



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADEMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA



PROYECTO DE TESIS

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DETERIORO
COGNITIVO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD “APARICIO POMARES”,
HUÁNUCO 2015”

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE:
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

TESISTA: Sussan Yassmine, RUBIN DOMINGUEZ

ASESOR: Eler, BORNEO CANTALICIO

HUÁNUCO - PERÚ

2017

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DETERIORO
COGNITIVO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD “APARICIO POMARES”,
HUÁNUCO 2015”



UDH
UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO
http://www.udh.edu.pe

UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO

**FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

En la ciudad de Huánuco, siendo las 15:00 horas del día 20 del mes de abril del año dos mil diecisiete, en el Auditorio de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento de lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad de Huánuco, se reunió el Jurado Calificador integrado por los docentes:

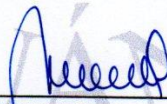
- Dra. Gladys Liliana Rodríguez De Lombardi **Presidenta**
- Lic. Enf. Diana Karina Palma Lozano **Secretaria**
- Lic. Enf. Bertha Serna Román **Vocal**

Nombrados mediante Resolución N°278-2017-D-FCS-UDH, para evaluar la Tesis intitulado: **“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO DE ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES HUÁNUCO 2015”**, presentada por la Bachiller en Enfermería **Sussan Yasmine RUBIN DOMINGUEZ**, para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Dicho acto de sustentación se desarrolló en dos etapas: exposición y absolución de preguntas, procediéndose luego a la evaluación por parte de los miembros del Jurado.

Habiendo absuelto las objeciones que le fueron formuladas por los miembros del jurado y de conformidad con las respectivas disposiciones reglamentarias, procedieron a deliberar y calificar, declarándolo (a)..... aprobado por..... unanimidad con el calificativo cuantitativo de..... 14 y cualitativo de..... suficiente

Siendo las..... 16:00 horas del día 20 del mes de abril del año 2017, los miembros del Jurado Calificador firman la presente Acta en señal de conformidad.



PRESIDENTA



SECRETARIA



VOCAL

III

DEDICATORIA

A Dios por darme salud y permitirme culminar mis estudios, por ser manantial de vida y darme lo necesario para seguir adelante día a día para lograr mis objetivos y metas, por su infinito amor .

A mí Padre por los ejemplos de perseverancia y constancia que lo caracteriza y que me ha infundado siempre, por el valor mostrado para salir adelante, por su amor que me da día a día sin límites de nada, por el sacrificio que hace para apoyarme y por darme lo mejor.

A mí Madre por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor y comprensión y porque nunca dudó que lograría este triunfo.

La autora.

IV

AGRADECIMIENTOS

A la Universidad de Huánuco, Facultad de Ciencias de la salud, Escuela Académica de Enfermería y sus Docentes por su amabilidad, atenciones y por los conocimientos transmitidos a lo largo de estos años académicos.

A mi Asesora Lic. Eler Borneo Cantalicio, por impartir sus conocimientos, por la confianza dada, por su dedicación para conmigo y su apoyo en esta investigación.

A Licenciadas Miembros del Jurado quienes me apoyaron desinteresadamente y colaboraron con sus aportes invaluable para la culminación de este estudio.

Al personal del centro de salud Aparicio Pomares por cederme sus instalaciones de su prestigiosa institución para la aplicación de los instrumentos.

A todos mis familiares, amigos quienes de estuvieron conmigo siempre, quienes me apoyaron y alentaron para continuar con esta investigación.

La autora.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados y el deterioro cognitivo del adulto mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares.

Métodos: Se llevó a cabo un estudio descriptivo relacional con 98 adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco durante el periodo 2015 y 2016. Se empleó una encuesta sociodemográfica, y escala de Pfeiffer en la recolección de datos. En el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrada.

Resultados: El 70,4% evidenciaron tener un deterioro cognitivo y el 57,1% presentaron factores de riesgo, por otro lado los factores de riesgo sociodemográficos en relación al deterioro cognitivo fueron significativos estadísticamente $P < 0.001$ al igual que los factores de riesgo económicos y los factores de riesgo patológicos, todas con $p \leq 0,05$.

Conclusiones: Los factores de riesgo se asocian con el deterioro cognitivo del adulto mayor que asisten al programa del centro de salud Aparicio pomares

Palabras clave: *Factores de riesgo, deterioro cognitivo*

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the risk factors associated with cognitive impairment and elderly Health Center Aparicio Pomares.

Methods: A descriptive study relational seniors 98 Health Center Aparicio Pomares, Huanuco was conducted during the period 2015 and 2016. A demographic survey, and Pfeiffer scale in data collection was used. chi-square test was used in the inferential analysis of results.

Results: 70.4% showed to have a cognitive impairment and 57.1% had risk factors, on the other hand sociodemographic risk factors related to cognitive impairment were statistically significant $P < 0.001$ as economic risk factors and pathological risk factors, all with $p \leq 0.05$.

Conclusions: Risk factors associated with cognitive decline in the elderly Aparicio attending the health center program pomares

Keywords: Risk factors, cognitive impairment

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable que día a día es más progresivo, a medida que la población envejece aumenta el interés por conocer y entender los efectos de la edad precisamente en el funcionamiento y desempeño cognitivo del adulto mayor; frente a esto se desea conocer que factores relevantemente están asociados al deterioro cognitivo

En este sentido, el objetivo de esta investigación es determinar los factores que intervienen en el deterioro cognitivo de los adultos mayores. De tal manera esta investigación se organizó en cinco capítulos, un primer capítulo se aborda el problema, la formulación del problema, los objetivos, la hipótesis, las variables y la justificación e importancia del estudio.

El segundo capítulo considera el marco teórico, el cual incluye los antecedentes de investigación, las bases teóricas para el sustento del problema y las bases conceptuales

En el tercer capítulo se expone la metodología de la investigación, misma que continúa de los siguientes aspectos: tipo de estudio, diseño de la población y muestra, técnicas e instrumentos de recolección de datos, elaboración y análisis de datos y las consideraciones éticas. Asimismo en el cuarto capítulo se presentan los resultados de la investigación los descriptivos como los inferenciales.

Finalmente en el quinto capítulo se presenta la discusión de los resultados, las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

ÍNDICE GENERAL DEL CONTENIDO

Pag.

CAPÍTULO I**1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN**

1.1. Descripción del problema	1
1.2. Formulación del problema	8
1.2.1. Problema general	8
1.2.2. Problema específico	8
1.3. Objetivos	9
1.3.1. Objetivo general	9
1.3.2. Objetivos específicos	9
1.4. Hipótesis	10
1.4.1. Hipótesis general	10
1.4.2. Hipótesis específicos	11
1.5. Identificación de variables	12
1.5.1. Variable independiente	13
1.5.2. Variable dependiente	13
1.5.3. Variables de caracterización	13
1.6. Operacionalización de variables	13
1.7. Justificación de la investigación	15
1.7.1. A nivel teórico	15
1.7.2. A nivel práctico	15
1.7.3. A nivel metodológico	16

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO	17
2.1 . Antecedentes de investigación	17
2.1.1. Antecedentes internacionales	17
2.1.2. Antecedentes nacionales	22
2.1.3. Antecedentes regionales	24
2.2 . Bases teóricas	24
2.2.1 . teoría del envejecimiento	24
2.2.2 . teoría del deterioro cognitivo	24
2.3 . Bases conceptuales	28
2.3.1. Ddefinición del adulto mayor	28
2.3.2. Clasificación de la población adulta mayor	27
2.3.3. Persona adulta mayor autovalente	29
2.3.4. Persona adulta mayor frágil	29
2.3.5. Persona adulta mayor dependiente o postrada	29
2.3.6. Cambios Sociales del envejecimiento	32
2.3.7. Deterioro cognitivo	33
2.3.8. Deterioro cognitivo en el adulto mayor	33
2.3.9. Nivel de Deterioro Cognitivo	34
2.4 . Definición de términos operacionales	35

CAPÍTULO III

2. MARCO METODOLÓGICO	38
3.1 . Tipo de estudio	38
3.2 Diseño de estudio	38
3.3 . Población	39
3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión	39
3.3.2. Ubicación de la población en el espacio y tiempo	40
3.4 . Muestra y muestreo	40
3.4.1. Unidad de análisis	40
3.4.2. Unidad de muestreo	41
3.4.3. Marco muestral	41
3.4.4. Tamaño de la muestra	41
3.4.5. Tipo de muestra	41
3.5 . Técnicas e instrumentos utilizados en la investigación	42
3.5.1. Técnicas	42
3.5.2. Instrumentos	42
3.5.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos de recolección de datos	43
3.6 . Procedimientos de recolección de datos	44
3.7 . Elaboración de datos	45
3.8 . Análisis e interpretación de datos	47
3.9 Consideraciones éticas	48

CAPITULO IV

2. ANALISIS DE RESULTADOS

2.1. Resultados descriptivos.	51
2.2. Resultados inferenciales.	65

CAPITULO V

3. DISCUSIÓN

3.1. Discusión de los resultados.	69
3.2. Conclusiones.	72
3.3. Recomendaciones.	73
Referencias bibliográficas.	75
Anexos.	79

	Pág.	
Tabla 1.	Características laborales de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	55
Tabla 2.	Características sociodemográficas de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	56
Tabla 3.	Factores de riesgo sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	57
Tabla 4.	Factores de riesgo económicos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	58
Tabla 5.	Factores de riesgo patológicos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	60
Tabla 6.	Factores de riesgo generales de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	62
Tabla 7.	Deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	63
Tabla 8.	Deterioro cognitivo general de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	64

XIII

Tabla 9.	Relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	65
Tabla 10.	Relación entre los factores de riesgo económicos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	66
Tabla 11.	Relación entre los factores de riesgo patológicos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	67
Tabla 12.	Relación entre los factores de riesgo generales y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015	68

CAPÍTULO I

1. EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable que día a día es más progresivo, a medida que la población envejece aumenta el interés por conocer y entender los efectos de la edad precisamente en el funcionamiento y desempeño cognitivo del adulto mayor; frente a esto se desea conocer que factores relevantemente están asociados al deterioro cognitivo (1).

Este interés delimitada en la población adulta mayor es más aun, cuando transitamos hacia una sociedad en la que adquirir, manejar y difundir información, a menudo a través de nuevas tecnologías, no solo es parte integral de la vida laboral, sino también un aspecto importante de la vida cotidiana en el hogar y la sociedad. En estos dos aspectos de la vida contemporánea, el aumento de la edad poblacional y la importancia cotidiana del manejo de información y tecnología, han dado como resultado que el estudio del envejecimiento cognitivo sea cada vez más importante (2).

El estado mental modifica en forma importante las capacidades físicas del adulto mayor, o bien, interfiere con la prevalencia de las incapacidades al no seguir nuestras

indicaciones por no tener una mente clara; ante esto la evaluación de si presenta o no deterioro cognitivo es capital para poder establecer las medidas de prevención y terapéuticas necesarias, permitiéndonos conocer las capacidades del adulto mayor, ya que si presenta deterioro cognitivo positivo no será capaz de responder las preguntas sobre tiempo, espacio y persona de su entorno (3).

Para entender la esencia del deterioro cognitivo dice Gallegos (2009) que se debe conocer la contraparte que es el estado cognitivo, para esto se debe saber su etimología que en latín la palabra cognición corresponde a los términos, conocimiento y conocer lo que se da a entender que es “captar o tener la idea de una cosa, llegar a saber su naturaleza, cualidades, mediante las facultades mentales”, dicho de otra manera, es un conjunto de procesos mentales que tienen lugar entre la recepción de los estímulos y la respuesta de éstos, funciones complejas que operan sobre las representaciones perceptivas o recobradas de la memoria a largo plazo (4).

