

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## FACULTAD DE ENFERMERÍA



**“NIVELES DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES  
HERESI Y ALBERGUE DE JESUS. AREQUIPA, 2014”**

Tesis presentado por los Bachilleres:

**HUACHO CRUZ GABRIEL FRANCISCO  
VERA PÉREZ ISABEL YANHIRA**

Para Optar El Título Profesional de  
**LICENCIADOS EN ENFERMERÍA**

**AREQUIPA - PERÚ**

## PRESENTACIÓN

**SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA  
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARIA.**

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presentamos a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **“NIVELES DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS. AREQUIPA, 2014”**. Requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciados en Enfermería.

Esperando que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2015

---

**Gabriel Francisco Huacho Cruz**

---

**Isabel Yanhira Vera Pérez**



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA  
FACULTAD DE ENFERMERÍA

**DICTAMEN DE BORRADOR DE TESIS**

A : Dra. Sonia Núñez Chávez  
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Borrador de Tesis:  
**NIVELES DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES  
DEL CENTRO DE SALUD MOISÉS HERESI Y ALBERGUE DE JESÚS.  
AREQUIPA, 2014.**

Autora : Huacho Cruz, Gabriel Francisco  
Vera Pérez, Isabel Yanhira


Fecha : Arequipa, 26 de Junio del 2015


Reunidos el Jurado Dictaminador y revisado el Borrador de Tesis se hace llegar las siguientes observaciones:


1. Pagar todo el trabajo de investigación.
2. Mantener el enunciado original.
3. Hacer el estudio comparativo.
4. Marco Conceptual: Definir los tipos de demencia.
  - En el punto 3, 2, 7. Retirar patologías y poner alteraciones de la memoria.
  - Después de la promoción de la Salud Mental debe agregarse prevención primaria, secundaria y terciaria.
5. Planteamiento Operacional: Técnica e instrumento colocar en presente.
6. Hipótesis: Mejorar deducción.
7. Resultados en todas las tablas el título debe colocarse en pirámide invertida.
8. Hacer tablas comparativas.

Subsanadas las observaciones, vuelva a presentar el trabajo al Jurado Dictaminador.

Atentamente,

  
Dra. Teresa Cuocano Rosas  
Presidenta del Jurado Dictaminador

  
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra  
Secretaria del Jurado Dictaminador

  
Dra. Susana Díaz de Bellido  
Miembro Integrante del Jurado Dictaminador

## INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A : Dra. Sonia Nuñez Chavez  
Decana de la Facultad de Enfermería

De : Dra. Gloria Nuñez de Pinto  
Asesora del Estudio de Investigación

Asunto : Informe de Asesoría de Tesis Titulada  
"NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES DEL CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL  
ADULTO MAYOR EL BUEN JESÚS, AREQUIPA 2014"

Autores : Bachilleres:  
- Huacho Cruz, Gabriel Francisco  
- Vera Pérez, Isabel Yanhira

Fecha : Arequipa, 08 de Junio del 2015


---

**Antecedentes** : La Asesoría del presente estudio de investigación se llevó a cabo durante los meses de febrero a mayo del 2015, tiempo en el que se revisó el enunciado, objetivos, variables, justificación, hipótesis, marco teórico y el planteamiento operacional, revisión que se llevó a cabo en varias sesiones.

**Apreciación Personal** : La investigación realizada permitirá conocer el deterioro cognitivo del adulto mayor.

Los señores bachilleres han demostrado interés y responsabilidad en todo momento.

Atentamente,



Dra. Gloria Nuñez de Pinto  
Asesora de Tesis



Universidad Católica de Santa María  
Facultad de Enfermería

## DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Esberthy Rodriguez Ismodes  
Decana(e) de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

Asunto : Dictamen de Proyecto de Tesis  
**NIVELES DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES  
HERESI Y ALBERGUE DE JESUS. AREQUIPA, 2014**

Autoras : Huacho Cruz, Gabriel Francisco  
Vera Pérez, Isabel Yanhira

Fecha : 30 de Marzo del 2015


---

Habiendo subsanado las observaciones hechas por el Jurado Dictaminador el Proyecto queda en condiciones para dar pase a su fase de ejecución.

De acuerdo al reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería.

Atentamente,

  
Dra. Teresa Chocano Rosas  
Jurado Dictaminador

  
Lic. Yeny Valdivia de Ibarra  
Jurado Dictaminador



***Un Agradecimiento Especial***

*A la Facultad de Enfermería de la Universidad  
Católica de Santa María.*

*A las docentes quienes nos brindaron una formación  
Académica humana y de calidad.*

*Le agradezco a Dios por haberme acompañado y guiado a lo largo de mi carrera, por ser mi fortaleza en los momentos de debilidad y por brindarme una vida llena de aprendizajes, experiencias y sobre todo felicidad.*

*A mis queridos padres:*

***JULIO Y SOCORRO***, por apoyarme en todo momento, por los valores que me han inculcado, y por haberme dado la oportunidad de tener una excelente educación en el transcurso de mi vida. Sobre todo por ser un excelente ejemplo de vida a seguir.

*A mi hermano:*

***MAURICIO***, por ser mi compañía en todo momento a pesar de las peleas somos hermanos y siempre estaremos juntos, compartiendo conocimientos, alegrías y tristezas, antes que nada por ser parte importante de mi vida.

*A mis tías*

***BEATRIZ Y NINFA***, por haberme brindado su apoyo y consejos.

***A KYMBERLIE***, esa persona especial que me brindo su ayuda, en todo momento, fuiste muy motivadora, esperanzadora, me dijiste que lo lograría perfectamente con el aliento que supiste transmitirme.

***Gabriel***

*A Dios, por permitirme llegar a este momento tan especial de mi vida. Por los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorarlo cada día más.*

*A mis padres **AUGUSTO** y **JUANA**, Por su amor, trabajo y sacrificios en todos estos años, gracias a ustedes he logrado llegar hasta aquí y convertirme en lo que soy. Los amó.*

*A mi abuelo **ERNESTO**, por haber estado siempre en los momentos más importantes de mi vida, por ser el ejemplo para salir adelante y por los consejos que han sido de gran ayuda para mi vida y crecimiento. Gracias por la ayuda incondicional que siempre me brindaste en todo este tiempo. En donde esté espero que estés orgulloso celebrando y aplaudiendo como siempre lo hacías con una gran sonrisa.*

*A mis hermanos **RICKY Y WILLIAM**, por ser mis compañeros en todo momento y por ser parte importante de mi vida.*

*A mis Tías, primas, primos y a toda mi familia, gracias por el apoyo incondicional y a mis amigas por sus consejos y ayuda que me brindaron.*

*Isabel*

## ÍNDICE

INDICE DE ILUSTRACIONES	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	13
INTRODUCCIÓN	14

### CAPITULO I

#### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA	15
1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA	15
1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA	15
a. Campo, Área y Línea	15
b. Variables	15
c. Interrogantes Básicas	17
d. Tipo y Nivel de problema	17
1.3. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO	17
2. OBJETIVOS	18
3. MARCO TEÓRICO	18
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	33
5. HIPÓTESIS	35

### CAPITULO II

#### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICA, INSTRUMENTOS Y MATERIALES DE VERIFICACIÓN	36
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	37
2.1. Ubicación Espacial	37
2.2. Ubicación Temporal	37
2.3. Unidades de Estudio	37
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS	38

## CAPITULO III RESULTADOS

Presentación y análisis de los Resultados	39
CONCLUSIONES	49
RECOMENDACIONES	50
BIBLIOGRAFÍA	51
ANEXOS	54



## INDICE DE ILUSTRACIONES

	Pág.
TABLA N° 1 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	40
TABLA N° 2 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	41
TABLA N° 3 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	42
TABLA N° 4 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO MARITAL DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	43
TABLA N° 5 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	44
TABLA N° 6 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR DE ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	45
TABLA N° 7 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LOS NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	46
TABLA N° 8 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LOS NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO Y EL SEXO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	47
TABLA N° 9 POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA EDAD Y LOS NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014	48

## RESUMEN

Se realizó el estudio de investigación de los niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de salud mental moisés Heresi y albergue Jesús. Los objetivos a lograr en dicho estudio fueron: Precisar los Niveles del Deterioro Cognitivo que tienen los Adultos Mayores y Determinar el sexo que predomina en los Niveles Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores. Investigación que se ubica en el campo de salud mental y salud del adulto mayor y en el nivel comparativo. La metodología que se utilizó para la variable Deterioro Cognitivo fue como técnica la entrevista y como instrumento la cedula de entrevista basada en el Mini Mental de Folstein se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntaje como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción. Los datos fueron procesados estadísticamente e interpretados, proceso que indujo a las siguientes conclusiones: La población de estudio del Centro de Salud Mental Moisés Heresi muestra un nivel de deterioro cognitivo en límites normales. Los resultados muestran que el nivel de deterioro cognitivo en la población de estudio del Albergue Jesús la mayoría presenta deterioro cognitivo grave seguido el moderado y leve El género en el que predomina el deterioro cognitivo es en la población de estudio es de femenino.

De acuerdo a los resultados obtenidos se dan las recomendaciones coordinando con las enfermeras para realizar programas de promoción de mejoramiento y reforzamiento de esfera de la memoria para disminuir el deterioro cognitivo en adultos mayores.

**Palabras claves:** Niveles de Deterioro Cognitivo – Adultos Mayores

Huacho Cruz, Gabriel Francisco

Vera Pérez, Isabel Yanhira

## ABSTRACT

The research study of the levels of cognitive impairment in older adults Mental Health Center Heresi Moses and Jesus performed Hostel. The objectives to be achieved in this study were: Specify the levels of cognitive impairment with the Aging and determine the sex that dominates levels Cognitive Impairment in Older Adults. Research lies in the field of mental health and health of the elderly and the comparative level. The methodology used for cognitive impairment endpoint was the technique of interview and an instrument interview the writ based on Folstein Mini Mental It is a screening test for dementia, useful also in the evolutionary track of them. Score a maximum total of 30 points and items are grouped into 5 sections that test orientation, immediate memory, attention and calculation, delayed recall, and language and construction. The data were statistically processed and interpreted, process which led to the following conclusions: The study population Mental Health Center Heresi Moses shows a level of cognitive impairment in normal limits. The results show that the level of cognitive impairment in the study population of the Hostel Jesus presents most severe cognitive impairment followed the moderate and mild. Gender in the predominantly cognitive impairment in the study population is female.

