



**UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

**SEDE CUENCA**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**ESTUDIO DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS  
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO CASA HOGAR BETANIA EN EL PERIODO 2021-  
2022**

Trabajo de titulación previo a la obtención  
del título de Licenciada en Psicología

**AUTORAS: KAREN GEOVANNA CULLACAY BERMEO**

**CANDICE SALOME MÁRQUEZ CAMPOVERDE**

**TUTORA: PSIC. MARÍA LORENA CAÑIZARES JARRÍN, MGT.**

Cuenca - Ecuador

2022

**CERTIFICADO DE RESPONSABILIDAD Y AUTORÍA DEL TRABAJO DE  
TITULACIÓN**

Nosotras, Karen Geovanna Cullacay Bermeo con documento de identificación N° 0303016828 y Candice Salome Márquez Campoverde con documento de identificación N° 1900731215; manifestamos que:

Somos las autoras y responsables del presente trabajo; y, autorizamos a que sin fines de lucro la Universidad Politécnica Salesiana pueda usar, difundir, reproducir o publicar de manera total o parcial el presente trabajo de titulación.

Cuenca, 06 de abril del 2022

Atentamente,



---

Karen Geovanna Cullacay Bermeo

0303016828



---

Candice Salome Márquez Campoverde

1900731215

## **CERTIFICADO DE CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR DEL TRABAJO DE TITULACIÓN A LA UNIVERSIDAD POLITÉCNICA SALESIANA**

Nosotras, Karen Geovanna Cullacay Bermeo con documento de identificación N° 0303016828 y Candice Salome Márquez Campoverde con documento de identificación N° 1900731215, expresamos nuestra voluntad y por medio del presente documento cedemos a la Universidad Politécnica Salesiana la titularidad sobre los derechos patrimoniales en virtud de que somos autoras del Práctica de Investigación: “Estudio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022”, el cual ha sido desarrollado para optar por el título de: Licenciada en Psicología, en la Universidad Politécnica Salesiana, quedando la Universidad facultada para ejercer plenamente los derechos cedidos anteriormente.

En concordancia con lo manifestado, suscribimos este documento en el momento que hacemos la entrega del trabajo de final en formato digital a la Biblioteca de la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 06 de abril del 2022

Atentamente,



---

Karen Geovanna Cullacay Bermeo  
0303016828



---

Candice Salome Márquez Campoverde  
1900731215

## **CERTIFICADO DE DIRECCIÓN DEL TRABAJO DE TITULACIÓN**

Yo, María Lorena Cañizares Jarrín con documento de identificación N° 0104024641, docente de la Universidad Politécnica Salesiana, declaro que bajo mi tutoría fue desarrollado el trabajo de titulación: ESTUDIO DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO CASA HOGAR BETANIA EN EL PERIODO 2021-2022, realizado por Karen Geovanna Cullacay Bermeo con documento de identificación N° 0303016828 y por Candice Salome Márquez Campoverde con documento de identificación N° 1900731215, obteniendo como resultado final el trabajo de titulación bajo la opción Práctica de Investigación que cumple con todos los requisitos determinados por la Universidad Politécnica Salesiana.

Cuenca, 06 de abril del 2022

Atentamente,



Psic. María Lorena Cañizares Jarrín, Mgt.  
0104024641

## **Dedicatoria**

A mis padres que estuvieron y están en todo momento alentándome a seguir adelante y cumplir cada una de las metas que me he trazado en la vida, las cuales me convertirán en una gran profesional.

Karen Cullacay Bermeo

Primeramente, a Dios, que ha sido mi pilar fundamental durante todo este proceso, brindándome guía y dirección para que todo se lo lleve de la mejor manera.

A todas las personas que me han apoyado de manera incondicional durante toda mi trayectoria académica como mis padres que han sido ese soporte en todas las áreas de mi vida y a mi novio que ha sido mi base y motivación durante toda esta travesía, inspirándome día con día a culminar este proyecto de titulación.

Candice Márquez Campoverde

## **Agradecimientos**

Desde el inicio de mi vida universitaria han estado presentes muchas personas que me han dado soporte y apoyo en los momentos y circunstancias más difíciles por las que eh atravesado en estos 4 años de carrera, es por esa razón que quiero agradecer a todas esas personas que han aportado de una u otra forma a que una más de mis metas se cumpla.

En primer lugar, quiero agradecer a Dios por guiarme con sabiduría en este proceso de aprendizaje y ser mi más grande fortaleza en los momentos difíciles.

Agradezco a mis padres, por la paciencia y sobre todo el apoyo incondicional que me han brindado día tras día en este largo camino, ellos son el motor y mi más grande inspiración para alcanzar mis objetivos y metas en esta vida.

Así mismo, quiero agradecer a la Mst. Lorena Cañizares Jarrín, quien fue la tutora de este trabajo de titulación y la docente que día a día nos acompañó a lo largo de nuestra carrera aportando con todo su conocimiento para formar grandes profesionales.

Gracias a todas las personas que, aunque no las nombren, han sido parte de esta trayectoria, que me han apoyado y alentado a seguir firme en todo momento. A quienes confiaron y creyeron en mí.

A cada uno de ustedes mis más profundos agradecimientos.

Karen Cullacay Bermeo

Agradezco fundamentalmente a Dios, porque ha sido quien me ha acompañado durante este proceso de preparación y el que me permitió culminar este trabajo de titulación de una manera óptima.

A mis padres que me han apoyado en todo este trayecto académico, con esfuerzo, dedicación y amor para que pueda terminar esta etapa en mi vida y a mi novio que ha sido una fuente de inspiración, con su apoyo absoluto en todo este camino.

Candice Márquez Campoverde

## **Resumen**

El presente estudio tiene como objetivo identificar el deterioro cognitivo y la calidad de vida de las personas adultas mayores que asisten a la Residencia de ancianos Casa Hogar Betania ubicado en Zamora Chinchipe, para obtener los resultados deseados se aplicó el MINIMENTAL (Mini examen cognoscitivo) para evaluar el deterioro cognitivo y el cuestionario CUBRECAVI (Cuestionario breve de calidad de vida) para evaluar la calidad de vida. La muestra comprende a 21 personas adultos mayores entre hombres y mujeres de 66 a 96 años, los cuales cumplen con los criterios de inclusión. Se evaluó los tipos de deterioro cognitivo: leve, moderado y grave y a su vez la calidad de vida en 9 escalas como: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sociales y sanitarios.

Los resultados que se obtuvieron al culminar el estudio fueron: deterioro cognitivo grave en un gran porcentaje de la muestra y déficit en las áreas de actividades funcionales, actividad y ocio las cuales afectan la calidad de vida de los adultos mayores debido a la edad y enfermedades.

### **Palabras clave**

Adultos mayores, envejecimiento, deterioro cognitivo, calidad de vida, centros geriátricos.



## **Abstract**

The present study aims to identify the cognitive impairment and quality of life of older adults who nursing home the Casa Hogar Betania Nursing Home for the elderly located in Zamora Chinchipe, to obtain the desired results, the MINIMENTAL (Mini Cognitive Exam) was applied to evaluate cognitive deterioration and the CUBRECAVI questionnaire (short quality of life questionnaire) to evaluate quality of life. The sample includes 21 older people between men and women from 66 to 96 years old, who meet the inclusion criteria. The types of cognitive impairment were evaluated: mild, moderate and severe, as well as the quality of life in 9 scales such as: health, social integration, functional skills, activity and leisure, environmental quality, satisfaction with life, education, income, services social and health.

The results obtained at the end of the study were: severe cognitive impairment in a large percentage of the sample and deficits in the areas of functional activities, activity and leisure, which affect the quality of life of older adults due to age and diseases.

## **Keywords**

Older adults, aging, cognitive decline, quality of life, geriatric centers.

## INDICE DE CONTENIDO

Dedicatoria .....	5
Agradecimientos.....	6
Resumen .....	8
Palabras clave .....	8
Abstract .....	9
I. Planteamiento del Problema .....	14
II. Justificación .....	19
III. Objetivos .....	21
3.1. Objetivo General.....	21
3.1.2.    Objetivos Específicos.....	21
IV. Marco Teórico.....	22
4.1 Cognición.....	22
<b>4.1.1. Procesos Cognitivos</b> .....	23
<b>4.1.2. Deterioro Cognitivo</b> .....	24
<b>4.1.3. Tipos de Deterioro Cognitivo</b> .....	25
<b>4.1.4. Demencia</b> .....	26
4.2.    Calidad de Vida .....	27
4.3.    Envejecimiento .....	30
<b>4.3.1. Vejez</b> .....	30
<b>4.3.2. Adulto Mayor</b> .....	33
<b>4.3.3. Centros Geriátricos</b> .....	34
V. Variables.....	37

5.1. Deterioro Cognitivo .....	37
5.2. Demencia .....	37
5.3. Calidad de vida .....	37
5.4. Salud .....	37
5.5. Salud mental .....	37
5.6. Actividad física.....	38
5.7. Educación .....	38
5.8. Relaciones interpersonales .....	38
5.9. Ingresos Económicos .....	39
5.10. Satisfacción de vida .....	39
VI. Hipótesis.....	40
VII. Marco Metodológico .....	41
7.1. Perspectiva metodológica .....	41
7.2. Diseño de investigación.....	41
7.3. Tipo de investigación.....	41
7.4. Instrumentos y técnicas de producción de datos .....	42
7.5. Plan de análisis .....	44
VIII. Población y Muestra.....	45
IX. Descripción de los datos producidos.....	47
X. Presentación de los resultados descriptivos.....	48
XI. Análisis de los resultados .....	60
XII. Interpretación de los resultados.....	62
XIII. Conclusiones .....	64
XIV. Referencias .....	66

## INDICE DE FIGURAS

<i>Figura 1</i> Teoría del desarrollo psicosocial de Erick Erickson .....	32
<i>Figura 2</i> Mini Examen Cognoscitivo (MINIMENTAL) .....	48
<i>Figura 3</i> Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Salud.....	49
<i>Figura 4</i> Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Integración Social.....	49
<i>Figura 5</i> Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Habilidades Funcionales ...	50
<i>Figura 6</i> Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Actividad y Ocio .....	52
<i>Figura 7</i> Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Calidad Ambiental.....	52
<i>Figura 8</i> Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Satisfacción con la Vida.....	53

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1 <i>Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Salud de la Calidad de Vida</i> .....	54
Tabla 2 <i>Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Integración Social de la Calidad de Vida</i> .....	55
Tabla 3 <i>Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Habilidades Funcionales de la Calidad de Vida</i> .....	56
Tabla 4 <i>Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Actividades y Ocio de la Calidad de Vida</i> .....	57
Tabla 5 <i>Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Calidad Ambiental de la Calidad de Vida</i> .....	57
Tabla 6 <i>Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Satisfacción con la Vida de la Calidad de Vida</i> .....	58

## **I. Planteamiento del Problema**

Los adultos mayores son una de las principales poblaciones en estado de vulnerabilidad a nivel mundial, por ende, es importante conocer las características y condiciones que se presentan en esta etapa que pueden llegar a afectar la calidad de vida de estas personas. En consecuencia, en el presente estudio se pretende investigar el deterioro cognitivo y a su vez la calidad de vida de los adultos mayores que asisten al centro Casa Hogar Betania de Zamora.

