



POSGRADOS

MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CON MENCIÓN EN INTERVENCIÓN CLÍNICA INDIVIDUAL Y GRUPAL

RPC-SO-05-NO.156-2021

OPCIÓN DE TITULACIÓN:

ARTÍCULOS PROFESIONALES DE ALTO NIVEL

TEMA:

DETERIORO COGNITIVO Y SU ASOCIACIÓN
CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS
DEL PROYECTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA
A ADULTOS MAYORES SIN DISCAPACIDAD DEL
GAD MUNICIPAL DEL CANTÓN GIRÓN.
PERIODO 2022

AUTORES:

KATHERINE ELIZABETH OCHOA CARCHI
JOSELYN ESTEFANÍA ROMERO CLAVIJO

DIRECTORA:

JESSICA VANESSA QUITO CALLE

CUENCA – ECUADOR

2024

Autores:



Katherine Elizabeth Ochoa Carchi

Psicóloga Clínica.

Candidata a Magíster en Psicología con Mención en Intervención Clínica Individual y Grupal por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Cuenca.

kate_ochoa98@hotmail.com



Joselyn Estefanía Romero Clavijo

Psicóloga Clínica.

Candidata a Magíster en Psicología con Mención en Intervención Clínica Individual y Grupal por la Universidad Politécnica Salesiana – Sede Cuenca.

romero_jhoselyn@hotmail.com

Dirigido por:



Jessica Vanessa Quito Calle

Psicóloga Clínica.

Magister en Intervención Psicosocial Familiar.

Doctora en Psicología.

jquito@ups.edu.ec

Todos los derechos reservados.

Queda prohibida, salvo excepción prevista en la Ley, cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública y transformación de esta obra para fines comerciales, sin contar con autorización de los titulares de propiedad intelectual. La infracción de los derechos mencionados puede ser constitutiva de delito contra la propiedad intelectual. Se permite la libre difusión de este texto con fines académicos investigativos por cualquier medio, con la debida notificación a los autores.

DERECHOS RESERVADOS

2024 © Universidad Politécnica Salesiana.

CUENCA – ECUADOR – SUDAMÉRICA

KATHERINE ELIZABETH OCHOA CARCHI

JOSELYN ESTEFANÍA ROMERO CLAVIJO

Deterioro cognitivo y su asociación con la calidad de vida de los usuarios del proyecto de atención domiciliar a adultos mayores sin discapacidad del GAD municipal del cantón Girón. Periodo 2022

DEDICATORIA}

A mis padres, Alba Carchi (+) y Reinaldo Ochoa quienes con su sacrificio y amor han forjado en mí valores, principios y carácter para conseguir mis objetivos, el día de hoy me regalan la mejor herencia que un padre le puede dar a un hijo y es la oportunidad de crecer profesionalmente. Querido papá eres mi mayor ejemplo de profesionalismo y persistencia, me has enseñado que el amor es el principal ingrediente para disfrutar de un oficio.

A mi esposo Xavier Mora, por ser parte importante de este logro, gracias por su paciencia, apoyo y amor en cada meta trazada, por ser el mejor compañero de vida que se puede tener.

A mis hermanos, Doménica y Cristian, porque a pesar de todas las adversidades que hemos tenido que pasar son y siempre serán mi mejor equipo y principal fuente de aliento. Cristian sin darte cuenta, te has convertido en una de las más grandes inspiraciones de mis días.

A mis sobrinos Amalia y Josué, porque desde que llegaron a mi vida han sido mi motivación y felicidad diaria.

Querida mamá, estoy segura que sigues festejando aún más todos los logros de nosotros tus hijos, te convertiste en la única razón por la que cada uno de mis logros los dedico al cielo. Fuiste mi mayor confidente y serás siempre mi más grande ejemplo de mujer, este logro es a tu memoria y al gran legado de vida que nos dejaste. Te amo eternamente mamá.

Katherine Elizabeth Ochoa Carchi.

El presente trabajo de titulación va dedicado a mi madre y hermanos quienes me han apoyado continuamente, guiándome día a día a persistir e impulsándome en este proceso que me encuentro pronto a terminar, gracias a mi madre por el apoyo incondicional ya que fue quien me impulso a tomar la decisión de seguir y cumplir esta meta en mi vida, gracias también por la confianza y apoyo de mi tío quien siempre mantiene el apoyo y confianza hacia mi persona.

Ha mi abuelo quien siempre me guio a ser persistente en mis metas y objetivos, quien siempre inculco responsabilidad, esto va en tu honor, sé que debes estar orgulloso desde donde te encuentres.

Joselyn Estefanía Romero Clavijo

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a Dios, por guiar cada uno de mis pasos y darme la sabiduría y prosperidad necesaria en estos años de vida. A mis padres, hermanos y esposo por ser mi pilar fundamental en todo momento, sin ustedes este gran sueño no sería posible.

A Milton Mora Beltrán, por su apoyo en toda esta etapa y sobre todo por quererme y guiarme como su hija. A Juan Hernández, gracias por su apoyo incondicional en este y demás proyectos que estamos desarrollando, es el claro ejemplo que existen amigos que se convierten en parte de la familia.

A mi compañera de tesis por el apoyo y amistad en este proceso. Quiero agradecer de manera especial a nuestra directora de tesis la Mst. Vanessa Quito Calle por ser nuestra guía y gran ejemplo de profesionalismo y tenacidad, gracias por la paciencia, disposición y entrega para desarrollo de nuestro proyecto.

Finalmente, a la Universidad Politécnica Salesiana por haberme recibido como parte de su comunidad estudiantil y haberse preocupado desde el primer día hasta el último de nuestra formación académica.

Katherine Elizabeth Ochoa Carchi

Primeramente, gracias a Dios por permitirme tener una familia que siempre me ha brindado su apoyo, agradecida con cada una de las personas que supieron guiarme en este camino, también con mi madre ya que pudo forjarme de buenos valores, gracias a mi familia por el apoyo incondicional y todas las bendiciones. De igual forma a Katherine Ochoa por su apoyo continuo, y a nuestra mentora y guía por su pasión por la enseñanza.

Joselyn Estefanía Romero Clavijo

TABLA DE CONTENIDO

Resumen	7
Abstract	9
1. Introducción	11
2. Determinación del problema	14
3. Marco teórico referencial.....	17
3.1 Personas adultas mayores sin discapacidad.....	17
3.2 Desarrollo evolutivo: Adulto mayor	17
3.3 El deterioro cognitivo	19
3.3.1 Etiología del deterioro cognitivo	20
3.3.2 Clasificación del deterioro cognitivo	21
3.3.3 Funciones afectadas en el deterioro cognitivo	22
3.4 Calidad de vida en las personas adultas mayores	24
3.4.1 Dimensiones de la calidad de vida	25
3.5 Relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores.....	27
4. Materiales y Métodos.....	29
4.1 Diseño y Tipo de estudio	29
4.2 Universo de trabajo	29
4.3 Instrumentos de Medición	30
4.4 Diseño técnico y metodología para la obtención y análisis de la información.	32
4.5 Aspectos éticos	32
4.5.1 Criterios de inclusión	32
4.5.2 Criterios de exclusión	33
5. Resultados y discusión.....	34
5.1. Frecuencia del deterioro cognitivo.....	34
5.2 Calidad de vida de los adultos mayores	36
5.3 Asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores	38
6. Discusión.....	40
7. Conclusiones.....	42
8. Referencias	44
9. Anexos	52
Anexo 1. Mini examen del estado mental.....	52
Anexo 2. Escala de calidad de Vida, WHOQOL-BREF.....	55
Anexo 3. Consentimiento informado	58

DETERIORO COGNITIVO Y
SU ASOCIACIÓN CON LA
CALIDAD DE VIDA DE LOS
USUARIOS DEL PROYECTO DE
ATENCIÓN DOMICILIARIA A
ADULTOS MAYORES SIN
DISCAPACIDAD DEL GAD
MUNICIPAL DEL CANTÓN
GIRÓN. PERIODO 2022

AUTOR(ES):

KATHERINE ELIZABETH OCHOA
CARCHI, JOSELYN ESTEFANÍA
ROMERO CLAVIJO

RESUMEN

Al hablar de deterioro cognitivo hacemos referencia a una condición clínica que se sitúa entre el envejecimiento normal y los posibles procesos demenciales en la vejez que se producen por una disminución de la actividad del sistema de adaptación como consecuencia de una disminución de las funciones de las estructuras cerebrales. Por lo que, esta investigación busca determinar la asociación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida de los usuarios del proyecto de atención domiciliaria a adultos mayores sin discapacidad del GAD Municipal del Cantón Girón en el periodo 2022.

El estudio cuenta con un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y correlacional ya que se detallan las características de cada variable para encontrar la relación entre las mismas en una población total de 80 adultos mayores del proyecto de atención domiciliaria a adultos mayores sin discapacidad en el año 2022 del GAD Municipal del Cantón Girón. Para lograr los objetivos de esta investigación se administraron: *Mini mental State Examination* (MMSE) y la Escala de calidad de Vida. Además, se utilizó el programa estadístico informativo SPSS para la adecuada tabulación de la información.

Los resultados revelan que un 17,5% presentó posible deterioro cognitivo, el 72,50% mostró sospecha de deterioro, y el 10% no evidenció deterioro cognitivo. Respecto a la calidad de vida, se observó que el dominio ambiental registró la mediana más alta con 92 puntos, seguido por el dominio psicológico con 76 puntos, el dominio físico con 60 puntos, y el dominio social con 36 puntos, con marcada insatisfacción en la vida sexual. Se encontró una asociación significativa entre el deterioro cognitivo y una calidad de vida más baja en el dominio psicológico ($Rho = 0,239$, $p < 0,05$), pero no se halló asociación con los otros dominios.

En conclusión, este estudio proporciona una perspectiva significativa al revelar la asociación entre deterioro cognitivo y una menor calidad de vida, especialmente en el ámbito psicológico. Aunque se destaca la asociación en un dominio particular, se requiere una mayor comprensión de otros factores que influyen en la calidad de vida de adultos mayores, lo que podría ofrecer un enfoque más integral para mejorar su bienestar en proyectos de atención domiciliaria.

Palabras clave:

Deterioro cognitivo, calidad de vida, adultos mayores, sin discapacidad

ABSTRACT

When talking about cognitive impairment, we refer to a clinical condition that lies between normal aging and potential age-related dementia processes caused by a decrease in the activity of the adaptation system because of reduced brain structure functions. Therefore, this research aims to determine the association between cognitive impairment and the quality of life of users in the home care project for elderly individuals without disabilities, under the Municipal GAD of Cantón Girón in the year 2022.

The study follows a quantitative, descriptive, and correlational approach as it details the characteristics of each variable to find the relationship among them in a total population of 80 elderly individuals in the home care project without disabilities in the year 2022, under the Municipal GAD of Cantón Girón. To achieve the objectives of this research, the Mini-Mental State Examination (MMSE) and the Quality of Life Scale were administered. Additionally, the statistical software SPSS was used for appropriate data tabulation.

The results reveal that 17.5% showed possible cognitive impairment, 72.50% exhibited suspicion of impairment, and 10% did not show cognitive impairment. Regarding the quality of life, the environmental domain recorded the highest median with 92 points, followed by the psychological domain with 76 points, the physical domain with 60 points, and the social domain with 36 points, indicating marked dissatisfaction in sexual life. A significant association was found between cognitive impairment and lower quality of life in the psychological domain ($Rho = 0.239$, $p < 0.05$), but no association was found with the other domains.

In conclusion, this study provides a significant perspective by revealing the association between cognitive impairment and a reduced quality of life, particularly in the psychological realm. Although the association in a specific domain is highlighted, a better understanding of other factors influencing the quality of life of the elderly is required, offering a more comprehensive approach to enhance their well-being in home care projects.

