



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA

FACULTAD DE LA SALUD HUMANA

CARRERA DE MEDICINA HUMANA

**“Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en
centros de atención de adultos mayores de la ciudad de
Loja”**

Tesis previa a la obtención de título de

Médico General

AUTORA:

Vanessa del Cisne González Pérez

DIRECTOR:

Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp

Loja – Ecuador

2020

Certificación

Loja, 07 de julio del 2020


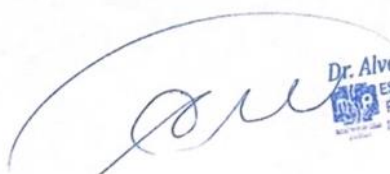
Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp

DIRECTOR DE TESIS

Certifica:

El presente proyecto de tesis elaborado por la estudiante Vanessa del Cisne González Pérez, cuyo título es “**Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja**” previo a la obtención del título de Médico General; habiendo dirigido y monitoreado con pertinencia y rigurosidad certifico la ejecución del mismo y considero que cumple con las disposiciones institucionales, metodológicas y técnicas, que regula esta actividad académica, en consecuencia lo APRUEBO, a fin de que el trabajo sea habilitado para continuar con el procesos de titulación determinado por la Universidad Nacional de Loja.

Atentamente



Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp
DIRECTOR DE TESIS

Autoría

Yo, Vanessa del Cisne González Pérez, con número de cédula 1105930810, declaro ser autora del presente trabajo de Tesis y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Autora: Vanessa del Cisne González Pérez

Firma: _____



C.I.: 1105930810


Fecha: 07 de Julio del 2020

Carta de Autorización

Yo, Vanessa del Cisne González Pérez, declaro ser autora del trabajo de Tesis: “**Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja**” y eximo expresamente a la Universidad Nacional de Loja y a sus representantes jurídicos de posibles reclamos o acciones legales, por el contenido de la misma.

Adicionalmente acepto y autorizo al sistema bibliotecario de la Universidad Nacional de Loja para que con fines académicos publique este trabajo académico a través del Repositorio Institucional-Biblioteca Virtual. Para constancia de esta autorización, en la ciudad de Loja, a los nueve días del mes de julio del dos mil veinte, firma la autora.

Loja, 09 de julio del 2020

Firma: 

Autora: Vanessa del Cisne González Pérez

C.I. 1105930810

Correo electrónico: vanessa.gonzalez@unl.edu.ec

Teléfono: 0967656919

Datos complementarios:

Director de Tesis: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp

Tribunal de Grado: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán, Mg. Sc

Dr. Cesar Fabián Juca Aulestia, Esp

Dra. María Esther Reyes Rodríguez, Mg. Sc

Dedicatoria

A Dios.

A mi familia.

Agradecimiento

Le agradezco a Dios, por su infinita bondad, por haberme guiado a lo largo de mi carrera profesional y ser mi fortaleza en todo momento.

A mis padres, Juan y Olandi, pilares fundamentales en mi vida, quienes han educado a mis hermanas y a mí con amor, inculcando en nosotras valores que conducirán nuestras vidas.

A mis abuelitos, Regina, Clotario, César y Nila, quienes me enseñaron el valor del esfuerzo y sacrificio diarios, les agradezco por no dudar nunca de mis capacidades e infundirme confianza.

A mis hermanas, Katty y María José, por llenar mis días de alegría y permanecer a mi lado siempre.

A mis tíos, en especial a mi tía Marlene, por ser mi segunda madre y por brindarme apoyo incondicional.

A la Universidad Nacional de Loja y sus docentes, quienes me han colmado de conocimientos no solo para la práctica médica sino para la vida.

De manera especial a la Dra. Elvia Ruiz, ya que a través de sus consejos fue posible la culminación exitosa del presente proyecto.

A mis queridos amigos, que se convirtieron en mi segunda familia, por su apoyo moral y humano.

Índice

Carátula.....	i
Certificación.....	ii
Autoría	iii
Carta de Autorización	iv
Dedicatoria.....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice.....	vii
1. Título:.....	- 1 -
2. Resumen.....	- 2 -
3. Introducción.....	- 4 -
4. Revisión de la literatura	- 6 -
4.1. Adulto mayor.....	- 6 -
4.2. Calidad de vida.....	- 9 -
4.3. Estado cognitivo.....	- 11 -
4.3.1. Funciones Cognitivas. son las siguientes	- 11 -
4.3.2. Deterioro Cognitivo leve DCL.	- 14 -
4.3.3. Demencia.....	- 17 -
6. Metodología.....	- 19 -
6.2. Enfoque.....	- 19 -
6.3. Tipo de diseño	- 19 -
6.4. Unidad de estudio.....	- 19 -
6.5. Universo y muestra.....	- 19 -
6.6. Criterios de Inclusión:	- 19 -
6.7. Criterios de Exclusión	- 19 -
6.8. Técnicas.....	- 20 -
6.9. Instrumentos:	- 20 -
6.10. Procedimientos:	- 20 -
6.11. Equipo y Materiales:.....	- 21 -
6.12. Análisis estadístico:	- 21 -
7. Resultados.....	- 22 -

6.1. Resultado para el primer objetivo específico.....	- 22 -
6.2. Resultado para el segundo objetivo específico	- 25 -
6.3. Resultado para el tercer objetivo específico	- 28 -
7. Discusión	- 31 -
8. Conclusiones.....	- 34 -
9. Recomendaciones	- 35 -
10. Bibliografía	- 36 -
11. Anexos	- 45 -
11.1. Anexo 1: Aprobación del proyecto de Tesis	- 45 -
11.2. Anexo 2: Pertinencia del proyecto de Tesis	- 46 -
11.3. Anexo 3: Designación del director de Tesis.....	- 47 -
11.4. Anexo 4: Oficio de autorización de recolección de datos	- 48 -
11.5. Anexo 5: Consentimiento Informado	- 49 -
11.6. Anexo 6: Ficha técnica sociodemográfica.....	- 52 -
11.7. Anexo 7: Evaluación Cognitiva de Montreal	- 53 -
11.8. Anexo 8: Cuestionario de Calidad de vida	- 54 -
11.9. Anexo 9: Certificación de Traducción	- 58 -

1. Título:

**“Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención
de adultos mayores de la ciudad de Loja”**

2. Resumen

En los adultos mayores es frecuente objetivar alteraciones cognitivas a consecuencia del envejecimiento; lo que asociado a otros factores provoca una disminución de la calidad de vida. El estado cognitivo es la capacidad de procesar información obtenida del medio a partir de la percepción y la experiencia. Calidad de vida es la percepción personal subjetiva del estado global en el que se desarrolla. La presente investigación se planteó determinar si existe relación entre el estado cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores por medio de la utilización de dos instrumentos: el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD y la Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA. El diseño del estudio es de tipo, prospectivo, de corte transversal y analítico. Se ha realizado utilizando una muestra de 50 adultos mayores pertenecientes a centros de atención de la ciudad de Loja. Se comprobó que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de estudio dada por una correlación de Pearson 0,834, con una significancia de ($p = 0,000$); además una correlación de Spearman de 0,840 con una significancia de ($p = 0,000$). Los resultados permiten concluir que existe una relación directa expresada así; el estado cognitivo normal se relaciona en mayor medida con una buena calidad de vida; por otro lado el deterioro cognitivo leve se vincula a una calidad de vida medianamente buena; no obstante la demencia determina que la autopercepción de calidad de vida sea mala.

Palabras clave Funciones cognitivas, Deterioro cognitivo leve, Demencia, Autopercepción

Abstract

In older adults, it is common to see cognitive changes due to aging; which associated with other factors causes a decrease in the quality of life. The cognitive state is the ability to process information obtained from the environment from perception and experience. Quality of life is the subjective personal perception of the global state in which it develops. This research aimed to determine if there is a relationship between cognitive status and quality of life in older adults through the use of two instruments: the WHOQOL-OLD Quality of Life Questionnaire and the Montreal MoCA Cognitive Assessment. The study design is type, prospective, cross-sectional and analytical. It was carried out using a sample of 50 older adults belonging to care centers in the city of Loja. It was verified that there is a statistically significant relationship between the study variables given by a Pearson correlation of 0.834, with a significance of ($p = 0.000$); also a Spearman correlation of 0.840 with a significance of ($p = 0.000$). The results allow us to conclude that there is a direct relationship expressed in this way; normal cognitive status is more closely related to a good quality of life; on the other hand, mild cognitive impairment is linked to a fairly good quality of life; however dementia determines that self-perception of quality of life is poor.

Keywords: Cognitive functions, Mild cognitive impairment, Dementia, Self-perception

3. Introducción

En Ecuador la Encuesta Nacional SABE I (2010), determinó que la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta conforme incrementa la edad, así: en el grupo de 60 a 64 años la incidencia es de 8,8%; en el grupo de 75 años en adelante, fue cuatro veces mayor y es superior en mujeres.

El deterioro cognitivo se manifiesta con la disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales a su vez estas condiciones propias de la vejez empobrecerían la calidad de vida al repercutir negativamente en la apreciación de la misma (Freire, y otros, 2014, pág. 117)

Resulta difícil definir el estado de salud global en los adultos mayores ya que el envejecimiento se asocia a numerosas patologías, por lo tanto para estudiar la salud de este grupo poblacional no basta con analizar la incidencia y mortalidad de la enfermedad, sino que es preciso incluir la calidad de vida como un factor determinante. (Martínez & Lozano, 2015, pág. 47)

De la misma manera para realizar una valoración legítima de la calidad de vida en adultos mayores es necesario considerar el estado de salud en primer lugar, ya que los síntomas derivados de las enfermedades afectan negativamente la percepción de la misma. (Paterna, Bardales, & Martinez, 2015, pág. 156)

En los últimos años el Ecuador ha experimentado una transición demográfica; lo que ha condicionado que la esperanza de vida en el país aumente; a su vez esto ha provocado un envejecimiento de la población; razón por la cual resulta necesario emprender investigaciones que permitan mejorar la calidad del envejecimiento en el país. (Freire, y otros, 2014, pág. 116)

El impacto que ejercen ciertos factores en la percepción de calidad de vida individual de los adultos mayores se corresponde con las particularidades en las que se desarrollan; que son diferentes en aquellos adultos mayores que asisten o residen en centros de atención y que son atendidos por cuidadores o religiosas, de aquellos que residen en sus hogares al cuidado de su familia, por lo tanto dichas apreciaciones individuales se modifican dependiendo de su entorno y a su vez este afectaría considerablemente al estado cognitivo. (Salcedo, 2018, pág. 11).

El deber de un médico es el de brindar un bienestar completo al paciente, lo que representa un reto en los adultos mayores ya que con el paso de los años se ven aquejados por muchas enfermedades, no obstante se debe tener presente que dicho objetivo no se puede lograr tratando solamente la enfermedad sino también el impacto de esta sobre la calidad de vida, al reconocer el papel crucial que esta desempeña lograremos no solo ser mejores médicos sino mejores seres humanos y es el objetivo que todos los profesionales deberíamos buscar.

A nivel mundial se ha reconocido la importancia del déficit cognitivo y la calidad de vida, lo que ha permitido la elaboración de diversas investigaciones que a su vez han contribuido al desarrollo de instrumentos para evaluar ambas entidades, lo que ha constituido una base sobre la cual se han estructurado nuevas investigaciones.

En Ecuador se cuenta solamente con dos estudios que relacionan las variables de interés aplicados en las ciudades de Quito y Ambato, sin embargo se utilizan instrumentos diferentes y los resultados no son concluyentes, por lo que se requiere profundizar el conocimiento.

En la ciudad de Loja se han realizado investigaciones que han estudiado el estado cognitivo y la calidad de vida por separado. Por lo tanto aún no se ha establecido si en nuestro medio existe o no relación entre las dos variables, por consiguiente para contribuir al conocimiento se ha planteado la siguiente investigación.

Considerando que en Ecuador la prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores es elevada y aumenta conforme avanza la edad, resulta fundamental investigar el impacto de este sobre la calidad de vida; puesto que al reconocer la trascendencia de valorar de manera conjunta estos dos aspectos sería posible implementar nuevas políticas de salud pública, orientadas al mejoramiento de las últimas etapas de la vida, garantizando de esta manera una atención de salud integral que procure el bienestar tanto físico como emocional del paciente.