Según la Organización Mundial de la Salud (2017) afirma que:

Se considera adultos mayores a las personas que tienen 60 años en adelante. La población de personas mayores está aumentando rápidamente en todo el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En números absolutos, el aumento previsto es de 900 millones a 2000 millones de personas mayores de 60 años. Los adultos mayores pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso conocer (p. 1-3).

De la misma manera, es importante resaltar que más del 20% de las personas adultas mayores tienen diagnóstico de algún trastorno mental o neuronal, siendo un 6.6% el porcentaje de discapacidades generadas por este tipo de trastornos. Así mismo, se ha especificado que 17.4% de los años vividos en esta etapa evolutiva son con alguna discapacidad mental o neuronal, siendo la demencia y la depresión los trastornos con mayor prevalencia.

Por consiguiente, es de gran importancia conocer que la salud mental de los adultos mayores requiere de estrategias de intervención para generar mejoras, con el desarrollo de hábitos y prácticas saludables, con ello se puede garantizar en mayor medida condiciones de vida favorables y medios que generen bienestar en esta población. La salud mental depende de

diversos factores, donde se incluyen como un aspecto central la posibilidad de satisfacer necesidades básicas como protección y libertad, viviendas adecuadas, programas sanitarios y sociales, especialmente para personas que viven solas con enfermedades mentales o físicas, etc. (OMS, 2017).

Tener un envejecimiento saludable contribuye a que las personas tengan una buena calidad de vida, incluye el disfrute de buena salud y una participación activa y positiva dentro de su núcleo familiar y comunidad. Sin embargo, si prevalece hábitos inadecuados para la salud, la participación dentro de la sociedad será nula y los adultos mayores optaran por el aislamiento, por ende, su calidad de vida se verá afectada (OMS, 2020).

Aranda (2018) define a la calidad de vida como el resultado de una compleja interacción entre factores objetivos y subjetivos; los primeros constituyen las condiciones externas: económicas, sociopolíticas, culturales, personales y ambientales que facilitan o dificultan el pleno desarrollo del hombre, de su personalidad. Los segundos están determinados por la valoración que el sujeto hace de su propia vida.

El proceso de envejecimiento suele acompañarse de limitaciones en las habilidades físicas y su vez en la vida social. Se presentan menos actividades y planes, aunque existen formas de compensar dichas situaciones, y se llega incluso a lograr niveles adecuados de bienestar, dependiendo de ciertas condiciones del entorno y el propio individuo (p.815)

En esta población la salud física y mental están ligadas con la calidad de vida, ya que en sus años posteriores podrán seguir contribuyendo a la sociedad y valerse por sí mismos si poseen una buena salud, lo que dará como resultado que tengan una mejor percepción acerca de su existencia y se sientan satisfechos con respecto a sus aportaciones a nivel familiar/comunitario.

De acuerdo con algunas investigaciones que se han realizado a nivel internacional y nacional, se ha podido conocer un poco más acerca del tema que nos convoca en este estudio, el deterioro cognitivo en adultos mayores y cómo afecta en su calidad de vida, algunos de los estudios se presentan a continuación.

Camargo y Laguado (2016), realizaron un estudio en Bucaramanga-Santander, Colombia sobre el *Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos*, se aplicó el instrumento MMSM dando como resultados que el 41,7% de la muestra tenían deterioro cognitivo grave, no habiendo diferencias importantes en cuanto al género (27,45% son mujeres y 33,55% son hombres).

Chuquipul e Izaguirre (2018) en Lima-Perú, realizaron una investigación del *Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor*, en el que se aplicó el test Mini mental, que examina el progreso del estado mental, y el cuestionario SF36 que ofrece una perspectiva general del estado de salud de las personas. El mini mental dio como resultado un deterioro cognitivo moderado y el cuestionario SF36 dio como resultado una calidad de vida promedio.

En Ambato, Añazco y Barrera (2017), realizaron un estudio sobre *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*, se aplicó un mini examen cognoscitivo para realizar un seguimiento evolutivo de demencia y la escala de Gencat de calidad de vida. El mini examen cognoscitivo dio como resultado un deterioro cognitivo leve en un 29% de su muestra, un deterioro cognitivo moderado en un 17%, y de manera normal un 3% de los participantes. Los autores puntualizan que el adulto mayor presenta un deterioro específicamente en el funcionamiento de la memoria a corto plazo y en orientación espacial. En cuanto a la calidad de vida refieren que ésta no se vio afectada de forma significativa.



Otro estudio realizado en la misma ciudad sobre *Soledad y deterioro cognitivo* (Ortiz, 2018), en donde se aplicó la Escala ESTE-R para medir la soledad en la edad adulta y Test de Evaluación cognitiva Montreal (MOCA) para evaluar disfunciones cognitivas leves, dieron como resultado que la mayor proporción de los participantes tienen nivel bajo en soledad familiar, un nivel medio alto en la categoría de soledad conyugal, y en tercer lugar nivel medio en la soledad social común. En el Test de Evaluación cognitiva Montreal se obtuvo como resultado que el 85% de la población presenta un deterioro cognitivo con una alteración significativa en las funciones mentales.

Estudios sobre el deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores en Latinoamérica y especialmente en Ecuador son escasos, se considera necesario realizar mayores estudios en esta área ya que, es una población sumamente importante para la sociedad, debido a sus grandes aportes a lo largo de los años.

Se considera importante conocer a profundidad la realidad por la que atraviesa el adulto mayor, comprender más de cerca cómo el deterioro cognitivo influye en su vida y así poder contribuir de manera positiva a esta población, mediante recursos y cuidados que les permitan de alguna forma disfrutar los años de vida que les queden.

De esa manera podremos tener información valiosa sobre esta población, mediante la aplicación de diferentes técnicas que pueden ser aplicadas por diversas disciplinas que quieran estudiar a profundidad sobre la etapa de la vejez, el deterioro cognitivo y la calidad de vida con referencia a los años de las personas adultas mayores, lo cual ayudará de manera significativa en primer lugar a esta población y en segundo lugar a la sociedad.

Durante el periodo 58 en la Universidad Politécnica Salesiana los estudiantes de la carrera de Psicología debían cumplir sus prácticas preprofesionales en las diferentes ramas que ofrece esta profesión, es así que se surgió un interés por conocer más de cerca a la población de adultos mayores que asisten a una residencia y conocer las enfermedades tanto físicas como mentales que padecen y las consecuencias en su funcionamiento diario y la calidad de vida.

El centro “Casa Hogar Betania” ubicado en la parroquia Reina del Cisne en la provincia de Zamora Chinchipe, brinda atención integral a adultos mayores de bajos recursos económicos derivados del área de trabajo social del Ministerio de Inclusión Económica y Social, y a adultos mayores que asisten con el consentimiento de sus familiares. Este centro se encarga de detectar el deterioro cognitivo y brinda la estimulación cognitiva correspondiente: sin embargo, el centro no evalúa la calidad de vida. Dentro de esta institución no se ha realizado un estudio que evalúe la relación del deterioro cognitivo y la calidad de vida, lo que puede contribuir a que el centro tenga una visión amplia e integral acerca de la realidad de su población.

## II. Justificación

La calidad de vida de los adultos mayores es un tema bastante abordado en la actualidad, en muchos países de Latinoamérica, ya que son una parte fundamental dentro de la sociedad, y por lo tanto todo lo que abarca también lo es, su salud tanto física como mental, su vida social, es decir todo lo que incluya su bienestar integral, lo cual va a variar dependiendo del entorno en el que se desenvuelva.

Villafuerte (2017), afirma que

El adulto mayor requiere mejorar su salud, necesita atención integral, cuidados y solidaridad por parte de las personas que se encuentran a su alrededor, para vivir más tiempo con dignidad y calidad, por medio de una adaptación de estilos de vida saludables y un control estricto de enfermedades que puedan llegar a afectarla. Por otra parte, es preciso una mejora de su asistencia social y situación económica, fomentar su desarrollo personal e integración social, el uso adecuado y creativo del tiempo libre y la recreación (p. 88).

Debido a todo lo mencionado se considera que realizar el estudio sobre el deterioro cognitivo de los adultos mayores y su calidad de vida es muy importante dentro de nuestra sociedad, debido a que hemos encontrado que existen muy pocas investigaciones con respecto a este tema a nivel nacional. El centro en que se realizará el presente estudio es la Casa Hogar Betania de Zamora, que es el único centro con el que cuenta el cantón Zamora, con el objetivo de conocer de cerca la realidad de los adultos mayores con respecto a su estado mental y su calidad de vida ya que sólo así se puede brindar una atención integral.

Esta investigación se realizó con la finalidad de poder identificar el nivel deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores, siendo aspectos importantes cuando

residen en un hogar de acogida debido a que ya no comparten mucho tiempo con sus familias y seres queridos.

En el Ecuador sí existen algunas investigaciones acerca de estos temas, sin embargo, son escasas aquellas que han realizado análisis en las dos variables del presente estudio, las cuales se consideran complementarias para garantizar una vida digna y feliz para el adulto mayor. Una investigación realizada a nivel nacional donde se estudian estas dos variables, pero no hay investigaciones específicas de Zamora.

### **III. Objetivos**

#### **3.1. Objetivo General**

Analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022.

#### **3.1.2. Objetivos Específicos**

- Identificar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022.
- Determinar el nivel de calidad de vida que tienen los adultos mayores Centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022.
- Estudiar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del centro Casa Hogar Betania.

## **IV. Marco Teórico**

Al pasar los años las personas van teniendo cambios anatómicos y fisiológicos, lo cual presenta una disminución en las destrezas y capacidades en la vejez. Durante la etapa del envejecimiento el cerebro se ve afectado y por ende la cognición y sus procesos se reducen notablemente, es ahí cuando se evidencia un deterioro cognitivo, siendo de mucha importancia brindar la atención y tratamiento oportuno a tiempo.

Se conoce a la calidad de vida como el conjunto de factores que fomentan el bienestar de las personas a lo largo de su vida, cuando se llega a la etapa de la vejez estos factores pueden variar dependiendo de varias circunstancias.

El centro casa Hogar Betania brinda atención oportuna a adultos mayores, donde reciben atención médica, terapia de rehabilitación física, terapia ocupacional, además de la atención personalizada por parte del personal encargado de los cuidados de los adultos mayores.

Para conocer y comprender el tema de la presente investigación, es importante tener en cuenta las funciones y los servicios que el centro ofrece, sin embargo, primero se debe definir los elementos a analizar y contrastar, es así que a continuación se abordarán los conceptos de los temas centrales.

### **4.1 Cognición**

Rodríguez y Gutiérrez (2017) afirman que:

La cognición es la capacidad que permite al ser humano desarrollar una vida sin dificultad, resolviendo problemas y situaciones que se le presente, manteniendo un correcto aprendizaje y procesando la información del ambiente de manera adecuada, para recordarla y utilizarla posteriormente. Las personas que presentan un envejecimiento

cerebral normal o fisiológico conservarán esta capacidad durante todos sus años de vida.

Sin embargo, las que sufran un envejecimiento anormal o patológico podrán verse afectadas por diferentes grados de deterioro de las funciones mentales superiores (p.4).

