene problemas de sueño.	1	2	3	4
36	Dispone de ayudas técnicas si las necesita.	4	3	2	1
37	Sus hábitos de alimentación son saludables.	4	3	2	1
38	Su estado de salud le permite llevar una actividad normal.	4	3	2	1
39	Tiene un buen aseo personal.	4	3	2	1
40	En el servicio al que acude se supervisa la medicación que toma.	4	3	2	1
41	Sus problemas de salud le producen dolor y malestar.	1	2	3	4
42	Tiene dificultades de acceso a recursos de atención sanitaria (atención preventiva, general, a domicilio, hospitalaria, etc.).	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEM 36: si no necesita ayudas técnicas, valore si dispondría de ellas en el caso de que llegara a necesitarlas.

ÍTEM 39: se le pregunta si la persona va aseada o no, no importa que realice el aseo personal por sí misma o que cuente con apoyos para realizarlo.

ÍTEM 40: si la persona no toma ninguna medicación, marque la opción que considere más adecuada si la tomara. Se refiere a si se revisa la adecuación de la medicación periódicamente.

ÍTEM 41: si la persona no tiene problemas de salud, marque "Nunca o Casi nunca".

AUTODETERMINACIÓN

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
43	Tiene metas, objetivos e intereses personales.	4	3	2	1
44	Elige cómo pasar su tiempo libre.	4	3	2	1
45	En el servicio al que acude tienen en cuenta sus preferencias.	4	3	2	1
46	Defiende sus ideas y opiniones.	4	3	2	1
47	Otras personas deciden sobre su vida personal.	1	2	3	4
48	Otras personas deciden cómo gastar su dinero.	1	2	3	4
49	Otras personas deciden la hora a la que se acuesta.	1	2	3	4
50	Organiza su propia vida.	4	3	2	1
51	Elige con quién vivir.	4	3	2	1

Puntuación directa TOTAL _____

ÍTEMS 43, 44 y 50: en el caso de personas con drogodependencias, valore si sus metas, objetivos e intereses son adecuados, si elige actividades adecuadas para pasar su tiempo libre y si organiza su propia vida de forma adecuada. "Adecuado" hace referencia a que no tenga relación con el consumo de drogas.

INCLUSIÓN SOCIAL

		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
52	Utiliza entornos comunitarios (piscinas públicas, cines, teatros, museos, bibliotecas...).	4	3	2	1
53	Su familia le apoya cuando lo necesita.	4	3	2	1
54	Existen barreras físicas, culturales o sociales que dificultan su inclusión social.	1	2	3	4
55	Carece de los apoyos necesarios para participar activamente en la vida de su comunidad.	1	2	3	4
56	Sus amigos le apoyan cuando lo necesita.	4	3	2	1
57	El servicio al que acude fomenta su participación en diversas actividades en la comunidad.	4	3	2	1
58	Sus amigos se limitan a los que asisten al mismo servicio.	1	2	3	4
59	Es rechazado o discriminado por los demás.	1	2	3	4

Puntuación directa TOTAL _____

DERECHOS		Siempre o casi siempre	Frecuentemente	Algunas veces	Nunca o casi nunca
60	Su familia vulnera su intimidad (lee su correspondencia, entra sin llamar a la puerta...).	1	2	3	4
61	En su entorno es tratado con respeto.	4	3	2	1
62	Dispone de información sobre sus derechos fundamentales como ciudadano.	4	3	2	1
63	Muestra dificultades para defender sus derechos cuando éstos son violados.	1	2	3	4
64	En el servicio al que acude se respeta su intimidad.	4	3	2	1
65	En el servicio al que acude se respetan sus posesiones y derecho a la propiedad.	4	3	2	1
66	Tiene limitado algún derecho legal (ciudadanía, voto, procesos legales, respeto a sus creencias, valores, etc.).	1	2	3	4
67	En el servicio al que acude se respetan y defienden sus derechos (confidencialidad, información sobre sus derechos como usuario...).	4	3	2	1
68	El servicio respeta la privacidad de la información.	4	3	2	1
69	Sufre situaciones de explotación, violencia o abusos.	1	2	3	4
Puntuación directa TOTAL		_____			