Keywords:

Cognitive impairment, quality of life, older adults, without disability.

1. INTRODUCCIÓN

En términos generales, el ser humano pasa por una serie de etapas a lo largo de su vida, dentro de ellas la última es considerada como: vejez, ya que es el último escalón de una persona dentro de su ciclo de vida. Se ha venido reportando que hay un aumento representativo de personas pasando por este momento evolutivo en particular, en donde dentro de la proporción real sobre dicha afirmación se ha encontrado que la Organización de las Naciones Unidas (ONU) informó que entre los años 2015 al 2030 aumentará el número de personas mayores de 60 años en casi un 56% en total en la población mundial, pasando de tener aproximadamente de 901 millones de personas a 1.4 billones, lo cual implica un aumento significativo en términos de la cantidad de personas que habitan en el mundo y que estarán pasando por la etapa de adulto mayor. En específico esta distribución en los diferentes países se estima que sea en el caso de Latinoamérica y el Caribe, la perspectiva de crecimiento va alrededor del 71%, en el caso de África un 64%, en Norte América un 41% mientras que en España se estima un aproximado del 23% (Benavides, 2017).

La etapa de adulto mayor conocido como “envejecimiento”, es un momento evolutivo normal del ser humano, la cual suele presentar un impacto importante en la salud mental de adultos mayores, es por ello por lo que presenta repercusiones no solo en términos de salud física si no también ocurren cambios emocionales y en sus relaciones sociales. En este sentido, cuando el adulto mayor comienza a tomar consciencia de estas variaciones, suele ser frecuente que dejen de hacer las actividades usuales debido a la pérdida de motivación y es cuando su calidad de vida comienza a decaer. Dicho bajón emocional produce una crisis psicológica que incluye pensamientos, emociones y problemas que terminan convirtiéndose en factores de riesgos los cuales deben ocuparse para tratar de evitar el deterioro progresivo de la calidad de vida de la persona y que esto a su vez repercute en su salud (Petermann et al., 2018).

El proceso del envejecimiento suele aparecer con limitaciones en habilidades físicas, mentales y también en las relaciones sociales, debido a que se presentan menos actividades o planes, y aunque existen maneras de compensar esos cambios, la mayoría puede llegar a percibir problemas o sentimientos negativos dependiendo de las

condiciones del entorno y de la propia persona. Es por ello que la percepción que tenga un individuo sobre su propia vida con base al contexto cultural, los valores o las normas que se vinculan se conoce como “calidad de vida”, lo cual es una aspiración crucial en esta etapa evolutiva, ya que permite que la persona afronte los acontecimientos vitales de manera positiva y constructivas desarrollando la capacidad de poder controlar y reaccionar de la mejor manera ante los eventos externos (Aranda, 2018).

El envejecimiento se considera un proceso normal del ser humano en el que ocurre un deterioro de tipo progresivo que incluye una serie de alteraciones morfológicas, funcionales, psicológicas y bioquímicas que provocan vulnerabilidad en situaciones de estrés. Una de las dificultades más críticas es el trastorno cognitivo, el cual es producto de la disminución de habilidades mentales que están asociados al envejecimiento, estado depresivo y demencial (Camargo & Jaimes , 2017).

Con respecto al deterioro cognitivo, ha estado catalogado como un síndrome geriátrico por el envejecimiento en términos neuroconductuales y neuropsicológicos, en donde las funciones mentales sufren una disminución en específico y se ven afectados: memoria, orientación, conducta, orientación, juicio y hasta la capacidad de reconocimiento visual. Por ser tan vulnerables en varias áreas de su desenvolvimiento, resulta clave tener una percepción positiva dentro de los parámetros estables sobre su propia calidad de vida, ya que eso influye en la manera de vivir del adulto (Barrera, 2017).

Por su parte la conservación de una buena calidad de vida en los adultos mayores resulta un factor importante y una problemática clave a nivel mundial debido a las repercusiones que tiene al mostrar niveles bajos en la calidad de vida, lo cual afecta la salud del adulto mayor. En términos generales se espera que puedan envejecer de una manera competente e independiente, donde sean útiles y productivas a pesar de dejar sus labores anteriores, pero para ello se debe tener un estado óptimo tanto de salud física como mental para poder funcionar adecuadamente en el entorno (Barrera, 2017).

Dado estas circunstancias resulta importante comprender en profundidad la realidad que atraviesa el adulto mayor, comprender con mayor detalle el deterioro cognitivo y la calidad de vida, variables que darán información útil de manera significativa para la sociedad en general.

En resumen, el deterioro cognitivo puede afectar la calidad de vida de las personas mayores al interferir con sus actividades cotidianas, reducir su independencia y limitar su capacidad para participar en actividades sociales y culturales. Por lo tanto, es importante prevenir y tratar el deterioro cognitivo en los adultos mayores para mejorar su calidad de vida y bienestar emocional. Con base en esta información, se han planteado como objetivo general el determinar la asociación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida de los usuarios del proyecto de atención domiciliaria a adultos mayores sin discapacidad del GAD Municipal del Cantón Girón en el periodo 2022 mientras que, como objetivos específicos se plantearon el identificar la frecuencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores sin discapacidad; evaluar la calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad y conocer la asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad.

Finalmente, el presente trabajo de investigación está dividido en 5 partes:

En la primera parte se explicará diversos estudios que giran en torno al tema de estudio con el fin de explicar cuál es el problema de investigación y cómo es que se determinó el mismo.

En la segunda parte se abordará el marco teórico, con todas las descripciones que permitan comprender de mejor manera la terminología utilizada dentro del estudio y cómo es que es relevante para la investigación los términos utilizados. A la vez, se explica un estado del arte, el mismo que con sus investigaciones refuerzan las variables de estudio.

En la tercera parte se abordarán los materiales y la metodología que se utilizaron para realizar el estudio, se detalla el proceso que se utilizó para abordar los temas de manera puntual, se habla acerca de los instrumentos, el procesamiento de los datos, la población y los participantes.

En la cuarta parte se habla de los resultados que se obtuvieron al aplicar los instrumentos, también se realiza la discusión de los principales temas relacionados con las variables de estudio que se han creado dentro de los resultados arrojados en la investigación.

2. DETERMINACIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento es un asunto del desarrollo normal de todo ser humano, el cual se produce dentro de un proceso que tiende a ser dinámico, progresivo, de carácter irreversible y complejo, se diferencia en cómo afecta a las diferentes personas e incluso a los diferentes órganos. Es entonces donde este proceso ocurre luego de la madurez, y transcurre en un descenso gradual en las diferentes funciones biológicas hasta llegar al fallecimiento de la persona.

En la etapa del envejecimiento es más evidente el deterioro cognitivo degenerativo. Según una investigación epidemiológica mundial, hay 4,6 millones de nuevos casos de deterioro cognitivo cada año, y se desarrolla un nuevo caso de demencia cada 7 segundos, reportando que en los países en desarrollo suele haber mayor predominio de pacientes con demencia.

En América Latina en el año 2000, se estimó que este grupo de personas había aumentado a 1,6%, o 8,1% de la población total, es decir, 41 millones de personas mayores de 60 años ese año y se estima que para 2025, 100 millones de personas de esta edad equivaldrán al 14,1% de la población total, cifras sumamente altas, en donde se busca estar preparados para evitar futuros inconvenientes y poder analizar las principales actividades que se deben tomar en cuenta para trabajar con personas adultas mayores (Calderón, 2018).

En Ecuador se estima una población aproximada de 2.369.696, de los cuales 199.997 son mayores de 60 años, es decir el 8,43% (Calvo & Morales, 2020). Es por esa razón que dentro de la investigación planteada se espera trabajar con la población de adultos mayores el GAD Municipal del Cantón Girón en el periodo 2022, para conocer con exactitud de qué manera se podría abordar con esta población, siendo esta una fuente de conocimiento que permita el paso a nuevas investigaciones que aborden este tipo de conceptos.

A medida que las personas envejecen, puede haber una disminución en la precisión y el reconocimiento de señales y la capacidad de distinguir entre estímulos apropiados e inapropiados, y la capacidad de prestar atención a dos estímulos simultáneamente (Peña y otros, 2020).

Con respecto a la calidad de vida, la OMS (2023), señala que:

Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. En 2020, el número de personas de 60 años o más superó al de niños menores de cinco años. En 2050, el 80% de las personas mayores vivirá en países de ingresos bajos y medianos. El ritmo de envejecimiento de la población es mucho más rápido que en el pasado. Todos los países se enfrentan a retos importantes para garantizar que sus sistemas de salud y de asistencia social estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (p.1).

A continuación, se detallan algunas investigaciones que giran en torno al tema del deterioro cognitivo y su relación con la calidad de vida de los adultos mayores:

En un estudio realizado por, Parada et al., (2022) en Colombia, examinó la asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores. Los resultados mostraron que el deterioro cognitivo estaba significativamente asociado con una peor calidad de vida en términos de salud física, salud mental y relaciones sociales.

Mientras que otra investigación realiza por Márquez (2021), en Brasil, examinó la asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores con enfermedad de Parkinson. Los resultados mostraron que el deterioro cognitivo estaba significativamente asociado a la calidad de vida que les generaba los problemas de la enfermedad que empezaron a mostrar.

A su vez en la investigación de Hernández y Sepúlveda (2021), determinó la asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2, mostraron que la diabetes en los adultos mayores no les dejaba mantener una calidad de vida buena en cuanto a las acciones que debían realizar.

En Ecuador, la investigación de Díaz (2021), examinó la relación entre el deterioro cognitivo y la depresión en adultos mayores. Los resultados mostraron que el deterioro cognitivo estaba significativamente asociado con un mayor riesgo de depresión en adultos mayores y que esta asociación era más fuerte en mujeres que en hombres.

Finalmente, con respecto a la asociación entre Deterioro cognitivo y calidad de vida, se encontró en la investigación Calvo y Morales (2020), en Cuenca, donde examinó la relación entre la actividad física y el deterioro cognitivo en adultos mayores. Los

resultados mostraron que la actividad física estaba significativamente asociada con una mejor función cognitiva y que esta asociación era más fuerte en las mujeres que en los hombres.

En la institución donde se ejecutó la investigación, aún no existen investigaciones que se relacionen al tema, es por eso la necesidad de investigar para que se pueda mostrar cómo se define la relación de las variables del estudio.

Con base en lo expuesto, se presentan las siguientes preguntas de investigación:

- P1. ¿Cuál es la frecuencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores sin discapacidad?
- P2. ¿Cuál es el nivel de calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad?
- P3. ¿Existe una asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad?

3. MARCO TEÓRICO REFERENCIAL

3.1 PERSONAS ADULTAS MAYORES SIN DISCAPACIDAD

En un momento determinado del ciclo vital el ser humano se enfrenta al envejecimiento, de hecho, desde los 60 años la Organización Mundial de Salud considera a la persona como adulto mayor, en donde se suele dar inicio la jubilación y la terminación del proceso de vida. Esto implica un deterioro normal y esperado producto del envejecimiento de la persona, el cual varía en las áreas y condición dependiendo del estilo de vida que vivió la persona, es decir, las personas experimentan cambios anatómicos y fisiológicos, las cuales presentan una disminución en sus capacidades y destrezas durante la vejez (Barrera, 2017).

Sin embargo, es importante detallar la diversidad de cambios a nivel de las diferentes áreas del desarrollo por las que experimenta una persona cuando llega a dicha etapa y los aspectos relevantes de las personas por las cuales luego ellos mismo juzgarán si reúnen aspectos positivos y de bienestar o por el contrario presenta aspectos negativos que genera una percepción de su calidad de vida (Cullacay & Marques, 2022).