En la etapa del envejecimiento la cognición se ve afectada, debido al deterioro progresivo de las funciones de los adultos mayores, muchas de las veces se perderá información importante, debido a que no pueden recordarla. A su vez se presenta una disminución del pensamiento y la atención, es por esta razón que el adulto mayor pierde su manera de relacionarse en la sociedad o en su núcleo familiar.

#### ***4.1.1. Procesos Cognitivos***

La cognición se vuelve fundamental para la revolución de la psicología, la cual nos enseña los diferentes procesos que las personas poseen, por ejemplo:

Manrique (2020) afirma que los procesos cognitivos son los siguientes:

- Atención, es un estado de alerta que se puede enfocar en diferentes aspectos del entorno, el cual permite seleccionar y jerarquizar algunos estímulos y desechar otros. Esta influido por cualidades del entorno y también del individuo, sus intereses o estado emocional.
- Percepción, percibir es realizar una operación que implica recortar una figura de fondo, con el cual conforma una totalidad. Se considera fondo al elemento de homogeneidad que ofrece un grado de información constante e invariable mientras que se llama figura todo elemento que ofrece un alto nivel de contraste y variación en relación con ese elemento de homogeneidad que es el fondo.
- Memoria, reconstruye los datos una vez percibidos, al almacenarlos y también modifica datos almacenados, influida por procesos emocionales o cognitivos. Hay gran cantidad de

categorizaciones de tipos de memoria, pero la más típica distingue la memoria de corto plazo y la de largo plazo, según la limitación de su capacidad y su función (p. 170-171).

Los procesos cognitivos son fundamentales en la vida de las personas, sin embargo, a medida que pasa el tiempo estos se van afectando, debido a que el cerebro sufre cambios, todo esto da como resultado que los adultos mayores presenten un declive en la memoria y procesamiento, es por tal razón se debe hacer una valoración y brindar un oportuno tratamiento para frenar un porcentaje del deterioro que presentan los adultos mayores.

#### ***4.1.2. Deterioro Cognitivo***

El deterioro cognitivo se puede dar por diversas causas como, el abuso de sustancias, factores genéticos y la más frecuente es la edad, ya que las personas mayores tienden a presentar deterioro cognitivo lo cual afecta su vida de manera radical y si no es intervenido a tiempo se puede desarrollar una demencia.

Se entiende por deterioro a la pérdida de funciones cognitivas, lo cual está intervenido por diferentes aspectos, tanto fisiológicos como ambientales, y se asocia a la variabilidad interindividual. El mantenimiento del funcionamiento cognitivo de una persona mayor está relacionado a diferentes elementos como las patologías previas, las redes de apoyo social, su estado emocional y mental. Por ende, atribuir las alteraciones cognitivas a únicamente el envejecimiento neurológico representa un error (Benavides, 2017).

El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico que tiene una alta prevalencia por lo que afecta a una cantidad considerable de personas, integra la pérdida de las funciones cognitivas como la memoria, la atención y el procesamiento de la información, perjudicando de manera significativa a los individuos que lo presentan (Vílchez, 2017).



Con el envejecimiento es normal que el cerebro experimente cambios morfológicos, los cuales pueden generar alteraciones a nivel cognitivo, dependiendo de la propia plasticidad cerebral y variabilidad interpersonal. Este deterioro puede ser leve, generando por ejemplo déficit en tareas ocupacionales y habilidades sociales, moderado donde se evidencia deficiencia en el desarrollo de tareas complejas, y severo donde la persona muestra una reducción significativa en la habilidad para realizar tareas diarias, retención de información y desorientación temporoespacial (Bazalar, 2019).

Finalmente, el deterioro cognitivo afecta a toda la población mayor, sin embargo, no todos presentan los mismos síntomas y las mismas características, es por esa razón que los centros geriátricos brindan atención individualizada a cada paciente, y deben saber el momento oportuno para intervenir y evaluar a cada persona.

#### ***4.1.3. Tipos de Deterioro Cognitivo***

Se clasifica según el grado de déficit que presenten las personas en las diferentes funciones cognitivas, puede ser leve, moderado o grave, esto se puede confirmar aplicando diversos test psicométricos que nos otorguen los resultados deseados.

Pérez (2017) afirma que:

En el deterioro cognitivo leve, existe una disminución discreta de algunas áreas que no afectan a las actividades de la vida diaria y, por tanto, no producen incapacidad social o laboral. El diagnóstico de certeza de deterioro cognitivo leve requerirá una cantidad de tiempo considerable y a su vez se aplicará métodos de cribaje rápidos y sencillos (test cognitivos breves) que en pocos minutos se pueda identificar de manera objetiva a los pacientes con probabilidad de padecer un deterioro cognitivo leve (p.6).

Las personas que tienen un envejecimiento normal igualmente pueden evidenciar déficits leves en los procesos cognitivos que pueden ir empeorando con el paso del tiempo, la realización de ejercicios de estimulación cognitiva es importantes para frenar o enlentecer este proceso de deterioro cognitivo.

Se entiende por deterioro cognitivo moderado, a la pérdida de habilidades de comunicación y de socialización, además el sedentarismo y el aislamiento una vez culminada la etapa productiva del adulto mayor se incrementa la evolución del deterioro y que a su vez se asocia con enfermedades propias de la edad (Padilla, 2017, p. 26-27)

Cuando una persona presenta un deterioro cognitivo moderado, puede llegar a perder la percepción del entorno que lo rodea, así mismo presenta pensamiento estereotipado, no puede evocar recuerdos con facilidad y su atención se desvía con facilidad de la situación actual.

Martínez et. al (2017) mencionan que en el “deterioro cognitivo grave, la persona estará desconectada del medio, sin habilidades para el AVBD (actividades de la vida diaria) o al menos no consecuentes ni coherentes con el momento en sí, es decir con la realidad” (p.296).

En este tipo de deterioro cognitivo la persona ha perdido el 100% de sus funciones cognitivas, no presenta habilidades y está aislada de la realidad, estas personas necesitan el cuidado de especialistas de manera permanente, ya que no se pueden desenvolver de forma autónoma y pueden atentar contra su vida o la vida de otras personas.

#### ***4.1.4. Demencia***

La Organización Mundial de la Salud (2020) manifiesta que:

La demencia es un síndrome de naturaleza crónica o progresiva donde se puede evidenciar que el sujeto presenta deterioro de la función cognitiva más importante al que corresponde por el envejecimiento normal. Es posible notar afectaciones en los procesos de

memoria, pensamiento, orientación, comprensión, cálculo, aprendizaje, lenguaje y juicio. La consciencia no se ve afectada. Esto se acompaña, y en algunos casos se precede de dificultades en la esfera emocional, comportamental y social.

La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores en todo el mundo. Puede resultar abrumadora no solo para quienes la padecen, sino también para sus cuidadores y familiares más cercanos. A menudo hay una falta de conciencia y comprensión de la demencia, lo que puede causar estigmatización y suponer un obstáculo para que las personas acudan a los oportunos servicios de diagnóstico y atención. La demencia afecta a cada persona de manera diferente (p. 3).

Se estima que 47,5 millones de personas en el mundo padecen de demencia, y se prevé que esta cifra aumentará 75,6 millones de personas para el año 2030 y a 135,5 millones para el año 2050. Así mismo se puntualiza que la mayoría de esos pacientes vivirán en países donde prevalecen los ingresos entre bajos y medianos (OMS, 2017, p. 10).

La enfermedad del Alzheimer representa el tipo de demencia más común, afecta principalmente a la población de adultos mayores y forma parte de un envejecimiento anormal, en el cual no se utiliza la razón, el pensamiento en la vida diaria y la desorientación.

Ya que, el objetivo de este trabajo es analizar si existe una relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del adulto mayor, es primordial conocer lo que hace referencia este término para un mayor entendimiento, por tal motivo a continuación se describe a la calidad de vida de las personas y lo que la compone.

#### **4.2. Calidad de Vida**

La calidad de vida es un concepto muy subjetivo, dentro del cual es posible encontrar un sin número de definiciones, todas ellas con perspectivas diferentes y enfoques distintos, no obstante, cada una de ellas encaminadas a una sola dirección, que es el bienestar personal, en los diferentes ámbitos de su vida.

Valera (2016) señala que “la calidad de vida es el valor asignado a la duración de la vida, modulado por las limitaciones, estado funcional, percepciones y oportunidades sociales, y que se ven influidas por las enfermedades, lesiones, tratamientos y políticas sanitarias” (p. 200).

Es un concepto que integra la sensación de bienestar, comodidad y tranquilidad, representa la percepción subjetiva de sentirse bien de manera integral, considerando elementos económicos, sociales, culturales, psicológicos, de salud, etc. Lo cual conlleva a que el ambiente personal este en equilibrio y dé como resultado un estilo de vida positivo y favorable (Robles et. al, 2016).

La OMS, en Ginebra, en el año de 1966 (Como se citó en Robles et. al, 2016, p. 1), durante el Foro Mundial de la Salud, acuñó una definición para calidad de vida: «La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, normas y preocupaciones»

La Organización para la cooperación y el desarrollo económico ha identificado los elementos que deben cumplirse para desarrollar una calidad de vida adecuada

La OCDE construyó un índice para medir la calidad de vida de las personas y permitir su comparación entre países en el que se proponen once dimensiones para medir la calidad de vida, que a su vez, se aproximan por distintos indicadores: 1) vivienda (gasto en

vivienda, vivienda con instalaciones básicas y habitaciones por persona); 2) ingresos (ingreso familiar disponible y patrimonio financiero familiar); 3) empleo (seguridad en el empleo, ingresos personales, tasa de empleo a largo plazo y tasa de empleo); 4) comunidad (calidad del apoyo social); 5) educación (años de educación); 6) medio ambiente (calidad del agua); 7) compromiso cívico (consulta ciudadana y participación electoral); 8) salud (salud según informan las personas y esperanza de vida); 9) satisfacción (satisfacción ante la vida); 10) seguridad (tasa de homicidios y tasa de asaltos) y 11) balance vida-trabajo (tiempo destinado al ocio y al cuidado personal) (OCDE, 2015 como se citó en Romero et. al, 2016, p. 15).

Una vez teniendo clara la calidad de vida, lo que esta conlleva, conociendo sus elementos, es importante que la centremos en el adulto mayor, ya que en esta etapa es un tema bastante abordado en la sociedad.

El adulto mayor experimenta cambios significativos en todo su funcionamiento, viendo dificultades desde el punto de vista físico, social y mental, lo que altera inevitablemente su calidad de vida y la percepción que tiene de ella (Loredo et. al, 2016).

La calidad de vida hace referencia a vivir una vida digna en todas las áreas de la persona y sobre todo que se pueda ver reflejada en las etapas evolutivas. Entre ellas la vejez es una etapa en la cual se presentan múltiples complicaciones y cambios, es por esto que la calidad de vida en esta etapa es un tema de mucho cuidado.

El adulto mayor va a necesitar cuidados especiales referente a su salud, de manera particular la presencia de cuidados y solidaridad entre sus personas queridas y familiares, los cual podrá garantizar tiempo con calidad (Villafuerte et al., 2017).