GENCAT. Escala de Calidad de vida

<p>Número de identificación:</p> <input type="text"/> <p>Nombre y apellidos</p> <input type="text"/> <p>Informante</p> <input type="text"/> <p>Fecha de aplicación</p> <input type="text"/>	<p>Sección 1a. Escala de Calidad de vida GENCAT</p> <p>1. Introducir las puntuaciones directas totales de cada una de las dimensiones 2. Introducir las puntuaciones estándar y los percentiles 3. Introducir el Índice de Calidad de vida</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Dimensiones de Calidad de vida</th> <th>Puntuaciones directas totales</th> <th>Puntuaciones estándar</th> <th>Percentiles de las dimensiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr><td>Bienestar emocional</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Relaciones interpersonales</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar material</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Desarrollo personal</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Bienestar físico</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Autodeterminación</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Inclusión social</td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td>Derechos</td><td></td><td></td><td></td></tr> </tbody> </table> <p>Puntuación estándar TOTAL (suma) _____</p> <p>ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA (Puntuación estándar compuesta) _____</p> <p>Percentil del Índice de Calidad de vida _____</p>	Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones	Bienestar emocional				Relaciones interpersonales				Bienestar material				Desarrollo personal				Bienestar físico				Autodeterminación				Inclusión social				Derechos			
Dimensiones de Calidad de vida	Puntuaciones directas totales	Puntuaciones estándar	Percentiles de las dimensiones																																		
Bienestar emocional																																					
Relaciones interpersonales																																					
Bienestar material																																					
Desarrollo personal																																					
Bienestar físico																																					
Autodeterminación																																					
Inclusión social																																					
Derechos																																					
<p>Baremo usado</p> <p><input type="checkbox"/> A Baremo para la muestra general</p> <p><input type="checkbox"/> B Baremo para personas mayores (a partir de 50 años)</p> <p><input type="checkbox"/> C Baremo para personas con discapacidad intelectual</p> <p><input type="checkbox"/> D Baremo para personas de otros colectivos (personas con drogodependencias, VIH, SIDA, discapacidad física y problemas de salud mental)</p>																																					

Anexo 5. Test Mini Examen del Estado Mental

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL ¹ (Folstein et al. 1975) FICHA N° 3c				
Nombre del Usuario:		Zona:	Distrito:	Modalidad de Atención:
Nombre de la Unidad de Atención:				
Edad	Años:	Meses:	Fecha de aplicación:	Aplicado por:
ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO			0	1
En qué Día estamos (fecha):				
En qué mes:				
En qué año				
En qué día de la semana				
¿Qué hora es aproximadamente?				
PUNTUACIÓN (máx. 5)				
ORIENTACIÓN EN EL ESPACIO				
			0	1
¿En qué lugar estamos ahora?				
¿En qué piso o departamento estamos ahora?				
¿Qué barrio o parroquia es este?				
¿En qué ciudad estamos?				
¿En qué país estamos?				
PUNTUACIÓN:(máx. 5)				
MEMORIA				
CONSIGNA: "Le voy a decir el nombre de tres objetos, cuando yo termine quiero que por favor usted los repita".				
*Pronuncie claramente las palabras, una cada segundo, luego pídale a persona adulta mayor, que las repita. Otorgue un punto por cada respuesta correcta. Se repiten las palabras hasta que la persona se las aprenda (máx. 6 ensayos) pero únicamente se puntúa la primera repetición o ensayo.				
			0	1
Papel				
Bicicleta				
Cuchara				
PUNTUACIÓN: (máx. 3)				

Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

ATENCIÓN Y CÁLCULO:		
CONSIGNA: "Le voy a pedir que reste de 7 en 7 a partir del 100".	0	1
93		
86		
79		
72		
65		
PUNTUACIÓN: (máx. 5)		
MEMORIA DIFERIDA		
CONSIGNA: "Dígame los 3 objetos que le mencioné al principio".	0	1
Papel		
Bicicleta		
Cuchara		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
DENOMINACIÓN		
	0	1
Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?		
Mostrarle un reloj y preguntar ¿qué es esto?		
PUNTUACIÓN: (máx. 2)		
REPETICIÓN DE UNA FRASE		
CONSIGNA: "Ahora le voy a decir una frase que tendrá que repetir después de mí. Solo se la puedo decir una vez, así que ponga mucha atención".	0	1
"ni sí, ni no, ni pero"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COMPRENSIÓN – EJECUCIÓN DE ORDEN		
CONSIGNA: "Le voy a dar unas instrucciones. Por favor sígalas en el orden en que las voy a decir. Solo las puedo decir una vez":		
"TOME ESTE PAPEL CON LA MANO DERECHA, DÓBLELO POR LA MITAD Y DÉJELO EN EL SUELO"		
	0	1
Tome este papel con la mano derecha		
Dóblelo por la mitad		
Déjelo en suelo		
PUNTUACIÓN: (máx. 3)		
LECTURA.		
	0	1
Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale a la persona adulta mayor que lo lea y que haga lo que dice la frase		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
ESCRITURA.		
	0	1
CONSIGNA: "Quiero que por favor escriba una frase que diga un mensaje"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		
COPIA DE UN DIBUJO.		
	0	1
CONSIGNA: "Copie por favor este dibujo tal como está"		
PUNTUACIÓN: (máx. 1)		

PUNTUACIÓN TOTAL: (máx. 30 puntos)



FIRMA DEL EVALUADOR

PUNTUACIONES DE REFERENCIA:

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

INTERPRETACIÓN DEL RESULTADO ATENDIENDO A LA EDAD Y NIVEL DE ESTUDIOS

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

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

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

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