

**DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE  
ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE VALLEDUPAR**

**GABY LORENA TORRES CANTILLO**

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR**

**FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**PSICOLOGÍA**

**VALLEDUPAR-CESAR**

**2021**

**DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE  
ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE VALLEDUPAR**

**TRABAJO DE GRADO PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICOLOGÍA**

**GABY LORENA TORRES CANTILLO**

**ASESORA DIRECTORA**

**MONICA PEREZ GOMEZ**

**UNIVERSIDAD POPULAR DEL CESAR**

**FACULTAD DE DERECHO, CIENCIAS POLÍTICAS Y SOCIALES**

**PSICOLOGÍA**

**VALLEDUPAR-CESAR**

**2021**

### **Dedicatoria**

Este proyecto va dedicado principalmente a mis padres Teófila Cantillo y Carlos Torres, los cuales siempre me han apoyado en todo y han estado es mis altibajos; a mis amigos y pareja por el inmenso apoyo y los buenos consejos brindados. A mis docentes, por el tiempo, la dedicación y la paciencia brindada. Y sobre todo a mí, por el esfuerzo y la dedicación encomendada.

### **Agradecimientos**

A mis padres nuevamente y a mi hermana por el apoyo incondicional, a mi familia en general, a mis tíos y tías; a las enfermeras y cuidadoras de cada una de las fundaciones en las cuales pude llevar a cabo todo esto por el apoyo y la confianza, a algunos compañeros de clase por siempre estar guiándome y a mi asesora Mónica Pérez, por el tiempo prestado y por su paciencia.

*-Gaby Lorena Torres Cantillo*

## TABLA DE CONTENIDOS

|                                      |    |
|--------------------------------------|----|
| ÍNDICE DE GRÁFICOS .....             | 7  |
| LISTA DE TABLAS .....                | 7  |
| RESUMEN .....                        | 12 |
| ABSTRACT.....                        | 13 |
| INTRODUCCIÓN .....                   | 14 |
| CAPITULO 1.....                      | 15 |
| 1.1.EL PROBLEMA.....                 | 15 |
| 1.2.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA ..... | 15 |
| 1.3.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....    | 18 |
| 1.4. OBJETIVOS .....                 | 18 |
| 1.4.1. Objetivo general. ....        | 18 |
| 1.4.2. Objetivos específicos. ....   | 18 |
| 1.5. JUSTIFICACIÓN .....             | 19 |
| CAPITULO 2.....                      | 20 |
| MARCO TEORICO.....                   | 20 |
| 2.1. ESTUDIO DEL ARTE .....          | 20 |
| 2.1.1 DETERIORO COGNITIVO.....       | 20 |
| 2.1.2 CALIDAD DE VIDA .....          | 27 |
| 2.2. FUNDAMENTO TEÓRICO .....        | 34 |
| 2.2.1. DETERIORO CÓGNITIVO.....      | 34 |

Etiología del deterioro cognitivo

|   |    |
|---|----|
| Causas del deterioro cognitivo                        |    |
| 2.2.2. FUNCIONES COGNITIVAS.....                      | 36 |
| Grados de estado de la conciencia                     |    |
| Orientación   |    |
| Memoria   |    |
| Atención y concentración                              |    |
| Lenguaje  |    |
| Razonamiento  |    |
| 2.2.3. FUNCIONES EJECUTIVAS .....                     | 42 |
| 2.2.4. LÓBULO FRONTAL.....                            | 42 |
| 2.2.5. FUNCIONES INTELECTUALES DE ORDEN SUPERIOR..... | 42 |
| 2.2.6. CALIDAD DE VIDA .....                          | 43 |
| Dimensiones de la calidad de vida                     |    |
| Bienestar emocional                                   |    |
| Relaciones interpersonales                            |    |
| Bienestar material                                    |    |
| Desarrollo personal                                   |    |
| Bienestar físico                                      |    |
| Autodeterminación                                     |    |
| Inclusión social                                      |    |
| Derechos  |    |
| Necesidades básicas en la calidad de vida             |    |
| Estilos de vida saludables                            |    |

|   |     |
|---|-----|
| CAPITULO 3.....                                   | 47  |
| MARCO METODOLÓGICO.....                           | 47  |
| 3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACIÓN .....            | 47  |
| 3.2. TIPO DE LA INVESTIGACIÓN .....               | 47  |
| 3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN. ....             | 47  |
| 3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES. ....        | 48  |
| 3.5. TECNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN ..... | 48  |
| <br>  |     |
| CAPITULO 4.....                                   | 55  |
| RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....               | 55  |
| ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS .....          | 55  |
| ANALISIS DESCRIPTIVO .....                        | 55  |
| ANALISIS CORRELACIONAL.....                       | 60  |
| DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....                      | 97  |
| CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....              | 98  |
| REFERENCIAS.....                                  | 101 |
| APENDICE.....                                     | 105 |

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

|  |         |
|--|---------|
| <b>GRAFICO N°1: GÉNERO DE LOS ENCUESTADOS.</b>       | .....56 |
| <b>GRAFICO N°2: EDAD DE LOS ENCUESTADOS.</b>         | .....57 |
| <b>GRAFICO N°3: RESULTADOS DEL TEST MINI-MENTAL.</b> | .....58 |
| <b>GRAFICO N°4: RESULTADOS ESCALA DE BARTHEL</b>     | .....59 |

## LISTA DE TABLAS

|  |         |
|--|---------|
| <b>TABLA N°1: GENERO DE LOS ENCUESTADOS.</b>   | .....55 |
| <b>TABLA N°2: EDAD DE LOS ENCUESTADOS.</b>   | .....56 |
| <b>TABLA N°3: PRUEBA DE NORMALIDAD SHAPIRO WILK</b>  | .....60 |
| <b>TABLA N°4: PRUEBA DE HOMOGENEIDAD DE VARIANZAS</b>  | .....61 |
| <b>TABLA N°5: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (COMER).</b>        | .....63 |
| <b>TABLA N°6: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (LAVARSE).</b>      | .....63 |
| <b>TABLA N°7: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (VESTIRSE).</b>     | .....64 |
| <b>TABLA N°8: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (ARREGLARSE).</b>   | .....65 |
| <b>TABLA N°9: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (DEPOSICIONES).</b> | .....66 |
| <b>TABLA N°10: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (MICCIÓN).</b>     | .....66 |

|   |    |
|---|----|
| <b>TABLA N°11: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (RETRETE)</b> .....     | 67 |
| <b>TABLA N°12: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (TRASLADARSE)</b> ..... | 68 |
| <b>TABLA N°13: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (DEAMBULAR)</b> .....   | 68 |
| <b>TABLA N°14: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ORIENTACIÓN Y LA TAREA BÁSICA (ESCALONES)</b> .....   | 69 |
| <b>TABLA N°15: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (COMER)</b> .....           | 70 |
| <b>TABLA N°16: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (LAVARSE)</b> .....         | 70 |
| <b>TABLA N°17: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (VESTIRSE)</b> .....        | 71 |
| <b>TABLA N°18: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (ARREGLARSE)</b> .....      | 72 |
| <b>TABLA N°19: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (DEPOSICIONES)</b> .....    | 72 |
| <b>TABLA N°20: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (MICCIÓN)</b> .....         | 73 |
| <b>TABLA N°21: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (RETRETE)</b> .....         | 74 |
| <b>TABLA N°22: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (TRASLADARSE)</b> .....     | 74 |
| <b>TABLA N°23: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (TRASLADARSE)</b> .....     | 75 |

|  |    |
|--|----|
| <b>TABLA N°24: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN MEMORIA Y LA TAREA BÁSICA (ESCALONES).</b> .....     | 76 |
| <b>TABLA N°25: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (COMER).</b> .....        | 77 |
| <b>TABLA N°26: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (LAVARSE).</b> .....      | 77 |
| <b>TABLA N°27: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (VESTIRSE).</b> .....     | 78 |
| <b>TABLA N°28: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (ARREGLARSE).</b> .....   | 79 |
| <b>TABLA N°29: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (DEPOSICIONES).</b> ..... | 79 |
| <b>TABLA N°30: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (MICCIÓN).</b> .....      | 80 |
| <b>TABLA N°31: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (RETRETE).</b> .....      | 81 |
| <b>TABLA N°32: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (TRASLADARSE).</b> .....  | 81 |
| <b>TABLA N°33: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (DEAMBULAR).</b> .....    | 82 |
| <b>TABLA N°34: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN ATENCIÓN Y LA TAREA BÁSICA (ESCALONES).</b> .....    | 83 |
| <b>TABLA N°35: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (COMER).</b> .....        | 83 |
| <b>TABLA N°36: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (LAVARSE).</b> .....      | 84 |

|  |    |
|--|----|
| <b>TABLA N°37: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (VESTIRSE).</b> .....     | 85 |
| <b>TABLA N°38: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (ARREGLARSE).</b> .....   | 85 |
| <b>TABLA N°39: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (DEPOSICIONES).</b> ..... | 86 |
| <b>TABLA N°40: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (MICCIÓN).</b> .....      | 87 |
| <b>TABLA N°41: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (RETRETE).</b> .....      | 87 |
| <b>TABLA N°42: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (TRASLADARSE).</b> .....  | 88 |
| <b>TABLA N°43: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (DEAMBULAR).</b> .....    | 88 |
| <b>TABLA N°44: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN RECUERDO Y LA TAREA BÁSICA (ESCALONES).</b> .....    | 89 |
| <b>TABLA N°45: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (COMER).</b> .....        | 90 |
| <b>TABLA N°46: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (LAVARSE).</b> .....      | 91 |
| <b>TABLA N°47: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (VESTIRSE).</b> .....     | 91 |
| <b>TABLA N°48: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (ARREGLARSE).</b> .....   | 92 |
| <b>TABLA N°49: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (DEPOSICIONES).</b> ..... | 93 |

|   |           |
|---|-----------|
| <b>TABLA N°50: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (MICCIÓN).....</b>     | <b>93</b> |
| <b>TABLA N°51: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (RETRETE).....</b>     | <b>94</b> |
| <b>TABLA N°52: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (TRASLADARSE).....</b> | <b>95</b> |
| <b>TABLA N°53: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (DEAMBULAR).....</b>   | <b>95</b> |
| <b>TABLA N°54: CORRELACIÓN ENTRE LA DIMENSIÓN LENGUAJE Y LA TAREA BÁSICA (ESCALONES).....</b>   | <b>96</b> |

## **DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA SOBRE LA CALIDAD DE VIDA DE ADULTOS MAYORES EN LA CIUDAD DE VALLEDUPAR**

**Autora:** Gaby Lorena Torres Cantillo.

**Asesora:** Mónica Pérez Gómez.

**Año:** 2021

### **RESUMEN**

El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico que puede presentarse a partir de los 65 años de edad, esto sucede cuando las neuronas (células nerviosas) van perdiendo su capacidad de funcionamiento. El deterioro cognitivo se clasifica en dos que son el normal y el deterioro cognitivo leve. En el deterioro cognitivo normal, se mantienen las cualidades de las funciones neurocognitivas, necesarias para que la persona pueda adaptarse al diario vivir y en el deterioro cognitivo leve es donde en el envejecimiento se evidencia la existencia de un declive de las funciones cognitivas y esto sucede en el sistema nervioso, el deterioro cognitivo leve es el que se produce en diferentes áreas, el principal síntoma es el olvido. El deterioro de mayor predominancia en la población estudiada es el discreto déficit. La calidad de vida tiene su origen en 1930, se basa en las necesidades y satisfacciones de las personas, además se encarga del estudio tanto a nivel físico, social político y psicológico. Clasificándose en dimensiones como son: bienestar psicológico, físico, social, bienestar intelectual o mental y espiritual, cada una de las cuales son importantes para el estudio del adulto mayor en su calidad de vida.

El presente proyecto de investigación tiene como objetivo determinar la relación existente entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a las distintas fundaciones de la ciudad de Valledupar. Con el fin de obtener los resultados deseados, se aplicó el Test Mini-Mental de Folstein, para evaluar el deterioro cognitivo y el índice de Barthel para evaluar la calidad de vida. La muestra comprende a 35 adultos mayores, entre hombres y mujeres de 56 a 98 años. Se evaluó el grado del deterioro cognitivo en las distintas

dimensiones: orientación, memoria, recuerdo y lenguaje y a su vez la calidad de vida por el nivel de dependencia e independencia del encuestado. El tipo de investigación que se empleo fue la correlacional, para poder establecer la relación existente entre las dos variables planteadas.

Los resultados que se obtuvieron al culminar la investigación fueron: Al determinar la correlación entre cada una de las dimensiones de las variables, se llegó a la conclusión de que muchas de ellas no se encuentran asociadas significativamente, lo cual es debido a que algunos adultos mayores a pesar de padecer un gran deterioro cognitivo, pueden realizar ciertas actividades como comer e ir al baño, pero por otra parte se encuentra que hubo en varios casos correlación positivas de medianas a leves, como por ejemplo la existente entre el nivel de recuerdo del cual carecen algunos adultos mayores al momento de subir o bajar escalones o de realizar actividades más sencillas como usar el retrete; esto debido a la incidencia que tiene el deterioro cognitivo en algunos pacientes que se encuentran en fase terminal o que simplemente no se pueden valer por sí mismo por cuestiones de edad o de enfermedades médicas.

**PALABRAS CLAVES:** DETERIORO COGNITVO, ADULTO MAYOR, CALIDAD DE VIDA

## **COGNITIVE IMPAIRMENT AND ITS INFLUENCE ON THE QUALITY OF LIFE OF OLDER ADULTS IN THE CITY OF VALLEDUPAR.**

**Author:** Gaby Lorena Torres Cantillo.

**Advisor:** Mónica Pérez Gómez.

**Year:** 2021

### **ABSTRACT**

Cognitive deterioration is a geriatric syndrome that can occur after 65 years of age, this happens when neurons (nerve cells) are losing their ability to function. Cognitive impairment is classified into two types: normal and mild cognitive impairment. In normal cognitive impairment, the qualities of neurocognitive functions are maintained, necessary for the person to adapt to daily life and in mild cognitive impairment is where in aging there is evidence of a decline in cognitive functions and this happens in the nervous system, mild cognitive impairment is the one that occurs in different areas, the main symptom is forgetfulness. The most predominant impairment in the population studied is the discrete deficit. The quality of life has its origin in 1930, it is based on the needs and satisfactions of people, it is also in charge of the study at the physical, social, political and psychological level. It is classified into dimensions such as: psychological, physical, social, intellectual or mental and spiritual well-being, each of which is important for the study of the quality of life of older adults.

The objective of this research project is to determine the relationship between cognitive impairment and quality of life of older adults belonging to different foundations in the city of Valledupar. In order to obtain the desired results, the Folstein Mini-Mental Test was applied to evaluate cognitive impairment and the Barthel index to evaluate quality of life. The sample comprised 35 older adults, including men and women aged 56 to 98 years. The degree of cognitive impairment was evaluated in the different dimensions: orientation, memory, recall and language, as well as the quality of life by the level of dependence and independence of the

respondent. The type of research used was correlational, in order to establish the relationship between the two variables.

The results obtained at the end of the research were as follows: When determining the correlation between each of the dimensions of the variables, it was concluded that many of them are not significantly associated, which is due to the fact that some older adults, in spite of suffering a great cognitive deterioration, can perform certain activities such as eating and going to the bathroom, but on the other hand it is found that in several cases there was a positive correlation from medium to slight, as for example the existing one between the level of memory which some older adults lack when going up or down steps or performing simpler activities such as using the toilet; This is due to the incidence of cognitive impairment in some patients who are in the terminal phase or who are simply unable to care for themselves due to age or medical illness.

**KEY WORDS:** COGNITIVE IMPAIRMENT, OLDER ADULT, QUALITY OF LIFE.

## INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso experimentado por el ser humano que va acompañado de diversos cambios estructurales y funcionales que pueden vulnerar la salud, se considera a la persona adulta mayor a partir de los 65 años de edad. La forma en la que evoluciona la salud durante la vejez es compleja, con el envejecimiento es mayor la vulnerabilidad del adulto mayor al presentar más de una enfermedad crónica degenerativa, entre las que destacan la diabetes, la hipertensión, la obesidad central y las dislipidemias.

La importancia de cambios durante la edad adulta y el nivel de funcionalidad e independencia para realizar actividades cotidianas, apoyados ambos por un buen desempeño cognitivo, son claves para diferenciar la salud de la patología. De esta forma, la identificación temprana de los factores de riesgo que afectan la salud es indispensable para prevenir enfermedades y contribuir a la calidad de vida de la población que envejece.

Las funciones cognitivas son aquellos procesos mentales que permiten llevar a cabo cualquier tarea. Hacen posible que el sujeto tenga un papel activo en todos los procesos que se realicen, lo cual permite el desenvolvimiento adecuado en el mundo que le rodea. En las funciones cognitivas, se realiza la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de información. Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro cognitivo, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor. Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: Las dispersas y las localizadas; por su parte, las funciones cognitivas dispersas son aquellas que no se presentan en una área o región específica, por esta razón, sus cambios aparecen ligados a lesiones o alteraciones generalizadas del parénquima cerebral, generalmente afectando a ambos hemisferios cerebrales. En este tipo de función cognitiva encontramos memoria, atención, concentración, funciones intelectuales de orden superior (Romero, y Vázquez, 2002). Las funciones cognitivas localizadas se encuentran delimitadas en una parte específica de un único hemisferio, bien sea en el hemisferio izquierdo (generalmente el dominante) o en el hemisferio derecho. (Raz et al., 2005).

La calidad de vida se desarrolla a través de diferentes áreas como son físicas, psicológicas, ambientales, percepciones, aspiraciones y necesidades; cada una aportando a un análisis de gran relevancia a la investigación sobre todo para conocer como la persona adulta mayor se desenvuelve en su desarrollo biopsicosocial, con énfasis en la salud de las personas, como un factor indispensable para favorecer el área espiritual y emocional.

El proyecto se basa en brindar un estudio completo de como el deterioro cognitivo influye en la calidad de vida del adulto mayor, debido a que es a esta edad adulta en donde las complicaciones son evidentes, es indispensable identificar en el adulto mayor el deterioro cognitivo predominante y en que funciones registra complicaciones, para que su calidad de vida no sea afectada y así éste pueda vivir cómodamente.

## **CAPÍTULO I**

### **EL PROBLEMA**

#### **1.1.PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico que se presenta a partir de los 65 años de edad, aparece cuando las neuronas (células nerviosas) van perdiendo su capacidad de funcionamiento, se clasifica en dos, deterioro normal y el deterioro cognitivo leve. En el deterioro normal se mantienen las funciones neurocognitivas y en el deterioro cognitivo leve existe un declive en las funciones cognitivas; el primer síntoma para que se produzca un deterioro es el olvido. (Barrera, 2017)

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) a la edad de 65 años se considera a la persona como adulto mayor. Es a partir de esta, en donde empieza un nuevo ciclo de vida, a lo cual denominamos vejez; por otra parte, cuando hablamos de funciones cognitivas, se debe al resultado de áreas intelectuales entre las cuales tenemos los pensamientos, percepción, cálculo, orientación, memoria, comprensión y la resolución de problemas y el deterioro presente en los adultos mayores es producto del envejecimiento, puede variar dependiendo de las condiciones de

vida de la persona. El deterioro cognitivo es un síntoma que no solo afecta a la persona que lo padece, es vivido por sus familiares y personas que conviven a su alrededor.

La demencia por su parte, se define como el deterioro adquirido en las capacidades cognitivas que entorpece la realización satisfactoria de actividades de la vida diaria. La Organización Mundial de la Salud (2019) define a la Demencia como:

“Un síndrome caracterizado por el deterioro de la función cognitiva, la cual afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia no se ve afectada. El deterioro de la función cognitiva suele ir acompañado, y en ocasiones es precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación.” (Párr. 1)

Las manifestaciones biológicas del envejecimiento son diferentes de las que originan las enfermedades crónicas frecuentes en los ancianos, y del mismo modo, la demencia no es una consecuencia del envejecimiento normal, sino un proceso patológico.

La evidencia científica relaciona diferentes factores de riesgo, con la presencia de demencia, entre ellos: la edad (el más importante), la inactividad física, la obesidad, el consumo de tabaco, el consumo nocivo de alcohol, la diabetes, la hipertensión, la presencia de depresión, el bajo nivel educativo, el aislamiento social y la inactividad cognitiva. (Social, 2017)

Según datos reportados por la OMS (2015), en el mundo hay actualmente unos 47 millones de personas con demencia, en 2030 se espera que sean aproximadamente 75 millones y en 2050 se cree que podrían ser cerca de 132 millones, la tendencia es hacia el aumento, cada año se registran 10 millones de casos nuevos. La prevalencia de vida de la demencia en personas de 60 años y más, está entre el 5% y el 8%, se presenta tempranamente en el 9% de los casos (en menores de 65 años: demencia precoz).