La presente tesis posee un diseño metodológico distinto a otras investigaciones, por lo que nos permitirá conocer de primera mano el estado cognitivo y la calidad de vida de adultos mayores institucionalizados; del mismo modo contribuye a ampliar el conocimiento del tema al analizar la realidad de la ciudad de Loja. Al mismo tiempo el esclarecimiento de esta problemática permitiría realizar una intervención oportuna, que supone un beneficio considerable para los adultos mayores tanto para su estado de salud como para su calidad de vida.

Por lo expuesto anteriormente, nos planteamos la siguiente pregunta de investigación; ¿Existe relación entre el estado cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores?.

Para desarrollar la presente investigación se planteó como objetivo general; Determinar la relación entre el estado cognitivo y la calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja; y como objetivos específicos: identificar el estado cognitivo de acuerdo al sexo, edad y nivel de instrucción; evaluar el nivel de Calidad de vida de acuerdo al sexo, edad y nivel de instrucción y relacionar el estado cognitivo y la calidad de vida de acuerdo al sexo, edad y nivel de instrucción.

4. Revisión de la literatura

4.1. Adulto mayor

Los viejos son sólo personas con muchos años de vida. No son como niños, ni inútiles, ni incapaces, ni faltos de entendimiento, ni enfermos crónicos, ni pacientes molestos, y mucho menos un problema. Tienen derecho a vivir una vida plena, por lo que es nuestra obligación como médicos ofrecerles la mejor atención sanitaria disponible en función de la mayor evidencia científica existente, respetando sus decisiones, sus preferencias y sus creencias, aunque a veces no las compartamos. Sólo ellos son dueños de su vida y de la manera en la que la quieren vivir. (Soler, Romero, Luengo, Sánchez, & Jordán, 2016, pág. 320)

El envejecimiento es un proceso multidimensional que afecta a la persona, la familia y la comunidad; por lo que resulta de vital importancia emprender acciones integrales y solidarias que promuevan una vejez digna, tranquila y saludable. (Ministerio de Inclusión económica y Social, 2013, págs. 9-10)

La Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948), proclama “el derecho de toda persona a un nivel de vida digna y la garantía de seguridad para la vejez”.

La Constitución de la República del Ecuador aprobada mediante referéndum en el año 2008, en el Artículo 36, reconoce como adultos mayores a aquellos ciudadanos que hayan cumplido sesenta y cinco años de edad; además garantiza atención prioritaria y especializada en los ámbitos público y privado, en especial en los campos de inclusión social y económica, y protección contra la violencia. (Asamblea Constituyente, 2008, pág. 31)

De acuerdo al Ministerio de Inclusión Económica y Social, en Ecuador la población de adultos mayores es de 1,049.824 que representa el 6,5% de la población total. Se prevé que para el año 2020 sea de 7,4%. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2017)

El Instituto Nacional de Estadística y Censos en la Provincia de Loja, en su informe indica que la población de entre 60 a 64 años es de 5.943 adultos mayores. (Instituto Nacional de Estadísticas y Censos, 2017)

De acuerdo al grupo de edad, los adultos mayores se clasifican así: adulto mayor joven 55–64 años, adulto mayor maduro 65–74 años, adulto mayor 75–84 años, anciano mayores de 85 años, nonagenarios y centenarios. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Según la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE I, el envejecimiento ocurre en tres niveles: (Freire, y otros, 2014, pág. 35)

El primero es Individual e inevitable en el que se producen cambios fisiológicos y psicológicos que afectan el desarrollo del adulto mayor.

El segundo es Familiar, que incluye cambios en el entorno familiar propios del ciclo de vida normal del ser humano.

El tercero es Social, en los últimos años Ecuador ha experimentado una transición demográfica a consecuencia del aumento de la esperanza de vida y una disminución de la tasa de fertilidad y mortalidad por lo que se observa un envejecimiento de la población.

Según la Constitución de la República del Ecuador en su artículo 38: El Estado protegerá de modo especial, a los ancianos abandonados o desprotegidos. Asimismo, fomentará y garantizará el funcionamiento de instituciones del sector privado que cumplan actividades de atención a la población anciana, con sujeción a la presente Ley, en especial a aquellas entidades, sin fines de lucro, que se dediquen a la constitución, operación y equipamiento de centros hospitalarios gerontológicos y otras actividades similares. (Asamblea Constituyente, 2008)

Durante los últimos periodos de la vida, existen mayores limitaciones para acceder a recursos de subsistencia y se incrementan las necesidades de atención, motivo por el cual el estado ecuatoriano ha implementado estrategias que promueven el envejecimiento activo. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018)

4.1.1. Centros y servicios de atención para la población adulta mayor. El Ministerio de Inclusión Económica y Social en el año 2014, elaboró una Norma Técnica de Población Adulta Mayor la cual es de obligatorio cumplimiento; tiene la finalidad de estandarizar el funcionamiento de los servicios de atención gerontológica mediante atención directa y/o por convenios.

La norma técnica se fundamenta en un enfoque de derechos que considera al envejecimiento como una opción de ciudadanía activa y envejecimiento positivo, para una vida digna y saludable; define tres ejes de política pública: (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014, pág. 9)

- Inclusión y participación social, considerando a los adultos mayores como actores del cambio social;
- Protección social, que asegura una protección destinada a prevenir o reducir la pobreza, vulnerabilidad y la exclusión social;
- Atención y cuidado, a través de la operación de servicios y centros gerontológicos, de administración directa, o gestionados por convenios de cooperación.

El Ministerio de Inclusión Económica y Social, cuenta con varios centros de atención al Adulto mayor distribuidos en el territorio nacional, los que funcionan a través de la implementación de servicios multimodales que incluye las siguientes modalidades: residencia, atención diurna,

atención en espacios alternativos y atención domiciliaria. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018, pág. 10)

En la provincia de Loja la cobertura de los servicios para la población adulta mayor es de 5.362 usuarios, con un presupuesto de 1'211.282 dólares al año. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018)

En el cantón Loja, el MIES atiende a más de mil quinientas personas adultas mayores, con un presupuesto que sobrepasa los 220 mil dólares, a través de 12 convenios con gobiernos parroquiales, fundaciones y organizaciones de la sociedad civil. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2018)

En la provincia de Loja, en 49 unidades atiende el MIES a 3.607 personas adultas mayores, con una inversión que supera los 550 mil dólares.

La ciudad de Loja cuenta con 5 centros de atención al Adulto Mayor, tanto municipales como privados, entre los cuales se encuentran:

1. Centro Municipal de atención al Adulto Mayor N°1, ubicado en las calles Manuel de J. Lozano y Antonio Navarro, Ciudadela La Paz (sector Norte), que atiende a 100 adultos mayores.
2. Centro del día San José de Loja, ubicado en San José Alto que atiende a 25 adultos mayores.
3. Hogar Daniel Álvarez Sánchez, ubicado en la calle Agustín Carrión (Sector Jipiro), que atiende a 40 adultos mayores.
4. Casa Hogar Madre Teresa de Calcuta, ubicado en la Avenida Salvador Bustamante Celi (Sector Jipiro) que atiende a 37 adultos mayores.

4.2. Calidad de vida

Actualmente no se cuenta con una definición ampliamente aceptada de Calidad de Vida, sin embargo diversos autores consideran que se trata de un constructo social o una condición multidimensional que engloba la percepción subjetiva por parte del individuo de su estado global. (Bravo, Noe, Gómez, & Soto, 2018, pág. 5), (Salcedo, 2018, pág. 7)

Se define la calidad de vida en función de la manera en que el individuo percibe el lugar que ocupa en el entorno cultural y en el sistema de valores en que vive, así como en relación con sus objetivos, expectativas, criterios y preocupaciones”. (Organización Mundial de la Salud, 2016)

Implica aspectos subjetivos como las valoraciones, juicios y sentimientos del adulto mayor en relación a su propia vida, tales como: búsqueda de trascendencia, aceptación a los cambios, percepción de bienestar, percepción sobre la discriminación y el rol del adulto mayor en la sociedad. (León, Rojas, & Campos, 2014, págs. 13-15)

La calidad de vida definida de manera simple es la capacidad de verse y sentirse útil antes y después de los 60 años de edad. (Ministerio de Inclusión económica y Social, 2013, pág. 12)

La calidad de vida se concibe a partir de dos enfoques; el enfoque subjetivo que incluye aspectos emocionales; personalidad, seguridad, relaciones sociales, ideales y objetivos de la vida. (Salcedo, 2018, pág. 8).

Y el enfoque objetivo que se relaciona con la salud, los recursos económicos, empleo y ocupación nivel de educación, entre otros (Auquilla & Pacurucu, pág. 10)

4.2.1. Factores que influyen en la calidad de vida de los adultos mayores. La calidad de vida depende de la conjunción de múltiples factores tanto ambientales como personales. (Salcedo, 2018, pág. 11)

Entre los factores implicados se han descrito; capacidad funcional, estado físico, dolor, sueño, alimentación, comunicación, espiritualidad, situación emocional y psicológica, sexualidad, situación familiar, funcionamiento social, ocupación laboral y productividad, expectativas de futuro, preocupación ecológica, estado de salud y satisfacción con el tratamiento. (Paterna, Bardales, & Martínez, 2015, pág. 157)

Se han descrito ciertos factores reconocidos por los adultos mayores como determinantes de su calidad de vida entre los cuales se contempla las relaciones familiares, apoyo social, salud general, estado funcional, disponibilidad económica y factores socioeconómicos. (Flores, y otros, 2018, pág. 84)

Estos factores están directamente relacionados con la capacidad de mantener la autonomía, controlar, afrontar y tomar decisiones personales acerca de cómo vivir, de acuerdo con las normas y preferencias propias. (Flores, y otros, 2018, pág. 84)

Asimismo se debe tener en cuenta que la calidad de vida en adultos mayores depende de la relación estrecha entre años de vida saludable y la esperanza de vida (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2015, pág. 16)

La calidad de vida en el adulto mayor, quien presenta enfermedades propias del envejecimiento; es la resultante de la interacción de la enfermedad y sus determinantes, la personalidad del paciente, el grado de cambio que inevitablemente se produce en su vida, el soporte social recibido y percibido, y la etapa de la vida. (Botero de Mejía & Pico Merchán, 2015, pág. 14)

Por lo tanto la calidad de vida se ve influenciada por un sinnúmero de factores, sin embargo es deber del Estado ecuatoriano asegurar que en las últimas etapas de vida de los ciudadanos se respeten los deberes y derechos que les corresponden asegurando una vida digna como ciudadanos activos, que contribuyen al crecimiento económico, que producen y consumen bienes y servicios, que realizan tangibles aportes a la familia y a la sociedad, que tienen derechos y responsabilidades. (Bravo, Noe, Gómez, & Soto, 2018, pág. 5)

En Ecuador los adultos mayores asumen su etapa de vejez con un 34% de optimismo; una cifra baja si se la compara con la de otros países sudamericanos; estas cifras se explican al tener en cuenta que el 14% de la muestra no cuenta con educación; lo que influye negativamente en la autopercepción de su calidad de vida (Bustamante, Lapo, Torres, & Camino, 2017, pág. 166)

Otras cifras reportan que la calidad de vida de los adultos mayores indicaba que cerca del 23% vivía en condiciones sociales buenas, el 54% en condiciones regulares o malas y un 23% en condiciones de indigencia. (Freire, y otros, 2014, pág. 118)

4.3. Estado cognitivo

Según la Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple (2018) Cognición es la habilidad de aprender y recordar información; organizar, planear y resolver problemas; concentrarse, mantener y distribuir la atención; entender y emplear el lenguaje, reconocer correctamente el ambiente, y realizar cálculos.