### **4.3. Envejecimiento**

La Organización Mundial de la Salud (2021) manifiesta lo siguiente:

Desde el punto de vista biológico, el envejecimiento es resultado de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales de una persona, un aumento de riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte.

Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos y pareja (p. 10).

Se entiende que el envejecimiento es un proceso que cumplen todas las personas, el cual se caracteriza por un sin número de cambios físicos y cognitivos que suelen ir apareciendo con el paso del tiempo y son fruto de la propia edad de los individuos.

#### **4.3.1. Vejez**

Según el Ministerio de Salud y Protección Social de Ecuador (2021) define a la vejez como:

Representación de una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humano. La vejez constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas (p. 3).

En esta etapa trae consigo afecciones comunes como: dificultades auditivas y visuales, dolores musculares, osteoporosis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, trastornos

mentales como depresión, deterioro cognitivo y demencia. Es así que, según los años vayan pasando, la persona puede llegar a presentar varias afecciones al mismo tiempo, o cual será negativo para su salud (OMS, 2021).

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse sólo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud normalmente se denominan síndromes geriátricos. Por lo general son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión (OMS, 2021. párr. 12).

Todo esto se pudo evidenciar con la población de adultos mayores quienes serán la muestra de este proyecto ya que, todos los adultos mayores presentan enfermedades físicas o padecen deterioro cognitivo, lo cual les impide realizar actividades diarias de manera parcial o completa produciendo alto grado de malestar en algunos de ellos.

Es importante que dentro del término de la vejez, se incluya un cuadro del ciclo vital de las personas, en este caso se ha colocado un gráfico sobre la teoría del desarrollo psicosocial de Erick Erickson , donde se describe el ciclo de vida, desde el momento que nacemos hasta el momento de la muerte y a más de eso se da a conocer cómo se desarrolla la persona en cada estadio de su vida, así mismo sobre sus relaciones, las fuerzas básicas y las patologías que los individuos podrían presentar en su vida.

Figura 1 Teoría del desarrollo psicosocial de Erick Erickson

<i>ESTADIOS</i>	<i>CRISIS picosociales</i>	<i>RELACIONES / VINCULACIONES</i>	<i>FUERZAS BÁSICAS</i>	<i>PATOLOGÍA ANTIPATÍAS</i>
1.- Infancia	Confianza Vs. Desconfianza	Madre / Orden cósmico	Esperanza	Retraimiento
2.- Niñez temprana	Autonomía Vs. Vergüenza	Padres / De ley y orden.	Voluntad	Compulsión
3.- Edad de Juego	Iniciativa Vs. Culpa	Familia Básica / Dramáticas e ideales	Finalidad	Inhibición
4.- Edad escolar	Industria Vs. Inferioridad	Vecindad, escuela / Formalismo-Tecnología	Competencia	Inercia
5.- Adolescencia	Identidad Vs. Confusión	Pares, grupo, liderazgo/ Ideología	Fidelidad	Repudio
6.- Juventud	Intimidad Vs. Aislamiento	Amistad, sexo: Afiliativas / cooperación y competición.	Amor	Exclusividad
7.- Adultez	Generatividad Vs. Estancamiento	Generacionales: trabajo dividido- casa compartida/ Cultura-Educación-Tradición	Cuidado	Actitud rechazante
8.- Vejez	Integridad Vs. desesperanza	Especie humana (mis especies) / Filosóficas	Sabiduría	Desdén

Nota: El grafico el desarrollo psicosocial de la persona y a su vez el ciclo vital humano.

Tomado de Psicología y mente



### **4.3.2. Adulto Mayor**

Se considera adultos mayores a las personas que tienen 60 años en adelante, las cuales realizan diversas aportaciones a la sociedad, siendo voluntarios y colaboradores activos en el campo laboral. Si bien la mayor parte de esta población posee una buena salud mental, así mismo un gran número pueden llegar a presentar trastornos mentales, deterioro cognitivo, enfermedades neurológicas y degenerativas, las cuales afectan su salud en general. De igual forma a medida que vamos envejeciendo, hay una alta probabilidad que experimentemos varias enfermedades tanto físicas como mentales al mismo tiempo (OMS, 2017).

Según la Organización de Mundial de la Salud (2021) menciona que:

Hoy en día, hay 125 millones de personas con 80 años o más. Para 2050, habrá un número casi igual de personas en este grupo de edad (120 millones) solamente en China y 434 millones de personas en todo el mundo. Para 2050, un 80% de todas las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. Para mediados del siglo muchos países como, Chile, China, la República Islámica de Irán y la Federación de Rusia, tendrán una proporción de personas mayores similar a la de Japón. (parr 2 y 4)

La ampliación de la esperanza de vida ofrece oportunidades, no solo para las personas mayores y sus familias, sino también para las sociedades en su conjunto. En esos años de vida adicionales se pueden emprender nuevas actividades o retomar algunas aficiones. Además, las personas mayores contribuyen de muchos modos a sus familias y comunidades. Sin embargo, el alcance de esas oportunidades y contribuciones depende en gran medida de un factor: la salud (parr 5).

La etapa del adulto mayor es la más crucial ya que la salud se ve afectada en gran medida, muchos de estas personas padecen enfermedades neurodegenerativas y deterioro cognitivo. Los adultos mayores que forman parte de este proyecto presentan diversas enfermedades y deterioros cognitivos según la edad, muchos de ellos dependen de artefactos para trasladarse y otros no pueden evocar recuerdos con facilidad, la gran parte de esta población con la que se trabajó no está vinculada con la realidad, debido a una alteración de la cognición.

El centro que forma parte la presente investigación cuenta con 34 adultos mayores de 65 a 104 años, quienes presentan diversas discapacidades, deterioro cognitivo y enfermedades neurodegenerativas, las cuales les impiden realizar diversas actividades diarias. El Centro se encarga de incluir a todas las personas que asisten con diversas actividades recreativas en las que todos cuales participan sin distinción alguna.

#### ***4.3.3. Centros Geriátricos***

Los centros geriátricos son lugares de acogida especializados en tratar a personas de la tercera edad que necesiten y requieran cuidados especializados a causa de la presencia de deficiencias en su organismo que no le permitan llevar un estilo de vida normal y equilibrado.

Son centros donde viven personas mayores de manera temporal o permanente. La mayoría de los casos son personas que requieren de ayuda de terceros para la relación de sus rutinas diarias o para cuidados a su salud integral (Lares Comunidad Valenciana, 2018).

Los centros geriátricos son una fuente vital dentro de la sociedad, ya que se dedican a brindar atención a personas de la tercera edad para que puedan contar con un estilo de vida favorable. En Ecuador existen 77 centros geriátricos que se encuentran repartidos en diferentes provincias, uno

de ellos es el Centro Casa Hogar Betania que se encuentra ubicado en el cantón Zamora perteneciente a la provincia de Zamora Chinchipe.

La Casa Hogar Betania de Zamora es una Organización de la Sociedad Civil, creada mediante personería jurídica obtenida mediante acuerdo ministerial N° 00017-2009 de fecha 23 de diciembre del 2009 otorgado por el MIESS, con el único Objetivo de brindar atención a las Personas Adultas Mayores y Otros Grupos vulnerables a nivel del cantón y provincia de Zamora Chinchipe. A partir del año 2010 se han ejecutado convenios conjuntamente con el MIES y los GADS Provinciales y Cantonales, proyectos que han sido dirigidos para los Adultos Mayores bajo la Modalidad de Residencia y Atención Diurna, y también proyectos para las personas con Discapacidad, en la modalidad de Atención Diurna y Atención en el Hogar y Comunidad. Es por ello que cuentan con la experiencia para seguir ejecutando este tipo de convenios de carácter Social y ayuda comunitaria para las personas consideradas dentro de los grupos vulnerables como son de Pobreza y Extrema Pobreza. Actualmente, con el convenio 2017, tiene una cobertura de 33 Adultos Mayores residentes a quienes se les brinda la atención las veinticuatro horas del día, durante todos los días del año, reciben servicios de alimentación, atención médica, terapia de Rehabilitación física, terapia ocupacional, encuentros intergeneracionales, además de la atención personalizada por parte del personal encargado de sus cuidados, de los cuales 16 son Hombres y 17 son Mujeres. La mayoría de los adultos mayores ingresados a la Casa han sido ingresados por haber sido vulnerados sus derechos o se encontraban en el abandono total, por lo que a través de las autoridades competentes han sido ingresadas a este Centro Gerontológico (Casa Hogar Betania de Zamora, s.f).

El centro Casa Hogar Betania de Zamora es una institución que se encuentra encargada de trabajar con dos poblaciones en situación de vulnerabilidad, una de ellas son adultos mayores, les

brindan atención integral, capacitaciones y cuidados que les permitan tener una vida digna para que así no se vea afectada su calidad de vida con la ayuda y especialización necesaria, la otra población son personas con discapacidades especiales. La población con la que cuenta el centro Casa Hogar Betania en la provincia de Zamora referente al adulto mayor es de 35 adultos mayores entre 65 a 104 años entre hombres y mujeres.

## **V. Variables**

### **5.1. Deterioro Cognitivo**

Es un síndrome geriátrico con una alta prevalencia que afecta a una cantidad considerable de personas, en el cual se puede evidenciar una disminución en el rendimiento de las funciones cognitivas integradas por la memoria, la atención y el procesamiento de la información, perjudicando de manera significativa a los individuos que lo presentan (Vílchez, 2017).

### **5.2. Demencia**

La American Psychiatric Association (APA) en su quinta edición (DSM 5) (2014 como se citó en Custodio et. al, 2018, p. 237), define demencia como “un síndrome que incluye la pérdida de funciones cognitivas con compromiso de la funcionalidad, es decir pérdida de las actividades de vida diaria para el funcionamiento laboral, social y familiar”.

### **5.3. Calidad de vida**

“La calidad de vida consiste en la sensación de bienestar que puede ser experimentada por los individuos y representa la suma de sensaciones subjetivas y personales del «sentirse bien» (Robles et. al, 2016, p. 121).

### **5.4. Salud**

Según la OMS (2021, como se citó en Granados y Cuéllar, 2018, p. 146) “un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones y de enfermedades”

### **5.5. Salud mental**

La salud mental es un estado de bienestar en el que la persona realiza sus actividades y es capaz de hacer frente al estrés normal de la vida, de trabajar de forma productiva y de contribuir a su comunidad. En este sentido positivo, la salud es el fundamento del bienestar individual y del funcionamiento eficaz de la comunidad (Organización Mundial de la Salud, 2018, p. 2).

### **5.6. Actividad física**

La OMS define la actividad física como cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos, con el consiguiente consumo de energía. La actividad física hace referencia a todo movimiento, incluso durante el tiempo de ocio, para desplazarse a determinados lugares y desde ellos, o como parte del trabajo de una persona. La actividad física, tanto moderada como intensa, mejora la salud (Organización Mundial de la Salud, 2020, p. 01).

### **5.7. Educación**

La educación es considerada la vía más adecuada para alcanzar el desarrollo humano y sostenible, por cuanto además de intervenir en determinantes sociales de orden estructural, fomenta el desarrollo de competencias que incluyen conocimientos, habilidades y destrezas que desarrolla unas personas para comprender, transformar y participar en el mundo en el que vive (Organización Mundial de la Salud, 2017, p.1).