El número de personas en el mundo con deterioro cognoscitivo en el año 2000 fue de 20 millones aproximadamente y esta cifra se duplicará cada 20 años hasta alcanzar los 81.1 millones en el 2040 (Ferri CP, 2005). Aunado a esto, la demencia es uno de los determinantes mayores para el desarrollo de dependencia y deterioro funcional en los adultos mayores de 75 años (Aguero-Torres H, 1998), con la consiguiente carga para el cuidador primario, además de ser un fuerte predictor de mortalidad con un riesgo de 2 a 3 veces mayor al compararse con otras enfermedades que acortan la esperanza de vida.

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez siendo un proceso generalizado, todos los países de la región marchan hacia sociedades más envejecidas. En 1950 sólo el 5.4% de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8%, mientras que para el 2025 se estima un 12.8% de la población en este grupo y para el 2050 el 22%, mientras la población en general crece en un 1.5%, la población mayor de 60 crece en un 3.5%. El 75% de las personas que nacen hoy en América Latina y el Caribe serán adultos mayores y un 40% sobrepasarán sus 80 años. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará (6)

Existen varios estudios epidemiológicos, por ejemplo el Eurodem Consortium que documentaron como la prevalencia de demencia se incrementa con la edad, mientras que en la población entre 60 y 65 años, solo hay una prevalencia del 1%, en la población entre 80-85 años del 13% y en la población entre 90-95 años llega a 32%; a partir de lo cual, se obtiene una prevalencia global del 5% en adultos > 65 años de edad, que se eleva al 20% en adultos > 80años (NICE, 2007).

Datos derivados de la Encuesta de Salud y Envejecimiento de Latinoamérica (SABE, 2001), revelan que el 11% de la población mayor de 60 años padece algún grado de deterioro cognoscitivo. En México la prevalencia general de deterioro cognoscitivo es una condición importante en la población mayor de 65 años, se encuentra alrededor del 8% (ENASEM 2007). La prevalencia del deterioro cognoscitivo más dependencia funcional (demencia), fue de 3.3%, similar a la reportada para demencia en algunos países de Latinoamérica (Mejía-Arango S, 2007). En la mayoría de los estudios las mujeres parecen tener una mayor incidencia, lo cual sugiere que la prevalencia incrementada no es debida en su totalidad a una mayor longevidad. (NICE, 2007).

La prevalencia del deterioro cognitivo va desde 1% al 42%. En los adultos mayores de 65 años la frecuencia del deterioro cognitivo van de 3% al 19% con una conversión anual a demencia entre el 5% a 10%. Estudios de deterioro cognitivo en Latinoamérica, han reportado una prevalencia global de 13.6% en mayores de 50 años (8).

En el Perú según estudios demográficos revelan un aumento significativo de la población mayor de 60 años, no sólo en países desarrollados donde es del 12 al 15%, sino también en países en vías de desarrollo. Trabajos de proyección de crecimiento poblacional realizados en el país muestran que representan el 7.4% de la población y se espera que dicho grupo crezca hasta el 12% para el año 2025 (9).

Asimismo, la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo o cognitivo en la población peruana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, (tales como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebral y depresión), lo que señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población de adultos mayores.

Constituyendo el adulto mayor un porcentaje considerable de la población peruana, prevaleciendo como una prioridad como sujeto de investigación, su importancia en la salud pública ha tomado relevancia en todo el mundo debido al fenómeno de “envejecimiento global” que existe tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Se ha observado que el deterioro cognitivo en el adulto mayor ha ido aumentando con los años, con una gran incidencia en las poblaciones en donde los niveles educativos son muy bajos o existe una alta tasa de analfabetismo.

En realidad, la evaluación del estado cognitivo del adulto mayor debe ser realizada con una historia clínica cuidadosa y dirigida a orientarnos sobre el diagnóstico y su posible causa. Desde 1975 que salió a la luz el método de Folstein para evaluar el estado cognitivo, se ha convertido en una herramienta de uso frecuente en la práctica médica. El mini examen del estado mental o prueba de Folstein provee un panorama global de la capacidad cognitiva que se correlaciona con las funciones diarias, facilita tener primer contacto del anciano (10)

En la región de Huánuco la incidencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor se ha incrementado en un 5%, siendo una de los problemas de la salud pública que trasciende en la región, de acuerdo al ASIS de la región se ha podido evidenciar que son; los factores asociados y de riesgo desencadenan el deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor, llegando a complicaciones como la demencia. Los centros con mayor prevalencia son los asilos o casa para los adultos mayores que mantienen un porcentaje de 5% más que los adultos mayores que viven con su familia. Con respecto a la edad, a los 80 años es la edad promedio donde el deterioro cognitivo en la región de Huánuco se ve en sus grados o condiciones de enfermedad (deterioro cognitivo severo) (11).

Por todas las razones previas, es importante identificar a los individuos con deterioro cognoscitivo o demencia de manera oportuna y precisa, ya que las intervenciones que se realicen pueden prolongar la independencia funcional y conservar la calidad de vida del paciente y de su familia (12); esto repercute directamente en la prevención de la sobrecarga del cuidador y en la desintegración familiar, así como se disminuye el riesgo de institucionalización del paciente, con un impacto secundario en un menor costo para las instituciones de salud.

Sin embargo el desempleo o al retirarse de sus actividades laborales, presentan un mayor grado de deterioro cognitivo como funcional, en comparación de otros adultos mayores que aún continúan laborando y que por lo tanto se conservan en mejores condiciones su capacidad cognoscitiva (13).

En base a la problemática expuesta, y viendo que en realidad existe evidencia científica abundante que indica que a medida que envejecemos, los procesos mentales son menos eficientes se busca conocer: ¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015?

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1. Problema general

¿Cuáles son los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015?

1.2.2. Problemas específicos

- ¿Cuáles son los Factores de Riesgo sociodemográficas asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015?

- ¿Cuáles son los Factores de Riesgo Económicos asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015?

- ¿Cuáles son los Factores de Riesgo Patológicos relacionados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015?

- ¿Qué nivel de Deterioro Cognitivo presentan los adultos mayores?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo general

Determinar los Factores de Riesgo asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

1.3.2. Objetivos específicos

- Identificar los Factores de Riesgo sociodemográficas asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- Reconocer los Factores de Riesgo Económicos asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- Relacionar los Factores de Riesgo Patológicos al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- Evaluar el nivel de Deterioro Cognitivo presentan los adultos mayores.

1.4. HIPÓTESIS

1.4.1. Hipótesis general

H₁: Los Factores de Riesgo están asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

H₀: Los Factores de Riesgo no están asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

1.4.2. Hipótesis específicos

- **H_{i1}**: Los Factores de Riesgo sociodemográficas están asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- **H₀₁**: Los Factores de Riesgo sociodemográficas no están asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- **H_{i2}**: Los Factores de Riesgo Económicos están asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- **H₀₂**: Los Factores de Riesgo Económicos no están asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- **H_{i3}**: Los Factores de Riesgo Patológicos están relacionados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- **H₀₃:** Los Factores de Riesgo Patológicos no están relacionados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio Pomares”, Huánuco 2015.

- **H_{i4}:** El nivel de Deterioro Cognitivo que presentan los adultos mayores es positivo.

- **H₀₄:** El nivel de Deterioro Cognitivo que presentan los adultos mayores es negativo.

1.5. IDENTIFICACIÓN DE VARIABLES

1.5.1. Variable Independiente

Factores relacionados y/o asociados al deterioro cognitivo:

- Factores sociodemográficos asociados al deterioro cognitivo del adulto mayor:

- Factores económicos asociados al deterioro cognitivo del adulto mayor.

- Factores relacionados a la patología del adulto mayor.

1.5.2. Variable Dependiente

Deterioro cognitivo

1.5.3. Variables Caracterización

- Edad
- Sexo
- Ocupación
- Grado de instrucción
- Ingreso económico

1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DIMENSION	INDICADOR	VALOR FINAL	ESCALA DE MEDICIÓN
FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS	Factores Sociodemográficos	Edad	<ul style="list-style-type: none"> • 70 a 76 años 	Numérica Discreta
		Grado de Instrucción	<ul style="list-style-type: none"> • Secundaria 	Ordinal Politómica
		Sexo	<ul style="list-style-type: none"> • Masculino 	Nominal Dicotómica
FACTORES ECONÓMICOS	Factores Económicos	Ingreso económico (mensual)	<ul style="list-style-type: none"> • Menor de 750 soles • De 750 a 1500 soles • Mayor de 1500 soles 	Ordinal Politómica

	Factores Patológicos (médicos)	Patología medica que presenta el Adulto Mayor del Servicio de Medicina	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión arterial • Diabetes Mellitus • Ninguna 	Nominal
D E T E R I O R I T A D O	Deterioro Cognitivo Normal	0-2 errores	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente 	Ordinal Dicotómica
	Deterioro Cognitivo Leve	3-4 errores	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente 	Ordinal Dicotómica
	Deterioro Cognitivo Moderado	5-7 errores	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente 	Ordinal Dicotómica
	Deterioro Cognitivo Severo	8-10 errores	<ul style="list-style-type: none"> • Presente • Ausente 	Ordinal Dicotómica

1.7. JUSTIFICACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

1.7.1. A nivel teórico

El presente estudio de investigación se realiza debido a que el deterioro cognitivo es uno de los problemas con mayor tasa de incidencia a nivel mundial y en nuestro medio no es la excepción, encontrándose un porcentaje de 40 a 44,7% de la población adulta mayor presentan deterioro cognitivo. Siendo así un problema de salud pública.

Es importante este estudio puesto que permitirá identificar que conocimientos tienen sobre las medidas preventivas, e identificar los factores de riesgo y si estas están asociadas al deterioro cognitivo que presentan los adultos mayores que pertenecen al programa del adulto mayor de Centro de Salud Aparicio Pomares

1.7.2. A nivel práctico

Considerando que el deterioro cognitivo en el adulto mayor se está dando muy frecuentemente en nuestro país, como profesional de enfermería como parte del equipo de salud tenemos la responsabilidad en el descubrimiento precoz de esta patología mediante el cumplimiento de sus funciones preventivo promocionales.

Por tal motivo es importante que el enfermero promueva estilos de vida saludable que favorezcan a la disminución de incidencia de los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el adulto mayor. Y actuar de acuerdo a sus conocimientos prácticos y teóricos. Con el fin de poder brindar a la población, conocimientos verídicos y aplicables e incrementar el desarrollo de actividades preventivo promocionales que contribuyan con la reducción de las altas tasas de incidencia y por esta enfermedad.

1.7.3. A nivel metodológico

El resultado de la investigación es un modelo de instrumento nuevo que servirá como método, que podrá ser utilizado por futuras investigaciones en base, para realización de un estudio Correlacional, los resultados de la presente investigación servirán de base para las instituciones de salud en el área preventiva del tema abordado.

Ayudará a identificar el nivel de deterioro cognitivo logrando identificar qué factores de riesgo desencadenan en los adultos mayores; ayudando a los futuros estudiantes, instituciones, y la sociedad como base científica y teórica brindando información detallada de la población en estudio.