According to the results obtained are given recommendations coordinating with nurses for programs to promote improvement and strengthening of the memory area to reduce cognitive decline in older adults.

**Keywords:** Levels of Cognitive Impairment - Aging

Huacho Cruz, Gabriel Francisco

Vera Perez, Isabel Yanhira

## INTRODUCCIÓN

El Deterioro Cognitivo es la disminución del rendimiento de las capacidades mentales o intelectivas, pérdida de memoria, dificulta a las demás capacidades cognitivas, orientación, lenguaje, atención, cálculo, funciones visoperceptivas, funciones ejecutivas y razonamiento verbal, a las relaciones sociales con los demás y provoca respuestas de ansiedad y depresión.

Se han realizado algunos estudios del deterioro cognitivo donde se relaciona con algunos factores sociodemográficos, donde se encontró una prevalencia del trastorno cognitivo en los hombres, pero que estaba presente, remarca con sobresalto que el resultado es inesperado debido a que en diferentes investigación se ha comprobado que la prevalencia de deterioro cognitivo es mayor y por mucho en mujeres.

La incidencia y prevalencia de enfermedades neurodegenerativas también muestran una mayor proporción de enfermedades demenciales en poblaciones de bajo nivel cultural. Si consideramos al analfabetismo y a los bajos niveles de escolaridad como “factores de riesgo” para la aparición de deterioro cognitivo, nuestras poblaciones de adultos mayores están expuestos a un problema sociosanitario de primer orden. Según la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2001), la tasa de analfabetismo a nivel nacional es de 12.1%. <sup>1</sup>La distribución por edades muestra que son las personas de 60 y más años las que presentan la mayor tasa de analfabetismo (35.4%); en donde el 29.3% de analfabetos son hombres y el 70.7% son mujeres, encontrándose la mayoría en el ámbito rural (57.9%).

En nuestro estudio pretendemos conocer cuáles son los niveles de deterioro cognitivo en los Adultos Mayores del Centro De Salud Mental Moisés Heresi Y Albergue De Jesús. Dada las consideraciones expuestas motivan la realización de la presente investigación que se pretende establecer permitan tener una visión más amplia de la salud mental en los adultos mayores.

---

<sup>1</sup>Julio C. Abarca, Brenda N. Chino, Marisol L. V, Karina Gonzales, Karina Mucho. Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa. [Internet]. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Octubre 2008, Vol.8, No 2, pp. 1-9 [actualizado el 2008; citado 03 abril 2015]. Disponible en: URL [http://www. Dialnet-relacionEntreEducacionEnvejecimientoYDeterioroCogn-3987691.pdf](http://www.Dialnet-relacionEntreEducacionEnvejecimientoYDeterioroCogn-3987691.pdf)

# CAPÍTULO I

## PLANTEAMIENTO TEÓRICO

### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACION

#### 1.1. ENUNCIADO DEL PROBLEMA

NIVELES DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS. AREQUIPA, 2014

#### 1.2. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

##### 1.2.1. Campo, Área y Línea de Investigación

Campo: Ciencias de la Salud

Área : Salud Mental y Salud del Adulto Mayor

Línea : Deterioro Cognitivo

##### 1.2.2. Análisis de la Variable

El estudio de investigación tiene variable única

- **Independientes** : Deterioro Cognitivo

### 1.2.3. Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES
<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Edad</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 60 - 64 años</li> <li>- 65 - 69 años</li> <li>- 70 - 74 años</li> <li>- 75 - 79 años</li> <li>- 80 - 84 años a más</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sexo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masculino</li> <li>- Femenino</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ocupación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Empleado</li> <li>- Desempleado</li> <li>- Obrero</li> <li>- Jubilado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estado Marital</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Casado</li> <li>- Divorciado</li> <li>- Soltero</li> <li>- Viudo</li> <li>- Separado</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convivencia Familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hijos</li> <li>- Esposa</li> <li>- Otros familiares</li> <li>- Solo</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Nivel de Estudios</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Primaria completa</li> <li>- Secundaria completa</li> <li>- Universitaria</li> <li>- Técnica</li> <li>- Sin Estudios</li> </ul>
<b>DETERIORO COGNITIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientación espacio-tiempo.</li> <li>• Fijación</li> <li>• Capacidad de atención, concentración.</li> <li>• Memoria.</li> <li>• Lenguaje y Construcción</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Normal</li> <li>- Daño cognitivo Leve</li> <li>- Daño cognitivo Moderado</li> <li>- Daño cognitivo Grave</li> </ul>

#### 1.2.4. Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son los Niveles de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores Del Centro De Salud Mental Moisés Heresi y Albergue De Jesús?
- ¿Cuál es el sexo que predomina en los Niveles de Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores Del Centro De Salud Mental Moisés Heresi y Albergue De Jesús?

#### 1.2.5. Tipo y Nivel de problema

Tipo : De Campo  
Nivel : Comparativo

### 1.3. JUSTIFICACION DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo y la demencia constituye uno de los problemas de salud pública más importantes en los países desarrollados. Se relacionaba con el proceso propio del envejecimiento y se detectaba en estadios avanzados de la enfermedad.<sup>2</sup>

Se han realizado algunos estudios del deterioro cognitivo se le relaciona con algunos factores sociodemográficos, donde se encontró una prevalencia del trastorno cognitivo en los hombres, pero que estaba presente, remarca con sobresalto que el resultado es inesperado debido a que en diferentes investigación se ha comprobado que la prevalencia de deterioro cognitivo es mayor y por mucho en mujeres. En este contexto, la literatura señala que el bajo nivel educativo, la ocupación y el ser mujer, se asocian con deterioro cognitivo.

---

<sup>2</sup> Julio C. Abarca, Brenda N. Chino, Marisol L. V, Karina Gonzales, Karina Mucho. Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa. [Internet]. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Octubre 2008, Vol.8, No 2, pp. 1-9 [actualizado el 2008; citado 03 abril 2015]. Disponible en: URL [http://www. Dialnet-relacionEntreEducacionEnvejecimientoYDeterioroCogn-3987691.pdf](http://www.Dialnet-relacionEntreEducacionEnvejecimientoYDeterioroCogn-3987691.pdf)

El deterioro cognitivo es la pérdida continua de las funciones cognoscitivas que se va alterando por diversos factores externos e internos del organismo, lo cual se ve reflejado en una persona con baja capacidad de persuasión, agudeza visual, memoria, percepción, estado de alerta y esto de alguna manera conduce a caídas en el paciente adulto, disminución de velocidad de marcha y movimientos importantes para su dependencia.<sup>3</sup>

Esta investigación tiene relevancia científica por que aportará nuevos conocimientos a la comunidad, es un estudio viable ya que se tiene recepción y colaboración de la institución.

## 2. OBJETIVOS

- Precisar los Niveles del Deterioro Cognitivo que tienen los Adultos Mayores del Centro De Salud Mental Moisés Heresi y Albergue De Jesús Arequipa.
- Determinar el sexo que predomina en los Niveles Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Del Centro De Salud Mental Moisés Heresi y Albergue De Jesús Arequipa

## 3. MARCO TEÓRICO

### 3.1. EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO Y LOS CAMBIOS BIOLÓGICOS, PSICOLÓGICOS Y SOCIALES

Este proceso empieza desde el mismo día de nacer y se inicia con un proceso continuo denominado senescencia que presenta una serie de modificaciones orgánicas y funcionales y estas se manifiestan gradualmente a lo largo de la vida y con variaciones según el medio ambiente en el que se desarrolle el individuo condiciones y calidad de vida hasta la muerte.

Autores como Horn y Donaldson (Horn y Donaldson, 1976, 1977, Horn, 1982) sostienen que dicho declive no es un mito si no muy al contrario, un hecho patente en una proporción considerable de sujetos mayores de 75 años, aunque

---

<sup>3</sup> Dra. Liliam Rodríguez Rivera. Demencia. Diagnóstico. Clasificación. Etapas. Tratamiento. [Internet]. [actualizado el 2015; citado 03 abril 2015]. Disponible en: URL [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/demencia\\_tratamiento\\_y\\_clasificacion\\_liliam\\_rdguez.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/demencia_tratamiento_y_clasificacion_liliam_rdguez.pdf)

se den importantes diferencias individuales y no se haga presente en toda la población de una forma generalizada es así el deterioro no afecta de la misma manera a todas las habilidades cognitivas.<sup>4</sup>

**Cambios Biológicos:** son todos los cambios orgánicos que afectan sobre sus capacidades físicas.

**Cambios Psicológicos:** son los cambios en el comportamiento, auto percepción, valores, creencias.

**Cambios Sociales:** son los cambios del rol del anciano en la comunidad

## **3.2. NEUROANATOMÍA DE LA MEMORIA: ASPECTOS FUNDAMENTALES**

### **3.2.1. MEMORIA**

La memoria es la capacidad para retener y hacer un uso secundario de una experiencia. Se basa en las acciones del sistema nervioso y en particular del cerebro. La memoria en realidad nos permite retener nuestra lengua materna y otras lenguas que podamos haber aprendido, mantener nuestros hábitos, nuestras habilidades motoras, nuestro conocimiento del mundo y de nosotros mismos, de nuestros seres queridos y odiados, y referirnos a ellos durante nuestra vida. Cualquier comportamiento humano está en realidad potenciado más por patrones adquiridos que por estímulos inmediatos resultantes de la situación real.

El buen funcionamiento de la memoria, se necesitan los siguientes procesos: recepción y selección de los las informaciones que provienen de los sentidos, codificación y almacenamiento de estas informaciones y capacidad de acceder informaciones (evocación y recuperación). La memoria es la capacidad de almacenar y recuperar información.

---

<sup>4</sup> Teresa Simón López. Memoria y envejecimiento: recuerdo, reconocimiento y discriminación de estímulos con distinta modalidad. [Internet]. [actualizado el 2011; citado 22 abril 2015]. Disponible en: URL <http://eprints.ucm.es/13310/1/T33111.pdf>

El funcionamiento normal de la memoria depende, esencialmente, de tres grandes áreas: los lóbulos temporales, el diencéfalo y el cerebro anterior basal.