3.2 DESARROLLO EVOLUTIVO: ADULTO MAYOR

La etapa del envejecimiento o de ser adulto mayor es considerado un proceso individual que se diferencia entre las diferentes edades, cronológicas, biológicas, psicológicas social, etc. Ya que estas diferentes dimensiones van a mostrar la realidad general de lo que implica envejecer. En términos generales hay diversas teorías que intentan explicar el conjunto de cambios que incluye este proceso, el cual es complejo, variado y de interacción con influencias hereditarias, ambiente, cultura, enfermedades, estilos vida, entre otros, que hacen impredecible como y cuando será el envejecimiento de una persona (Gonzalez & De la fuente , 2014).

En este sentido cuando se hace referencia a envejecimiento no implica asociación directa con enfermedad, dependencia o falta de productividad, pero si ha sido evidente que se relaciona a una serie de cambios en diferentes áreas internas o externas de las personas, entre ellos están (Gonzalez & De la fuente , 2014):

- Cambios fisiológicos o físicos, estos implican unos cambios que provienen del deterioro del sistema nervioso, generando lentitud en los movimientos, poco reflejo, aumento de la posibilidad de manifestar diversas enfermedades que pueden presentar afectaciones en los diferentes sistemas del organismo como cardiovasculares, respiratorios, digestivos, musculares o esqueléticos, problemas en el sistema inmunológico por debilitamiento y déficit sensoriales.
- Cambios psicológicos y cognitivos, en donde la predisposición a la tristeza, melancolía o depresión suelen estar asociados a vejez, provenientes de una percepción de pérdida de autonomía, la pérdida de relaciones sociales frecuentes lo que genera en la mayoría de los casos aislamiento social. Además, se destacan las modificaciones en los procesos cognitivos como falta de atención, problemas de memoria, fallas en la percepción, orientación y tiempo de reacción, problemas de razonamiento e incluso patologías asociadas como la demencia senil, Alzheimer, párkinson, etc.
- Cambios psicomotores, esto implica que la organización psicomotora que se desarrolla a lo largo del desarrollo desde los primeros años de vida en dicho momento de la vejez sufre degeneración en la percepción visomotora, el equilibrio, la tonicidad, etc.
- Cambios socio-afectivos, en anteriores épocas se asociaban a personas sabias, sin embargo, hoy en día tienden más a ser catalogados como personas pasivas en la sociedad.

Por lo tanto, se entiende como envejecimiento a un proceso que implica un conjunto de cambios antes mencionados, que suelen ir apareciendo con el tiempo y los cuales son producto de la misma edad de la persona. En términos de investigación Echeverría (2013), realizó un estudio en donde manifestó que el envejecimiento es un proceso que aporta al sistema de salud y la sociedad, mediante las diferentes áreas de desarrollo, encontrando que existen modificaciones o alteraciones cognitivas en la memoria, deficiencias sensorio-perceptivas, problemas de atención selectiva y sostenida. Por otro lado, Sánchez et al. (2013) concluyen que el deterioro cognitivo presenta en un 35,4% en personas que tienen rango de edad entre 60 a 74 años, le sigue un menor

porcentaje de 29% en edades desde 75 a 90 y por último en un 49,5% en las personas que llegan a tener más de 90 años.

Debido al interés de esta investigación es necesario desarrollar de manera adecuada los cambios a nivel psicológico y cognitivos que ocurren en el adulto mayor para poder conocer así lo que puede considerarse anormal o un padecimiento particular en esta área debido a la edad. En términos generales las funciones cognitivas son aquellas tareas que le permiten a todo ser humano desenvolverse por sí mismo, en actividades como leer, pensar, recuperar, interpretar, solucionar, recordar. Sin embargo, parte de estas funciones se ven afectadas con el pasar del tiempo evolutivo, ya que comienzan a deteriorarse, disminuir y volverse menos ágil en las actividades.

En este sentido, uno de los deterioros más comunes o de mayor evidencia en general es la pérdida de memoria, lo cual provoca cambios drásticos en el funcionamiento normal de la persona afectando su estabilidad, aprendizajes, ejecuciones y calidad de vida. Por lo tanto, para esta investigación es necesario detallar los problemas de índole cognitivo ya que reducen la independencia de las personas mayores, requiere asistencia, y en la mayoría de los casos implica un factor estresante en la dinámica familiar, por lo que hace necesario intervenir con mayor frecuencia en la prevención del deterioro cognitivo, dado el rápido crecimiento de la población de adulto mayor es necesario hacer el mayor esfuerzo por mejorar las condiciones y eficacias de su funcionamiento cognitivo (Bayarre et al., 2019).

3.3 EL DETERIORO COGNITIVO

Cuando se hace referencia a un deterioro cognitivo se habla de un déficit en las funciones mentales superiores que aquejan a un adulto mayor, es por ello que suele catalogarse como un problema de índole geriátrico, el cual presenta un carácter multifactorial que debe ser evaluado, revisado y abordado de manera adecuada desde varias perspectivas para aportar soluciones adecuadas que mejoren un poco la condición. Con frecuencia el deterioro cognitivo no se observa por la pérdida de la realización de actividades diarias, por lo que las mismas suelen mantenerse o presentar ligeras variaciones que no hacen tan evidentes el deterioro (Salas & Garzon, 2013)

Este tipo de dificultad presenta una alta prevalencia por lo que es muy común que afecta a una cantidad significativa de personas o es muy común que en el adulto mayor padezca de este déficit, el cual implica la pérdida o dificultad en el rendimiento de los procesos cognitivos como la memoria, la atención, el procesamiento de la información, lo cual genera dificultad el desenvolvimiento normal de las personas que lo padecen. Y aunque es un deterioro que afecta a toda la población de adulto mayor, su manera de presentarse no es igual en todas las personas, ya que cada individuo muestra síntomas o características diferentes y por ello se vuelve necesario revisar con profundidad el tema y poder tener atenciones individuales adaptadas a la condición de cada persona, como es frecuente en los centros geriátricos que brindan atención individualizada (Cullacay & Marques, 2022).

3.3.1 ETIOLOGÍA DEL DETERIORO COGNITIVO

En términos generales este padecimiento está intervenido por un conjunto amplio de factores tanto fisiológicos como ambientales, ya que puede aparecer por diversas causas como el abuso de sustancias, factores genéticos, el más frecuente que es por la edad de la persona, patologías previas, etc. Es por ello que, no solo puede atribuirse únicamente a una condición de edad. Siendo entonces más específicos, se puede atribuir esta condición a factores externos, el cual hace referencia a cualquier enfermedad sea cardiovascular, endocrina, esquelética, psiquiátrica, sensorial, entre otras, que son frecuentemente sufridos en el envejecimiento (Cullacay & Marques, 2022).

Y, por otra parte, los factores intrínsecos que hace referencia a los devenires de la enfermedad, como lo es la reserva funcional y nivel estructural del cerebro de la persona, su dotación genética y el estilo de vida que o grado de adaptación que fue llevando a lo largo de su ciclo.

En este sentido, mediante diversas investigaciones sobre el tema se ha conocido que el peso del cerebro y el número de neuronas que puede tener una persona, van disminuyen con la edad, la cual comienza desde el adulto joven y es un proceso que toma aceleración después de los 60 años en adelante, es por ello que resulta un proceso normal que las personas sanas pierdan de 2- 3 g/año, probablemente por la pérdida de sustancia blanca muy frecuentemente en el lóbulo frontal. A su vez se ha reportado que

la relación entre volumen cerebral y cráneo llega a disminuir hasta un 80% en dicho momento evolutivo, mientras que el volumen ventricular se triplica, afectando fundamentalmente a la corteza cerebral y la sustancia blanda subcortical. Por otra parte, debido a la edad también se ven afectadas las terminaciones neuronales y las sinapsis, y los neurotransmisores suelen alterarse generando, por ejemplo, una disminución de niveles de dopamina (Salas & Garzon, 2013).

Por lo tanto, este deterioro se presenta cuando las neuronas o las células nerviosas del cerebro, van perdiendo su capacidad de funcionamiento y conexión con otras células como un proceso normal que debe ocurrir en el envejecimiento, en donde los estudios que se han realizado con respecto a la neuroimagen han demostrado que el déficit cognitivo se debe a defectos funcionales de la corteza pre frontal lateral, dejando que se generen cambios en las capacidades ejecutivas como implica la concentración y el proceso de atencional. A su vez se ve interferido el nivel de acetilcolina, el cual es un neurotransmisor importante en el proceso de la memoria, todo esto conlleva a un déficit en la neurotransmisión debido al deterioro cognitivo que puede producir enfermedades vasculares del cerebro como es el caso del Alzheimer (Barrera, 2017).

3.3.2 CLASIFICACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

En términos generales el deterioro cognitivo se va a clasificar según el grado de déficit que presente la persona en sus funciones cognitivas, las cuales pueden ser leve, moderadas o severas. (Benavides, 2017). Cabe destacar que es necesario la administración de una batería de pruebas para delimitar la categoría, sin embargo, en términos generales las categorías se caracterizan de acuerdo con González et al. (2021) por:

- Deterioro leve: implica que existe una discreta disminución en algunas áreas de la vida de la persona, pero no llega a producir una incapacidad en términos sociales o laborales, es por ello que tiene una delgada relación a lo conocido como envejecimiento normal y es entonces donde la batería de evaluación va a delimitar dicha diferencia.

- Deterioro moderado: en donde es notable la pérdida de habilidades de comunicación y socialización sumada al sedentarismo y aislamiento una vez que termina de manera definitiva su jornada laboral. En esta categorización la persona puede llegar a perder la percepción del mundo externo, pueden aparecer pensamientos estereotipados, le cuesta evocar recuerdos con facilidad, y con frecuencia no logra mantener su atención.
- Deterioro grave: en este caso es típico que las personas pierdan la percepción del entorno que la rodea, se desconectan del medio y se vuelve imposible realizar las actividades cotidianas, o al menos no logran ser acordes al momento. Por lo tanto, se aíslan de la realidad, no hay habilidades y es necesario el cuidado permanente de otras personas ya que no logran desenvolverse de manera autónoma lo cual puede ser peligroso tanto para sus propias vidas como la de un tercero.

Es por ello, que resulta importante delimitar los grados en los que se encuentra la condición de la persona, para ello resulta clave tener definidas las áreas que se ven afectadas dentro del deterioro cognitivo que pueda presentar una persona.

3.3.3 FUNCIONES AFECTADAS EN EL DETERIORO COGNITIVO

Hace referencia al área cognitiva de una persona, lo cual incorpora diferentes funciones mostrando menores rendimientos que impiden el desenvolvimiento habitual de la persona. Dentro de estas principales funciones, se encuentran (Peralta, 2020):

- La memoria, la cual se encarga de adquirir, guardar y recuperar la información cuando la persona la necesita, sea de un tema, una persona o situación. En condiciones normales esto ayuda a que la persona recupere dicho recuerdo.
- La Orientación temporo- espacial, permite al ser humano determinar la posición en la que se encuentra, y los movimientos tanto de su propio cuerpo como los de los objetos externos, este tipo de habilidad es fundamental para el ser humano ya que le permite actividades como la lectura, escribir, guiarse para llegar a un determinado lugar, entre otros.

- El lenguaje, es una de las características claves del ser humano que le permite la comunicación con otras personas mediante el cual intercambian ideas, pensamientos o sentimientos y da así posible la interacción social.
- La atención, es la encargada de delimitar o discriminar los estímulos que son necesarios para comprender un determinado tema o situación.
- La praxia constructiva, es la encargada de dar la habilidad para dibujar o representar los objetos en forma bidireccional o tridimensional, donde se vuelve aliada de la atención y concentración para lograr los objetivos.

