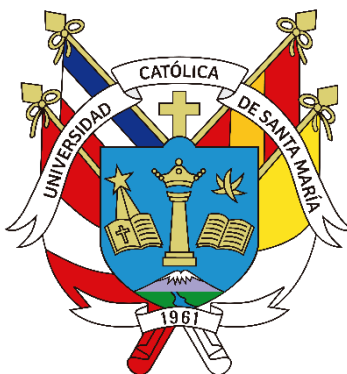


**Universidad Católica de Santa María**

**Facultad de Enfermería**

**Escuela Profesional de Enfermería**



**Factores sociodemográficos relacionados al deterioro cognitivo en adultos mayores en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata – Arequipa 2023**

Tesis presentada por la Bachiller:

**Aquice Llerena, Kimberly Saray**

**ORCID: 0009-0005-3232-4020**

**Correa Rivera, Nhagiely Sharell**

**ORCID: 0009-0007-2217-3489**

para optar el Título Profesional de licenciada en Enfermería

Asesora:

**Mg. Peña Nieto, Yannina Melissa**

**ORCID: 0000-0001-6981-9303**

Arequipa - Perú

2024

UCSM-ERP

# UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

## ENFERMERIA

### TITULACIÓN CON TESIS

#### DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 02 de Enero del 2024

**Dictamen: 009358-C-FENFER-2024**

Visto el borrador del expediente 009358, presentado por:

2018100352 - CORREA RIVERA NIAGIELY SHARELL

2018220312 - AQUICE LLERENA KIMBERLY SARAY

Titulado:

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS  
MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA - AREQUIPA, 2023**

Nuestro dictamen es:

**APROBADO**

29406091 - NUÑEZ CHAVEZ JOSEFINA SONIA  
DICTAMINADOR



29524150 - ZAPANA BEGAZO ROSEMARY  
DICTAMINADOR



42232864 - ESPINOZA HUASHUA ANGELICA MARIA  
DICTAMINADOR



# Factores sociodemográficos relacionados al deterioro cognitivo en adultos mayores en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata – Arequipa 2023

## ORIGINALITY REPORT

15%

SIMILARITY INDEX

16%

INTERNET SOURCES

6%

PUBLICATIONS

8%

STUDENT PAPERS

## PRIMARY SOURCES

1	<a href="https://hdl.handle.net">hdl.handle.net</a> Internet Source	4%
2	<a href="https://repositorio.unac.edu.pe">repositorio.unac.edu.pe</a> Internet Source	4%
3	<a href="https://tesis.ucsm.edu.pe">tesis.ucsm.edu.pe</a> Internet Source	3%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Student Paper	2%
5	<a href="https://repositorio.udch.edu.pe">repositorio.udch.edu.pe</a> Internet Source	1%
6	<a href="https://qdoc.tips">qdoc.tips</a> Internet Source	1%
7	<a href="https://ebg.ec">ebg.ec</a> Internet Source	1%
8	<a href="https://creativecommons.org">creativecommons.org</a> Internet Source	1%

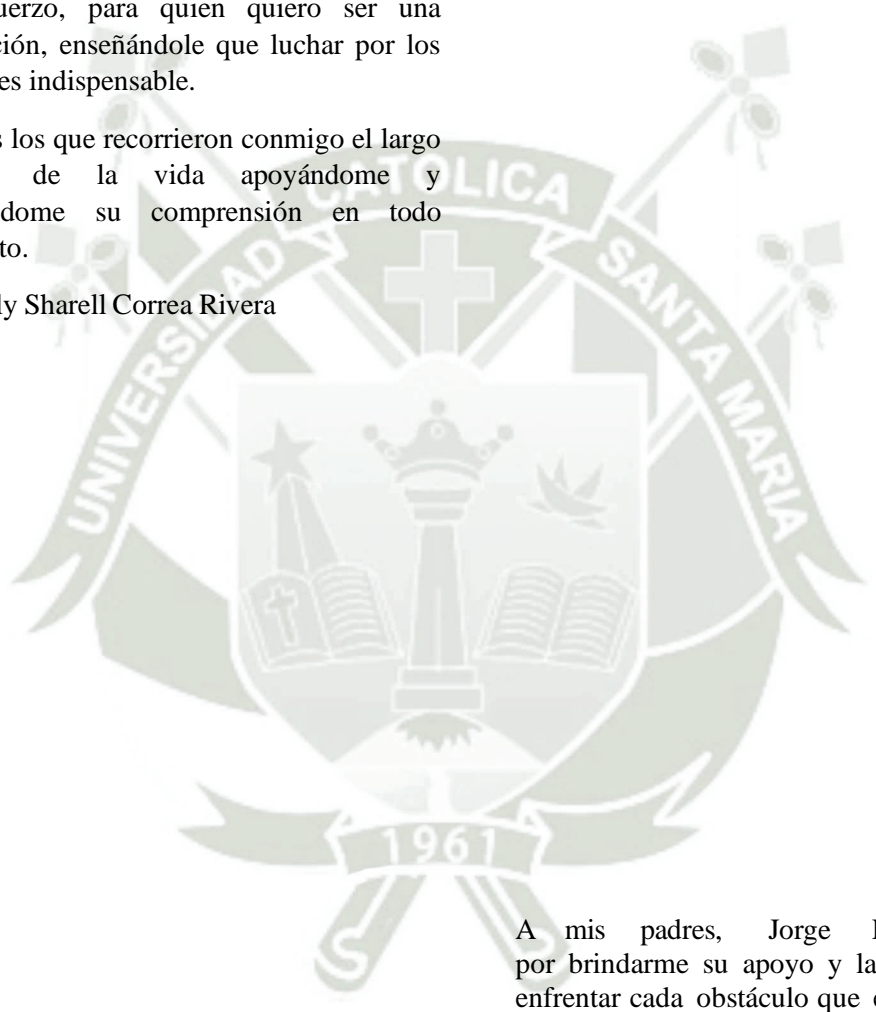
### *Dedicatoria*

Con amor a mis padres, Katherine y Edgard, pilares fundamentales de mi vida, quienes me apoyaron motivándome a luchar por mis sueños, haciendo posible el logro de mis metas.

A mi hermano Gherald; quien fue mi motivo de esfuerzo, para quien quiero ser una inspiración, enseñándole que luchar por los sueños es indispensable.

A todos los que recorrieron conmigo el largo camino de la vida apoyándome y brindándome su comprensión en todo momento.

Nhagiely Sharell Correa Rivera



A mis padres, Jorge Luis y Mary por brindarme su apoyo y la fortaleza para enfrentar cada obstáculo que encuentre en el camino.

A mi hermano Mathias, por ser una inspiración para poder cumplir mis sueños.

A mis abuelos Liliana y Esteban, quienes día a día fueron mi apoyo incondicional.

A mi familia y a todos los que me han acompañado en este proceso, darles las gracias a todos, porque cada caída fue un pie de superación y una nueva oportunidad.

Kimberly Saray Aquice Llerena

### *Agradecimientos*

Agradecemos a Dios por otorgarnos el don de cuidar y bendecirnos con la vocación de servicio, guiarnos en cada paso, obsequiarnos la dicha de ser un instrumento de alivio, consuelo y amor. Por ser inspirador y darnos la voluntad para continuar en el camino y cumplir todas nuestras metas



A nuestra Alma Mater Universidad Católica Santa María por acogernos y Brindarnos sus aulas durante cinco años, en especial a las docentes de la Facultad de Enfermería que impartieron sus conocimientos para hacernos buenas profesionales, personas de bien con seguridad de nuestras capacidades desarrolladas durante la formación integral recibida

## RESUMEN

**FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA - AREQUIPA, 2023**

El adulto mayor debe ser visto de manera integral y debe tener un cuidado especial, ya que varios factores sociodemográficos están relacionados a la pérdida de capacidades cognitivas. El presente estudio tiene como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y los factores sociodemográficos prevalentes en adultos mayores. Material y métodos: El estudio presenta un tipo de investigación de campo, un diseño descriptivo, relacional y transversal. Se usó como técnica un cuestionario; como el Mini mental creado por Marshal Folstein y una ficha sociodemográfica a 80 adultos mayores. Resultados: El 41.3% presentan deterioro cognitivo, el 47.5% están dentro de los rangos normales y el 11.3% sospecha patológica. Conclusión: Se obtuvo que la edad, grado de instrucción, la ocupación y la constitución familiar están correlacionados con el nivel de deterioro cognitivo que puede presentar el adulto mayor.

**Palabras clave:**

Deterioro cognitivo, adultos mayores.

## ABSTRACT

### **SOCIODEMOGRAPHIC FACTORS RELATED TO COGNITIVE IMPAIRMENT IN OLDER ADULTS IN THE PAUCARPATA - AREQUIPA EXTENSION HEALTH CENTER, 2023.**

The older adult should be viewed comprehensively and should have special care, since several sociodemographic factors are related to the loss of cognitive abilities. The present study aims to determine the relationship between cognitive impairment and prevalent sociodemographic factors in older adults. Material and methods: The study presents a field research type, a descriptive, relational and cross-sectional design. A questionnaire was used as a technique; such as the Mini mental created by Marshal Folstein and a sociodemographic card to 80 older adults. Results: 41.3% present cognitive impairment, 47.5% are within normal ranges and 11.3% have pathological suspicion. Conclusion: It was found that age, level of education, occupation and family constitution are correlated with the level of cognitive impairment that the elderly may present.

#### **Keywords:**

Cognitive impairment, older adults.

## ÍNDICE

	Pág.
<b>RESUMEN</b>	
<b>ABSTRACT</b>	
<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO I.</b>	
<b>1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....</b>	<b>3</b>
<b>1.1.PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2. Descripción Del Problema.....</b>	<b>3</b>
<b>Tabla 1.....</b>	<b>3</b>
<b>1.2.3. Interrogantes Básicas.....</b>	<b>5</b>
<b>1.2.4. Tipo y nivel de investigación Tipo: De campo.....</b>	<b>5</b>
<b>1.3. Justificación.....</b>	<b>5</b>
<b>2. MARCO TEORICO.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1. Adulto mayor.....</b>	<b>7</b>
<b>2.1.1. Adulto mayor autovalente.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.2. Adulto mayor frágil.....</b>	<b>8</b>
<b>2.1.3. Adulto dependiente.....</b>	<b>8</b>
<b>2.2. El envejecimiento.....</b>	<b>8</b>
<b>2.3. Deterioro cognitivo.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3.1. Manifestaciones Clínicas.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3.2. Causas.....</b>	<b>9</b>
<b>2.3.3. Tipos de deterioro cognitivo.....</b>	<b>10</b>
<b>A. Características diagnosticas.....</b>	<b>10</b>
<b>B. Prevalencia.....</b>	<b>10</b>
<b>C. Comorbilidad.....</b>	<b>11</b>
<b>D. Diagnóstico diferencial.....</b>	<b>11</b>
<b>2.3.3.2. Deterioro cognitivo mayor.....</b>	<b>12</b>
<b>A. Comorbilidad.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.3.3. Deterioro cognitivo en el adulto mayor.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.4. Factores asociados al deterioro cognitivo.....</b>	<b>12</b>
<b>2.3.4.1. Sexo.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3.4.2. Edad.....</b>	<b>13</b>
<b>2.3.4.3. Grado de instrucción.....</b>	<b>13</b>