### **Lóbulo temporal:**

El lóbulo temporal es una parte del cerebro, localizada frente al lóbulo occipital, aproximadamente detrás de cada sien, que desempeña un papel importante en tareas visuales complejas, como el reconocimiento de caras. Es la "corteza primaria de la audición" del cerebro. El lóbulo temporal se ocupa de varias funciones, incluido el lenguaje. Cuando se escucha música, o habla a alguien esta región está tratando de descifrar la información. El procesamiento de información de audio y memoria auditiva se gestionan aquí.

El lóbulo temporal medial, que forma parte del lóbulo temporal, incluye un sistema de estructuras anatómicamente relacionadas que son básicas para la memoria declarativa (el recuerdo consciente de hechos y eventos).<sup>5</sup>

### **Diencéfalo:**

El diencéfalo es la región anatómica del cerebro que se encuentra entre el tronco encefálico y los hemisferios cerebrales. Se extiende por delante entre el agujero interventricular y la comisura blanca posterior hacia atrás. Está limitado lateralmente por la cápsula interna. En la línea media se encuentra el III ventrículo el cual lo separa en dos regiones simétricas.

El diencéfalo se divide en cuatro zonas bien definidas que son las siguientes:

- 1.- El tálamo
- 2.- El hipotálamo
- 3.- El subtálamo
- 4.- El epitálamo

---

<sup>5</sup> Sara Doménech Pou. Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve. [Internet]. [actualizado el 2004; citado 03 abril 2015]. Disponible en: URL [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42709/1/TESIS\\_SDOMENECH.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42709/1/TESIS_SDOMENECH.pdf)

## **El tálamo y sus conexiones**

Es la región más grande del diencefalo, comprende una zona ovoide de sustancia gris ubicada a ambos lados del tercer ventrículo del cual forma las paredes laterales en la región más dorsal y posterior. El extremo anterior del tálamo forma parte del agujero interventricular, mientras que el extremo posterior forma el pulvinar. En el interior del tálamo se encuentra la lámina medular interna, en forma de Y quien separa las tres regiones que se describen del tálamo con sus respectivos núcleos. Estas son las regiones anterior, medial y lateral.

### **Núcleos del tálamo**

**La zona anterior del tálamo:** contiene el núcleo anterior el cual forma parte del sistema límbico. Este participa en el procesamiento de las emociones y en mecanismos de memoria reciente.

**La zona medial del tálamo:** tiene el núcleo dorsomediano. Este núcleo tiene amplias conexiones con la corteza prefrontal e hipotálamo. Este núcleo participa en la integración de aferencias viscerales, olfativas, somáticas así como en mecanismos que permiten percepciones subjetivas y emotivas.

**La zona lateral del tálamo:** es la más extensa. En ella se describen dos bandas nucleares, una banda dorsal y una banda ventral. En la banda dorsal se describen los núcleos lateral dorsal, lateral posterior y el pulvinar, mientras que en la banda ventral se describen los núcleos ventrales anteriores, ventral lateral, ventral postero- lateral y ventral postero-medial.

**Hipotálamo y sus conexiones** Esta estructura se encuentra en la zona más anterior e inferior del diencefalo. El extremo anterior limita con la lámina terminal, hacia dorsal y de delante atrás se relaciona con la comisura blanca anterior y con el surco hipotalámico, caudalmente delimita con el mesencefalo, medialmente forma las paredes laterales del III ventrículo y por último lateralmente está en contacto con el subtalámico.

**Núcleos del hipotálamo:** Los núcleos que se describen están agrupados en dos regiones. Estas son la medial y la lateral. El plano que separa estas regiones está dado por el tracto mamilotalámico y por los pilares anteriores del fornix.

### **Lóbulo frontal**

Algunos investigadores sostienen que los lóbulos frontales juegan un papel indirecto en la memoria, secundario a su implicación en procesos como la atención, la codificación y la resolución de problemas. Por eso, las alteraciones amnésicas asociadas a lesiones en los sistemas frontales son bastante distintas de las que ocurren tras lesión en las estructuras temporales mediales. A las diferentes regiones frontales, se les ha atribuido distintas relaciones con la memoria. Así, a la región frontal ventromedial, área extensamente interconectada con otras zonas cerebrales, que recibe proyecciones de todas las modalidades sensoriales, que es una fuente de proyecciones a estructuras de control autonómico, y que tiene extensas conexiones bidireccionales con el hipocampo y la amígdala, se le ha atribuido una clara relación entre memoria y emoción. Por otro lado, en los procesos de codificación, se considera que la región frontal ventrolateral se relaciona con la actualización y mantenimiento de información, mientras que la región dorsolateral se asociaría a una función de selección, manipulación y monitorización de la información y, por último, la región frontal anterior se asociaría a la selección de procesos y sub-objetivos en la realización de tareas. En sus estudios de imagen funcional, hallaron que en el aprendizaje auditivo de listas de palabras, ofreciendo el material bajo distintas condiciones experimentales de organización, variaba la activación de la corteza prefrontal de forma que, a menor organización del material a memorizar, mayor activación de esta zona. Estos datos sugieren, pues, una función clave de la corteza prefrontal izquierda en el uso de procesos ejecutivos necesarios para la creación de una estructura organizativa que facilite la codificación.

El cerebro humano puede dividirse en dos partes más o menos simétricas denominadas hemisferios. Cada hemisferio puede dividirse en 4 lóbulos diferentes:

1. **Lóbulo Occipital:** lóbulo occipital reside la corteza visual y por lo tanto está implicado en nuestra capacidad para ver e interpretar lo que vemos.
2. **Lóbulo Parietal:** El lóbulo parietal tiene un importante papel en el procesamiento de la información sensorial procedente de varias partes del cuerpo, el conocimiento de los números y sus relaciones y en la manipulación de los objetos.
3. **Lóbulo Temporal:** Las principales funciones que residen en el lóbulo temporal tienen que ver con la memoria. El lóbulo temporal dominante está implicado en el recuerdo de palabras y nombres de los objetos. El lóbulo temporal no dominante, por el contrario, está implicado en nuestra memoria visual (caras, imágenes,...).
4. **Lóbulo Frontal:** El lóbulo frontal se relaciona con el control de los impulsos, el juicio, la producción del lenguaje, la memoria funcional (de trabajo, de corto plazo), funciones motoras, comportamiento sexual, socialización y espontaneidad. Los lóbulos frontales asisten en la planificación, coordinación, control y ejecución de las conductas.

### 3.2.2. TIPOS DE MEMORIA

#### 3.2.2.1. Memoria Sensorial

La memoria humana es un sistema para el almacenamiento y recuperación de la información, siendo ésta obtenida por nuestros sentidos. Nuestra memoria es un registro de percepciones, pues el que veamos, oigamos u olfateemos influirá obviamente en lo que recordemos. En cuanto al modo como los estímulos visuales y auditivos son procesados y recordados, pueden distinguirse varias fases de procesamiento y de recuerdo.

Los almacenajes más breves de la memoria suelen durar sólo una fracción de segundo y forman parte del proceso de percepción. La visión y la audición poseen una fase de almacenamiento posterior transitoria, denominada memoria auditiva o visual a corto plazo, cuya huella de memoria dura unos pocos segundos. Además, tenemos una memoria a largo plazo para imágenes y sonidos por lo que podemos recordar un atardecer, identificar la voz de un amigo, etc.

Así pues, la memoria sensorial se distingue entre memoria icónica (memoria visual) y memoria ecoica (memoria auditiva). Ambas se dividen en tres tipos: memoria visual a corto plazo y memoria visual a largo plazo, memoria auditiva a corto plazo y memoria auditiva a largo plazo.

#### **3.2.2.2. Memoria a Corto Plazo Inmediata o Primaria**

Tiene una capacidad limitada que engloba el análisis de la información sensorial en las áreas cerebrales específicas (visuales, auditivas) y su reproducción inmediata durante un tiempo de permanencia muy breve (de uno a dos minutos). Esta duplicación en el acto de las informaciones concierne a un número restringido de elementos que definen la amplitud de memoria, siendo este de  $7 \pm 2$  ítems. Este tipo de memoria corresponde a la reproducción en eco de informaciones pendientes o no de un destino amnésico durable.

#### **3.2.2.3. Memoria a Largo Plazo o Secundaria**

Se refiere a la información que se almacena durante periodos considerables de tiempo. Este tipo de memoria se encarga principalmente de almacenar información, a diferencia de la memoria sensorial y de la memoria a corto plazo, en los que el almacenamiento es una característica incidental de otros aspectos del sistema.

Esta memoria permite la conservación duradera de las informaciones, gracias a una codificación, seguida de un almacén organizado en una trama asociativa multimodal (semántica, espacial, temporal, afectiva).

Facilita el aprendizaje y la consolidación de las informaciones en función de su importancia emocional y su repetición.

### 3.2.6. FASES DE LA MEMORIA

Almacenamiento de la información, sea biológico o artificial, precisa, además de un nivel mínimo de atención: ser capaz de codificar o registrar la información; almacenarla, preferiblemente sin mucha pérdida u olvido y, consecuentemente, poder recuperar o acceder a esa información.

**a) Atención:** El proceso está íntimamente ligado a la atención que, en su nivel más fundamental, requiere alerta y activación. En niveles superiores es preciso mantener la concentración en el tiempo (atención sostenida), resistir a la interferencia (atención selectiva) y ser capaz de focalizar los recursos atencionales (atención dividida y alternante). La atención es un componente lógico de cualquier modelo de memoria, ya que es la capacidad que inicialmente permite la entrada de información.

**b) Codificación:** Denominado registro. Es el proceso inicial por el que la información física se transforma en una representación mental almacenada o, lo que es lo mismo, el proceso por el que las características de un estímulo o de un hecho son tratadas y convertidas en una huella amnésica. Un elemento bien codificado puede conducir a un nivel de recuerdo estable a lo largo del tiempo. La codificación enriquecida lleva a una huella bien integrada que almacena la información en más de una dimensión, haciéndola así resistente al olvido. A mayor profundidad en la codificación de un elemento, mejor recuerdo. Esta profundidad implica la creación de relaciones semánticas ricas que permitan codificar el material a través de más dimensiones que las que proporciona la codificación fonológica o visual.

**c) Almacenamiento:** Se refiere al mantenimiento de la información para poder acceder a ella cuando se requiera. Una transferencia de una memoria transitoria a una forma o ubicación cerebral para su retención permanente o posterior acceso. Milner describió este fenómeno como un proceso posterior a la codificación que, presumiblemente, media en la

transición de la memoria del almacén a corto plazo a un almacén más permanente y estable a largo plazo.