La función cognitiva es la facultad de procesar la información a partir de la percepción y la experiencia. (Tigre, 2016, págs. 7-8)

Los cambios cognitivos propios del envejecimiento y dependen de la variabilidad individual, la coexistencia de enfermedades y a la reserva funcional del sistema nervioso central. (Romero, Navarro, & Esquinas, 2016, pág. 215)

Según la Norma Técnica de Población Adulta Mayor, los centros de atención a adultos mayores deberán incluir en todas sus acciones diarias actividades que impidan el deterioro físico y cognitivo y fomenten la autonomía de las personas adultas mayores, para lo cual implementarán planes e instrumentos. (Ministerio de Inclusión Económica y Social, 2014, pág. 18)

El funcionamiento cognitivo comprende cinco dominios: atención, memoria, capacidades lingüísticas, capacidades visuoespaciales y funciones ejecutivas frontales, los cuales son los más reconocidos, sin embargo también se describe otro dominio, la orientación (Lee & Chan, 2015, pág. 862)

4.3.1. Funciones Cognitivas. son las siguientes

4.3.1.1. Atención. Capacidad de generar, mantener y dirigir un estado de activación adecuado para el procesamiento correcto de la información, depende del funcionamiento normal de la corteza cerebral de la zona frontal, en el área llamada prefrontal. (Arriola, y otros, 2017, pág. 11)

Sin embargo es una de las funciones que se preservan a pesar del envejecimiento. (Amor & Martìn, 2015, pág. 170)

4.3.1.2. Memoria. Conjunto de procesos mentales de orden superior que incluyen recolección, almacenamiento y recuperación de la información. (Arriola, y otros, 2017, pág. 11)

Se ha reconocido ampliamente que las estructuras medias del lóbulo temporal y el hipocampo desempeñan un papel importante en la memoria humana. (Lee & Chan, 2015, pág. 862)

La memoria es una de las funciones cognitivas más estudiadas y de las primeras en deteriorarse con la edad, las principales suelen ser dificultad para recordar nombres, números de teléfono o

el lugar en el que se encuentran los objetos, es decir que se evidencia mayor deterioro en la memoria semántica, episódica inmediata y a largo plazo. (Clemente, Mendez, & Sevilla, 2015, pág. 155) (Pérez, Oviedo, & Britton, Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor, 2018, pág. 8)

La memoria ha sido clasificada en memoria declarativa o explícita (episódica y semántica) y la no declarativa o implícita. (Comesaña & Gonzalez, 2014, pág. 204)

El deterioro en la memoria episódica o de experiencias personales mediada por estructuras temporales mediales, permite valorar la evolución del deterioro cognitivo leve. (Arriola, y otros, 2017, pág. 11). Tanto la memoria episódica como la de trabajo son las que más se deterioran con el envejecimiento. (Custodio, y otros, 2015, pág. 323)

Los adultos mayores con deterioro cognitivo leve presentan alteración de la memoria episódica, sin embargo son conscientes de este déficit, por otro lado los pacientes con demencia carecen de consciencia de este déficit.

La memoria semántica tiene que ver con los conocimientos generales y de lenguaje; se conserva. (Arriola, y otros, 2017, pág. 11). Sin embargo, la recuperación de información altamente específica típicamente declina, como ocurre con los nombres. (Custodio, y otros, 2015, pág. 323)

Con el envejecimiento se afecta más la memoria a largo plazo que la memoria a corto plazo (Custodio, y otros, 2015, pág. 323)

4.3.1.3. Capacidades lingüísticas. Diversas investigaciones nos muestran que, a medida que envejecemos, algunas funciones lingüísticas se modifican. (González, Mendizábal, Jimeno, & Sanchez, 2019, pág. 31)

Custodio, y otros (2015, pág. 323), manifiesta que la conservación o declinamiento de las capacidades lingüísticas de los adultos mayores estaría relacionada con el nivel educativo, ya que se evidencia confusión en la organización del discurso en aquellos adultos mayores con nivel educativo bajo.

Las habilidades lingüísticas que se conservan son: la fonética-fonológica que únicamente se altera en adultos mayores con deterioro cognitivo grave o demencia; y la competencia léxica. (González, Mendizábal, Jimeno, & Sanchez, 2019, pág. 32) (Amor & Martìn, 2015, pág. 170)

Asimismo parece no haber alteración en la capacidad para denominar objetos, definir palabras, reconocer definiciones correctas y corregir frases sintácticamente incoherentes. (Custodio, y otros, 2015, pág. 323)

No obstante en adultos mayores con deterioro cognitivo leve o demencia, se evidencia alteración de diferentes procesos lingüísticos como fluidez verbal, densidad proposicional, complejidad gramatical. (Facal, y otros, 2018, pág. 5)

Se describe que los adultos mayores presentan dificultades para evocar nombres de personas circunstancia que compensan con el uso de circunloquios, problemas para comprender oraciones y alteraciones en la fluidez del discurso.

4.3.1.4. Visuoespacial. Son posibles por medio de dos subsistemas corticales que permiten establecer la relación del objeto con el espacio. (Rosselli, 2015, pág. 176)

“Permiten analizar, comprender y manejar el espacio en el que nos desenvolvemos en varias dimensiones” (Ortega, y otros, 2014, pág. 83)

En la región occipital se ha identificado tres áreas principales: Un área visual primaria o córtex estriado, y dos áreas visuales secundarias. Asimismo existen otras dos áreas que intervienen en funciones visuales más complejas y que son de interés para comprender las capacidades visuoespaciales; estas son: Un área de significación visual, denominada el sistema del “qué”, se encarga de identificar qué es lo que vemos; situada en el lóbulo parietal, próxima a las áreas auditivas y un área relacionada con las funciones de aprendizaje y memoria visual, situada en el lóbulo temporal. encargada de ubicar espacialmente lo visto denominado el sistema del “dónde”. (Aznar, 2019, pág. 2)

4.3.1.5. Funciones ejecutivas. Conjunto de funciones superiores , llevadas a cabo por la corteza prefrontal; para ejecutar comportamientos premeditados buscando adaptación a situaciones nuevas. (Clemente, Mendez, & Sevilla, 2015, pág. 155)

Estas funciones están implicadas en actividades de planificación de acciones no rutinarias, organización, aprendizaje intencional, flexibilidad cognitiva, solución de problemas, planificación discursiva, organización de conductas, posibilidades de cambio y monitoreo de errores. (Custodio, y otros, 2015, pág. 324)

Durante el envejecimiento se produce un declinamiento significativo de las funciones ejecutivas. (Aceiro, Saux, Rubio, González, & Grasso, 2018, pág. 5)

La alteración de estas funciones incluye el pensamiento abstracto, la flexibilidad mental y la capacidad para responder a los cambios del entorno. (Clemente, Mendez, & Sevilla, 2015, pág. 156)

4.3.1.6. Orientación. Se describe como aquel conocimiento que el sujeto tiene del entorno espacial y temporal en el que se desenvuelve. (Pérez & García, Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado, 2016, pág. 127)

4.3.1.6.1. Orientación personal. Es el conocimiento de la identidad individual. En el caso de que exista alteración se evidencia dificultad. (Neuron Up, 2018)

Los adultos mayores que presenten alteración en este dominio tienen dificultad para recordar cuantos años tiene o si es que tiene hijos. (Pérez & García, Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado, 2016, pág. 127)

4.3.1.6.2. Orientación temporal. es la comprensión de información concerniente al tiempo, los adultos mayores que presenten alteración en el estado cognitivo presentan inconvenientes para describir el día, mes y año. (Neuron Up, 2018)

4.3.1.6.3. Orientación espacial. se refiere a la conciencia del lugar en el que el individuo se desenvuelve. El adulto mayor con alteración en el estado cognitivo presenta alteración en la capacidad de reconocer donde se encuentra, como ha llegado y como regresar. (Neuron Up, 2018)

4.3.2. Deterioro Cognitivo leve DCL. Se define como el “Estado transicional entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y un estadio temprano de la demencia”. (Pose & Manes, Deterioro cognitivo leve, 2010, pág. 7)

“Deterioro cognitivo es la disminución mantenida del rendimiento de las funciones intelectuales o cognitivas desde un nivel previo más elevado” (Montenegro, Montejo, Llaneros, & Reinoso, 2014, pág. 48)

El Deterioro cognitivo leve, se describe como aquellos cambios en la funciones neurocognitivas justificados como cambios fisiológicos propios del envejecimiento, que sin embargo no afecta de forma significativa a las actividades cotidianas del adulto mayor. (González, Mendizábal, Jimeno, & Sanchez, 2019, págs. 30-31)

Provoca el declinamiento de las funciones cognitivas principalmente memoria, funciones ejecutivas; obedece a la asociación de varios factores, tanto fisiológicos como ambientales por lo que se observa gran variabilidad interindividual. (Blasco, Borrás, Ribes, & Viña, 2016, pág. 4)

Los adultos mayores con Deterioro cognitivo leve presentan alteración en las funciones cognitivas primero la memoria, luego el lenguaje o las funciones ejecutivas; sin embargo las alteraciones funcionales son mínimas. (Montenegro, Montejo, Llaneros, & Reinoso, 2014, pág. 49)

El deterioro cognitivo leve es una entidad clínica heterogéneo, sin embargo la importancia del diagnóstica temprano estriba en el riesgo de evolución a demencia. (Amor & Martín, 2015, pág. 170)

4.3.2.1. Clasificación. Se clasifica así;

4.3.2.1.1. *DCL amnésico dominio único.* déficit de memoria de 1.5 desviaciones típicas corregido para la edad y la escolaridad, sin criterios para diagnóstico de demencia. (Custodio, y otros, 2015, pág. 324)

4.3.2.1.2. *DCL amnésico dominio múltiple.* el deterioro de la memoria se acompaña de la alteración de alguna otra función cognitiva, generalmente las funciones ejecutivas. (Arriola, y otros, 2017, pág. 12)

4.3.2.1.3. *DCL no amnésico dominio único.* deterioro de alguna función cognitiva diferente a la memoria. Se considera una manifestación del grupo de demencias no Alzheimer. (Custodio, y otros, 2015, pág. 324) Las funciones ejecutivas más frecuentemente afectadas son la función ejecutiva, visuoespacial y el lenguaje. (Arriola, y otros, 2017, pág. 12)

4.3.2.1.4. *DCL no amnésico dominio múltiple.* se refiere al detrimento de varios dominios cognitivos diferentes a la memoria. (Arriola, y otros, 2017, pág. 12)

4.3.2.2. Diagnóstico. Las pruebas de cribaje permiten identificar a adultos mayores con un riesgo elevado de padecer deterioro cognitivo leve, sin embargo no establece el diagnóstico, a pesar de esto los adultos mayores deberían someterse a estas pruebas anualmente, y en el caso de objetivarse un riesgo elevado realizar valoraciones complementarias que permitan confirmar o descartar el diagnóstico. (Arriola, y otros, 2017, pág. 12)

Resulta necesario realizar una historia clínica detallada en la que consten las comorbilidades y medicamentos utilizados, para establecer el estado basal adulto mayor. (Custodio, y otros, 2015, pág. 327)

La entrevista debe realizarse si es posible en compañía de un familiar o cuidador del adulto mayor ya que en la mayor parte de los casos son quienes reconocen cambios en la cognición o la conducta. (Pérez, Oviedo, & Britton, Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor, 2018, pág. 8)

El interrogatorio debe enfocarse a reconocer alteraciones en las funciones cognitivas como: dificultad para aprender, retener información nueva, realizar tareas complejas, orientación,

lenguaje y comportamiento. Preguntar el inicio de los síntomas y su evolución (Amor & Martín, 2015, pág. 170)

Se recomienda realizar una buena exploración física principalmente la neurológica en la que se debe evaluar: nivel de atención, orientación, funcionamiento de los órganos de los sentidos principalmente visión y audición; además reflejos, tono muscular, marcha. (Amor & Martín, 2015, pág. 170)

Posteriormente se realiza estudios de neuroimagen cerebral y pruebas de sangre (Custodio, y otros, 2015, pág. 327) (Pose & Manes, 2016, pág. 9)

Actualmente se utiliza el perfil en líquido cefalorraquídeo en el que se ha objetivado un descenso de β amiloide 1-42 y el aumento de la concentración total de la proteína tau.

4.3.2.2.1. Criterios Diagnósticos. Se considera que un adulto mayor padece deterioro cognitivo leve, cuando cumple con los siguientes criterios: 1) quejas de pérdida de memoria de preferencia confirmadas; 2) actividades de la vida diaria normales; 3) función cognitiva general íntegra; 4) decremento de la memoria inferior a 1.5 desviaciones típicas, objetivado con un test y corregido para la edad y el nivel educativo y 5) No cumplen los requisitos para el diagnóstico de demencia. (Facal, y otros, 2018, pág. 5)

Los criterios que se deben cumplir para establecer el diagnóstico de Deterioro Cognitivo Leve según la Guía de Diagnóstico de Criterios Diagnósticos del DSM – 5, son los siguientes (Asociación Americana de Psiquiatría, 2014, pág. 319)

- Evidencias de un declive cognitivo moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos (atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social) basada en:
 - Preocupación en el propio individuo, en un informante que le conoce o en el clínico, porque ha habido un declive significativo en una función cognitiva y
 - Un deterioro modesto del rendimiento cognitivo, preferentemente documentado por un test neuropsicológico estandarizado o, en su defecto, por otra evaluación clínica cuantitativa.
- Los déficits cognitivos no interfieren en la capacidad de independencia en las actividades cotidianas (p. ej., conserva las actividades instrumentales complejas de la vida diaria, como pagar facturas o seguir los tratamientos, pero necesita hacer un mayor esfuerzo, o recurrir a estrategias de compensación o de adaptación).