### **5.8. Relaciones interpersonales**

Juegan un papel central dentro de la interacción personal de las personas, ya que estas son la construcción de la identidad desde los rasgos únicos que poseemos y nos identifican (Yáñez et. al, 2018).

### **5.9. Ingresos Económicos**

Los ingresos económicos es uno de los elementos esenciales para la sustentabilidad de cualquier actividad económica entendiendo como una ganancia monetaria o no monetarios que puedes o no ser acumulados en el tiempo provocando un círculo de consumo y ganancia (Silva y Guerrero, 2017, p. 34).

### **5.10. Satisfacción de vida**

“La satisfacción de vida es la valoración general que un individuo realiza sobre su vida, mediante la comparación de lo que ha podido llegar a conseguir, con el logro o cumplimiento de sus objetivos, metas, retos y expectativas a lo largo de su desarrollo personal y social” (Diener et al. 1985; Veenhoven, 1994, como se citó en Cassà et. al, 2018, p. 60).

## **VI. Hipótesis**

El deterioro cognitivo que prevalece en la población de adultos mayores es un deterioro cognitivo grave.

La calidad de vida que presenta la población de adultos mayores se ve afectada en las siguientes áreas: integración social y en el área de actividad y ocio



## **VII. Marco Metodológico**

### **7.1. Perspectiva metodológica**

El tipo de investigación que se realizó fue cuantitativo, con un enfoque mixto y un alcance correlacional.

La investigación de tipo cuantitativo se denomina así porque trata con fenómenos que se pueden medir a través de la utilización de técnicas estadísticas para el análisis de los datos recogidos, su propósito más importante radica en la descripción, explicación, predicción y control objetivo de sus causas y la predicción de su ocurrencia a partir del desvelamiento de las mismas, fundamentando sus conclusiones sobre el uso riguroso de la métrica o cuantificación, tanto de la recolección de sus resultados como de su procesamiento, análisis e interpretación, a través del método hipotético-deductivo (Sánchez, 2019, p. 104).

### **7.2. Diseño de investigación**

El diseño de la investigación corresponde a un diseño no experimental ya que no se manipuló las variables estudiadas, se recopiló la información de los test seleccionados para la investigación, el mini examen cognoscitivo y el CUBRECAVI

Es una investigación de tipo transversal, ya que se realizó una medición en un momento único de tiempo, y con los datos obtenidos se realizó el análisis de resultados (Álvarez, 2020, p. 04).

### **7.3. Tipo de investigación**

Esta investigación fue descriptiva, la cual “es una investigación de segundo nivel, inicial, cuyo objetivo principal es recopilar datos e informaciones sobre las características, propiedades,

aspectos o dimensiones de las personas, agentes e instituciones de los procesos sociales” (Esteban, 2018, p. 02). Específicamente se detalló las características de la población que se está estudiando que son los adultos mayores de Casa Hogar Betania de Zamora.

El presente estudio tiene un enfoque mixto, ya que se llevó a cabo procesos que recolectan, analizan y vierten datos tanto cuantitativos y cualitativos, en un mismo estudio y nos permite tener una visión completa, que complementa nuestra investigación ya que necesitamos de la parte numérica y analítica para poder desarrollarla.

Según Otero, 2018 señala que

Ofrece flexibilidad en el proceso de investigación al permitir incorporar en los estudios imágenes y narraciones de los actores involucrados en el hecho de investigación, dando como resultado otra mirada diferente a los hechos en comparación con los datos numéricos (p. 24).

Por esta razón los resultados que se obtuvieron con los instrumentos que fueron utilizados se describieron en datos numéricos, es decir tuvieron un análisis estadístico para determinar la existencia de un deterioro cognitivo en los adultos mayores y a su vez el nivel de calidad de vida que presentan fue descrito de forma subjetiva.

#### **7.4. Instrumentos y técnicas de producción de datos**

Los instrumentos utilizados son el mini examen cognoscitivo y CUBRECAVI (Cuestionario Breve de Calidad de vida) cada uno de estos instrumentos los hemos seleccionado para una actividad específica que nos ayudó a obtener la información para el desarrollo de la investigación.

El Mini Examen Cognoscitivo y el Cuestionario Breve de Calidad de vida se lo realizara a la población seleccionada del centro Casa Hogar Betania.

El Mini Examen Cognoscitivo fue diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos, describiéndose como un instrumento práctico para la evaluación de las alteraciones cognitivas. El Mini Examen Cognitivo (MEC) de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein siendo un instrumento. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas (Pérez, 2016, p. 8).

El CUBRECAVI ha sido concebido con el objetivo de obtener una medida útil y breve de la calidad de vida. Como concepto la Calidad de Vida (CV) es un concepto multidimensional compuesto por distintos aspectos que determinan la calidad de vida de los sujetos entre los cuales se encuentran las condiciones socioambientales, así como condiciones personales. El CUBRECAVI integra tanto aspectos objetivos como subjetivos, la percepción y valoración subjetiva que hace el sujeto de una serie de condiciones personales y sociales. El CUBRECAVI es un cuestionario que consta de 21 subescalas agrupadas en 9 escalas: Salud (subjetiva, objetiva y psíquica), integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sociales y sanitarios. Cada subescala se evalúa con una o varias cuestiones ofreciéndonos puntuaciones independientes para cada una de las escalas anteriormente mencionadas (Cernuda, 2016, p.05 y 06).

El centro Casa Hogar Betania de Zamora Chinchipe es encargado de trabajar con dos poblaciones específicas en situación de vulnerabilidad, una de ellas son adultos mayores, a los cuales les brindan atención integral, capacitaciones y cuidados que les permitan tener una vida digna para que así no se vea afectada su calidad de vida con la ayuda y especialización necesaria, la otra población son personas con discapacidad.

### **7.5. Plan de análisis**

Para el desarrollo de los resultados en primer lugar se procedió a la calificación de los dos instrumentos empleados. En el caso del Mini Mental se obtiene una puntuación que determina el nivel del funcionamiento cognitivo del participante, y con ello se categoriza si presentan deterioro cognitivo y en qué nivel. Con respecto al instrumento de Calidad de vida, es un inventario que no arroja una puntuación total, sino que describe el nivel de funcionamiento del sujeto en cada una de las seis escalas que lo integran. Luego de la descripción de los resultados en los inventarios, considerando los porcentajes de cada categoría, se procederá al análisis de las correlaciones, entre el resultado del nivel del funcionamiento cognitivo y el nivel de funcionamiento en cada una de las escalas de la calidad de vida. Para esto último se hará uso del estadístico chi-cuadrado, el cual es el correspondiente para evaluar la correlación entre variables categóricas, como es el caso de las empleadas en esta investigación.

## VIII. Población y Muestra

La población de nuestro estudio abarca a hombres y mujeres adultas mayores de 66 a 96 años, que asisten a la Casa Hogar Betania de la provincia Zamora Chinchipe.

El tipo de muestra fue no probabilístico, es una técnica en la cual la persona encargada de la investigación se ocupa de escoger la muestra basada en un juicio subjetivo en vez de hacerla de forma aleatoria, además es uno de los más usados para investigaciones de tipo exploratorios (Del Carmen, 2019).

El tipo de muestra que utilizamos en nuestra investigación fue no probabilístico debido a que la selección de esta no fue al azar. Para llevar a cabo la selección de la muestra se definieron ciertos criterios que establecimos para poder desarrollar el estudio con el centro Casa Hogar Betania de Zamora. Así mismo es una muestra no probabilística porque el tipo investigación es exploratorio y este muestreo es el más utilizado con este tipo de investigación.

Todas las personas implicadas en el presente estudio fueron seleccionadas para un análisis y un estudio mediante la aplicación de los diferentes test, de manera igualitaria con las mismas oportunidades al grupo de adultos mayores de 66 a 96 años que asisten a la Casa Hogar Betania de la provincia Zamora Chinchipe, los cuales participaron de manera voluntaria en la investigación.

Los criterios de la muestra de la presente investigación consistieron en, hombres y mujeres adultos mayores de 66 a 96 años, los cuales asisten a la Residencia de ancianos Casa Hogar Betania, ubicada en la provincia de Zamora Chinchipe, que no se encuentren en condiciones de cuidado paliativo y presenten un consentimiento informado, aceptando la participación en el estudio.

La muestra fue delimitada o seleccionada a fin de conocer el deterioro cognitivo y los grados de deterioro que presentan los adultos mayores que asisten a esta residencia de ancianos y a su vez evaluar la calidad de vida que tiene esta población con referencia a los cuidados individuales y colectivos que les brindan los profesionales encargados, y a su vez las relaciones interpersonales que mantiene esta población.

La muestra de este estudio comprende un total de 21 personas adultas mayores, entre hombres y mujeres de 66 a 96 años, que asisten a la Residencia de ancianos Casa Hogar Betania, ubicada en la provincia de Zamora Chinchipe, quienes de manera voluntaria y con predisposición aceptaron participar en esta investigación.

## **IX. Descripción de los datos producidos**

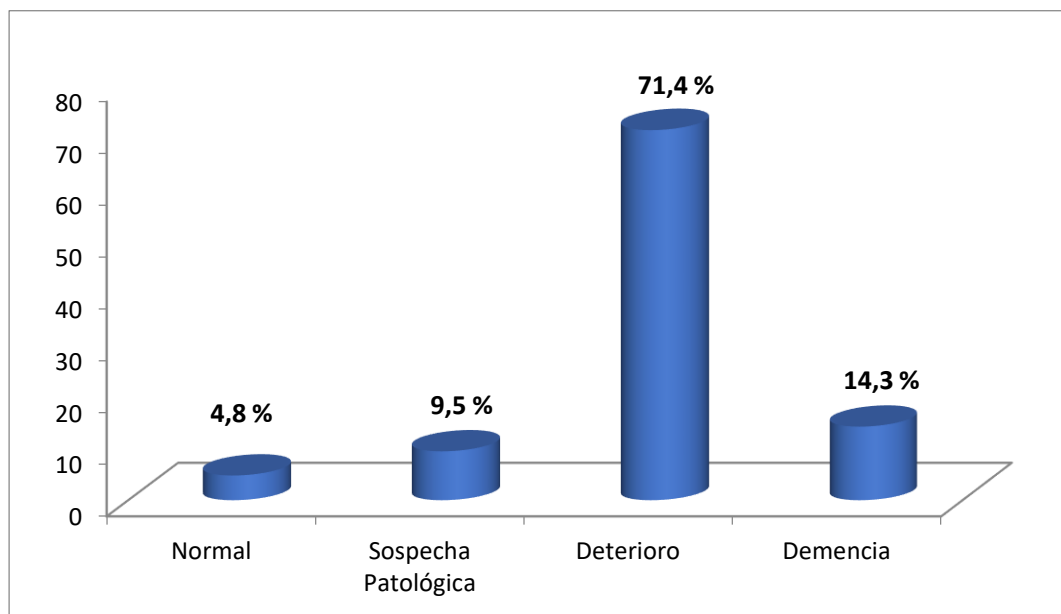
Los datos que se van a presentar a continuación son el resultado de los análisis de los dos instrumentos de investigación aplicados a una muestra de 21 adultos mayores, quienes cumplieron con los criterios de inclusión descritos. Los gráficos y tablas que se observarán fueron elaborados con los datos obtenidos en la aplicación de los test durante el estudio, en primer lugar, gráficos donde se presentan los porcentajes de distribución de la muestra por cada categoría contemplada con los instrumentos, siendo un resultado total para el Mini Examen Cognoscitivo, y las seis escalas de CUBRECAVI. Y las tablas que corresponden al estadístico de evaluación de la correlación entre las variables.