**d) Evocación:** Representa el proceso consciente de acceso a la información almacenada. El fracaso en la recuperación de información no necesariamente implica que haya desaparecido la huella amnésica, también puede representar una dificultad en el acceso o evocación de la misma. Esta interpretación se apoya en la evidencia proporcionada en casos de amnesia retrógrada, que tiende a irse reduciendo, desde la memoria para los sucesos más lejanos hasta los más cercanos al punto de la lesión.

Se emplea el contraste entre evocación y reconocimiento para tratar de evidenciar si un déficit de memoria es consecuencia de un fracaso en la evocación o en la codificación, puesto que el déficit de evocación suele verse minimizados en la tarea de reconocimiento.

Resumen algunas amnesias reflejan un déficit en la evocación, se basan en dos hallazgos fundamentales:

- 1) en que la manipulación de los procedimientos de evaluación proporcionando ayudas en la evocación, en forma de claves o indicios, pueden mejorar drásticamente el rendimiento de algunos pacientes.
- 2) en que todos los pacientes amnésicos muestran cierta pérdida de memoria remota. Aunque esté temporalmente limitada, la pérdida de memoria remota se ha explicado empleando una metáfora del almacenamiento. La idea de que las formas más extensas de amnesia retrógrada deben implicar un déficit de evocación se deriva de la asunción de que, previamente a la lesión, las memorias más remotas han sido codificadas y almacenadas de forma normal.

### 3.2.7. LA MEMORIA EN EL ENVEJECIMIENTO

La memoria, es la capacidad para retener y hacer uso posterior de una experiencia, condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. La mayoría de las personas al envejecer, se quejan de una mayor

frecuencia de olvidos cotidianos. Este trastorno de la memoria relacionado con la edad, es muy frecuente. Sin embargo, los problemas de la memoria con significación patológica son menos comunes.

El envejecimiento y las lesiones cerebrales, focales o difusas, y dentro de ellas las enfermedades neurodegenerativas cerebrales, provocan alteraciones de las capacidades cognitivas que a menudo constituyen el eje fundamental de sus manifestaciones clínicas. La evaluación neuropsicológica es el único método del que se dispone para valorar, clínicamente, el deterioro cognitivo y para relacionar función con estructura.

En el caso del envejecimiento el problema central estriba en su diferenciación de los trastornos cognitivos leves y de la demencia. El conocimiento sobre el rendimiento de la memoria y la capacidad de aprendizaje en el envejecimiento normal se erige como una pauta importante para la detección del deterioro cognitivo leve.

La pérdida de la memoria es el síntoma con que fundamentalmente se acostumbra asociar la enfermedad de Alzheimer, patología de alta incidencia entre la población anciana, aunque no se suele alterar de forma uniforme, puesto que la memoria tiene, como se ha expuesto, múltiples componentes y procesos.

Los trastornos de la memoria, y otras alteraciones cognitivas y conductuales relacionadas a la demencia, constituyen un riesgo y una seria amenaza para la estabilidad familiar y social. Los trastornos de la memoria, son serios cuando afectan las actividades cotidianas, o sea cuando el paciente tiene problemas recordando y problemas de concentración como hacer cosas que ha hecho muchas veces anteriormente. La demencia, es un síndrome caracterizado por la presencia de un deterioro cognitivo en la esfera de la memoria y de otras áreas de la actividad cognitiva. El síndrome demencial puede ser originado por muchas enfermedades.

### 3.2.8. ALTERACIONES DE LA MEMORIA

Podremos hablar de varios tipos de Amnesia:

**Amnesia Total:** el individuo pierde la memoria completamente, se olvida de su vida. Bergson decía que: “...sin memoria no tengo experiencia, ni educación, ni me acuerdo lo que quiero mostrar...”. En consecuencia, sin memoria no hay carácter ni personalidad ni persona.

**Amnesia Parcial:** el individuo olvida un corto periodo de tiempo, desde un punto hacia atrás o adelante. Este tipo de amnesia se da con frecuencia después de ataques como la epilepsia o la histeria.

**Amnesia Lagunar:** el afectado olvida lo que pasó antes de un hecho traumático, tomando solo episodios o periodos, y de acuerdo con el tipo de memoria que se implique, tendremos la distinción entre: anterógrada o retrógrada.

**La amnesia anterógrada:** también llamada Amnesia de fijación, se refiere a la incapacidad para aprender nueva información tras la aparición del trastorno normalmente orgánico que dio lugar a la amnesia. Olvida al mismo ritmo que se suceden los acontecimientos. Afectará por definición a la memoria de corto plazo, conservando no obstante los recuerdos anteriores a la enfermedad.

**La amnesia retrógrada:** es el olvido de lo sucedido en el periodo previo a la enfermedad. Es la afectación de la capacidad de evocar información y sucesos bien establecidos antes del inicio de la enfermedad. Primero desaparecerían los recuerdos más próximos en el tiempo, y en último lugar los más remotos recuerdos de la infancia. Puede abarcar incluso períodos de quince años antes del episodio.<sup>6</sup>

---

<sup>6</sup> Vera García Rosa. Fisiopatologías de la Memoria. [Internet]. Gabinete de Madrid Capital: C/ Caleruega, 88 [actualizado el 2004; citado 09 mayo 2015]. Disponible en: URL <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/psicopatologias-memoria/psicopatologias-memoria.pdf>

### 3.3. DETERIORO COGNITIVO

Es la disminución del rendimiento de las capacidades mentales o intelectivas siguientes: memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y la habilidad constructiva, capacidad de aprendizaje y habilidad visoespacial.

Una persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida aislada de la memoria u olvidos frecuentes, sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas. Dicho déficit aparece principalmente cuando se intenta recordar el nombre de alguna persona, lista de objetos o hechos recientes, y suele surgir de manera fluctuante en dependencia de cambios de humor, no interfiere en las actividades de la vida diaria y se constata la normalidad de los test cognitivos breves.<sup>7</sup>

Un trastorno más pronunciado de memoria de las siguientes áreas cognitivas afectadas discretamente: atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje, entre otras. Condiciona problemas solo para las tareas complejas previamente bien desarrolladas, pero en el deterioro cognitivo: una mirada previsoramente déficit no ocasionará grandes molestias ni interferirá en el funcionamiento ocupacional y social del individuo, es decir, no afectará su vida de relación, por lo que la naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia.

Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente estemos ante un síndrome demencial (deterioro cognitivo orgánico o patológico o con demencia establecida).

### 3.4. DEMENCIA

La demencia es la pérdida de las funciones mentales y se produce cuando las partes del cerebro que se encargan del aprendizaje, la memoria, la toma de

---

<sup>7</sup> Deysi Johanna Guapisaca Siguenza, Johanna Daniela Guerrero Guevara, Pablo Andrés Idrovo Toledo. Prevalencia y Factores Asociados Al Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores de los Asilos de la Ciudad De Cuenca. 2014". [Internet]. [actualizado el 2014; citado 05 mayo 2015]. Disponible en: URL <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20233/1/TESIS.pdf>

decisiones, y el lenguaje se ven afectados por cualquiera de varias infecciones y enfermedades. Pueden intervenir los cambios de la conducta, el humor, y personalidad hay la posibilidad de que sea reversible o irreversible.

### 3.3.1. TIPOS DE DEMENCIA

- a) **La enfermedad de Alzheimer:** El tipo de demencia más común. Afecta a la memoria primero y después la enfermedad progresa a afectar a otras habilidades cognitivas (del cerebro), tales como las habilidades de razonar, hablar y moverse.
- b) **Demencia vascular (de infartos múltiples) :** Este tipo de demencia muchas veces es el resultado de un derrame cerebral. Cuando esto ocurre, áreas pequeñas del cerebro se dañan irreversiblemente. La aparición de demencia vascular es repentina. Los síntomas dependen de que área del cerebro está afectada, pero la memoria y otras funciones cognitivas, como la habilidad de tomar decisiones, están dañadas.
- c) **Demencia con cuerpos de Lewy:** Causa las alucinaciones, el delirio, problemas con el movimiento, y una disminución de la habilidad cognitiva.
- d) **Demencia frontal-temporal:** Afecta a la personalidad y al habla pero no afecta a la memoria.
- e) **La enfermedad de Parkinson** es una enfermedad progresiva que afecta a muchos adultos de edad media y a muchos ancianos. La enfermedad incluye síntomas tales como las tiemblas, la rigidez, la movilidad lenta, y el equilibrio dañado.
- f) **La enfermedad de Huntington:** es una enfermedad genética que se asocia con y puede terminar en la demencia. La enfermedad de Huntington generalmente se inicia más temprano en la vida, entre las edades de 30 y 45 años. Se caracteriza por cambios del estado de ánimo, la carencia de coordinación, y movimientos involuntarios de la cabeza, el cuerpo y los miembros. También, a medida que la enfermedad empeore, gente con el Huntington pueda desarrollar síntomas de la demencia.

### 3.3.2. CAUSAS

#### **Factores Predisponentes:**

- ✓ Ciertas enfermedades neurológicas como la enfermedad del Alzheimer, enfermedades hereditarias
- ✓ Las enfermedades relacionadas con el flujo sanguíneo (vasculares), como arritmias, la demencia de infartos múltiples, que es causada por apoplejías en el cerebro

#### **Factores Causales**

- ✓ Enfermedades neurológicas degenerativas, como la demencia producida por los cuerpos de Lewy difusos, la enfermedad de Parkinson, y la enfermedad de Huntington.
- ✓ Infecciones que afecten al sistema nervioso central, como la demencia compleja de VIH
- ✓ Uso de drogas crónico
- ✓ Depresión

### 3.4. TRATAMIENTO

La demencia según sus causas tratables son las enfermedades reversibles que llegan a curar parcialmente o completamente:

- Drogadicción crónica
- Tumores que se puedan quitar
- Hematoma subdural
- Hidrocefalia normal por presión
- Hipotiroidismo
- Hipoglucemia
- La enfermedad del Alzheimer
- Demencia por multi-infarto
- Las demencias asociadas con la enfermedad del Parkinson y enfermedades similares
- Complejo de demencia por SIDA

### 3.5. PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADULTOS MAYORES

El clima de respeto y protección de los derechos civiles, políticos, socioeconómicos y culturales básicos es fundamental para la promoción de la salud mental. Sin la seguridad y la libertad que proporcionan estos derechos resulta muy difícil mantener un buen nivel de salud mental.