CAPÍTULO II

2. MARCO TEÓRICO

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1. Antecedentes internacionales

En Brasil, 2015 Marinês Tambara, Castioni, Daniani; Kirchner, Rosane, Hildebrandt, Mariza. Realizaron un estudio titulado. "Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil" cuyo objetivo fue Evaluar la capacidad funcional y la función cognitiva de los ancianos residentes en el área urbana de una ciudad de Rio Grande do Sul/Brasil. El Método que se utilizo fue un Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en el cual participaron 368 adultos mayores. Para la colecta de los datos se utilizó: cuestionario de identificación, Mini-Mental, Índice de Katz y Escala de Lawton. La estadística descriptiva y test exacto de Fisher fueron utilizados en el análisis. Los Resultados obtenidos fueron: Hubo predominio de mujeres (64,9%), de 60-70 años (43,8%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria (AVD). En Conclusión, el estudio revela un significativo porcentual de adultos mayores independientes

para la realización de las AVD, sin embargo necesitan de ayuda para las AIVD” (15)..

En Mexico, 2009, León Arcila, Milián Suazo, Camacho Calderón, Arévalo Cedano, Escartín Chávez. Realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor” cuyo Objetivo es Determinar la asociación entre deterioro cognitivo y funcional con factores socioeconómicos, laborales, sociodemográficos, enfermedades crónicas y polifarmacia en el adulto mayor. Métodos: entre marzo y agosto de 2002 se realizó un estudio transversal en 422 adultos de 60 años o mayores. Se aplicó un cuestionario y el miniexamen del estado mental de Folstein, y los instrumentos de Katz, Lawton y Bronfman. Los factores para la regresión logística se seleccionaron por análisis bivariado ($p \leq 0.20$ para χ^2). La asociación entre factores y los eventos se determinó por razones de momios ajustadas con regresión logística. Resultados: de 422 individuos, 244 fueron mujeres, el promedio de edad fue de 68 años. Los factores asociados al deterioro cognitivo fueron haber sufrido ataques de embolia, ser mujer y de nivel socioeconómico regular; de las actividades de la vida diaria fueron haber padecido diabetes mellitus tipo 2 y de las actividades instrumentales de la vida diaria, ser mujer, deterioro visual y polifarmacia, todos con $p < 0.05$.

Conclusiones: varios factores de riesgo son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor” (15)

En Cuba, 2009, Monteagudo Torres; Gómez Vierall; Miladys Labradorl, Jiménez Fontaoll, Cookll, Ruiz Garcíal. Realizaron un estudio titulado “Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores de 60 años, en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución” cuyo Objetivo. Conocer el estado cognitivo de la población mayor de 60 años de edad en un área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución. Métodos. Se realizó un estudio poblacional "puerta a puerta", descriptivo y prospectivo en el área de salud del Consultorio No. 15 que pertenece al Policlínico Docente Plaza de la Revolución, en el período comprendido desde el 1ro de octubre de 2006 hasta el 31 de enero de 2007. Se aplicaron pruebas neuropsicológicas y, para el análisis de los datos, el cálculo de los porcentajes. Resultados. Se halló deterioro cognitivo leve en 19 personas (9,45 %); en 2 (1,0 %), demencia y en 180 (89,6 %) no se demostró afectación de las funciones cognitivas. El mayor porcentaje de pacientes con deterioro cognitivo correspondió al grupo de 70-79 años de edad, el 66,7 % fue del sexo femenino, el 71,4 % tuvo nivel de escolaridad bajo. La hipertensión arterial (71,4 %) y el hábito

de fumar (28,5 %) fueron los principales factores de riesgo identificados. Predominó el grado ligero de severidad del deterioro cognitivo (90,4 %) y el grado de incapacidad funcional (27,4 %). Conclusiones. En la población estudiada, el deterioro cognitivo leve y la demencia fueron poco frecuentes. Los trastornos cognitivos fueron más comunes en el sexo femenino y la hipertensión arterial fue el factor de riesgo principal. El grado de incapacidad funcional se correspondió con el grado de severidad del déficit cognitivo”(16).

En México, 2007 Mejía Arango, miguel aj, villa md, Ruiz am, miguel gr. realizaron un estudio titulado “deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores” cuyo objetivo: reportar la prevalencia de deterioro cognoscitivo en el adulto mayor y su relación con factores sociodemográficos y de salud en la población mexicana. la métodos: del estudio nacional sobre salud y envejecimiento en México (enasem), realizado en el año 2007 en toda la república mexicana, se seleccionaron todos los sujetos mayores de 65 años que hubieran completado la evaluación cognoscitiva, los cuales se clasificaron en dos grupos: presencia/ausencia de deterioro cognoscitivo, tomando como referencia el punto de corte correspondiente al percentil 10 de la puntuación total

En la prueba cognoscitiva aplicada por edad y escolaridad. Todos los sujetos con deterioro cognoscitivo que además presentaron dificultad en, por lo menos, una actividad instrumental de la vida diaria fueron clasificados en un tercer grupo: con deterioro cognoscitivo más dependencia funcional. se calcularon las prevalencias de deterioro cognoscitivo y de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional y se analizó la asociación con las variables sociodemográficas y de salud, mediante el análisis de regresión logística. los resultados: del total de la población analizada, 7% tuvo deterioro cognoscitivo y 3.3% tuvo deterioro cognoscitivo más dependencia funcional. no se encontró asociación entre las variables sociodemográficas y de salud y la probabilidad de deterioro cognoscitivo; sin embargo, la probabilidad de deterioro cognoscitivo más dependencia funcional fue mayor en las mujeres, aumentó con la edad, fue menor en los sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardiaca y depresión. conclusiones: la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo en la población mexicana, y su relación con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población adulta mayor (17).

2.1.2. Antecedentes nacionales

En Arequipa, 2008, Julio C. Abarca, Brenda N. Chino, Llacho, Gonzales, Mucho Karina, Vázquez Raquel, Cárdenas Carol, Marcio F. Soto. Realizaron un estudio titulado “Asociación entre el deterioro cognitivo y funcional con factores socioeconómicos, laborales, sociodemográficos, enfermedades crónicas y polifarmacia en el adulto mayor” Se realizó entre marzo y agosto de 2002 se realizó un estudio transversal en 422 adultos de 60 años o mayores. Se aplicó un cuestionario y el miniexamen del estado mental de Folstein, y los instrumentos de Katz, Lawton y Bronfman. Los factores para la regresión logística se seleccionaron por análisis bivariado ($p \leq 0.20$ para χ^2). En cuanto a los resultados encontraron que de 422 individuos, 244 fueron mujeres, el promedio de edad fue de 68 años. Los factores asociados al deterioro cognitivo fueron haber sufrido ataques de embolia, ser mujer y de nivel socioeconómico regular; de las actividades de la vida diaria fueron haber padecido diabetes mellitus tipo 2 y de las actividades instrumentales de la vida diaria, ser mujer, deterioro visual y polifarmacia, todos con $p < 0.05$. Finalmente concluyeron que varios factores de riesgo son

susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor

En Perú, 2004, Varela P, Helver CJ., Gálvez., Méndez. Realizaron un estudio titulado “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado” cuyo Objetivo es Determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. Método: En base a la información del estudio «Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional (Perú)», se incluyeron a 312 pacientes de 60 años o más. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo; y se comparó estos resultados con los principales síndromes y problemas geriátricos. Los resultados fueron: Se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. Se encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, de privación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional. La presencia de insomnio y de privación visual no tuvo presentó asociación significativa. En Conclusión: La frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada.

Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos”(19).

2.1.3. A nivel regional

A nivel regional y local no se encontraron antecedentes relacionados a los factores relacionadas al deterioro cognitivo en el adulto mayor.

2.2. BASES TEÓRICAS

A. TEORIAS DEL ENVEJECIMIENTO:

a) Teoría Fisiológicas:

- **Teoría del deterioro orgánico:** Define el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro de los sistemas cardiovascular, endocrino o sistema nervioso central, por su utilización a lo largo del tiempo.

- **Teoría del debilitamiento del sistema inmunológico o teoría inmunobiológica:** Explica el envejecimiento desde el punto de vista del deterioro del sistema inmunitario, ya que en el mismo se ha observado una disminución de la capacidad de las células de defensa para producir anticuerpos, con la consiguiente disminución de la respuesta inmune de los organismos frente a los agentes externos.

- **Teoría del estrés:** Se define como a la pérdida en la capacidad de respuesta del organismo serían el resultado de la tensión a la que nos vemos sometidos durante la existencia.

b) Teorías Bioquímicas y Metabólicas: el paso del tiempo produce cambios en las moléculas y en los elementos estructurales de las células que darán lugar a la alteración de sus funciones.

➤ **Teoría de la acumulación de los productos de desecho:** la vida supone la producción de desechos y su eliminación por unos procesos normales. Algunos teóricos creen que la vejez viene acompañada de una disminución de la capacidad de eliminación, seguida de una acumulación de desechos que perjudica a la actividad celular normal.

➤ **Teoría del envejecimiento celular:** en la que se dice que el envejecimiento es el resultado de la muerte de un creciente número de células del cuerpo. – Teoría de los radicales libres de oxígeno: afirma que el envejecimiento parece ser causado, al menos en parte, por los efectos tóxicos del metabolismo normal del oxígeno.

➤ **Teoría del colágeno de Burguer:** está fundamentada en los cambios del tejido conectivo. Dichos cambios pueden resumirse del siguiente modo: El colágeno se hace más abundante y más rígido. La elastina, a la cual las arterias y los pulmones deben su elasticidad, tienden a ser menos abundante, restando flexibilidad. Explica la precipitación del colágeno con acúmulo de calcio y de colessterina, con formación de membranas que impiden los intercambios nutritivos y provocan la atrofia de órganos y tejidos.

c) Teoría Genéticas

- **Teoría de la acumulación de errores:** con el paso de los años se pierden secuencias del ADN, dando lugar al deterioro, ocasionándose el envejecimiento.

d) Teoría Sociales

- **Teoría de la actividad:** trata de explicar los problemas sociales y las causas exactas que contribuyen a la inadaptación de las personas de edad avanzada.
- **Teoría de la continuidad:** esta teoría mantiene que la última etapa de la vida prolonga los estadios anteriores. Sostiene que las situaciones sociales pueden presentar una cierta discontinuidad, pero que la adaptación a las diferentes situaciones y el estilo de vida se hallan principalmente determinados por los estilos, hábitos y gustos adquiridos a lo largo de toda la existencia

B. TEORIAS DEL DETERIORO COGNITIVO:

a) Perspectiva de Piaget: El estadio de las operaciones formales (pensamiento formal) es el estadio final del desarrollo:

- El desarrollo psicológico como tal “finaliza en la edad adulta” con el pensamiento formal, aunque es posible todavía algún progreso.
- Aunque el desarrollo biológico subyace al desarrollo psicológico, el deterioro físico del cerebro no tiene por qué llevar necesariamente al deterioro mental en las funciones cognitivas. Está centrada en los procesos de adquisición de conocimientos, esto hace imposible que se consideren

- etapas o estadios posteriores al pensamiento formal ya que no parece posible superar los métodos y estrategias de la ciencia que se ponen de manifiesto en el pensamiento formal.

b) **Schaie y Willis: Teoría de estadios en el desarrollo cognitivo adulto:** Pone el acento en otros usos y propósitos de la actividad intelectual:

- Estadio de logro (juventud): la cognición se aplica a la consecución de metas personales de los individuos (conseguir un trabajo y establecer una familia).
- Estadio de responsabilidad (madurez): aplicación de las habilidades intelectuales a la vida familiar y laboral. Resolución de situaciones complejas y diferentes a las de adquisición de conocimiento.
 - ❖ Estadio ejecutivo: en individuos enfrentados a la dirección de organizaciones jerarquizadas en las que la toma de decisiones es singularmente importante.
- Estadio Reorganizativo (anciano joven-a partir 60/65 años): disminución de la responsabilidad en la adquisición y manejo de información en situaciones complejas, aplica crecientemente sus habilidades intelectuales a la reorganización de su vida y la planificación de la utilización de sus recursos materiales y físicos.
- Estadio Reintegrativo (anciano): adscribe sus funciones intelectuales a la satisfacción de sus intereses y actitudes, así como al desarrollo de sus valores. Utilizan sus habilidades cognitivas para la regulación emocional.