Con respecto a la situación del país, Colombia. El Boletín de salud mental del Ministerio de Salud y Protección social, muestra los resultados de la Encuesta Nacional de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE, 2015) en donde la población objeto de estudio fueron personas mayores de 60 años, en áreas urbanas y rurales de 32 departamentos. Se realizaron en total 23.694 encuestas,

en 246 municipios de Colombia, de las cuales 17.189 (72,5%) fueron en el área urbana, 1.986 (8,4%) en Centros poblados y 4.519 (19%) en zona rural.

El estudio reportó una prevalencia de demencia del 9,4%, que aumentó con la edad, en mayores de 85 años la prevalencia fue de 57,4%. En hombres la prevalencia fue de 8,1% y en mujeres de 10,7%. En el estrato socioeconómico 1 se halló mayor prevalencia de demencia (12,8%) y en el estrato 5-6 fue menor (1,2%). En zona urbana la prevalencia fue menor, por regiones fue mayor en la región Atlántico y Pacífico, mientras que en Bogotá la frecuencia fue menor.

Las personas con “ningún nivel educativo” tuvieron una prevalencia de demencia de 25,2%, y esta fue disminuyendo en la medida en que aumentaba la educación de las personas, de manera que para quienes cursaron básica primaria fue de 8,7%, básica secundaria 2,9%, técnico o tecnológico 0,9% y universitario o postgrado fue 0,7%

En el departamento del Cesar y en Valledupar es muy poca la información encontrada con respecto a cifras y datos acerca de la prevalencia de la demencia en población de adultos mayores, así como también pocos estudios estructurados acerca de ello. En noticias de periódicos locales se encuentra un informe con respecto a la poca atención brindada a el adulto mayor, debido a que se cuenta con un sistema de salud deficiente, que no posee el personal adecuado para llevar este tipo de situaciones.

La aparición de nuevas patologías en los ancianos, como el reforzamiento de otros procesos enfermizos, determina la necesidad de explorar factores de riesgo y conductas terapéuticas a fin de disminuir su impacto tanto individual como social. Uno de los procesos mentales que más preocupa en la actualidad es el aumento en la incidencia de síndromes demenciales, caracterizado en varios grupos de trastornos clínicamente diferenciados. La importancia de su detección rápida radica en poder intervenir tempranamente, para así evitar sus consecuencias.

Se precisa entonces iniciar un proceso investigativo para lograr los conocimientos básicos acerca de los factores precipitantes y predisponentes de este trastorno para así intentar intervenir a nivel de, asistencia y fomento de vida saludable en este grupo de personas.

## **1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

¿Cuál es la relación existente entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores de las distintas fundaciones de la ciudad de Valledupar?

## **1.3.OBJETIVOS.**

### **1.3.1. OBJETIVO GENERAL.**

Determinar la relación existente entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores pertenecientes a las distintas fundaciones de la ciudad de Valledupar.

### **1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

Describir el perfil socio-demográfico de los adultos mayores que se encuentran en las distintas fundaciones de la ciudad de Valledupar.

Identificar el grado de deterioro en las funciones cognitivas predominantes en los adultos mayores que se encuentran en las distintas fundaciones de la ciudad de Valledupar.

Relacionar el grado de deterioro en las funciones cognitivas con el nivel de calidad de vida de los adultos mayores que se encuentran en las distintas fundaciones de la ciudad de Valledupar.

## 1.4.JUSTIFICACIÓN

Según el Ministerio de Salud (MINSAL, 2019): La vejez representa una construcción social y biográfica del último momento del curso de vida humana. En esta se constituye un proceso heterogéneo a lo largo del cual se acumulan, entre otros, necesidades, limitaciones, cambios, pérdidas, capacidades, oportunidades y fortalezas humanas. El envejecimiento, al igual que el funcionamiento cognitivo, son procesos individuales y cambiantes. Algunas funciones cognitivas se deterioran con el paso de los años, mientras que otras pueden mostrar cierta mejoría. Esto se debe a la intervención de diversos factores: antecedentes hereditario-familiares, neurológicos o psiquiátricos, escolaridad, entre otros.

Los adultos mayores constituyen uno de los pilares fundamentales para la sociedad, es indispensable el brindar atención y seguridad a esta población. Hoy en día es un tema de actualidad en los medios de comunicación, la problemática que supone el envejecimiento, puesto que la pirámide de la población está invertida debido a la poca natalidad y al aumento de la esperanza de vida, preocupando la calidad de vida que puedan tener estas personas mayores en esta última etapa vital.

Aparte de eso, una gran parte de esta población no tiene un envejecimiento normal sino patológico, ya que aumenta el número de personas afectadas de demencia considerablemente. León, (2015). Se cree que es importante ayudar en la medida que sea posible, para que estas personas tengan una vida lo más digna posible, es decir, una mejor calidad de vida.

Es por esto que nace el presente proyecto de investigación, importante por el impacto de los distintos factores de riesgo que afectan las distintas funciones cognitivas y por ende la calidad de vida en el adulto mayor. Pueden presentar diferentes niveles de deterioro cognitivo, cada uno de los cuales afectaran de diferente manera en su calidad de vida, por lo tanto, van deteriorando más que todo la memoria, la orientación y el lenguaje.

Los resultados del proyecto se obtendrán mediante la aplicación de test que son fiables, confiables y estandarizados. Es de interés social el estudio del adulto mayor por ser personas que aportaron muchos años de su vida en todos los ámbitos en los cuales se desempeñaron. El proyecto se basa en identificar cuáles son los factores que están asociados al deterioro cognitivo sobre la calidad de vida del adulto mayor; es a esta edad adulta en donde las complicaciones son evidentes, por esto indispensable identificar en el adulto mayor el deterioro cognitivo predominante y en que funciones registra complicaciones, para que su calidad de vida no sea afectada y el adulto mayor pueda viva de la manera más cómoda y tranquila.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1.ESTUDIO DEL ARTE**

##### **2.1.1. DETERIORO COGNITIVO.**

#### **INTERNACIONAL**

- Barrera (2017) Deterioro Cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor, Ambato, Ecuador.

El objetivo principal de este estudio fue, conocer el nivel de influencia del deterioro cognitivo en la calidad de vida del adulto mayor. Este trabajo de investigación cuenta con conceptos de organizaciones, como la OMS, OPS; así como también de teóricos, de los que se destaca: Alexander Luria, que fue un neuropsicólogo y medico ruso. El tipo de investigación que se empleó, fue la cuantitativa, para poder establecer la relación existente entre las dos variables de estudio: deterioro cognitivo y la calidad de vida.

La investigación se realizó con el grupo de adultos mayores que asisten a la Fundación de personas Discapacitadas “San José de Huambaló” perteneciente a la Provincia de Tungurahua, Cantón Pelileo, Parroquia Huambaló y se contó con una población de 35 personas, de las que, 29 fueron mujeres y 16 fueron hombres. Se utilizaron dos instrumentos: Gencat Escala de Calidad de Vida, para medir la variable independiente y el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) para medir la variable dependiente.

Los niveles de deterioro cognitivo en el adulto mayor se presentan de la siguiente manera: el discreto déficit con un 51% en los adultos mayores, el deterioro cognitivo leve se encuentra en un 29% de los adultos mayores, el deterioro cognitivo moderado se presenta en un 17% de los adultos mayores, y de manera normal el 3% de los adultos mayores, al observar que el discreto déficit es el predominante se manifiesta que en el adulto mayor se presenta un deterioro en la memoria a corto plazo y en orientación espacial, su calidad de vida no sea afectada de manera significativa. Al relacionar el nivel de deterioro cognitivo con el índice de calidad de vida, se menciona que las personas evaluadas presentan en su mayor parte un discreto déficit, su calidad de vida sea menor, esto es debido que al presentar este nivel aun no presenta deterioros marcados influyentes de una manera marcada en las condiciones de vida del adulto mayor.

Aportes: Aparte de la cantidad de información enriquecedora que obtiene este proyecto de investigación, hubo aportes de teóricos significativos, como Alexander Luria, el cual hace referencia al lenguaje; así como también de datos y cifras de organizaciones como la OMS.

Puntos de coincidencia: tipo de población, variables a medir, el método cuantitativo y el tipo de investigación correlacional.

- Cullacay y Márquez (2022) Estudio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022, Cuenca – Ecuador.

El objetivo principal de este proyecto de grado fue, identificar el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores, que asisten a la residencia de ancianos Casa Hogar Betania, ubicado en Zamora, Chinchipe.

Para obtener los resultados deseados se aplicó el TEST MINIMENTAL, para evaluar el deterioro cognitivo y el cuestionario CUBRECAVI para evaluar la calidad de vida. La muestra comprende a 21 personas adultas mayores entre hombres y mujeres de 66 a 96 años, los cuales cumplen con los criterios de inclusión. Se evaluó los tipos de deterioro cognitivo: leve, moderado y grave y a su vez la calidad de vida en 9 escalas como: salud, integración social, habilidades funcionales, actividad y ocio, calidad ambiental, satisfacción con la vida, educación, ingresos, servicios sociales y sanitarios.

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

Puntos de coincidencia: población escogida, utilización del test MINIMENTAL y variables de la investigación.

- Cabrera y Lezcano (2020). Deterioro cognitivo en adultos mayores de un hospital de las fuerzas armadas. Lima-Perú.

El objetivo general de esta investigación fue conocer los niveles de deterioro cognitivo en los adultos mayores en el Hospital de fuerzas armadas, teniendo en cuenta la edad, el sexo y el nivel de escolaridad utilizando la evaluación Psicológica Breve en español (NEUROPSI). Haciendo énfasis en identificar las áreas de la cognición más afectadas por el deterioro, que son: Orientación, Atención y concentración, Codificación, Lenguaje, Lectura, Escritura, Funciones Ejecutivas, y Funciones de Evocación. Se consideran dentro la muestra obtenida un total de 201 adultos mayores, siendo un 40 % la población masculina y un 60 % la femenina, que comprenden un rango de edad entre los 60 y 97 años respectivamente. Además de que se consideran los años de escolaridad entre menos de 1 año y más de 14 años. El nivel y tipo de investigación es descriptivo, en razón, que busca medir las características y observar los criterios a evaluar.

El método de la investigación es el tipo encuesta, ya que se aplicó un cuestionario físico, que es la Evaluación Neuropsicológica Breve en español (NEUROPSI) y el diseño de

investigación es Descriptivo Correlacional. Los resultados encontrados muestran que el nivel de deterioro cognitivo demuestra una mayor frecuencia en la categoría de deterioro Normal y que el deterioro respecto a la edad se presenta con mayor predominancia a partir de los 73 y 90 años; con respecto al sexo no se encuentran diferencias significativas y sobre el nivel de escolaridad se concluye que a mayor año de estudio menor o nulo deterioro cognitivo. Además, que la función cognitiva de la escritura no demuestra deterioro significativo en relación a la edad.

Puntos de coincidencia: población escogida, edad de los encuestados, variable de deterioro cognitivo.

## **NACIONAL.**

- Benavides (2017). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor, Bogotá, Colombia.

Este artículo de revisión literaria, tiene como objetivo, orientar la evaluación cognitiva del paciente mayor durante la evaluación perioperatoria para identificar pacientes con riesgo de deterioro cognitivo postoperatorio o con deterioro cognitivo preoperatorio. Para esta revisión se realizó una búsqueda en las bases de datos LILACS, MEDLINE y GOOGLE SCHOLAR.

Se concluye, que el déficit cognitivo es un síndrome neurológico que se acompaña de una enorme inversión económica y social y por ello, es poco lo que se puede lograr en prevención y manejo sin políticas de salud pública enfocadas en mejorar las condiciones en la calidad de vida de la población en general y del paciente geriátrico en particular, empezando por los niveles educativos que claramente están relacionados con la presentación de esta patología en el preoperatorio y postoperatorio. A nivel quirúrgico la evaluación perioperatoria multidisciplinaria y el manejo anestésico con medidas básicas de neuro protección si bien no aseguran que no se presente el síndrome, por lo menos permiten la optimización de algunos factores que pueden contribuir al desarrollo del mismo y permiten desarrollar planes de manejo que eviten el empeoramiento de la alteración cognitiva preoperatoria o la aparición definitiva de la alteración en el postoperatorio de los pacientes.

Aportes: datos de la Organización Mundial de la Salud y aportes con respecto a déficit cognitivo y algunos factores que influyen en este.

Puntos de coincidencia: población escogida, y algunos factores que están asociados al deterioro cognitivo.

- Sánchez (2017). Caracterización social, familiar y de Salud de los adultos mayores del barrio El Rodeo, Villavicencio, Colombia.

En el presente proyecto de investigación, se dio a conocer la percepción de salud y las dinámicas familiares que los integrantes de la familia tienen en relación con la vejez, los cuidados, la situación socioeconómica y las necesidades que se generan a partir de este proceso de envejecimiento.

Fue de tipo descriptivo con variables cualitativas y cuantitativas. Las variables cuantitativas se midieron a través de los instrumentos: Actividades básicas de la vida diaria (AVD) de Barthel y la Escala de Lawton y Brody, la sub escala de Tinetti; en cuanto a la valoración cognitiva, se empleó el examen cognitivo MINI-MENTAL (adaptación español), para la valoración afectiva se aplicó el test de Yesavage y finalmente para valorar la comorbilidad se usó el índice de Charlson que permitió valorar las condiciones sociales demográficas y de salud del adulto mayor. A través de las variables cualitativas se exploraron las relaciones familiares del entorno, la percepción del envejecimiento y las necesidades del adulto mayor desde el mismo y su cuidador(a); para ello se emplearon los instrumentos: el diario de campo, la observación y la entrevista semiestructurada.

Aportes: se realizaron aportes importantes con respecto a la salud mental de los adultos mayores y los posibles factores que intervienen.

Puntos de coincidencia: tipo de población, instrumento como la Escala de Barthel y el Mini Mental de Folstein (versión en español).

- Camargo (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia.

El objetivo de este artículo fue determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia.

Se realizó un estudio cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal, con una población de 165 y una muestra de 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos, cuyos criterios de inclusión fueron: edad entre 65 y 95 y más años, presencia o ausencia de patología crónica. Se utilizó el muestreo no probabilístico por conveniencia, y se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental).

La población adulta mayor que participó en el estudio oscila entre las edades de 75 a 94 años, existió predominio del género masculino; la mayoría se encontraban en nivel básico primario, tenían contacto familiar, el tiempo de institucionalización fue de 1 a 5 años. El 41,7% de los adultos mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo grave y requieren intervenciones de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva.

Aportes: factores de riesgo predominantes en el deterioro cognitivo.

Puntos de coincidencia: tipo de población, variable de deterioro cognitivo y el test Mini Mental de Folstein.

## **REGIONAL.**

- Lozano (2017). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores de la Costa Caribe Colombiana. Santa Marta, Colombia.

El objetivo general de esta investigación es describir el funcionamiento cognitivo en adultos mayores institucionalizados de la costa caribe colombiano, cuyas edades oscilan entre 60 años y 85 años. Para este estudio, la metodología que se utilizó fue de tipo cuantitativa, no experimental, de alcance descriptivo y transversal. La muestra fue de 47 adultos mayores cuyas edades estaban comprendidas entre los 58-92 años, pertenecientes a 4 instituciones geriátricas privadas, los cuales se evaluaron través del instrumento Global Deterioration Scale (GDS).

Entre los resultados encontrados el 34 % de los adultos mayores de la muestra se clasificaron en el GDS 3, es decir, con Deterioro Cognitivo Leve; 30% se ubicaron en el GDS 6 Deterioro Cognitivo Grave; 9% en el GDS 2 Deterioro Cognitivo Muy Leve, 6% se ubicó en el GDS 4 con Deterioro cognitivo moderado; otro 19% su puntuación los ubico en el GDS 5, es decir, Deterioro Cognitivo Moderadamente Grave, y por último, un 2% de los adultos mayores se ubicó en el GDS7 con Deterioro Cognitivo Muy Severo , en el GDS 1 no hubo ninguno.

Aportes: conceptos relacionados al envejecimiento, adulto mayor y otros conceptos generales.

Puntos de coincidencia: población escogida, tipo de estudio (cuantitativo) y conceptos relacionados al deterioro cognitivo.

- López (2018) Funcionamiento Cognitivo y Adaptación Familiar a la Institucionalización del Adulto Mayor, Santa Marta, Colombia.

El objetivo de esta investigación fue describir el Funcionamiento Cognitivo y la Adaptación Familiar a la Institucionalización del Adulto Mayor. Se utilizó un diseño cuantitativo, descriptivo y transversal, la muestra estuvo constituida por 41 adultos mayores del municipio de Mompox – Bolívar y 41 familiares.

Se utilizó el GDS para evaluar el funcionamiento cognitivo y una encuesta para valorar la adaptación del familiar a la institucionalización del adulto mayor. El deterioro cognitivo se halló en el 0,04%, demencia 0.19%, 0,01% presentó síntomas depresivos, así mismo se observaron diagnósticos relacionados con la esquizofrenia en un 0,01%.

Aportes: conceptos relacionados a funciones cerebrales y envejecimiento.

Puntos de coincidencia: tipo de población, tipo de estudio cuantitativo, temas relacionados con funciones cognitivas y deterioro cognitivo.

- Ospino (2017). Deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana, Santa Marta, Colombia.

La presente investigación tuvo como objetivo principal describir la sintomatología de Deterioro Cognitivo Leve en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana.

El tipo de diseño implementado para esta investigación fue el descriptivo cuantitativo, no experimental y transversal. Para medir la variable se utilizaron instrumentos como: el Minimental (Mini-Examen Cognoscitivo) y la Escala de Deterioro Global (GDS). Los resultados indicaron que el 24% de la muestra presentó DCL. Como conclusión se puede decir que en la muestra escogida de adultos mayores en la costa caribe colombiana la presencia del DCL es menor que la de Enfermedad de Alzheimer.

Aportes: Conceptos relacionados al deterioro cognitivo leve.

Puntos de coincidencia: Deterioro cognitivo, población escogida, uso del test Mini-Mental.

### **2.1.2. CALIDAD DE VIDA.**

#### **INTERNACIONAL**

- Celeiro y Galizzi (2019) Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá, Argentina.

Este trabajo de investigación tuvo como objetivo, explorar, describir y comparar la calidad de vida de los adultos mayores entre 70 a 85 años de edad, institucionalizados y no

institucionalizados de la Ciudad de Nogoyá, Entre Ríos. Para tal fin, acorde a los adultos mayores institucionalizados, se tomaron muestras en las Residencias Gerontológicas colectivas de larga estadía de la ciudad: “Asilo Hogar Vivanco”, Asilo “Los abuelos” y en la Pensión “Santa Teresita”. Por otro lado, en relación a los adultos mayores no institucionalizados, se seleccionaron de manera específica a aquellos que formaran parte de este rango de edad y no presentaran deterioro cognitivo. En cuanto al muestreo, el mismo fue intencional no probabilístico, con un total de 40 adultos mayores, 20 de ellos institucionalizados y 20 no institucionalizados.

Dicho estudio fue cuantitativo, siguiendo un diseño de tipo descriptivo, comparativo y transversal. Para recabar la información acerca de las variables, se administró la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, utilizándose el programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 22 para sacar estadísticos descriptivos (porcentajes, medias, etcétera) e inferenciales (comparaciones de medias y correlaciones de Pearson).

En cuanto a los resultados, se encontró que los adultos mayores, en el total de la muestra, perciben su calidad de vida como “buena”, según el instrumento, con un puntaje superior a los 3 puntos tanto en la Calidad de Vida Global como en los dominios propuestos por la Escala de Calidad de Vida WHOQOL-BREF, a saber: Salud Física, Salud Psicológica, Relaciones Sociales y Medio Ambiente.

Puntos de coincidencia: variable de calidad de vida, población escogida, numero de encuestados.

- Becerril (2017). Calidad de Vida del adulto mayor en la delegación de San Antonio Acahualco, Zinacantepec, Toluca-Mexico.

Dentro de esta investigación se describen algunas características y principales problemáticas que aquejan a las personas de la tercera edad en general. Los adultos mayores de la comunidad de San Antonio Acahualco contribuyeron en esta investigación para conocer el nivel de calidad de vida en esta delegación, la cual fue medida con el instrumento WHOQOL-

OLD validado en adultos mayores de México de Hernández-Navor, J. C., Guadarrama-Guadarrama, R., Carrillo-Arellano, S. S., Arzate Hernández, G., & Márquez-Mendoza, O. (2015)

La investigación consta de cuatro capítulos que contribuyen a cumplir con el objetivo general. En el primer capítulo “Adulto mayor y calidad de vida” se presenta un panorama general de la realidad en que viven los adultos mayores, así como las principales afecciones por la que actualmente pasa la mayoría de esta población. El capítulo dos “Trabajo Social en la familia y el adulto mayor” se centra en describir el papel que realiza Trabajo Social y la intervención que hace con los adultos de la tercera edad, posteriormente en el capítulo tres “Metodología” se describe el procedimiento que se llevó a cabo para identificar la calidad de vida en la comunidad de San Antonio Acahualco y finalmente en el último capítulo se plasma el análisis de los resultados, conclusiones.

En los resultados la mayoría de los sujetos refieren tener una calidad de vida moderada, fenómeno que pasa en las diferentes dimensiones evaluadas, dichos resultados se deben a diversos factores uno de ellos y concordando con el Instituto Nacional de las Mujeres (2015), contar con la compañía de algún miembro de la familia o del cónyuge es fuente de bienestar y seguridad en este grupo poblacional.

Aportes: conceptos importantes acerca del envejecimiento, el adulto mayor y la calidad de vida, la familia, etc.

Puntos de coincidencia: variable de calidad de vida, población escogida.

- Fernández (2020) Calidad de vida de adultos mayores de un centro del adulto mayor en Cajamarca, Perú.

El presente estudio tiene como fin determinar el nivel de calidad de vida en adultos mayores de un Centro de Adulto Mayor en Cajamarca. La investigación es de corte descriptivo,

no experimental; en el cual se evaluó a 130 adultos mayores de ambos sexos, con edades por encima de los 60 años. Para medir la variable de estudio, se hizo uso del cuestionario WHOQOL-BREF, desarrollado por la Organización Mundial de la Salud, el cual evalúa la calidad de vida respecto a 4 dimensiones: dimensión física, dimensión psicológica, dimensión social y dimensión ambiente. Los resultados muestran que el 74% de los evaluados se ubican en un nivel de calidad de vida moderada. En cuanto a la dimensión física (92%) y psicológica (91%) se ubican en un nivel de calidad de vida moderada y finalmente en las dimensiones social (51%) y dimensión ambiente (52%) se ubican en un nivel de calidad de vida baja.

## **NACIONAL**

- Hernández y Ariza (2020) Calidad de vida de adultos mayores en el marco de la pandemia por covid-19. Montería, Colombia.

La presente investigación tiene como objetivo determinar los niveles de calidad de vida en adultos mayores que asisten al club saludable de una IPS pública, en el marco de la pandemia por COVID 19, Montería 2020.

El tipo de investigación utilizado fue descriptivo, transversal con enfoque cuantitativo; la muestra fueron adultos mayores que se encuentren vinculados al club saludable de la E.S.E Vida Sinú y que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión y se realizó una encuesta vía telefónica; Instrumento: Escala WHOQOL-BREF.

En los resultados obtenidos se encontró que, de forma general, la percepción de calidad de vida de los adultos mayores asistentes al club saludable de la E.S.E Vida Sinú, es adecuada para su expectativa de vida, dado que, las dimensiones evaluadas generaron datos positivos, aun cuando en medio de la pandemia de COVID-19, los aspectos sociales, económicos y psicológicos de gran parte de la comunidad sufrió afectaciones.

Puntos de coincidencia: población escogida, variable de calidad de vida.

- Gutiérrez - Rabá et al.,(2017). Calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá primer trimestre 2017, Bogotá, Colombia.

En la presente investigación se evaluó la calidad de vida en el adulto mayor institucionalizado en los municipios de Tenjo y Cajicá en el primer trimestre de 2017, mediante la utilización del instrumento denominado índice multicultural de calidad de vida, que permite evaluar 10 variables las cuales fueron evaluadas en una escala de Likert. La población objeto de esta investigación son adultos mayores de 60 años de edad y que se encuentran institucionalizados en hogares geriátricos de Tenjo y Cajicá. En la metodología se realizó un análisis de los datos donde se utilizó distribución de frecuencias, medidas de tendencia central, rangos intercuartílicos, obteniendo de esta forma como resultados una calidad de vida alta para los dos municipios. Los adultos mayores institucionalizados refirieron una calificación baja para las dimensiones funcionamiento ocupacional y bienestar físico por el contrario las dimensiones mejor puntuadas fueron satisfacción espiritual y apoyo comunitario y de servicios.

Aportes: Conceptos de envejecimiento por parte de la ONU, Conceptos relacionados con la calidad de vida por parte de la OMS y aportes de Mortimer Powell Lawton, Psicólogo geriátrico.

Puntos de coincidencia: Población de adultos mayores y conceptos relacionados con calidad de vida y envejecimiento.

- Rodríguez y Steven (2019). La musicoterapia como aporte a la calidad de vida de jóvenes con discapacidad intelectual. Bogotá, Colombia.

La presente investigación describe el proceso musicoterapéutico desarrollado con un grupo de once jóvenes con discapacidad intelectual (DI), diseñado con el fin de favorecer la calidad de vida basado en el modelo de Schalock y Verdugo en los términos autodeterminación, inclusión social, desarrollo personal y relaciones interpersonales. Se fundamenta en el modelo cualitativo de investigación Investigación-Acción (IA) y se utilizaron como técnicas de

recolección de datos: protocolos de seguimiento, indicadores psicosenorios de grados de conexión vincular de Pellizzari y una matriz de análisis.

El proceso tuvo una duración de diecisiete sesiones, desarrollado en tres etapas: fase inicial, fase de intervención y fase de cierre. Se fundamentó en los cuatro métodos de la musicoterapia y basado desde los paradigmas de la Musicoterapia en Educación.

Aportes: conceptos relacionados con calidad de vida: autodeterminación, inclusión social, desarrollo personal y relaciones interpersonales, así como también la idea de trabajar con música terapia como una posible estrategia.

Puntos de coincidencia: calidad de vida y dimensiones de ésta.

## **REGIONAL**

- Vargas y Herrera (2017). Calidad de vida en adultos mayores, Cartagena, Colombia.

El objetivo de la investigación es determinar factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en Cartagena, en el año 2015; para este estudio se tomó como referente la teoría de Calidad de vida relacionada con salud, del modelo de Wilson y Cleary, el cual propone relaciones entre los factores que afectan la calidad de vida; este modelo integró dos diferentes tipos de marcos comprensivos de la salud, unos desde el paradigma clínico, enfocados en agentes etiológicos, procesos patológicos y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales, centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general. Para medir cada uno de los conceptos planteados en la teoría se tuvieron en cuenta los instrumentos más utilizados para medir estos constructos en la población de adultos mayores; se emplearon los test de Pfeiffer, encuesta sociodemográfica, escala de depresión de Yesavage, cuestionario de salud auto percibida, escala de Barthel, Lawton y Brody, Índice Multicultural de Calidad de Vida, cuestionario Duke- UNC-11.

Se llevó a cabo un estudio transversal, con una población de 107 604 adultos mayores y se estimó una muestra de 660 personas.

Participaron 657 personas, edad promedio de 71 años, predominó el sexo femenino (55,7 %), tener pareja estable (62,6 %), escolaridad primaria (49,6 %), ocupación hogar (52,8 %), residir en estratos 2 y 3 (66,7 %) y vivir con 4 personas, promedio, en el hogar. Se observó alta prevalencia de apoyo social adecuado (89,5 %), no presentar síntomas depresivos con significancia clínica (86,9 %), independencia para realizar actividades básicas (86,3 %) e instrumentales de la vida diaria (60,8 %), percibir su salud como buena (51,4 %), percibir la calidad de vida relacionada con salud como excelente (87,4 %). Las patologías más frecuentes fueron las cardiovasculares (26,1 %). Se observó que la Calidad de Vida tiende a valores que pueden considerarse como una buena auto-percepción; y mostró estar asociada al sexo, nivel de escolaridad, estrato socio-económico, condición laboral y el número de personas en el hogar.

Con respecto a puntos de coincidencia, en el artículo de investigación citado anteriormente se llevó a cabo un estudio con enfoque cuantitativo en donde la población utilizada fueron adultos mayores a los que se les midió el nivel de calidad de vida y los factores que influían en ello, la cual, es una de las variables que se trabajará en el presente proyecto de grado; también se utilizaron unos instrumentos: la escala de Barthel el cual mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose así una estimación cuantitativa de su grado de independencia. Por otra parte, los puntos de diferencia encontrados fueron: el número de participantes, el número de test utilizados y los teóricos citados.

El principal aporte de éste artículo fueron dos de los instrumentos utilizados para medir los diferentes factores que tuvieron lugar en la mencionada investigación. Los dos instrumentos fueron nombrados anteriormente: La Escala de Barthel y el Cuestionario Duke- UNC-11.

## **2.2.FUNDAMENTO TEORICO**

### **2.2.1. DETERIORO COGNITIVO.**

El deterioro es un proceso que se produce con el paso de los años, se refiere a la pérdida de las facultades intelectivas, se asocia a múltiples y diversos síndromes geriátricos que posteriormente produce patologías. Es un síndrome geriátrico, en el cual se van deteriorando o perdiendo las funciones mentales, se presentan diferentes dominios tanto neuroconductuales como neuropsicológicos (memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad) (Peñas, 2007).

Peñas (2007) el deterioro cognitivo se clasifica en dos que son el normal y el deterioro cognitivo leve.

**El deterioro cognitivo normal.** Se mantienen las cualidades de las funciones neurocognitivas, necesarias para que la persona pueda adaptarse al diario vivir.

**Deterioro cognitivo leve.** En el envejecimiento se evidencia la existencia de un declive de las funciones cognitivas y esto sucede en el sistema nervioso, el deterioro cognitivo leve es el que se produce en diferentes áreas, el principal síntoma es el olvido, es indispensable valorar la condición en que se encuentra ya que solo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria, no se asocia a deterioro del nivel de conciencia. Lo principal que se produce en el deterioro cognitivo leve es un deterioro en la memoria, esto se debe al proceso de envejecimiento, y a factores como puede ser el consumo de sustancias estimulantes, psicoactivas y medicamentos que con el pasar de los años causan que esta función se deteriore y por lo tanto se produce lo que es un deterioro cognitivo (Peñas, 2007).

### **Causas del deterioro cognitivo**

Instituto Superior de Estudios Sociales y Sociosanitarios, Ecuador, (2016) existen varias causas que produce deterioro cognitivo entre las cuales se menciona:

- Deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración.
- Consumo de alcohol u otras sustancias.
- Enfermedades cardiovasculares.
- El estrés psicosocial
- Cambios psicológicos

## **ETIOLOGÍA DEL DETERIORO COGNITIVO**

El deterioro cognitivo se presenta debido a diferentes cambios que se presenta en el adulto mayor como es el envejecimiento y por la presencia de enfermedades como son: cardiovasculares, hipertensión, diabetes, cerebrovascular, el aislamiento, se pueden manifestar problemas psicológicos y psiquiátricos debido al proceso de jubilación. Por la presencia de factores cerebrovasculares e inflamatorios puede presentarse el deterioro cognitivo, con el pasar de los años se van deteriorando las habilidades visuales, espacial de cálculo, la capacidad de aprender, la capacidad que aún se sigue conservando es la verbal. Al padecer de este trastorno como es el deterioro cognitivo se puede evidenciar riesgo vascular que puede terminar en infartos cerebrales asociados a cualquier enfermedad degenerativa que se presente en el cerebro, esto debe ser tratado de manera especial con todos los pacientes que presenten deterioro cognitivo, ya que se asocia con trastornos somáticos (Benedict, 2002).

## 2.2.2. FUNCIONES COGNITIVAS

En las funciones cognitivas se realiza la recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de información. Estas funciones se pueden alterar por el proceso de envejecimiento y presentarse un deterioro cognitivo, es indispensable el realizar pruebas para brindar el diagnóstico indicado al adulto mayor. Este tipo de funciones tiene dos clasificaciones las cuales son: dispersas y localizadas. Las dispersas son aquellas en las cuales se presentan en una área o región específica, puede aparecer alteraciones o a su vez lesiones que se originan en el parenque-cerebral y afectan a los dos hemisferios. En este tipo de función cognitiva encontramos memoria, atención, concentración, funciones intelectuales de orden superior (Romero, y Vázquez, 2002).

### CONCIENCIA

Es la capacidad en que se percibe el entorno y a nosotros mismos, nos permite mantener el estado de alerta ante cualquier circunstancia, se involucran dos estructuras en la conciencia como es la corteza cerebral y el sistema reticular activador el mismo que pasa por el tronco encefálico, es el que hace que se despierte la persona ante la alerta (Kenneteth, 2006).

#### Grados de trastorno de la conciencia

**Coma.** Es un estado en el que el paciente no tiene conciencia este estado puede durar unas 4 semanas.

**Letargia.** En este estado se presenta incompleto de conocimiento y vigilia, el paciente se encuentra desorientado, pero a su vez se encuentra despierto.

**Estupor.** Este estado en el que se puede despertar al paciente, pero mediante la utilización de estímulos intensos.

**Obnubilación.** Es mediante el estado que se puede despertar al paciente, pero con la utilización de estímulos leves.

**Embotamiento.** Retardo en el ritmo de la elaboración psíquica.

**Hipervigilia.** Exaltación de la función de alerta debido a la presencia de drogas alucinógenas, episodios maníacos o esquizofrénicos (Kenneth, 2006).

## **ORIENTACIÓN**

Es la capacidad que nos permite estar conscientes de cada situación que se nos presenta, es el saber datos sobre nosotros mismos, el espacio y tiempo, es el comprender cada uno de los instantes de nuestra vida como con el pasado, presente y futuro. (Aburto, 2012).

### **Tipos de orientación**

- **Auto psíquica.** Es estar orientados en nuestra propia persona, es la que nos permite identificar quien somos y nos da una visión del pasado y del futuro.
- **Alopsíquica.** Este tipo de orientación es del exterior, es decir en el tiempo (saber hora, día, fecha) y el espacio (conocer el espacio y los objetos que nos rodean) (Aburto, 2012).

## **MEMORIA.**

Forma parte de las funciones cognitivas, es más sensible a producir daño cerebral, la memoria está constituida por pensamientos, impresiones y experiencias, que hace se diferencie de los sentimientos y por ende de las emociones. En la memoria podemos evidenciar tres etapas las mismas que son la codificación, el almacenamiento y a su vez la evocación. La codificación de la información comienza cuando un estímulo es preseleccionado por el organismo, esto se lo realiza de acuerdo con el foco de atención que se realiza en el momento del registro. El almacenamiento empieza con la memoria a corto plazo se evidencia un almacenamiento sensible, transitorio y frágil a agentes interferenciales, para que la información se mantenga se guarda la

información a largo plazo. La evocación: se trata de buscar la información que ya fue almacenada anteriormente en el momento en que necesitamos, quien controla esta información es la persona, o también puede depender del medio en el cual se encuentre (Toledo, 2009).

### **Tipos de memoria.**

Toledo (2009) memoria a corto plazo: almacena con capacidad limitada (temporal), la información que se encuentra en la memoria sensorial pasa a la memoria a corto plazo, para posteriormente seguir a la memoria a largo plazo, la principal función de esta memoria es la de organizar, analizar información y a su vez interpretar las experiencias, la información se codifica de diversas formas entre las que se encuentra de forma acústica, visual y por signos semánticos, esta memoria utiliza la información de manera presente y ante problemas que pueden presentarse en el futuro.

Esta a su vez se clasifica en memoria sensorial y memoria operativa.

**La memoria sensorial.** Es la que permite registrar información que se encuentra en el ambiente externo, pero en la memoria dura un corto tiempo, este tipo de memoria es la que se dedica a explorar estímulos, registrar sensaciones.

**La memoria operativa o memoria de trabajo.** Nos permite el mantener los estímulos del presente durante un tiempo determinado, mediante aspectos dinámicos se manipula la información, se relaciona con la memoria a largo plazo, este tipo de memoria nos permite mantener una conversación.

**Memoria a largo plazo.** Este tipo de memoria es la que almacena información por periodos o décadas, en el momento de la recuperación puede presentar dificultad, en este tipo de memoria la información es semántica, esto es cuando es material y verbal, la información en el individuo puede mantenerse toda la vida.

**Memoria declarativa o explícita.** Este tipo de memoria explica el aprendizaje en la cual el individuo presenta consciencia del momento en que fue adquirida la información.

**Memoria no declarativa o implícita.** Se puede evidenciar en este tipo de memoria la información que recibimos, pero no tenemos consciencia de cuando fue que recibimos la información.

**Memoria procedimental.** Almacena información en la manera en cómo se realiza las actividades y se la va adquiriendo al momento de repetir las actividades.

## ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN

Se encuentran varias fases entre las que mencionamos orientación, selección y sostenimiento de la misma, la atención es la encargada de filtrar información e ir asignando recursos para una adaptación del organismo con referencia a las demandas internas. La atención es la expresión del trabajo del sistema activador reticular ascendente (SARA) y del hemisferio derecho, sincronizados por la actividad de los lóbulos pre-frontales (Torres, 2002).

La atención presenta las siguientes funciones que son: controlar y activar.

- **Controlar.** Se refiere a la capacidad de cognición.
- **Activar.** Cuando se presenta situaciones peligrosas o para las que aún no estábamos preparados. (Torres, 2002).

### Tipos de atención.

**Atención interna o externa.** Es la que se encarga de los procesos mentales propios de la persona, pero a su vez de los que provienen del exterior.

**Atención voluntaria e involuntaria.** En este tipo de atención la persona es quien dirige el foco de atención, en cambio en la involuntaria los estímulos son los que permiten que la persona no pueda atender.

**Atención abierta y encubierta.** En la atención abierta se presenta diferentes respuestas motoras y fisiológicas, en la encubierta no se puede evidenciar por medio de la observación.

**Atención dividida y selectiva o focalizada.** La atención dividida, es la habilidad para elegir estímulos relevantes, evitando la distracción por estímulos irrelevantes, y la atención selectiva es la que permite responder tanto a estímulos táctiles, visuales y auditivos.

## LENGUAJE

Es la función que nos permite distinguirnos de las otras especies, se la realiza mediante tres pasos que son, según menciona Luria, (1998) se divide en:

**Ruta léxica.** Se realiza en los órganos de los sentidos.

**Ruta fonológica.** Se realiza por los sentidos es el lenguaje oral.

Las unidades funcionales de Luria (1998):

- Tono y Vigilia
- Recibe, analiza y almacena
- Programa-regula y verifica la información

La fonología segmental es la que se encarga de la evaluación en lo que se refiere a la producción, comprensión de los sonidos que se produce en el lenguaje.

**La fonología suprasegmental:** es mediante la cual le damos contenido emocional a nuestro lenguaje. Luria (1998)

**Articulación:** lo primero que articulamos son los monemas las que contienen un contenido semántico y una expresión fónica. Luria (1998)

**Expresión:** es la manera en que se manifiesta los pensamientos y las impresiones de la realidad, esto se lo realiza por medio de la palabra, gestos o actitudes, se lo representa por medio de símbolos e imágenes y esto se dirige a su vez hacia otro sujeto. Luria (1998)

**Comprensión:** para que se pueda comprender el lenguaje es necesario interpretar y reconstruir la intención comunicativa del hablante a partir del continuo de sonidos que se pueden percibir, es decir al momento de mantener una conversación, la persona que escucha debe descifrar y comprender el mensaje que se le está transmitiendo. Luria (1998)

## **RAZONAMIENTO.**

Mediante el cual vamos poniendo en orden nuestras ideas, para finalizar en una conclusión, el razonamiento ayuda a la resolución de problemas y el aprendizaje que se realiza por medio de la lógica (Bluedorn, 1995).

Bluedorn, (1995) menciona entre los tipos de razonamiento se encuentra.

**Razonamiento lógico:** es el que se realiza mediante un juicio para saber si está bien o no, es mediante el razonamiento que se expresa conocimientos antes ya aprendidos.

**Razonamiento inductivo:** estudia lo que se refiere a la medición, para así poder difundir argumentos, se encarga de descifrar lo probable que puede ser en una conclusión.

**Razonamiento deductivo:** aquí se debe deducir la conclusión que se encuentra en las premisas, es decir la última conclusión.

**Razonamiento abductivo:** se lo realiza mediante la descripción de un suceso, con lo cual se puede evidenciar una hipótesis.

**Razonamiento argumentativo:** se refiere a la relación del lenguaje, es decir lo que la persona esta razonando.

### 2.2.3. FUNCIÓN EJECUTIVA

Es la que mantienen una estrecha relación con procesos relacionados con la parte afectiva, emocional y de la personalidad, su estudio se basa en los pacientes que presentan una alteración en el lóbulo frontal, evidenciándose un mal funcionamiento en la parte atencional, lo que hace que exista una modificación en la parte de habilidades de planeación, organización y reducción en el autocontrol (Romero y Vázquez, 2002).

### 2.2.4. LÓBULO FRONTAL

Es el responsable de la conducta inteligente y organizada que se presenta en los seres humanos, se localiza en la parte delantera de la corteza cerebral, por delante de la cisura de Rolando y por encima de la cisura de Silvio, se constituye también de un área motora, una corteza premotora la que se ubica anteriormente a la corteza motora, y la corteza pre frontal que forma la parte anterior del lóbulo frontal, este lóbulo se encuentra íntimamente relacionado con el lóbulo temporal, parietal y occipital, de los que se obtiene información tanto auditiva, somato sensorial como visual (Romero y Vázquez, 2002).

### 2.2.5. CAPACIDADES INTELECTUALES DE ORDEN SUPERIOR

Gonzales (2002) son las que constituyen un conjunto de habilidades psíquicas y de la personalidad, motiva a que la persona realice algunas actividades con éxito, permiten que las funciones no se vean alteradas.

**Análisis:** consiste en diferenciar y liberarse de las partes con lo que se puede llegar a evidenciar los principios o elementos.

**Síntesis:** nos permite presentar la composición de un todo, esto es por medio del conocimiento y a su vez uniendo todo es sus partes.

**Conceptualización:** es mediante la cual se puede abstraer los rasgos estos son esenciales y por lo tanto suficientes, en lo que nos permite explicar una situación.

**Manejo de Información:** podemos mirar y situar los datos de la información lo que nos permita una deseable comprensión del fenómeno.

**Pensamiento Sistémico:** nos posibilita evidenciar los elementos constitutivos en una situación.

**Pensamiento Crítico:** es mediante el cual se piensa, analiza y se evalúa las ideas propias de la persona.

**Investigación:** se puede sugerir preguntas con respecto a una situación, coleccionar información mediante la cual se puede verificar la hipótesis y el modelo conceptual.

**Meta cognición:** la persona analiza sus propios pensamientos, y se realiza una planificación para realizar las diferentes actividades.

### 2.2.6. CALIDAD DE VIDA

Es un término que tienen sus orígenes en la década de los 30 y básicamente se trata de las percepciones, aspiraciones, necesidades y satisfacciones de las personas adultas mayores en el contexto social. Se refiere al estudio de la satisfacción y la manera en cómo se desenvuelve en las actividades habituales, es un tema multidisciplinar que implica tanto lo físico, psicológico, social, político, es decir una visión de manera general de su vida (Millán, 2011).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS,2011), “la calidad de vida se manifiesta como una percepción del individuo en el contexto, cultura, existencia en el sistema de valores, normas e inquietudes”.

## **Dimensiones de la calidad de vida**

“Al referirnos al término calidad de vida, se menciona al bienestar óptimo de las dimensiones de salud bienestar psicológico, físico, social, bienestar intelectual o mental y espiritual” (Lopategui, 2014) las clasifica en:

### **Bienestar Emocional**

Se refiere a cómo está el individuo tanto a nivel cognitivo, emocional, estabilidad mental, satisfacción y auto concepto.

### **Relaciones Interpersonales.**

Es la relación del individuo con las demás personas, los roles desempeñados en la sociedad, esenciales en el desarrollo de las personas, lo cual nos permite mantener un apoyo y nos brinda oportunidades. Aquí se incluye las relaciones sociales; relaciones familiares; relaciones de pareja.

### **Bienestar Material.**

Mencionaremos como el individuo se encuentra en relación a lo material, es decir su vivienda en qué condiciones se encuentra, y si cuenta con todo lo necesario para su alimentación y el entorno social en el cual se desenvuelve, además si las posibilidades económicas con las que cuenta la persona son las adecuadas para su edad.

### **Desarrollo Personal.**

La percepción del individuo hacia sí mismo en todas las actividades realizadas es decir su autosatisfacción, en las actividades que realiza en el diario vivir, el desenvolverse en las diversas competencias, y desarrollarse en el potencial propio de cada una de las personas, se lo menciona

en un constructo como la felicidad, satisfacción personal, además se centra en apreciaciones cognitivas, afectivas.

### **Bienestar Físico.**

Se relaciona con el estado físico, y se evidencia a la ausencia de enfermedad, la causa de la enfermedad y los respectivos tratamientos sometidos a la persona que padece la misma. Se refiere a las consecuencias de la salud producidas en el sujeto.

### **Autodeterminación.**

El individuo ha cumplido con las metas, propósitos personales, puede elegir por sí mismo lo que es indispensable para su vida, si su trabajo es acorde a sus afines y sus limitaciones hasta dónde puede llegar como persona.

### **Inclusión Social.**

Se refiere a la participación activa del individuo y de la integración en diferentes índoles como son grupos, reuniones, programas, fiestas en los cuales interactúa con personas de su misma índole, sentirse útil ante las actividades que realiza la sociedad.

### **Derechos.**

Se menciona en este tipo de dimensión de la calidad de vida el conocimiento acerca de los derechos de la persona que debe cumplir en todos los ámbitos en los cuales se desarrolla, saber qué es lo que debe hacer y en qué cosas no se debe actuar, poder respetar los estatutos que son impuesto de acuerdo a la nación de la persona.

## **Necesidades básicas en la calidad de vida**

Lopategui (2014) son aquellas en las cuales la persona cumple o satisface sus necesidades esta es en diferentes contextos únicamente se diferencia de la cultura, costumbres y tradiciones.

Es así que entre las necesidades básicas en la calidad de vida tenemos:

- Relación intrapersonal
- Relación interpersonal
- Relación en el medio ambiente.

## **Estilos de Vida Saludable.**

Schwab (2012) son en los que se presenta un proceso social, se evidencia las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de las personas, mediante lo cual el sujeto satisface sus necesidades y mantiene un bienestar en su calidad de vida, se puede presentar factores de riesgo, por lo tanto, es un proceso en el cual no solo se estudia el comportamiento de la persona, es también el estudio de las acciones a nivel emocional. Es así que el estilo de vida saludable puede presentar una lista en el comportamiento, y esto pueda apoyar a prevenir desajustes biopsicosociales-espirituales.

A continuación, los factores que protegen los estilos de vida saludable.

- Es el mantener un plan y objetivos de vida
- Mantener un concepto de sí mismo
- Mantener una integración tanto en lo social como en lo familiar.
- Estar satisfecho con la vida.
- Controlar los factores que pueden poner en riesgo nuestra calidad de vida.
- Actividades de ocio, en las cuales la persona se distrae y mantenga una actitud positiva.
- Acceso a todo tipo de programas que brinden bienestar al sujeto.

## **CAPITULO III**

### **3. MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1. ENFOQUE DE LA INVESTIGACION.**

Esta investigación se desarrolló por medio del método cuantitativo, y de acuerdo con Sampieri (2003), en esta se utiliza la recolección y el análisis de datos para contestar preguntas y probar hipótesis establecidas previamente. Confía plenamente en la medición numérica y el conteo, así como también en el uso de la estadística para establecer con exactitud patrones de conducta de una población.

#### **3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN.**

El tipo de investigación escogida para la realización del presente trabajo, fue la correlacional, que, según, Hernández, et al (2003), es un tipo de estudio que tiene como propósito evaluar la relación que existe entre dos o más conceptos, categorías o variables, en cualquier contexto. Por ello, la presente investigación es de tipo correlacional, debido a que se busca una relación entre las dos variables y el impacto que produce cada una de ellas en la población.

#### **3.3. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.**

En la presente investigación se realizó un diseño No experimental, de tipo transaccional, debido a que llevo a cabo bajo la modalidad de campo, porque los datos se obtuvieron directamente del lugar objeto de estudio. Al respecto, Arias (2012), afirma que la investigación de campo es aquella que consiste en la recolección de datos directamente de los sujetos investigados, o de la realidad donde ocurren los hechos, sin manipular o controlar variable alguna, es decir, el investigador obtiene la información, pero no altera las condiciones existentes. De allí su carácter de investigación no experimental.

### **3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA**

La población de estudio es un conjunto de casos, definido, limitado y accesible, que formará el referente para la elección de la muestra, y que aparte de eso, cumple con una serie de criterios predeterminados. Arias (2016). La población escogida para el presente proyecto consta de adultos mayores, los cuales conviven en diferentes Hogar y/o fundaciones, entre las cuales estas: la Fundación Vivamos Mejor, la Fundación Abuelitos en Cristo y el Hogar Madre Laura, todas pertenecientes a la ciudad de Valledupar, Cesar.

Para esta investigación se llevó a cabo un censo poblacional, que según Hernández y Col (2006), es el numero elemento sobre el cual se pretende generalizar los resultados. En este caso se contó con la participación de 35 adultos mayores, la cual fue la población total residente en las diferentes fundaciones ya mencionadas. Por otra parte, Sabino (2002), menciona que es el estudio que utiliza todos los elementos disponibles de una población definida.

### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

La presente investigación se realizará directamente en el medio donde se presenta el fenómeno, en éste se aplicarán los diferentes test para la obtención de resultados de las variables planteadas. En primera instancia se aplicará el test Mini Mental de Folstein a la población de adultos mayores, el cual evaluará el deterioro cognitivo, se estima un tiempo de 20 minutos para la aplicación de este. Luego de ello se realizará la aplicación de la Escala de Barthel a la misma población para medir la calidad de vida.

## **1. Mini Mental de Folstein.**

Fue creada en 1975 por Folstein y sus colaboradores, se realizó con el objetivo de poseer una prueba fácil que sea de aplicación corta para la evaluación cognitiva multifuncional de pacientes geriátricos, esta es una prueba muy utilizada para la detección de enfermedades neuropsiquiátricas, la misma que se utiliza en estudios clínicos y en la detección de patologías en casos de demencias.

Es un cuestionario de 30 preguntas agrupadas en 10 secciones, donde se evalúa:

- Orientación espacio temporal
- Capacidad de atención, concentración y memoria
- Capacidad de abstracción (cálculo)
- Capacidad de lenguaje y percepción viso-espacial
- Capacidad para seguir instrucciones básicas

Los resultados dependerán de la puntuación alcanzada: El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente empleado para el MMF de 30 puntos, es 23; las puntuaciones iguales o menores que esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognitivo.

- 30 y 27 puntos o más: Normal. La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva.
- 26 y 25 puntos o menos: Sospecha patológica
- 24 y 10 puntos: Deterioro
- 9 y 6 puntos: Demencia
- Menos de 6 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

### **Confiabilidad y Validez.**

El uso del MMSE ha adquirido gran popularidad en el ámbito clínico, pues permite identificar rápidamente a pacientes con déficits cognitivos importantes. Sin embargo la prueba también tiene

sus limitaciones, especialmente debido a que depende en respuestas verbales y escritas, lo que puede ser una limitación importante para pacientes ciegos, sordos, intubados o analfabetos.

## **2. Escala de Barthel**

La Escala o Índice de Barthel es un instrumento diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para medir la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en un hospital para enfermos crónicos de Maryland, consta de diez parámetros que miden la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia.

Grado de dependencia según puntuación de la escala:

- Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).
- Dependiente leve: 91-99
- Dependiente moderado: 61-90
- Dependiente grave: 21-60
- Dependiente total: 0-20

### **Confiabilidad y Validez.**

Su fiabilidad no fue determinada cuando se desarrolló originariamente sino en 1988, cuando se publicó un trabajo que valoraba la fiabilidad de la versión original. De este trabajo se deduce una buena fiabilidad inter e intraobservador y estos resultados han sido confirmados en trabajos posteriores, con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente.

En cuanto a su validez es un buen predictor de mortalidad y de respuesta a los tratamientos de rehabilitación. Valora con precisión la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalización, el resultado funcional final y la capacidad para seguir viviendo en la comunidad y para regresar a la vida laboral

### **Consideraciones éticas.**

El artículo 36 de la ley 1090 de 2006 habla acerca de los deberes del psicólogo con las personas objeto de su ejercicio profesional; entre ellas está, el uso adecuado de las pruebas psicotécnicas, que va de la mano con la elaboración y presentación del consentimiento informado para su realización; lo cual, se tuvo en cuenta en el presente proyecto de investigación, debido a que no constituye un prejuicio para las personas a las cuales se realizará la aplicación de los distintos test, puesto que se toma en cuenta la equidad social, género, edad ya que la información obtenida será usada para fines académicos, pero siempre y cuando no cause problemas en las personas, también se hará entrega de un consentimiento informado para que la población pueda evidenciar que la presente investigación no resulta ningún riesgo para su salud.

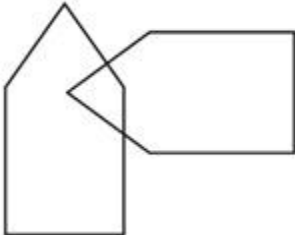
### 3.4. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

**Cuadro N°1:** Operacionalización de variables

#### **VARIABLE DEPENDIENTE: DETERIORO COGNITIVO**

| <b>DIMENSIONES</b> | <b>INDICADORES</b>                                | <b>ITEMS</b>  | <b>VALORACIÓN</b> |
|--------------------|---|---|-------------------|
| Orientación        | Orientación temporal.<br><br>Orientación espacial | 1. ¿En qué año estamos?<br>2. ¿En que estación el año estamos?<br>3. ¿Qué día del mes es hoy?<br>4. ¿Qué día de la semana es hoy?<br>5. ¿En qué mes del año estamos?<br>6. ¿En qué país estamos?<br>7. ¿En qué provincia estamos?<br>8. ¿En qué ciudad estamos?<br>9. ¿Dónde estamos en este momento?<br>10. ¿En qué piso (planta) estamos? | 0-10              |
| Fijación           |   | 11. Pedir al paciente nombrar 5 veces 3 objetos a intervalos de   | 0-3               |

|                           |  |  |     |
|---------------------------|--|--|-----|
|                           |  | 1 segundo: Bandera, árbol, balón   |     |
| Atención y concentración. | Atención selectiva,<br>Atención dividida,<br>Atención Alternada,<br>Atención sostenida,<br>Concentración                                   | 12. ¿Puede deletrear la palabra MUNDO al revés?  | 0-5 |
| Memoria                   | Memoria sensorial,<br>Memoria a corto plazo,<br>Memoria a largo plazo,<br>Memoria implícita,<br>Memoria declarativa,<br>Memoria Episódica, | 13. Preguntar los nombres de los tres objetos:<br>Balón, árbol, bandera.   | 0-3 |
| Razonamiento.             | Lógico<br>Inductivo<br>Deductivo<br>Abductivo<br>Argumentativo   | 14. Señalar un lápiz y un reloj. Hacer que el paciente los denomine  | 0-2 |
|                           |  | 15. Repita la frase 'En un trigal había 5 perros'.   | 0-1 |
|                           |  | 16. Muestre paciente un papel con esta orden escrita: "CIERRE SUS OJOS."   | 0-1 |
| Lenguaje                  | Articulación.<br>Expresión.<br>Repetición.<br>Comprensión.<br>Lectura.<br>Escritura  | 17. Hacer que el paciente siga tres órdenes:<br>COJA ESTE PAPEL<br>CON LA MANO<br>DERECHA,<br>DÓBLELO POR LA<br>MITAD Y DÉJELO<br>EN LA MESA | 0-3 |
|                           |  | 18. Hacer que el paciente escriba una frase (sujeto, verbo y objeto). No puntuar fallas en la ortografía.                                    | 0-1 |
|                           |  | 19. Hacer copiar el dibujo (dos pentágonos en  | 0-1 |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
|  |  | interacción)<br> |  |
|--|--|--|--|

### VARIABLE INDEPENDIENTE: CALIDAD DE VIDA

| DIMENSIONES                | INDICADORES                                      | ITEMS               | VALORACIÓN                      |
|----------------------------|--|---------------------|---------------------------------|
| Bienestar emocional.       | Bienestar psicológico.<br>Bienestar social.      | 1. Comer            | 0= Dependiente                  |
| Relaciones interpersonales | Apoyo social<br>Apoyo emocional                  | 2. Lavarse          | 5= Necesita ayuda.              |
| Bienestar material.        | Entorno<br>Condiciones de vida                   | 3. Vestirse         | 10= Mínima ayuda o supervisión. |
| Desarrollo personal.       | Autosatisfacción<br>Dependencia<br>Independencia | 4. Arreglarse       | 15= Totalmente independiente    |
| Bienestar físico.          |  | 5. Deposiciones     |                                 |
| Autodeterminación.         | Plenitud personal<br>Plenitud Espiritual         | 6. Micción          |                                 |
| Inclusión social.          | Participación<br>Integración.                    | 7. Usar el retrete. |                                 |
|                            |  | 8. Trasladarse      |                                 |
|                            |  | 9. Deambular        |                                 |
|                            |  | 10. Escalones       |                                 |

|           |  |  |  |
|-----------|--|--|--|
| Derechos. |  |  |  |
|-----------|--|--|--|

Fuente: Elaboración propia (2021)

## CAPITULO IV

### RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

#### ANALISIS DESCRIPTIVO

#### GENERO Y EDAD

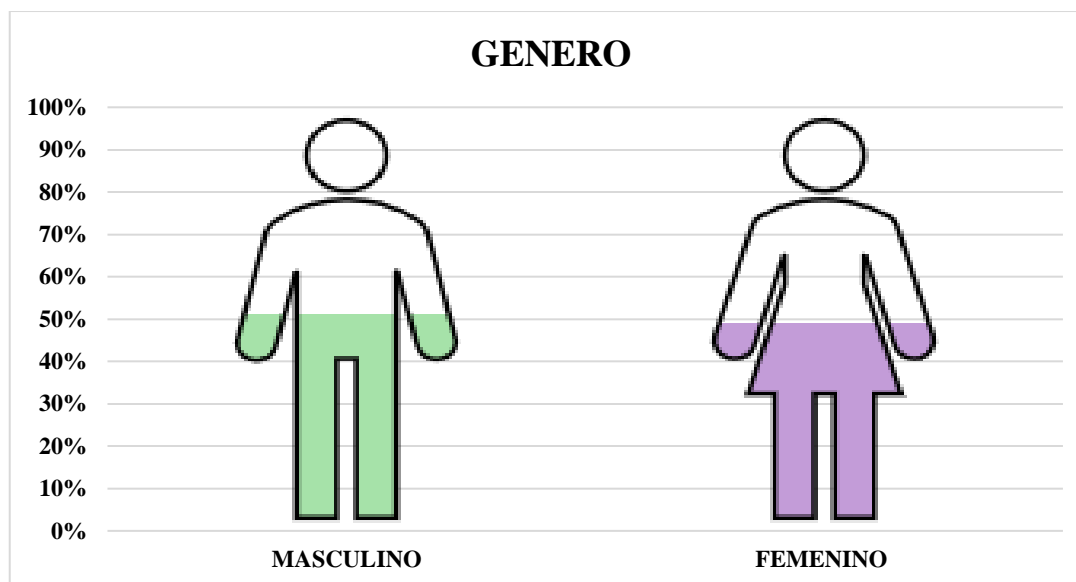
En el siguiente apartado se presentan los resultados de la investigación los cuales fueron producto de la aplicación de los diferentes instrumentos para la recolección de datos. Estos se mostrarán y explicarán en tablas/gráficos para su mayor comprensión, con el fin de dar respuesta al primer objetivo específico.. En ese sentido, con respecto a las características sociodemográficas de la población objeto de estudio, se tiene los siguientes datos:

**Tabla N°1: Genero**

| <i><b>GENERO</b></i>  | <i><b>FRECUENCIAS</b></i> | <i><b>PORCENTAJES</b></i> |
|-----------------------|---------------------------|---------------------------|
| <i>Femenino</i>       | 17                        | 49%                       |
| <i>Masculino</i>      | 18                        | 51%                       |
| <i><b>TOTALES</b></i> | 35                        | 100%                      |

Fuente: Elaboración propia (2021).

Gráfico N°1: Género.



Fuente: Elaboración propia (2021).

Cómo se puede observar, tanto en la Tabla N°1 como en la Gráfica N°1, los encuestados en total fueron 35, de los cuales 17 pertenecían al género femenino (49%) y 18 del género masculino (51%).

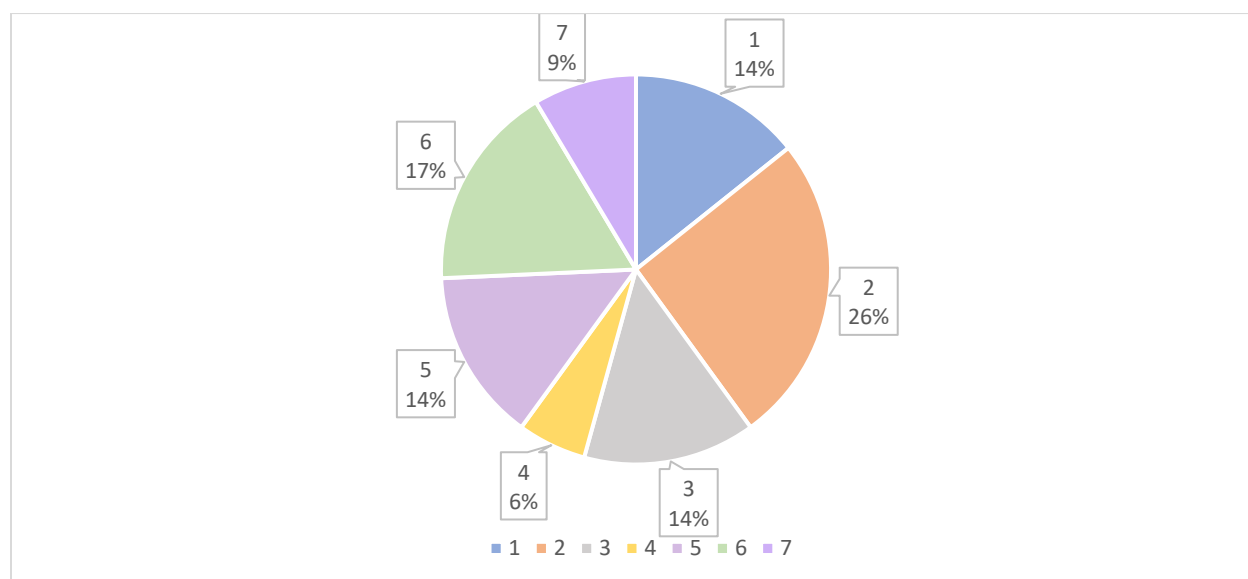
Asimismo, en relación con la edad de los encuestados, se pudo demostrar lo siguiente:

Tabla N°2: Edad de los encuestados.

| <i>EDAD</i>    | <i>FRECUENCIA</i> | <i>PORCENTAJES</i> |      |
|----------------|-------------------|--------------------|------|
| 56             | 62                | 5                  | 14%  |
| 62             | 68                | 9                  | 26%  |
| 68             | 74                | 5                  | 14%  |
| 74             | 80                | 2                  | 6%   |
| 80             | 86                | 5                  | 14%  |
| 86             | 92                | 6                  | 17%  |
| 92             | 98                | 3                  | 9%   |
| <b>TOTALES</b> |                   | 35                 | 100% |

Fuente: Elaboración propia (2021)

**Grafico N°2:** Porcentaje del rango de edad de los encuestados.

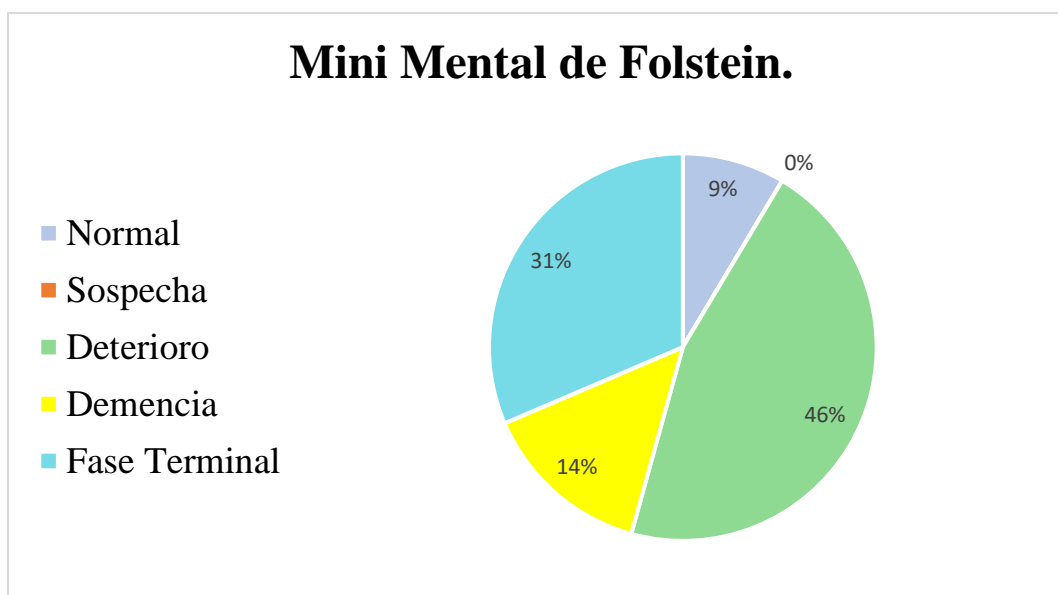


Fuente: Elaboración propia (2021)

Cómo se puede observar tanto en la tabla N°2, como en la gráfica N°2 la frecuencia del rango de edad de los participantes del estudio; el 14% de estos, se halla en el rango de 56 a 62 años, seguido un 26% de 62 a 68 años y otro 14% de 68 a 74 años; también vemos que un 6% oscila entre los 74 y 80 años, un 14% entre los 80 y 86 años, un 17% entre los 86 y 92 años y finalmente un 9% que se ubica entre los 92 y 98 años.

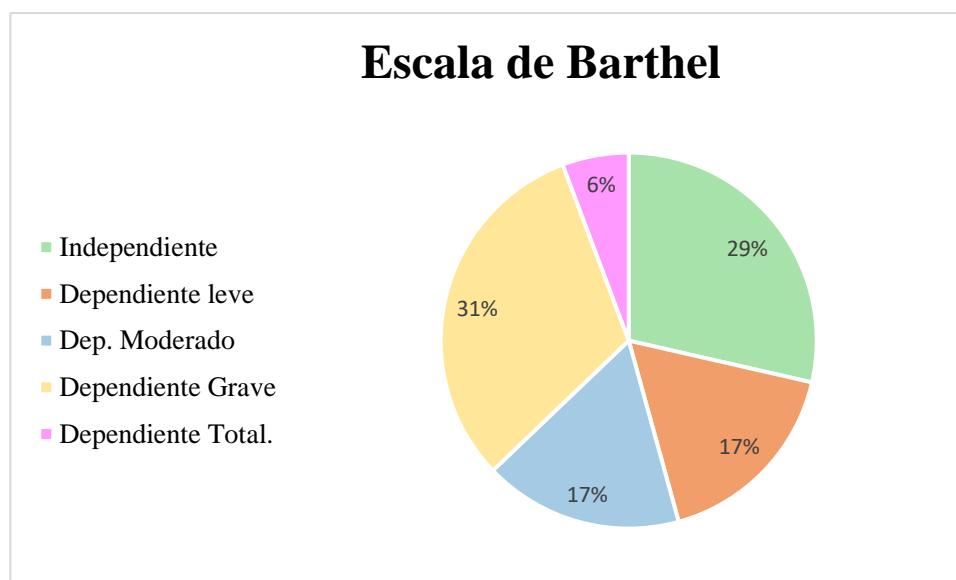
De acuerdo con los resultados obtenidos del segundo objetivo específico podemos observar las respuestas adquiridas del Test Mini-Mental de Folstein (y complementos) por medio de las siguientes gráficas:

La gráfica N°3 corresponde a los resultados de las respuestas adquiridas de las distintas dimensiones del test mini-mental del Folstein. Las dimensiones: orientación, memoria, atención, recuerdo y lenguaje, en conjunto dieron como resultado lo que se explicara a continuación:

**Gráfico N°3:** Resultados Test Mini-mental de Folstein

Como podemos observar en el anterior gráfico, el deterioro cognitivo en los 35 adultos mayores evaluados es muy evidente, debido a que el 46% de ellos (lo cual equivaldría a 16 hombres y mujeres), presentan deterioro en todas las fases evaluadas, seguido de eso, un 31% (11) se encuentran ya en la fase terminal, totalmente desorientados, sin la capacidad de reconocerse y comunicarse; un 14% (5) presentan indicios de demencia temprana y por último solo el 9% (3) presentan una adecuada capacidad cognoscitiva para su edad.

El tercer objetivo encaminado en relacionar el nivel de deterioro en las funciones cognitivas con la calidad de vida del adulto mayor, se podrá entender mejor luego de observar la siguiente gráfica:

**Grafico N°4: Resultados Escala de Barthel**

Cómo se mencionó anteriormente, en la grafica N°3 se muestra el nivel de dependencia de los adultos mayores evaluados; todo esto claramente relacionado al deterioro cognitivo que presente o no cada uno. Primeramente, un 31% (11) presentan dependencia grave, sobre todo al momento de deambular, asearse, trasladarse y hacer necesidades; por otra parte, un 29% (10), a pesar de presentar algún deterioro y/o indicios de demencia, pueden realizar por si solos actividades básicas como comer, caminar, asearse e ir al baño. Un 17% (6) depende levemente de sus cuidadores para realizar ciertas actividades, ya sea porque presente cualquier otro tipo de enfermedad que no esté relacionada con la demencia, como diabetes o problemas en las articulaciones; otro 17% (6) presenta dependencia moderada, ya sea por la edad o por padecer otro tipo de enfermedad degenerativa (como el Parkinson). Por último, solo un 6% (2) de la población, es totalmente dependiente, debido a que se encuentran ya sea en la fase terminal del deterioro o en silla de ruedas.

## ANÁLISIS CORRELACIONAL.

Para el objetivo direccionado a establecer la correlación entre el deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida de la población objeto de estudio, primero se llevó a cabo el análisis exploratorio de los datos (AED) con el propósito de determinar la prueba estadística a aplicar para comprobar la hipótesis, donde:

$H_0$ = La variable deterioro cognitivo en la población tiene una distribución normal

$H_i$ : La variable deterioro cognitivo en la población es distinta a la distribución normal

$H_0$ = La variable calidad de vida en la población tiene una distribución normal

$H_i$ = La variable calidad de vida en la población es distinta a la distribución normal

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

**Tabla N°3: Prueba de Normalidad Shapiro Wilk**

|                            | Estadístico | gl | Sig. |
|----------------------------|-------------|----|------|
| Total, Deterioro Cognitivo | ,935        | 35 | ,041 |
| Total, Calidad de Vida     | ,837        | 35 | ,000 |

Fuente: Elaboración propia (2021).

Se evidencia en la tabla N°3 la prueba de normalidad de ambas variables, donde se obtuvo un valor sigma de 0.041, menor a 0.05, por tanto, se rechaza la  $H_0$ , la cual nos dice que la variable deterioro cognitivo en la población tiene una distribución normal. Así mismo para la variable Calidad de vida se halló un valor en sigma de 0,000 menor a 0.05 por lo tanto también se rechaza la  $H_0$ , que establece que la variable Calidad de vida en la población tiene una distribución normal.

Con respecto a la homocedasticidad de las varianzas (ver tabla N°4), se calculó a través del estadístico de Levene, obteniéndose un valor de 2,348 para la variable de deterioro cognitivo, con un valor sigma de 0,066 mayor a 0,05 por tanto no se rechaza la hipótesis nula que indica que las varianzas de ambos grupos no son diferentes (son homogéneas). En ese orden de ideas, se considera que ambas variables no cumplen con los requisitos de normalidad, pero si cumplen con los de la homocedasticidad, por lo tanto, para la asociación de las variables se debe aplicar una prueba paramétrica (Pearson).

H<sub>0</sub>: Las varianzas de ambos grupos no son diferentes (son homogéneas)

H<sub>i</sub>: Las varianzas de ambos grupos son diferentes

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$  R H<sub>0</sub>

**Tabla N°4: Prueba de homogeneidad de varianzas**

|                               |  | Estadístico<br>de Levene | gl1 | gl2    | Sig. |
|-------------------------------|--|--------------------------|-----|--------|------|
| Total, Deterioro<br>Cognitivo | Se basa en la media                        | 2,348                    | 6   | 22     | ,066 |
|                               | Se basa en la mediana                      | 1,979                    | 6   | 22     | ,112 |
|                               | Se basa en la mediana<br>y con gl ajustado | 1,979                    | 6   | 15,456 | ,131 |
|                               | Se basa en la media<br>recortada           | 2,355                    | 6   | 22     | ,066 |

Fuente: Elaboración propia (2021).

Finalmente se procede a realizar las correlaciones entre las dimensiones de las variables deterioro cognitivo y las de calidad de vida demostrando las siguientes hipótesis:

$H_0$ = Las variables deterioro cognitivo y calidad de vida no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables deterioro cognitivo y calidad de vida se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Para la interpretación de las correlaciones se tomó en cuenta el baremo de Hernández, Fernández y Baptista (2006)

| <b>Valor</b> | <b>Interpretación</b>              |
|--------------|------------------------------------|
| -0,90        | Correlación negativa muy fuerte.   |
| -0,75        | Correlación negativa considerable. |
| -0,50        | Correlación negativa mediana.      |
| -0,25        | Correlación negativa débil.        |
| -0,10        | Correlación negativa muy débil.    |
| 0,00         | No existe correlación alguna.      |
| 0,10         | Correlación positiva muy débil.    |
| 0,25         | Correlación positiva débil.        |
| 0,50         | Correlación positiva mediana.      |
| 0,75         | Correlación positiva considerable. |
| 0,90         | Correlación positiva muy fuerte.   |

Fuente: Hernández, Fernández y Baptista (2006)

**Tabla N°5: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (comer).**

|                            |                        | Total de la<br>orientación | Total de comer |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|----------------|
| Total de la<br>orientación | Correlación de Pearson | 1                          | ,429*          |
|                            | Sig. (bilateral)       |                            | ,010           |
|                            | N                      | 35                         | 35             |
| Total de comer             | Correlación de Pearson | ,429*                      | 1              |
|                            | Sig. (bilateral)       | ,010                       |                |
|                            | N                      | 35                         | 35             |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “comer” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “comer” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la tabla N°5 se evidencia la correlación entre las variables objeto de estudio cuyo resultado fue de 0,429 con un nivel de significancia de 0,010. En este caso se puede señalar que existe una asociación positiva mediana. Por tanto, se rechaza la hipótesis nula que establece que las variables orientación y la tarea de “comer” no están asociadas significativamente. En el análisis se puede observar lo dicho anteriormente.

**Tabla N°6: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (lavarse).**

|                            |                        | Total de la<br>orientación | Total del lavarse |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|
| Total de la<br>orientación | Correlación de Pearson | 1                          | ,691*             |
|                            | Sig. (bilateral)       |                            | ,000              |
|                            | N                      | 35                         | 35                |
| Total del lavarse          | Correlación de Pearson | ,691**                     | 1                 |
|                            | Sig. (bilateral)       | ,000                       |                   |

N

35

35

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

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “lavarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “lavarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la tabla N°6 se puede observar que la correlación existente entre las variables objeto de estudio dio como resultado un 0,691 con un nivel de significancia de 0,00. En este caso no existe una correlación. Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula que establece que las variables orientación y la tarea de “lavarse” no están asociadas significativamente.

**Tabla N°7: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (vestirse).**

|                            |                        | Total de la<br>orientación | Total de vestirse |
|----------------------------|------------------------|----------------------------|-------------------|
| Total de la<br>orientación | Correlación de Pearson | 1                          | ,698**            |
|                            | Sig. (bilateral)       |                            | ,000              |
|                            | N                      | 35                         | 35                |
| Total de vestirse          | Correlación de Pearson | ,698**                     | 1                 |
|                            | Sig. (bilateral)       | ,000                       |                   |
|                            | N                      | 35                         | 35                |

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

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “vestirse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “vestirse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la tabla N°7 se puede observar que la correlación existente entre las variables objeto de estudio dio como resultado un 0,698 con un nivel de significancia de 0,00. En este caso no existe una correlación. Por tanto, no se rechaza la hipótesis nula que establece que las variables orientación y la tarea de “vestirse” no están asociadas significativamente.

**Tabla N°8: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (arreglarse).**

|                         |                        | Total, de la<br>orientación | Total, de arreglarse |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------|----------------------|
| Total de la orientación | Correlación de Pearson | 1                           | ,669**               |
|                         | Sig. (bilateral)       |                             | ,000                 |
|                         | N                      | 35                          | 35                   |
| Total de arreglarse     | Correlación de Pearson | ,669**                      | 1                    |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,000                        |                      |
|                         | N                      | 35                          | 35                   |

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

H<sub>0</sub>= Las variables orientación y la tarea de “arreglarse” no se encuentran asociadas significativamente.

H<sub>i</sub>= Las variables orientación y la tarea de “arreglarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$  R H<sub>0</sub>

Como se puede observar en la tabla N°8, la correlación existente entre las dos variables es de 0,669 con un nivel de significancia de 0,000, en este caso no se puede rechazar la hipótesis nula, debido a que esta nos dice que no existen correlación entre las variables, y en este caso no hay correlación alguna.

**Tabla N°9: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (deposiciones).**

|                         |                        | Total, de la<br>orientación | Total de deposiciones |
|-------------------------|------------------------|-----------------------------|-----------------------|
| Total de la orientación | Correlación de Pearson | 1                           | ,516**                |
|                         | Sig. (bilateral)       |                             | ,002                  |
|                         | N                      | 35                          | 35                    |
| Total de deposiciones   | Correlación de Pearson | ,516**                      | 1                     |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,002                        |                       |
|                         | N                      | 35                          | 35                    |

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

H<sub>0</sub>= Las variables orientación y la tarea de “deposiciones” no se encuentran asociadas significativamente.

H<sub>i</sub>= Las variables orientación y la tarea de “deposiciones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$  R H<sub>0</sub>

Se observa en la tabla N°9 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,516 con un nivel de significancia de 0,002, en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual, se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°10: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (micción).**

|                         |                        | Total de la<br>orientación | Total de micción |
|-------------------------|------------------------|----------------------------|------------------|
| Total de la orientación | Correlación de Pearson | 1                          | ,516**           |
|                         | Sig. (bilateral)       |                            | ,002             |
|                         | N                      | 35                         | 35               |
| Total de micción        | Correlación de Pearson | ,516**                     | 1                |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,002                       |                  |
|                         | N                      | 35                         | 35               |

---

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

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “micción” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “micción” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°10 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,516 con un nivel de significancia de 0,002, en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual, se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°11: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (retrete).**

|                         |                        | Total de la orientación | Total de retrete |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|------------------|
| Total de la orientación | Correlación de Pearson | 1                       | ,591**           |
|                         | Sig. (bilateral)       |                         | ,000             |
|                         | N                      | 35                      | 35               |
| Total de retrete        | Correlación de Pearson | ,591**                  | 1                |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,000                    |                  |
|                         | N                      | 35                      | 35               |

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

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “retrete” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “retrete” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la anterior tabla N°11, se muestra la correlación existente entre las variables, la cual dio como resultado 0,591 con un nivel de significancia de 0,000, en este caso se puede observar que no existe correlación alguna entre las variables, por lo tanto, no se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°12: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (trasladarse).**

|                         |                        | Total de la orientación | Total de trasladarse |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|----------------------|
| Total de la orientación | Correlación de Pearson | 1                       | ,392*                |
|                         | Sig. (bilateral)       |                         | ,020                 |
|                         | N                      | 35                      | 35                   |
| Total, de trasladarse   | Correlación de Pearson | ,392*                   | 1                    |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,020                    |                      |
|                         | N                      | 35                      | 35                   |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “trasladarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “trasladarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

La tabla N°12 nos muestra la correlación existente entre las variables orientación y la acción de trasladarse con un resultado de 0,392 y con un nivel de significancia de 0,020, en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana. Se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°13: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (deambular).**

|                         |                        | Total de la orientación | Total de deambular |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|
| Total de la orientación | Correlación de Pearson | 1                       | ,415*              |
|                         | Sig. (bilateral)       |                         | ,013               |
|                         | N                      | 35                      | 35                 |
| Total de deambular      | Correlación de Pearson | ,415*                   | 1                  |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,013                    |                    |
|                         | N                      | 35                      | 35                 |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “deambular” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “deambular” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

La correlación que se muestra en la tabla N°13 es de 0,415 con un nivel de significancia de 0,013, en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis debido a que evidentemente el nivel de significancia de esta se encuentra por debajo de 0.05.

**Tabla N°14: Correlación entre la dimensión orientación y la tarea básica (escalones).**

|                         |                        | Total de la orientación | Total de escalones |
|-------------------------|------------------------|-------------------------|--------------------|
| Total de la orientación | Correlación de Pearson | 1                       | ,663**             |
|                         | Sig. (bilateral)       |                         | ,000               |
|                         | N                      | 35                      | 35                 |
| Total de escalones      | Correlación de Pearson | ,663**                  | 1                  |
|                         | Sig. (bilateral)       | ,000                    |                    |
|                         | N                      | 35                      | 35                 |

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

$H_0$ = Las variables orientación y la tarea de “escalones” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables orientación y la tarea de “escalones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°14 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,663 con un nivel de significancia de 0,000 en este caso se

puede observar que no existe correlación alguna y por ello no se puede rechazar la hipótesis nula que afirma que no existe correlación entre las dimensiones de las variables.

**Tabla N°15: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (comer).**

|                  |                        | Total de memoria | Total de comer |
|------------------|------------------------|------------------|----------------|
| Total de memoria | Correlación de Pearson | 1                | ,345*          |
|                  | Sig. (bilateral)       |                  | ,042           |
|                  | N                      | 35               | 35             |
| Total de comer   | Correlación de Pearson | ,345*            | 1              |
|                  | Sig. (bilateral)       | ,042             |                |
|                  | N                      | 35               | 35             |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “comer” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_1$ = Las variables memoria y la tarea de “comer” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

La tabla N°15 nos muestra la correlación existente entre las dimensiones de las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,345 con un nivel de significancia de 0,042 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual, se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°16: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (lavarse).**

|                   |                        | Total de memoria | Total del lavarse |
|-------------------|------------------------|------------------|-------------------|
| Total de memoria  | Correlación de Pearson | 1                | ,446**            |
|                   | Sig. (bilateral)       |                  | ,007              |
|                   | N                      | 35               | 35                |
| Total del lavarse | Correlación de Pearson | ,446**           | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,007             |                   |
|                   | N                      | 35               | 35                |

---

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

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “lavarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables memoria y la tarea de “lavarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

La correlación entre las dimensiones “memoria” y “lavarse” dio como resultado 0,446 con un nivel de significancia de 0,007 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana y por ende se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°17: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (vestirse).**

|                   |                        | Total de memoria | Total de vestirse |
|-------------------|------------------------|------------------|-------------------|
| Total de memoria  | Correlación de Pearson | 1                | ,407*             |
|                   | Sig. (bilateral)       |                  | ,015              |
|                   | N                      | 35               | 35                |
| Total de vestirse | Correlación de Pearson | ,407*            | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,015             |                   |
|                   | N                      | 35               | 35                |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “vestirse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables memoria y la tarea de “vestirse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°17 la correlación entre las dimensiones objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,407 con un nivel de significancia de 0,015 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana y por ello, se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°18: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (arreglarse).**

|                     |                        | Total de memoria | Total de arreglarse |
|---------------------|------------------------|------------------|---------------------|
| Total de memoria    | Correlación de Pearson | 1                | ,406*               |
|                     | Sig. (bilateral)       |                  | ,016                |
|                     | N                      | 35               | 35                  |
| Total de arreglarse | Correlación de Pearson | ,406*            | 1                   |
|                     | Sig. (bilateral)       | ,016             |                     |
|                     | N                      | 35               | 35                  |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “arreglarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables memoria y la tarea de “arreglarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°18 la correlación entre las dimensiones objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,406 con un nivel de significancia de 0,016 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por ende, se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°19: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (deposiciones).**

|                       |                        | Total de memoria | Total de deposiciones |
|-----------------------|------------------------|------------------|-----------------------|
| Total de memoria      | Correlación de Pearson | 1                | ,101                  |
|                       | Sig. (bilateral)       |                  | ,566                  |
|                       | N                      | 35               | 35                    |
| Total de deposiciones | Correlación de Pearson | ,101             | 1                     |
|                       | Sig. (bilateral)       | ,566             |                       |
|                       | N                      | 35               | 35                    |

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “deposiciones” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables memoria y la tarea de “deposiciones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°19 la correlación entre las dimensiones objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,101 con un nivel de significancia de 0,566 en este caso se puede señalar que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente debido que el nivel de significancia es mayor a 0,05, por ello es imposible rechazar la hipótesis nula.

**Tabla N°20: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (micción).**

|                  |                        | Total de memoria | Total de micción |
|------------------|------------------------|------------------|------------------|
| Total de memoria | Correlación de Pearson | 1                | ,101             |
|                  | Sig. (bilateral)       |                  | ,566             |
|                  | N                      | 35               | 35               |
| Total de micción | Correlación de Pearson | ,101             | 1                |
|                  | Sig. (bilateral)       | ,566             |                  |
|                  | N                      | 35               | 35               |

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “micción” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables memoria y la tarea de “micción” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°20 la correlación entre las dimensiones objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,101 con un nivel de significancia de 0,566 en este caso se puede observar que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente debido que el nivel de significancia es mayor a 0,05, por ello es imposible rechazar la hipótesis nula.

**Tabla N°21: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (retrete).**

|                  |                        | Total de memoria | Total de retrete |
|------------------|------------------------|------------------|------------------|
| Total de memoria | Correlación de Pearson | 1                | ,237             |
|                  | Sig. (bilateral)       |                  | ,171             |
|                  | N                      | 35               | 35               |
| Total de retrete | Correlación de Pearson | ,237             | 1                |
|                  | Sig. (bilateral)       | ,171             |                  |
|                  | N                      | 35               | 35               |

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “retrete” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_1$ = Las variables memoria y la tarea de “retrete” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°21 la correlación entre las dimensiones de las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,237 (correlación positiva débil), con un nivel de significancia de 0,171 en este caso se puede observar que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente debido que el nivel de significancia es mayor a 0,05, por ello es imposible rechazar la hipótesis nula.

**Tabla N°22: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (trasladarse).**

|                      |                        | Total de memoria | Total de trasladarse |
|----------------------|------------------------|------------------|----------------------|
| Total de memoria     | Correlación de Pearson | 1                | ,201                 |
|                      | Sig. (bilateral)       |                  | ,248                 |
|                      | N                      | 35               | 35                   |
| Total de trasladarse | Correlación de Pearson | ,201             | 1                    |
|                      | Sig. (bilateral)       | ,248             |                      |
|                      | N                      | 35               | 35                   |

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “trasladarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables memoria y la tarea de “trasladarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°22 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,201 (correlación positiva débil) con un nivel de significancia de 0,248 en este caso se puede observar que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente debido que el nivel de significancia es mayor a 0,05, por ello es imposible rechazar la hipótesis nula.

**Tabla N°23: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (trasladarse).**

|                    |                        | Total de memoria | Total de deambular |
|--------------------|------------------------|------------------|--------------------|
| Total de memoria   | Correlación de Pearson | 1                | ,226               |
|                    | Sig. (bilateral)       |                  | ,192               |
|                    | N                      | 35               | 35                 |
| Total de deambular | Correlación de Pearson | ,226             | 1                  |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,192             |                    |
|                    | N                      | 35               | 35                 |

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “deambular” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables memoria y la tarea de “deambular” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°23 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,226 (correlación positiva débil) con un nivel de significancia de 0,192 en este caso se puede observar que las dimensiones de las variables no se encuentran

asociadas significativamente debido que el nivel de significancia es mayor a 0,05, por ello es imposible rechazar la hipótesis nula.

**Tabla N°24: Correlación entre la dimensión memoria y la tarea básica (escalones).**

|                    |                        | Total de memoria | Total de escalones |
|--------------------|------------------------|------------------|--------------------|
| Total de memoria   | Correlación de Pearson | 1                | ,144               |
|                    | Sig. (bilateral)       |                  | ,410               |
|                    | N                      | 35               | 35                 |
| Total de escalones | Correlación de Pearson | ,144             | 1                  |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,410             |                    |
|                    | N                      | 35               | 35                 |

$H_0$ = Las variables memoria y la tarea de “escalones” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_1$ = Las variables memoria y la tarea de “escalones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°24 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,144 (correlación positiva muy débil), con un nivel de significancia de 0,410 en este caso se puede observar que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente debido que el nivel de significancia es mayor a 0,05, por ello no se puede rechazar la hipótesis nula.

**Tabla N°25: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (comer).**

|                   |                        | Total de atención | Total de comer |
|-------------------|------------------------|-------------------|----------------|
| Total de atención | Correlación de Pearson | 1                 | ,182           |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,295           |
|                   | N                      | 35                | 35             |
| Total de comer    | Correlación de Pearson | ,182              | 1              |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,295              |                |
|                   | N                      | 35                | 35             |

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “comer” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables atención y la tarea de “comer” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°25 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,182 con un nivel de significancia de 0,295 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva debil. No se rechaza la hipótesis nula que afirma que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente, debido a que el nivel de significancia se encuentra por encima de 0.05.

**Tabla N°26: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (lavarse).**

|                   |                        | Total de atención | Total del lavarse |
|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Total de atención | Correlación de Pearson | 1                 | ,335*             |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,049              |
|                   | N                      | 35                | 35                |
| Total del lavarse | Correlación de Pearson | ,335*             | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,049              |                   |
|                   | N                      | 35                | 35                |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “lavarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables atención y la tarea de “lavarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°26 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,335 con un nivel de significancia de 0,049 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana; por lo cual se rechaza la hipótesis nula que afirma lo contrario.

**Tabla N°27: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (vestirse).**

|                   |                        | Total de atención | Total de vestirse |
|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Total de atención | Correlación de Pearson | 1                 | ,342*             |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,045              |
|                   | N                      | 35                | 35                |
| Total de vestirse | Correlación de Pearson | ,342*             | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,045              |                   |
|                   | N                      | 35                | 35                |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “vestirse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_1$ = Las variables atención y la tarea de “vestirse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°27 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,342 con un nivel de significancia de 0,045 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana. En este caso se rechaza la hipótesis nula, debido a que el nivel de significancia se encuentra por debajo de 0.05.

**Tabla N°28: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (arreglarse).**

|                     |                        | Total de atención | Total de arreglarse |
|---------------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| Total de atención   | Correlación de Pearson | 1                 | ,355*               |
|                     | Sig. (bilateral)       |                   | ,037                |
|                     | N                      | 35                | 35                  |
| Total de arreglarse | Correlación de Pearson | ,355*             | 1                   |
|                     | Sig. (bilateral)       | ,037              |                     |
|                     | N                      | 35                | 35                  |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “arreglarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_1$ = Las variables atención y la tarea de “arreglarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°28 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,355 con un nivel de significancia de 0,037 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana. Debido a que el nivel de significancia se encuentra por debajo de 0,05, se debe rechazar la hipótesis nula.

**Tabla N°29: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (deposiciones).**

|                       |                        | Total de atención | Total de deposiciones |
|-----------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Total de atención     | Correlación de Pearson | 1                 | ,271                  |
|                       | Sig. (bilateral)       |                   | ,116                  |
|                       | N                      | 35                | 35                    |
| Total de deposiciones | Correlación de Pearson | ,271              | 1                     |
|                       | Sig. (bilateral)       | ,116              |                       |
|                       | N                      | 35                | 35                    |

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “deposiciones” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables atención y la tarea de “deposiciones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°29 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,271 con un nivel de significancia de 0,116 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva debil (según el baremo de Hernández, Fernández y Baptista), pero, No se rechaza la hipótesis nula que afirma que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente debido a que el nivel de significancia está por encima de los 0,05.

**Tabla N°30: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (micción).**

|                   |                        | Total de atención | Total de micción |
|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| Total de atención | Correlación de Pearson | 1                 | ,271             |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,116             |
|                   | N                      | 35                | 35               |
| Total de micción  | Correlación de Pearson | ,271              | 1                |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,116              |                  |
|                   | N                      | 35                | 35               |

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “micción” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables atención y la tarea de “micción” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°30 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,271 con un nivel de significancia de 0,116 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva débil (según el baremo de Hernández, Fernández y

Baptista), pero, No se rechaza la hipótesis nula que afirma que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente debido a que el nivel de significancia está por encima de los 0,05.

**Tabla N°31: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (retrete).**

|                   |                        | Total de atención | Total de retrete |
|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| Total de atención | Correlación de Pearson | 1                 | ,294             |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,086             |
|                   | N                      | 35                | 35               |
| Total de retrete  | Correlación de Pearson | ,294              | 1                |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,086              |                  |
|                   | N                      | 35                | 35               |

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “retrete” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables atención y la tarea de “retrete” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la tabla N°31 se observa la correlación entre las dimensiones de las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,294 con un nivel de significancia de 0,086 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, pero no se puede rechazar la hipótesis nula debido a que el valor de significancia se encuentra por encima de 0,05.

**Tabla N°32: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (trasladarse).**

|                      |                        | Total de atención | Total de trasladarse |
|----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| Total de atención    | Correlación de Pearson | 1                 | ,137                 |
|                      | Sig. (bilateral)       |                   | ,433                 |
|                      | N                      | 35                | 35                   |
| Total de trasladarse | Correlación de Pearson | ,137              | 1                    |

|  |                  |      |    |
|--|------------------|------|----|
|  | Sig. (bilateral) | ,433 |    |
|  | N                | 35   | 35 |

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “trasladarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables atención y la tarea de “trasladarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°32 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,137 con un nivel de significancia de 0,433 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva muy débil y no se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°33: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (deambular).**

|                    |                        | Total de atención | Total de deambular |
|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Total de atención  | Correlación de Pearson | 1                 | ,158               |
|                    | Sig. (bilateral)       |                   | ,366               |
|                    | N                      | 35                | 35                 |
| Total de deambular | Correlación de Pearson | ,158              | 1                  |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,366              |                    |
|                    | N                      | 35                | 35                 |

$H_0$ = Las variables atención y la tarea de “deambular” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables atención y la tarea de “deambular” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°33 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,158 con un nivel de significancia de 0,366 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva muy débil y no se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°34: Correlación entre la dimensión atención y la tarea básica (escalones).**

|                    |                        | Total de atención | Total de escalones |
|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Total de atención  | Correlación de Pearson | 1                 | ,399*              |
|                    | Sig. (bilateral)       |                   | ,018               |
|                    | N                      | 35                | 35                 |
| Total de escalones | Correlación de Pearson | ,399*             | 1                  |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,018              |                    |
|                    | N                      | 35                | 35                 |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

H<sub>0</sub>= Las variables atención y la tarea de “escalones” no se encuentran asociadas significativamente.

H<sub>i</sub>= Las variables atención y la tarea de “escalones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$  R H<sub>0</sub>

Se observa en la tabla N°34 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,399 con un nivel de significancia de 0,018 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana y se rechaza la hipótesis nula debido a que el nivel de significancia se encuentra por debajo de los 0,05.

**Tabla N°35: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (comer).**

|                   |                        | Total de recuerdo | Total de comer |
|-------------------|------------------------|-------------------|----------------|
| Total de recuerdo | Correlación de Pearson | 1                 | ,279           |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,105           |
|                   | N                      | 35                | 35             |
| Total de comer    | Correlación de Pearson | ,279              | 1              |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,105              |                |
|                   | N                      | 35                | 35             |

H<sub>0</sub>= Las variables recuerdo y la tarea de “comer” no se encuentran asociadas significativamente.

H<sub>i</sub>= Las variables recuerdo y la tarea de “comer” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°35 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,279 con un nivel de significancia de 0,105 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva débil y no se rechaza la hipótesis nula debido a que el nivel de significancia se encuentra por encima de el 0,05.

**Tabla N°36: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (lavarse).**

|                   |                        | Total de recuerdo | Total del lavarse |
|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Total de recuerdo | Correlación de Pearson | 1                 | ,225              |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,193              |
|                   | N                      | 35                | 35                |
| Total del lavarse | Correlación de Pearson | ,225              | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,193              |                   |
|                   | N                      | 35                | 35                |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “lavarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “lavarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°36 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,225 con un nivel de significancia de 0,193 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva débil. No se rechaza la hipótesis nula debido a que el nivel de significancia se encuentra por encima de los 0,05.

**Tabla N°37: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (vestirse).**

|                   |                        | Total de recuerdo | Total de vestirse |
|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Total de recuerdo | Correlación de Pearson | 1                 | ,269              |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,118              |
|                   | N                      | 35                | 35                |
| Total de vestirse | Correlación de Pearson | ,269              | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,118              |                   |
|                   | N                      | 35                | 35                |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “vestirse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “vestirse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°37 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,269 con un nivel de significancia de 0,118 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva débil y no se rechaza la hipótesis nula, debido a que el nivel de significancia se encuentra por encima de 0,05.

**Tabla N°38: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (arreglarse).**

|                     |                        | Total de recuerdo | Total de arreglarse |
|---------------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| Total de recuerdo   | Correlación de Pearson | 1                 | ,258                |
|                     | Sig. (bilateral)       |                   | ,135                |
|                     | N                      | 35                | 35                  |
| Total de arreglarse | Correlación de Pearson | ,258              | 1                   |
|                     | Sig. (bilateral)       | ,135              |                     |
|                     | N                      | 35                | 35                  |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “arreglarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “arreglarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°38 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,258 con un nivel de significancia de 0,135 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva débil y no se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°39: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (deposiciones).**

|                       |                        | Total de recuerdo | Total de deposiciones |
|-----------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Total de recuerdo     | Correlación de Pearson | 1                 | ,098                  |
|                       | Sig. (bilateral)       |                   | ,576                  |
|                       | N                      | 35                | 35                    |
| Total de deposiciones | Correlación de Pearson | ,098              | 1                     |
|                       | Sig. (bilateral)       | ,576              |                       |
|                       | N                      | 35                | 35                    |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “deposiciones” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “deposiciones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°39 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,098 con un nivel de significancia de 0,576 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva muy débil y no se puede rechazar la hipótesis nula, debido a que el nivel de significancia se encuentra muy por encima del 0,05.

**Tabla N°40: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (micción).**

|                   |                        | Total de recuerdo | Total de micción |
|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| Total de recuerdo | Correlación de Pearson | 1                 | ,098             |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,576             |
|                   | N                      | 35                | 35               |
| Total de micción  | Correlación de Pearson | ,098              | 1                |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,576              |                  |
|                   | N                      | 35                | 35               |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “micción” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “micción” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°40 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,098 con un nivel de significancia de 0,576 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva muy débil y no se puede rechazar la hipótesis nula, debido a que el nivel de significancia se encuentra muy por encima del 0,05.

**Tabla N°41: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (retrete).**

|                   |                        | Total de recuerdo | Total de retrete |
|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| Total de recuerdo | Correlación de Pearson | 1                 | ,180             |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,301             |
|                   | N                      | 35                | 35               |
| Total de retrete  | Correlación de Pearson | ,180              | 1                |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,301              |                  |
|                   | N                      | 35                | 35               |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “retrete” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “retrete” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°41 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,180 con un nivel de significancia de 0,301 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva muy débil y se no se rechaza la hipótesis nula debido a que el nivel de significancia se encuentra por encima de 0,05.

**Tabla N°42: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (trasladarse).**

|                      |                        | Total de recuerdo | Total de trasladarse |
|----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| Total de recuerdo    | Correlación de Pearson | 1                 | ,297                 |
|                      | Sig. (bilateral)       |                   | ,083                 |
|                      | N                      | 35                | 35                   |
| Total de trasladarse | Correlación de Pearson | ,297              | 1                    |
|                      | Sig. (bilateral)       | ,083              |                      |
|                      | N                      | 35                | 35                   |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “trasladarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “trasladarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°42 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,297 con un nivel de significancia de 0,083 en este caso no se puede rechazar la hipótesis nula debido a que el nivel de significancia se encuentra por encima de 0,05.

**Tabla N°43: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (deambular).**

|                    |                        | Total de recuerdo | Total de deambular |
|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Total de recuerdo  | Correlación de Pearson | 1                 | ,326               |
|                    | Sig. (bilateral)       |                   | ,056               |
|                    | N                      | 35                | 35                 |
| Total de deambular | Correlación de Pearson | ,326              | 1                  |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,056              |                    |
|                    | N                      | 35                | 35                 |

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “deambular” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “deambular” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°43 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,326 con un nivel de significancia de 0,056 en este caso no se puede rechazar la hipótesis nula debido a que el valor de significancia se encuentra por encima de 0,05.

**Tabla N°44: Correlación entre la dimensión recuerdo y la tarea básica (escalones).**

|                    |                        | Total de recuerdo | Total de escalones |
|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Total de recuerdo  | Correlación de Pearson | 1                 | ,371*              |
|                    | Sig. (bilateral)       |                   | ,028               |
|                    | N                      | 35                | 35                 |
| Total de escalones | Correlación de Pearson | ,371*             | 1                  |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,028              |                    |
|                    | N                      | 35                | 35                 |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables recuerdo y la tarea de “escalones” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables recuerdo y la tarea de “escalones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°44 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,371 con un nivel de significancia de 0,028 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana. Se rechaza la hipótesis porque éste se encuentra por debajo de 0,05.

**Tabla N°45: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (comer).**

|                   |                        | Total de lenguaje | Total de comer |
|-------------------|------------------------|-------------------|----------------|
| Total de lenguaje | Correlación de Pearson | 1                 | ,500**         |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,002           |
|                   | N                      | 35                | 35             |
| Total de comer    | Correlación de Pearson | ,500**            | 1              |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,002              |                |
|                   | N                      | 35                | 35             |

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

$H_0$ = Las variables lenguaje y la tarea de “comer” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables lenguaje y la tarea de “comer” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°45 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,500 con un nivel de significancia de 0,002 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual se rechaza la hipótesis nula que nos dice que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente.

**Tabla N°46: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (lavarse).**

|                   |                        | Total de lenguaje | Total del lavarse |
|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Total de lenguaje | Correlación de Pearson | 1                 | ,572**            |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,000              |
|                   | N                      | 35                | 35                |
| Total del lavarse | Correlación de Pearson | ,572**            | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,000              |                   |
|                   | N                      | 35                | 35                |

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

H<sub>0</sub>= Las variables lenguaje y la tarea de “lavarse” no se encuentran asociadas significativamente.

H<sub>i</sub>= Las variables lenguaje y la tarea de “lavarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$  RH<sub>0</sub>

En la tabla N°46 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,572 con un nivel de significancia de 0,000 en este caso se puede señalar que no existe correlación alguna, según el cuadro de baremos de Fernández, Hernández y Baptista; por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°47: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (vestirse).**

|                   |                        | Total de lenguaje | Total de vestirse |
|-------------------|------------------------|-------------------|-------------------|
| Total de lenguaje | Correlación de Pearson | 1                 | ,555**            |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,001              |
|                   | N                      | 35                | 35                |
| Total de vestirse | Correlación de Pearson | ,555**            | 1                 |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,001              |                   |
|                   | N                      | 35                | 35                |

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

$H_0$ = Las variables lenguaje y la tarea de “vestirse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables lenguaje y la tarea de “vestirse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°47 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,555 con un nivel de significancia de 0,001 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual se rechaza la hipótesis nula que nos dice que las dimensiones de las variables no se encuentran asociadas significativamente.

**Tabla N°48: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (arreglarse).**

|                     |                        | total de lenguaje | total de arreglarse |
|---------------------|------------------------|-------------------|---------------------|
| total de lenguaje   | Correlación de Pearson | 1                 | ,610**              |
|                     | Sig. (bilateral)       |                   | ,000                |
|                     | N                      | 35                | 35                  |
| total de arreglarse | Correlación de Pearson | ,610**            | 1                   |
|                     | Sig. (bilateral)       | ,000              |                     |
|                     | N                      | 35                | 35                  |

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

$H_0$ = Las variables lenguaje y la tarea de “arreglarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables lenguaje y la tarea de “arreglarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la tabla N°48 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,610 con un nivel de significancia de 0,000 en este caso se puede señalar que no existe correlación alguna, según el cuadro de baremos de Fernández, Hernández y Baptista; por lo cual no se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°49: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (deposiciones).**

|                       |                        | Total de lenguaje | Total de deposiciones |
|-----------------------|------------------------|-------------------|-----------------------|
| Total de lenguaje     | Correlación de Pearson | 1                 | ,369*                 |
|                       | Sig. (bilateral)       |                   | ,029                  |
|                       | N                      | 35                | 35                    |
| Total de deposiciones | Correlación de Pearson | ,369*             | 1                     |
|                       | Sig. (bilateral)       | ,029              |                       |
|                       | N                      | 35                | 35                    |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables lenguaje y la tarea de “deposiciones” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables lenguaje y la tarea de “deposiciones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°49 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,369 con un nivel de significancia de 0,029 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°50: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (micción).**

|                   |                        | Total de lenguaje | Total de micción |
|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| Total de lenguaje | Correlación de Pearson | 1                 | ,369*            |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,029             |

|                  |                        |       |    |
|------------------|------------------------|-------|----|
|                  | N                      | 35    | 35 |
| Total de micción | Correlación de Pearson | ,369* | 1  |
|                  | Sig. (bilateral)       | ,029  |    |
|                  | N                      | 35    | 35 |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables lenguaje y la tarea de “micción” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables lenguaje y la tarea de “micción” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°50 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,369 con un nivel de significancia de 0,029 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual se rechaza la hipótesis nula.

**Tabla N°51: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (retrete).**

|                   |                        | Total de lenguaje | Total de retrete |
|-------------------|------------------------|-------------------|------------------|
| Total de lenguaje | Correlación de Pearson | 1                 | ,523**           |
|                   | Sig. (bilateral)       |                   | ,001             |
|                   | N                      | 35                | 35               |
| Total de retrete  | Correlación de Pearson | ,523**            | 1                |
|                   | Sig. (bilateral)       | ,001              |                  |
|                   | N                      | 35                | 35               |

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

$H_0$ = Las variables lenguaje y la tarea de “retrete” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_i$ = Las variables lenguaje y la tarea de “retrete” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

Se observa en la tabla N°51 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,523 con un nivel de significancia de 0,001 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, pero, aun así, se rechaza la hipótesis nula, por estar por debajo de 0.05.

**Tabla N°52: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (trasladarse).**

|                      |                        | Total de lenguaje | Total de trasladarse |
|----------------------|------------------------|-------------------|----------------------|
| Total de lenguaje    | Correlación de Pearson | 1                 | ,381*                |
|                      | Sig. (bilateral)       |                   | ,024                 |
|                      | N                      | 35                | 35                   |
| Total de trasladarse | Correlación de Pearson | ,381*             | 1                    |
|                      | Sig. (bilateral)       | ,024              |                      |
|                      | N                      | 35                | 35                   |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

$H_0$ = Las variables lenguaje y la tarea de “trasladarse” no se encuentran asociadas significativamente.

$H_1$ = Las variables lenguaje y la tarea de “trasladarse” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la tabla N°52 se observa la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,381 con un nivel de significancia de 0,024 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana, por lo cual se rechaza la hipótesis nula, debido a que las dos dimensiones de las variables si se encuentran asociadas significativamente.

**Tabla N°53: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (deambular).**

|  |  | Total de lenguaje | Total de deambular |
|--|--|-------------------|--------------------|
|--|--|-------------------|--------------------|

|                    |                        |       |       |
|--------------------|------------------------|-------|-------|
| Total de lenguaje  | Correlación de Pearson | 1     | ,415* |
|                    | Sig. (bilateral)       |       | ,013  |
|                    | N                      | 35    | 35    |
| Total de deambular | Correlación de Pearson | ,415* | 1     |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,013  |       |
|                    | N                      | 35    | 35    |

\*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

H<sub>0</sub>= Las variables lenguaje y la tarea de “deambular” no se encuentran asociadas significativamente.

H<sub>i</sub>= Las variables lenguaje y la tarea de “deambular” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor p es  $\leq 0.05$  R<sub>H0</sub>

Se observa en la tabla N°53 la correlación entre las variables objeto de estudio y al contrastar cuyo resultado fue de 0,415 con un nivel de significancia de 0,013 en este caso se puede señalar que existe correlación positiva mediana.

**Tabla N°54: Correlación entre la dimensión lenguaje y la tarea básica (escalones).**

|                    |                        | Total de lenguaje | Total de escalones |
|--------------------|------------------------|-------------------|--------------------|
| Total de lenguaje  | Correlación de Pearson | 1                 | ,611**             |
|                    | Sig. (bilateral)       |                   | ,000               |
|                    | N                      | 35                | 35                 |
| Total de escalones | Correlación de Pearson | ,611**            | 1                  |
|                    | Sig. (bilateral)       | ,000              |                    |
|                    | N                      | 35                | 35                 |

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

H<sub>0</sub>= Las variables lenguaje y la tarea de “escalones” no se encuentran asociadas significativamente.

H<sub>i</sub>= Las variables lenguaje y la tarea de “escalones” se encuentran asociadas significativamente

Regla de decisión Si valor  $p$  es  $\leq 0.05$   $RH_0$

En la anterior tabla, se puede ver la correlación entre las dimensiones la cual dio un resultado de 0,611 con un nivel de significancia de 0,000 en este caso se puede señalar que no existe correlación, por lo tanto, es imposible rechazar la hipótesis nula.

## **DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS**

Teniendo en cuenta los datos obtenidos de la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, se realiza la comparación con los hallazgos de los estudios anteriores, en este sentido, con respecto al primer objetivo específico relacionado a datos sociodemográfico (sexo y edad). Se pudo observar similitud con la investigación de Lozano, E. (2017), en las edades debido a que estaban comprendidas entre los 58-92 años, lo cual, son similares a las del presente estudio debido a que estas oscilan entre los 56 y 98 años (ver Tabla N°2, pag 47).

Con respecto al sexo de adultos mayores se encuentra similitud en el estudio realizado por Gómez, C (2016), debido a que el porcentaje oscila entre 52% hombres y 48% mujeres, lo cual es muy similar a los del presente proyecto debido a que el 49% de los encuestados pertenecían al género femenino y el 51% restante al género masculino.

A continuación, se encuentra otra similitud entre la cantidad de población evaluada, que fue de 35 hombres y mujeres en la investigación realizada por Barrera, (2017), la cual cuenta con el mismo número de hombres y mujeres que en la presente investigación.

Con respecto al segundo objetivo que va direccionado a detectar el grado de deterioro en las funciones cognitivas predominantes en el adulto mayor, Camargo, K (2017), realizó un artículo el cual tenía como objetivo determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, para ello se realizó un estudio cuantitativo como el de la presente investigación y aparte de eso se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental), del cual se obtuvo como resultado que el 41,7% de los adultos mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo grave y requieren intervenciones de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva; resultado que se asemeja al de esta

investigación debido a que en este caso el 46% de los adultos mayores encuestados presentan deterioro cognitivo.

Para el tercer objetivo el cual hace referencia a la relación existente entre el grado de deterioro en las funciones cognitivas con el nivel de calidad de vida del adulto mayor, se llevó a cabo la escala de Barthel, la cual se basa en medir el grado de dependencia e independencia de los individuos al realizar actividades básicas de la vida diaria; éste instrumento también fue utilizado en la investigación realizada por Vargas, S y Herrera, E. (2017) la cual tenía como objetivo determinar factores asociados a la calidad de vida de los adultos mayores en Cartagena. En este estudio el nivel de independencia para realizar actividades básicas fue de un (86,3 %) en total; por otro lado, un 29% de los encuestados para el presente estudio se mostraron totalmente independientes

## CONCLUSIONES

Partiendo de los objetivos trazados en esta investigación, se pueden realizar las siguientes conclusiones de forma general:

Con relación al primer objetivo el cual va direccionado a conocer los datos socio-demográficos de los adultos mayores; se puede indicar que el 51% pertenecían al género masculino y el otro 49% restante al género femenino, siendo así, 18 hombres y 17 mujeres, para dar un total de 35 participantes, de los que cuyas edades oscilaban entre los 56 y 98 años; edades en las que por lo general se presentan los primeros indicios de demencia; como la pérdida de la memoria a corto plazo, signos leves de dependencia, etc.

En referencia a identificar el grado de deterioro en las funciones cognitivas predominantes en el adulto mayor se pudo concluir que el deterioro cognitivo en los 35 adultos mayores evaluados es muy evidente, debido a que el 46% de ellos presentan deterioro en todas las dimensiones, seguido de eso, un 31% se encuentran ya en la fase terminal de demencia; un 14% presentan indicios de demencia temprana y por último solo el 9% presentan una adecuada capacidad cognoscitiva para su edad. Esto se puede ver en el gráfico N°3 de la pág. 49.

En tercer lugar, se busca relacionar el grado de deterioro en las funciones cognitivas con el nivel de calidad de vida del adulto mayor; en la gráfica N°3 se muestra el nivel de dependencia de los adultos mayores evaluados; todo esto claramente relacionado al deterioro cognitivo que presente o no cada uno. Primeramente, un 31% presentan dependencia grave; por otra parte, un 29%, a pesar de presentar algún deterioro y/o indicios de demencia, pueden realizar por si solos actividades básicas como comer, caminar, asearse e ir al baño. Un 17% depende levemente de sus cuidadores para realizar ciertas actividades; otro 17% presenta dependencia moderada y último, solo un 6% de la población, es totalmente dependiente, debido a que se encuentran ya sea en la fase terminal del deterioro o en silla de ruedas.

Al determinar las correlación entre cada una de las dimensiones de las variables, se llegó a la conclusión de que muchas de ellas no se encuentran asociadas significativamente, lo cual es debido a que algunos adultos mayores a pesar de padecer un gran deterioro cognitivo, pueden realizar ciertas actividades como comer e ir al baño, pero por otra parte se encuentra que hubo en varios casos correlación positivas de medianas a leves, como por ejemplo la existente entre el nivel de recuerdo del cual carecen algunos adultos mayores al momento de subir o bajar escalones o de realizar actividades más sencillas como usar el retrete; esto debido a la incidencia que tiene el deterioro cognitivo en algunos pacientes que se encuentran en fase terminal o que simplemente no se pueden valer por sí mismo por cuestiones de edad o de enfermedades médicas.

Por último, es importante destacar que debido a la situación actual que se presenta a nivel mundial por la pandemia del COVID-19 se dificultó en gran medida la recolección de datos desde el inicio, dado que de manera virtual no se obtuvieron buenos resultados por parte de los cuidadores y de los mismos pacientes, debido a que algunos no se sentían cómodos, dispuestos o no estaban en condiciones para la realización de los test. Hay que tener en cuenta que la población escogida para la investigación era de las más vulnerable ante la pandemia y por ende era riesgoso y complicado realizar las actividades presencialmente, sin embargo, las fundaciones (Madre Laura, Abuelitos en Cristo y Vivamos Mejor), en las cuales se llevó dicha investigación mantienen las puertas abiertas en este momento y por ello se pudo concluir con éxito la recolección de datos y la investigación en sí.

## RECOMENDACIONES

Con base en los descubrimientos y objetivos de la investigación, se hacen las siguientes recomendaciones en aras de mejorar la calidad de vida de la población objeto de estudio:

- **Para las fundaciones.**

Es necesario fomentar las dinámicas grupales entre los pacientes y familiares, como: celebración de cumpleaños, festividades, así como también promover acciones de cuidado basados en la paciencia y vinculación afectiva; todos estos temas son necesarios para que el paciente sienta un mayor apoyo y acompañamiento familiar, y así se evitan ciertos episodios depresivos y de violencia entre los pacientes y de estos hacia cuidadores. También es necesario estar al pendiente de cada una de las terapias programadas con los distintos psicólogos y psiquiatras.

- **Para cuidadores y familiares.**

Se recomienda estar al pendiente de suministrar a los pacientes y/o familiares que tengan al cuidado de la fundación, de útiles de aseo, ropa y de poner al tanto a los cuidadores sobre las dietas necesarias de cada uno, así como también los medicamentos. Es importante la visita por lo menos semanal a los pacientes, mucho de ellos no sienten el apoyo de ellos familiares y otros simplemente quieren estar cerca de sus seres queridos.

- **Para futuros psicólogos investigadores.**

Para los futuros investigadores o psicólogos que deseen realizar una investigación con respecto al tema, se les recomienda que obtengan una muestra representativa y significativamente mucho mayor que la mostrada en esta investigación, principalmente a nivel regional o local debido a que son pocas o nulas las investigaciones de este tema; esto, con el fin de crear nuevos antecedentes que sirvan para estudios o investigaciones futuras.

## Referencias.

- Arias-Gómez, Jesús; Villasís-Keever, Miguel Ángel; Miranda Novales, María Guadalupe El protocolo de investigación III: la población de estudio Revista Alergia México, vol. 63, núm. 2, abril-junio, 2016, pp. 201-206 Colegio Mexicano de Inmunología Clínica y Alergia, A.C. Ciudad de México, México
- Aburo, L. (2012). Orientacion. Recuperado de <http://psicomaterias.blogspot.com/2012/11/orientacion.html>
- Barrera, J. C. (2017). DETERIORO COGNITIVO Y SU INFLUENCIA EN LA CALIDAD DE. Ambato-Ecuador. Recuperado de:  
<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Becerril (2017). Calidad de Vida del adulto mayor en la delegación de San Antonio Acahualco, Zinacantepec, Toluca-Mexico.
- Benavides, C. (2017). Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor, Bogotá, Colombia.
- Benedit, M. (2002). Neuropsicología Cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación Fundamento teórico y metodológico de la Neuropsicología Cognitiva. Madrid, España: Grafo
- Bluedorn, M. (1995). Razonamiento. Recuperado de <http://psicomaterias.blogspot.com/2012/11/razonamiento.html>
- Cabrera y Lezcano (2020). Deterioro cognitivo en adultos mayores de un hospital de las fuerzas armadas. Lima-Perú.
- Camargo-Hernández K del C, Laguado-Jaimes E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Rev Univ. Salud. 2017;19(2):163-170. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.79>
- Celeiro y Galizzi (2019) Calidad de vida en adultos mayores entre 70 a 85 años institucionalizados y no institucionalizados de la ciudad de Nogoyá, Argentina.
- Cullacay y Márquez (2022) Estudio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022, Cuenca – Ecuador.
- Escorsa, A. (2015). La calidad de vida relacionada con la salud de los niños con parálisis cerebral infantil: grado de acuerdo entre hijos y padres. Barcelona, España.
- Fernández (2020) Calidad de vida de adultos mayores de un centro del adulto mayor en Cajamarca, Perú.

Folstein MF, Folstein S, McHugh PR. Mini-Mental State: A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J. Psych. Res.* 1975; 12 (3): 189-198.

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR, Fanjiang G.: MMSE. Mini-Mental State Examination. User's Guide. Lutz, Florida: Psychological Assessment Resources; 2001.

Gonzales, H. (2002). Capacidades intelectuales de orden superior. Recuperado de <http://eduteka.icesi.edu.co/pdfdir/CapacidadesMentales.pdf>

Gutierrez, O. R. (2017). CALIDAD DE VIDA EN EL ADULTO MAYOR INSTITUCIONALIZADO EN LOS MUNICIPIOS DE TENJO Y CAJICÁ . Bogotá.

Gómez, C (2016) Trastornos de la conducta alimentaria en pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo del Centro de Reposo San Juan de Dios, Quito, Ecuador.

Hernández y Ariza (2020) Calidad de vida de adultos mayores en el marco de la pandemia por covid-19. Montería, Colombia.

Kenneth, F. (2006). Alteraciones de la Conciencia. Recuperado de <http://himfg.com.mx/descargas/documentos/planeacion/guiasclinicasHIM/AlteracionesConciencia.pdf>

Leon, B. (2015). Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas. Madrid, España. .

Lopategui, E. (2001). Dimensiones del bienestar. Recuperado de: <http://www.saludmed.com/Bienestar/Cap1/Dimesion.html>

Lopez, L. (2018) Funcionamiento Cognitivo y Adaptación Familiar a la Institucionalización del Adulto Mayor, Santa Marta, Colombia.

Lozano, E. (2017). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores de la Costa Caribe Colombiana. Santa Marta, Colombia.

Luria, A. (1998). El lenguaje. Recuperado de [http://www.razonypalabra.org.mx/N/N72/Varia\\_72/27\\_Rios\\_72.pdf](http://www.razonypalabra.org.mx/N/N72/Varia_72/27_Rios_72.pdf)

Mahoney F.I., Barthel DW: Functional evaluation: the Barthel Index. *Md State Med J* 1965; 14:2

Mateus Rodríguez, Jeason Steven (2019) La musicoterapia como aporte a la calidad de vida de jóvenes con discapacidad intelectual. Maestría thesis, Universidad Nacional de Colombia - Sede Bogotá.

- Millan, J. (2011). Envejecimiento y Calidad de Vida. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=39121275006>
- Ministerio de Salud y Protección Social.(2017). Boletín de Salud Mental. Demencia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>.
- Ospino, S. (2017). Deterioro cognitivo leve en adultos mayores institucionalizados y de la comunidad de la costa caribe colombiana, Santa Marta, Colombia.
- Organización Mundial de La Salud.(2019).Demencia.Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015), Boletín de la Organización Mundial de la Salud. Recuperado de <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422-ab/es/>
- Peydró, Cristina. (2015). Calidad de vida, trabajo y salud en los profesionales sanitarios: un estudio en el hospital general universitario de Alicante, España.
- Peña, J. (2007). Neurología de la conducta y Neuropsicología. Buenos Aires, Argentina: Editorial Médica Panamericana
- Raz N., Lindenberger U., Rodrigue K. M., Kennedy K. M., Head D., Williamson A., Dahle C., Gerstorff D., Acker J. D. Regional Brain Changes in Aging Healthy Adults: General Trends, Individual Differences and Modifiers. *Cereb. Cortex.* 2005;15:1676-1689.
- Romero, E., y Vázquez, G. (2002). Actualización en Neuropsicología Clínica. Buenos Aires: Argentina: Editorial GeKa.
- Romero, E., y Vázquez, G. (2002). Actualización en Neuropsicología Clínica. Buenos Aires: Argentina: Editorial GeKa.Recuperado de: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Sampieri Hernandez, Roberto; Collado Fernandez, Carlos y Lucio Baptista, Pilar. Metodología de la investigación. McGraw-Hill Interamericana. Mexico, D.F., 2003
- Schwab, V. (2012). Todos somos resilientes. Buenos Aires: Argentina: Paidós.
- Sosa, M. (2016). Deterioro cognitivo en la vejez ¿fenómeno normal?, Montevideo, Uruguay.

- Sánchez. B. (2017). Caracterización social, familiar y de Salud de los adultos mayores del barrio El Rodeo, Villavicencio, Colombia.
- Salas, B. L. (2015). Calidad de vida en personas con demencia institucionalizadas. Madrid.
- Social, M. d. (2017). Boletín de Salud Mental: Demencia. Bogotá. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/Boletin-demencia-salud-mental.pdf>
- Tabares, D y Vincos, A. (2015). Calidad de vida laboral del grupo de empleados de la fundación centro internacional de estudios avanzados en niñez y juventud cinde sede Manizales, Colombia.
- Toledo, A. (2009). Desarrollo del adulto y vejez. Mexico. McGRAW-HILL
- Torres, K. (2002). La atención. Recuperado de <http://www.psicopedagogia.com/atencion>
- Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. J. Cid- Ruzafa et al. Revista Española de Salud Pública. Feb 2007.
- Van der Putten JJMF, Hobart JC, Freeman JA et al.: Measuring the change in disability after inpatient rehabilitation; comparison of the responsiveness of the Barthel Index and Functional Independence Measure. L Neurology, Neurosurgery and Psychiatry 1999; 66(4): 480-484
- Vargas, S y Herrera, E. (2017). Calidad de vida en adultos mayores, Cartagena, Colombia.
- Vargas, S. y. (2017). Calidad de Vida en adultos mayores. Cartagena, Colombia.

## Apéndice

### Apéndice 1. *Test Mini-Mental de Folstein.*

#### Mini-examen cognoscitivo (lobo et al, 1979)

##### DESCRIPCION.

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas.

Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales.

Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos.

Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración.

Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje.

##### INSTRUCCIONES GENERALES.

Invitar al entrevistado a colaborar. No corregir nunca al paciente, aunque se equivoque. Contabilizar los puntos correctos de cada uno de los 5 ítems del test.

1. Orientación: No se permite la Comunidad Autónoma como respuesta correcta para la provincia ni para nación o país (excepto en las comunidades históricas).

2. Fijación. Repetir claramente cada palabra en un segundo. Le damos tantos puntos como palabras repita correctamente al primer intento. Hacer hincapié en que las recuerde, ya que más tarde se le volverán a preguntar. Asegurarse de que el paciente repita las tres palabras correctamente hasta que las aprenda. Están permitidos seis intentos para que las repita correctamente.
3. Concentración y Cálculo: Sustracción de 3 en 3. Si no le entiende se puede reformular la pregunta. Si tiene 30 pesetas y me da tres ¿cuántas le quedan? y seguir pero sin repetir cifra que dé el paciente. Se dará un punto por cada sustracción correcta. Repetir los dígitos 5 – 9 – 2 lentamente: 1 segundo cada uno, hasta que los aprenda, se le da 1 punto por cada dígito que coloque en posición inversa correcta.
4. Memoria: Dar un amplio margen de tiempo para que pueda recordar sin ayudarlo. 1 punto por cada palabra recordada sin tener en cuenta el orden.
5. Lenguaje y construcción: El entrevistador ha de leer la frase poco a poco y correctamente articulada, un error en la letra, es 0 puntos en el ítem:
  - Semejanzas: En las semejanzas perro-gato las respuestas correctas son animales de “x” características. Órdenes verbales, si el paciente coge el papel con la mano izquierda, se valorará como error, si lo dobla más de dos veces es otro error.
  - Lectura, escritura y dibujo: Si utiliza gafas se solicita que se las ponga. 108
  - Frase: Advertir que no se considerará correcta si escribe su nombre. Si es necesario se le puede poner un ejemplo, pero insistiendo en que ha de escribir algo diferente. Debe construir una frase con sujeto, verbo y complemento para valorarla con un punto.

- Figura. Cada pentágono ha de tener exactamente 5 lados y 5 ángulos y debe entrelazarse en dos puntos de contacto.

## **PUNTUACIÓN**

La puntuación total máxima es de 30 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es  $< 24$  puntos.

Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total.

Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 30 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 27 puntos posibles.

## **INTERPRETACIÓN**

Instrumento sencillo y breve de aplicación, no requiere de especiales habilidades para su administración. La edad y la escolarización influyen en la puntuación total. Existen limitaciones a su uso en pacientes con bajo nivel cultural, analfabetos o con déficit sensoriales. No explora todas las áreas cognitivas. Posibilidad de que pasen inadvertidos los casos incipientes de deterioro cognitivo.

## **RANGO de PUNTUACION 0 – 30.**

Lobo y col, proponen:

- Pacientes GERIATRICOS:( $>$  de 65 años), punto de corte 23/24( es decir, 23 ó menos igual a “caso” y 24 ó más a “no caso”).
- Pacientes NO GERIATRICOS punto de corte 27/28 (es decir, 27 ó menos igual a “caso”, y 28 ó más igual a “no caso”).

## MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

NOMBRE:

FECHA:

ESTUDIOS/PROFESIÓN:

OBSERVACIONES:

F. NACIMIENTO:

N.Hª:

VARÓN / MUJER

EDAD:

|  |       |  |  |
|--|-------|--|--|
| ¿En qué año estamos?   | 0 - 1 | ORIENTACIÓN<br>TEMPORAL (Máx.5)  |  |
| ¿En qué estación?  | 0 - 1 |  |  |
| ¿En qué día (fecha)?   | 0 - 1 |  |  |
| ¿En qué mes?   | 0 - 1 |  |  |
| ¿En qué día de la semana?  | 0 - 1 |  |  |
| ¿En qué hospital (o lugar) estamos?  | 0 - 1 | ORIENTACIÓN<br>ESPACIAL (Máx.5)  |  |
| ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)?   | 0 - 1 |  |  |
| ¿En qué pueblo (ciudad)?   | 0 - 1 |  |  |
| ¿En qué provincia estamos?   | 0 - 1 |  |  |
| ¿En qué país (o nación, autonomía)?  | 0 - 1 |  |  |
| Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas basta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.<br><b>Peseta 0-1      Caballo 0-1      Manzana 0-1</b><br><b>(Balón 0-1      Bandera 0-1      Arbol 0-1)</b>   |       | Nº de repeticiones necesarias<br><br>FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3) |  |
| Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés.<br><b>30 0-1      27 0-1      24 0-1      21 0-1      18 0-1</b><br><b>0 0-1      D 0-1      N 0-1      U 0-1      M 0-1</b>  |       | ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)   |  |
| Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente<br><b>Peseta 0-1      Caballo 0-1      Manzana 0-1</b><br><b>(Balón 0-1      Bandera 0-1      Arbol 0-1)</b>   |       | RECUERDO diferido(Máx.3)   |  |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera.<br/><b>Lápiz 0-1      Reloj 0-1 .</b></li> <li>• REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni si, ni no, ni pero" (o "En un trigel había 5 perros")      0-1</li> <li>• ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo".<br/><b>Coje con mano 0-1      Dobla por mitad 0-1      Pone en suelo 0-1</b></li> <li>• LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase      0-1</li> <li>• ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado)      0-1</li> <li>• COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección.      0-1</li> </ul> |       | LENGUAJE (Máx.9)   |  |
| Puntuaciones de referencia      27 ó más= normal<br>24 ó menos = sospecha patológica<br>12-24= deterioro<br>9-12 = demencia  |       | Puntuación TOTAL:<br>(Máx.30puntos)                                      |  |

**Apéndice 2. Índice de Barthel.****INDICE DE BARTHEL**

Diseñado en 1955 por Barthel y Mahonney, con el fin de evaluar a los sujetos con procesos neuromusculares y musculoesqueléticos en su hospital para enfermos crónicos de Maryland, fué publicado diez años después, en 1965. La selección de los aspectos a observar en el formulario fué empírica, según la opinión de médicos, enfermeros y fisioterapeutas. Después, se ha convertido en uno de los instrumentos más utilizados en la medición de actividades básicas de la vida diaria, sobre todo en pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda. En España es el índice más utilizado en la evaluación de pacientes en servicios de Geriatría y Rehabilitación.

La puntuación final va de 0 a 100, siendo 100 la máxima independencia y 0 la máxima dependencia. No es una escala continua, ya que varía de 5 en 5 puntos. La reproductibilidad inter o intra observadores fue evaluada en 1988 dando unos coeficientes de correlación respectivamente de 0.88 y 0.98. Es también un buen predictor de la mortalidad y de la respuesta a los tratamientos de rehabilitación, y valora con precisión la duración de la estancia hospitalaria, la necesidad de hospitalización, el resultado funcional y la capacidad para regresar a la actividad de la vida diaria.

Como limitaciones, pueden citarse el que detecta fácilmente los cambios en personas con puntuaciones medias, pero no tanto en aquellas puntuaciones extremas, lo que no suele ser problema en la práctica diaria, pero sí puede serlo en la investigación.

### Actividades básicas de la vida diaria

| Parámetro  | Situación del paciente  | Puntuación |
|------------|---|------------|
| Total:     |   |            |
| Comer      | - Totalmente independiente  | 10         |
|            | - Necesita ayuda para cortar carne, el pan, etc.  | 5          |
|            | - Dependiente   | 0          |
| Lavarse    | - Independiente: entra y sale solo del baño   | 5          |
|            | - Dependiente   | 0          |
| Vestirse   | - Independiente: capaz de ponerse y de quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos | 10         |
|            | - Necesita ayuda  | 5          |
|            | - Dependiente   | 0          |
| Arreglarse | - Independiente para lavarse la cara, las manos, peinarse, afeitarse, maquillarse, etc. | 5          |
|            | - Dependiente   | 0          |
|            | - Continencia normal  | 10         |

### Actividades básicas de la vida diaria

| Parámetro                                | Situación del paciente   | Puntuación |
|--|--|------------|
| Deposiciones (valórese la semana previa) | - Ocasionalmente algún episodio de incontinencia, o necesita ayuda para administrarse supositorios o lavativas | 5          |
|  | - Incontinencia  | 0          |
| Micción (valórese la semana previa)      | - Continencia normal, o es capaz de cuidarse de la sonda si tiene una puesta                                   | 10         |
|  | - Un episodio diario como máximo de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar de la sonda                    | 5          |
|  | - Incontinencia  | 0          |
| Usar el retrete                          | - Independiente para ir al cuarto de aseo, quitarse y ponerse la ropa...                                       | 10         |
|  | - Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo   | 5          |
|  | - Dependiente  | 0          |
| Trasladarse                              | - Independiente para ir del sillón a la cama   | 15         |
|  | - Mínima ayuda física o supervisión para hacerlo   | 10         |
|  | - Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo  | 5          |
|  | - Dependiente  | 0          |
|  |  |            |

### Actividades básicas de la vida diaria

| Parámetro | Situación del paciente                                       | Puntuación |
|-----------|--|------------|
| Deambular | - Independiente, camina solo 50 metros                       | 15         |
|           | - Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros | 10         |
|           | - Independiente en silla de ruedas sin ayuda                 | 5          |
|           | - Dependiente  | 0          |
| Escalones | - Independiente para bajar y subir escaleras                 | 10         |
|           | - Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo           | 5          |
|           | - Dependiente  | 0          |

Máxima puntuación: 100 puntos (90 si va en silla de ruedas)

| Resultado | Grado de dependencia |
|-----------|----------------------|
| < 20      | Total                |
| 20-35     | Grave                |
| 40-55     | Moderado             |
| ≥ 60      | Leve                 |
| 100       | Independiente        |

**Apéndice 3. Autorización para la aplicación de los instrumentos.**

Señores:

Hogar Fundación Abuelitos en Cristo

Atención.

***Liris Libeth***

***Celular: 300 3759824***

Cordial saludo.

Muy respetuosamente me dirijo a usted, como docente y asesor del programa de Psicología de la Universidad Popular del Cesar, para solicitar su colaboración autorizandola aplicación de instrumentos en adultos mayores del hogar fundación abuelitos en cristo, indispensables para realizar la medición de las variables de deterioro cognitivo y calidad de vida. Actividad que se hace necesaria para que mis asesorado(a)s puedan recolectar los datos referentes a su proyecto de grado y obtener el título profesional como psicólogo(o)as.

**Título del proyecto de investigación:**

Estudio comparativo descriptivo sobre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de adultos mayores.

Estudiantes:

| <b>Nombres y apellidos</b>     | <b>Correo institucional</b> | <b>Celular</b> | <b>Cedula</b> |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------|
| Gaby Lorena<br>Torres Cantillo | gltorres@unicesar.edu.co    | 3116785348     | 1010124543    |

Lo(a)s egresado(a)s deben garantizar por escrito la confidencialidad de la información que recolecten, así como el diligenciamiento del consentimiento informado y comprometerse con la socialización de los resultados del estudio, para beneficio de la Institución.

Agradezco su apoyo y colaboración en el desarrollo del proyecto de grado de mis asesorado(a)s y una vez culminado el proceso de aplicación, facilitarnos una certificación del ejercicio realizado. Quedo atento (a) a la respuesta de este correo.

Atentamente,

**Firma del Director de trabajo de grado y/o Asesor**

**Metodológico.**Monica Marcela Perez Gómez

Director de Trabajo de grado/Asesor  
MetodológicoUniversidad Popular del Cesar  
Programa de Psicología

Señores:

Fundación Madre Laura de la Misericordia

Atención.

**Gavelis Lea**

**Celular: 311 3513362**

Cordial saludo.

Muy respetuosamente me dirijo a usted, como docente y asesor del programa de Psicología de la Universidad Popular del Cesar, para solicitar su colaboración autorizandola aplicación de instrumentos en adultos mayores de la Fundación Madre Laura de la Misericordia, indispensables para realizar la medición de las variables de deterioro cognitivo y calidad de vida. Actividad que se hace necesaria para que mis asesorado(a)s puedan recolectar los datos referentes a su proyecto de grado y obtener el título profesional como psicólogo(o)as.

**Título del proyecto de investigación:**

Estudio comparativo descriptivo sobre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de adultos mayores.

Estudiantes:

| <b>Nombres y apellidos</b>     | <b>Correo institucional</b> | <b>Celular</b> | <b>Cedula</b> |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------|
| Gaby Lorena<br>Torres Cantillo | gltorres@unicesar.edu.co    | 3116785348     | 1010124543    |

Lo(a)s egresado(a)s deben garantizar por escrito la confidencialidad de la información que recolecten, así como el diligenciamiento del consentimiento informado y comprometerse con la socialización de los resultados del estudio, para beneficio de la Institución.

Agradezco su apoyo y colaboración en el desarrollo del proyecto de grado de mis asesorado(a)s y una vez culminado el proceso de aplicación, facilitarnos una certificación del ejercicio realizado. Quedo atento (a) a la respuesta de este correo.

Atentamente,

**Firma del Director de trabajo de grado y/o Asesor  
Metodológico.**Monica Marcela Perez Gómez

Director de Trabajo de grado/Asesor  
MetodológicoUniversidad Popular del Cesar  
Programa de Psicología

Señores:

Fundación Hogar Vivamos Mejor

Atención.

**Liliana Mercado**

**Celular: 300 7696268**

Cordial saludo.

Muy respetuosamente me dirijo a usted, como docente y asesor del programa de Psicología de la Universidad Popular del Cesar, para solicitar su colaboración autorizando la aplicación de instrumentos en adultos mayores de la Fundación Hogar Vivamos Mejor indispensables para realizar la medición de las variables de deterioro cognitivo y calidad de vida. Actividad que se hace necesaria para que mis asesorado(a)s puedan recolectar los datos referentes a su proyecto de grado y obtener el título profesional como psicólogo(o)as.

**Título del proyecto de investigación:**

Estudio comparativo descriptivo sobre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de adultos mayores.

Estudiantes:

| <b>Nombres y apellidos</b>     | <b>Correo institucional</b> | <b>Celular</b> | <b>Cedula</b> |
|--------------------------------|-----------------------------|----------------|---------------|
| Gaby Lorena<br>Torres Cantillo | gltorres@unicesar.edu.co    | 3116785348     | 1010124543    |

Lo(a)s egresado(a)s deben garantizar por escrito la confidencialidad de la información que recolecten, así como el diligenciamiento del consentimiento informado y comprometerse con la socialización de los resultados del estudio, para beneficio de la Institución.

Agradezco su apoyo y colaboración en el desarrollo del proyecto de grado de mis asesorado(a)s y una vez culminado el proceso de aplicación, facilitarnos una certificación del ejercicio realizado. Quedo atento (a) a la respuesta de este correo.

Atentamente,

**Firma del Director de trabajo de grado y/o Asesor  
Metodológico.** Monica Marcela Perez Gómez

Director de Trabajo de grado/Asesor  
Metodológico Universidad Popular del Cesar  
Programa de Psicología

Apéndice 4. *Certificación de aplicación de instrumentos.*



**EL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CERTIFICA QUE**

La estudiante **Gaby Lorena Torres Cantillo** identificada con cédula de ciudadanía N° **1010124543**, desarrolló su proyecto de investigación para obtener su título profesional como psicóloga, denominado “**Deterioro cognitivo y su influencia sobre la calidad de vida de adultos mayores en la ciudad de Valledupar**” para ello se realizó la aplicación de los instrumentos **Índice de Barthel** y el **Mini-Mental Test** en adultos mayores vinculados a la **Fundación Madre Laura de la Misericordia**, buscando la medición de las variables de deterioro cognitivo y calidad de vida.

Se expide el presente certificado a los 14 días del mes de diciembre de 2021.

Atentamente,

**Mónica Pérez Gómez**

Asesor Director (Temático y Metodológico)  
Programa de Psicología



## EL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CERTIFICA QUE

La estudiante **Gaby Lorena Torres Cantillo** identificada con cédula de ciudadanía N° **1010124543**, desarrolló su proyecto de investigación para obtener su título profesional como psicóloga, denominado “**Deterioro cognitivo y su influencia sobre la calidad de vida de adultos mayores en la ciudad de Valledupar**” para ello se realizó la aplicación de los instrumentos **Índice de Barthel** y el **Mini-Mental Test** en adultos mayores vinculados a la **Fundación Hogar Vivamos Mejor** buscando la medición de las variables de deterioro cognitivo y calidad de vida.

Se expide el presente certificado a los 14 días del mes de diciembre de 2021.

Atentamente,

**Mónica Pérez Gómez**

Asesor Director (Temático y Metodológico)  
Programa de Psicología



## EL PROGRAMA DE PSICOLOGÍA CERTIFICA QUE

La estudiante **Gaby Lorena Torres Cantillo** identificada con cédula de ciudadanía N° **1010124543**, desarrolló su proyecto de investigación para obtener su título profesional como psicóloga, denominado “**Deterioro cognitivo y su influencia sobre la calidad de vida de adultos mayores en la ciudad de Valledupar**” para ello se realizó la aplicación de los instrumentos **Índice de Barthel** y el **Mini-Mental Test** en adultos mayores vinculados a la **Fundación Abuelitos en Cristo**, buscando la medición de las variables de deterioro cognitivo y calidad de vida.

Se expide el presente certificado a los 14 días del mes de diciembre de 2021.

Atentamente,

**Mónica Pérez Gómez**

Asesor Director (Temático y Metodológico)  
Programa de Psicología