- Los déficits cognitivos no ocurren exclusivamente en el contexto de un síndrome confusional.
- Los déficits cognitivos no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno depresivo mayor, esquizofrenia).

Especificar si debido a:

Enfermedad de Alzheimer, Degeneración del lóbulo frontotemporal, Enfermedad por cuerpos de Lewy, Enfermedad vascular, Traumatismo cerebral, Consumo de sustancia o medicamento, Infección por VIH, Enfermedad por priones, Enfermedad de Parkinson, Enfermedad de Huntington, Otra afección médica, Etiologías múltiples, No especificado.

4.3.3. Demencia. “En el mundo hay unos 47,5 millones de personas que padecen demencia. Se calcula que entre un 5% y un 8% de la población general de 60 años o más sufre demencia en un determinado momento.” (Organización Mundial de la Salud, 2019)

Síndrome naturaleza orgánico, caracterizado por un deterioro persistente de diversas funciones cognitivas y de la conducta; que interfiere con las actividades de la vida diaria, la actividad laboral o la actividad social. (Romero, Navarro, & Esquinas, 2016, pág. 220)

Por lo tanto las características de este trastorno son: nivel de conciencia normal, ser adquirido y persistente en el tiempo, declinamiento de las funciones cognitivas y alterar la habilidad de realizar tareas de la vida diaria. (Gil & Martín, 2015, pág. 173), (Montenegro, Montejo, Llaneros, & Reinoso, 2014, pág. 49) (Amor & Martín, 2015, pág. 170)

4.3.3.1. Diagnóstico. El diagnóstico es complejo por lo que requiere un manejo multidisciplinario mediante la elaboración de una historia clínica detallada, si es posible con la presencia de algún familiar o cuidador que aporte información; en el interrogatorio debe constar los antecedentes personales, con especial énfasis en el consumo de sustancias tóxicas, abuso de fármacos, enfermedades cardiovasculares, neurológicas o psiquiátricas; además antecedentes sociales como el nivel de escolarización. (Montero, 2018, pág. 3) (Gil & Martín, 2015, pág. 173)

Asimismo una exploración física-neurológica exhaustiva, valoración de los niveles de funcionalidad del individuo junto con una evaluación neuropsicológica y el cumplimiento de criterios clínicos. (Montero, 2018, pág. 3)

Así mismo es importante establecer el diagnóstico utilizando escalas cognitivas, escalas de actividades diarias y baterías neuropsicológicas que valoren las funciones cognitivas; conjuntamente valorar los síntomas psicopatológicos y conductuales con la finalidad de establecer

con mayor precisión el subtipo de demencia que padece el paciente. (National Institute for Health and care excellence, 2018, pág. 42), (Gil & Martín, 2015, pág. 178)

Entre las pruebas complementarias, es necesario realizar una analítica sanguínea y una tomografía computarizada (TC) cerebral. (Montero, 2018, pág. 3)

4.3.3.2. Criterios Diagnósticos. Según la clasificación del CIE 10 (Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud, 2018)

Síndrome debido a una enfermedad del cerebro, generalmente crónica o progresiva, en la que hay déficit de múltiples funciones corticales superiores. La conciencia permanece clara. El déficit cognoscitivo se acompaña por lo general, y ocasionalmente es precedido, de un deterioro en el control emocional, del comportamiento social o de la motivación.

Existen pruebas para:

Deterioro de la memoria sobre todo para el aprendizaje de información nueva, aunque también puede afectarse la evocación de información previamente aprendida

Déficit en otras habilidades cognoscitivas, caracterizado por un deterioro en el juicio y pensamiento (planificación y organización) y en el procesamiento general de la información

Conciencia del entorno (ausencia de obnubilación de la conciencia durante un período lo suficientemente largo, que permita la inequívoca demostración de los síntomas del criterio G1). Si se presentan episodios de delirium superpuestos, el diagnóstico debe ser aplazado

Deterioro del control emocional, motivación o un cambio en el comportamiento social que se manifiesta al menos por uno de los siguientes: Labilidad emocional, Irritabilidad, Apatía, Entorpecimiento en el comportamiento social.

Los síntomas del criterio 1 deben haberse presentado al menos durante 6 meses

6. Metodología

El presente proyecto, se desarrolló con la finalidad de investigar la relación entre el estado cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores pertenecientes a centros gerontológicos de la ciudad de Loja. El área de estudio está constituida por los adultos mayores que acuden a; Centro Municipal de atención al Adulto Mayor N°1, Centro del día San José de Loja, Hogar Daniel Álvarez Sánchez y Casa Hogar Madre Teresa de Calcuta. El tiempo en que se desarrolló la investigación corresponde al periodo comprendido entre los meses de Agosto a Octubre del 2018

6.2. Enfoque

Cuantitativo, debido a que los resultados obtenidos fueron cuantificados de manera estadística y presentados de forma numérica

6.3. Tipo de diseño

El diseño del presente trabajo investigativo es de tipo descriptivo, prospectivo, de corte transversal

6.4. Unidad de estudio

La unidad de estudio de la presente investigación son los Adultos mayores que acuden a centros de atención de la ciudad de Loja.

6.5. Universo y muestra

El universo estuvo conformado por aquellos adultos mayores que asistían a los siguientes centros de atención:

- Centro Municipal de atención al Adulto Mayor N°1, ubicado en las calles Manuel de J. Lozano y Antonio Navarro, Ciudadela La Paz (sector Norte).
- Centro del día San José de Loja, ubicado en San José Alto.
- Hogar Daniel Álvarez Sánchez, ubicado en la calle Agustín Carrión (Sector Jipiro).
- Casa Hogar Madre Teresa de Calcuta, ubicado en la Avenida Salvador Bustamante Celi (Sector Jipiro).

La muestra estuvo constituida por 50 adultos que cumplieron que los criterios de inclusión.

6.6. Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores considerando que hayan cumplido los 65 años de edad
- Adultos mayores que firmen el consentimiento informado

6.7. Criterios de Exclusión

- Pacientes con diagnóstico de Delirium, Depresión, Esclerosis Lateral Amiotrófica, Ataxia de Friederich, Enfermedad de Huntington, Enfermedad de Parkinson, Alzheimer.

6.8. Técnicas

Para recolectar la información, se realizó una entrevista en la que después de obtener el consentimiento informado se aplicó tres instrumentos que permiten caracterizar de manera general a la población y determinar el estado cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores. Durante la misma se utilizó un lenguaje comprensible para facilitar el proceso.

6.9. Instrumentos:

Para desarrollar la investigación , primero se estructuro el Consentimiento informado, el cual fue elaborado de acuerdo a las disposiciones de la Organización Mundial de la Salud, el mismo que cuenta con; introducción, propósito, tipo de intervención, Selección de participantes, participación Voluntaria, Información sobre la encuesta, Procedimiento y Protocolo, Descripción del proceso, Duración, Beneficios, Confidencialidad, Compartiendo resultados, Derecho a negarse o retirarse e información de contacto (Anexo 1)

Además se elaboró una Ficha técnica sociodemográfica elaborada por la responsable en la que constan datos informativos como nombre, edad, sexo y nivel de instrucción; datos necesarios para la investigación. (Anexo 2)

Conjuntamente se aplicó la Evaluación Cognitiva de Montreall MoCA, que permite evaluar el estado cognitivo examinando las siguientes habilidades; atención, concentración, funciones ejecutivas, memoria, lenguaje, capacidades visuoestructurales, cálculo y orientación. El instrumento permite corregir los resultados dependiendo de la escolaridad del participante y asigna los siguientes resultados; Estado cognitivo normal >26 , Deterioro Cognitivo Leve $19 - 25$, Demencia <18 . (Anexo 3)

Finalmente se suministró el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD de la Organización Mundial de la Salud, que es una escala de tipo Likert; tiene 24 ítems distribuidos en seis facetas: funcionamiento de lo sensorial, autonomía, actividades pasadas, presentes y futuras, participación social, muerte y morir e intimidad. El cuestionario permite asignar puntuaciones de acuerdo a las respuestas, los posibles resultados son; Calidad de Vida Buena $73 - 120$, Calidad de Vida Medianamente buena $49-72$, Calidad de Vida Mala $1 - 48$. (Anexo 4)

6.10. Procedimientos:

Para desarrollar el presente proyecto investigativo primero se realizó una revisión bibliográfica, seguidamente se formuló el tema y se solicitó la aprobación del mismo; posteriormente se realizó los trámites requeridos para obtener la pertinencia, la asignación del director de Tesis y la autorización para recolectar datos; los cuales fueron proporcionados por la Directora de la Carrera de Medicina.

Tras haber obtenido la aprobación y autorización, se procedió a acudir a cada uno de los centros gerontológicos contemplados para esta investigación, en donde se mantuvo una entrevista con los directores de cada centro para explicar el propósito, los beneficios e indicar las técnicas e instrumentos a utilizarse; conjuntamente se solicitó autorización para llevar a cabo la investigación y se planifico fecha, día y hora para realizarla.

Durante la entrevista se dio a conocer a los adultos mayores la finalidad de la investigación por medio del consentimiento informado, y se procedió a llevar a cabo la investigación con aquellos adultos mayores que deseaban participar a los cuales se les se realizó preguntas con la finalidad de completar la ficha sociodemográfica, seguidamente se evaluó el estado cognitivo llevando a cabo las actividades pautadas en la Evaluación Cognitiva de Montreall MoCA y posteriormente valoró la autopercepción de la calidad de vida.

Posterior a la recolección de información, la información obtenida fue procesada y representada en tablas para facilitar el análisis, a partir del cual se elaboró conclusiones y recomendaciones pertinentes. Y se culminó la investigación redactando el informe final.

6.11. Equipo y Materiales:

Los equipos utilizados para llevar a cabo la investigación fueron; impresora, computadora.

Los materiales de oficina necesarios fueron; esferos, lápices, hojas papel A4.

6.12. Análisis estadístico:

Utilizando de los datos obtenidos se realizó el proceso de tabulación utilizando el software estadístico SPSS VERSION 22.

Posteriormente se efectuó el análisis e interpretación de datos y se plasmó los resultados en tablas para facilitar la comprensión, asimismo se obtuvo la correlación de Pearson y Spearman para determinar si existe relación entre variables.

7. Resultados

Con base a los objetivos propuestos y con la información recopilada en campo se analizó y construyó la siguiente información con las características individuales cuyos resultados se detallan a continuación:

6.1.Resultado para el primer objetivo específico

Identificar el estado cognitivo de acuerdo al sexo, edad y nivel de instrucción de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja.

TABLA 1.

Distribución del Estado Cognitivo de acuerdo al sexo de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018 .

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		f	%	f	%	f	%
Estado cognitivo	Estado cognitivo normal > 26	5	10	5	10	10	20
	Deterioro Cognitivo Leve 19 – 25	8	16	14	28	22	44
	Demencia < 18	12	24	6	12	18	36
	Total	25	50	25	50	50	100

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez
Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreall MoCA
 Ficha técnica sociodemográfica

Análisis e interpretación. Se evidencia una mayor incidencia de deterioro cognitivo leve 44% (n = 22), con una mayor prevalencia del sexo femenino 28% (n = 14). Seguido de la demencia que representa el 36% (n = 18); sin embargo la mayor incidencia se encuentra en el sexo masculino 24% (n = 12). El estado cognitivo normal equivale al 20% (n = 10), no obstante no existe ninguna diferencia en la distribución por sexo.

TABLA 2.