- ❖ Dejar un legado: dan un repaso a la vida pasada y algunos se plantean como tarea recopiladora el escribir una autobiografía.

2.3. BASES CONCEPTUALES

- **Definición del adulto mayor:** En la Primera Asamblea Mundial sobre Envejecimiento realizada en Viena en el año de 1982, se tomó como la edad umbral los 60 años y en el año de 1984 la organización mundial de la salud establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad, lo cual también se aplica en el Perú (23).
- **Clasificación de la población adulta mayor:** El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios de salud destinados a las personas adultas mayores. Para este motivo es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

- **Persona adulta mayor autovalente:** Es la persona de 60 a más años capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado (comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse y continencia) y las actividades instrumentales de la vida diaria (cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad). Se considera que el 65% de los adultos mayores tienen esta condición.

- **Persona adulta mayor frágil:** Se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a incapacitarse y a presentar mayor morbilidad y mortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición.

- **Persona adulta mayor dependiente o postrada:** Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas adultas mayores que viven en la comunidad se encuentran en esta condición.

➤ **El hecho de que podamos envejecer bien depende de muchos factores:** La capacidad funcional de una persona

aumenta en los primeros años de la vida, alcanza la cúspide al comienzo de la edad adulta y, naturalmente, a partir de entonces empieza a declinar. El ritmo del descenso está determinado, al menos en parte, por nuestro comportamiento y las cosas a las que nos exponemos a lo largo de la vida. Entre ellas cabe mencionar lo que comemos, la actividad física que desplegamos y nuestra exposición a riesgos como el hábito de fumar, el consumo nocivo de alcohol o la exposición a sustancias tóxicas **Dentro del proceso de envejecimiento** se producen cambios tanto en la esfera orgánica como en la mental, además los factores biológicos, psicológicos y sociales, juegan un papel importante en la conducta de los adultos mayores, en la percepción sobre sí mismo, en la forma de relacionarse y en todas las actividades que llevan a cabo, no sólo en este período, sino a lo largo de toda su vida.

➤ **Cambios físicos y psicológicos en el adulto mayor:** El estado de salud, es primordial en la forma en la que se

desenvuelven los adultos mayores en la sociedad, ya que influye en todos los ámbitos de su vida, y puede permitirle relacionarse de determinada manera con las personas que se

encuentran a su alrededor. Si su salud se ve afectada de alguna manera, va a tener limitaciones en cuanto a las actividades que pueda realizar. Como es sabido, llega un momento en la vida, en el que se van originando cambios en el aspecto físico, que no necesariamente son causa de enfermedades. Algunos cambios físicos que podemos mencionar son: declinación de las funciones sensoriales y perceptivas, disminución de la estatura, propensión a la osteoporosis (principalmente en las mujeres), atrofia de las glándulas sebáceas del rostro, pérdida de la adaptación al frío y al calor, disminución de la fuerza y rapidez para realizar actividades físicas, endurecimiento de las paredes de las arterias, pérdida de eficiencia de los mecanismos inmunológicos que defienden de las infecciones y también del cáncer, pérdida de las células productoras del pigmento melanina en el cabello y aparecen las canas. Aparece la dificultad para respirar, porque a medida que pasan los años, se requiere de un mayor esfuerzo para introducir y expeler aire de los pulmones; los cambios significativos en la vista, aún en ausencia de una enfermedad en particular; la disminución del apetito con la edad, esto debido a que varios alimentos se hacen menos atractivos en su aroma y sabor. Observamos que la percepción que se tiene de sí mismo, se modifica con la edad, debido a dichos cambios. Algunos de los cambios

Psicológicos que se pueden encontrar son: disturbios de la personalidad que pueden generar sentimientos de aislamiento, la incapacidad para retener nuevas cosas y recordar acontecimientos recientes, la necesidad de sentirse escuchados, el temor a la soledad, síntomas depresivos, entre otros

➤ **Cambios Sociales del envejecimiento:** El envejecimiento es concebido como un proceso que experimentan los individuos el cual se puede examinar en su aspecto biológico o desde el punto de vista psicosocial, bajo este enfoque es que se analiza la manera en que el adulto mayor se enfrenta o se adapta a las condiciones cambiantes provenientes del propio organismo, del medio social o de ambos. Los cambios sociales que se producen en el envejecimiento se refieren principalmente al cambio de rol del anciano, tanto en el ámbito individual como en el contexto de la propia sociedad. Así mismo abarca las diferencias generacionales existentes a nivel del comportamiento social y la dificultad de adaptación e integración del anciano a estos cambios. Se considera que un adulto mayor tiene un buen nivel de bienestar cuando es capaz de enfrentar los cambios que ocurren en su organismo y en su medio social con un grado de adaptación adecuado, de aceptación y satisfacción personal. En el aspecto social, hay

diversos factores que repercuten en la forma de concebirse y de comportarse de los adultos mayores, como son: la familia, el estado laboral, el trato que reciben de las personas cercanas a ellos (26).

- **Deterioro cognitivo:** Es una enfermedad de los adultos mayores que se caracteriza por la pérdida de la cognición asociados a diferentes factores influyentes, o en la forma de pensar en los adultos mayores perteneciente al Programa del Adulto mayor del Centro de Salud “APARICIO POMARES”

- **Deterioro cognitivo en el adulto mayor** El deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. Visto como un síndrome geriátrico, es una alteración de cualquier dimensión de las funciones mentales superiores, de la cual se queja el paciente, pero se puede o no corroborar por pruebas neuropsicológicas, y que generalmente es multifactorial, tales como: depresión, déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros dan lugar a una sola manifestación. Este síndrome amerita una evaluación

Integral para determinar si el paciente cursa con demencia, o algún otro problema que pueda ser resuelto (27).

➤ **Nivel de Deterioro Cognitivo:** es la respuesta expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado cognitivo y que afecta su modo de vida. Utilizando para ello la escala de Pfeiffer, es un instrumento que nos permite evaluar la presencia de deterioro cognitivo con una especificidad y sensibilidad de 96% y 68% respectivamente, y que dentro de la evaluación geriátrica integral es útil como un método de screening para poder identificar este síndrome; aunque se requiere completar los estudios para obtener un diagnóstico definitivo. Categorizando el nivel de deterioro cognitivo en: normal; de deterioro cognitivo leve, de deterioro cognitivo moderado y de deterioro cognitivo severo.

➤ **Deterioro cognitivo leve:** es una entidad nosológica que pretende describir la sintomatología previa a la demencia. Los individuos afectados presentan daños más allá de lo esperado para su edad y educación, pero que no interfieren significativamente con sus actividades diarias.

- **Deterioro cognitivo moderado:** es un estado nosológico que se evidencia por la pérdida gradual de la cognición con relación a persona, tiempo y espacio.

- **Deterioro cognitivo severo:** es el estado de cognición que se considerado como el límite entre el envejecimiento normal y la demencia

- **Adulto Mayor:** Persona de sexo femenino o masculino con edad de 60 a más años perteneciente al Programa del Adulto mayor del Centro de Salud "APARICIO POMARES".

2.4. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS OPERACIONALES

- **Factores Sociodemográficos:** Es una característica del estado social del adulto mayor que está compuesta por la Edad, Sexo, Grado de Instrucción y Ocupación.

- **Edad:** Tiempo que ha vivido una persona u otro ser vivo contando desde su nacimiento, expresada en años.

- **Grado de instrucción:** Es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles primario, secundario y superior.

- **Lugar de residencia:** ciudad o localidad donde actualmente vive la persona o familia.

- **Sexo:** Condición orgánica que distingue a las personas en masculino y femenino.

- **Factores Económicos:** Es la característica de la situación económica del adulto mayor que está determinada por el ingreso mensual que recibe o adquiere de acuerdo a la ocupación que tiene o por apoyo de entidades o familiares.

- **Ingreso económico:** cantidad de dinero que ingresa a un hogar o institución como el sustento económico para un determinado tiempo.

- **Factores Patológicos:** Son las características que los adultos mayores presentan de acuerdo a la patología que tienen, puede ser fisiológica, propia de la edad o una enfermedad patológica.

- **Enfermedad:** alteración leve o grave del funcionamiento normal de un organismo o de alguna de sus partes debida a una causa interna o externa.

CAPÍTULO III

3. MARCO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE ESTUDIO

De acuerdo a las características del problema de investigación, a la formulación del problema y los objetivos definidos, el estudio fue de tipo descriptivo y correlacional por cuanto se determinó la relación entre las variables planteadas

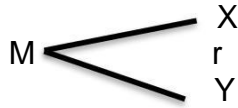
Según la ocurrencia de los hechos fue de tipo Prospectivo por que se registró la información en el momento que ocurrieron los hechos. El estudio perteneció al tiempo futuro y la recolección de datos se realizó a partir de una fuente primaria

De acuerdo al período de tiempo el estudio fue de tipo Transversal, porque analizan datos de un grupo de sujetos de una población determinada en un solo momento dado y en un lugar determinado

De acuerdo al número de variables la presente investigación fue de tipo analítico puesto que se tiene 2 variables de estudio las cuales se buscó relacionar.

3.2. DISEÑO DE ESTUDIO

El diseño de aplicación en el trabajo de investigación fue el diseño descriptivo correlacional en el siguiente esquema:

**DONDE:**

M: Muestra de Estudio.

X: Factores de riesgo

Y: Deterioro cognitivo

Oz: factores relacionados a la patología del adulto mayor.

3.3. POBLACIÓN**3.3.1. Criterios de inclusión y exclusión****Criterios de inclusión**

- Todos los pacientes que asistieron al programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”.
- Pacientes que asisten al programa del adulto mayor que dieron su consentimiento previa información para participar en el estudio.

Criterios de exclusión

- pacientes que no asistieron al programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”.
- pacientes que presentaron alguna enfermedad crónica que impida participar en el estudio.

- Pacientes que no estuvieron dentro de la edad para ser considerado adulto mayor.

Criterios de eliminación:

- pacientes que no se encontraron en el programa en ese momento por: descanso médico, vacaciones.
- Pacientes que fueron desplazado a otro servicio del Hospital.

Criterios de reposición

- Personal de salud que conto con los criterios de inclusión pero no fue tomado en cuenta en el momento de seleccionar la muestra.

3.3.2. Ubicación de la población en el espacio y

tiempo. Ubicación en el espacio:

El estudio se llevo a cabo en el centro de salud “Aparicio Pomares” ubicado en la ciudad de Huánuco en la Moras,

Provincia y departamento de Huánuco. Estará enfocado en todos los pacientes que asisten al programa del adulto mayor.