2.3.4.4. Nivel socioeconómico .....	14
2.3.4.5. Estrés.....	15
2.3.4.6. Estilo de vida .....	16
2.3.4.7. Funcionalidad familiar .....	16
2.3.4.8 Enfermedades fisiologicas.....	17
2.3.5. Teoría de enfermería .....	18
A. Persona.....	18
B. Salud.....	18
C. Enfermería.....	19
2.3.6. Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo.....	19
3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS .....	20
b. Nacionales .....	21
c. Locales.....	22
4. OBJETIVOS.....	22
5. HIPÓTESIS .....	23
<b>CAPITULO II</b>	
<b>PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....</b>	<b>25</b>
1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS .....	25
1.1. Técnica.....	25
1.2. Instrumento.....	25
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN.....	26
2.1. Ubicación espacial .....	26
2.2. Ubicación temporal .....	26
2.3. Unidades de investigación .....	26
2.4. Universo.....	26
2.5. Muestra.....	25
- Criterios de inclusión .....	27
- Criterios de exclusión.....	27
3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	27
3.1. Procedimientos.....	27
3.2. Recursos .....	28
3.2.1. Humanos .....	28
3.2.2. Materiales.....	28
3.2.3. Institucionales .....	28
3.2.4. Financieros .....	28

**CAPITULO III**

<b>RESULTADOS .....</b>	<b>30</b>
<b>CONCLUSIONES.....</b>	<b>42</b>
<b>RECOMENDACIONES.....</b>	<b>43</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS .....</b>	<b>44</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>49</b>



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b>	<b>Operacionalización de variables</b>	<b>3</b>
<b>Tabla 2</b>	<b>Escala de puntuación</b>	<b>25</b>
<b>Tabla 1</b>	<b>DATOS SOCIODEMOGRAFICOS EN ADULTOS MAYORES</b>	<b>28</b>
<b>Tabla 2</b>	<b>DETERIORO COGNITIVO SEGÚN SEXO</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 3</b>	<b>DETERIORO COGNITIVO SEGÚN EDADES</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 4</b>	<b>DETERIORO COGNITIVO SEGÚN ESTADO CIVIL DETERIORO COGNITIVO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 5</b>	<b>DETERIORO COGNITIVO SEGÚN OCUPACIÓN</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 6</b>	<b>DETERIORO COGNITIVO SEGÚN CONSTITUCIÓN FAMILIAR</b>	<b>34</b>
<b>Tabla 7</b>	<b>DETERIORO COGNITIVO SEGÚN NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA</b>	<b>35</b>
<b>Tabla 8</b>	<b>DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD FISIOLÓGICA</b>	<b>36</b>
<b>Tabla 9</b>	<b>NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES</b>	<b>37</b>
<b>Tabla 10</b>		<b>38</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1 **NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO DE  
LOS ADULTOS MAYORES**

38



## INTRODUCCIÓN

En el país al igual que en el resto del mundo la población envejece progresivamente, la mayoría de los pacientes portadores de patologías crónicas son adultos mayores, los cuales tienen más probabilidad de presentar trastornos cognitivos. La vejez es la etapa donde más se caracteriza por cambios con la sociedad, como el estado de las emociones donde pueden presentar tristeza y melancolía que puede llegar a afectar la capacidad de los adultos mayores; es por eso que son las personas más vulnerables por diferentes factores como la pérdida de memoria, cambios físicos, pérdida de algunos sentidos, entre otros.

El deterioro cognitivo es el declive de las funciones cerebrales superiores tales como la memoria, el lenguaje, la atención, la orientación, así como también modificaciones en la conducta y el aprendizaje; en algunos casos se puede evidenciar la alteración de las emociones como la apatía, tristeza y temor. Adicionalmente las funciones cognitivas se alteran como la percepción, concentración y reconocimiento, lo que afecta la capacidad para realizar algunas actividades diarias y se puede manifestar en una etapa temprana de la vejez entre los 60-65 años. Así mismo el deterioro cognitivo presenta algunos factores de riesgo compartidos con la demencia como la edad, sexo, nivel educativo, cambio de emociones y presencia de trastornos depresivos. No se descarta que los adultos mayores tengan enfermedades fisiológicas que aceleren el proceso de padecer deterioro cognitivo, dentro de estas enfermedades se encuentran; diabetes mellitus tipo II, hipertensión arterial, triglicéridos, glucosa, hígado graso.

Por ello el presente estudio propone la valoración de los adultos mayores frente al deterioro cognitivo, así como también determinar los factores sociodemográficos presentes y su asociación entre las variables. A su vez se debe actuar con calidez y tratando de cumplir las expectativas del adulto mayor frente al proceso de envejecimiento saludable, considerando técnicas de memorización, relajación, estimulación, concentración y lenguaje. De esta manera ayudaremos a que los adultos mayores puedan continuar con sus actividades diarias durante el proceso de autovalencia. De otro modo colaboraremos en la sensibilización de las familias sobre la relevancia de estos cuidados y actividades en beneficio de las personas de la tercera edad.

La importancia de este estudio recae en dar a conocer cuáles son los factores sociodemográficos presentes en el centro de salud Ampliación Paucarpata – Arequipa, 2023.



# CAPITULO I

## CAPITULO I.

### PLANTEAMIENTO TEÓRICO

#### 1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

##### 1.1. Enunciado del problema

FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR EN EL CENTRO DE SALUD AMPLIACIÓN PAUCARPATA, AREQUIPA – 2023.

##### 1.2. Descripción Del Problema

###### 1.2.1. Ubicación del problema

- A. **Campo:** Ciencias de la Salud.
- B. **Área:** Enfermería.
- C. **Línea:** Salud del Hombre (adulto y adulto mayor).

###### 1.2.2. Análisis u operacionalización de variables

**Variable Independiente:** Factores sociodemográficos.

**Variable Dependiente:** Deterioro Cognitivo

**Tabla 1**

*Operacionalización de variables*

VARIABLE	INDICADORES	SUBINDICADORES
Variable independiente: Factores sociodemográficos	Sexo	Femenino Masculino
	Edad	60 años 65 años 66 a 70 años 71 a 75 años 76 a 80 años
	Grado de instrucción	Primaria Secundaria Técnico Superior

	Ocupación	Trabajador independiente Trabajador dependiente Dedicado a los quehaceres del hogar Trabajador familiar no remunerado Desempleado Jubilado
	Estado civil	Soltero Casado Viudo Divorciado
	Constitución familiar	Nuclear (padres e hijos) Nuclear completa Familia extensa (abuelos, tíos, etc.) Vivo sola (o)
	Número de miembros de la familia	0 a 1 2 a 3 4+
	Presencia de enfermedad fisiológica	Diabetes miellitus tipo 2 Hígado graso Hipertensión arterial Otra (prediabetes, triglicéridos, colesterol, cáncer)
Variable dependiente: DETERIORO COGNITIVO	Orientación temporal	Orientación en cuanto a día, mes, año y estación.
	Orientación espacial	Orientación en cuanto a la ubicación en la que se encuentra
	Fijación	Recuerdo inmediato
	Atención y calculo	Atención
	Memoria	Recuerdo diferido
	Lenguaje	Denominación

		Repetición Lectura Escritura Copia
--	--	---

### 1.2.3. Interrogantes Básicas

1. ¿Qué factores sociodemográficos prevalecen en los adultos mayores en el centro de salud Ampliación Paucarpata?
2. ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores en el centro de salud Ampliación Paucarpata?
3. ¿Cuál es la relación entre los factores sociodemográficos y el deterioro cognitivo en adultos mayores en el centro de salud Ampliación Paucarpata?

### 1.2.4. Tipo y nivel de investigación

**Tipo:** De campo

**Nivel:** Descriptivo, transversal y relacional.

### 1.3. Justificación

La adultez tardía es una de las etapas más vulnerables del ser humano ya que aquí se presentan problemas a niveles físicos y psicológicos.

Problemas físicos como el deterioro de la movilidad, pérdida de la masa corporal, disminución de los sentidos, como la adquisición de algunas comorbilidades. Problemas psicológicos como el deterioro cognitivo que persiste como un concepto mal delimitado y poco consensuado que refleja una disminución del rendimiento de por lo menos una 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 (1).

La importancia del diagnóstico temprano del deterioro cognitivo aumenta la esperanza de vida del ser humano especialmente a los adultos mayores ya que algunas de las funciones cognitivas están relacionadas con el medio ambiente. Las actividades con propósito a evitar el deterioro grave serían la psico-

estimulación cognitiva ya que la estimulación cognitiva se dirige a los diferentes niveles del individuo: funcional, cognitivo, psicoafectivo y relacional. (2).

La consecuencia más común que se presenta es la imposibilidad de recordar algunos datos, información importante, incluso olvidar donde frecuentemente almacenan sus cosas. Otra complicación sería el perder la hilación de ideas en una conversación por el olvido o la pérdida del lenguaje, atención y orientación. Siendo así la consecuencia más grave padecer demencia u otros trastornos neurológicos (3).

Es importante notar los posibles factores que pueden afectar directamente como el nivel socioeconómico, grado de instrucción, estado civil ya que en una investigación Rojas et al. (4) se demostró que el deterioro cognitivo está fuertemente asociado a 14 factores de riesgo los cuales son de utilidad para identificar tempranamente grupos de riesgo para sospecha de deterioro cognitivo, y así aplicar más efectivamente iniciativas de intervención.

En algunos casos la pérdida de la memoria se puede evidenciar con conflictos familiares o en situaciones extremas, violencia familiar o pérdida del cónyuge. En una investigación Otoya (5) se demostró que después de un análisis comparativo se evidencia que los pacientes que sufren de violencia, conforman un grupo minoritario pero que de igual modo la violencia afecta de manera relevante al deterioro cognitivo.

El estudio tiene **relevancia científica**, puesto que sigue las líneas de investigación en el campo de salud del adulto mayor. Es una inquietud constante percibir que a medida que la sociedad envejece, existen cambios psicológicos asociados a los diferentes niveles de deterioro cognitivo que afectan la orientación, atención, lenguaje, habilidad, inteligencia y memoria, en mayor o menor medida. Además, se puede resaltar la importancia de una adecuada evaluación neuropsicológica para llevar a cabo el presente estudio, pues implica el uso de pruebas adaptadas, válidas y confiables para obtener los resultados y así contribuir con la comunidad académica.

El presente estudio tiene **relevancia humana** ya que conocer los diferentes factores sociodemográficos relacionados con el deterioro cognitivo del adulto mayor resulta importante porque son más vulnerables a padecer esta enfermedad, evidenciado en un centro de salud. Por lo tanto, brindar este

conocimiento, les ayudará a llevar un mejor estilo de vida beneficiaria a la sociedad, con la posibilidad de más adultos psicológicamente sanos o en el caso de enfermedad, como sobrellevar esta con tratamiento psicológico y psiquiátrico.

El estudio tiene **relevancia social**, ya que permitirá que la población adulta mayor y los profesionales de la salud sean beneficiados pues se sabe las consecuencias del envejecimiento o las manifestaciones de enfermedades específicas del comienzo tardío, pueden traer consigo deterioro cognitivo. Así mismo el estudio beneficia a la población ya que esta no cuenta con la información necesaria sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores, en muchas situaciones el proceso presenta complicaciones por la misma desinformación. De tal manera que conocer los factores que afectan el estado psicológico del adulto mayor permite entender el proceso a familia y/o cuidadores, para que puedan ofrecer una mejor atención de cuidado de forma integral asegurando una calidad de vida aceptable.

El estudio es factible y viable, dado que las investigadoras cuentan con la colaboración del personal que labora en dicho centro de salud para la obtención de datos propios de este estudio; así como también es sostenible puesto que el trabajo estará autofinanciado

La motivación para desarrollar este trabajo de investigación, surge ya que durante el tiempo de prácticas se pudo tener contacto con la población y surgió la necesidad de estudiar el deterioro cognitivo en el adulto mayor y que factores son los que pueden agravar esta situación. Pues desde el punto de vista de la enfermería cada paciente debe ser visto de manera integral y tener un cuidado especial en cada etapa de la vida. Finalmente, el presente estudio permitirá a las investigadoras obtener el grado académico de Licenciadas en enfermería.