Distribución del Estado Cognitivo de acuerdo a grupos de edad de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

		Grupos de edad						Total	
		65 a 74 Años		75 a 84 Años		Más de 85 Años			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Estado cognitivo	Estado cognitivo normal >26	10	20	0	0	0	0	10	20
	Deterioro Cognitivo Leve 19 – 25	7	14	14	28	1	2	22	44
	Demencia <18	0	0%	5	10	13	26	18	36
	Total	17	34	19	38	14	28	50	100

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez
Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA
 Ficha técnica sociodemográfica

Análisis e interpretación. En cuanto a la distribución del estado cognitivo por grupos de edad, se evidencia que aquellos adultos mayores con estado cognitivo normal, es decir el 20% (n = 10) se encuentran comprendidos únicamente entre el primer rango de edad de 65 a 74 años. La mayor incidencia de deterioro cognitivo leve es decir el 28% (n = 14) se observa en el segundo rango de edad de 75 a 84 años. Por último, la mayor proporción de demencia es decir 26% (n = 13), se ubica entre el tercer rango de edad de más de 85 años.

TABLA 3.

Distribución del Estado Cognitivo de acuerdo al nivel de instrucción de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

		Nivel de Instrucción									
		Ninguna		Básica		Bachillerato		Universidad		Total	
		f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estado cognitivo	Estado cognitivo normal > 26	0	0	2	4	5	10	3	6	10	20
	Deterioro Cognitivo Leve 19 – 25	3	6	9	18	8	16	2	4	22	44
	Demencia < 18	9	18	7	14	1	2	1	2	18	36
	Total	12	24	18	36	14	28	6	12	50	100

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez

Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreall MoCA
Ficha técnica sociodemográfica

Análisis e interpretación. El estado cognitivo normal, tiene mayor prevalencia en el nivel de instrucción bachillerato en un 10% ($n = 5$), seguido del nivel de instrucción Universidad en un 6% ($n = 3$).

El deterioro cognitivo leve se relaciona en mayor medida con un nivel de instrucción básica en un 18 % ($n = 9$), seguido por una mínima diferencia del nivel de instrucción bachillerato en un 16% ($n = 8$).

En los adultos mayores con demencia predomina con un 18% ($n = 9$) ningún nivel de instrucción y la instrucción básica con un 14% ($n = 7$).

6.2. Resultado para el segundo objetivo específico

Evaluar el nivel de Calidad de vida de acuerdo al sexo, edad y nivel de instrucción de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja.

TABLA 4.

Distribución de la Calidad de Vida de acuerdo al sexo de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

		Sexo				Total	
		Masculino		Femenino			
		f	%	f	%	f	%
Calidad de vida	Buena 73 – 120	10	20	8	16	18	36
	Medianamente buena 49-72	7	14	12	24	19	38
	Mala 1 - 48	8	16	5	10	13	26
	Total	25	50	25	50	50	100

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez

Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA,
Ficha técnica sociodemográfica

Análisis e interpretación. En la población de estudio existe mayor incidencia de calidad de vida medianamente buena, la cual representa el 38% (n = 19), seguido de una autopercepción de la calidad de vida como buena que representa el 36% (n = 18).

No se evidencia una diferencia significativa en la distribución del nivel de la calidad de vida de acuerdo al sexo.

TABLA 5.

Distribución de la Calidad de Vida de acuerdo a grupos de edad de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

		Edad						Total	
		65 a 74 Años		75 a 84 Años		Más de 85 Años			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Calidad de Vida	Buena 73 - 120	15	30	3	6	0	0	18	36
	Medianamente buena 49-72	2	4	13	26	4	8	19	38
	Mala 1 - 48	0	0	3	6	10	20	13	26
	Total	17	34	19	38	14	28	50	100

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez

Fuente: Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD
Ficha técnica sociodemográfica

Análisis e interpretación. Los resultados obtenidos permiten evidenciar que la mayor proporción de adultos mayores con una buena calidad de vida forman parte del primer rango de edad comprendido entre los 65 a 74 años y representan el 30% ($n = 15$).

Por otro lado la mayoría de los adultos mayores que auto perciben su calidad de vida como medianamente buena forman parte del segundo grupo de edad es decir de 75 a 84 años; que constituye el 26% ($n = 13$).

Sin embargo aquellos adultos mayores con una mala calidad de vida tienen más de 85 años de edad y representan un 20% ($n = 10$).

TABLA 6.

Distribución de la Calidad de Vida de acuerdo al nivel de instrucción de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

		Nivel de instrucción								Total	
		Ninguna		Básica		Bachillerato		Universidad		f	%
		f	%	f	%	f	%	f	%		
Calidad de Vida	Buena 73 – 120	0	0	5	10	8	16	5	10	18	36
	Medianamente buena 49-72	5	10	9	18	5	10	0	0	19	38
	Mala 1 – 48	7	14	4	8	1	2	1	2	13	26
	Total	12	24	18	36	14	28	6	12	50	100

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez

Fuente: Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD
Ficha técnica sociodemográfica

Análisis e interpretación. Se observa que la gran mayoría de adultos mayores con buena calidad de vida, poseen un nivel de instrucción bachillerato y representan el 16% (n = 8).

Por otro lado aquellos con una calidad de vida medianamente buena tienen un nivel de instrucción básica y constituyen el 18% (n = 9). Finalmente la mayor proporción de autopercepción de mala calidad de vida es decir el 14% (n = 7) no han recibido educación.

6.3. Resultado para el tercer objetivo específico

Relacionar el estado cognitivo y la calidad de vida de acuerdo al sexo, edad y nivel de instrucción de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja.

TABLA 7

Distribución del Estado cognitivo y Calidad de Vida de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

		Calidad de Vida						Total	
		Buena 73 - 120		Medianamente buena 49-72		Mala 1 - 48			
		f	%	f	%	f	%	f	%
Estado cognitivo	Estado cognitivo normal > 26	10	20	0	0	0	0	10	20
	Deterioro Cognitivo Leve 19 – 25	8	16	14	28	0	0	22	44
	Demencia <18	0	0	5	10	13	26	18	36
	Total	18	36	19	38	13	26	50	100

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez
Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA,
 Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD
 Ficha técnica sociodemográfica

Análisis e interpretación. Es posible identificar que la totalidad de adultos mayores con un estado cognitivo normal tienen una calidad de vida buena y representan el 20% (n = 10). La mayor incidencia de deterioro cognitivo leve está relacionada con una calidad de vida medianamente buena, constituyendo el 28% (n = 14). Por otro lado la mayor proporción de participantes con demencia es decir el 26% (n = 13) poseen una mala calidad de vida.

TABLA 8

Correlación de Spearman entre Estado cognitivo y Calidad de Vida de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

		Estado cognitivo	Calidad de Vida
Estado cognitivo	Correlación de Pearson	1	,834**
	Sig. (bilateral)		,000
	N	50	50
Calidad de Vida	Correlación de Pearson	,834**	1
	Sig. (bilateral)	,000	
	N	50	50

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez
Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA,
 Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD

Análisis e interpretación. Se evidencia que entre las dos variables de estudio existe una relación directa estadísticamente significativa.

TABLA 9

Correlación de Spearman entre Estado cognitivo y Calidad de Vida de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

	Valor	Aprox. Sig.
Correlación de Spearman	,840	,000 ^c
N de casos válidos	50	

Elaborado por: Vanessa del Cisne González Pérez
Fuente: Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA,
 Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD

Análisis e interpretación. Existe una relación estadísticamente significativa entre Estado cognitivo y Calidad de Vida.

TABLA 10

Alfa de Cronbach entre Estado cognitivo y Calidad de Vida de los centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, año 2018.

Alfa de Cronbach	N de elementos
,908	2

Elaborado por:

Fuente:

Vanessa del Cisne González Pérez

Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA,

Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD

Análisis e interpretación. Es posible comprobar que los datos obtenidos son fiables.

7. Discusión

La alteración del estado cognitivo propia del envejecimiento repercute negativamente en la autopercepción de la calidad de vida de los adultos mayores.

La muestra que participo en el desarrollo de la presente investigación está conformada por un 25% de hombres y un 25% de mujeres, con una edad media de 70 años, el nivel de escolaridad predominante fue básica 36%, seguido de bachillerato 28%.

Los resultados reflejan que existe una relación directa entre las variables de interés puesto que a medida que declina el estado cognitivo a consecuencia de cambios típicos de la edad, disminuye la percepción de la calidad de vida; es así que los adultos mayores con estado cognitivo normal tienen una buena calidad de vida 20%; en los que se determina la presencia de deterioro cognitivo leve la calidad de vida es medianamente buena 28% pero en aquellos con demencia la calidad de vida es mala 26%. Datos respaldados por las afirmaciones de Barrera (2017); quién sostiene que el deterioro cognitivo leve se relaciona con una autopercepción menor de la calidad de vida. Asimismo Lara (2017); asegura que mayores niveles de reserva cognitiva se asocian a una mejor calidad de vida auto reportada.

El deterioro cognitivo leve resulta más prevalente en el sexo femenino 28% tal como lo sugieren los resultados aportados por Freire, y otros (2014), los cuales sostienen que el deterioro cognitivo es mayor en mujeres.

Según González y López, (2014) el sexo femenino se considera como un factor de riesgo intrínseco de demencia, sin embargo en nuestra muestra se evidencia lo contrario ya que una mayor proporción de hombres 24% presentan demencia; datos no del todo concluyentes ya que una mayor proporción de hombres tenían una edad mayor de 85 años.

Se ha podido constatar una mayor incidencia de deterioro cognitivo leve 28% en adultos mayores comprendidos entre el segundo rango de edad de 75 a 84 años; datos que guardan relación con los obtenidos en la Encuesta Nacional SABE I, en donde se determinó que la prevalencia de deterioro cognitivo aumenta conforme incrementa la edad. Asimismo; según González y López, (2014) la edad avanzada constituye un factor de riesgo intrínseco de padecer demencia; convicción

que se ha comprobado pues la mayor parte de adultos mayores con demencia 26% tienen más de 85 años.

Teniendo en cuenta el nivel de instrucción, resulta evidente que existe cierto grado de dependencia entre las variables puesto que la mayor proporción de adultos mayores con un nivel de instrucción bachillerato 10% y Universidad 6% presenta un estado cognitivo normal. Por otro lado aquellos que presentan deterioro cognitivo leve poseen un nivel de instrucción básica 28% y bachillerato 16%. Por último la mayor parte de adultos con demencia no han recibido educación. Estos datos apoyan la conclusión de Benavides (2017); quien afirma que el nivel educativo está relacionado con las alteraciones cognitivas, lo que podría contrastarse con la observación realizada por Pose, Manes (2016); quienes relacionan la progresión de estado cognitivo leve a demencia con el nivel educativo bajo.

Considerando la calidad de vida y el sexo de los participantes, podemos afirmar que; en los adultos mayores con calidad de vida buena no se observan diferencias significativas entre géneros. Por otro lado más mujeres 24% auto perciben su calidad de vida como medianamente buena. Sin embargo una mayor proporción de hombres 16% reconocen que su calidad de vida es mala. Los autores Bravo, Noa, Gómez, Soto (2018), sostienen que la calidad de vida auto reportada es deficiente principalmente en el sexo masculino, aseveración que podemos corroborar a partir de los datos obtenidos.

Según Flores, et al (2018) conforme se incrementa la edad, la calidad de vida es deficiente; además Acosta, Vales, Echeverría, Serrano & García (2015); manifiestan que los adultos mayores con menor edad califican mejor a su calidad de vida en comparación a los mayores de 80 años. Estos resultados que concuerdan con los obtenidos en la presente investigación ya que podemos advertir que la mayor parte de adultos mayores con buena calidad de vida 30% tienen entre los 65 a 74 años, aquellos con una calidad de vida medianamente buena 26% se ubican principalmente entre el grupo de edad de 75 a 84 años y por ultimo los mayores de 85 años definen su calidad de vida como mala 20%.

Viana, Ferreira, Duarte, & Albala, (2016); comprobaron que los adultos mayores de ambos sexos con cinco o más años de educación, presentan una mejor calidad de vida, lo que se podemos comprobar con los resultados obtenidos ya que proporcionalmente los adultos mayores con un

nivel de instrucción bachillerato 16% tienen una buena calidad de vida, los que cuentan con un nivel de instrucción básica 18% tienen una calidad de vida medianamente buena y los que no han recibido educación 14% tienen mala calidad de vida. Por lo tanto los adultos mayores con algún nivel de instrucción tienen una mejor percepción de su calidad de vida.

La bibliografía consultada no describe lo siguiente; el deterioro cognitivo leve y la calidad de vida medianamente buena se relacionan en mayor medida con el sexo femenino 22%. La demencia y la mala calidad de vida se relacionan con el sexo masculino 16%.