Ubicación en el tiempo:

El estudio se realizó entre los meses abril a mayo del 2016.

3.4. MUESTRA Y MUESTREO

3.4.1. Unidad de análisis.

Todos los pacientes que asistieron al programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”.

3.4.2. Unidad de muestreo.

La unidad seleccionada en la presente investigación fue igual que la unidad de análisis.

3.4.3. Marco muestral.

El marco muestral del presente estudio de investigación estuvo conformado por la relación de todos los pacientes que asisten al programa del adulto mayor del centro de salud "Aparicio pomares" Que se construyo en una hoja de cálculo del programa Excel 2010.

3.4.4. Tamaño muestral.

Por ser una población pequeña se trabajo con el 100 %; es decir con todos los pacientes que asisten al programa del adulto

mayor del centro de salud "Aparicio pomares" que fueron un total de 98 pacientes.

3.4.5 Tipo de muestreo.

No fue necesario puesto que fueron objeto de estudio el total de pacientes que asisten al programa del adulto mayor del centro de salud "Aparicio pomares" que fueron un total de 98 pacientes.

3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS UTILIZADOS EN LA INVESTIGACIÓN

3.5.1. Técnicas

La técnica usada en el presente estudio fue la encuesta, con la finalidad de obtener información de los adultos mayores, proporcionado por ellos mismos, que permitio conocer los factores asociados al deterioro cognitivo.

3.5.2. Instrumentos

En el presente estudio, se emplearon los siguientes instrumentos:

- **Guía de entrevista sociodemográfico de factores de riesgo:** cuenta con 8 reactivos divididos en 3 dimensiones: sociodemográficas en donde se evaluaron factores como edad, sexo, grado de instrucción y carga familiar de acuerdo a las respuestas se seleccionó las más prevalentes para considerarlas como factores de riesgo sociodemográficos, en

Cuanto a los factores económicos se evaluó la situación laboral y el ingreso económico y se sacó las respuestas más prevalentes para considerarlas como factores económicos y en cuanto a los factores patológicos se tomó en cuenta las respuestas afirmativas para calificarlos como si presenta y no presenta

- **Escala de Pfeiffer:** Evaluará en Deterioro Cognitivo en los Adultos Mayores; posteriormente se les entregará el cuestionario que consta de 11 preguntas a cada adulto mayor el cual se califica de la siguiente manera:
- **Deterioro cognitivo normal:** presenta de 0-2 errores
- **Deterioro cognitivo leve:** presenta de 3-4 errores
- **Deterioro cognitivo moderado:** presenta de 5-7 errores
- **Deterioro cognitivo severo:** presenta de 8 a 10 errores

3.6 VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS Validez Delfos.

El instrumento fue sometido de contenido y constructo mediante el juicio de expertos. Este tipo de validez de contenido nos sirve para medir si el instrumento tiene la capacidad de recolectar los datos que deseamos obtener en la presente investigación. Donde participaron 4 profesionales de enfermería, dedicados al área de estudio determinado al tema. Esto permitió realizar los ajustes necesarios al instrumento para su posterior aplicación.

Posteriormente se realizó la prueba piloto la cual

Se efectuó una prueba piloto, tomando el 30% de la población establecida (20 adultos mayores) del Centro de Salud Aparicio Pomares” por tener similares características a la del estudio y no pertenecer a la población. Asimismo, se identificaron dificultades de carácter ortográficas, palabras poco comprensibles que

fueron absueltos. Para responder la escala se requirió un tiempo promedio de 15 minutos.

Se determinó la confiabilidad del instrumento, a través del coeficiente de fiabilidad Alfa de Cronbach, lo cual nos permitió conocer el nivel de consistencia general de los resultados, agrupados en cada uno de los factores de la escala.

Los resultados obtenidos fueron los siguientes

Estimación de la confiabilidad, por el método de consistencia interna de Alfa de Cronbach.

Escalas	n° ítems	<u>(n = 20)</u> α
Tipo Likert pfeiffer y factores de riesgo	29	0,80

Fuente: Prueba piloto

Con estos resultados, se concluyó que la consistencia interna en la muestra piloto para el instrumento “factores de riesgo y escala de pfeiffer “alta respetable”, por lo cual la consideramos confiable para nuestro propósito de investigación.

3.7. PROCEDIMIENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Autorización. Para obtener los permisos respectivos en la aplicación del trabajo de campo, se realizó las respectivas coordinaciones con las autoridades responsables del Centro de Salud Aparicio Pomares.

Aplicación de instrumentos:

Para la recolección de datos, se capacitaron a 4 encuestadores independientes, estudiantes que ya hayan llevado el curso de investigación.

De acuerdo al cronograma de actividades, se procedió a la recogida de datos (aplicación de los instrumentos), después de la aprobación del proyecto de investigación.

El primer contacto con la población en estudio, fue para iniciar la selección de la muestra de los usuarios adultos mayores que

Asisten al programa del adulto mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares, participantes de nuestra investigación, la cual se hizo a través de dos vías:

Durante el primer contacto con la muestra en estudio, se aprovechó en darles a conocer los documentos respaldados por el Comité Institucional de Ética.

Luego se pasó a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos

3.8. Elaboración de los datos

Para la elaboración de los datos de la presente investigación se tomó en cuenta las siguientes etapas:

- **Revisión de los datos**

En esta etapa se examinó en forma crítica los instrumentos de recolección de datos que se utilizaron en el presente estudio, y

el control de calidad respectivo a fin de hacer las correcciones necesarios en los mismos.

- **Codificación de los datos**

Se realizó la codificación en la etapa de recolección de datos, transformándose en códigos numéricos de acuerdo a las respuestas esperadas en los instrumentos de recolección de datos respectivos, según las variables consideradas en el estudio.

- **Procesamiento de los datos**

Luego de la recolección de datos fueron procesados en forma manual, mediante el programa de Excel 2010, previa elaboración de la tabla de código y tabla matriz física. Posteriormente para el procesamiento de los datos se utilizó el paquete estadístico SPSS.

- **Plan de tabulación de datos**

Se realizó con la base de datos que se obtuvieron y para responder al problema y los objetivos planteados al inicio en el presente proyecto de investigación, se tabularon los datos en cuadros de frecuencias y porcentajes, para la parte descriptiva de la investigación, lo cual facilitó la observación de la variable en estudio, habilidades sociales que practican los docentes universitarios considerados en el presente estudio.

- **Presentación de datos**

Se presentaron los datos en tablas académicas de las variables en estudios, a fin de realizar el análisis e interpretación de los mismos de acuerdo al marco teórico correspondiente a los factores relacionados al deterioro cognitivo en el adulto mayor.

3.9 Análisis e interpretación de datos

Análisis descriptivo.

Se realizó el análisis de tipo descriptivo utilizando el paquete estadístico SPSS Statistical Package for Social Sciences versión 19, detallamos las características de cada una de las variables, de acuerdo al tipo de variable con que se trabajó (categórica o

Numérica); se tuvo en cuenta las medidas de tendencia central y dispersión para las variables numéricas y de frecuencias para las variables categóricas. Se emplearon figuras para facilitar la comprensión, en cada caso tratamos de que el estímulo visual sea simple, resaltante y fácilmente comprensible. Se calculó la correlación entre los factores de riesgo sociodemográficos, económicos y factores de riesgo relacionados a la patología del adulto mayor asociados al deterioro cognitivo que presentan; y el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor.

Análisis inferencial.

Se tuvo en cuenta la medición del grado de correlación entre las dos variables; dicha relación se realizó con los valores numéricos alcanzados por cada uno de los profesionales de la

salud; es decir, a nivel cuantitativo, asignándole el valor a cada pregunta, la codificación para cada ítem.

La categorización de la variable es:

Deterioro Cognitivo Normal	0-2 erro res
Deterioro Cognitivo Leve	3-4 erro res
Deterioro Cognitivo Moderado	5-7 erro res
Deterioro Cognitivo Severo	8-10 r rore s

3.10. CONSIDERACIONES ÉTICAS

El presente estudio se basó en cuatro principios éticos:

Principio de beneficencia:

El que dio garantía a la muestra en estudio de no sufrir algún riesgo, ni ser explotados.

Principio de respeto a la dignidad humana:

En el presente estudio se respetó de la dignidad humana, ello se evidenció en la posibilidad de que participantes del estudio decidan o no, colaborar con el estudio, sin el riesgo de ser expuestos a represalias, también significó que tenían el derecho a dar por terminado su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio; de esta forma la dignidad humana fue respetada sin divulgar el contenido de la información, considerando: la vida, libertad, dignidad y el libre desarrollo de la personalidad.

Principio de justicia:

Este principio incluyó el trato justo a la privacidad, por lo que los usuarios tan internos como externos fueron sometidos a un trato equitativo, antes, durante y después de su participación. Este principio se tomó en cuenta en todo momento de la investigación, incluso en los que se rehusaron a participar del estudio. El investigador aclaró en todo momento las dudas de los participantes, manteniendo un trato amable y respetuoso, sin ninguna distinción.

Consentimiento informado

Para realizar el estudio se requirió el consentimiento informado de la muestra en estudio; a través del cual los participantes en

Estudio fueron informados por escrito de los objetivos generales del proyecto en el que fueron incluidos. Una vez leído este documento, lo firmaron así como el investigador, y finalmente se les entregó una copia para que se lo lleven.

También se tuvo en cuenta el compromiso de confidencialidad y protección de datos, con este documento, nos comprometimos por escrito a no revelar los datos de la investigación de los que pudieran deducirse datos personales de la muestra en estudio y a emplearlos únicamente en la consecución de los objetivos planteados y que ellos conocerán. La ley del secreto profesional y de protección de datos consideró al investigador responsable de la guarda y custodia de datos personales, especialmente de datos considerados “sensibles” y a proteger de forma especial, y de tomar las medidas pertinentes para evitar que puedan relacionarse los datos con las personas concretas.

CAPÍTULO IV ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1. Resultados descriptivo

4.1.1. Características generales:

Tabla 01. Descripción de la edad en años de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015.

Edad	Frecuencia	%
60 a 64 años	35	35,7
65 a 69 años	22	22,4
70 a 76 años	41	41.8
Total	98	100,0

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En cuanto a la edad de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 35,7% (35 adultos mayores) tuvieron edades entre 60 a 64 años y en menor porcentaje del 22,4% entre 65 a 69 años.

Tabla 02. Descripción del género de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015.

Genero	Frecuencia	%
Masculino	56	57,1
Femenino	42	42,9
Total	98	100,0

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En cuanto al género de los adultos mayores en estudio, el 57,1% (56 adultos mayores) fueron de sexo masculino y el 42,9%(42 adultos mayores) del sexo femenino.

Tabla 03. Descripción del grado de instrucción de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015.

Grado de Instrucción	Frecuencia	%
Analfabeto	6	6,1
Primaria	8	8,2
Secundaria	59	60,2
Superior	25	25,5
Total	98	100,0

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En cuanto al grado de instrucción se encontró que, el 60,2% (59 adultos mayores) tenían de grado de instrucción secundaria, el 25,5%(25 adultos mayores) grado de instrucción y el 8,2%(8 adultos mayores) tienen nivel de instrucción primaria.

Tabla 04. Descripción de la carga familiar de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015.

Carga familiar	Frecuencia	%
Si tiene	54	55,1
No tiene	44	44,9
Total	98	100,0

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En cuanto a la características sociodemográficas de los adultos mayores en estudio, el 55,1% (54 adultos mayores) si tenían carga familiar y el 44,9%(44 adultos mayores) no tenían carga familiar.