Sin embargo, para poder tener la certeza de las fallas en estas áreas es necesario tener una medida confiable para delimitar la condición en el que se encuentre realmente la persona.

El estudio de Vega Alonso et al. (2018) se enfocó en estimar la prevalencia del deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años en atención primaria en 5 redes de salud. Usando la prueba Mini-Cog y confirmación con el Mini-Mental y el Alzheimer's Questionnaire, se analizaron 4.624 pacientes, representando a 1.723.216 personas de 5 comunidades autónomas. La prevalencia ajustada fue del 18,5%, variando en diferentes redes centinelas. Las mujeres mostraron tasas más altas que los hombres (18,5% vs. 14,3%), y por encima de los 85 años la prevalencia alcanzó el 45,3%. La detección temprana por médicos de familia con instrumentos validados es crucial para un tratamiento anticipado.

Zegarra-Valdivia et al. (2023) llevaron a cabo un estudio en el sur del Perú enfocado en adultos y adultos mayores para investigar la prevalencia del deterioro cognitivo. Este estudio evaluó la alteración cognitiva, incluyendo memoria, lenguaje, viso-percepción y otros aspectos cognitivos. Utilizando pruebas como el Mini Mental State Examination, la prueba del Reloj y la Fluidez Verbal, se establecieron umbrales para diferentes grupos etarios y niveles educativos. Los resultados señalaron una prevalencia del 58.80% de deterioro cognitivo leve. Esto subraya la necesidad de políticas de salud mental que se centren en la detección temprana del deterioro cognitivo leve y enfermedades como el Alzheimer, particularmente entre la población adulta mayor y de mediana edad.

Para resumir lo antes expuesto, se habla del envejecimiento como un proceso normal dentro del proceso evolutivo del ser humano que afecta de manera negativa en la vida

de las personas interfiriendo con su normal funcionamiento en el medio ambiente y en su independencia lo cual ayuda a reducir los niveles de calidad de vida afectando así el bienestar emocional de las personas y la adecuada realización de actividades, lo cual genera consecuencias graves en la salud física y mental de las personas. Para efectos de esta investigación es necesario desarrollar las implicaciones en la calidad de vida.

3.4 CALIDAD DE VIDA EN LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES

Desde una mirada retrospectiva, luego de la segunda guerra mundial se comenzó a utilizar el término de calidad de vida, como una alternativa de los investigadores de esa época para conocer la percepción que tenían las personas acerca de ellos mismos, teniendo una vida favorable y con bienestar general. A mediados de los sesenta este tema se enfocó en recolectar datos sobre la condición socioeconómica, nivel de educación, tipo de vivencia, que resultaron indicadores económicos insuficientes para explicar realmente la calidad de vida incluso se llegó a concretar que explica solo un 15% de la varianza total de esta variable (Urzua & Caqueo, 2012).

Se ha considerado más pertinente que la calidad de vida es un constructo heterogéneo, el cual integra varios elementos y aspectos tanto objetivos como subjetivos los cuales van a interactuar con en el desarrollo o evolución de las personas y les va a permitir tener una visión de satisfacción o bienestar en su desenvolvimiento.

Su análisis va a depender de las diferentes visiones o posiciones adoptadas en el sentido amplio y filosófico. Se refiere a lo que hace que la vida de la persona sea mejor, incluyendo el bienestar mental, espiritual, las relaciones interpersonales y el funcionamiento e integridad del cuerpo. En síntesis, es el estado ideal de funcionamiento, o la experiencia subjetiva de las condiciones de salud global que tiene la persona sobre sí misma (Salas & Garzon, 2013).

Es por ello por lo que hay diferentes definiciones que se inclinan a una determinada área más que otra, para algunos implica la percepción de los individuos o grupos que satisfacen sus necesidades y no se niegan a la oportunidad de alcanzar la felicidad o realización propia del individuo. Otras definiciones la categorizan como la valoración subjetiva del estado de salud, que se relaciona más con la autoestima, el

sentimiento de pertinencia en una comunidad, lo cual implica el desarrollo del potencial humano en lo físico, social y psíquico (Salas & Garzon, 2013).

Por lo tanto, conocer con detalles o lograr medir este constructo genera consecuencias significativas en diferentes formas, en primer lugar, constituye una visión integral y multidimensional de la vida de la persona, identificando las necesidades y permitiendo la planificación y articulación de los apoyos necesarios. En un segundo momento permite trabajar bajo la base de los datos y evidencias que favorecen a los programas individuales, evaluar sus procesos y logros. Por otro lado, otorgan un valor importante valorando la percepción y experiencias y por último permite tener información sobre los predictores de calidad, que pueden utilizarse en otros programas particulares (Monardes et al., 2011).

3.4.1 DIMENSIONES DE LA CALIDAD DE VIDA

Dado su componente multidimensional comprende diferentes dimensiones, entre ellas están Davila (2018):

- El bienestar físico, este hace referencia al estado de salud física que hace que la persona funcione de la manera óptima posible y que logre responder de manera adecuada a las dificultades que puedan aparecerse.
- El bienestar emocional, se refiere a la capacidad del individuo de lograr resolver los conflictos o problemas de tipo emocionales de una manera efectiva y que no repercuten negativamente en su crecimiento personal
- Bienestar social, incluye las relaciones que la persona establece con otras, lo cual ayuda al desenvolvimiento en el entorno y la capacidad de lograr ciertas cosas.
- Bienestar relacionado con el entorno, implica los factores del contexto que intervienen en el desarrollo de la persona como aspectos laborales, capacidad económica, independencia, que les permite obtener los recursos importantes para el individuo.

Ahora bien, para comprender la calidad de vida en los adultos mayores se debe tener claro que el envejecimiento con éxito implica el desarrollo de capacidades adecuadas que ayudan a afrontar las dificultades, minimizar los efectos del déficit, optimizar y maximizar la salud tanto física como mental para lograr así la satisfacción

con la vida y participar de manera más activa en las relaciones sociales. Esto hace que se tome una visión positiva del envejecimiento la cual define la Organización Mundial de salud cuando habla de salud como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no únicamente que no haya enfermedades. Fomentar en la sociedad el envejecimiento con éxito implica identificar los factores que potencian modos sanos de envejecer para así evitar las patologías, que a su vez se traduce a su vez en niveles adecuados de calidad de vida (Noriega et al., 2017).

Por lo tanto, es fundamental considerar y tener en cuentas las limitaciones tanto físicas y mentales debido a las alteraciones o dificultades que interfieren en el funcionamiento habitual de la persona, entorpeciendo su desenvolvimiento adecuado, es por ello que al determinar que el adulto mayor presenta alguna limitación por ejemplo, el deterioro cognitivo donde los adultos mayores pierden la capacidad funcional, por ende suelen disminuir su calidad de vida ya que les genera dependencia en otras personas para poder ejecutar sus actividades rutinarias de manera independiente (Capote et al., 2016).

Es crucial considerar las limitaciones tanto físicas como mentales debido a las alteraciones que interfieren con el funcionamiento habitual de las personas, afectando su desenvolvimiento normal. Por ejemplo, en el caso del deterioro cognitivo en los adultos mayores, la pérdida de la capacidad funcional puede disminuir su calidad de vida y generar dependencia en otras personas para realizar sus actividades rutinarias de forma independiente (Capote et al., 2016).

Una revisión literaria para conocer la frecuencia de la calidad de vida en adultos mayores empleando la escala WHOQOL BREF muestra al menos dos estudios actualizados en la ciudad de Cuenca, Ecuador.

En un estudio llevado a cabo por Samaniego Chalco y Quito Calle (2023), que involucró a 101 adultos mayores no institucionalizados que asistían al Centro de Atención Ambulatoria del IESS en la ciudad de Cuenca, Ecuador, durante el año 2022, se buscó determinar las dimensiones de la calidad de vida mejor valoradas, tales como salud física, psicológica, relaciones sociales y ambiente. Los resultados mostraron que el dominio ambiental obtuvo la mejor puntuación, con una media de 63,18 (DE=12,64), seguido del dominio psicológico, que presentó una media de 60,93 (DE=10,42). Los

dominios de relaciones sociales y salud física revelaron medias de 58,66 (DE=15,09) y 56,97 (DE=9,10), respectivamente.

En otro estudio realizado por Fernández Aucapiña y Urgilés León (2023) con 40 adultos mayores residentes en una parroquia rural en Cuenca, Ecuador, se utilizó la escala WHOQOL-BREF para evaluar la calidad de vida en cuatro dimensiones: psicológica, física, ambiental y social. Los resultados indicaron que la dimensión psicológica obtuvo el puntaje más alto, con un promedio de 2,97 puntos. Le siguió la dimensión física, con un promedio de 2,34 puntos, seguida por la dimensión ambiental, con un promedio de 2,58 puntos, y finalmente, la dimensión social, con un promedio de 2,46 puntos (cabe indicar que las autoras destacan como un problema el nivel de insatisfacción con la vida sexual reportada por los adultos mayores). Estos puntajes se presentaron en una escala de 1 a 5 puntos.

3.5 RELACIÓN ENTRE CALIDAD DE VIDA Y DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES

Las investigaciones realizadas abordan la relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores. En el estudio de Capote et al. (2016), se encontró que los adultos mayores con insuficiencia renal crónica presentaban deterioro cognitivo, lo que estaba vinculado a una calidad de vida deficiente, evidenciando una alta prevalencia de esta condición y su relación negativa con la calidad de vida.

Además, Cullacay et al. (2022) identificaron un deterioro cognitivo grave en adultos que residían en una casa hogar, lo que afectaba las actividades funcionales, el ocio y, en consecuencia, su calidad de vida.

Por otro lado, el estudio de Manzon et al. (2022) reveló que los adultos mayores en un hospital presentaban deterioro cognitivo asociado a una baja calidad de vida, afectando su bienestar emocional, físico y material. Confirmaron una conexión significativa entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, sugiriendo que la preservación de las funciones cognitivas es crucial para mantener una buena calidad de vida.

Asimismo, en la investigación de Sacsi (2023), se analizó el estado nutricional y el deterioro cognitivo en adultos mayores en un consultorio de geriatría. El estudio mostró que una parte considerable de este grupo presentaba riesgo de malnutrición y deterioro cognitivo leve, lo que afectaba su autonomía y generaba un posible aumento del aislamiento social.

Finalmente, en el estudio de López et al. (2023), se determinó la prevalencia de síndrome demencial y deterioro cognitivo en adultos mayores con hipoacusia. Los hallazgos indicaron una alta incidencia de deterioro cognitivo, particularmente entre los pacientes con hipoacusia, en comparación con la presencia menos frecuente del síndrome demencial.

Estos estudios enfatizan la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores, destacando la importancia de abordar estas condiciones para mejorar el bienestar y la vida cotidiana de este grupo demográfico.

4. MATERIALES Y MÉTODOS

La presente investigación tiene un enfoque de tipo cuantitativo, ya que se midieron las variables: deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores a través de la aplicación de test psicométricos destinados a evaluar las dimensiones de cada una de ellas (Sánchez & Reyes, 2009). En enfoque cuantitativo se caracteriza por la búsqueda, organización e interpretación de datos y cálculos numéricos y a partir de ellos generar tablas o gráficos que pueden analizarse y crear argumentos de aceptación, negación o comparación (Herández & Mendoza, 2018).

4.1 DISEÑO Y TIPO DE ESTUDIO

La presente investigación es de tipo no experimental sin manipulación de variables, también es transversal porque se realizó en un corte de tiempo determinado, el alcance fue correlacional debido a que se realizó la asociación relacional entre las dos variables en estudio, se estudiaron las características principales de las variables: deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores, además de profundizar en el conocimiento de las categorías implícitas en el tema que se investiga específicamente el contexto donde se identificó la situación problema (Herández & Mendoza, 2018).