El estado cognitivo normal y la calidad de vida buena es más frecuente en adultos mayores con una edad comprendida entre los 65 a 74 años. El deterioro cognitivo leve y la calidad de vida medianamente buena es más frecuente en las edades de 75 a 84 años. La demencia y la mala calidad de vida se presenta en mayores de 85 años.

El estado cognitivo normal y la calidad de vida buena prevalece en el nivel de instrucción bachillerato. El deterioro cognitivo leve y la calidad de vida medianamente se relaciona con un nivel de instrucción básica. La demencia y la mala calidad de vida es más frecuente en adultos mayores que no han recibido educación.

A partir de los hallazgos señalados rechazamos la hipótesis nula y por consiguiente aceptamos la hipótesis de trabajo que establece que el deterioro del estado cognitivo se relaciona con una disminución del nivel de calidad de vida en adultos mayores que asisten a centros de atención de la ciudad de Loja.

Existe una relación estadísticamente significativa dada por una correlación de Pearson 0,834, con una significancia de ($p = 0,000$); además una correlación de Spearman de 0,840 con una significancia de ($p = 0,000$); entre estado cognitivo y calidad de vida, datos que se respaldan por un Alfa de Cronbach (0,908), lo que demuestra la fiabilidad de los resultados.

8. Conclusiones

- En los adultos mayores de centros gerontológicos de la ciudad de Loja, predomina el deterioro cognitivo leve especialmente en mujeres, con una edad comprendida entre 75 a 84 años y un nivel de instrucción bachillerato o básica.
- Se evidencia que este grupo poblacional, auto percibe su calidad de vida como medianamente buena, esto a su vez se correlaciona con el sexo femenino, la edad comprendida entre 75 a 84 años y un nivel de escolaridad básica.
- El estado cognitivo y la calidad de vida mantienen una relación directa estadísticamente significativa.

9. Recomendaciones

- Capacitar a los cuidadores de los centros de atención al adulto mayor, en el manejo adecuado de pacientes con demencia; por otro lado asegurar que el tratamiento farmacológico forme parte del cuadro básico de medicamentos del Ministerio de Salud Pública del país y que sea accesible a los adultos mayores con diagnóstico de demencia
- Solicitar al ministerio de Salud Pública del país la implementación de programas de alfabetización o estrategias de neurocognición que permitan al adulto mayor mantener una buena reserva cognitiva; lo que a su vez tendría importantes repercusiones positivas en el estado cognitivo y la calidad de vida.
- Incentivar a los médicos a realizar a todos los adultos mayores un tamizaje anual utilizando baterías neuropsicológicas con la finalidad de diagnosticar deterioro cognitivo leve y efectuar una intervención oportuna, esto también permitiría que se diagnostique la demencia en sus etapas tempranas y emprender una terapéutica apropiada.
- Sensibilizar a los profesionales de la salud de la importancia de una valoración integral a los adultos mayores que incluya la calidad de vida utilizando instrumentos que permitan una valoración objetiva de las condiciones de vida y contrastar con las autopercepciones de misma.

10. Bibliografía

- Aceiro, Saux, Rubio, González, & Grasso. (2018). Las Funciones Ejecutivas en el Deterioro Cognitivo Leve. 1-17. Obtenido de researchgate.net/publication/321912416_Las_Funciones_Ejecutivas_en_el_Deterioro_Cognitivo_Leve
- Acosta, Vales, Echeverría, Serrano, & Garía. (2015). Confiabilidad y validez del Cuestionario de Calidad de Vida (WHOQOL-OLD) en adultos mayores mexicanos. *Psicología y Salud*, 23(2), 241-250. Obtenido de <https://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-23-2/23-2/Christian%20Oswaldo%20Acosta%20Quiroz.pdf>
- Allegri, Arizaga, R. L., V, C., Bavec, Colli, L. P., Demey, I., . . . Olari. (2018). Enfermedad de Alzheimer. Guía de práctica clínica. *Neurología Argentina*, 10(4), 183-248. Recuperado el 14 de 02 de 2019, de <http://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-pdf-S185300281170026X>
- Alvarado, & Salazar. (2014). Análisis del concepto de envejecimiento. *Scielo*. Obtenido de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
- Amor, & Martín. (2015). Deterioro cognitivo leve. En Abellán, Abizanda, Alastuey, Albo, Alfaro, Alonso, . . . Cabrera, *Tratado de geriatría para residentes* (págs. 169-172). Obtenido de [file:///C:/Users/oland/Downloads/S35-05%2016_II%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/oland/Downloads/S35-05%2016_II%20(1).pdf)
- Arriola, Carnero, Freire, Lopez, López, Manzano, & Olazarán. (2017). Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor. *Sociedad Española de Geriatria y Gerontología*, 1-32. Obtenido de <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
- Asamblea Constituyente. (2008). *Sección primera: Adultas y adultos mayores*. Obtenido de <https://www.wipo.int/edocs/lexdocs/laws/es/ec/ec030es.pdf>
- Asociación Americana de Psiquiatría. (2014). Trastornos neurocognitivos. En *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5* (pág. 319). England.
- Auquilla, & Pacurucu. (s.f.). Calidad de vida en adultos mayores que asisten a un centro de apoyo en. 1-41. Cuenca: UNIVERSIDAD DE CUENCA. Obtenido de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/31374/1/Calidad%20de%20vida%20en%20adultos%20mayores%20que%20asisten%20a%20un%20centro%20de%20apoyo%20en%20Cuenca.pdf>

- Ayala, Castro, Díaz, Fernández, Forjaz, Frades, . . . Sanz. (2015). Salud y calidad de vida de personas mayores con demencia institucionalizadas. *Escuela Nacional de Sanidad, Instituto de Salud Carlos III – Ministerio de Economía*. Obtenido de <http://gesdoc.isciii.es/gesdoccontroller?action=download&id=29/10/2015-8c02524270>
- Aznar, A. (2019). *Psicología de la percepción visual*. Obtenido de 2.7 Las vías visuales del cerebro: http://www.ub.edu/pa1/node/area_visual
- Barrera, J. (2017). *Deterioro Cognitivo y su Influencia en la Calidad de Vida del Adulto Mayor*. Obtenido de Universidad Técnica de Ambato: <http://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Benavides. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista mexicana de Anestesiología*, 107-112. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Blasco, Borrás, Ribes, & Viña. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 51(1), 3-6. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301366>
- Borrás, C., & Viña, J. (2016). *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. Obtenido de Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo: <http://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-neurofisiologia-envejecimiento-concepto-bases-fisiopatologicas-X0211139X16597830>
- Botero de Mejía, B., & Pico Merchán, M. (2015). Calidad de vida relacionada con la Salud en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la Promoción de la Salud*, 11-24. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>
- Bravo, Noe, Gómez, & Soto. (2018). Repercusión del envejecimiento en la calidad de vida de los adultos mayores. *Revista de información científica*, 7. Obtenido de <http://www.revinfoinformatica.sld.cu/index.php/ric/article/view/1946/3735>
- Briceño, L. (2016). *Calidad de vida en los adultos mayores que asisten al centro del día San José de Loja*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/10116>
- Bustamante, Lapo, Torres, & Camino. (2017). Factores Socioeconómicos de la Calidad de Vida de los Adultos Mayores en la Provincia de Guayas, Ecuador. *Revista de Información*

- Tecnologica*, 28(5), 165-176. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/320544227_Factores_Socioeconomicos_de_la_Calidad_de_Vida_de_los_Adultos_Mayores_en_la_Provincia_de_Guayas_Ecuador
- Cabo, R. d., & Couteur, D. G. (2017). Biología del envejecimiento . En Kasper, Fauci, Longo, Hauser, Jameson, & Loscalzo, *Harrison Principios de Medicina Interna* (pág. 457). Mc Graw Hill.
- Calero. (2015). *Psicomed.net*. Obtenido de <http://www.psicomed.net/dsmiv/dsmiv2.html#2>
- Campoverde, M. (2014). *Situación afectiva y su relación con la capacidad Funcional y Cognitiva del adulto mayor institucionalizado y no institucionalizado de la Ciudad de Loja*. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/10672>
- Clemente, Mendez, & Sevilla. (2015). Memoria, funciones ejecutivas y deterioro cognitivo en población anciana. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 5(2), 153-163. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/283721457_Memoria_funciones_ejecutivas_y_deterioro_cognitivo_en_poblacion_anciana
- Comesaña, & Gonzalez. (2014). Evaluación neuropsicológica en Alzheimer. Enfermedad de Alzheimer: Memoria episódica y semántica. *Cuadernos de Neuropsicología / Panamerican Journal of Neuropsychology*, 3(2), 199-223. Obtenido de <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/cnps/v3n2/a06.pdf>
- Custodio, Herrera, Lira, Montesinos, Lindares, & Bendezú. (2015). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 321-330. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009
- El telégrafo. (2014). San José, centro de acogida para tercera edad. Obtenido de <https://www.eltelegrafo.com.ec/noticias/regional-sur/1/san-jose-centro-de-acogida-para-tercera-edad>
- Facal, González, Buiza, Laskibar, Urdaneta, & Yanguas. (2018). Envejecimiento, deterioro cognitivo y lenguaje: Resultados del Estudio Longitudinal Donostia. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 29(1), 4-12. Obtenido de <https://www.matiainstituto.net/sites/default/files/archivospdf/envejecimiento-deterioro-cognitivo.pdf>

- Flores, Castillo, Ponce, Miranda, Peralta, & Durán. (2018). Percepción de los adultos mayores acerca de su calidad de vida. Una. 83-88. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2018/eim182d.pdf>
- Freire, Rojas, Pazmiño, Fornasini, Tito, Buendia, . . . Álvarez. (2014). *Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento SABE 1 Ecuador*. Obtenido de http://anda.inec.gob.ec/anda/index.php/catalog/292/related_materials
- García, Moya, & Quijano. (2015). Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistidos a grupos de tercera edad. *Acta Neurológica Colombiana*, 1 - 6. Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
- Gil, & Martín. (2015). Demencia. En Abellán, Abizanda, Alastuey, Albo, Alfaro, Alonso, . . . Cabrera, *Tratado de Geriátrica para residentes* (págs. 173-188). Obtenido de file:///C:/Users/oland/Downloads/S35-05%2017_II.pdf
- Gonzalez, & Lopez. (2014). Factores de riesgo para demencia tipo Alzheimer. En V. S. Geriátrica, *Demencias, una visión panorámica* (págs. 1-121). Obtenido de <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>
- González, Mendizábal, Jimeno, & Sanchez. (2019). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la intervención logopédica en el envejecimiento sano y patológico. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(1), 29-50. Obtenido de <file:///C:/Users/oland/Downloads/60770-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4564456568110-1-10-20190509.pdf>
- Hernández, González, & Moreno. (2008). Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida en ancianos de una clínica de medicina familiar de la ciudad de Méxicio. *Archivos de Medicina Familiar*, 1 - 6. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2008/amf084b.pdf>
- Instituto Nacional de Estadísticas y Censos. (2017). Obtenido de <http://www.ecuadorencifras.gob.ec/informacion-censal-cantonal/>
- La Hora. (2013). Centro del Día San José. *La Hora*. Obtenido de <https://lahora.com.ec/noticia/1101456330/centro-de-dc3ada-e28098san-josc3a9e28099-empieza-con-17>
- Lansdell, H., & Mirsky, A. (1964). Attention in focal and centrencephalic epilepsy. . *Exp neurological*.