## 2. MARCO TEORICO

### 2.1. Adulto mayor

En 1982 se llevó a cabo en la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento en Viena y se denominó como adulto mayor a aquella persona que se encontraba entre los 60 años a más, lo cual también se aplica en Perú actualmente (6).

Es así que se conoce al adulto mayor como aquella persona que envejece y presenta déficits en sus capacidades funcionales, por lo tanto, resulta importante establecer cuidados adecuados, así como una orientación debida a los posibles servicios de salud a los cuales están destinados, por ello encontramos 3 grandes grupos (7):

### **2.1.1. Adulto mayor autovalente**

Es aquella persona que conserva la capacidad de realizar sus actividades de la vida diaria, funcionales para su autocuidado como comer, vestirse, desplazarse, bañarse, asearse y controlar esfínteres. También es capaz de realizar actividades instrumentales ya sea limpiar, cocinar, realizar tareas fuera o dentro de casa, salir de la ciudad, viajar, etc. (36).

### **2.1.2. Adulto mayor frágil**

Es aquella persona que posee disminución del estado de reserva fisiológico (no control de esfínteres) y/o factores que pueden aumentar la susceptibilidad a ser incapacitado o presentar mayor índice de mortalidad o morbilidad. (36).

### **2.1.3. Adulto dependiente**

Es aquella persona que tiene una pérdida significativa en el estado funcional fisiológico, relacionado a una restricción o ausencia de funcionalidad física o mental, que le impide desarrollar sus actividades de la vida diaria con normalidad. (36).

## **2.2. El envejecimiento**

Es considerado un proceso único y normal en el desarrollo del individuo y se presenta de manera distinta en cada uno. El envejecimiento provoca cambios a nivel general en la persona por lo que el cuerpo se presenta más vulnerable y presenta enfermedades crónicas y degenerativas las cuales afectan los estilos de vida en la juventud y la adultez, especialmente en esta última etapa ya que se presentan enfermedades a nivel cognitivo (8).

La OMS (9) en la etapa de la adultez considera como un factor principal de la salud la mantención de las capacidades funcionales, aquellas que le permiten a la persona realizar y llevar a cabo sus actividades necesarias de la vida diaria y continúe siendo un ser autónomo. La OMS también afirma que para el año

2050 se alcanzará alrededor de 200 millones de adultos mayores de 60 años que representa el 22% de la población mundial (10)

### 2.3. Deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo es donde se evidencia un declive significativo comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos como atención compleja, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad motora o cognición social. En la mayoría de los casos este se presenta como un deterioro sustancial del rendimiento cognitivo, que se muestra como resultado de una prueba o test neuropsicológico estandarizado, o en su defecto, por evaluación clínica cuantitativa (11).

Los déficits cognitivos interfieren en la autonomía de la persona en las actividades cotidianas que realiza y en la mayoría de los casos, el individuo necesita asistencia con las actividades instrumentales complejas como pagar facturas o cumplir con los tratamientos (12).

#### 2.3.1. Manifestaciones Clínicas

Se pueden clasificar en síndromes focales y difusos (35):

- Síndrome focal: afecta a un conjunto de funciones cognitivas de acuerdo a la topografía cerebral. Puede presentar:
  - Afasia
  - Apraxia
  - Agnosia
  - Amnesia
- Síndrome difuso: El impacto negativo debe de estar en mayor consideración
  - Alteración de la memoria
  - Alteración del juicio
  - Alteración del razonamiento abstracto

#### 2.3.2. Causas

Según el Casanova et al. (13) existen diversas causas que están asociadas a la aparición de un deterioro cognitivo entre ellas son:

- Deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración.
- Consumo de sustancias psicoactivas (alcohol, drogas, etc.)
- Padecer alguna enfermedad cardiovascular.

- El estrés psicosocial.
- Cambios psicológicos.

### 2.3.3. Tipos de deterioro cognitivo

#### 2.3.3.1. Deterioro cognitivo leve

Según el DSM V (14) las características de un deterioro cognitivo leve son:

- Notable evidencia de un declive moderado comparado con el nivel previo de rendimiento en uno o más dominios cognitivos como: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, habilidad perceptual motora o cognición social.
- El déficit cognitivo no interfiere en la capacidad para realizar sus actividades cotidianas, pero necesita mayor esfuerzo y recurrir a estrategias de comprensión o adaptación.
- Los déficits no comprenden o están dentro del contexto de delirium.

#### A. Características diagnósticas

Según el DSM V (14) existen características del deterioro cognitivo leve entre ellas son:

- Deterioro en la memoria para recordar breves argumentos, retomar tareas después de interrupciones, dificultades para organizar.
- Las dificultades presentadas deben representar un cambio dentro de la rutina de la persona y no como patrones anteriormente visto durante su vida.
- La autonomía de la persona no se ve afectada en su desenvolvimiento diario.
- Para un mejor diagnóstico se requiere que de una evaluación neuropsicológica.

#### B. Prevalencia

La prevalencia de esta enfermedad aumenta desde los 60 años.

Aproximadamente entre el 1 a 2% a los 65 años sufren de demencia y el 30% a los 85 años se presenta con mayor prevalencia en la etapa de la adultez mayor (5). Cuando el declive cognitivo aparece en la juventud o en la edad media es probable que los familiares busquen tratamientos. En edades muy avanzadas los síntomas cognitivos pueden no preocupar o pasar desapercibido, así mismo, debe distinguirse de los síntomas que son asociados al envejecimiento normal, aunque lo más probable es que si la enfermedad avanza, presente déficits sensoriales (14).

### **C. Comorbilidad**

El deterioro cognitivo leve en adultos mayores es frecuente y estas relacionado con una variedad de enfermedades mentales, por ejemplo, el delirium, cuyo riesgo aumenta el deterioro cognitivo leve. También suele exacerbarse desde infancia por alguna lesión cerebral en que puedo originar problemas en el desarrollo y del aprendizaje (14).

### **D. Diagnóstico diferencial**

Hay que tener en cuenta ciertos criterios para diferenciar el deterioro cognitivo leve de otras enfermedades como el delirium, trastorno depresivo mayor y trastorno específico en el aprendizaje o en el neurodesarrollo (14).

En el caso del delirium puede resultar complicado porque pueden aparecer de manera concomitante, por lo que se recomienda una cuidadosa atención en el nivel de conciencia, que marcara la diferencia entre estas dos enfermedades (14).

En caso del trastorno depresivo mayor, puede presentarse al mismo tiempo, pero existen patrones que pueden ayudar a diferenciar las enfermedades. Por ejemplo en el deterioro cognitivo leve se presenta déficits en la memoria y funciones ejecutivas, mientras que en la depresión mayor se observa un patrón de rendimiento inespecífico o más variable (14).

En el caso de algún trastorno específico, hay cuestiones adicionales a considerar en el diagnóstico diferencial de

determinados subtipos etiológicos (14).

### **2.3.3.2. Deterioro cognitivo mayor**

Según el DSM V (14) las características de un deterioro cognitivo mayor son:

- Se cumple los criterios de un deterioro cognitivo leve.
- Se presenta un inicio insidioso y progresión gradual del trastorno en más de un dominio cognitivo.
- En algunos casos se cumple los criterios diagnósticos de la enfermedad de Alzheimer.
- El deterioro cognitivo no se explica por alguna enfermedad cerebrovascular, otra enfermedad generativa, trastorno mental, neurológico o sistémico.

#### **A. Comorbilidad**

En su mayoría los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo mayor, pueden presentar Alzheimer y tienen múltiples afecciones médicas que pueden complicar el diagnóstico e influir en el avance clínico. Esta enfermedad se presenta a menudo con enfermedades cerebrovasculares que contribuyen al cuadro clínico (14).

### **2.3.3.3. Deterioro cognitivo en el adulto mayor**

El ser humano posee diversas funciones cognitivas y las pone en práctica en cada actividad que realiza, ya que estas le permiten adaptarse a su medio donde desarrolla estrategias, planea su futuro y reflexiona. Por tanto, actualmente sigue siendo uno de los temas más estudiados, pues se intenta descifrar que procesos cognitivos son los que se ven afectados para que produzcan un cambio radical en la última etapa de la vida humana. El envejecimiento cognitivo no es una enfermedad uniforme ya que suele presentarse con síntomas y comorbilidades diferentes en cada persona (15).

### **2.3.4. Factores asociados al deterioro cognitivo**

Para que una persona pueda llevar un adecuado envejecimiento, depende de

diversos factores como la capacidad funcional de la persona, el ritmo de descenso, la actividad física, conductas de riesgo (tabaquismo), consumo de alcohol o sustancias psicoactivas; los mismos cambios biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, la percepción que tienen sobre sí

mismos, la forma de relacionarse y la percepción de su desarrollo en las diferentes etapas de vida (4).

#### **2.3.4.1. Sexo**

Se ha observado que la influencia del género en el desarrollo del deterioro cognitivo no está del todo clara, pues algunos estudios demuestran diferencias significativas en cuanto a hombres y mujeres, sin embargo, la mayoría de ellos demuestra más incidencia en varones y otro tanto en mujeres (16).

#### **2.3.4.2. Edad**

La edad es uno de los factores de riesgo más importantes para desarrollar el deterioro cognitivo ya que este puede empezar a los 65 años y agravarse cada 5 años hasta llegar a los 85 años (17).

#### **2.3.4.3. Grado de instrucción**

Se ha encontrado que cuando el IQ de la persona ha alcanzado un buen nivel en la adolescencia y también haber logrado estudios de nivel superior, tienen efectos directos para mejorar las funciones cognitivas como la memoria, velocidad de procesamiento, etc., en la etapa de la edad adulta (18).

También se ha visto que las personas con niveles educativos bajos tienen un riesgo del 1.6% de desarrollar Alzheimer (29). Otros estudios en relación al grado de instrucción demuestran que cuando existe niveles educativos bajos, existe una mayor repercusión negativa en las funciones físicas, cognitivas y psicológicas (19).

Así también mencionan que un bajo nivel educativo se ha asociado a un mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo, pues la actividad intelectual puede alterar los sustratos neurobiológicos al incrementar el volumen de la sustancia gris y una activación de sistemas de

neurotransmisión (20).

Chuquipul e Izaguirre (21), realizaron un estudio comparativo con 20 personas con deterioro cognitivo leve y 20 pacientes que estaban sanos, establecieron que bajos niveles educativos se encontraban dentro del grupo de personas con deterioro cognitivo. Por lo tanto, se demostró que personas con baja escolaridad son 17 veces más propensos a sufrir deterioro cognitivo leve. También en el estudio se explicó que la reserva cognitiva era mayor en personas que habían alcanzado estudios superiores, lo cual posibilitaba la resistencia a cambios en el cerebro asociados a la edad. Finalmente se concluye que, a menores niveles de escolaridad, el deterioro cognitivo se hace más presente y también que a mayores niveles de grado académico, la persona puede desarrollar una mejor reserva cognitiva que le permitirá enfrentar los cambios del cerebro con el paso de la edad.

#### **2.3.4.4. Nivel socioeconómico**

Este factor de riesgo está asociado al anterior pues se ha encontrado que existe mayor riesgo de padecer deterioro cognitivo cuando el estado del nivel socioeconómico ha sido bajo durante la niñez y la adolescencia pues puede haber afectado el desarrollo educativo de la persona (22).

Existen escasos estudios que buscan hallar la relación entre los diferentes factores de riesgo con la función cognitiva, especialmente cuando se habla de variables sociodemográficas como el nivel socioeconómico. Uno de los estudios realizados por Lee et al. (23) buscaron asociar múltiples factores socioeconómicos y el deterioro cognitivo, a través de datos extraídos de la encuesta longitudinal de envejecimiento coreano (KIoSA). Para ello utilizaron alrededor de 4.155 pacientes inscritos en el hospital de Corea, todos mayores de 65 años, a quienes se les aplicó encuestas para medir el grado de ingresos, riqueza y ocupación. Adicionalmente se les evaluó con el test Mini-Mental State Examination modificado (21), para valorar el estado cognitivo de los participantes, definiendo como deterioro cognitivo un puntaje de 2 DS por debajo de la media para la edad. Para analizar el efecto de las variables socioeconómicas se creó una escala riesgo, con la cual definieron como riesgo socioeconómico el encontrarse en el nivel más bajo de cada una de las 4 variables socioeconómicas evaluadas.

En este estudio, se encontró que el estado socioeconómico variaba según el sexo de la persona. Las mujeres contaban con niveles bajos en comparación a los varones y por lo que el cálculo de riesgo socioeconómico era mayor. Adicionalmente, dentro del modelo de regresión logística, se encontró que en los hombres el riesgo de deterioro cognitivo era 3.9 veces mayor cuando no habían trabajado con respecto a los que habían tenido un trabajo formal. Sin embargo, esta relación disminuyó al realizar ajustes por variables de confusión; según edad y estado civil a 3.2 veces mayor, según patologías clínicas relacionadas a deterioro cognitivo a 2.1 veces mayor y asociado por factores socioeconómicos 2.3 veces mayor, siendo en todos los subgrupos significativo para la estadística. Por otro lado, para mujeres se encontró que el factor socioeconómico con mayor asociación al deterioro cognitivo fue no contar con educación formal, siendo 2.5 veces mayor en el modelo no ajustado por variables de confusión (18).

#### **2.3.4.5. Estrés**

Actualmente se han realizado estudios que afirman que las actitudes y las conductas del cuidador o familiares cercanos al anciano pueden generar estrés cuando de brindar ayuda se trata. Se ha demostrado que los niveles de autonomía en los adultos mayores disminuyen y aumenta los niveles de estrés cuando existe una exacerbada preocupación por parte del cuidador o la familia del adulto mayor. Es decir que grandes niveles de ayuda y preocupación pueden generar en el adulto mayor dependencia y en vez de reducir la percepción de estrés en el medio, esta aumenta y con ella la necesidad y la percepción de carencia de herramientas para hacer frente a las demandas de la persona. Pero si por el contrario se brinda cierto grado de autonomía al adulto mayor, este se sentirá útil dentro del ambiente familiar y la percepción de necesidad de ayuda disminuye y con ella, el estrés (16).

En ocasiones el deterioro cognitivo aumenta por el consumo de alimentos altos en azúcar y algunos que ayudan a la reducción de esta, es el consumo de la proteína (19).

Según Mohajeri et al. (25) realizaron investigaciones sobre los déficits nutricionales en pacientes geriátricos diagnosticados con deterioro

cognitivo, ellos llegaron a la conclusión que los pacientes con demencia alteran el consumo de vitaminas B12, C, E, A, K, B6 y D, lo que puede agravar la situación actual en la que se encuentran.

También mencionan que para retardar el proceso de deterioro cognitivo se debe tener en cuenta factores de riesgo como enfermedades cardiovasculares, pero a pesar de las extensas revisiones de la bibliografía, hasta ahora no existe una dieta exacta que pueda retardar el grado de deterioro. Por lo que los investigadores proponen dietas altas en frutas, legumbres, cereales, carnes blancas, aceites vegetales, ciertos productos lácteos y frutos secos (19).

#### **2.3.4.6. Estilo de vida**

Según Arriola et al. (15) existen diversos aspectos que están asociados a disminuir el deterioro de las funciones cognitivas, una de ellas es la actividad física. Otros estudios también demuestran que el consumo reducido de alcohol y tabaco ayudan a una mejor capacidad cognitiva. También llevar una vida social activa permite aumentar la calidad y el grado de satisfacción de las relaciones interpersonales, lo cual reduce en gran medida el DLC.

#### **2.3.4.7. Funcionalidad familiar**

En diversos estudios (25, 26) se ha llegado a la conclusión que el deterioro cognitivo está directamente relacionado a la funcionalidad familiar y demuestran que mientras el adulto va perdiendo gradualmente su grado de independencia, afecta su estilo de vida y la funcionalidad de su familia. Por lo tanto, se puede hacer evidente que la funcionalidad familiar juega un papel importante en la atención, cuidado y calidad de vida del adulto mayor, pues se ha observado que cuando el cuidador principal maneja una correcta funcionalidad familiar, reduce las probabilidades de un aumento en el DLC y que el adulto mayor llegue a la hospitalización.

#### **2.3.4.8. Enfermedades fisiológicas**

##### **A. Diabetes Tipo II**

La diabetes es una enfermedad metabólica crónica caracterizada por niveles elevados de glucosa en sangre que con el tiempo conduce a daños graves en el corazón, los vasos sanguíneos, los ojos, los riñones y los nervios. La más común es la diabetes tipo 2, generalmente en adultos, que ocurre cuando el cuerpo se vuelve resistente a la insulina o no produce suficiente insulina (37).

### **B. Hipertensión Arterial**

La hipertensión o hipertensión arterial es un trastorno por el cual los vasos sanguíneos tienen persistentemente una tensión elevada. La tensión arterial se genera por la fuerza de la sangre que empuja las paredes de los vasos sanguíneos cuando el corazón bombea. Cuanto más alta es la tensión, más dificultad tiene el corazón para bombear (38).

### **C. Hígado Graso**

La enfermedad de hígado graso no alcohólica es una afección en la cual se acumula exceso de grasa en el hígado. El hígado graso no relacionado con el alcohol y la esteatohepatitis no alcohólica son tipos de EHNA. Si el paciente tiene EHNA, tiene inflamación y daño hepático, junto con grasa en el hígado (39).

### **D. Triglicéridos**

Los triglicéridos son una clase de lípidos que se encuentran en el torrente sanguíneo y en los tejidos adiposos del organismo. Su función principal es servir como fuente de energía. Cada molécula de triglicérido se compone de una molécula de glicerol unida a tres moléculas de ácidos grasos, lo que explica su nombre: tri- significa "tres" y -glicérido deriva de "glicerol"(40).

### **E. Colesterol**

El colesterol es una sustancia grasa presente en todas las células del organismo. El hígado elabora todo el colesterol que el organismo necesita para formar las membranas celulares y producir ciertas hormonas. Cuando comemos alimentos de origen animal, tal como carne, huevos y productos lácteos, introducimos colesterol adicional

en el organismo (41).

### **2.3.5. Teoría de enfermería**

#### **2.3.5.1. Teoría de Dorotea Orem**

La teoría de Dorothea E. Oren gira en torno a la falta de autocuidado que según la autora también está relacionado con el funcionamiento de los sistemas de enfermería (27).

Dorothea menciona que el autocuidado es una de las principales funciones que se deben aplicar en el estilo de vida, desarrollo y futuro bienestar de la persona con el fin de mantener sus niveles de salud óptimos. Por lo tanto, desde el punto de vista de la enfermería se trata de identificar cuáles son los fundamentos, necesidades y limitaciones que posee el paciente que le lleva a no tener un adecuado autocuidado en su estilo de vida, ya que el autocuidado se ve como una función reguladora y como parte del desarrollo de la persona (27).

Por lo tanto, la autora ve la necesidad que el autocuidado debe aprenderse y aplicarse continuamente, respetando siempre las necesidades de la persona y la etapa madurativa en la que se encuentra, también se debe tomar en cuenta el estado de la salud, factores externos, costumbres sanitarias y nivel de consumo de energía (27).

Finalmente, en base a esta teoría se recomienda que la enfermería está orientada a formar sistemas de acción que puedan trabajar con las limitaciones relacionadas al autocuidado y estilo de vida de los pacientes y así, mejorar continuamente con el conocimiento, crecimiento y desarrollo de la persona (27). Dorotea Elizabeth Oren definió los siguientes conceptos meta paradigmáticos (27):

#### **A. Persona**

concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como un todo integral dinámico con capacidad para conocerse, utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado dependiente (27).

#### **B. Salud**

La salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a niveles de integración cada vez más altos. Por tanto, lo considera como la percepción del bienestar que tiene una persona (27).

### **C. Enfermería**

Servicio humano, que se presta cuando la persona no puede cuidarse por sí misma para mantener la salud, la vida y el bienestar, por tanto, es proporcionar a las personas y grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales (27).

#### **2.3.6. Rol de enfermería en el cuidado del adulto mayor con deterioro cognitivo**

La enfermera, como personal de salud debe brindar un cuidado humanizado y de calidad hacia los adultos mayores, esta población necesita cuidados específicos para poder satisfacer sus necesidades, por ello, es común que los adultos mayores con deterioro cognitivo presenten un alto riesgo de pérdida de funciones cognitivas.

El profesional de enfermería que tiene a su cuidado pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo, deberá realizar cuidados continuos y sistemáticos, tales como:

- Evaluar el estado cognitivo, comunicación y el estado emocional.
- Educar al adulto mayor con respecto a su autocuidado de acuerdo a la capacidad de cada uno.
- Incentivar a terapias de ejercicio cardiorespiratorio de acuerdo a su edad y condición.
- Orientar al paciente o familia a las técnicas correctas de movimientos activos y pasivos.
- Reconocer los principales déficits cognitivos y físicos para evitar las caídas en su entorno.
- Profundizar los ejercicios relacionados a la atención focalizada para

mejorar la atención del adulto mayor.

- Promover sesiones educativas acerca de la buena higiene.
- Valorar la pérdida de una o más capacidades cognitivas como memoria u orientación.
- Reconocer las principales estrategias terapéuticas como sesiones educativas sobre estimulación en grupo e individual.
- Brindar un entorno de acuerdo a sus necesidades y limitaciones.

#### A. FACTORES DE RIESGO

Los profesionales de enfermería deberán realizar cuidados, los cuales incluyen:

- Desarrollar programas de actividades deportivas o artísticas según la edad y condición.
- Realizar sesiones educativas sobre meditación para ayudarlo a canalizar sus emociones.
- Practicar técnicas de respiración para mejorar las emociones.
- Reconocer una alimentación balanceada y saludable.

#### B. FACTORES PROTECTORES

Dentro de los factores protectores se encuentran:

- Promover la lectura de acuerdo a sus preferencias, además de la escucha de esta.
- Concientizar a realizar actividades de ocio como escribir, pintar, jugar juegos de mesa, tejer entre otros.
- Incentivar a la realización de rutinas de ejercicios cardiorrespiratorios.
- Fomentar a actividades culturales beneficiosas para la salud física y mental.

### 3. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

#### a. Internacionales

AUSTRIA – REYES A, LOPEZ – NOLASCO B, SANTANDER – HERNADNEZ J, MAYA – SANCHEZ A, CANO – ESTRADA. **Nivel de deterioro del adulto mayor de la comunidad de Tiahuellpam. Higaldo – México. 2021 – México** En el estudio se determinó que la mayoría de la población entrevistada fue de género femenino con un

rango de edad entre los 60- 90 años, a su vez contaban con nivel primario de educación; además se identificó que la mayor parte de adultos mayores eran casados. Según los resultados obtenidos la población con posible deterioro cognitivo es de 40.9% y la población sin deterioro cognitivo es de 59.1%. Por lo que se concluye que la población de la comunidad de Tiahuellpam – Hidalgo no padecen de deterioro cognitivo (28).

**FIGUEROA GONZALES, DORIS. Factores De Riesgo Asociados Al Deterioro Cognitivo Leve En Adultos Mayores De Los Centros De Patronato De Amparo Social Del Cantón Loja. 2019 – Ecuador.** Se determinó que en la

investigación la población estaba entre los 80-85 años de edad con mayor incidencia del género masculino, además la población contaba con un nivel académico de primaria incompleta, a su vez se indicó que el estado afectivo que más predominó fue la depresión en un estado normal. Por lo que se concluye que en el centro de Patronato de Amparo Social del Cantón Loja existe un deterioro cognitivo leve sin asociación a la edad, no considerando como factor de riesgo el sexo marcando una asociación significativa en el nivel de escolaridad y el deterioro cognitivo por lo cual también se asocia el estado afectivo directamente con la depresión y el deterioro cognitivo leve de dicha población (6).

#### **b. Nacionales**

**ECHEVARRIA J, SOLANO E. Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo. 2019 – Huancayo.** En el estudio de investigación se encontraron diferencias significativas entre sexo, edad, nivel de estudios, compañía y residencia. Donde se pudo determinar que los adultos mayores entre más edad tengan mayor riesgo de padecer deterioro, siendo el sexo masculino quien presenta una mayor incidencia de casos, a su vez a mayor nivel de estudios menor será el riesgo o menor el nivel de deterioro, además los adultos mayores que viven acompañados de algún familiar son menos probables de padecer deterioro grave, y de acuerdo a la residencia los adultos que no encuentran actividades que les permita su estimulación presentan un mayor nivel de deterioro. Por lo que se concluye que si existe diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficos (29).

**CHANAMÉ QUEZADA, FLAVIA. Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en la casa hogar San José en la Región Lambayeque. 2022 – Chiclayo.** Los adultos mayores siguen siendo un grupo vulnerable que dentro de las

innumerables problemáticas que padecen, uno de ellos es la afectación de su salud mental, y es justamente el deterioro cognitivo una de las patologías que es más prevalente en este grupo etario como parte del proceso de envejecimiento. Los adultos mayores son considerados como aquel grupo humano con una edad mayor a los 65 años. Este grupo humano constituye una proporción considerable en la población general a nivel mundial y se prevé que para el año 2050 por cada 6 personas, 1 tendrá una edad mayor a 65 años (30).

### c. Locales

PRADO ARCHUIRE, JESUS. **Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la municipalidad distrital de Cayma. 2020 – Arequipa.** En el estudio se determinó que las personas del Centro Integral del Adulto mayor de Cayma en su mayoría presentan deterioro cognitivo leve, a su vez también según la escala de depresión de Yesavage, los adultos mayores evidencian manifestaciones depresivas. Por lo que se concluye que en el Centro Integral del Adulto mayor de Cayma, existe relación entre el deterioro cognitivo leve y las manifestaciones depresivas (31).

FREDES PASACA, GABRIELA ALEXANDRA. **Deterioro cognitivo y factores asociados al grado de dependencia funcional. En pacientes adultos mayores hospitalizados en el hospital III Goyeneche. 2022 – Arequipa.** En el presente estudio se determinó que el 50% de la población de estudio presenta deterioro cognitivo moderado con similitud en presentar dependencia moderada y grave. También se evidenció la relación con algunos factores sociodemográficos como la edad, estado civil, ocupación y comorbilidades. Por lo que se concluye que existe relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional en actividades rutinarias en pacientes adultos mayores hospitalizados (32).

## 4. OBJETIVOS

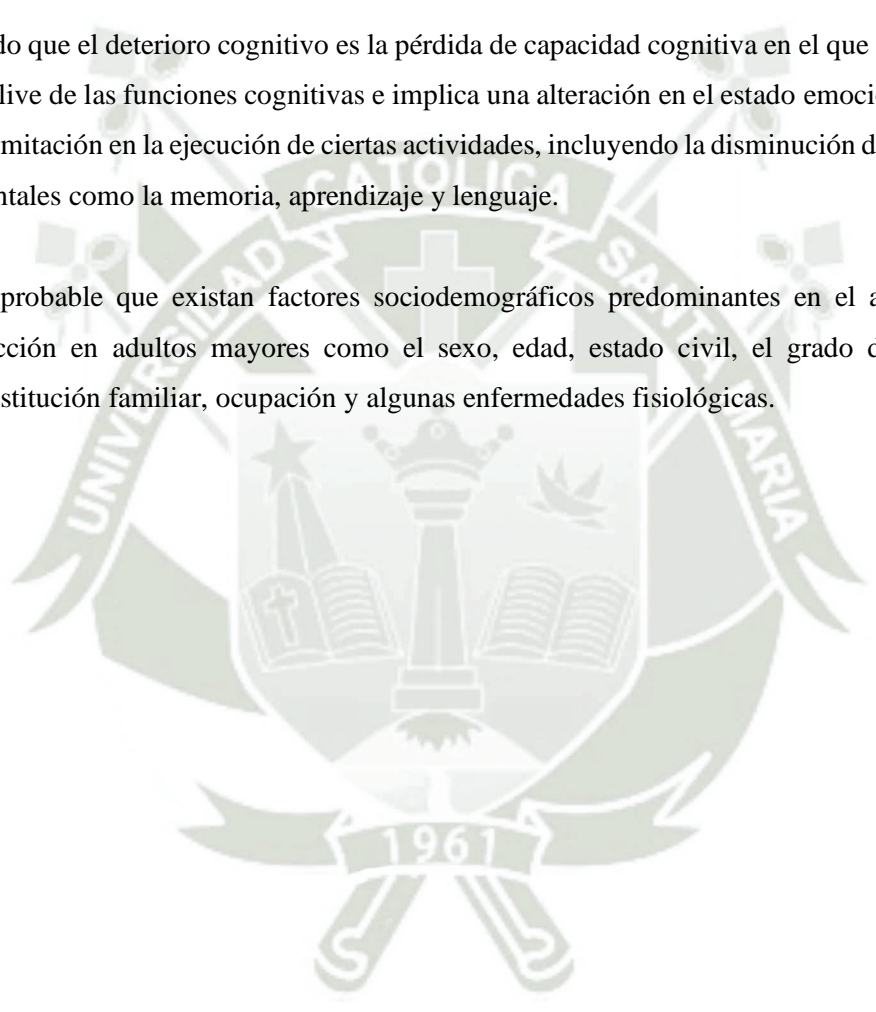
1. Identificar los factores sociodemográficos prevalentes en adultos mayores en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
2. Valorar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata.
3. Determinar los factores sociodemográficos relacionados al deterioro cognitivo en

adultos mayores en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata.

## 5. HIPÓTESIS

Dado que el deterioro cognitivo es la pérdida de capacidad cognitiva en el que se evidencia el declive de las funciones cognitivas e implica una alteración en el estado emocional, así como la limitación en la ejecución de ciertas actividades, incluyendo la disminución de las funciones mentales como la memoria, aprendizaje y lenguaje.

Es probable que existan factores sociodemográficos predominantes en el aumento de la afección en adultos mayores como el sexo, edad, estado civil, el grado de instrucción, constitución familiar, ocupación y algunas enfermedades fisiológicas.





## **CAPITULO II**

## CAPÍTULO II

### PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

#### 1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

##### 1.1. Técnica

Para la variable independiente: Factores sociodemográficos, se usó la técnica de la entrevista.

Para la variable dependiente: Deterioro cognitivo, se aplicó el test Mini Mental State.

##### 1.2. Instrumento

Para medir la variable independiente: Factores sociodemográficos, se hizo una recopilación de datos de control como sexo, edad, estado civil, grado de instrucción, ocupación, constitución familiar, número de miembros de la familia y presencia de enfermedad fisiológica; se utilizó la ficha sociodemográfica.

Para medir la variable dependiente: Deterioro cognitivo, se hizo uso del **Test Mini Mental State**, que fue creado por Folstein en 1975, para la investigación se usó la versión adaptada por Custodio y Lira (20). Este instrumento mide las sospechas de síntomas relacionados con el deterioro cognitivo o demencia y mide la orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención, calculo y memoria.

La validez en Perú tuvo una adaptación por Robles (34) donde se obtuvieron niveles altos de confiabilidad con un alfa de CronBach de 0.62.

Esta prueba consta de 30 ítems con el valor de 01 punto para cada uno. El punto de corte para una sospecha de demencia es de 27 para individuos con más de 7 años de educación, 23 para aquellos con 4 a 7 años de educación, 21 para aquellos con 1 a 3 años de educación y 18 para los iletrados (33).

**Tabla 2**

*Escala de puntuación*

	PUNTUACIÓN
Ausencia de deterioro	30-27
Deterioro cognitivo leve	26-24
Deterioro cognitivo moderado	23-12
Deterioro cognitivo severo	11-0

FUENTE: Robles Arana Y. Adaptacion del Mini Mental State Examination

## 2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

### 2.1. Ubicación espacial

El trabajo de investigación se realizó en el centro de Salud “Ampliación Paucarpata”. El cual se encuentra ubicado en Avenida John F. Kennedy 2101, Paucarpata, departamento de Arequipa

### 2.2. Ubicación temporal

El estudio se llevó a cabo en 8 meses aproximadamente del mes de enero hasta diciembre del 2023

### 2.3. Unidades de investigación

Las unidades de estudio estuvieron conformadas por adultos mayores entre los 60 años a más que asistan al centro de salud que son alrededor de 100 personas.

### 2.4. Universo

El universo estuvo conformado por 100 adultos mayores inscritos en el centro de salud con asistencia en dicho centro.

### 2.5. Muestra

De acuerdo a la fórmula para poblaciones finitas considerando un 95% de confiabilidad y 5% de margen de error, la muestra estuvo conformada por 80 adultos mayores del centro de salud.

$$\eta = \frac{N * Z_{\alpha} * 2 * P * q}{d * 2 * (N - 1) + Z_{\alpha} * 2 * p * q}$$

$$\eta = \frac{100 * 1.96 * 2 * 0.05 * 0.95}{0.05 * 2 * (100 - 1) + 1.96 * 2 * 0.05 * 0.95}$$

$$\eta = 80$$

Dónde:

$\eta$ : Tamaño de muestra.

N: Tamaño de la población de estudio.

$Z_{\alpha}$ : Valores correspondientes al nivel de Significancia (1.96, puesto que estudio tiene confiabilidad del 95%).

P: Proporción esperada (5%=0.05) q: 1-p (1-0.05=0.95)

d Precisión (5%)

- **Criterios de inclusión**

- Pacientes que acepten participar en la investigación
- Pacientes que presenten algún deterioro cognitivo en lenguaje, memoria, etc.
- Adultos mayores que se encuentre entre los 60 a 85 años.

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes que no acepten participar en la investigación.
- Adultos mayores que no asistan al centro de salud.

### 3. ESTRATEGIAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

#### 3.1. Procedimientos

- Se realizó la gestión administrativa correspondiente para la aprobación del proyecto de tesis, de acuerdo a normativa institucional de la Universidad Católica de Santa María.
- Se realizó la gestión administrativa por la Facultad de Enfermería solicitando la carta de presentación para la ejecución del proyecto de investigación, con el fin de tramitar el permiso para la obtención de información.

- Se realizó la gestión administrativa en el Centro de Salud Ampliación Paucarpata, con el jefe de establecimiento y encargados del programa del club del adulto mayor, solicitando la aprobación para la ejecución del proyecto, con el fin de tramitar el permiso correspondiente para la obtención de información
- Se escogió un horario que sea factible para cada uno de los adultos mayores para la aplicación del Test Mini Mental State
- Se explicó los objetivos del presente estudio y se afianzó la confiabilidad de este mismo.
- Se realizó la coordinación con el director del centro de Salud Ampliación Paucarpata para programar la fecha de aplicación del instrumento
- Se aplicó el consentimiento informado
- Se aplicó los instrumentos validados en la fecha y horario coordinado con el jefe y personal respectivo.
- Una vez obtenido los datos se procedió a la tabulación de los mismos resultados, por lo cual se creó una matriz de estabilización de datos para así poder realizar el análisis de los datos que se aplicaran.
- Al finalizar, los datos obtenidos fueron presentados por medio de tablas y gráficos para elaborar un informe final.
- Elaboración de conclusiones y recomendaciones

### **3.2. Recursos**

#### **3.2.1. Humanos**

- Las investigadoras

#### **3.2.2. Materiales**

- Laptop, ordenadores
- Cuestionarios, encuestas
- Material logístico

#### **3.2.3. Institucionales**

- Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María
- Centro de Salud Ampliación Paucarpata

#### **3.2.4. Financieros**

- Autofinanciado por las investigadoras.



## CAPITULO III

**CAPITULO III.  
RESULTADOS**

**TABLA N° 1**

**DATOS SOCIODEMOGRAFICOS EN ADULTOS MAYORES**

<b>Datos generales</b>	<b>Frecuencia</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Edad</b>		
60-65 años	16	20.0
66-70 años	15	18.8
71-75 años	19	23.8
76-80 años	30	37.5
Total	80	100.0
<b>Sexo</b>		
Masculino	16	20.0
Femenino	64	80.0
Total	80	100.0
<b>Estado civil</b>		
Soltero	11	13.8
Casado	34	42.5
Viudo	27	33.8
Divorciado	8	10.0
Total	80	100.0
<b>Grado de instrucción</b>		
Primaria	33	41.3
Secundaria	25	31.3
Técnico	10	12.5
Superior	12	15.0
Total	80	100.0
<b>Ocupación</b>		
Independiente	9	11.3
Dedicado a los quehaceres	47	58.8
Familiar no remunerado	3	3.8
Desempleado	3	3.8
Jubilado	18	22.5
Total	80	100.0
<b>Constitución familiar</b>		
Nuclear	54	67.5
Nuclear completa	10	12.5
Familia extensa	5	6.3
Vive solo	11	13.8
Total	80	100.0
<b>N° de miembros en la familia</b>		
0-1	18	22.5
2-3	41	51.3
4+	21	26.3

Total	80	100.0
<b>Tipo de enfermedad</b>		
Ninguna	25	31.3
Diabetes tipo II	12	15.0
Hígado grado	2	2.5
Hipertensión arterial	15	18.3
Otros	26	32.5
Total	80	100.0

**Fuente.** Matriz de sistematización de datos

Los adultos mayores que asisten al Centro de Salud Ampliación Paucarpata, presentan las siguientes características sociodemográficas: 37.5 % tienen entre 76- 80 años, 80% son de sexo femenino, 42.5% tienen el estado civil de casado, 41.3% tiene grado de instrucción primaria, 58.8% se dedica a los quehaceres del hogar, 67.5% cuenta con constitución familiar nuclear, 51.3% vive de 2 – 3 familiares y el 32.5% padecen de otras enfermedades como pre diabetes, colesterol, triglicéridos y cáncer.

Se deduce que la mayoría de adultos mayores, son del sexo femenino, casadas con grado de instrucción primaria, dedicadas al quehacer del hogar, con constitución familiar nuclear de 2 a 3 miembros y padecen de enfermedades fisiológicas.

**TABLA N<sup>o</sup> 2**  
**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN SEXO**

		Sexo		
		Masculino	Femenino	Total
Deterioro	<i>f</i>	5	28	33
	%	6.3%	35.0%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	4	5	9
	%	5.0%	6.3%	11.3%
Normal	<i>f</i>	7	31	38
	%	8.8%	38.8%	47.5%
Total	<i>f</i>	16	64	80
	%	20.0%	80.0%	100.0%

$$X^2=3.90; p \text{ valor}=0.142$$

En la tabla 2 se observa que el 80% de adultos mayores son del sexo femenino, 38.8% se encuentra en un estado mental normal.

El análisis estadístico inferencial por medio de la prueba estadística de Chi cuadrado, se observa que no existe relación entre el deterioro cognitivo y el sexo ya que el p valor es mayor al 0.05.

**TABLA N° 3**  
**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN EDADES**

		EDAD				Total
		60-65	66-70	71-75	76-80	
Deterioro	<i>f</i>	3	3	10	17	33
	%	3.8%	3.8%	12.5%	21.3%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	1	4	0	4	9
	%	1.3%	5.0%	0.0%	5.0%	11.3%
Normal	<i>f</i>	12	8	9	9	38
	%	15.0%	10.0%	11.3%	11.3%	47.5%
Total	<i>f</i>	16	15	19	30	80
	%	20.0%	18.8%	23.8%	37.5%	100.0%

**$X^2=16.29$ ; p valor=0.012**

Se realizó la prueba de Chi cuadrado entre el deterioro cognitivo y las edades, donde se encuentra que existen diferencias significativas ya que el p valor es menor a 0.05. Lo que quiere decir que a mayor edad hay mayor prevalencia de deterioro cognitivo.

**TABLA N° 4**  
**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN ESTADO CIVIL**

		Soltero	Casado	Viudo	Divorciado	Total
Deterioro	<i>f</i>	4	13	12	4	33
	%	5.0%	16.3%	15.0%	5.0%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	3	6	0	0	9
	%	3.8%	7.5%	0.0%	0.0%	11.3%
Normal	<i>f</i>	4	15	15	4	38
	%	5.0%	18.8%	18.8%	5.0%	47.5%
Total	<i>f</i>	11	34	27	8	80
	%	13.8%	42.5%	33.8%	10.0%	100.0%

$$\chi^2=8.78; p \text{ valor}=0.186$$

Al análisis estadístico inferencial por medio de la prueba estadística de Chi cuadrado, entre el deterioro cognitivo y el estado civil, se observa que no existe relación, esto quiere decir que el estado civil no influye en el deterioro cognitivo.

TABLA N° 5

DETERIORO COGNITIVO SEGÚN GRADO DE INSTRUCCIÓN

		GRADO DE INSTRUCCIÓN				
		Primaria	Secundaria	Técnico	Superior	Total
Deterioro	<i>f</i>	27	4	1	1	33
	%	33.8%	5.0%	1.3%	1.3%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	2	5	2	0	9
	%	2.5%	6.3%	2.5%	0.0%	11.3%
Normal	<i>f</i>	4	16	7	11	38
	%	5.0%	20.0%	8.8%	13.8%	47.5%
Total	<i>f</i>	33	25	10	12	80
	%	41.3%	31.3%	12.5%	15.0%	100.0%

**$X^2=43.194$ ; p valor=0.00**

Se realizó el análisis estadístico inferencial por medio de la prueba estadística de Chi cuadrado entre grado de instrucción y deterioro cognitivo, se observa que existen diferencias significativas ya que el p valor es menor a 0.05. Esto quiere decir que a mayor grado de instrucción menor probabilidad de padecer deterioro cognitivo.

**TABLA N° 6**  
**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN OCUPACIÓN**

		OCUPACIÓN					Total
		Independiente	Dedicado a los quehaceres	Familiar no remunerado	Desempleado	Jubilado	
Deterioro	<i>f</i>	1	23	0	2	7	33
	%	1.3%	28.8%	0.0%	2.5%	8.8%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	0	1	3	1	4	9
	%	0.0%	1.3%	3.8%	1.3%	5.0%	11.3%
Normal	<i>f</i>	8	23	0	0	7	38
	%	11.3%	58.8%	3.8%	3.8%	22.5%	100.0%

**$X^2=39.500$ ; p valor=0.00**

Se realizó el análisis estadístico inferencial por medio de la prueba estadística de Chi cuadrado, entre deterioro cognitivo y ocupación, se observa que existen diferencias significativas ya que el p valor es menor a 0.05. Esto quiere decir que los que se dedican a realizar alguna actividad tienen menor tendencia a padecer deterioro cognitivo.

TABLA N° 7

DETERIORO COGNITIVO SEGÚN CONSTITUCIÓN FAMILIAR

		CONSTITUCIÓN FAMILIAR				
		Nuclear	Nuclear completa	Familia extensa	Vivo solo	Total
Deterioro	<i>f</i>	22	4	1	6	33
	%	27.5%	5.0%	1.3%	7.5%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	4	0	3	2	9
	%	5.0%	0.0%	3.8%	2.5%	11.3%
Normal	<i>f</i>	28	6	1	3	38
	%	35.0%	7.5%	1.3%	3.8%	47.5%
Total	<i>f</i>	54	10	5	11	80
	%	67.5%	12.5%	6.3%	13.8%	100.0%

**$X^2=16.180$ ; p valor=0.013**

Se realizó el análisis estadístico inferencial por medio de la prueba estadística de Chi cuadrado, entre deterioro cognitivo y constitución familiar, se observa que existen diferencias significativas ya que el p valor es menor a 0.05. Esto quiere decir que los que se encuentran dentro de una familia nuclear tienen menos probabilidad de padecer deterioro cognitivo.

**TABLA N° 8**

**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN NÚMERO DE MIEMBROS DE LA FAMILIA**

		N° DE MIEMBROS DE LA FAMILIA			
		0-1	2-3	4+	Total
Deterioro	<i>f</i>	8	15	10	33
	%	10.0%	18.8%	12.5%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	3	3	3	9
	%	3.8%	3.8%	3.8%	11.3%
Normal	<i>f</i>	7	23	8	38
	%	8.8%	28.8%	10.0%	47.5%
Total	<i>f</i>	18	41	21	80
	%	22.5%	51.3%	26.3%	100.0%

**$X^2=2.98$ ; p valor=0.561**

Se realizó el análisis estadístico inferencial por medio de la prueba estadística de Chi cuadrado, entre deterioro cognitivo y el número de miembros de la familia, se observa que no existe relación por lo tanto el número de miembros de la familia no influye en el deterioro cognitivo.

**TABLA N° 9**  
**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN LA PRESENCIA DE ENFERMEDAD FISIOLÓGICA**

		PRESENCIA DE ENFERMEDAD FISIOLÓGICA					
		Ninguna	Diabetes tipo II	Hígado graso	Hipertensión arterial	Otros	Total
Deterioro	<i>f</i>	8	8	2	5	10	33
	%	10.0%	10.0%	2.5%	6.3%	12.5%	41.3%
Sospecha patológica	<i>f</i>	3	0	0	2	4	9
	%	3.8%	0.0%	0.0%	2.5%	5.0%	11.3%
Normal	<i>f</i>	14	4	0	8	12	38
	%	17.5%	5.0%	0.0%	10.0%	15.0%	47.5%
Total	<i>f</i>	25	12	2	15	26	80
	%	31.3%	15.0%	2.5%	18.8%	32.5%	100.0%

**$X^2=8.34$ ; p valor=0.401**

Se realizó el análisis estadístico inferencial por medio de la prueba estadística de Chi cuadrado, entre deterioro cognitivo y presencia de enfermedad fisiológica, se observa que no existe relación por lo que la presencia de alguna enfermedad fisiológica no influye en el deterioro cognitivo.

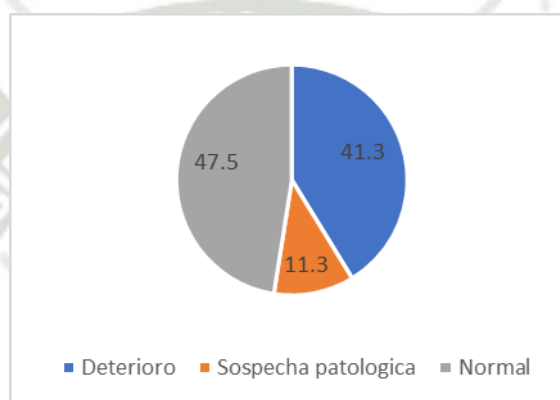
TABLA N° 10

## NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES

	Frecuencia	Porcentaje
Deterioro	33	41.3
Sospecha patológica	9	11.3
Normal	38	47.5
Total	80	100.0

GRAFICO N° 1

## NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES



Como se observa en la tabla 10 y el gráfico 1 el 47.5% de la muestra se encuentra sin presencia de deterioro cognitivo, lo que quiere decir que la facultad de lenguaje, orientación, concentración, fijación, cálculo, memoria, atención y orientación espacial están funcionales. Por otro lado, 41.3% se encuentra con deterioro cognitivo y el 11.3% de la población tiene sospecha patológica.

**TABLA N° 11**  
**NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO DE LAS DIMENSIONES DE DETERIORO COGNITIVO**

		Frecuencia	Porcentaje
Orientación temporal	Deterioro	1	1.3
	Sospecha patológica	12	15.0
	Normal	67	83.8
	Total	80	100.0
Fijación	Deterioro	1	1.3
	Sospecha patológica	4	5.0
	Normal	75	93.8
	Total	80	100.0
Atención y calculo	Deterioro	37	46.3
	Sospecha patológica	18	22.5
	Normal	25	31.3
	Total	80	100.0
Memoria	Deterioro	39	48.8
	Sospecha patológica	24	30.0
	Normal	17	21.3
	Total	80	100.0
Lenguaje	Sospecha patológica	24	30.0
	Normal	56	70.0
	Total	80	100.0
Orientación espacial	Sospecha patológica	4	5.0
	Normal	76	95.0
	Total	80	100.0

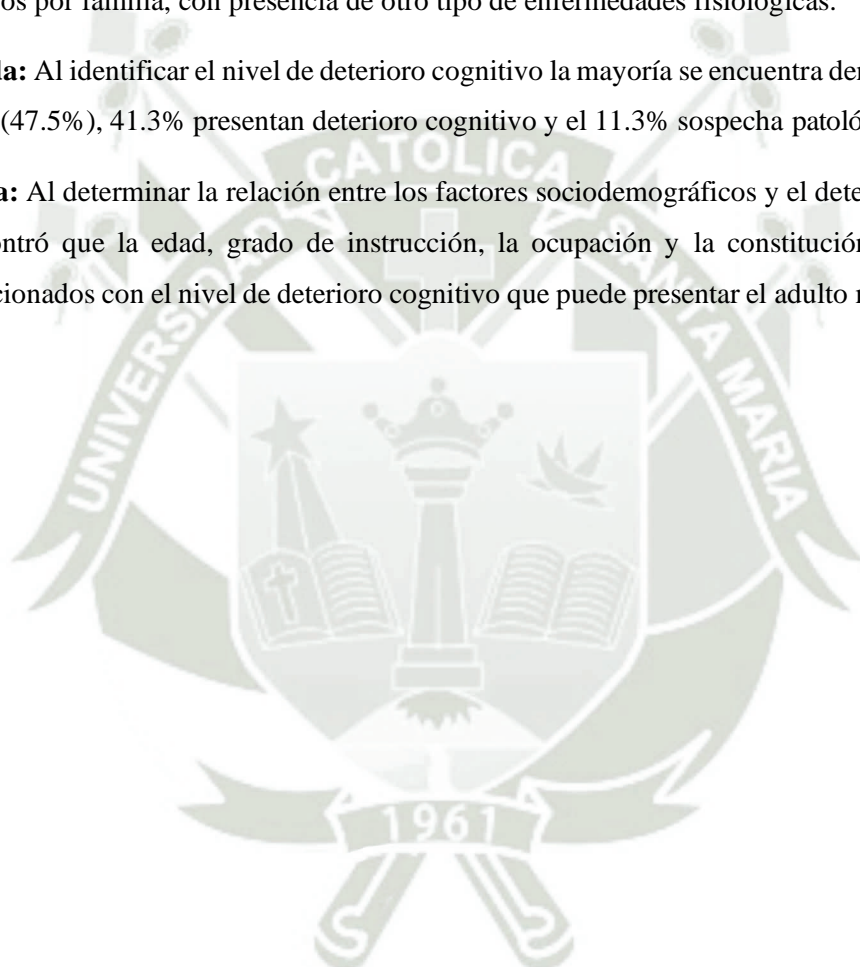
Como se observa en la tabla 11 el 83.8%, el 93.8%, el 70% y 95% de los encuestados están en un estado normal en orientación, fijación, lenguaje y orientación espacial respectivamente; así mismo el 46.3% y 48.8% presenta deterioro en atención y calculo y memoria.

## CONCLUSIONES

**Primera:** Los factores sociodemográficos prevalentes en los adultos mayores fueron de sexo femenino, la mayoría se encuentra entre 76-80 años, estado civil casados, grado de instrucción primaria, ocupación dedicados a quehaceres del hogar, constitución familiar nuclear de 2 – 3 miembros por familia, con presencia de otro tipo de enfermedades fisiológicas.

**Segunda:** Al identificar el nivel de deterioro cognitivo la mayoría se encuentra dentro de un rango normal (47.5%), 41.3% presentan deterioro cognitivo y el 11.3% sospecha patológica.

**Tercera:** Al determinar la relación entre los factores sociodemográficos y el deterioro cognitivo, se encontró que la edad, grado de instrucción, la ocupación y la constitución familiar están correlacionados con el nivel de deterioro cognitivo que puede presentar el adulto mayor.



## RECOMENDACIONES

1. Al centro de salud Ampliación Paucarpata se recomienda realizar campañas de salud mental a cargo del servicio social y personal de psicología con la finalidad de informar, promocionar y prevenir el desarrollo de deterioro cognitivo.
2. Al personal de enfermería que labora en el centro de salud Ampliación Paucarpata se recomienda realizar consejería integral a la familia en base a actividades, cuidados, alimentación y seguimiento a los adultos mayores.
3. A los adultos mayores que asisten al centro de salud se recomienda que continúen asistiendo a sus actividades de estimulación cognitiva, ejercicio físico, talleres de Thai Chi, talleres de tejido y sesiones de yoga para amortiguar el avance de la enfermedad

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Anestesióloga M, En Bioética E, Cristina D, Benavides-Caro A. Deterioro cognitivo en el adulto mayor [Internet]. Medigraphic.com. 2017 [citado el 21 de Abril de 2023]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
2. Toscano González A. La psicoestimulación como agente favorecedor en las habilidades de procesamiento de las personas mayores femeninas del asilo Hogar de Nazareth relacionado con el desempeño en las actividades básicas de la vida diaria. [Internet]. Universidad de Santander “UDES”- Campus Cucuta.2019 [Citado 21 de abril del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.udes.edu.co/server/api/core/bitstreams/9323d6a1-eb71-42a8-8926-607cfb54d770/content>
3. Martínez Sanguinetti M, et al 6. Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. [Internet] Scielo. 2019 agosto; 47(8) [Consultado el 8 de noviembre del 2022]. Disponible en: [doi.org/10.4067/S0034-98872019000801013](https://doi.org/10.4067/S0034-98872019000801013)
4. Rojas Zepeda C, et al 6. Factores de riesgo sociodemográficos y mórbidos asociados a deterioro cognitivo leve en adultos mayores. [Internet] Dialnet, 2021; 15(2):43-56.) [Consultado el 8 de noviembre del 2022] Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8167944>.
5. Otoy Chirinos E. Diferencias en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que padecen de violencia y los que no la padecen del Hospital Militar, 2020. [Internet] Lima: Universidad Cesar Vallejo; 2021. [Consultado el 8 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/62981>.
6. Figueroa Gonzalez D, Puertas Aranza A. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores de los centros del patrono de Amparo Social de Canton Loja [Internet]. Universidad Nacional Loja. 2019.[Consultado el 18 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/22568>.
7. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan Nacional para las personas adultas mayores. [Internet]. Lima. 2017. [Citado el 10 de octubre del 2022]. Disponible en: [https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines\\_dvmpv/cuaderno\\_5\\_dvmpv.pdf](https://www.mimp.gob.pe/files/mimp/especializados/boletines_dvmpv/cuaderno_5_dvmpv.pdf).
8. Phele Rojas Y, Cespedes Quispe Y. Nivel de funcionalidad en relación al riesgo de caídas de la persona del adulto mayor institucionalizada en la casa acogida fundación Apaktone, [Internet]. Puerto Maldonado. 2017.Universidad Nacional Amazónica de Madre de Dios. [Citado el 10 de octubre del 2022] Disponible en: <https://repositorio.unamad.edu.pe/handle/20.500.14070/275>.

9. Organización Mundial de la Salud. World Health organization. [Internet]. OMS, 2022 [citado el 12 de diciembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet] Lima: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. 2015-2016. [citado el 12 de diciembre del 2022] Disponible en: [https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/pub\\_p1.pdf](https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/pub_p1.pdf).
11. Phele Rojas Y, Cespedes Quispe Y. Nivel de funcionalidad en relación al riesgo de caídas de la persona del adulto mayor institucionalizada en la casa acogida fundación Apaktone, [Internet] Puerto Maldonado, 2017. Madre de Dios: Universidad Nacional Amazonica de Madre de Dios; 2017. [citado el 12 de diciembre del 2022] Disponible en: <https://repositorio.unamad.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14070/275/004-1-9-016.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
12. American Psychiatric Association. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. 5th ed. Estados Unidos: Panamericana; 2014.
13. Casanova Carrillo P. Deterioro cognitivo en la tercera edad. [Internet] Scielo. 2004 diciembre; 20(6). [citado el 26 de diciembre del 2022] Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252004000500012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012)
14. Rosselli M, Ardilla A. Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. [Internet] Revista Neuro. 2012 diciembre; 12(1). Disponible en: <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/321>.
15. Arriola Manchola E, et al. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. [Internet] España: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología. 2017. [citado el 6 de enero del 2023] Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>.
16. Fritsch T, McClendon M, Smyth A, Lerner A. Cognitive Functioning in Healthy Aging: The Role of Reserve and Lifestyle Factors Early in Life. [Internet] PubMed. 2007; 47(3). [citado el 6 de enero del 2023] Disponible en: 10.1093/geront/47.3.307.
17. Karp A, Kåreholt I, Chengxuan T, Bellander T, Winblad B, Fratiglioni L. Relation of Education and Occupation-based Socioeconomic Status to Incident Alzheimer's Disease. [Internet] PubMed. 2004. Enero; 159(2). [citado el 6 de enero del 2023] Disponible en: doi: 10.1093/aje/kwh018
18. Soong-Nang J, Yong-Jun C, Dong-Hyun K. Association of Socioeconomic Status with Successful ageing: Differences in the components of successful ageing. [Internet] PubMed. 2009. 41(2). [citado el 6 de enero del 2023] Disponible en: doi: 10.1017/S0021932008003052
19. Hernando Requejo V. Nutrición y deterioro cognitivo. [Internet] Scielo. 2016. 33 (4). [citado el 12 de octubre del 2022] Disponible en: <https://dx.doi.org/10.20960/nh.346>.

20. Folstein M, McHugh P. Mini-mental state". [Internet] J Psychiatr Res. National Library of Medicine. 1975; 12(3). [citado el 15 de noviembre del 2022]. Disponible en: Doi: 10.1016/0022-3956(75)90026-6.
21. Chuquipul Mendoza P, Izaguirre Martinez C. Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. [Internet] In. Lima: Universidad Privada Norbert Wiener; 2018. [citado el 6 de enero del 2023] Disponible en: <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3149298>.
22. Ka Yan L, Webster C, Kumari S, Gallacher J, Sarkar C. The associations of socioeconomic status with incident dementia and Alzheimer's disease are modified by leucocyte telomere length: a population-based cohort study. [Internet] 2023. 13(6163). [citado el 15 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://doi.org/10.1038/s41598-023-32974-x>.
23. Yunhwan L, Joung Hwan B, Jinhee H, Haewon B. Multiple Socioeconomic Risks and Cognitive Impairment in Older Adults. [Internet] National Library of Medicine. 2010; 29(6), 523-529. [citado el 15 de noviembre del 2022]. Disponible en: Doi: 10.1159/000315507
24. Mohajeri Hasan M, Roesch B, Weber P. Inadequate supply of vitamins and DHA in the elderly: Implications for brain aging and Alzheimer-type dementia. [Internet] Nutrition. 2015; 3. [citado el 15 de noviembre del 2022]. Disponible en: Doi: 10.1016/j.nut.2014.06.016.
25. Tigre Bueno J, Rodríguez Pardillo C, Gonzales Estrella J, Aldaz Barrena C. Funcionalidad familiar y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la zona 7. Ecuador, 2016. [Internet] Medicina. 2018; 22(1). [citado el 15 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8289872>.
26. Barreto Tamay O, Rojas Velazco G. Deterioro cognitivo y su asociación con la funcionalidad familiar en pacientes adultos mayores del Centro de Salud Asistencia Social, durante el periodo enero-junio de 2019 [Internet] Quito: Universidad Central de Ecuador; 2020. [citado el 15 de noviembre del 2022]. Disponible en: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/20897>.
27. Raile Alligood M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. [Internet] 7th ed. España: Elsevier; 2010. [citado el 15 de noviembre del 2022].
28. Austria Reyes A, Maya A, López Nolasco B, Santander Hernández J, Maya Sánchez A, Cano Estrada E. Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México. [Internet] Revista de Enfermería Neurológica. 2021 (1). [citado el 15 de noviembre del 2022]. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/324>
29. Echevarría Laureano JM, Solano Condor E. Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019. [Internet] Universidad Peruana Los Andes; 2019. [citado el 15 de noviembre del 2022] Disponible en: <https://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1077>

30. Chamane Quezada F. Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores institucionalizados en la casa hogar San José en la Región Lambayeque. [Internet] Universidad Particular de Chiclayo; 2022. [citado el 15 de noviembre del 2022] Disponible en:  
[http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/1609/1/T044\\_74459227\\_T.pdf](http://repositorio.udch.edu.pe/bitstream/UDCH/1609/1/T044_74459227_T.pdf).
31. Prado Arhuire J. Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma, 2020. [Internet] Universidad Nacional de San Agustín; 2020. [citado el 15 de noviembre del 2022] Disponible en:  
<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10877>
32. Fredes Pasaca, Gabriela Alexandra. Deterioro cognitivo y factores asociados al grado de dependencia funcional. En pacientes adultos mayores hospitalizados en el hospital III Goyeneche – 2022. [Internet] Universidad Nacional de San Agustín; 2022. [citado el 15 de noviembre del 2022] Disponible en: <http://hdl.handle.net/20.500.12773/14534>
33. Bazalar Guitierrez G, Olórtegui Moncada A. Deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores de un hospital de día de Surco – 2020 Lima: [Internet] Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2021. [citado el 15 de noviembre del 2022] Disponible en:  
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/16678?show=full>
34. Robles Arana Y. Adaptacion del Mini Mental State Examination Lima: [Internet] Universidad Mayor de San Marcos; 2003. [citado el 15 de noviembre del 2022] Disponible en:  
<https://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/3303>
35. Martínez Secada, C. Deterioro cognitivo asociado a sobrepeso y obesidad en pacientes geriátricos hospitalizados del hospital regional Honorio Delgado Espinoza 2018. [citado el 20 de noviembre del 2023] Disponible en: <https://repositorio.unsa.edu.pe/items/eec89568-b429-4596-ae21-0c6321b36a0a>
36. Sld.cu. [citado el 20 de noviembre del 2023] Disponible en:  
<https://tesis.hlg.sld.cu/index.php?P=DownloadFile&Id=1435>
37. Diabetes Tipo II [Internet]. Google.com. [citado el 27 de abril de 2024]. Disponible en:  
[https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.paho.org/es/temas/diabetes&ved=2ahUKEwj0IYzrxoFAxV-G7kGHaqfBNUQFnoECCAQAQ&usg=AOvVaw1tnY4\\_iE4pTmDInce55jXB](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.paho.org/es/temas/diabetes&ved=2ahUKEwj0IYzrxoFAxV-G7kGHaqfBNUQFnoECCAQAQ&usg=AOvVaw1tnY4_iE4pTmDInce55jXB)
38. Hipertensión Arterial [Internet]. Google.com. [citado el 27 de abril de 2024]. Disponible en:  
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.who.int/es/health-topics/hypertension%23::~:~:text=3DLa%2520hipertensi%25C3%25B3n%2520o%2520hipertensi%25C3%25B3n%2520arterial,medio%2520de%2520los%2520vasos%2520sangu%25C3%25ADneous.&ved=2ahUKEwiYzb6fyOOFaxWIF7kGHQfDCIsQFnoECBsQAaw&usg=AOvVaw0mhB2gD4knzWAIzflVaeWI>
39. Hígado Graso [Internet]. Google.com. [citado el 27 de abril de 2024]. Disponible en:  
<https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/triglicerido&ved=2ahUKEwjO4Mv7yuOFAxUIF7kGHbedDjwQFnoECCgQAQ&usg=AOvVaw1aD5ca39LTnaFviiFR3rQm>

40. Triglicéridos [Internet]. Google.com. [citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: [https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/colesterol/&ved=2ahUKEwini-SCzeOFaxWCCbkGHQagDI4QFnoECEgQAQ&usg=AOvVaw3jQTUE3fv779\\_T1gqAM1eU](https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.texasheart.org/heart-health/heart-information-center/topics/colesterol/&ved=2ahUKEwini-SCzeOFaxWCCbkGHQagDI4QFnoECEgQAQ&usg=AOvVaw3jQTUE3fv779_T1gqAM1eU)
41. Colesterol [Internet]. Google.com. [citado el 28 de abril de 2024]. Disponible en: <https://www.google.com/url?sa=t&source=web&rct=j&opi=89978449&url=https://www.nidk.nih.gov/health-information/informacion-de-la-salud/enfermedades-higado/esteatohepatitis-no-alcoholica&ved=2ahUKEwiFrtqNzuOFaxWGBLkGHZ-kDYYQFnoECEMQAQ&usg=AOvVaw3-u5JLiKXD9RmIdcgiKiSm>



## ANEXOS

### Anexo 1: Consentimiento Informado

#### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo habiendo sido informado sobre el estudio “Factores sociodemográficos relacionados al deterioro cognitivo en adultos mayores en el centro de salud Ampliación Paucarpata - Arequipa, 2023”; realizado por las bachilleres en enfermería Aquice Llerena, Kimberly y Correa Rivera, Nhagiely de la Universidad Católica de Santa María con el fin de presentar un proyecto de tesis para proceso de titulación. Este estudio presenta los objetivos de valorar el deterioro cognitivo en adultos mayores y determinar cuáles son los factores sociodemográficos presentes en el deterioro cognitivo.

De modo que, DOY MI CONSENTIMIENTO, para compartir mis datos tomados en la aplicación del instrumento y sean procesados, contando con la presentación final de los resultados a mi persona.

En fe de lo cual por mi propia voluntad firmo el presente documento, sin ningún tipo de presión o coacción.

Arequipa,.....de .....del 2023

\_\_\_\_\_  
FIRMA

## Anexo 2: Ficha sociodemográfica

### Sexo

- € Femenino
- € Masculino

€ Jubilado

### Edad:

- € 60 años 65 años
- € 66 a 70 años
- € 71 a 75 años
- € 76 a 80 años

### Constitución familiar

- € Nuclear (padres e hijos)
- € Nuclear completa
- € Familia extensa (abuelos, tíos, etc.)
- € Vivo sola (o)

### Estado Civil:

- € Soltero
- € Casado
- € Viudo
- € Divorciado

### Número de miembros de la familia

- € 0 a 1
- € 2 a 3
- € 4+

### Grado de instrucción:

- € Primaria
- € Secundaria
- € Técnico
- € Superior

### Presencia de enfermedad fisiológica

- € Diabetes miellitus tipo 2
- € Hígado graso
- € Hipertensión arterial
- € Otra

### Ocupación:

- € Trabajador independiente
- € Trabajador dependiente
- € Dedicado a los quehaceres del hogar
- € Trabajador familiar no remunerado
- € Desempleado

Anexo 3: Cuestionario de mini mental

MINI -MENTAL STATE EXAMINATION														
Nombre y Apellidos:														
Fecha nacimiento:						Estudios:								
¿A que edad finalizó los estudios?:						Sabe leer:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
Profesión:						Sabe escribir:		Sí <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/>						
I. ORIENTACIÓN TEMPORAL				II. FIJACION				V. LENGUAJE						
¿En qué año estamos ?				Nombrar 3 objetos,				Señalando el lápiz ¿Qué es esto?						
¿Qué día del mes es hoy?				a intervalos de 1 segundo				INC	0	COR	1			
¿En qué mes del año estamos?				BICICLETA, CUCHARA, MANZANA				Señalando el reloj ¿Qué es esto?						
RESPUESTA		REAL		Ahora dígalos usted				INC	0	COR	1			
Día	Mes	Año	Día	Mes	Año		INC	COR		0	1	2		
0	0	0	0	0	0	BICICLETA	0	1	Quiero que repita lo siguiente:					
1	1	1	1	1	1	CUCHARA	0	1	"NI SÍ, NI NO, NI PEROS"					
2	2	2	2	2	2	MANZANA	0	1		0	1			
3	3	3	3	3	3		0	1	2	3	Haga lo que le voy a decir			
4	4	4	4	4	4	Repetir los nombres hasta que			INC	COR				
5	5	5	5	5	5	los aprenda.			0	1				
6	6	6	6	6	6									
7	7	7	7	7	7	III. ATENCION Y CALCULO								
8	8	8	8	8	8	Le voy a pedir que reste desde			dóblelo por la	0	1			
9	9	9	9	9	9	100 de 7 en 7			mitad					
¿Qué día de la semana es hoy?				RES	REAL	INC	COR	y déjelo en el						
RESPUESTA					93	0	1	suelo						
L	M	X	J	V	S	D		86	0	1	0	1	2	3
REAL					79	0	1	Haga lo que dice aquí:						
L	M	X	J	V	S	D		72	0	1	(mostrar atrás de esta hoja)			
¿En qué estación del año estamos?					65	0	1	"Cierre los ojos"						
RESPUESTA		REAL			0	1	2	3	4	5		0	1	

PRIMA		PRIMA		Deletree al revés la palabra				Escriba una frase que tenga												
VERANO		VERANO		<b>MUNDO</b>				sentido (atrás de esta hoja)												
OTOÑO		OTOÑO		RES	REAL	INC	COR			0	1									
INVIER		INVIER			O	0	1	Copie este dibujo (atrás de esta												
	0	1	2	3	4	5		D	0	1	hoja)									
<b>ORIENTACION ESPACIAL</b>					N	0	1			0	1									
¿En qué país estamos?					U	0	1	<b>PUNTUACION TOTAL</b>												
INC	0	COR	1		M	0	1	0	1	2	3									
¿En qué provincia estamos?					0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9
INC	0	COR	1	<b>IV. MEMORIA</b>				Puntuación máxima (30)												
¿En qué ciudad estamos?				Dígame el nombre de los tres				<b>EDAD</b>												
INC	0	COR	1	objetos que le nombré antes				E		≤ 50	51-75	>75								
¿Dónde estamos ahora?					INC	COR	S	≤ 8	0	+1	+2									
INC	0	COR	1	BICICLETA	0	1	C	9-17	-1	0	+1									
¿En qué piso /planta estamos?				CUCHARA	0	1	O	>17	-2	-1	0									
INC	0	COR	1	MANZANA	0	1	L													
	0	1	2	3	4	5		<b>PUNTUACION</b>												
							0	1	2	3	<b>CORREGIDA</b>									