Tabla 05. Características laborales de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Características laborales	Frecuencia (n = 98)	%
Situación laboral		
Jubilado	68	69,4
Empleado	20	20,4
Otros	10	10,2
Ingreso económico		
Menor de 750 soles	52	53,1
De 750 a 1500 soles	40	40,8
Más de 1500 soles	6	6,1

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En relación a las características laborales de los adultos mayores en estudio, se halló que el 69,4% (68 adultos mayores) eran jubilados y en menor porcentaje del 10,2% tenían otra situación laboral. El 53,1% (52 adultos mayores) tenían ingresos menores de 750 soles y el 40,8% (40 adultos mayores) tenían ingresos de 750 a 1500 soles.

4.1.2. Factores de riesgo de los adultos mayores:

Tabla 06. Factores de riesgo sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo sociodemográficos	Frecuencia	%
Edad		
70 a 76 años	41	41,8
Genero		
Masculino	56	57,1
Grado de Instrucción		
Secundaria	59	60,2

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En cuanto a los factores sociodemográficos con respecto, a la edad de los adultos mayores en estudio, se encontró que el 41,8% (41 adultos mayores) tuvieron edades entre 70 a 76 años. En cuanto al género de los adultos mayores en estudio, el 57,1% (56 adultos mayores) fueron de sexo masculino y en cuanto al grado de instrucción el 60,2%(59 adultos mayores) tuvieron grado de instrucción secundaria

Tabla 07. Factores de riesgo sociodemográficos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo sociodemográficos	Frecuencia	%
Si presenta	76	77,6
No presenta	22	22,4
Total	98	100,0

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En razón a los factores de riesgo sociodemográficos que tienen los adultos mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 77,6% (76 adultos mayores) si presentaron factores de riesgo, sin embargo el 22,4% (22 adultos mayores) no presentaron factores de riesgo.

Tabla 08. Factores de riesgo económicos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo económicos	Frecuencia (n = 98)	%
Situación laboral		
Jubilado	68	69,4
Empleado	20	20,4
Otros	10	10,2
Ingreso económico		
Menor de 750 soles	52	53,1
De 750 a 1500 soles	40	40,8
Más de 1500 soles	6	6,1

Fuente: Cuestionario de factores asociados (Anexo 01).

En cuanto a los factores de riesgo económicos se encontró que las características laborales de los adultos mayores en estudio, se halló que el 69,4% (68 adultos mayores) eran jubilados y en menor porcentaje del 10,2% tenían otra situación laboral. El 53,1% (52 adultos mayores) tenían ingresos menores de 750 soles y el 40,8% (40 adultos mayores) tenían ingresos de 750 a 1500 soles.

Tabla 09. Factores de riesgo económicos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo económicos	Frecuencia	%
Si presenta	56	57,1
No presenta	42	42,9
Total	98	100,0

Fuente: Guia sociodemografica (Anexo 01).

En razón a los factores de riesgo económicos que tienen los adultos mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 57,1% (56 adultos mayores) si presentaron factores de riesgo, sin embargo el 42,9% (42 adultos mayores) no presentaron factores de riesgo.

Tabla 10. Factores de riesgo patológicos enfermedades que presentan los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo patológicos	Frecuencia	%
Hipertensión Arterial	47	48,0
Diabetes Mellitus	15	15,3
Ninguno	36	36,7
Total	98	100,0

Fuente: Guía sociodemográfica (Anexo 01).

En razón a los factores de riesgo patológicos entre la principales enfermedades que tienen los adultos mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 48,0% (47 adultos mayores) tuvieron hipertensión arterial, el otro 15,3%(15 adultos mayores) tuvieron Diabetes Mellitus y el otro 36,7% (36 adultos mayores) no presentaron ninguna enfermedad.

Tabla 11. Factores de riesgo patológicos de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo patológicos	Frecuencia	%
Si presenta	56	57,1
No presenta	42	42,9
Total	98	100,0

Fuente: Guia sociodemográfica (Anexo 01).

En razón a los factores de riesgo patológicos que tienen los adultos mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 57,1% (56 adultos mayores) si presentaron factores de riesgo, sin embargo el 42,9% (42 adultos mayores) no presentaron factores de riesgo.

Tabla 12. Factores de riesgo generales de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo generales	Frecuencia	%
Si presenta	57	58,2
No presenta	41	41,8
Total	98	100,0

Fuente: Guia sociodemografica (Anexo 01).

En razón a los factores de riesgo generales que tienen los adultos mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 58,2% (57 adultos mayores) si presentaron factores de riesgo, sin embargo el 41,8% (41 adultos mayores) no presentaron factores de riesgo.

4.1.3. Deterioro cognitivo de los adultos mayores:

Tabla 13. Deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Deterioro cognitivo	Frecuencia	%
Normal	24	24,5
Deterioro cognitivo leve	44	44,9
Deterioro cognitivo moderado	30	30,6
Total	98	100,0

Fuente: Escala de Pfeiffer (Anexo 02).

En relación al deterioro cognitivo que tienen los adultos mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 44,9% (44 adultos mayores) presentan un deterioro cognitivo leve, sin embargo el 30,6% (30 adultos mayores) presentan deterioro cognitivo moderado y el otro 24,5%(24 adultos mayores) presentan un deterioro cognitivo normal.

Tabla 14. Deterioro cognitivo general de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Deterioro cognitivo	Frecuencia	%
Si tiene	69	70,4
No tiene	29	29,6
Total	98	100,0

Fuente: Escala de Pfeiffer (Anexo 02).

En relación al deterioro cognitivo general que tienen los adultos mayores en estudio, se encontró que la mayoría del 70,4% (69 adultos mayores) tienen un deterioro cognitivo, sin embargo el 29,6% (29 adultos mayores) no tienen deterioro cognitivo.

4.2. Resultados inferencial

Tabla 15. Relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores sociodemográficos	Deterioro cognitivo				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Si tiene		No tiene					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si presenta	47	47.9	29	29.6	76	77.6		
No presenta	22	22.4	0	0	22	22.4	11.923	0,001
Total	69	70.4	29	29.6	98	100.0		

• Fuente: Guía sociodemográfica (Anexo 01) y Escala de Pfeiffer (Anexo 02)

Respecto a la relación entre los factores de riesgo sociodemográficos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores en estudio, se evidenció que el 47,9% de los adultos mayores tuvieron factores de riesgo sociodemográfico y deterioro cognitivo, mientras que el 22,4% no presenta riesgo sociodemográfico y si tiene deterioro cognitivo. Al aplicar la prueba Chi cuadrada se halló diferencias significativas estadísticamente con respecto a la relación de los factores de riesgo demográficos y el deterioro cognitivo ($P \leq 0,001$); observando que predominan los adultos mayores que presentan factores de riesgo sociodemográficos y los que tienen deterioro cognitivo más que los que no tienen factores de riesgo sociodemográficos.

Tabla 16. Relación entre los factores de riesgo económicos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores económicos	Deterioro cognitivo				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Si tiene		No tiene					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si presenta	46	46.9	10	10.2	56	57.1		
No presenta	23	23.5	19	19.4	42	42.9	8.636	0,003
Total	69	70.4	29	29.6	98	100.0		

Fuente: Guía sociodemográfica (Anexo 01) y Escala de Pfeiffer (Anexo 02).

Respecto a la relación entre los factores de riesgo económicos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores en estudio, se evidenció que el 46,9% de los adultos mayores tuvieron factores de riesgo económicos y deterioro cognitivo, mientras que el 19,4% no presenta riesgo económico y no tiene deterioro cognitivo. Al aplicar la prueba Chi cuadrada se halló diferencias estadísticamente significativas con respecto a la relación de los factores de riesgo económicos y el deterioro cognitivo ($P \leq 0,003$); observando que predominan los adultos mayores que presentan factores de riesgo económicos y los que tienen deterioro cognitivo más que los que no tienen factores de riesgo económicos.

Tabla 17. Relación entre los factores de riesgo patológicos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo patológicos	Deterioro cognitivo				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Si tiene		No tiene					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si presenta	33	33.7	23	23.5	56	57.1		
No presenta	36	36.7	6	6.1	42	42.9	8.265	0,004
Total	69	70.4	29	29.6	98	100.0		

Fuente: Guía sociodemográfica (Anexo 01) y Escala de Pfeiffer (Anexo 02).

Respecto a la relación entre los factores de riesgo patológicos y el deterioro cognitivo de los adultos mayores en estudio, se evidenció que el 36,7% de los adultos mayores no tuvieron factores de riesgo patológicos pero sin embargo si tuvieron deterioro cognitivo, mientras que el 33,7% si presentan factores de riesgo patológicos y no tiene deterioro cognitivo. Al aplicar la prueba Chi cuadrada se halló diferencias estadísticamente significativas con respecto a la relación de los factores de riesgo patológicos y el deterioro cognitivo ($P \leq 0,004$); observando que predominan los adultos mayores que presentan factores de riesgo patológicos y los que tienen deterioro cognitivo más que los que no tienen factores de riesgo patológicos.

Tabla 18. Relación entre los factores de riesgo generales y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco 2015

Factores de riesgo generales	Deterioro cognitivo				Total		Prueba de chi-cuadrado	Significancia
	Si tiene		No tiene					
	N°	%	N°	%	N°	%		
Si presenta	35	35.7	23	23.5	56	57.1		
No presenta	34	34.7	6	6.1	42	42.9	7.570	0,006
Total	69	70.4	29	29.6	98	100.0		

Fuente: Guía sociodemográfica (Anexo 01) y Escala de Pfeiffer (Anexo 02).

Respecto a la relación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo de los adultos mayores en estudio, se evidenció que el 35,7% de los adultos mayores tuvieron factores de riesgo generales y deterioro cognitivo, mientras que el 23,5% si presentan factores de riesgo pero sin embargo no tienen deterioro cognitivo. Al aplicar la prueba Chi cuadrada se halló diferencias estadísticamente significativas con respecto a la relación de los factores de riesgo y el deterioro cognitivo ($P \leq 0,006$); observando que predominan los adultos mayores que presentan factores de riesgo y los que tienen deterioro cognitivo más que los que no tienen factores de riesgo.

CAPITULO V

DISCUSIÓN

5.1. Discusión de los resultados

Este estudio de nivel descriptivo , de diseño transversal y con carácter temporal prospectivo, tuvo como objetivo principal determinar los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo del adulto mayor, ya que la población adulta mayor es la más vulnerable por que debido a diversos factores como la edad, nivel socioeconómico, factores patológicos y diversas patologías conllevan a sufrir deterioro cognitivo.

Ante la posibilidad de errores o dificultad en el cumplimiento del llenado los instrumentos aplicados en el estudio, los encuestadores comprobaron que se hayan cubierto la totalidad de los datos y, asimismo, ayudaron a los adultos y familiares en el llenado en caso de que existan problemas para completarlos, en los términos acordados.

Los datos del estudio, fueron obtenidos a través de la técnica de la guía de entrevista y escala de pfeiffer. Asimismo, este método utilizado tiene la ventaja que es autoadministrado y que no sólo es usado por personas especialistas o de la misma línea de investigación.

Es sustancial subrayar que los niveles de fiabilidad por consistencia interna del instrumento construido por el investigador arrojan valores > 0,75. Valor que dan garantía a los resultados encontrados en el estudio.