4.2 UNIVERSO DE TRABAJO

La población es un total de 80 personas adultas mayores sin discapacidad pertenecientes al cantón Girón y que se encuentran dentro de un proyecto denominado “Proyecto de Atención Domiciliaria a Adultos Mayores en convenio con el MIES-2022”. Para este estudio, la Población y la muestra son del mismo tamaño, puesto que se trabajó con los 80 sujetos que cumplieron con los criterios de inclusión.

En la tabla 1 se identifica el perfil de los adultos mayores participantes en este estudio. Se observa una distribución equilibrada entre hombres y mujeres, sin embargo, predominan las mujeres. En cuanto al estado civil, se encuentra una proporción similar de participantes casados y viudos, mientras que un número menor se reporta como soltero. Respecto a la educación, la mayoría tiene solo educación primaria, y una minoría

no tiene estudios formales. En términos de salud, una parte significativa de los participantes no presenta enfermedades detectadas, mientras que un grupo menor reporta problemas de hipertensión. Estos datos revelan un panorama general del grupo de estudio, ofreciendo información relevante para comprender la composición y posibles influencias en los resultados del estudio.

Tabla 1.

Análisis sociodemográfico del adulto mayor

Variable	Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Sexo	Hombre	34	42,50%
	Mujer	46	57,50%
Estado civil	Soltero	21	26,30%
	Casado	30	37,50%
Nivel de instrucción	Viudo	29	36,30%
	Ninguno	30	37,50%
Enfermedad que padece	Primario	50	62,50%
	Ninguno	29	36,30%
	Diabetes	5	6,30%
	Dolor de espalda	13	16,30%
Total	EPOC	1	1,30%
	Hipertensión	32	40,00%
Total		80	100,00%

Fuente: Cuestionario de diagnóstico cognitivo y calidad de vida.

Elaboración: Personal.

3.3 INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

- ***Mini examen del estado mental***

Esta prueba fue creada como un método práctico para que los clínicos pudieran medir el estado cognitivo de los pacientes, es por ello que se ha

convertido en el instrumento de exploración de deterioro cognitivo más usado a nivel mundial, es conocido como *Mini mental State Examination* (MMSE) el cual busca conocer el estado mental de la persona de una manera rápida y cuantificable. La versión utilizada para esta investigación fue la de Reyes et al. (2004) el cual consta de diez reactivos: orientación en tiempo y espacio, memoria, atención y cálculo, memoria diferenciada, denominación, repetición de las frases, comprensión y ejecución de orden, lectura, escritura y copia de dibujo. Los resultados obtenidos se categorizan de 27 a 30 como normal, de 24 a 26 sospecha de patología, 23 a 23 deterioros y las puntuaciones entre 9 a 11 indican demencia (Anexo 1).

- ***Escala de calidad de Vida, WHOQOL-BREF***

Esta prueba fue diseñada por la OMS en la década de 1990-99, para ser utilizada con todo tipo de población en general y para proporcionar una manera rápida de puntuar los perfiles de las áreas de interés, no pretende evaluar facetas del individuo, pero se recomienda cuando la calidad de vida es de interés para los investigadores. La adaptación al español es conocida como WHOQOL-BREL de Murgieri (2014) y consta de 26 ítems los cuales producen cuatro dimensiones principales: la salud física, la psicológica, las relaciones sociales y el ambiente (Anexo 2).

Las puntuaciones de dominio están escaladas en dirección positiva (es decir, puntuaciones más altas denotan una mayor calidad de vida). Se utiliza la puntuación media de los ítems dentro de cada dominio para calcular la puntuación del dominio.

Luego, se multiplican las puntuaciones medias por 4 para hacer las puntuaciones de dominio comparables con las puntuaciones utilizadas en el WHOQOL-100 y posteriormente se transforman a una escala de 0-100. Las fórmulas para calcular manualmente las puntuaciones de los dominios son las siguientes:

- Dominio Físico = $((6 - Q3) + (6 - Q4) + Q10 + Q15 + Q16 + Q17 + Q18) \times 4$.
- Dominio Psicológico = $(Q5 + Q6 + Q7 + Q11 + Q19 + (6 - Q26)) \times 4$.
- Dominio de Relaciones Sociales = $(Q20 + Q21 + Q22) \times 4$.
- Dominio del Entorno = $(Q8 + Q9 + Q12 + Q13 + Q14 + Q23 + Q24 + Q25) \times 4$.

Es importante tener en cuenta que, si más del 20% de los datos faltan en una evaluación, esta debe ser descartada. Si faltan hasta dos ítems, se sustituye por la media de los otros ítems en el dominio. Si faltan más de dos ítems en el dominio, la puntuación del dominio no se debe calcular, con la excepción del dominio 3, donde la puntuación del dominio solo se calculará si falta menos de un ítem. Archivos de sintaxis para el cálculo automático de dominios están disponibles, al igual que para el WHOQOL-100.

4.4 DISEÑO TÉCNICO Y METODOLOGÍA PARA LA OBTENCIÓN Y ANÁLISIS DE LA INFORMACIÓN.

Una vez aplicados las pruebas antes mencionadas a los participantes, se procedió a tabular los datos de la puntuación global y de cada dimensión a través del programa de Excel. Luego a través del programa SPSS versión 25 se procedió a analizar los datos, obteniendo las estadísticas descriptivas pertinentes. Asimismo, para obtener la correlación entre variables se aplicó la prueba estadística de correlación de Pearson que permite visualizar el tipo de correlación que existe entre ellas para cumplir entonces con los objetivos esperados.

4.5 ASPECTOS ÉTICOS

Para garantizar la integridad ética en la investigación, se llevó a cabo una aproximación al centro mediante una reunión con los directivos, donde se presentó detalladamente el proyecto de investigación. Durante este encuentro, se reafirmó el compromiso absoluto con la confidencialidad de la información recopilada. Además, se estableció un proceso formal para la obtención de consentimiento informado por parte de los participantes, asegurando su completa comprensión sobre la naturaleza académica y científica del estudio. Este documento fue construido destacando claramente los derechos y responsabilidades del participante en el marco de la investigación. (Ver en anexo 3)

4.5.1 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Adultos mayores sin discapacidad que forman parte del proyecto de atención domiciliaria

- Adultos mayores que pertenecen al GAD municipal del cantón girón

4.5.2 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Adultos mayores que presenten un deterioro cognitivo avanzado el cual limita a realizar los instrumentos.
- Adultos mayores con discapacidad, y quienes no pertenezcan al proyecto de atención domiciliaria a adultos mayores sin discapacidad de la municipalidad de Girón.

5. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Para dar cumplimiento a los resultados, se procede a analizar cada uno de los objetivos específicos. De este modo, se procede a identificar la frecuencia del deterioro cognitivo en la muestra de adultos mayores sin discapacidad del proyecto de atención domiciliaria. A continuación, se procede a mostrar los resultados de la evaluación de la calidad de vida en la misma muestra de adultos mayores sin discapacidad. Finalmente, se reportan los hallazgos sobre la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad.

5.1. FRECUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO

Con el objetivo de identificar la frecuencia del deterioro cognitivo en adultos mayores sin discapacidad, se presentan los resultados de la evaluación de la dimensión cognitiva. Se observa una media de puntuación de 24,69 con una mediana de 25, sugiriendo una distribución cercana a valores medianos. La desviación estándar es de 2,35, indicando la dispersión de las puntuaciones alrededor de la media. El rango de puntuaciones varía desde 15 a 29, con una diferencia de 14 puntos entre la puntuación más baja y la más alta. En la figura 1 se advierte la ubicación de la mediana dentro del diagrama de caja y bigotes, en los extremos de la caja se hallan los percentiles 75 y 25, mientras que, en las barras superior e inferior se encuentran los límites superior e inferior.

Figura 1.

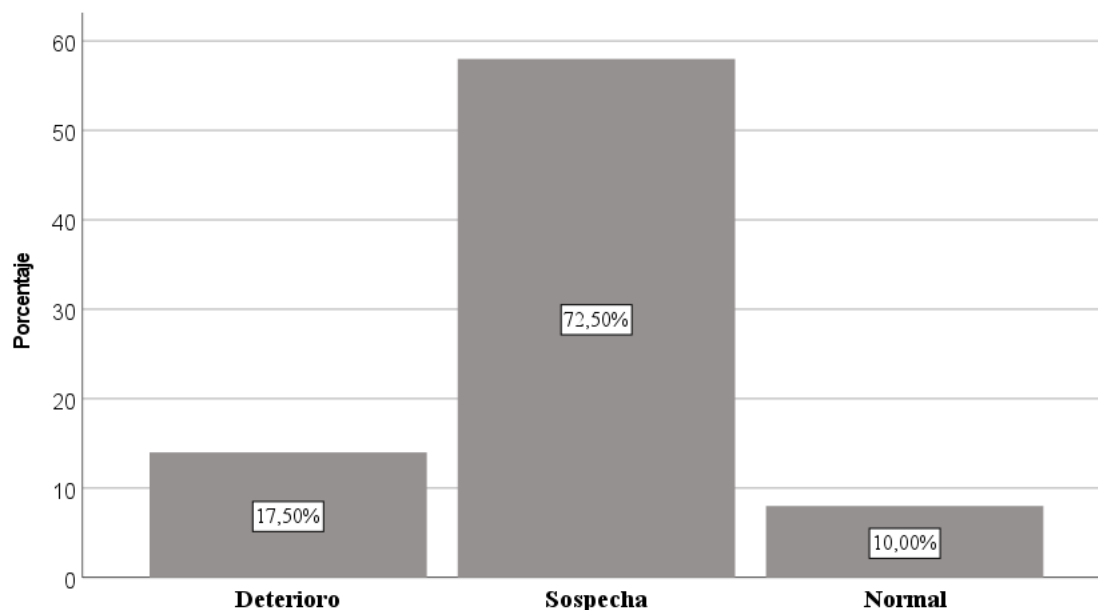
Mediana en diagrama de caja y bigotes del deterioro cognitivo según la escala Mini Mental Test



Posteriormente, al establecer puntos de corte específicos, se determinó que el 10% de las puntuaciones se encuentran dentro del rango considerado normal (27 a 30, según los criterios previamente mencionados). El 72,5% de las puntuaciones se sitúan en el rango de sospecha de patología (24 a 26), mientras que el 17,5% corresponde al rango de deterioro cognitivo (20 a 23). Estos hallazgos se ilustran en la Figura 1.

Figura 2.

Porcentaje de deterioro cognitivo según la escala Minimental Test



Estos resultados corroboran el cumplimiento del primer objetivo establecido, permitiendo identificar y cuantificar la presencia de deterioro cognitivo en la muestra de adultos mayores sin discapacidad evaluados en este estudio.