La promoción de la salud mental consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien la salud mental y permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental.

Los estilos de vida saludables son tomados como los procesos sociales, los hábitos, conductas, las tradiciones y comportamientos de grupos de población y personas individuales que direccionan a la satisfacción de los requerimientos y hábitos humanos para alcanzar u obtener el bienestar que se desea.

La OMS presta apoyo a los gobiernos con el fin de promover y reforzar la salud mental. La OMS ha evaluado algunos datos científicos que ayudan a promover la salud mental y están colaborando con los gobiernos para hacer llegar esta información e integrar las estrategias eficaces en las políticas y planes.

### 3.6. PREVENCIÓN DE LA SALUD MENTAL EN LOS ADULTOS MAYORES

1. **Prevención primaria:** Fomentar la actividad física, la nutrición equilibrada, la estimulación cognitiva y el desarrollo son fundamentales para lograr la independencia y mantener el estado de salud y la calidad de vida de los adultos mayores
  - ✓ Programas sanitarios y sociales dirigidos específicamente a grupos vulnerables como adultos mayores que viven solas, las que habitan en el medio rural o las aquejadas de enfermedades mentales o somáticas;
  - ✓ Programas de prevención de la violencia o maltrato en contra de los adultos mayores

**2. Prevención secundaria,** Es importante efectuar un tamizaje cada vez que el adulto mayor acuda al servicio de urgencia o a la atención primaria, incorporado las garantías explícitas de salud.

- ✓ Protección y libertad
- ✓ Viviendas suficientes mediante políticas apropiadas

**3. Prevención terciaria** Se hace a través de la valoración geriátrica, un elemento muy importante que se caracteriza por ser multidisciplinario y multifactorial, y mediante la rehabilitación, en aquellos casos en que sea necesaria.

- ✓ Apoyo social a las personas mayores y a quienes cuidan de ellas
- ✓ Programas de desarrollo comunitario.

#### **4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS**

**TITULO:** “Prevalencia y características epidemiológicas del deterioro cognitivo del deterioro cognitivo en poblaciones mayores de 60 años de Arequipa urbana evaluadas en los años 2001 y 2003.”

**AUTOR:** Sitzer Cano Ernest

#### **CONCLUSIONES**

Primera: la prevalencia de deterioro cognitivo de un total de 600 casos evaluados en los años 2001 y 2003, en mayores de 60 años de una población urbana de Arequipa fue de 25,67% (154 casos). Segunda: las principales características epidemiológicas asociadas fueron: Predominancia en los rangos de edades más bajas a presentar deterioro leve reservándose los casos para edades más avanzadas. El sexo femenino, el estado civil casado, el grado de instrucción superior y vivir en familia se asociaron a menor deterioro cognitivo y a formas leves del mismo. El no realizar actividades recreativas, intelectuales o físicas y estar desocupado está asociado a mayor deterioro cognitivo y a formas moderadas o severas. El consumo infrecuente de alcohol está relacionado a menor deterioro cognitivo y sucede lo contrario con el consumo frecuente.

**TITULO:** “Diagnostico Precoz De Deterioro Cognitivo o Demencia Senil En Pacientes Mayores De 60 Años En El Hospital ESSALUD Yanahuara 1997-2000”.

**AUTOR:** Suarez Eguavil Catherine Amparo

## **CONCLUSIONES**

Un 14% de la población que acudió al consultorio externo de geriatría del hospital Yanahuara Essalud en el año 200 que tenían evaluación previa del año 1997 progresan en su deterioro cognitivo o demencia senil. El promedio de deterioro cognitivo o demencia senil encontrado es de -2.36, encontrándose que este valor aumenta con relación al grado de deterioro cognitivo. (Leve, moderado, severo).

El sexo predominante es el femenino con una relación de 1.5 respecto al sexo masculino, un 17,9% de la población que empeora es el masculino.

Bajo el grado de instrucción está asociada con mayor deterioro cognitivo, siendo un 21.6% de la población con nivel primario. Respecto a la desocupación, un 9% de la población que perdió su trabajo tuvo empeoramiento en su nivel cognitivo, pero esto no fue estadísticamente SIGNIFICATIVO.

Un 16.7% de los pacientes que perdieron su pareja durante el estudio tuvieron empeoramiento de su función cognitiva

**TITULO:** “Prevalencia Y Factores Asociados Al Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Los Asilos De La Ciudad De Cuenca. 2014”

## **AUTORES:**

- ✓ Deysi Johanna Guapisaca Siguenza;
- ✓ Johanna Daniela Guerrero Guevara
- ✓ Pablo Andres Idrovo Toledo

## **CONCLUSIÓN:**

Se acepta la hipótesis planteada en lo referente a la prevalencia de deterioro cognitivo pues en nuestra población alcanza un 73% (56% deterioro cognitivo y 17% demencia) superior al 60% tomado como punto de corte.

En la actualidad al aplicarles el MiniMental Test la prevalencia de deterioro cognitivo alcanzo un 56% y de demencia un 17%.

El deterioro cognitivo fue mayor en pacientes de mayor edad, en los adultos mayores de 80 años y más con el 77,3%; en el sexo femenino 82,4% en pacientes sin ninguna instrucción 88,1% y en pacientes que realizaban QQDD con el 93,5%.

La prevalencia de factores de riesgo fue la siguiente: sexo femenino 59,3%; ninguna instrucción 46,2%; sin trabajo 53,8%; Parkinson 9,3%; demencia 9,9%; hipotiroidismo 9,9%.

El área cognitiva que menor puntaje medio presentó fue el recuerdo con 1.20 puntos (DE=1,09).

El único factor de riesgo estadísticamente significativo fue el sexo femenino con RP1,3 (IC 95% 1,1-1,7) con  $p=0,0006$ .

## 5. HIPÓTESIS

Dado que el proceso de deterioro cognitivo es la pérdida continua de las funciones cognitivas y conductuales, que se va alterando por diversos factores externos e internos del organismo. Es probable que los pacientes del Albergue Jesús y Centro de Salud Mental Moisés Heresi presenten diferentes niveles de deterioro cognitivo.

## CAPITULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE VERIFICACIÓN

##### 1.1. Técnicas e instrumento:

Para variable deterioro cognitivo la técnica fue la entrevista y el instrumento la cedula de entrevista Mini Mental de Folstein.

##### MINI MENTAL

Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Puntúa como máximo un total de 30 puntos y los ítems están agrupados en 5 apartados que comprueban orientación, memoria inmediata, atención y cálculo, recuerdo diferido, y lenguaje y construcción.

Por ejemplo, en el área de orientación y dentro de la subsección de "ORIENTACIÓN EN EL TIEMPO", se hacen al paciente preguntas como: "¿Cuál es la fecha?" para comprobar su grado de orientación.

El punto de corte para demencia se establece habitualmente en 24 puntos. Si hay que anular algún punto (a causa de analfabetismo, ceguera, hemiplejia...) se recalcula proporcionalmente.

### **PUNTUACIÓN:**

30: normal

29 – 24: déficit leve. Puede ser provocado por estado depresivo o bajo nivel cultural

< 24 deterioro cognitivo

Puntaje de corte 23/24

19-13 Deterioro Cognitivo Leve

14-18 Deterioro Cognitivo Moderado

< 14: Deterioro Cognitivo Grave

## **2. CAMPO DE VERIFICACION**

### **2.1. UBICACIÓN ESPACIAL**

El presente estudio se realizó en Centro de Salud Mental Moisés Heresi ubicado en la Av. Pumacahua s/n Cerro Colorado tiene como misión la promoción y prevención de la salud mental, además del diagnóstico, el tratamiento y rehabilitación de las personas y niños con trastornos mentales y Albergue de Jesús Arequipa que se encuentra ubicado en el Balneario del mismo nombre en Paucarpata. El cual su servicio está orientado a la atención y protección del adulto mayor en estado de abandono y riesgo físico, material y moral, brindándole un cuidado integral considerado como una Unidad bio-psico-social y espiritual, recibiendo vivienda, alimentación, permanente vigilancia de salud y en caso de fallecimiento, la Beneficencia asume todos los gastos.

### **2.2. UBICACION TEMPORA**

El estudio es coyuntural para el 2015

### **2.3. UNIDADES DE ESTUDIO**

Las unidades de estudio estuvieron constituidos por 40 pacientes de consulta externa en el Centro de Salud Mental Moisés Heresi y albergados del Albergue de Jesús que constituye el 100%.

### 3. CRITERIOS DE INCLUSION Y EXCLUSION

#### A. CRITERIOS DE INCLUSION

- ✓ Adultos mayores de 60 años.
- ✓ Adultos mayores que deseen participar en el estudio.
- ✓ Adultos mayores con el mismo idioma lingüístico.

#### B. CRITERIOS DE EXCLUSION

- ✓ Adultos mayores de 85 años.
- ✓ Adultos que no deseen participar en el estudio.
- ✓ Adultos mayores con problemas de demencia o Trastornos Mentales.

### 4. ESTRATEGIA DE RECOLECCION DE DATOS

- Se coordinó con el Decanato de la Facultad de Enfermería, previa presentación de los dictámenes aprobado para que se nos otorgue la carta de presentación para la ejecución del proyecto de investigación.
- Se coordinó con el Director del Centro de Atención Residencial Adulto Mayor el Buen Jesús para la autorización y el permiso en la aplicación del instrumento.
- Se coordinó con la Enfermera de Turno del Centro de Atención Residencial Adulto Mayor el Buen Jesús para que nos faciliten la aplicación del instrumento y recolección de datos en relación con el lugar, fecha y hora adecuada.
- La recolección de datos se realizó en el horario de mañana (7 am-12pm) por ser horario adecuado de visitas.
- Una vez recolectado los datos se sistematizaran se interpretaron en la tablas estadísticas y gráficos los cuales evidenciarán como es el Nivel de Deterioro Cognitivo en nuestras unidades de estudio.