## X. Presentación de los resultados descriptivos

Se presentan a continuación los gráficos y tablas resultados de esta investigación, en primer lugar, gráficos donde se presentan los porcentajes de distribución de la muestra por cada categoría contemplada en los instrumentos, siendo un resultado total para el Mini Examen Cognoscitivo, y las seis escalas de CUBRECAVI. Y las tablas que corresponde al estadístico de evaluación de la correlación entre las variables.

*Figura 2*

Mini Examen Cognoscitivo (MINIMENTAL)



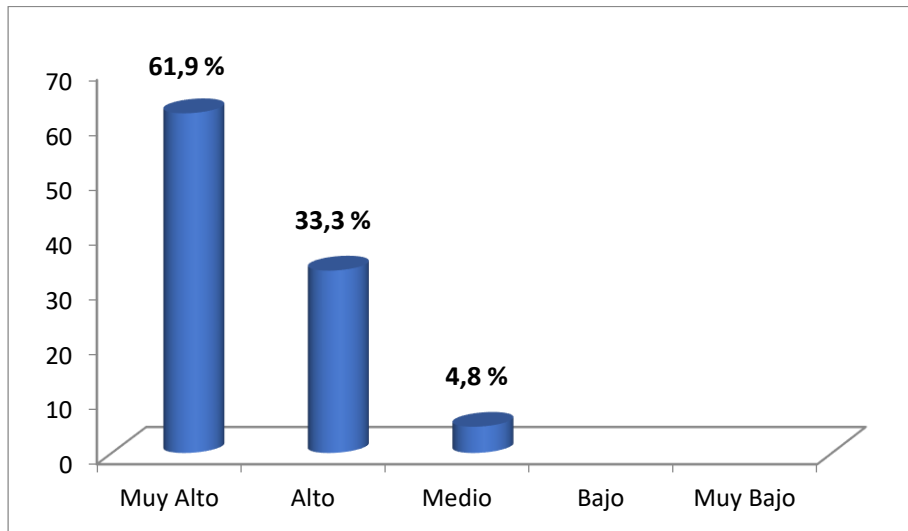
Se observa en este gráfico la distribución de la muestra de acuerdo con los resultados obtenidos en el instrumento de evaluación del deterioro cognitivo de los participantes. Se puede notar que el mayor porcentaje de la muestra, un 71.4%, obtuvo un nivel de funcionamiento que corresponde a la categoría de deterioro. En segundo lugar, un 14.3% de los participantes obtuvieron un rendimiento que corresponde a la categoría de Demencia, seguido de un 9.5%



donde se evidenció sospecha patológica, y finalmente un 4.8% de los participantes obtuvo un rendimiento cognitivo normal.

*Figura 3*

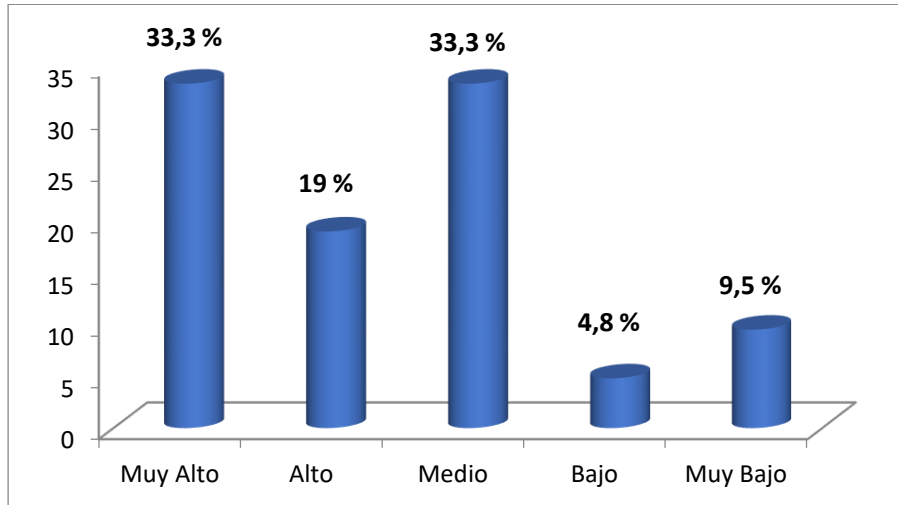
Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Salud



En este gráfico se puede observar el nivel de funcionamiento de los participantes en la subescala de Calidad de Vida Salud. Se evidencia que el mayor porcentaje de la muestra, un 61.9% obtuvo un nivel muy alto en esta subescala. En segundo lugar, un 33.3% de los participantes tiene un funcionamiento Alto en Salud, y finalmente un 4.8% tiene un funcionamiento medio. Cabe notar que ningún participante puntuó bajo o muy bajo para esta subescala.

*Figura 4*

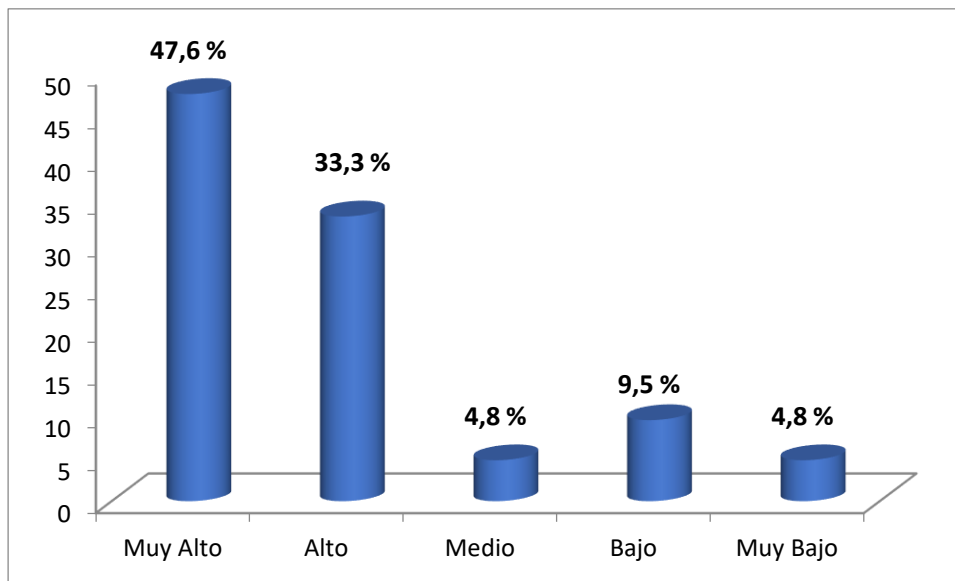
Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Integración Social



En este gráfico se puede apreciar la distribución de la muestra de acuerdo a su nivel de funcionamiento en la subescala Integración Social. Se evidencia que un 33.3% de los participantes obtuvo un nivel de funcionamiento muy alto en esta área, de igual manera un 33.3% obtuvo un rendimiento medio. Luego se evidencia que un 19% de la muestra obtuvo un nivel de funcionamiento alto para esta subescala, seguido de un 9.5% que obtuvo un rendimiento muy bajo, y un 4.8% cuya puntuación corresponde a un funcionamiento bajo para el área de Integración Social.

*Figura 5*

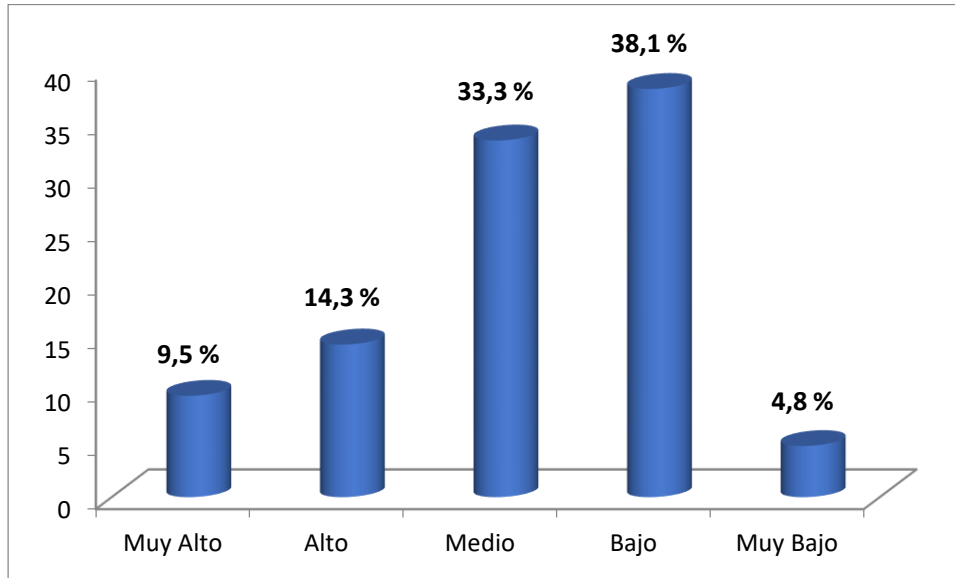
Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Habilidades Funcionales



En este gráfico se observan los resultados obtenidos de acuerdo con el nivel de funcionamiento de los participantes en la subescala Habilidades Funcionales. Se puede notar que el mayor porcentaje de la muestra, un 47.6%, obtuvo un nivel de funcionamiento muy alto en esta área, seguido de un 33.3% de los participantes quienes obtuvieron un nivel alto. En tercer lugar, un 9.5% de la muestra obtuvo una puntuación que corresponde a un funcionamiento bajo, y en ambas categorías de rendimiento medio y muy bajo se concentró un 4,8% los participantes.

*Figura 6*

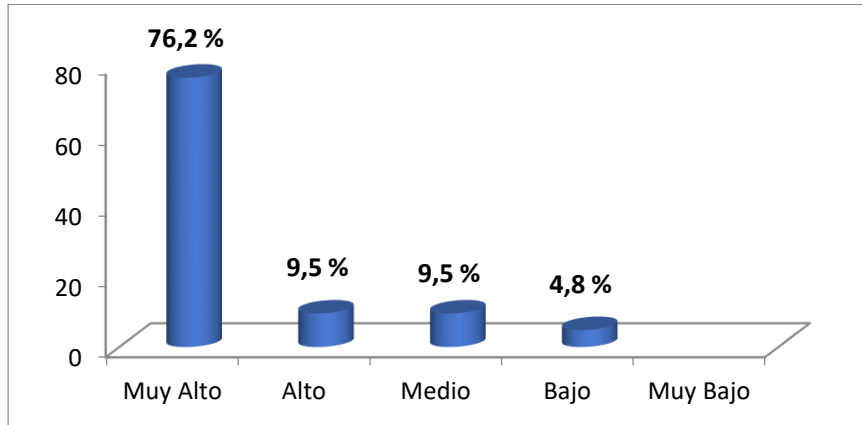
Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Actividad y Ocio



Se aprecia en este gráfico los resultados obtenidos para la subescala de Actividad y ocio, donde es posible notar que el mayor porcentaje de los participantes, el 38.1% tiene un rendimiento bajo en esta área. En segundo lugar, un 33.3% obtuvo puntuaciones que corresponden a la categoría de medio, seguido de un 14.3% de participantes que obtuvo un rendimiento alto. Finalmente, un 9.5% de la muestra obtuvo un funcionamiento muy alto, y un 4.8% un funcionamiento muy bajo en actividad y ocio.