Los resultados obtenidos corresponden en efecto, al ámbito de estudio, pudiendo generalizarse en la población adulta mayor, debido al nivel de estudio.

En tanto, el análisis inferencial, nos conduce a afirmar que el 35,7% de adultos mayores tuvieron factores de riesgo y deterioro cognitivo con diferencias significativas ($P \leq 0,006$); por otro lado los factores de riesgo sociodemográficos con respecto al deterioro cognitivo fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,001$); teniendo factores de riesgo sociodemográfico y deterioro cognitivo el 47,9%; del mismo modo los factores de riesgo económicos con respecto al deterioro cognitivo fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,003$); teniendo factores de riesgo económicos y deterioro cognitivo el 46,9%; y los factores de riesgo patológicos con respecto al deterioro cognitivo fueron significativos estadísticamente ($P \leq 0,004$); teniendo factores de riesgo patológicos y deterioro cognitivo el 36,7%.

Es así que existe evidencia estadística de que existen factores de riesgo sociodemográficos, económicos y patológicos que afectan el deterioro cognitivo de los adultos mayores en estudio.

Asimismo Marinês Tambara, Castioni, Daniani; Kirchner, Rosane, Hildebrandt, Mariza(29) en su estudio encontraron que existe un significativo porcentual de adultos mayores independientes para la realización de sus actividades pero sin embargo necesitan ayuda para algunas otras actividades más complejas. Lo que es apoyado por

León Arcila, Milián Suazo, Camacho Calderón, Arévalo Cedano, Escartín Chávez(30) en su estudio encontraron que existen varios factores de riesgo que son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor.

Asimismo Monteagudo Torres; Gómez Vierall; Miladys Labradorl, Jiménez Fontaoll, Cookll, Ruiz García(31) en su estudio encontraron que el deterioro cognitivo leve y la demencia fueron poco frecuentes. Los trastornos cognitivos fueron más comunes en el sexo femenino y la hipertensión arterial fue el factor de riesgo principal. El grado de incapacidad funcional se correspondió con el grado de severidad del déficit cognitivo lo que es apoyado por Varela P, Helver CJ., Gálvez., Méndez(32) en su estudio encontraron que la frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada. Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos.

Al establecer la inferencia comparativa de los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo se encontró diferencias significativas al menos en el estudio.

Futuras investigaciones podrían orientarse a estudios sobre factores de riesgo que conllevan al deterioro cognitivo

Bajo este panorama y a modo de síntesis, el conocer a tiempo los factores de riesgo que conllevan al deterioro cognitivo de los adultos mayores es que podemos tomar conciencia y dar una mejor calidad de vida a estos adultos y nosotros como profesionales de enfermería orientar a los familiares de dicha población sobre la calidad de vida. Es así, que el estudio por ser descriptivo aporta o genera nuevas hipótesis para otros estudios que se podrían plantearse en la misma línea.

CONCLUSIONES

Se llegaron a las siguientes conclusiones:

- En general, el 70,4% (de adultos mayores) evidenciaron tener un deterioro cognitivo. Asimismo, en cuanto a los factores de riesgo el 57,1% (56 adultos mayores) si presentaron factores de riesgo.
- En cuanto a la relación de los factores de riesgo sociodemográficos con el deterioro cognitivo se encontró relación positiva con un nivel de significancia de P 0.001
- Asimismo con respecto a la relación entre los factores de riesgo económicos con el deterioro cognitivo se encontró relación positiva con una nivel de significancia de P 0.003.
- Y con respecto a la relación entre los factores de riesgo patológico con el deterioro cognitivo se encontró relación positiva con una nivel de significancia de P 0.004.

RECOMENDACIONES

Se recomiendan lo siguiente:

A los estudiantes de Enfermería

- Continuar con el desarrollo de estudios de investigación de nivel relacional o explicativo relacionados al tema investigado.

A la Universidad de Huánuco

- Difundir los estudios de investigación desarrollados por los estudiantes.
- Difundir a los estudiantes mediante sus docentes los cuidados que se les debe brindar a los adultos mayores cuando presentan algún tipo de desarrollo cognitivo

A los profesionales de Enfermería

- Implementar un programa de cuidados de enfermería que se deben brindar a los adultos mayores que presentan algún tipo de deterioro cognitivo
- Fomentar la calidez humana entre todos sobre todo a la población adulta mayor que requiere mayor paciencia y buen trato

A las autoridades del Centro de Salud Aparicio Pomares

- Mostrar una actitud más claramente proactiva hacia el trato hacia el adulto mayor con algún tipo de deterioro cognitivo por parte de las Jefaturas y la Dirección del Hospital en estudio.

- Brindarle mayor seguridad a los pacientes adultos mayores e identificar los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo a través del personal que labora en el Hospital.
- En el programa del adulto mayor fomentar la prevención de los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en los adultos mayores

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Oliva DM, Morales EV, Mónica GM. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. Rev Trimestral. Cuba: Ciencias Holguín; 2007. 66(2) 1027-2127. [internet]. [Consultado 2015 May 20]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1815/181517998004.pdf>
2. Ventura R. Deterioro cognitivo en en envejecimiento normal. Rev de Psiquiatria y salud mental Hermilio Valdizan. (2004).26(1):61-65. [internet] [Consultado 2015 May 20]. Disponible en <http://www.hhv.gob.pe/revista/2004II/2%20DETERIORO%20cognitivopdf>
3. Jaime-Pacheco e. Capacidad cognocitiva y funcuonal en el adulto may pensionado y no pensionado de IMSS. 2000.
4. MP, Deterioro cognitivo y disminución de la marcha en adultos mayores d área urbana y rural. Tesis Para Licenciatura Mexico: Universida Veracruzana, Facultad de Enfermeria de Orizaba; 2013.
5. Peterson RC ,Roberts RO, Knopman DS. Prevalence of mind cognitiv impairment is higher in men. Neurology. 2010. 32(8):89-97.
6. FM. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Peru: Rev med; 200478(5):27-41
7. León Rd, Milián SF, Camacho CN, Arévalo RE, Escartín CM. Factores d riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Me 2009; 47 (3): 277-284.

8. ASIS-HUANUCO. Prevalencia de enfermedades en el adulto mayor. 2013..
9. Gobierno-Federal. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. 2012. guia de practica clinica.
10. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM. Capacidad Funcional y Nivel Cognitivo d adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Murci Rev Enf 2015N 16(95)61_41.
11. Silvia M, Arango P, Alejandro M, Jaimes M, Antonio M, Liliana R, Arregui M Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México Mexico: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán
12. Abarca JC, Chino BN, Llacho LV, Gonzales K, Mucho K, Vázquez Relación entre Educación Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en un Muestra de Adultos Mayores de Arequipa. Rev Neurologica Neuropsiquiatrí y Neurociencias; 2008,. 01(24): 12_65.
13. Torresl M, Vierall G, Labradorl M, Fontaolll J, Cooklll E, Garcíal Evaluación del estado cognitivo de los adultos mayores de 60 años, en u área de salud del Policlínico Docente Plaza de la Revolución..
14. González JM. Una propuesta para el mejoramiento cognitivo en el adul mayor: Una alternativa al entrenamiento cerebral. Maracaibo, Venezuel Universidad Nacional Experimental Rafael María Baralt ; 201 14(09):42_58.
15. Óscar Pino, Purdon SE. Escala breve para evaluar el deterioro cognitivo e pacientes psiquiátricos. 2004..
16. Bentosela M, Mustaca AE. Efectos cognitivos y emocionales d envejecimiento: aportes de investigaciones basicas para las estrategias d rehabilitación. 2005..
17. Ángel G. López Pérez-Díaz MD. Predicción del deterioro cognitivo e ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atenció sostenida..

18. Nelson Gómez Viera DB. "Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo". 2003..
19. Castel A, Cascón R, Salvat M, Sala J, Padrol A, Pérez M, et al. "Rendimiento cognitivo y percepción de problemas de memoria en pacientes con dolor crónico: con fibromialgia versus sin fibromialgia". 2008..
20. Dolores Calero García NG. "Eficacia de un programa de entrenamiento e memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo 2006..
21. cto-enfermería g. teorías del envejecimiento. ope País Vasco. 2012 Abr II(18).
22. desarrollo cognitivo en la edad adulta y el envejecimiento. 2012.
23. Social. MdLMyD. Plan nacional para las personas adultas mayores. [Online] 2010 [fecha de Rev. 25 agosto de 2015´. URL disponible e <http://www.upch.edu.pe/vrinve/gerontologia/minsapdf/plan%20nacional%20para%20las%20personas%20adultas%20mayores%2020062010>.
24. Salud mental. Programas y Proyectos. [Online].; 2015 [fecha de Rev. 01 d setiembre del 2015 URL disponible en : <http://www.who.int/ageing/es/>.
25. Salud omdl. programas y proyectos:Envejecimiento y ciclo de vida. [Online] 2015 [fecha de Rev: 01 de setiembre del 2015. URL disponible e <http://www.who.int/ageing/about/facts/es/>.
26. Licas Torres MP. "Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral s.j.m - v.m.t 2014". tesis de licenciatura. lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos , Facultad de Medicina e.a.p. Enfermería 2014.
27. Medica UdA. Diagnóstico y Tratamiento del deterioro cognoscitivo en adulto mayor en el primernivel de atención, instituto mexicano de segur social. report no.: isbn 978 isbn 978-607-8270-37-8.
28. INEI. Peru21. [Online].; 2015 [fecha de Rev. setiembre 01del 2015. UR

disponible en <http://peru21.pe/economia/inei-cual-situacion-adulto-mayo-peru-2215920>.

29. Situación de la Población Adulta Mayor. INFORME TÉCNICO. Lima, PER Instituto Nacional de Estadística e Informática, Encuesta Nacional d Hogares.; 2015 Junio. Report No.: N° 2.
30. Pfeiffer CC, Cobo CMS. Enfermería en el Envejecimiento. 2012..
31. Adriana C, -Pritchard S. teorías de envejecimiento. 2010..
32. Consideraciones generales sobre algunas teorías del envejecimiento. Revist Cubana de investigaion Biomedica. 2003 Marzo; I(22). [Internet].; 201 [Consultado. 14 de Octubre de 2015].
33. David E. Envejecimiento Cerebral.[Internet].; 2010 [Consultado. 14 d Octubre de 2015].
34. Bases fisiologicas del envejecimiento y geriatría. Segunda ed. Barcelona Masson; 2007. 2010 [Consultado. 12 de octubre del 2015].disponibl <https://www.casadellibro.com/libro-bases-fisiologicas-del-envejecimiento-y-geriatria/9788445803660/546232> e https://books.google.com.pe/books/about/Bases_fisio%C3%B3gicas_del_envejecimiento_y.html?id=loyG4Gox4MsC&redir_esc=y
35. envejecimiento Tse. Reeduca. 2010 [Consultado. 10 de octubre d 2015].disponible en: <http://reeduca.com/teorias-vejez-biologica.aspx>.
36. Denis T, Sánchez B. Monografías. [Internet].; 2010 [Consultado. 14 d Octubre de 2015].disponible e <http://www.monografias.com/trabajos68/teorias-envejecimiento/teorias-envejecimiento2.shtml>.
37. Osorio JD. procesospsicologicosiv. [Online].; 19 de mayo 2010 [fecha de Re octubre 17 del 2015. URL disponible en:
38. <http://procesospsicologicosiv.blogspot.pe/2010/05/desarrollo-cognitivo-edad-adulta.html>.

ANEXOS



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA**



Código:

Fecha: ----/----/----

ANEXO 1

GUIA DE ENTREVISTA DE LOS FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS

TITULO DE LA INVESTIGACION. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”, Huánuco 2015.

INSTRUCCIONES. Estimada usuario., por favor sírvase responder de manera apropiada respecto a las preguntas que le plantea en el siguiente guía de entrevista. Para lo cual deberá marcar con un aspa (x) dentro de los recuadros las respuestas que usted considere pertinente. Sus respuestas serán manejadas con carácter confidencial por lo cual le solicitamos veracidad.

I. FACTORES SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad:

- a) 60 a 64 años
- b) 65 a 69 años
- c) 70 a 76 años

2. Sexo:

- a) Femenino ()
- b) Masculino ()

3. Grado de instrucción

- a) Analfabeto ()
- b) primaria ()
- c) secundaria ()
- d) superior ()

4. Carga familiar:

- a) No ()
b) Si ()

Especifique. _____

II. FACTORES ECONOMICOS**5. ¿Cuál es su situación laboral?**

- a) Jubilado ()
b) empleado ()
c) Otros ()

Especifique: _____

6. ¿ingreso economico?

- a) Menor de 750 soles ()
b) De 750 a 1500 ()
c) Mas de 1500 ()

III. FACTORES PATOLOGICOS**7. ¿Actualmente esta tomando algun medicamento?**

- a) Si ()
b) No ()

8. ¿Padece de alguna enfermedad?

- a) Si ()
b) No ()



**UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA**



Código:

Fecha: ---/---/---

ESCALA DE PFEIFFER

TITULO DE LA INVESTIGACION. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”, Huánuco 2015.

OBJETIVO: Evaluar el deterioro Cognitivo del Adulto Mayor residente en el servicio de Medicina.

RESPONSABLE: Rubín Domínguez, Sussan Yassmine

INSTRUCCIONES: Escribir debajo de la columna “RTA”, 1 en caso de una respuesta con error y 0 para las respuesta correcta. al terminar sumar los errores.

Gracias por su Colaboración.

DETERIORO COGNITIVO

Nº	ITEMS	RTA
1	¿Qué día es hoy? (día, mes y año)	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Cómo se llama es lugar donde estas ahora?	
4	¿En qué mes estamos?	
5	¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay telefono, la dirección de su casa)	
6	¿Cuántos años tiene Usted?	
7	¿Cuándo nacio usted?	
8	¿Quién es el actual presidente del Perú?	
9	¿Quién fue el presidente antes de él (actual)?	
10	Digame el primer apellido de su madre.	
11	Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	



UNIVERSIDAD DE HUÁNUCO.
FACULTADE DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADEMICO PROFESIONAL
DE ENFERMERÍA



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con DNI N° _____ certifico mi aceptación para participar en el trabajo de Investigación titulada “Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”, Huánuco 2015.”.

El objetivo de este trabajo de investigación consiste en evaluar el deterioro cognitivo del adulto mayor y sus factores asociados quienes influyen en esta.

Las actividades que se realizara son las siguientes:

- Una escala de Pfeirffer con un formato sencillo donde se evaluara el deterioro cognitivo del Adulto Mayor del Servicio de Medicina.

Tengo el conocimiento de que en cualquier momento tengo derecho a retirarme de la investigación, con el compromiso de informar oportunamente a los investigadores.

Finalmente me hago responsable de seguir todas las indicaciones que me formulen los investigadores en el transcurso de los procedimientos a realizar, y acepto la participación del menor en la investigación de una forma voluntaria.

FIRMA: _____

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Geraldine Cabanillas Quispe, con DNI N° 45730376, de
profesión Lic. Enf., ejerciendo actualmente como
Enfermera, en la Institución
C.S. Ambo.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento de "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD "APARICIO POMARES", HUÁNUCO 2015".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

En Huánuco, a los 10 días del mes de Agosto del 2016.


 Geraldine U. Cabanillas Quispe
Lic. ENFERMERÍA
C.E.P. 76599

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Deysi Limaymanta Rojas, con DNI N° 46268333, de
profesión Lic. Enfermería, ejerciendo actualmente como
Enfermera, en la Institución
C.S. Namba.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento de "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD "APARICIO POMARES", HUÁNUCO 2015".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

En Huánuco, a los 12 días del mes de Agosto del 2016.



Deysi
Deysi Limaymanta Rojas
LIC. ENFERMERÍA
C.E.P. 76598

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Konnie M. Lucas Dominguez, con DNI N° 41741997, de
profesión Lic. Enfermería, ejerciendo actualmente como
_____ en la Institución
C.S. Aparicio Pomares.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación
de contenido del instrumento de "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL
DETERIORO COGNITIVO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR
DEL CENTRO DE SALUD "APARICIO POMARES", HUÁNUCO 2015".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes
recomendaciones:

En Huánuco, a los 10 días del mes de Agosto del 2016.


Konnie M. Lucas Dominguez
LIC. ENFERMERIA
C.E.P. 44836

Firma

CONSTANCIA DE VALIDACIÓN

Yo, Jesús Luna Arbildo, con DNI N° 22415023, de profesión Lic. Enfermería, ejerciendo actualmente como Enfermera Asistencial, en la Institución Hosp. Regional Hermelino Valdezani.

Por medio de la presente hago constar que he revisado con fines de validación de contenido del instrumento de "FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN EL PROGRAMA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD "APARICIO POMARES", HUÁNUCO 2015".

Luego de hacer las observaciones pertinentes, puedo formular las siguientes recomendaciones:

En Huánuco, a los 10 días del mes de Agosto del 2016.



Jesús Luna Arbildo
 Lic. Enf. Jesús Luna Arbildo
 Esp. en cuidados nefrológicos
 CEP: 61254 - RNE: 11785

Firma

“FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN EL CENTRO DE SALUD APARICIO POMARES, HUANUCO 2015 ”

MATRIZ DE CONSISTENCIA

Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Variables	Dimensiones e Indicadores	Metodología	Población y muestra	Técnicas
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál son los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”, Huánuco 2015?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Cuáles son los Factores de Riesgo sociodemográficos asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa de adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares” ,Huánuco 2015</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar los factores de riesgo sociodemográficos asociados al</p>	<p>Hipótesis general</p> <p>Hi: los factores de riesgo están asociados positivamente al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares” Huánuco 2015</p> <p>Hi1: los factores de riesgo sociodemográficos están asociados al deterioro cognitivo en</p>	<p>Variable dependiente</p> <p>Deterioro cognitivo</p> <p>Variable independiente</p> <p>Factores relacionados y/o asociados al deterioro cognitivo:</p>	<p>Factores sociodemográficos</p> <ul style="list-style-type: none"> • EDAD • GRADO DE INSTRUCCIÓN • SEXO • OCUPACION • INGRESO ECONOMICO <p>Deterioro cognitivo</p> <ul style="list-style-type: none"> • DETERIORO NORMAL 0-2-errores • DETERIORO COGNITIVO LEVE 3-4errores • DETERIORO COGNITIVO 	<ul style="list-style-type: none"> • Según el análisis y alcance de los resultados el estudio será de tipo descriptivo por cuanto se describirá los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. • Según la intervención del investigador, el estudio será de tipo observacional dado que no existirá intervención del investigador, y los resultados obtenidos reflejara los factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo. • Según la planificación de la medición de la variable del estudio, será de tipo 	<p>Por ser una población pequeña se trabajará con el 100 %; es decir con todos los pacientes que asisten al programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares” que son un total de 98 pacientes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Guía de entrevista sociodemográfica • Escala de Pfeiffer

<p>adulto mayor del centro de salud "Aparicio Pomares", Huánuco 2015?</p> <p>¿Cuáles son los Factores de Riesgo Económicos asociados al Deterioro Cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud "Aparicio Pomares", Huánuco 2015?</p>	<p>deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud "Aparicio pomares", Huánuco 2015</p> <p>..</p>	<p>el programa del adulto mayor del centro de salud "Aparicio pomares", huanuco2015.</p>		<p>MODERADO 5-7 errores</p> <ul style="list-style-type: none"> • DETERIORO COGNITIVO SEVERO <p>8-10 errores</p>	<p>prospectivo, porque se registrara la información según como ocurren los fenómenos que se representan en el momento de los hechos.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Según el número de mediciones de las variables en estudio será de tipo transversal porque se estudiara la variable en un determinado momento, haciendo un solo corte en el tiempo, que permitirá presentar la información tal y como se presenta en un determinado tiempo y espacio. 		
---	---	--	--	---	---	--	--

ANEXO 06

INFORME DE RECOLECCION DE DATOS

I. INTRODUCCIÓN

“El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable que día a día es más progresivo, a medida que la población envejece aumenta el interés por conocer y entender los efectos de la edad precisamente en el funcionamiento y desempeño cognitivo del adulto mayor; frente a esto se desea conocer que factores relevantemente están asociados al deterioro cognitivo”

En ese sentido la problemática de mejorar la influencia de los factores asociados en relación al deterioro cognitivo de los adultos mayores es susceptible de resolución mediante una investigación razón por la que abordamos el presente estudio, cuyos resultados por su alto valor orientativo nos permitirán reconocer los factores que están asociados al deterioro cognitivo de los adultos mayores.

Considerando que los resultados se derivan de la recolección de datos del trabajo de campo, se ha procedido aplicar la encuesta, por ser una de las etapas de una investigación de naturaleza cuantitativa.

II. OBJETIVOS DE LA ACTIVIDAD.

- ❖ Aplicar el instrumentos de recolección de datos
- ❖ Obtener datos de acuerdo a los instrumentos y las preguntas formuladas

III. ASPECTOS METODOLÓGICOS.

Selección de los días de aplicación de encuestas

La selección de los días/momentos para la recolección de datos se hizo al azar, teniendo en cuenta la afluencia de pacientes por día que asistieron al programa del adulto mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares., se ha fijado los meses: Abril del 2016 (del día viernes 1 al día sábado 30), Mayo del 2016 (del lunes 02 al martes 31 de acuerdo al horario de atención), en razón a los criterios antes mencionados, esto con la finalidad de evitar sesgos durante la adquisición y procesamiento de datos.

Selección de los participantes del estudio.

La muestra fue de 98 pacientes adultos mayores , los cuales fueron seleccionados mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, descritos en el siguiente.

Criterios de inclusión: Se incluyeron en el estudio a:

- Todos los pacientes que asistieron al programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”.
- Pacientes que asisten al programa del adulto mayor que dieron su consentimiento previa información para participar en el estudio.

Criterios de exclusión: No se incluyeron en el estudio a los:

- ❖ pacientes que no asistieron al programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares”.
- ❖ pacientes que presentaron alguna enfermedad crónica que impida participar en el estudio.
- ❖ Pacientes que no estuvieron dentro de la edad para ser considerado adulto mayor.

❖ **RESULTADOS**

El tiempo promedio de aplicación del instrumento fueron:

- Características socio demográfica: 5 minutos
- Escala de Pfeiffer: 10 minutos

Tiempo promedio por persona: 25 minutos.

IV. DIFICULTADES DURANTE LA APLICACIÓN DE ENCUESTAS

- ❖ Al entrevistarme con los adultos mayores, tuve dificultades al momento de iniciar la aplicación de las encuestas por el tiempo disponible de los adultos mayores.
- ❖ Habían situaciones en las que no se tuvo una respuesta positiva por parte de los pacientes
- ❖ No se tuvo la retribución para entregar a los encuestados