**TABLA N° 1**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN EDAD DE ADULTOS MAYORES DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE  
JESUS, AREQUIPA 2014**

EDAD	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI		ALBERGUE DE JESUS		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
60 a 64	5	12.5%	4	10%	09	22.5%
65 a 69	5	12.5%	0	0	05	12.5%
70 a 74	0	0	7	17.5%	07	17.5%
75 a 79	0	0	6	15%	06	15%
80 a más	0	0	13	32.5%	13	32.5%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>30</b>	<b>75%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por los Investigadores.**

En la siguiente tabla comparativa podemos observar que el mayor porcentaje de adultos mayores está en el Albergue de Jesús con un 75% donde el mayor porcentaje está en mayores de 80 años y en el Centro Salud Mental Moisés Heresi tiene un 25% donde el mayor porcentaje está entre 60 a 69 años.

De lo que deducimos que más del 50% de la población se encuentra entre las edades de 70 a 80 años pertenecientes al albergue y la cuarta parte de la población se encuentra entre las edades de 60 a 69 pertenecientes del Centro Salud Mental Moisés Heresi.

**TABLA N° 2**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN GÉNERO DE ADULTOS MAYORES DEL  
CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE  
DE JESUS, AREQUIPA 2014**

GÉNERO	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI		ALBERGUE DE JESUS		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
FEMENINO	6	15%	18	45%	24	60%
MASCULINO	4	10%	12	30%	16	40%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>30</b>	<b>75%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por los Investigadores.**

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 45 % pertenece al género femenino pertenecientes al albergue Jesús al igual que el mayor porcentaje del género femenino se encuentra en el Centro Salud Mental Moisés Heresi con un 15%.

De lo que podemos deducir que más de la mitad de la población es predominantemente del género femenino y una mínima parte pertenece al género masculino.

**TABLA N° 3**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN OCUPACIÓN DE ADULTOS MAYORES  
DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE  
JESUS, AREQUIPA 2014**

OCUPACIÓN	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI		ALBERGUE DE JESUS		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Empleado</b>	5	12.5%	0	0	5	12.5%
<b>Desempleado</b>	0	0	25	62.5%	25	62.5%
<b>Obrero</b>	0	0	1	2.5%	1	2.5%
<b>Jubilado</b>	5	12.5%	2	5%	7	17.5%
<b>Trabajador de chacra</b>	0	0	2	5%	2	5%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>30</b>	<b>75%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por los Investigadores.**

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 62.5% está desempleado que pertenece al Albergue de Jesús, mientras que la población del Centro Salud Mental Moisés Heresi con un 12.5 % esta empleada y jubilada con un total del 25%.

De lo que podemos deducir que la población del Centro Salud Mental Moisés Heresi tiene mejor situación económica a diferencia del Albergue de Jesús.

**TABLA N° 4**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN ESTADO MARITAL DE ADULTOS  
MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y  
ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014**

ESTADO MARITAL	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI		ALBERGUE DE JESUS		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Casado</b>	6	15%	8	20%	14	35%
<b>Divorciado</b>	0	0	2	5%	2	5%
<b>Soltero</b>	4	10	10	25%	14	35%
<b>Viudo</b>	0	0	10	25%	10	25%
<b>separado</b>	0	0	0	0	0	0
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>30</b>	<b>75%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por los Investigadores.**

En la tabla observamos que el 15% de la población del Centro Salud Mental Moisés Heresi está casado y el 50% de la población del Albergue de Jesús esta viudo y soltero.

De lo que podemos deducir que más de la mitad se encuentra soltero y viudo, mientras que un 35% están casados.

**TABLA N° 5**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS DE ADULTOS  
MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y  
ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014**

NIVELES DE ESTUDIO	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI		ALBERGUE DE JESUS		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Primaria completa</b>	0	0	12	30%	12	30%
<b>Secundaria completa</b>	5	12.5%	5	12.5%	10	25%
<b>Universidad</b>	3	7.5%	0	0	3	7.5%
<b>Técnica</b>	2	5%	0	0	2	5%
<b>Iletrado</b>	0	0	13	32.5%	13	32.5%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>30</b>	<b>75%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

Instrumento elaborado por los Investigadores.

En la tabla observamos que el mayor porcentaje del Albergue de Jesús es iletrado con un 32.5%, y en el Centro Salud Mental Moisés Heresi tiene un 12.5% tiene secundaria completa.

De lo que podemos deducir que la población del Centro Salud Mental Moisés Heresi tiene un mejor nivel de estudios a diferencia del Albergue de Jesús.

**TABLA N° 6**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN CONVIVENCIA FAMILIAR DE  
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL  
MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS,  
AREQUIPA 2014**

CONVIVENCIA FAMILIAR	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI		ALBERGUE DE JESUS		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>Hijos(as)</b>	3	7.5%	3	7.5%	6	15%
<b>Esposo(a)</b>	7	17.5%	2	5%	9	22.5%
<b>Otros Familiares</b>	0	0	3	7.5%	3	7.5%
<b>Solo(a)</b>	0	0	22	55%	22	55%
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>30</b>	<b>75%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento elaborado por los Investigadores.**

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 25% tiene a sus hijos y esposa en Centro Salud Mental Moisés Heresi, y un 55% se encuentra solo en el Albergue de Jesús.

De lo que podemos deducir que la población del Centro Salud Mental Moisés Heresi tiene mayor convivencia con su familia, y en el Albergue de Jesús se encuentran solos.

**TABLA N° 7**

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LOS NIVELES DE DETERIORO  
COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD  
MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS,  
AREQUIPA 2014**

NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI		ALBERGUE DE JESUS		TOTAL	
	Fr	%	Fr	%	Fr	%
<b>NORMAL</b>	10	25%	0	0	10	<b>25%</b>
<b>LEVE</b>	0	0	5	12.5%	5	<b>12.5%</b>
<b>MODERADO</b>	0	0	10	25%	10	<b>25%</b>
<b>GRAVE</b>	0	0	15	37.5%	15	<b>37.5%</b>
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>30</b>	<b>75%</b>	<b>40</b>	<b>100%</b>

**Instrumento aplicado por los Investigadores.**

En la tabla observamos que el mayor porcentaje de 25% tiene su nivel de deterioro cognitivo normal en el Centro Salud Mental Moisés Heresi y el 37.5% tiene un nivel deterioro cognitivo grave en el Albergue de Jesús.

De lo que podemos deducir que en el Centro Salud Mental Moisés Heresi toda su población tiene un nivel de deterioro cognitivo normal a diferencia del Albergue de Jesús presenta un nivel deterioro cognitivo grave.

TABLA N° 8

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LOS NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO Y EL SEXO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014**

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR GENERO	NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO																			
	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI						ALBERGUE DE JESUS													
	NORMAL		LEVE		MODERADO		GRAVE		TOTAL		NORMAL		LEVE		MODERADO		GRAVE		TOTAL	
GENERO	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%
FEMENINO	6	15%	0	0	0	0	0	0	6	60%	0	0	3	7.5%	7	17.5%	8	20%	18	60%
MASCULINO	4	10%	0	0	0	0	0	0	4	40%	0	0	2	5%	4	10%	6	15%	12	40%
TOTAL	10	25%	0	0	0	0	0	0	10	100%	0	0	5	12.5%	11	27.55%	14	35%	30	100%

**Instrumento aplicado por los Investigadores.**

En la tabla observamos que en Centro Salud Mental Moisés Heresi el género femenino tiene un deterioro cognitivo normal con un 15% y el sexo masculino con un 10%, mientras que la mayoría de la población del Albergue Jesús el sexo femenino tiene un deterioro cognitivo grave con un 20% y el sexo masculino tiene un deterioro cognitivo grave con un 15%

De lo que podemos deducir que el género femenino del Centro Salud Mental Moisés Heresi tiene un deterioro cognitivo normal, a diferencia del Albergue de Jesús presenta el género femenino un deterioro cognitivo grave.

TABLA N° 9

**POBLACIÓN DE ESTUDIO SEGÚN LA EDAD Y LOS NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI Y ALBERGUE DE JESUS, AREQUIPA 2014**

POBLACIÓN EN ESTUDIO POR NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO	CENTRO DE SALUD MENTAL MOISES HERESI										ALBERGUE DE JESUS									
	60 – 69 AÑOS		70 – 79 AÑOS		80 A MÁS		TOTAL		60 – 69 AÑOS		70 – 79 AÑOS		80 A MÁS		TOTAL					
	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%	Fr	%				
<b>NORMAL</b>	10	25%	0	0	0	0	10	100%	0	0	0	0	0	0	0	0	0%			
<b>LEVE</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	7.5	2	5	5	17%				
<b>MODERADO</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	12.5	5	12.5	10	33%				
<b>GRAVE</b>	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	12	30	3	7.5	15	50%				
<b>TOTAL</b>	<b>10</b>	<b>25%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>100%</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>20</b>	<b>50</b>	<b>10</b>	<b>25</b>	<b>30</b>	<b>100%</b>				

**Instrumento aplicado por los Investigadores.**

En la tabla observamos que las edades de 60 a 69 años del Centro Salud Mental Moisés Heresi tiene un deterioro cognitivo normal y de 70 a 80 años a más del Albergue de Jesús presentan un deterioro cognitivo leve, moderado y grave.