*Figura 7*

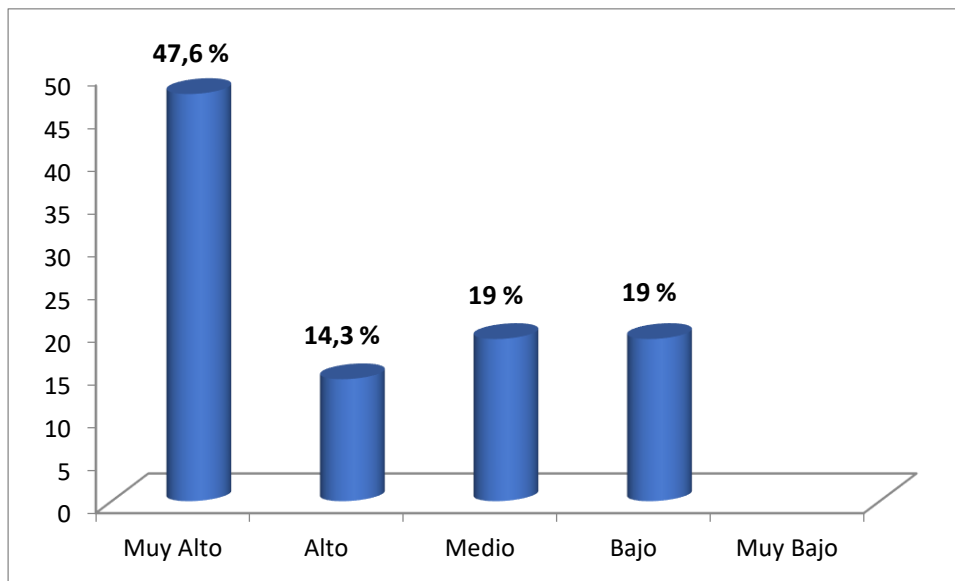
Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Calidad Ambiental



Se puede observar en este gráfico la distribución de la muestra de acuerdo con su funcionamiento en la subescala de la Calidad de vida Calidad Ambiental, donde se evidencia que el mayor porcentaje de los participantes, siendo un 76.2%, obtuvieron un funcionamiento muy alto en esta área. En segundo lugar, se encuentran las categorías de Alto y Muy alto, agrupándose en cada una un 9.5% de los adultos mayores de la muestra. Finalmente, un 4.8% obtuvo un funcionamiento bajo en la Calidad ambiental. Cabe notar que ningún participante obtuvo una puntuación equivalente a un rendimiento muy bajo.

*Figura 8*

Resultados obtenidos en el CUBRECAVI, en la subescala Satisfacción con la Vida



En este gráfico se observan los resultados obtenidos en la subescala Satisfacción con la vida, de la evaluación de la calidad de vida de los participantes. Es posible notar que el mayor porcentaje obtuvo un funcionamiento muy alto en esta área, siendo un 47.6% de la muestra. En segundo lugar, se encuentran las categorías de funcionamiento medio y bajo, donde se agrupan un 19% de los adultos mayores en cada una. Finalmente, un 14,3% obtuvo una puntuación correspondiente a la categoría de alto, y ningún participante arrojó resultados de la categoría muy bajo.

Tabla 1

*Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Salud de la Calidad de Vida*

	Valor	Gl	Sg. Asontótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,385	6	,287
Razón de verosimilitudes	8,223	6	,222
Asociación lineal por lineal	,057	1	,811
Nº de casos válidos	21		

En esta tabla se observan los resultados obtenidos del estadístico de chi-cuadrado donde se evaluó la posible relación existente entre el funcionamiento cognitivo y la subescala Salud de la calidad de vida. Se considera el punto de corte de 0,05, que corresponde a un nivel de confianza del 95%; el estadístico obtuvo una puntuación de 0.287 lo cual es mayor a lo estipulado, con lo que se puede expresar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y la subescala salud.

Tabla 2

*Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Integración Social de la Calidad de Vida*

	Valor	Gl	Sg. Asontótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,9	12	,069
Razón de verosimilitudes	17,602	12	,128
Asociación lineal por lineal	,178	1	,673
N de casos válidos	21		

En esta tabla se observa el resultado del estadístico chi-cuadrado con el que se evaluó la relación entre el funcionamiento cognitivo y la subescala Integración social de la calidad de vida. Considerando el punto de corte de 0.05 con un 95% de confianza, se aprecia que el chi-cuadrado obtuvo un valor de 0.069 el cual es superior a lo establecido. Con ello se puede expresar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y la integración social

Tabla 3

*Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Habilidades Funcionales de la Calidad de Vida*

	Valor	Gl	Sg. Asontótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,21	12	,511
Razón de verosimilitudes	10,583	12	,567
Asociación lineal por lineal	5,02	1	,025
N de casos válidos	21		



Se presenta en esta tabla el resultado del estadístico chi-cuadrado con el que se evaluó la posible relación existente entre el funcionamiento cognitivo y la subescala habilidades funcionales de la calidad de vida. El resultado fue de 0.511, el cual es superior al punto de corte establecido teóricamente de 0.05 con un 95% de confianza, con lo que se puede expresar que no existe una correlación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y las habilidades funcionales.

Tabla 4

*Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Actividades y Ocio de la Calidad de Vida*

	Valor	Gl	Sg. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,717	12	,008
Razón de verosimilitudes	21,675	12	,041
Asociación lineal por lineal	12,289	1	.000
N de casos válidos	21		

Se muestra en esta tabla el resultado del estadístico de chi-cuadrado para evaluar la posible relación entre el funcionamiento cognitivo y la subescala actividades y ocio de la calidad de vida. Se puede notar que el resultado corresponde a 0.008, el cual es inferior al punto de corte establecido teóricamente de 0.05, con un 95% de confianza, con lo que se puede expresar que sí existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y la subescala actividades y ocio.

Tabla 5

*Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Calidad Ambiental de la Calidad de Vida*

	Valor	Gl	Sg. Asontótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,675	9	,931
Razón de verosimilitudes	4,068	9	,907
Asociación lineal por lineal	,870	1	,351
N de casos válidos	21		

En esta tabla se presentan los resultados de la evaluación de la posible correlación entre el funcionamiento cognitivo y la subescala calidad ambiental de la calidad de vida. Se considera un punto de corta de 0.05 con un nivel de confianza del 95%. El chi-cuadrado obtuvo una puntuación de 0.931 el cual es superior a lo establecido, con lo que se puede expresar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y la calidad ambiental.

Tabla 6

*Correlación entre el Funcionamiento Cognitivo y la subescala Satisfacción con la Vida de la Calidad de Vida*

	Valor	Gl	Sg. Asontótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,302	9	,327
Razón de verosimilitudes	10,621	9	,303
Asociación lineal por lineal	1,257	1	,262
N de casos válidos	21		

Se puede observar en esta tabla el resultado del estadístico chi-cuadrado usado para determinar si existe una correlación entre el funcionamiento cognitivo y la subescala satisfacción con la vida de la calidad de vida. El estadístico obtuvo una puntuación de 0.327, el cual es un puntaje superior al punto de corte establecido de 0.05, con un 95% de confianza. Con lo que se puede expresar que no existe una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y la satisfacción con la vida.

## **XI. Análisis de los resultados**

Esta investigación se desarrolló con el objetivo general de analizar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022, para ello se puntualizaron diferentes objetivos específicos. En primer lugar, se pretendió identificar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania, donde se pudo notar que el mayor porcentaje de la muestra obtuvo puntuaciones correspondientes a la categoría de deterioro, el 71,4%, seguido de un 14.3% de los adultos mayores que obtuvieron un deterioro igual a la categoría de demencia. Con lo que se puede expresar que el mayor porcentaje de la muestra presenta dificultades importantes en su funcionamiento cognitivo.

El segundo objetivo se propuso determinar el nivel de calidad de vida que tienen los adultos mayores Centro Casa Hogar Betania, para lo que se aplicó la escala CUBRECAVI. De estos resultados es importante destacar que, en las subescalas de Salud, habilidades funcionales, calidad ambiental y satisfacción con la vida, el mayor porcentaje de participantes obtuvo un funcionamiento muy alto, con lo que se puede decir que perciben una muy buena calidad de vida en esas cuatro áreas. Específicamente en el área de salud un 61.9% reporta un rendimiento muy alto, en las habilidades funcionales un 47.6%, en la calidad ambiental un 76.2% y en la satisfacción con la vida un 46.6%. Con respecto a la integración social el mayor porcentaje se encuentra entre las categorías muy alto y medio, cada uno con un 33.3% de la muestra, y en la subescala de actividad y ocio se observó que el mayor porcentaje de la muestra reporta un funcionamiento bajo, con un 38.1% seguido de la categoría medio, con un 33.3% de los participantes, con lo que se puede afirmar que presentan dificultades en esta área.

Finalmente, el tercer objetivo de esta investigación se propuso estudiar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del centro Casa Hogar Betania. En los resultados fue posible evidenciar que únicamente la subescala de actividad y ocio presentó una asociación estadísticamente significativa con el nivel de funcionamiento cognitivo. Con ello se puede afirmar que mientras los participantes experimentan mayores dificultades en su rendimiento cognitivo, mayores serán las dificultades que perciben en cuanto a sus actividades recreativas y de dispersión.

## **XII. Interpretación de los resultados**

La presente investigación se desarrolló con el objetivo principal de analizar la posible relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en la población de adultos mayores. Para ello primero fue necesario hacer un análisis de cada variable, y luego determinar la existencia o no de una relación estadísticamente significativa.

Se empleó como muestra un grupo de 21 adultos mayores que se encuentran institucionalizados en Centro Casa Hogar Betania. En los resultados se pudo evidenciar que el 71,4% de la muestra cumple con las características de un funcionamiento cognitivo que presenta deterioro, y un 14.3% presenta demencia. Estos resultados son similares a los obtenidos por Camargo y Laguado (2016) quienes evaluaron el nivel de deterioro en adultos mayores institucionalizados en Colombia, y reportan en sus resultados que el 41.7% de su muestra presenta deterioro cognitivo grave. Así mismo Chuquipul e Izaguirre (2018) desarrollaron una investigación en Perú, con la finalidad de estudiar el deterioro cognitivo y la calidad de vida en una muestra de adultos mayores, refieren que el mayor porcentaje de su muestra obtuvo un deterioro cognitivo moderado. Por último, Ortiz (2018) realizó una investigación en Ecuador, donde evaluó la Soledad y el deterioro cognitivo, y reporta en sus resultados que el 85% de su muestra tiene una alteración significativa en las funciones mentales.

Luego se presentan los resultados correspondientes a la calidad de vida, donde se obtuvo un funcionamiento muy bueno por el mayor porcentaje de la muestra en las subescalas de Salud, habilidades funcionales, calidad ambiental y satisfacción con la vida, con lo que se puede expresar que no presentan dificultades en estas áreas. Estos resultados concuerdan con los reportados por Chuquipul e Izaguirre (2018), quienes puntualizaron que su muestra obtuvo una calidad de vida promedio. Así mismo Añazco y Barrera (2017), realizaron un estudio sobre

Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, y reportan que la calidad de vida de sus participantes no se encuentra afectada de manera significativa. Para concluir, en la investigación realizada por Barrera (2017) en la ciudad de Ambato, con el objetivo de estudiar el deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, reporta en sus resultados que sus participantes presentan mínimas dificultades en cuanto a su calidad de vida, predominando bienestar en las dimensiones de bienestar emocional y bienestar físico.

Finalmente, se evaluó la correlación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los participantes, donde se pudo notar que no existe una relación estadísticamente significativa entre cinco de las subescalas de la calidad de vida y el deterioro cognitivo. Únicamente la subescala de actividad y ocio obtuvo una relación significativa, con lo que se pudo afirmar que mientras mayor es el deterioro cognitivo del adulto mayor experimenta más dificultades en su desempeño en actividades de entretenimiento y dispersión. De manera similar, Chuquipul e Izaguirre (2018), concluyen en su investigación que no existe una relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, puntualizando que en su mayoría los adultos mayores de su muestra presentan un deterioro cognitivo moderado y una calidad de vida promedio. Sin embargo, Barrera (2017), informa resultados contradictorios, ya que en su investigación evidencia que el deterioro cognitivo influye en la calidad de vida del adulto mayor, esto considerando una muestra de 35 participantes.

### **XIII. Conclusiones**

En la presente investigación se evaluó la posible influencia que puede tener el deterioro cognitivo sobre la calidad de vida en la población de adultos mayores. En los resultados fue posible notar la presencia de dificultades importantes en el funcionamiento cognitivo de los participantes, ya que el mayor porcentaje tuvo una puntuación que corresponde a deterioro, seguido de una menor, pero no menos importante proporción, que obtuvo demencia. Con ello se puede expresar que los adultos mayores de la muestra están presentando dificultades importantes en su rendimiento cognitivo, lo que integra las capacidades de atención, concentración y memoria, y posiblemente esto tenga repercusiones en su rutina y actividades diarias.

Por otro lado, se evidenció un resultado positivo en cuanto a la calidad de vida, los participantes obtuvieron un funcionamiento muy bueno en cuatro de las seis áreas evaluadas, específicamente salud, habilidades funcionales, calidad ambiental y satisfacción con la vida. Con ello se puede expresar que presentan un buen funcionamiento en estas áreas, perciben bienestar y satisfacción. Sin embargo, se evidenció complicaciones moderadas en la integración social y en el área de actividad y ocio, donde fue posible notar la ausencia de relaciones sociales significativas en cuanto a amistades y familiares, y poca participación en actividades de entretenimiento. A pesar de ser sólo dos de las seis áreas evaluadas se consideran componentes importantes de la calidad de vida, y de funcionamiento integral de todo ser humano.

Finalmente, se pudo evidenciar en los resultados de esta investigación que no existe una correlación estadísticamente significativa entre cinco de las subescalas de la calidad de vida y el deterioro cognitivo, sólo el área de actividad y ocio resultó estar significativamente influenciada por el nivel de deterioro cognitivo. Con ello se puede expresar que mientras mayores son las dificultades en el funcionamiento cognitivo, los adultos mayores presentan más complicaciones



para integrarse y disfrutar de actividades de entretenimiento y dispersión. Estos resultados fueron contrastados con los obtenidos en otras investigaciones, donde los reportes, en su mayoría, son similares a los obtenidos en la presente investigación.

Se considera importante poder profundizar en el desarrollo de investigaciones donde se pueda identificar cuáles son las consecuencias que experimenta el adulto mayor una vez que se inicia un proceso de deterioro cognitivo; identificando las áreas afectadas se podrán desarrollar estrategias de intervención y prevención pertinentes. En función a los resultados del presente estudio también se sugiere evaluar el área social del adulto mayor, tanto a nivel familiar como a nivel de amistades, siendo una de las áreas moderadamente afectadas en la muestra evaluada. En este aspecto puede ser relevante considerar a los adultos mayores que se encuentran institucionalizados y aquellos que se encuentran en sus hogares.

De la misma manera se considera importante integrar en futuras investigaciones una muestra mayor de participantes con la finalidad de que los resultados puedan ser generalizables con mayor objetividad.

#### XIV. Referencias

- Álvarez Risco, A. (2020). *Clasificación de las investigaciones*. [Universidad de Lima, Facultad de Ciencias Empresariales y Económicas, Carrera de Negocios Internacionales].  
<https://hdl.handle.net/20.500.12724/10818>
- Aranda, R. M. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825.  
<file:///C:/Users/WASHIN~1/AppData/Local/Temp/Dialnet-ActividadFisicaYCalidadDeVidaEnElAdultoMayorUnaRev-7000630.pdf>
- Baracaldo, H., Naranjo, A., & Medinas, V. (2019). Nivel de dependencia funcional de personas mayores institucionalizadas en centros de bienestar de Floridablanca (Santander, Colombia). *Gerokomos*, 30(4), 163-166. Epub 03 de febrero de 2020.  
<http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
- Barrera, J. (2017). *Detertioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. [Tesis de Grado, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de Ciencias de la Salud] Ambato.
- Benavides-Caro, C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de anestesiología*, 40(2), 107-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Bertrand, R. (2020). La teoría del desarrollo Psicosocial de Erick Erikson. *Psicología y mente*  
<https://psicologiaymente.com/desarrollo/teoria-del-desarrollo-psicosocial-erikson>
- Casa Hogar Betania de Zamora. (s.f). Casa Hogar Betania de Zamora. Antecedentes. <https://casa-hogar-betania-de-zamora.business.site/>

Cassà, E. L., Pérez-Escoda, N., & Alegre, A. (2018). Competencia emocional, satisfacción en contextos específicos y satisfacción con la vida en la adolescencia. *Revista de Investigación Educativa*, 36(1), 57-73.

<https://revistas.um.es/rie/article/view/273131/221521>

Custodio, N., Montesinos, R., & Alarcón, J. (2018). Evolución histórica del concepto y criterios actuales para el diagnóstico de demencia. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(4), 235-249.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-85972018000400004](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972018000400004)

Del Carmen, S. (2019). 'Muestra probabilística y no probabilística'.

[http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/108928/secme-10911\\_1.pdf?sequence=1](http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/108928/secme-10911_1.pdf?sequence=1)

Esteban, N. (2018). Tipos de investigación. <https://core.ac.uk/download/pdf/250080756.pdf>

Granados, S. H. B., & Cuéllar, Á. M. U. (2018). Influencia del deporte y la actividad física en el estado de salud físico y mental: una revisión bibliográfica. *Katharsis: Revista de Ciencias Sociales*, (25), 141-160.

<file:///C:/Users/WASHIN~1/AppData/Local/Temp/DialnetInfluenciaDelDeporteYLaActividadFisicaEnElEstadoDe-6369972-1.pdf>

Guerrero Freire, D. S. (2017). *La comercialización de tilapia y su incidencia en los ingresos económicos de la federación provincial de organizaciones agrícolas y piscícolas de Pastaza "FEPOAPP"* [Master's thesis, Ambato: Universidad Tecnológica Indoamérica].

<http://201.159.222.95/bitstream/123456789/465/1/Tesis%20Danny%20Guerrero%20Freire.pdf>

Manrique, M. (2020). Tipología de procesos cognitivos. Una herramienta para el análisis de situaciones de enseñanza. *Educación*, 29(57), 163-185.

<https://dx.doi.org/10.18800/educacion.202002.008>

Marcial, N., Peña, B., Valeriano, E., Garrido, J. & Macías, A. (2016). Elementos objetivos y subjetivos en la calidad de vida de hogares rurales en Yehualtepec, Puebla. *Estudios sociales (Hermosillo, Son.)*, 26(48), 277-303.

<http://www.scielo.org.mx/pdf/estsoc/v26n48/0188-4557-estsoc-26-48-00277.pdf>

Martínez, L. M., Cejudo, M. y Carro, C. C. *Relación entre las caídas de pacientes institucionalizados con su deterioro cognitivo*. (vol 3), 295.

<https://formacionasunivep.com/files/publicaciones/LIBRO%207%20FINAL.pdf#page=29>  
5

Ministerio de Salud y Protección Social. (2019). *Envejecimiento y Vejez*.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 21 de septiembre). *Demencia*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Organización Mundial de la Salud. (2020, 04 de octubre). *Envejecimiento y Salud*.

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>

Organización Mundial de la Salud. (2018, 30 de marzo). *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Actividad física*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/physical-activity>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *Educación para salud con enfoque integral*.

<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2017/promocion-salud-intersectorialidad-concurso-2017-educacion.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2017). *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. (2020). *Década de envejecimiento saludable 2020-2030*.

[https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc\\_25&download=true](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/decade-of-healthy-ageing/decade-proposal-final-apr2020rev-es.pdf?sfvrsn=b4b75ebc_25&download=true)

Padilla, G. (2017). *Deterioro cognitivo moderado en adultos mayores: programa de estimulación potencializando procesos mentales* [Doctoral dissertation, Universidad de Guayaquil.

Facultad de Ciencias Médicas. Carrera de Tecnología Médica].

<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/37216/1/CD-081-PADILLA%20BRIONES.pdf>

Pérez, A. (2017). Métodos de cribaje del deterioro cognitivo leve en atención primaria. *Revista española de Geriátría y Gerontología*, 52, 15-19.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X1830074X>

Robles, A., Rubio, B., De la Rosa, E. y Nava, A. (2016). Generalidades y conceptos de calidad de vida en relación con los cuidados de salud. *Revista El Residente*, 11(3).

<https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2016/rr163d.pdf>

Rodríguez, J. y Gutiérrez, G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve. *Revista española de Geriátría y gerontología*, 52, 3-6.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X18300726>

Varela Pinedo, Luis F. (2016). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(2), 199-201.

<https://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/2016.v33n2/199-201/es>

Villafuerte, J., Alonso, Y., Alonso, Y., Alcaide, Y., Leyva, I. & Arteaga, Y. (2017). El bienestar y calidad de vida del adulto mayor, un reto para la acción intersectorial. *MediSur*, 15(1), 85-92. [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1727-897x2017000100012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1727-897x2017000100012)

Vilchez-Cornejo, J., Soriano-Moreno, A., Saldaña-Cabanillas, D., Acevedo-Villar, T. H., Bendezú-Saravia, P., & Ocampo-Portocarrero, B. (2017). Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. *Acta Médica Peruana*, 34(4), 266-272.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172017000400003&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S172859172017000400003&script=sci_arttext&tlng=pt)

Yáñez, Díaz & Páez. (2018). Revelando el significado de confiar en la jefatura en el contexto de un hospital público. *Revista de Psicología (PUCP)*, 36(1), 135-162.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0254-92472018000100005](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0254-92472018000100005)