5.2 CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

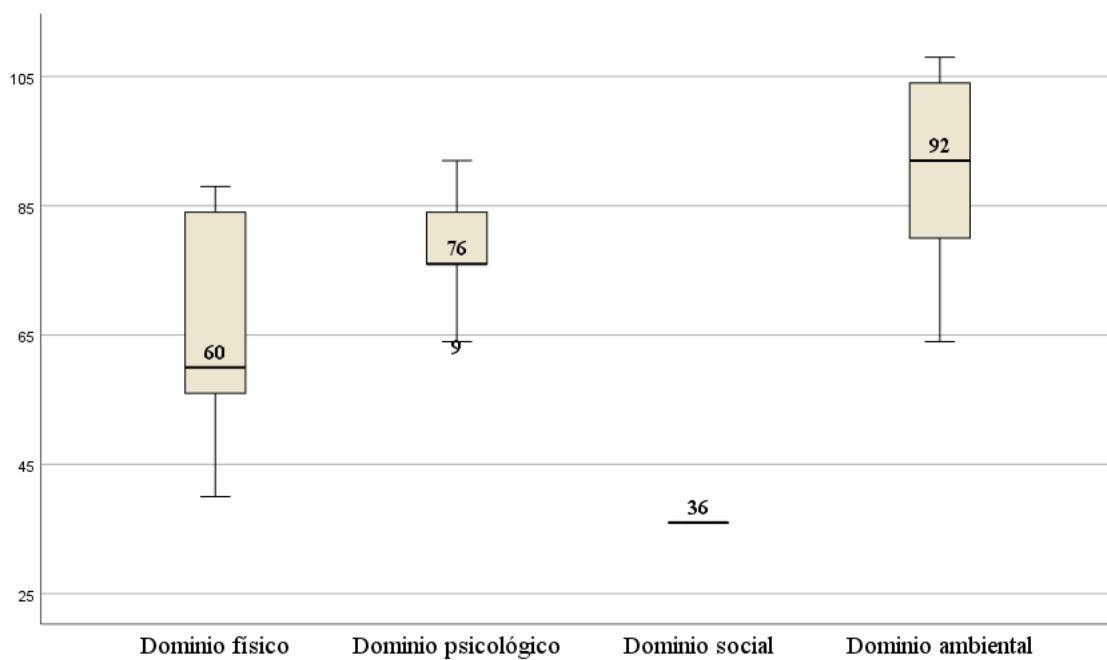
Con el propósito de evaluar la calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad, se utilizó la escala WHOQOL-BREF, la cual se divide en cuatro dimensiones distintas. En el Dominio Físico, la puntuación media es de 66,10 (DE=14,80), con un rango entre 40 y 88. La mediana en este dominio es de 60,00, mostrando una distribución más centrada en valores inferiores. Para el Dominio Psicológico, la puntuación media es de 78,25 (DE=6,64), con un rango de puntuaciones entre 60 y 92. La mediana en este caso es de 76,00, indicando una tendencia similar al valor medio. El Dominio Social presenta una puntuación constante con una media de 36 (DE=0), sin variación en el rango de puntuaciones, todas concentradas en 36. En cuanto al Dominio Ambiental, la media de puntuación es de 89,10 (DE=12,55), con un rango que varía entre

64 y 108. La mediana en este dominio es de 92,00, sugiriendo una distribución ligeramente sesgada hacia valores más altos.

Estos resultados se presentan visualmente en la Figura 2, donde las medianas se encuentran representadas en cajas, ofreciendo una representación gráfica clara de los datos. Destacando, se observa que el Dominio Ambiental refleja el nivel más alto, seguido por el Dominio Psicológico. En contraste, el Dominio Físico muestra una situación intermedia, mientras que el Dominio Social exhibe el nivel más bajo. En este último es importante señalar que todos obtuvieron la misma puntuación (36) porque todos señalaron estar muy insatisfechos con su vida sexual y muy satisfechos con sus amigos e interrelaciones personales.

Figura 3.

Mediana en diagrama de caja y bigotes de los cuatro dominios de calidad de vida obtenidos con el WHOQOL BREF



Estos resultados reflejan el cumplimiento del segundo objetivo, demostrando que el nivel más alto en calidad de vida corresponde al Dominio Ambiental, seguido por el Dominio Psicológico. Sin embargo, el Dominio Físico se sitúa en una posición intermedia, mientras que el Dominio Social muestra un nivel inferior y preocupante en la muestra evaluada.

5.3 ASOCIACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y LA CALIDAD DE VIDA DE LOS ADULTOS MAYORES

Con el propósito de indagar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores sin discapacidad, se llevó a cabo una evaluación de la distribución de los datos antes de aplicar cualquier prueba estadística.

Los resultados de la prueba de Kolmogorov-Smirnov indicaron que las variables de interés, como el deterioro cognitivo ($p=0,001$), el Dominio Físico ($p=0,001$), el Dominio Psicológico ($p=0,001$) y el Dominio Ambiental ($p=0,001$), no siguieron una distribución normal. En cuanto al Dominio Social, no se realizó el cálculo debido a la imposibilidad de establecer la distribución normal por cuanto todas las respuestas condujeron al valor de 36 puntos.

Ante esta situación, se empleó el coeficiente de correlación Rho de Spearman como estadístico de prueba para analizar la asociación entre estas variables como se puede observar en la tabla 2. Los resultados revelaron que no se halló una correlación significativa entre el deterioro cognitivo y el Dominio Físico (coeficiente de correlación: 0,086, $p=0,448$), ni con el Dominio Ambiental (coeficiente de correlación: 0,105, $p=0,352$). Sin embargo, se encontró una correlación significativa entre el deterioro cognitivo y el Dominio Psicológico (coeficiente de correlación: 0,239, $p=0,033$), evidenciando una relación estadísticamente significativa entre ambas variables.

Tabla 2.

Coefficientes rho de Spearman de las cuatro dimensiones de calidad de vida y el deterioro cognitivo

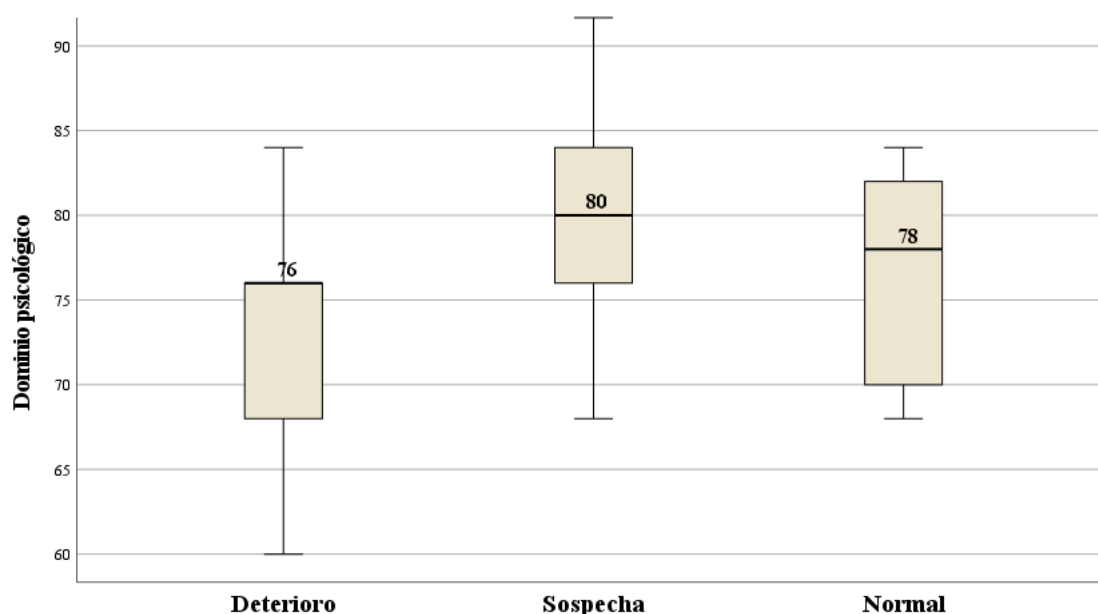
	Dominio físico	Dominio psicológico	Dominio social	Dominio ambiental
Coefficiente	0,086	0,239	-	0,105
Sig. (bilateral)	0,448	0,033	-	0,352
N	80	80	80	80

Nota. Debido a que el valor de Dominio social es constantemente 36, no es posible emplear este dato para una correlación.

Estos resultados evidencian que, en esta muestra de adultos mayores sin discapacidad, el deterioro cognitivo presenta una asociación significativa específicamente con el Dominio Psicológico de la calidad de vida, mientras que no se evidencia una correlación con el Dominio Físico ni el Ambiental. La naturaleza de los datos impidió determinar la relación con el Dominio Social. En la Figura 4, se ilustra la relación entre el deterioro cognitivo y el Dominio Psicológico. Se observa que los niveles más bajos en el Dominio Psicológico se concentran especialmente en los niveles de deterioro cognitivo, mientras que se aprecian valores más altos en la calidad de vida del Dominio Psicológico para los niveles de sospecha y normales.

Figura 4.

Mediana en diagrama de caja y bigotes de la calidad de vida obtenidos con el WHOQOL BREF con relación al deterioro cognitivo evaluado mediante el Mini Mental Test.



Se concluye que se confirma la existencia de una asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, específicamente en el Dominio Psicológico, en esta muestra de adultos mayores sin discapacidad.

6. DISCUSIÓN

En este análisis, se abordan los tres objetivos iniciales que se propusieron, enfocados en la identificación del deterioro cognitivo, la evaluación de la calidad de vida y la exploración de la relación entre ambas variables. A continuación, se discuten las limitaciones identificadas en este estudio y se plantean posibles direcciones para investigaciones futuras.

El análisis de la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores se compara entre estudios significativos. En nuestro estudio, el 18% presenta deterioro cognitivo, el 73% sospecha y el 10% muestra una condición normal. En el trabajo de Sánchez-González y Marín-Mora (2016), se determinó que un 20% presentaba déficit cognitivo leve, 35% moderado y 4% severo. Además, se evidenció una asociación entre menor nivel educativo y mayor prevalencia de deterioro cognitivo. Vega Alonso et al. (2018) reportaron una prevalencia del 18,5% ajustada, más elevada en mujeres y mayores de 85 años, demostrando la importancia de la detección temprana. En contraste, Zegarra-Valdivia et al. (2023) hallaron una prevalencia más alta del 58.80%, subrayando la urgencia de políticas de salud mental para la detección precoz en adultos mayores y población de mediana edad. Estos hallazgos respaldan la necesidad de intervenciones tempranas y el seguimiento constante en la detección y tratamiento del deterioro cognitivo.

El análisis de la calidad de vida en adultos mayores reveló valores medidos para los dominios Físico (Med 60), Psicológico (Med 76), Social (Med 36) y Ambiental (Med 92) (objetivo 2). Nuestros resultados coinciden con el estudio de Samaniego Chalco y Quito Calle (2023), donde el dominio ambiental se destacó, seguido por el aspecto psicológico, subrayando la influencia del entorno en el bienestar percibido y la relevancia de factores psicológicos en la percepción de la calidad de vida en esta cohorte. En contraste, el estudio de Fernández Aucapiña y Urgilés León (2023) reportó que el aspecto psicológico lideraba, seguido por la dimensión ambiental, destacando la variabilidad en la percepción de la calidad de vida entre diferentes grupos de adultos mayores. El estudio de Fernández Aucapiña y Urgilés León también reporta que los adultos mayores se encuentran insatisfechos con su vida sexual, aunque no a un nivel tan extremo como en

nuestro caso. Estas divergencias señalan factores no considerados en nuestra investigación, resaltando la importancia de tener en cuenta estas variaciones al desarrollar estrategias de mejora para la calidad de vida en esta población.

En nuestra investigación, se encontró una asociación significativa entre los niveles normales y de sospecha de deterioro cognitivo y un mejor nivel de calidad de vida en el dominio psicológico en comparación con aquellos con deterioro, que experimentaron una calidad de vida más baja (Rho de 0,239). Estos hallazgos coinciden con estudios previos. Capote et al. (2016) evaluaron adultos mayores con insuficiencia renal crónica y descubrieron que el deterioro cognitivo se relacionaba con una mala calidad de vida.

Del mismo modo, Cullacay et al. (2022) identificaron un grave deterioro cognitivo en adultos de una casa hogar, afectando su funcionalidad y calidad de vida. Manzon et al. (2022) también observaron que los adultos mayores con deterioro cognitivo presentaban una calidad de vida disminuida en aspectos materiales, emocionales y físicos. Estos resultados respaldan la relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida.