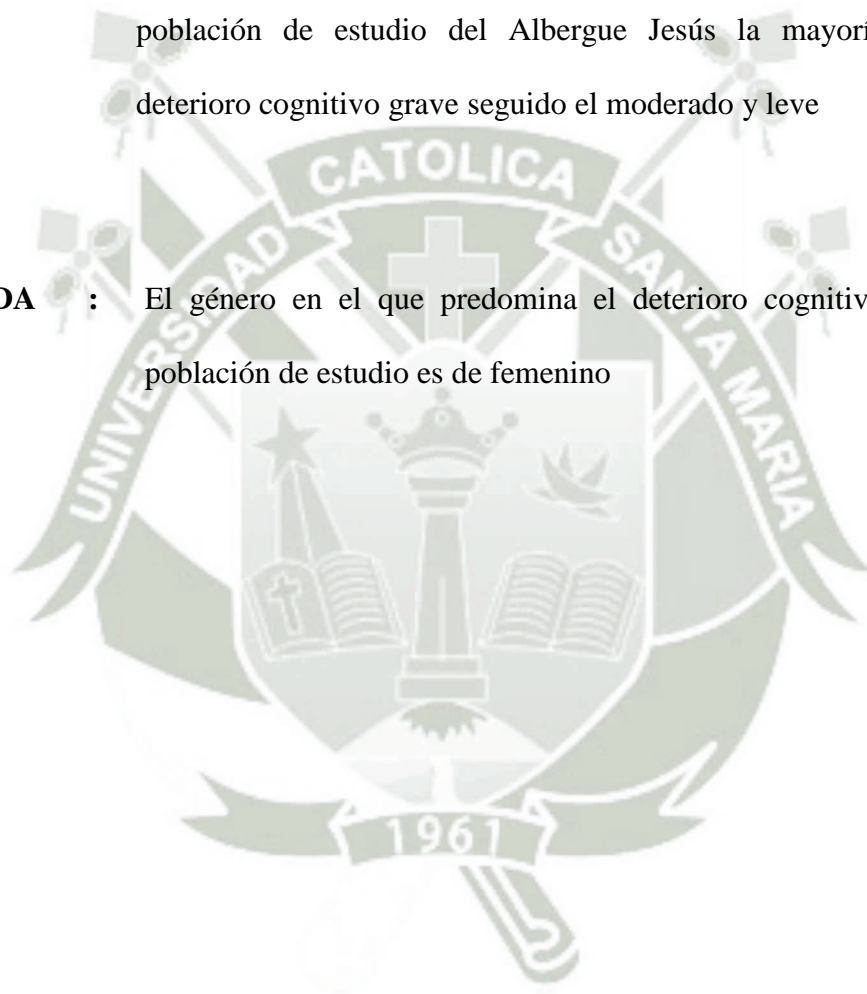
De lo que podemos deducir que en el Centro Salud Mental Moisés Heresi entre las edades de 60 a 69 años tiene un deterioro cognitivo normal, a diferencia del Albergue de Jesús que si hay más deterioro cognitivo por tener personas mayores de 70 a 80 años.

## CONCLUSIONES

**PRIMERA :**

- La población de estudio del Centro de Salud Mental Moisés Heresi muestra un nivel de deterioro cognitivo en límites normales.
- Los resultados muestran que el nivel de deterioro cognitivo en la población de estudio del Albergue Jesús la mayoría presenta deterioro cognitivo grave seguido el moderado y leve

**SEGUNDA :** El género en el que predomina el deterioro cognitivo es en la población de estudio es de femenino



## RECOMENDACIONES

### PRIMERA :

- ✓ Coordinar con los profesionales de Enfermería del Centro de Salud Mental Moisés Heresi para ejecutar programas de mejoramiento y reforzamiento de la esfera de la memoria para evitar el deterioro cognitivo.
- ✓ Coordinar con los profesionales de Enfermería del Albergue Jesús para ejecutar programas de mejoramiento y reforzamiento de la esfera de la memoria para disminuir el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

### SEGUNDA :

- ✓ A la coordinadora de enfermeras del Centro de Salud Mental Moisés Heresi programar al personal de consultorio externo para que realice diferentes actividades de ejercicios de la memoria dentro de los programas de rehabilitación para evitar el deterioro cognitivo en los adultos mayores.
- ✓ A la coordinadora de enfermeras del Albergue Jesús, para que realice entrevistas, mejoramiento de la comunicación y ejercicios de la memoria dentro de los programas de rehabilitación para disminuir el deterioro cognitivo en los adultos mayores.

## BIBLIOGRAFÍA

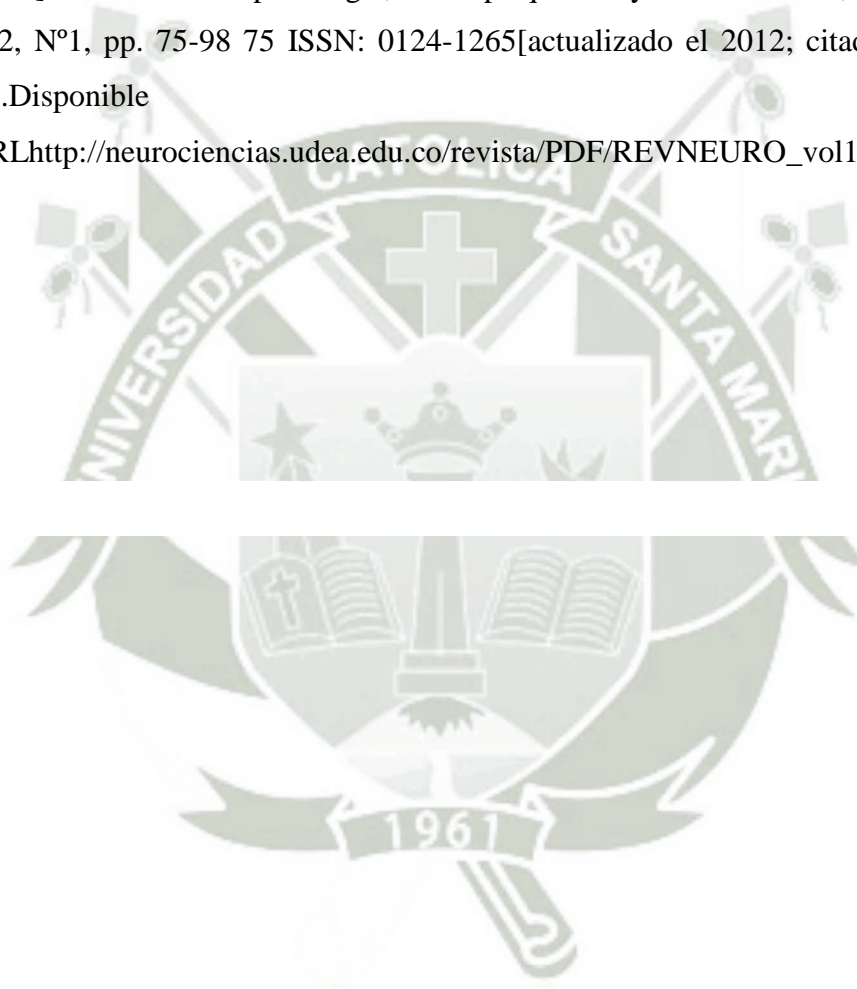
1. Acosta C, Sosa A L, Borges, Prince. (2011) Síntomas neuropsiquiátricos en adultos mayores de áreas de mediano y bajo ingreso económico.
2. Alonso P., Sanso F, Díaz A.M, Carrasco M, Oliva T. Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Revista de Salud Publica Cubana*.
3. Ana Luisa Sosa Ortiz, G. Isacc Acosta Castillo, Epidemiología de las demencias, Instituto de Geriatria, 2008, 230- 238
4. Gallegos. M. y Goroztegui C. (2009) procesos cognitivos mentales.
5. Gerardo Alanís-Niño, Jessica Vanessa Garza-Marroquín, Andrés González-Arellano; Prevalencia de demencia en pacientes geriátricos, *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2008; 46 (1): 27-32
6. Lobo A. Saz P. y Roy JF. (2002) deterioro cognoscitivo en el anciano
7. Marin. J. (2003) Envejecimiento. salud publica educación salud.
8. Sellers MA, Pérez L, Cacabelos R. Evaluación neuropsicológica de la demencia senil en atención primaria. *FMC* 1997; 4: 150-73.

### PÁGINAS WEB:

1. Julio C. Abarca, Brenda N. Chino, Marisol L. V, Karina Gonzales, Karina Mucho. Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una Muestra de Adultos Mayores de Arequipa. [Internet]. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatria y Neurociencias*, Octubre 2008, Vol.8, No 2, pp. 1-9 [actualizado el 2008; citado 03 abril 2015]. Disponible en: URL [http://www. Dialnet-relacionEntreEducacionEnvejecimientoYDeterioroCogn-3987691.pdf](http://www.Dialnet-relacionEntreEducacionEnvejecimientoYDeterioroCogn-3987691.pdf)
2. Dra. Liliam Rodríguez Rivera. Demencia. Diagnóstico. Clasificación. Etapas. Tratamiento. [Internet]. [actualizado el 2015; citado 03 abril 2015]. Disponible en: URL [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/demencia\\_tratamiento y clasificación liliam rdguez.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/demencia_tratamiento_y_clasificación_liliam_rdguez.pdf)

3. Teresa Simón López. Memoria y envejecimiento: recuerdo, reconocimiento y discriminación de estímulos con distinta modalidad. [Internet]. [actualizado el 2011; citado 22 abril 2015]. Disponible en: URL <http://eprints.ucm.es/13310/1/T33111.pdf>
4. Sara Doménech Pou. Aplicación de un programa de estimulación de memoria a enfermos de Alzheimer en fase leve. [Internet]. [actualizado el 2004; citado 03 abril 2015]. Disponible en: URL [http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42709/1/TESIS\\_SDOMENECH.pdf](http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/42709/1/TESIS_SDOMENECH.pdf)
5. Deysi Johanna Guapisaca Siguenza, Johanna Daniela Guerrero Guevara, Pablo Andres Idrovo Toledo. Prevalencia Y Factores Asociados Al Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Los Asilos De La Ciudad De Cuenca. 2014". [Internet]. [actualizado el 2014; citado 05 mayo 2015]. Disponible en: URL <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20233/1/TESIS.pdf>
6. Vera García Rosa. Fisiopatologías de la Memoria. [Internet]. Gabinete de Madrid Capital: C/ Caleruega, 88 [actualizado el 2004; citado 09 mayo 2015]. Disponible en: URL <http://www.monografias.com/trabajos-pdf/psicopatologias-memoria/psicopatologias-memoria.pdf>
7. Lahtinen E, Joubert N, Raebum J Arole R, Fuller B, Deutschman P. Estrategias para la promoción de la salud mental de la población. [Internet]. 1fst ed. Francia: Mercadeo y Diseminación, Publicaciones de la Organización Mundial de la Salud; 2004 [actualizado el 2004; citado 07 mayo 2015]. Disponible en: URL [http://www.who.int/mental\\_health/evidence/promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental.pdf](http://www.who.int/mental_health/evidence/promocion_de_la_salud_mental.pdf)
8. Rev Cubana Med Gen Integr. El deterioro cognitivo: una mirada previsor a [en línea] [Fecha de acceso 13 de Marzo del 2015]. URL Disponible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21\\_1-2\\_05/mgi171-205.pdf](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol21_1-2_05/mgi171-205.pdf)
9. Monica Gallegos Bouchan. Demencia En El Adulto Mayor [Internet] [Fecha de acceso 13 de Marzo del 2015]. URL Disponible en: [http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/X\\_demencia\\_am.pdf](http://www.facmed.unam.mx/deptos/salud/censenanza/spivsa/antol%202%20anciano/2parte2013/X_demencia_am.pdf)