- Lara, E. (2017). Deterioro cognitivo leve y reserva cognitiva en una muestra representativa de la población española. *Dialnet*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=158529>
- Lee, & Chan. (2015). Factores que afectan el estado cognitivo de personas que sufren epilepsia. *NEUROPSICOLOGÍA DE LA EPILEPSIA*, 861-865. Obtenido de https://sid.usal.es/idocs/F8/ART12352/factores_q_afectan_estado_cognitivo.pdf
- León, Rojas, & Campos. (2014). *Guía Calidad de vida en la vejez. Herramientas para vivir más y mejor*. Obtenido de Pontificia Universidad Católica de Chile: http://adultomayor.uc.cl/docs/guia_calidad_de_vida.pdf
- López, & Rodriguez. (2006). Mecanismos de envejecimiento celular. *Revista de Nefrología*.
- Martínez, V., & Lozano. (2015). *Libros Google*. Obtenido de Calidad de vida en el anciano: <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2AlzbgReFS8C&oi=fnd&pg=PA45&dq=calidad+de+vida+en+anciano&ots=Q60KtUfceb&sig=2oo4IxmPqF9HHOcC1EaN9c0Nfw#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20en%20anciano&f=false>
- Mendizábal, G., Jimeno, & Sanchez. (2018). Manifestaciones lingüísticas en personas mayores: el papel de la. *Revista de Investigación en Logopedia*, 9(1), 29-50. Obtenido de <file:///C:/Users/oland/Downloads/60770-Texto%20del%20art%C3%ADculo-4564456568110-1-10-20190509.pdf>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social . (2018). *MIES fomenta la integración de las personas adultas mayores y sus familias*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social : <https://www.inclusion.gob.ec/mies-fomenta-la-integracion-de-las-personas-adultas-mayores-y-sus-familias/>
- Ministerio de Inclusión económica y Social. (2013). *Agenda de igualdad para adultos mayores*. Obtenido de https://fiapam.org/wp-content/uploads/2013/06/Agendas_ADULTOS.pdf
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2014). Norma Técnica de Población Adulta Mayor. Centros y Servicios Gerontológicos. 10. Obtenido de <http://www.intramed.net/contenidoover.asp?contenidoID=84323>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2017). *Ministerio de Inclusión Económica y Social*. Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>

- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (15 de Junio de 2018). *En Loja le dicen sí al buen trato para los adultos mayores*. Obtenido de Ministerio de Inclusión Económica y Social : <https://www.inclusion.gob.ec/en-loja-le-dicen-si-al-buen-trato-para-los-adultos-mayores/>
- Ministerio de Inclusión Económica y Social. (2018). *Ministerio de Inclusión Económica y Social* . Obtenido de <http://www.inclusion.gob.ec/direccion-poblacion-adulta-mayor/>
- Miquel, J. (2006). Integración de teorías del envejecimiento (parte I). *Revista Española de Geriatría y Gerontología*.
- Montenegro, Montejo, Llanero, & Reinoso. (2012). Evaluación y Diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*.
- Montenegro, Montejo, Llaneros, & Reinoso. (2014). Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología*, 32(2), 47-56. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-logopedia-foniatria-audiologia-309-articulo-evaluacion-diagnostico-del-deterioro-cognitivo-S0214460312000307>
- Montero, F. (2018). Demencia en pacientes geriátricos. Revisión bibliográfica. *Geriatric area*, 3. Obtenido de <http://geriatricarea.com/demencia-pacientes-geriatricos-revision-bibliografica/>
- MS; Sociedad Nacional de Esclerosis Múltiple. (s.f.). *Lo que sabemos acerca de la función cognitiva*. Obtenido de https://www.nationalmssociety.org/NationalMSSociety/media/MSNationalFiles/Spanish/Problemas_cognitivos.pdf
- National Institute for Health and care excellence. (2018). Dementia: assessment, management and support for people living with dementia and their carers. Obtenido de <https://www.nice.org.uk/guidance/ng97/resources/dementia-assessment-management-and-support-for-people-living-with-dementia-and-their-carers-pdf-1837760199109>
- Neuron Up. (2018). *Neuron Up*. Obtenido de Habilidades visoespaciales: <https://www.neuronup.com/es/areas/functions/visuospatial>
- OMS. (1996). *Psiquiatría Geriátrica. Declaración de Consenso*. Obtenido de http://www.who.int/mental_health/media/en/457.pdf
- OMS. (2015). *Envejecimiento y salud*. Obtenido de Organización Mundial de la Salud: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>

- Organización de las Naciones Unidas ONU. (2015). *Envejecimiento*. Obtenido de <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
- Organización Mundial de la Salud. (Abril de 2016). *Organización Mundial de la Salud*. Obtenido de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=2AlzbgReFS8C&oi=fnd&pg=PA45&dq=calidad+de+vida+en+anciano&ots=Q60KtUfceb&sig=2oo4IxmPqF9HHOcC1EaN9c0Nfw#v=onepage&q=calidad%20de%20vida%20en%20anciano&f=false>
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Demencia*. Obtenido de <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs362/es/>
- Organización Mundial de la Salud, OMS. (1996). La gente y la salud. *Foro Mundial de Salud*, 17, 1-3. Obtenido de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/55264/1/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf
- Organización Mundial de la Salud; Organización Panamericana de la Salud . (2018). *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y problemas relacionados con la salud*.
- Ortega, Alegret, Espinosa, Ibarria, Canabate, & Boada. (2014). Valoración de las funciones visoperceptivas y viso-espaciales en la práctica forense. *REVISTA ESPAÑOLA DE MEDICINA LEGAL*, 83-85. Obtenido de file:///C:/Users/oland/Downloads/S0377473213000898.pdf
- Paterna, Bardales, & Martinez. (2015). Calidad de Vida. En Soler, Romero, Luengo, & Sánchez, *Medicina Geriátrica: una aproximación basada en problemas* (págs. 155 - 164). Elsevier.
- Pérez, & García. (2016). Estimulación cognitiva en el anciano dependiente hospitalizado. *GEROKOMOS*, 17(3), 125-131. Obtenido de <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v17n3/125rincon.pdf>
- Pérez, Oviedo, & Britton. (2018). Deterioro cognitivo leve y depresión en el adulto mayor. *Investigación y pensamiento crítico*, 5-12. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/334681437_Deterioro_cognitivo_leve_y_depresion_en_el_adulto_mayor
- Petersen, Stevens, Ganguli, Tangalos, Cummings, & Dekosky. (2001). PRACTICE PARAMETER: EARLY DETECTION OF DEMENTIA: MILD COGNITIVE IMPAIRMENT (AN EVIDENCE-BASED REVIEW). *American Academy of Neurology*. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11342677>

- Poblete, Matus, Díaz, Vidal, & Ayala. (2015). Depresión, Cognición y Calidad de Vida en Adultos Mayores Activos. *Revista Ciencias de la Actividad Física*, 1 - 8. Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/289250168_Depresion_Cognicion_y_Calidad_de_Vida_en_Adultos_Mayores_Activos
- Pose, & Manes. (2016). Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurológica Colombiana*, 26(3), 7-12. Obtenido de https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_7-12.pdf
- Romero Rizo, L., & Tranque Gómez, P. A. (2012). Biología del envejecimiento y sus determinantes genéticos. En Abizanda, Romero, Luengo, Sánchez, & Jordán, *Medicina Geriátrica Una aproximación basada en problemas* (págs. 11 - 24). Elsevier Masson.
- Romero, Navarro, & Esquinas. (2016). Alteraciones cognitivas en el anciano. Parte I. En Romero, Luengo, Sanchez, & Jordán, *Medicina Geriátrica* (págs. 215 - 225). España: Elsevier.
- Rosselli, M. (Enero-Diciembre de 2015). Desarrollo Neuropsicológico de las Habilidades Visoespaciales y Visoconstruccionales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 15(1), 175-200 . Obtenido de https://www.researchgate.net/publication/277853198_D_Desarrollo_Neuropsicologico_d_e_las_Habilidades_Visoespaciales_y_Visoconstruccionales
- Salcedo. (2018). Percepcion de la caliddda de vida mediante el formato WHOQOL-OLD en adultos mayores de la consulta externa de la UM N1 de la delegacion IMSS, Aguascalientes, AGS. 1-138. Obtenido de <http://bdigital.dgse.uaa.mx:8080/xmlui/bitstream/handle/11317/1657/434978.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Soler, Romero, Luengo, Sánchez, & Jordán. (2016). *Medicina Geriátrica: una aproximación basada en problemas*. Elsevier.
- Tigre, J. (2016). *Estado cognitivo y funcionalidad familiar de los adultos mayores de la Zona 7. Ecuador*, 2016. Obtenido de <http://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/18401/1/ESTADO%20COGNITIVO%20Y%20FUNCIONALIDAD%20FAMILIAR%20DE%20LOS%20ADULTOS%20MAYORES%20DE%20LA%20ZONA%207%20-%20JAIME%20TIGRE.pdf>
- Universidad de Cantabria. (2017). *Capítulo 1. El envejecimiento: definiciones y teorías*. Obtenido de <https://ocw.unican.es/mod/page/view.php?id=700>

- Úrzua, A., & Urízar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 1.
- Viana, Ferreira, Duarte, & Albala. (2014). Estudio sobre el envejecimiento, el género y la calidad de vida (AGEQOL): factores asociados con la buena calidad de vida en adultos mayores que viven en la comunidad brasileña. Obtenido de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4261579/>

11. Anexos

11.1. Anexo 1: Aprobación del proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.0269 CCM-FSH-UNL

PARA: Vanessa del Cisne González Pérez
ESTUDIANTE DE LA CARRERA DE MEDICINA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 06 de Junio de 2018

ASUNTO: APROBACIÓN DE TEMA DE PROYECTO DE TESIS

En atención al tema de tesis presentado por usted, denominado **"RELACIÓN ENTRE ESTADO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN CENTROS DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LOJA, 2018"**; luego de su revisión respectiva se procede a **aprobarlo**, por lo que puede proceder a realizar el perfil del proyecto.

Con aprecio y consideración.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archiv.
B.castillo



11.2. Anexo 2: Pertinencia del proyecto de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro.398 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Álvaro Quinche
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 22 de junio de 2018

ASUNTO: INFORME DE PERTINENCIA.

Por medio del presente me permito enviar a usted el Proyecto de Tesis **"RELACIÓN ENTRE ESTADO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN CENTROS DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LOJA, 2018"**, de autoría de la Srta. **Vanessa del Cisne González Pérez**, estudiante de la Carrera de Medicina, a fin de que se sirva emitir la respectiva pertinencia, en cuanto a su coherencia y organización, debiendo recordar que la emisión será remitida la Dirección de la Carrera dentro de ocho días laborable.

En la seguridad de contar con su colaboración, le expreso mi agradecimiento

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo
B.castillo



Recibido: 25/06/2018

Hora: 20:15 pm.

11.3. Anexo 3: Designación del director de Tesis



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 448 CCM-FSH-UNL

PARA: Dr. Álvaro Quinche
DOCENTE DE LA CARRERA DE MEDICINA HUMANA

DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA

FECHA: 02 de Julio de 2018

ASUNTO: DESIGNAR DIRECTOR DE TESIS

Con un cordial saludo me dirijo a usted, con el fin de comunicarle que ha sido designado como director de tesis del tema, **"RELACIÓN ENTRE ESTADO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN CENTROS DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LOJA, 2018"**, autoría de la Srta. Vanessa del Cisne González Pérez.

Con los sentimientos de consideración y estima.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.

**DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL**

C.c.- Archivo

Bcastillo



1105930810

Recibido 04 - 06 - 2018

11.4. Anexo 4: Oficio de autorización de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
DIRECCIÓN CARRERA DE MEDICINA

MEMORÁNDUM Nro. 623 CCM-FSH-UNL

PARA: Lic. Martha Pesantez Sigcho.
DIRECTORA (e) DEL PATRONATO SOCIAL.
Padre Alcívar Chávez.
DIRECTOR DEL CENTRO DEL DÍA SAN JOSÉ DE LOJA.
Hna. Mariana Yanes.
DIRECTORA DEL HOGAR SOCIAL REINA DEL CISNE.
Hna. Rosa A. Agila Q.
DIRECTORA DEL HOGAR DANIEL ÁLVAREZ SÁNCHEZ.
Hna. María Aurora.
MISIONERA DE LA CARIDAD CASA HOGAR MADRE TERESA DE CALCUTA.
DE: Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
FECHA: 01 de Agosto de 2018
ASUNTO: SOLICITAR AUTORIZACIÓN PARA DESARROLLO DE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Por medio del presente, me dirijo a usted con la finalidad de expresarle un cordial y respetuoso saludo, deseando le éxito en el desarrollo de sus delicadas funciones. Aprovecho la oportunidad para solicitarle de la manera más respetuosa, se digne conceder su autorización para que la Srta. **Vanessa del Cisne González Pérez**, estudiante de la Carrera de Medicina Humana de la Universidad Nacional de Loja, pueda tener acceso: Para aplicar dos encuestas y una ficha sociodemográfica a todos los adultos mayores pertenecientes a los Centros de Atención; y, que cumplan con los criterios de inclusión del proyecto, información que le servirá para la realización de la tesis: **"RELACIÓN ENTRE ESTADO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN CENTROS DE ATENCIÓN DE ADULTOS MAYORES DE LA CIUDAD DE LOJA, 2018"**, trabajo que lo realizará bajo la supervisión del **Dr. Álvaro Quinche**, Catedrático de esta Institución.

Por la atención que se digne dar al presente, le expreso mi agradecimiento personal e institucional.

Atentamente,

Dra. Elvia Raquel Ruiz Bustán.
DIRECTORA DE LA CARRERA DE MEDICINA
DE LA FACULTAD DE LA SALUD HUMANA - UNL
C.c.- Archivo



Bcastillo

11.5. Anexo 5: Consentimiento Informado



CONSENTIMIENTO INFORMADO DE LA ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (OMS)

Este formulario de consentimiento informado está dirigido a los adultos mayores de la ciudad de Loja, a quienes se les invita a participar del proyecto investigativo denominado “Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja”

Investigadora: Vanessa del Cisne González Pérez

Director de Tesis: Dr. Álvaro Manuel Quinche Suquilanda, Esp.

Introducción

Yo, Vanessa del Cisne González Pérez estudiante de la carrera de Medicina de la Universidad Nacional de Loja. Me encuentro realizando un estudio que busca determinar la Relación entre estado cognitivo y calidad de vida en centros de atención de adultos mayores de la ciudad de Loja, mediante el llenado de una Ficha sociodemográfica, la Evaluación Cognitiva de Montreall MoCA y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD. A continuación, le pongo a su disposición la información y a su vez le invito a participar de este estudio. No tiene que decidir hoy si participar o no en esta investigación. Si tiene alguna pregunta no dude en preguntarme.

Propósito

Al determinar la frecuencia, el grado de deterioro cognitivo y establecer la relación que tiene con la calidad de vida percibida por los adultos mayores, reconoceremos la importancia de evaluar ambos aspectos en conjunto y de esta manera garantizar una atención de salud integral en las últimas etapas de vida

Tipo de intervención de investigación

Ficha sociodemográfica, la Evaluación Cognitiva de Montreall MoCA y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD

Selección de participantes

En esta investigación pueden participar todos los adultos mayores que asisten a Centros de Atención al Adulto Mayor de la ciudad de Loja

Participación Voluntaria

Su participación en este estudio es voluntaria. Usted puede elegir participar o no hacerlo. Puede tomar otra decisión posteriormente y decidir no formar parte del estudio aun cuando haya aceptado antes.

Información sobre la encuesta

Es una encuesta estructurada donde se detallará su estado cognitivo y su percepción de calidad de vida. Además, una ficha sociodemográfica en la que se debe incluir datos como: nombre, edad, sexo y que nivel de escolaridad posee.

Procedimiento y Protocolo

Se le aplicará la Ficha sociodemográfica, la Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD

Descripción del proceso

Se procederá a entregar la Ficha sociodemográfica, la Evaluación Cognitiva de Montreal MoCA y el Cuestionario de calidad de vida WHOQOL-OLD, las cuales serán aplicadas individualmente.

Duración

El presente estudio tiene una duración aproximada de 6 meses, la aplicación de la encuesta, de la escala y la toma de medidas antropométricas requieren como máximo 15 minutos de su tiempo.

Beneficios

Si usted acepta participar en este estudio, obtendrá los siguientes beneficios: podrá conocer si su estado cognitivo es normal, tiene un leve deterioro o demencia. Además también conocerá el nivel de calidad de vida que posee.

Confidencialidad

Con este estudio se realizará una investigación general en los adultos mayores que hayan aceptado participar. La información que se recogerá acerca de usted será puesta fuera del alcance de otras personas y solo estará disponible para la investigación.

Compartiendo resultados

La información que se obtenga al finalizar este estudio será socializada en el repositorio digital de la Universidad Nacional de Loja, en la cual se publicarán los resultados a través de datos numéricos. No se divulgará información personal de ninguno de los participantes.

Derecho a negarse o retirarse

Usted no tiene obligación absoluta de participar en esta investigación, es libre y voluntario de hacerlo o no.

A quien contactar

Si tiene cualquier pregunta puede hacerla en este momento o cuando usted crea conveniente, para ello puede comunicarse al número telefónico 0967656919 o escribir al siguiente correo electrónico vanessag045@gmail.com

He leído la información proporcionada o me ha sido leída. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha contestado satisfactoriamente las preguntas que he realizado. Consiento voluntariamente participar en esta investigación y entiendo que tengo el derecho a retirarme de la investigación en cualquier momento.

Nombre del Participante: _____

Firma del Participante: _____

Fecha: _____

11.6. Anexo 6: Ficha técnica sociodemográfica



UNIVERSIDAD NACIONAL DE LOJA
FACULTAD DE LA SALUD HUMANA
CARRERA DE MEDICINA
FICHA TÉCNICA SOCIODEMOGRÁFICA

DATOS INFORMATIVOS:

NOMBRE: _____

Sexo:

Hombre ☐ Mujer ☐

Edad:

65 a 79 años ☐
75 a 84 años ☐
85 y más ☐

Qué estudios tiene:

Ninguna ☐
Básica ☐
Bachillerato ☐
Universidad ☐

11.7. Anexo 7: Evaluación Cognitiva de Montreal

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos			
		<input type="checkbox"/> Contorno <input type="checkbox"/> Números <input type="checkbox"/> Agujas		___/5			
IDENTIFICACIÓN							
[]		[]		[]			
___/3							
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
	1er intento						
	2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2	___/2					
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOFAB							
___/1							
Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.							
___/3							
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []	___/2					
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)							
___/1							
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla	___/2					
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente
		[]	[]	[]	[]	[]	
Optativo	Pista de categoría						
	Pista elección múltiple						
___/5							
ORIENTACIÓN	[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad	___/6					
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 www.mocates.org							
Normal ≥ 26 / 30							
TOTAL ___/30 Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios							

11.8. Anexo 8: Cuestionario de Calidad de vida

CUESTIONARIO: WORLD HEALTH ORGANIZATION QUALITY OF LIFE – OLDER ADULTS (WHOQoL-OLD)

Instrucciones: Este cuestionario interroga temas relacionados con sus pensamientos y sentimientos en relación a ciertos aspectos de su calidad de vida y trata aspectos que son importantes para usted como miembro de la sociedad.

Por favor, conteste a todas las preguntas. Por favor, tenga en cuenta sus normas, esperanzas, placeres y preocupaciones. Le pedimos que piense en su vida en las dos últimas semanas.

¿Cuánto le preocupa lo que el futuro le pueda deparar?

Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
1	2	3	4	5

Haga un círculo en el número que mejor defina cuánto ha estado preocupado/a sobre el futuro en las dos últimas semanas.

En la siguiente parte de la encuesta nos enfocaremos en las experiencias de las 2 últimas semanas.

Elija su respuesta haciendo un círculo en el número que corresponda, donde 1 es nada y 5 es extremadamente. Por favor, lea cada pregunta, valore sus sentimientos, y elija su respuesta haciendo un círculo en el número que mejor le corresponda.

	Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
W.3 ¿Qué tanto afecta su vida diaria la alteración de uno o varios de sus sentidos (por ejemplo, para escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto)?	1	2	3	4	5
W4. ¿Qué tanto afecta su capacidad para participar en actividades la pérdida de algunos o varios de sus sentidos (como para escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto)?	1	2	3	4	5
W5. ¿Cuánta libertad tiene para tomar sus propias decisiones?	1	2	3	4	5

W6. ¿En qué medida siente que tiene control sobre su futuro?	1	2	3	4	5
W7. ¿En qué grado siente que la gente que le rodea respeta su libertad?	1	2	3	4	5
W8. ¿Cuánto le preocupa a usted la manera en que morirá?	1	2	3	4	5
W9. ¿Cuánto miedo tiene de no ser capaz de controlar su muerte?	1	2	3	4	5
W10. ¿Cuánto le asusta a usted morir?	1	2	3	4	5
W11. ¿Cuánto teme usted sentir dolor antes de morir?	1	2	3	4	5

En esta parte de la encuesta nos enfocaremos en las actividades que usted fue capaz de hacer parcial o completamente en las 2 últimas semanas.

	Nada	Un Poco	Moderado	Bastante	Totalmente
W12. ¿En qué medida los problemas con su funcionamiento sensorial (como escuchar, ver, probar, oler, sentir con el tacto) afectan su capacidad para relacionarse con los demás?	1	2	3	4	5
W13. ¿Qué tanto cree usted que puede hacer las cosas que le gustaría hacer?	1	2	3	4	5
W14. ¿Qué tan satisfecho/a está con las oportunidades que tiene para lograr cosas en la vida	1	2	3	4	5
W15. ¿En qué medida siente que ha recibido el reconocimiento que merece en la vida?	1	2	3	4	5
W16. ¿En qué medida siente que tiene suficientes cosas que hacer cada día?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho/a	Muy satisfecho/a
W17. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con lo que ha conseguido en la vida?	1	2	3	4	5
W18. ¿Qué tan satisfecho/a está con la manera en la que utiliza su tiempo?	1	2	3	4	5
W19. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con su nivel de actividad?	1	2	3	4	5
W20. ¿Qué tan satisfecho/a se siente con las oportunidades que tiene para participar en actividades de la comunidad (amigos, clubes, iglesia, etc)	1	2	3	4	5

	Muy descontento/a	Descontento/a	Ni contento/a ni descontento/a	Contento/a	Muy contento/a
W21. ¿Qué tan contento/a se siente al pensar en su futuro?	1	2	3	4	5

	Muy mal	Mal	Ni bien ni mal	Bien	Muy bien
W22. ¿Cómo calificaría el funcionamiento de sus sentidos (audición, visión, gusto, olfato, tacto)?	1	2	3	4	5

En esta parte de la encuesta nos enfocaremos en cualquier relación íntima que usted pueda tener.

	Nada	Un Poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
W23. ¿En qué medida se siente acompañado/a en su vida?	1	2	3	4	5
W24. ¿En qué medida experimenta amor en su vida?	1	2	3	4	5
W25. ¿En qué medida tiene oportunidades para amar?	1	2	3	4	5
W26. ¿En qué medida tiene oportunidades para ser amado/a?	1	2	3	4	5

	Muy insatisfecho/a	Insatisfecho o/a	Ni satisfecho/a ni insatisfecho/a	Satisfecho o/a	Muy satisfecho/a
W1. ¿Qué tan satisfecho se siente con su vida? (como puntuaría su calidad de vida)	1	2	3	4	5
W2. ¿Qué tan satisfecho está con su salud?	1	2	3	4	5

11.9. Anexo 9: Certificación de Traducción



**FINE-TUNED ENGLISH
LANGUAGE INSTITUTE**

Líderes en la Enseñanza del Inglés

Mgs. Mayra Yadira Chamba Cañar

DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

CERTIFICA:

Que el documento aquí compuesto es fiel traducción del idioma español al idioma inglés de un resumen de tesis denominado Relación entre Estado Cognitivo y Calidad de Vida en Centros de Atención de Adultos Mayores de la Ciudad de Loja, los mismos que servirán para fines personales de uso del cliente pertenecientes a la Srta. Vanessa del Cisne González Pérez. Es todo lo que puedo decir en honor a la verdad que me acreditan como perito traductor.

That the document here composed is a faithful translation from Spanish to English of a thesis abstract called Relationship between Cognitive Status and Quality of Life in Care Centers for the Elderly of the City of Loja, which will serve for the client's personal use purposes belonging to Ms. Vanessa del Cisne González Pérez. That is all I can say in honor of the truth that I am accredited as an expert translator.

Loja, 09 de julio del 2020.

Mgs. Mayra Y. Chamba Cañar.

DOCENTE DE FINE-TUNED ENGLISH CÍA LTDA.

Mayra Yadira Chamba Cañar

1104492408

Perito Traductor Loja

Nro. De Calificación: 1259856

Docente de Inglés del Ministerio de Educación

Docente del Instituto Particular de Inglés "Fine-Tuned English"

Fine-Tuned English Cía. Ltda. | Teléfono 2578899 | Email: venalfine@finetunedenglish.edu.ec | www.finetunedenglish.edu.ec

Loja: Macará entre Miguel Riofrío y Rocafuerte

Catamayo: Av. 24 de Mayo 08 - 21 y Juan Montalvo Telfs. 2678442

Zamora: García Moreno y Pasaje 12 de Febrero Telfs. 2608169

Yantzaza: Jorge Mosquera y Luis Bastidas Edificio "Coop. Sindicato de Choferes"