Además, Sacsí (2023) y López et al. (2023) estudiaron poblaciones específicas y confirmaron el impacto negativo del deterioro cognitivo en la calidad de vida. A diferencia de estos estudios, nuestra investigación se enfocó en adultos mayores sin patologías concomitantes, lo que resalta la influencia del deterioro cognitivo en una población sin enfermedades subyacentes.

El presente estudio se enfrenta a algunas limitaciones significativas que podrían impactar en la generalización de los resultados. En primer lugar, la muestra analizada se restringe a una sola institución y abarca únicamente a 80 participantes, lo que puede limitar la representatividad de los hallazgos en contextos más amplios. Además, se observó una uniformidad de respuestas en todos los ítems del dominio social de la calidad de vida, lo que sugiere una posible falta de variabilidad en las percepciones de los participantes en este aspecto específico, pudiendo influir en la precisión de la evaluación de este dominio. Estas limitaciones pueden condicionar la extensión de las conclusiones a poblaciones más amplias y resaltan la necesidad de estudios más amplios y variados para obtener una visión más holística y precisa.

Para futuras investigaciones, se recomienda ampliar el alcance de la muestra incluyendo múltiples instituciones o centros de atención, lo que permitiría una mayor

representatividad y generalización de los resultados. Además, sería beneficioso emplear escalas o métodos adicionales que permitan una evaluación más detallada de la calidad de vida, considerando su posible limitación detectada en la uniformidad de respuestas en el dominio social. El uso de herramientas complementarias o la modificación de las existentes podría ayudar a obtener una comprensión más completa y precisa de los distintos aspectos de la calidad de vida. Asimismo, extender el seguimiento longitudinal podría proporcionar información más sólida sobre la asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en el tiempo, permitiendo observar posibles cambios y evoluciones en estas variables. Estas perspectivas podrían aportar una mayor profundidad y amplitud a futuras investigaciones.

7. CONCLUSIONES

Se identificó que el deterioro cognitivo en adultos mayores sin discapacidad es parte de su ciclo vital, siendo un déficit que forma parte de la regularidad en su desempeño social. En nuestra muestra, se observó que las funciones mentales superiores se ven afectadas como un problema normal asociado con el envejecimiento. Las puntuaciones reflejaron que la mayoría de los adultos mayores exhiben un nivel esperado dentro de los límites normales en la valoración del deterioro cognitivo. No se encontraron signos de una condición cognitiva severa, sino más bien ciertos fallos normales asociados con el envejecimiento cronológico. Además, en la evaluación de la calidad de vida de estos adultos mayores, se identificaron elementos objetivos y subjetivos que influyen en su bienestar. Las dimensiones físicas, emocionales, sociales y ambientales fueron consideradas, resaltando debilidades en la dimensión física, que refleja las limitaciones inherentes al proceso degenerativo del cuerpo.

La evaluación de la calidad de vida en adultos mayores arrojó resultados que destacan la importancia de elementos subjetivos y objetivos en su bienestar. Los participantes experimentaron satisfacción y bienestar en múltiples dimensiones, como lo físico, emocional, social y ambiental. Sin embargo, se observaron debilidades en la dimensión física, atribuibles al proceso de envejecimiento y a las limitaciones físicas que conlleva. La dimensión social resultó compleja de evaluar por cuanto los adultos mayores por cuando calificaron con el nivel más bajo a la vida sexual mientras que las

interrelaciones con los niveles más altos. La calidad de vida en adultos mayores está influenciada por varios aspectos de su vida cotidiana, generando sensaciones de satisfacción y placer en relación con su entorno, relaciones sociales y bienestar emocional. Nuestra evaluación identificó ciertas debilidades en la dimensión física, asociadas a los cambios normales del envejecimiento y la pérdida de facultades físicas.

Finalmente, nuestro estudio confirma la relación entre un mejor estado cognitivo y una calidad de vida más favorable en adultos mayores, particularmente en el dominio psicológico, respaldando investigaciones previas que también han documentado el impacto negativo del deterioro cognitivo en la calidad de vida. Es importante destacar que nuestro enfoque se centró en adultos mayores sin patologías adicionales, lo que resalta la influencia del deterioro cognitivo en una población sin enfermedades preexistentes. No existe evidencia para poder concluir sobre los dominios físicos, ambientales y sociales con respecto al deterioro cognitivo.

8. REFERENCIAS

- Anaya, M., & Sepúlveda, M. (2012). *Deterioro cognitivo, depresión y calidad de vida en los adultos mayores recluidos en los establecimientos de Bucaramanga y Girón*. TFG proyecto de grado como requisito para optar el título de psicólogo, Universidad Pontificia Bolivariana, https://www.google.com/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=&cad=rja&uact=8&ved=2ahUKEwjU1tXbuNX_AhXamGoFHUbPBb4QFnoECBsQAQ&url=https%3A%2F%2Frepository.upb.edu.co%2Fbitstream%2Fhandle%2F20.500.11912%2F2105%2Fdigital_24723.pdf%3Fsequence%3D1&usg=AOvVaw1aC1nt1Vii bULIB7VGFjrj&opi=89978449
- Ávila Oliva, M. M., Vázquez Morales, E., & Gutiérrez Mora, M. (2007). Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*, 13(4), 1-11.
- Barrera, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*. Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/handle/123456789/24676>
- Bayarre, H., Gonzáles, L., & Hernández, E. (2019). Influencia de las determinantes sociales de salud en la calidad de vida relacionada con la salud de la mujer durante el envejecimiento. *Archivos en Medicina Familiar*, 21(1), 1-3. <https://doi.org/https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86586>
- Benavides , 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>
- Cabrera , V., & Lescano , A. (2020). Deterioro cognitivo en adultos mayores de un hospital de las fuerzas armadas. Universidad Ricardo Palma, Lima . <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3453>
- Cabrera-Tenecela, P. (2023). Nueva organización de los diseños de investigación. *South American Research Journal*, 3(1), 37-51. <https://www.sarj.net/index.php/sarj/article/view/37>

- Calderón, D. (2018). Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Revista Medica Herediana*, 29(3), 182-191.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v29n3/a09v29n3.pdf>
- Calles-García, J., & González-Pérez, P. (2011). *La Biblia del Footprinting*. Auto-publicación.
<https://docplayer.es/7941540-La-biblia-del-footprinting.html>
- Calvo, M., & Morales, S. (2020). *Deterioro cognitivo y calidad de vida en el adulto mayor del Centro de Jubilados Naciones Unidas, del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social IESS de la Ciudad de Quito, año 2020*. Repositorio de la Universidad Tecnológica Indoamérica, 1(1), 115.
<https://doi.org/http://repositorio.uti.edu.ec//handle/123456789/1949>
- Camargo , K., & Jaimes , E. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y salud*, 19(2), 163-170.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0124-71072017000200163&script=sci_abstract&tIng=es
- Capote , E., Casamayor, Z., Castañer, J., Rodríguez , N., Moret, Y., & Peña, R. (2016). Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 45(3), 354-364.
- Cullacay, K., & Marques, C. (2022). *Estudio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del centro casa hogar betania en el periodo 2021-2022*. TFG para el grado de psicólogo en la Universidad Politécnica Salesiana , Ecuador .
- Dávila, M. (2018). *Medición cuantitativa de los niveles de calidad de vida en áreas intervenidas por proyectos de vinculación universitaria*. TFM. Universidad Técnica de Ambato, Ecuador .
- De la Hoz, M., Garrido, D., & Retamero, R. (2021). Alteraciones lingüísticas en pacientes con deterioro cognitivo leve. Revisión sistemática. *Revista Neurológica*, 72(3), 67-76.
<https://doi.org/https://www.svnps.org/wp-content/uploads/2021/03/bz030067.pdf>
- Díaz, Z. (2021). *Calidad de vida del adulto mayor con discapacidad, Fundación Melvin Jones – La Libertad-Ecuador, 2020*. TFM, USAT.
<http://hdl.handle.net/20.500.12423/3545>

- Duque, L., Ornelas, M., & Benavides, E. (2020). Actividad física y su relación con el envejecimiento y la capacidad funcional: una revisión de la literatura de investigación. *Psicología y Salud*, 30(1), 1-13.
<https://doi.org/https://doi.org/10.25009/pys.v30i1.2617>
- Echeverría, W. (2013). *Rehabilitación neuropsicológica de la memoria en adultos mayores con alteración cognitiva leve*. TFM, Trabajo de Postgrado en Neuropsicología Clínica y Rehabilitación Neuropsicológica, Psicofisiología, específicamente memoria y terapia., Universidad Central del Ecuador , Quito.
- Fernández Aucapiña, N. Y., & Urgilés León, S. J. (2023). Calidad de vida en adultos mayores de una parroquia rural de Ecuador durante la pandemia COVID-19. *Revista Conrado*, 19(1), 155-165.
<https://conrado.ucf.edu.cu/index.php/conrado/article/view/3114>
- Gómez, I., Gómez, A., Peralta, P., & Andrés, E. (2021). Análisis del efecto a largo plazo de un programa de estimulación cognitiva en mayores con deterioro cognitivo leve en Atención Primaria: ensayo controlado aleatorizado. *ELSEVIER* 53(7), 1-34.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1016/j.aprim.2021.102053>
- González , J., & De la fuente , R. (2014). Desarrollo humano en la vejez: un envejecimiento optimo desde los cuatro componentes del ser humano. *Revista de Psicología INFAD*, 7(1), 121-129.
<https://revista.infad.eu/index.php/IJODAEP/article/view/783>
- Gonzáles, L., & Rosende, I. (2017). Ocupaciones de ocio, calidad de vida y envejecimiento activo: un análisis desde las percepciones de ciudadanos mayores autónomos. *Revista electrónica de terapia ocupacional Galicia TOG*, 1(27), 1-9.
<https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6489658>
- Guaicha, D., & Herrera, M. (2021). *Calidad de vida y apoyo familiar de los adultos mayores que participan en el proyecto gerontológico Hogar de Sabias Experiencias del cantón Coronel Marcelino Maridueña durante el confinamiento COVID – 19*. TFG en Trabajo Social, Universidad Católica de Santiago de Guayaquil.

- Guevara, F., Díaz, A., & Caro, P. (2020). Depresión y deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Poliantea*, 15(26), 37-43. <https://doi.org/https://doi.org/10.15765/poliantea.v15i26.1501>
- Llamuca Quinaloa, J. G., Macías Guamangate, Y. K., Miranda Caisaluisa, J. L., & Tapia Cerda, V. D. C. (2020). Test Minimental para el diagnóstico temprano del deterioro cognitivo. *INNOVA Research Journal*, 5(3), 13-14.
- Martín, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 1-13. https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1729-519X2018000500813&script=sci_arttext&lng=en
- Manzon, J., Gómez, N., & Guamangallo, J. (2022). *Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores*. TFG para obtener el título de psicología clínica. Hospital General. Puyo, 2022. TFG en Psicología Clínica, Universidad Nacional de Chimborazo. <http://dspace.unach.edu.ec/handle/51000/10113>
- Martín Aranda, R. (2018). Actividad física y calidad de vida en el adulto mayor. Una revisión narrativa. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 17(5), 813-825. Recuperado de <https://revhabanera.sld.cu/index.php/rhab/article/view/2418>
- Martínez, N., Rodríguez, E., & Rodríguez, A. (2021). Beneficios de la actividad física para la promoción de un envejecimiento activo en personas mayores. *Retos: nuevas tendencias en educación física, deporte y recreación*, 1(39), 829-834. <https://doi.org/https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7586487>
- Martínez, P., Oltra, J., Sitges, E., & López, 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*. 288(95), 1-8. <https://doi.org/10.33588/rn.7208.2020626>.
- Monardes, C., González, F., & Soto, F. (2011). Calidad de vida: concepto, características y aplicación del constructo. *Revista Sujeto, Subjetividad y Cultura*,(2), 68-86.
- Nachar, R., Paz, C., Mena, C., & González, A. (2018). Aspectos básicos del examen mental. TFG en Medicina. Universidad Finis Terrae. <https://medfinis.cl/img/manuales/examen-mental-uft.pdf>

- Noriega, C., Pérez, G., Carretero, I., & López, J. (2017). Calidad de Vida, Bienestar Psicológico y Valores en Personas Mayores. *Revista Clínica Contemporánea*, 8(1), 3-8.
<https://www.revistaclinicacontemporanea.org/archivos/cc2017v8n1a1.pdf>
- Otamendi, N., & Navas, P. (2018). Calidad de vida de personas con discapacidad intelectual en proceso de envejecimiento en entornos de vivienda. *Riberdis*, 6(2), 27-47.
<https://doi.org/http://hdl.handle.net/11181/5558>
- Peña, K., Rodríguez, M., Otoyá, F., Loaiza, K., & León, S. (2020). Síndromes geriátricos: caídas, incontinencia y deterioro cognitivo. *Revista UH. Ciencias de la Salud*, 6(4), 201-210. <https://doi.org/https://doi.org/10.56239/rhcs.2020.64.450>
- Peralta, I. (2020). *Batería Neurocognitiva "BREV": Adaptación y Norma en escolares de 6 a 9 años*. TFM en Neuropsicología. Universidad del Azuay.
- Perdomo, B., Rodríguez, T., Fonseca, M., Urquiza, I., Martínez, L., & Pérez, R. (2018). Caracterización de pacientes con enfermedad cerebrovascular isquémica y deterioro cognitivo. *MediSur*, 18(3), 333-344.
<https://doi.org/https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=99173>
- Petermann, F., Troncoso, C., Martínez, M., Leiva, A., Ramírez, R., Poblete, F., Garrido, A., Díaz, X., Ulloa, N., & Concha, Y. (2018). Asociación entre diabetes mellitus tipo 2, historia familiar de diabetes y deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. *Revista Médica de Chile*, 146(8), 1-12.
- Petermann, F., Troncoso, C., Martínez, M., Leiva, A., Ramírez, R., Poblete, F., Garrido, A., Díaz, X., Ulloa, N., & Concha, Y. (2018). Asociación entre diabetes mellitus tipo 2, historia familiar de diabetes y deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. *Revista médica de Chile*, 146(8), 1-12.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/10.4067/s0034-98872018000800872>
- Repositorio Digital UCSG, 2(2).
<https://doi.org/http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/16351>
- Reyes, S., Beaman, P., García, C., Villa, M., Heres, J., & Cordova, A. (2004). Validation of a modified version of the Mini mental State Examination (MMSE). *Aging Neuropsychology and Cognition*, 1-11.

- Robles, M., Fernández, N., Herrera, H., & Tapia, J. (2020). Ansiedad y depresión en adultos mayores con enfermedades catastróficas y discapacidades del Proyecto de Atención Domiciliaria del cantón Girón. *Polo del Conocimiento*, 1(1), 3-7
<https://doi.org/https://polodelconocimiento.com/ojs/index.php/es/article/view/2240>
- Román, P., & Hurtado, M. (2021). Envejecimiento activo y uso de internet para mejorar la calidad de vida de las personas mayores. *Redined*, 1(1), 109-134.
<https://doi.org/https://hdl.handle.net/11162/204887>
- Russo, J., Agostina, A., Iturry, M., Roncoroni, M., Serrano, C., Ure, J., & Zuin, D. (2020). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*, 12(2), 124-137.
<https://doi.org/https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1853002820300173>
- Salas, C., & Garzón, M. (2013). La noción de calidad de vida y su medición. *CES Salud Pública*, 4(1), 36-46.
- Samaniego Chalco, M. J., & Quito Calle, J. V. (2023). Calidad de vida en adultos mayores no institucionalizados de Cuenca- Ecuador, 2022. *Maskana*, 14(1), 41-50.
<https://doi.org/10.18537/mskn.14.01.03>
- Sánchez, C., & Reyes, C. (2009). *Metodología y diseños en la investigación científica*. Perú: Visión Universitaria.
- Sánchez, J., Vásquez, D., & Zúñiga, J. (2013). *Prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los Servicios Sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social, Cuenca 2013*. TFG en Medicina. Universidad de Cuenca, Ecuador.
- Sánchez, P., Hualcapi, M., & Jordán, F. (2020). La estimulación del desarrollo cognitivo en el adulto mayor. *Journal and Science and Research*, 1(5), 685-690.
<https://doi.org/https://revistas.utb.edu.ec/index.php/sr/article/view/1030>

- Sánchez-González, L. R., & Marín-Mora, A. (2016). Deterioro Cognitivo en adultos mayores Costa Rica: Situación y factores de riesgo en centros diurnos. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 2(4), 288-293.
- Sevillano, T., & Santos, D. (2020). Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. *Revista Cubana de Medicina*, 59(1), 1-23.
https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232020000100002&script=sci_arttext&lng=pt
- Silva, A., & Fernández, M. (2019). Realidad y desafíos para el envejecimiento. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 72(2), 1-3.
<https://doi.org/https://doi.org/10.1590/0034-7167.2019-72suppl201>
- Solís, Y., & Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(11), 1-23.
<https://doi.org/http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>
- Suárez, L., & Gross, R. (2019). Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *Revista Información Científica*, 98(1), 88-97.
https://doi.org/http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1028-99332019000100088
- Urzua, A., & Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
- Vega Alonso, T., Miralles Espí, M., Mangas Reina, J. M., Castrillejo Pérez, D., Rivas Pérez, A. I., Gil Costa, M., López Maside, A., Arrieta Antón, E., Lozano Alonso, J. E., & Fragua Gil, M. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), 491-498.
<https://doi.org/10.1016/j.nrl.2016.10.002>
- Zegarra-Valdivia, J. A., Chino-Vilca, B. N., Paredes-Manrique, C. N., Zegarra-Valdivia, J. A., Chino-Vilca, B. N., & Paredes-Manrique, C. N. (2023). Prevalencia De Deterioro Cognitivo Leve En Peruanos Adultos Mayores y de Mediana Edad. *Revista*

Ecuatoriana de Neurología, 32(1), 43-54.

<https://doi.org/10.46997/revecuatneurol32100043>

Zurique Sánchez, C., Cadena Sanabria, M. O., Zurique Sánchez, M., Camacho López, P. A., Sánchez Sanabria, M., Hernández Hernández, S., Velásquez Vanegas, K., & Ustate Valera, A. (2019). Prevalencia de demencia en adultos mayores de América Latina: Revisión sistemática. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 54(6), 346-355. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.12.007>

9. ANEXOS

ANEXO 1. MINI EXAMEN DEL ESTADO MENTAL

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIAL



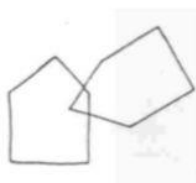
Subsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

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)	

¹ Tomado de: Reyes, S., Beaman, P, García-Peña, C., Villa, M. A., Heres, J., Córdova, A. y Jagger, C. (2004). Validation of a modified version of the Mini-Mental State Examination (MMSE) in Spanish. Aging Neuropsychology and Cognition, 11, 1-11

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)		

MINISTERIO DE INCLUSIÓN
ECONÓMICA Y SOCIALSubsecretaría de atención Intergeneracional
Dirección de la Población Adulta Mayor

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.

ANEXO 2. ESCALA DE CALIDAD DE VIDA, WHOQOL-BREF

Antes de empezar con la prueba nos gustaría que contestara unas preguntas generales sobre usted: haga un círculo en la respuesta correcta o conteste en el espacio en blanco.

Sexo: Hombre Mujer

¿Cuándo nació? Día Mes Año

¿Qué estudios tiene? Ninguno Primarios Medios Universitarios

¿Cuál es su estado civil? Soltero/a Separado/a Casado/a

 Divorciado/a En pareja Viudo/a

¿En la actualidad, está enfermo/a? Sí No

Si tiene algún problema con su salud, ¿Qué piensa que es? _____

_____ Enfermedad/Problema

Instrucciones: Este cuestionario sirve para conocer su opinión acerca de su calidad de vida, su salud y otras áreas de su vida. Por favor **conteste todas las preguntas**. Si no está seguro/a de qué respuesta dar a una pregunta, escoja la que le parezca más apropiada. A veces, ésta puede ser la primera respuesta que le viene a la cabeza.

Tenga presente su modo de vivir, expectativas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida **durante las dos últimas semanas**. Por ejemplo, pensando en las dos últimas semanas, se puede preguntar:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

	Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	(4)	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semana ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5
25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5

SIGA EN LA PÁGINA SIGUIENTE

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

Gracias por su ayuda

ANEXO 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO		
TITULO DE LA INVESTIGACIÓN:	DETERIORO COGNITIVO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL PROYECTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A ADULTOS MAYORES SIN DISCAPACIDAD DEL GAD MUNICIPAL DEL CANTÓN GIRÓN. PERIODO 2022	
INSTITUCIÓN A LA QUE PERTENECE LA INVESTIGACIÓN:	UNIVERSIDAD POLITECNICA SALESIANA.	
DATOS DEL EQUIPO DE INVESTIGACIÓN.	<ul style="list-style-type: none"> • Psic. Cl. Katherine Elizabeth Ochoa Carchi. • Psic. Cl. Joselyn Estefanía Romero Clavijo. 	
<p>Declaro que he sido informado sobre la investigación denominada: "DETERIORO COGNITIVO Y SU ASOCIACIÓN CON LA CALIDAD DE VIDA DE LOS USUARIOS DEL PROYECTO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA A ADULTOS MAYORES SIN DISCAPACIDAD DEL GAD MUNICIPAL DEL CANTÓN GIRÓN. PERIODO 2022".</p> <p>Entiendo que este estudio tiene como objetivo general el determinar la asociación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida de los usuarios del proyecto de atención domiciliaria a adultos mayores sin discapacidad del GAD Municipal del Cantón Girón en el periodo 2022 mientras que, como objetivos específicos se plantea el identificar la frecuencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores sin discapacidad; evaluar la calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad y conocer la asociación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores sin discapacidad.</p> <p>He sido informado que mi participación consistirá en responder dos instrumentos. Los datos no me serán entregados y no habrá ningún tipo de retribución por la participación. También, he sido informado de que mi participación es completamente libre y voluntaria, de manera que puedo negarla, sin expresión de causas ni consecuencias negativas hacia mi persona.</p> <p>Me han explicado mediante un lenguaje claro y sencillo los riesgos y beneficios de mi participación en la investigación. Todas mis interrogantes fueron contestadas. Además, me permitieron contar con el tiempo suficiente para decidir sobre mi participación y me entregaron una copia de este formulario de consentimiento informado. Comprendo en su totalidad mi participación en este estudio.</p> <p>Al firmar este documento, autorizo que las autoras de este estudio, así como auditores del mismo tendrán acceso a la información. La información que se resulte de esta investigación podrá ser utilizada en publicaciones, presentaciones en eventos científicos y en futuras investigaciones, en todos los casos será resguardada la identidad de los participantes.</p>		
<input type="checkbox"/>	Acepto voluntariamente participar en esta investigación.	
<input type="checkbox"/>	No acepto participar en esta investigación.	
DATOS DEL/A PARTICIPANTE:		
Nombres y Apellidos	Firma	Fecha