10. Centro de Información de Salud de Cleveland Clinic. Demencia. [Internet] [Fecha de acceso 13 de marzo del 2015]. URL Disponible en: <http://www.clevelandclinic.org/health/shic/doc/s9170.pdf>
11. Organización Panamericana De La Salud. Trastornos de la Memoria. [Internet]. [actualizado el 2004; citado 15 mayo 2015]. Disponible en: URL <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/guia29.pdf>
12. Ricardo Nitri, Sonia Maria Dozzi Brucki. Demencia: Definición y Clasificación. [Internet]. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, Abril 2012, Vol.12, Nº1, pp. 75-98 75 ISSN: 0124-1265[actualizado el 2012; citado 20 mayo 2015].Disponible en:URL[http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO\\_vol12\\_num1\\_9.pdf](http://neurociencias.udea.edu.co/revista/PDF/REVNEURO_vol12_num1_9.pdf)





# ANEXOS

## ANEXO N° 1

### CEDULA DE ENTREVISTA

#### A. CARACTERISTICAS SOCIODEMOGRAFICAS

##### 1. DATOS GENERALES

###### 1.1. EDAD:

- 60 – 64 ( )
- 65 – 69 ( )
- 70 – 74 ( )
- 75 – 79 ( )
- 80 – 85 ( )

###### 1.2. SEXO:

- Masculino ( )
- Femenino ( )

##### 2. DATOS PERSONALES

###### 2.1 OCUPACION:

- Empleado ( )
- Desempleado ( )
- Obrero ( )
- Jubilado ( )
- Trabajador en la chacra ( )

###### 2.2 ESTADO MARITAL

- Casado ( )
- Divorciado ( )
- Soltero ( )
- Viudo ( )
- Separado ( )

###### 2.3 NIVEL DE ESTUDIOS

- Primaria completa ( )
- Secundaria completa ( )
- Universidad ( )
- Técnica ( )
- Sin Estudios ( )

##### 3. CONVIVENCIA FAMILIAR

- Hijos ( )
- Esposa ( )
- Otros Familiares ( )
- Solo ( )

## B. DETERIORO COGNITIVO

### MINI MENTAL STATUS EXAMINATION (FOLSTEIN) MMSE

Test administración:

Cada respuesta correcta tiene un puntaje máximo expresado en cada una por separado)

#### 1. Orientación del tiempo:

- ¿Qué fecha es hoy? \_\_\_\_\_ 1  
 ¿Qué día de la semana es hoy? \_\_\_\_\_ 1  
 ¿En qué mes estamos? \_\_\_\_\_ 1  
 ¿En qué estación del año estamos? \_\_\_\_\_ 1  
 ¿En qué año estamos? \_\_\_\_\_ 1

#### 2. Orientación del espacio:

- ¿Dónde estamos? (por ejemplo, en un hospital) \_\_\_\_\_ 1  
 ¿En qué piso estamos? \_\_\_\_\_ 1  
 ¿En qué ciudad estamos? \_\_\_\_\_ 1  
 ¿En qué provincia estamos? \_\_\_\_\_ 1  
 ¿En qué país estamos? \_\_\_\_\_ 1

#### 3. Fijación (0-3)

“Le voy a nombrar 3 palabras. Quiero que las repita después de mí. Trate de memorizarlas, pues se las voy a preguntar en 1 minuto más”.

ARBOL      MESA      PERRO

Número de repeticiones: \_\_\_\_\_ (máximo 6 veces en total)

#### 4. Atención y cálculo:

Hágale deletrear la palabra MUNDO de atrás hacia adelante (ODNUM). Cada letra en el orden correcto vale 1 punto; o bien pídale al paciente que realice restas consecutivas de a 7 unidades, comenzando desde 100. Deténgase luego de 5 restas. Cada resta correcta vale 1 punto)

Deletrear MUNDO al revés, o bien ¿Cuánto es  $100 - 7$ ? \_\_\_\_\_ 5

#### 5. Memoria (0-3)

Pedir que repita las 3 palabras previas, dar 1 punto por cada respuesta correcta.

#### 6. Lenguaje

##### Nominación:

(Sólo un intento que vale un punto, para cada ítem)

- ¿Qué es esto? (mostrar un lápiz) \_\_\_\_\_ 1  
 ¿Qué es esto? (mostrar un reloj) \_\_\_\_\_ 1

**7. Repetición:**

(Sólo un intento que vale 1 punto)

Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas"  
y pídale que la repita. \_\_\_\_\_ 1

**Orden de 3 comandos:**

(Cada parte correctamente ejecutada vale 1 punto)

Dele a su paciente un papel y dígame:

"Tome este papel con la mano izquierda,  
dóblelo por la mitad y colóquelo en el piso". \_\_\_\_\_ 3

**Lectura:**

(Otorgue un punto sólo si el paciente cierra sus ojos)

Muéstrele la hoja que dice: "Cierre los ojos" y dígame:

"Haga lo que aquí se indica sin leerlo en voz alta". \_\_\_\_\_ 1

**Escritura:**

(No dicte la oración; ésta debe ser espontánea. Debe contener un sujeto y un verbo. No es necesario que la gramática y la puntuación sean correctas)

Dele a su paciente una hoja en blanco

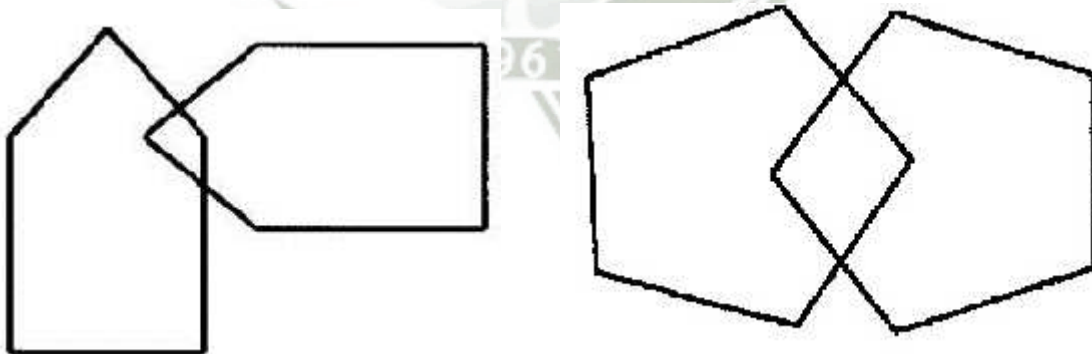
y pídale que escriba una frase. \_\_\_\_\_ 1

**Copia:**

(Para ser correcto, deben estar presentes todos los ángulos, los lados y las intersecciones. No se toman en cuenta temblor, líneas desparejas o no rectas. La distribución de las figuras copiadas debe ser igual al original)

Déle a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura",

y pídale que copie el dibujo. \_\_\_\_\_ 1



## ANEXO 2

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,.....identificado (a) con  
DNI..... Domiciliado en.....

Manifiesto que he sido informado respecto al trabajo de investigación que realizan el Sr. Gabriel Francisco Huacho Cruz y la Srta. Isabel Yanhira Vera Pérez , titulado: Niveles Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores Del Centro De Salud Mental Moises Heresi y Albergue De Jesús Arequipa 2014, y manifiesto que estoy de acuerdo y aceptó participar en el estudio respondiendo con total honestidad, dado que la información proporcionada será confidencial y sólo para fines de investigación

Arequipa,.....2014.

Firma \_\_\_\_\_

DNI

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



PERU

Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

CONSTANCIA

La que suscribe Abog. Miluzka Yabar Castillo Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa, hace constar que el señor:

**GABRIEL FRANCISCO HUACHO CRUZ**

Ha realizado la aplicación del instrumento correspondiente con la finalidad de la elaboración de la tesis denominada "*NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI Y CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL ADULTO MAYOR EL BUEN JESÚS - AREQUIPA 2014*", asistiendo al Centro de Salud Mental Moisés Heresi en las fechas 22, 23, 24 y 27 de abril 2015, y al CAR El Buen Jesús el 28 de abril 2015

Se otorga la presente constancia a solicitud del interesado, para los fines que estimen conveniente.

Arequipa, 16 de julio del 2015

  
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA  
Dra. Miluzka Yabar Castillo  
GERENTE GENERAL

SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA



Ministerio  
de la Mujer y  
Poblaciones Vulnerables

DE LA CARIDAD AL BIENESTAR

## CONSTANCIA

La que suscribe Abog. Miluzka Yabar Castillo Gerente General de la Sociedad de Beneficencia Pública de Arequipa, hace constar que el señor:

**ISABEL YANHIRA VERA PEREZ**

Ha realizado la aplicación del instrumento correspondiente con la finalidad de la elaboración de la tesis denominada "*NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MENTAL MOISÉS HERESI Y CENTRO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL ADULTO MAYOR EL BUEN JESÚS - AREQUIPA 2014*", asistiendo al Centro de Salud Mental Moisés Heresi en las fechas 22, 23, 24 y 27 de abril 2015, y al CAR El Buen Jesús el 28 de abril 2015

Se otorga la presente constancia a solicitud de la interesada, para los fines que estimen conveniente.

Arequipa, 16 de julio del 2015

  
SOCIEDAD DE BENEFICENCIA PÚBLICA DE AREQUIPA  
Miluzka Yabar Castillo  
GERENTE GENERAL



*Universidad Católica de Santa María*

(51 54) 251210 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

## INFORME N° 0144 -CB- 2015

**A** : Doctora SONIA NUÑEZ CHAVEZ  
DECANO DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

**De** : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

**Asunto** : Evaluación de la Producción Intelectual

**Expediente** : 2015-0144

**Fecha** : 26 de mayo de 2015

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

NIVELES DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL ADULTO MAYOR EL BUEN JESUS AREQUIPA 2014

Autor(es):

**HUACHO CRUZ GABRIEL FRANCISCO/VERA PEREZ ISABEL YANHIRA**

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **30 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARÍA  
Facultad de Enfermería

RECEPCIÓN

FECHA: 26 MAY 2015

FIRMADO: \_\_\_\_\_

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA



PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca