



**Universidad
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA DEL
ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACIÓN
ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR,
VILLA LOS REYES, VENTANILLA 2018**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA

PRESENTADO POR:

**CHUQUIPUL MENDOZA, PAMELA
IZAGUIRRE MARTINEZ, CARITO**

**LIMA – PERÚ
2018**

DEDICATORIA

En primer lugar a Dios por las grandes oportunidades que nos brindó para realizar este trabajo y culminarlo con éxito, a nuestros padres, familia y amistades por su apoyo incondicional, tanto en lo económico como moral para así lograr una meta más como profesionales y convertirnos en las manos de Dios en este mundo.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a nuestro querido asesor el Mg. Wilmer Calsin Pacompia, por convertirse en nuestro guía durante este proceso y su dedicación brindada en este tiempo de elaboración, así mismo agradecer siempre a la Universidad Norbert Wiener por darnos un amplio conocimiento y alcanzar las metas trazadas como profesionales de la salud.

ASESOR DE TESIS
Mg. Calsin Pacompia, Wilmer

JURADOS

Presidenta: Dra. Rosa Eva Pérez Siguas.

Secretaria: Dra. Maria Hilda Cardenas Cardenas.

Vocal: Mg Milagros Lizbeth Uturnco Vora.

ÍNDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ASESOR DE TESIS.....	v
JURADOS.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS	ix
ÍNDICE DE GRÁFICOS	x
ÍNDICE DE ANEXOS	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
CAPÍTULO I: EL PROBLEMA	14
1.2. Formulación Del Problema	19
1.3. Justificación	19
1.4. Objetivo.....	20
CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO.....	21
2.1 ANTECEDENTES	21
2.1.1. Antecedentes internacionales.....	21
2.1.2. Antecedentes nacionales	25
2.2. BASE TEÓRICA.....	29
2.3. Terminología Básica.....	44
2.4 Hipótesis	45
2.5 Variables	45
CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO	48
3.1. Tipo de Investigación	48
3.2. Población y Muestra.....	49
3.3. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	50
3.4. Procesamiento de Datos y Análisis Estadístico	52
3.5. Aspectos Éticos.....	53
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	54
4.1. Resultados	54
4.2. Discusión	61
CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	66

5.1. Conclusiones.....	66
5.2. Recomendaciones	67
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	68
ANEXOS.....	78

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla N°1. Deterioro Cognitivo según dimensiones en el Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes – Ventanilla.	57
Tabla N°2. Calidad de Vida según dimensiones en el Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes – Ventanilla.	59
Tabla N°3. Contingencia entre las Variables Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes – Ventanilla.	60
Tabla N°4. Correlación entre Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida.	61

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico N°1. Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes – Ventanilla.	56
Gráfico N°2. Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes – Ventanilla.	58

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
Anexo A. Consentimiento informado	79
Anexo B. Características Sociodemográficas de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes.	80
Anexo C. Instrumento de recolección datos (Test Mini Mental)	81
Instrumento de recolección de datos (SF36)	82

RESUMEN

Objetivo: Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. **Material y métodos:** El tipo de estudio fue cuantitativo y el diseño de estudio correlacional y de corte transversal, la población fue de 120 y la muestra de 50 adultos mayores, el instrumento utilizado fue la encuesta, Test Mini Mental y el SF36. **Resultados:** Se observó que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70%; en cuanto a sus dimensiones como orientación en el tiempo tuvo un 84%, orientación en el espacio 58%, lenguaje/nominación 46% y atención/cálculo 46%; por otro lado la Calidad de vida se evidenció que la categoría que prevaleció es la promedio con un 88%, en relación a sus dimensiones la función física presentó un 74%, dimensión Dolor corporal 80%, dimensión Salud general 60%, dimensión Vitalidad 86 %, dimensión Función social 70 %, dimensión a Salud mental 78 %, dimensión transición de la salud 70 % dando así un resultado de una calidad de vida alta. Para establecer la relación entre Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida se aplicó la prueba estadística Chi-cuadrado que dio un resultado de 0,337 lo cual no existe relación significativa entre ambas variables. **Conclusión:** El estudio concluyó que no existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, en su mayoría de los adultos mayores tiene deterioro cognitivo moderado y calidad de vida promedio.

Palabras Claves: “Deterioro Cognitivo”, “Calidad de Vida”, “Adulto Mayor”, “Mini Mental”, “SF36”

ABSTRACT

Objective: To determine the relationship between the cognitive impairment and the life quality of the elderly from the social organization association of the elderly, Villa Los Reyes, Ventanilla. **Material and method:** The study type was quantitative, the design of correlational and cross-sectional. The population was 120 and the sample of 50 old adults, the used instrument was the survey, Mini-Mental Test and SF36. **Result:** It was observed that old adults have moderate cognitive impairment with a 70%. Regarding to its dimensions as orientation in time had 84%, orientation in space 58%, language/nomination 46% and attention/calculation 46%. On the other hand, the life quality was evidenced the category that prevailed is the average with 88%, in relation to its dimension of physical function presented a 74%, body pain dimension 80%, overall health dimension 60%, vitality dimension 86%, social function dimension 70%, dimension to mental health 78%, dimension of health transition 70% thus giving a result of a high quality of life. To establish the relationship between cognitive impairment and the life quality, the Chi-squared statistic test was applied that gave a result of 0.337, which has no meaningful relationship between the two variables. **Conclusion:** The study concluded there is no relationship between cognitive impairment and life quality, mostly old adults has moderate cognitive deterioration and average life quality.

Keywords: "Cognitive impairment", "life quality", "older adult", "Mini Mental", "SF36"

CAPÍTULO I: EL PROBLEMA

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), considera a toda persona de 65 años de edad como adulto mayor, en esta etapa de la vida se da inicio a la jubilación y a la finalización de un ciclo de vida, en este inicio de vida se presenta pérdida de la visión, audición y movilidad que conlleva la edad y a las enfermedades no transmisibles, como los accidentes cerebrovasculares, las cardiopatías, enfermedades respiratorias crónicas, la demencia y el cáncer, por ello este periodo de vida es considerado como el origen de las grandes cargas de muerte y de discapacidad. Esta problemática no se da solamente en países de mayores ingresos sino más bien se presenta en países de bajos y medianos ingresos (1).

El INEI menciona que durante las últimas 4 décadas se encontró un aumento en la esperanza de vida de 15 años teniendo en consideración la incidencia de ampliación o reducción del riesgo a morir y condiciones de mortalidad (2). Actualmente el INEI presenta que la población adulta mayor al 2017 es de 3,229 876, están distribuidos de la siguiente manera hombres: 1,505 761 y mujeres: 1,724115 (3).

En el continente americano se presenta la mayor cantidad de adultos mayores en el mundo, en el año 2006 existían 50 millones, cifra que para el año 2025 y para el 2050 podría duplicarse, esto ocurrirá para

cuando 1 de cada 4 adultos tenga más de 60 años y en el mundo serán 1 de cada 5 adultos. En dicho continente el 80% de la población nace con una esperanza de vivir hasta los 60 años, teniendo en cuenta que el 42% sobrepasara la edad de los 80 años (3).

En los últimos 10 años la población peruana experimento grandes variaciones demográficas en su estructura por edad y sexo, obteniendo cambios considerables. En los años 50 la población estaba constituida por niños y niñas, lo cual indica que de cada 100 personas 42 eran menores de 15 años de edad; en el año 2017, 27 de cada 100 población. Cabe decir que en esta etapa de vejez hay un aumento de adultos mayores, ya que en el año 1950 registro un 5.7% y en el 2017 en 10,1% (3).

Según la revisión del informe del 2017 «Perspectivas de la Población Mundial», prevé para los años 2050 y 2100 una multiplicación de adultos mayores, por consiguiente este grupo etario tendrá una participación más activa que los jóvenes. A nivel mundial en el año 2017 son 962 millones de personas que tienen más de 60 años correspondiente a una población global a un 13%, teniendo un crecimiento anual de 3%, siendo así Europa poseedor de un 25% de estos. Este segmento de la población se hará notar en otros lados a nivel mundial en el 2050, excluyendo África. En la Tierra por el año 2030 habrá 1400 millones de personas de edad avanzada (4).

Por otra parte "Los sistemas salud y seguridad social no se encuentran dispuestos a proveer una vida plena a largo plazo a quienes más lo necesitan, sin embargo el ser una persona mayor y envejecer no es un dilema pero si lo es el perder años de vida saludable a causa de la indiferencia de estos. El adulto mayor no solo lucha contra sus enfermedades sino también necesita aumentar su potencial y vivir en un ambiente que facilite una vida completa" (3).

Se puede decir que las enfermedades sin cura se presentan mayormente en la etapa de envejecimiento y es la mayor razón de

defunción, según los datos de la Encuesta de Salud y Bienestar al Adulto Mayor–ESBAM 2012, 20 donde se comprobó que la enfermedad con más incidencia en la población adulta mayor son las patologías del sistema óseo. Por lo tanto en varones se presentan (Artrosis/reumatismo (39%) u Osteoporosis (18%), en la mujer la artritis 43% y 24% en osteoporosis, provocado por la baja producción de estrógeno.

En este mismo orden es bueno acotar que otras enfermedades se presentan a nivel del sistema cardiovascular destacando la Hipertensión Arterial en varones (25%) y de forma más reiterativa en mujeres con un (35%), a nivel del sistema renal el adulto mayor varón destaca con un 20% de incidencia. También cabe mencionar que existen otras enfermedades como la depresión, enfermedades del aparato respiratorio, destacando en la mujer la depresión con un (19%) de casos (5).

De manera pues que la problemática de la salud mental es más común en adultos mayores con un 20% del grupo etario, viéndose distintos grados de severidad, de acuerdo con varios estudios epidemiológicos elaborados mundialmente. El deterioro de la función cognitiva va de la mano, de la conducta social o voluntad y por el déficit del control emocional. Por otro lado en su estudio Epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental en Lima Metropolitana, se comprueba que existe una muestra de 6,7% de adultos mayores con demencia, determinado por la presencia de un deterioro cognitivo o funcional (6).

En relación a la problemática de salud mental no es detectada fácilmente, por lo cual carecen de un diagnóstico o no son tratados adecuadamente, por ello la formación académica de los profesionales en esta área es importante para poder prevenir y tratar acertadamente esta problemática. Es importante tener planes, regímenes y áreas especializadas en relación a la mente para esta población, de esta manera su tipo de vida y la de sus familiares será mejor (7).

Asimismo el Alzheimer es un padecimiento inicialmente recurrente de la demencia, según informo que La Organización Mundial de la Salud (OMS) que abarca entre un 60% y 70% de casos, siendo esta enfermedad la más frecuente en el mundo. La proporcionalidad que se da en esta enfermedad es de 3 a 1 en la población mayor de 80 años (8).

De lo anterior se puede agregar que en América Latina (LA) la demencia es más frecuente con un 7,1% en adultos mayores, considerando que en LA y el Caribe para el 2030 7,6 millones presentaran signos de demencia. Mientras que en Lima 1532 personas tenían predominio del 6,85% de alzhéimer por lo que dicha enfermedad se encuentra en un incremento. En el 2000 en LA el número total de habitantes adultos mayores fue de 41,3 millones, proyectándose para el 2025 con 57 millones de este grupo etario. Para el año 2050 la expectativa de vida llegara a los 80 años de edad y en Perú la expectativa de vivir es de 75 años. Cabe mencionar que el bajo nivel socio-económicos y educativo, son factores adicionales a tomar en consideración (9).

Es bueno decir que la demencia afecta en el mundo cerca a una población de 50 millones de individuos, de estos cerca del 60% se localizan es países con un ingreso medio a bajo. Actualmente cada año se presenta aproximadamente 10 millones de episodios. Se proyecta que cerca de un 5% al 8% de los individuos de 60 años a más presentara demencia en alguna etapa de su vida a partir de esta edad; también para el 2030 se proyecta que 82 millones de personas padezcan de esta enfermedad. Gran parte de este aumento se debería a que países con ingresos medios y bajos presentara aumento de pacientes con esta enfermedad (10).

Sobre este particular se puede decir que la calidad de vida es un término lingüístico que expresa notablemente la asociación de personalidad, satisfacción y bienestar que tiene el hombre por la vida, ya que está relacionado con sus hábitos de salud, integración social, ambiental y

otros factores. Según Velandia define que alimentación, vivienda, educación, vestido y libertades humanas; son características básicas de la existencia humana; permitiendo de distintas maneras una excelente condición de confort, considerando su evolución en la etapa de senectud, adecuando a la persona en su ambiente biológico y psicosocial cambiante que es presentado de manera diferente e individual; esta adaptación que predomina en su salud física, el abandono, la muerte, fallas en el temor como en memoria y la dependencia o la invalidez” (11).

Asimismo la Organización Mundial de la Salud (OMS) determina que es la apreciación del individuo hacia la vida, en el sistema cultural y los valores que tiene relacionado a sus preocupaciones, logros y expectativas. En este orden se da la definición de calidad de vida relacionada con la salud, descarta aquellos que existen de manera independiente aunque interactúan entre ellas incluyendo aspectos integrales del individuo. La enfermedad, su tratamiento y otros cuidados sanitarios repercuten en la evaluación de calidad de vida ya que estos se hallan relacionados en su dimensión social y personal del individuo (12).

A nivel internacional la demencia en la salud pública juega un rol importante como también el gran número de la población de adultos mayores, asimismo esta enfermedad en la vejez es el origen principal de dependencia (necesitar ayuda de otros) es el principal inconveniente que marca fuertemente en el ámbito psicológico, médico, familiar y económico a las personas que la padecen, afectando marcadamente la calidad de vida. Todo este grupo de alteraciones en la salud ya sea emocionalmente y mentalmente influye a que se realice el presente trabajo de investigación evaluando. Asimismo al lograr entrevistar a enfermeras, responden: El adulto mayor hoy en día es un ser humano frágil que necesita de cuidados esenciales que aquejen sus males para que así mantenga una buena calidad de vida. Descrito lo expuesto se expone la siguiente pregunta.

1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Qué relación existe entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes 2018?

1.3. JUSTIFICACIÓN

El estudio se justifica porque se obtendrá información objetiva y actual sobre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores, el cual según informes estadísticos ha ido aumentando. Por tal motivo se escogió la Asociación Organización Social del Adulto Mayor Villa los Reyes, por lo que se vio una carencia en el aspecto cognitivo.

En el aspecto metodológico la investigación podrá utilizarse como una base de datos actualizada que servirá como referencia de los profesionales de la salud. Estas estuvieron consolidadas por los instrumentos Mini Mental y SF36. La conclusión de la investigación que se realizó en la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes fue presentada según jerarquía, para que así se pueda favorecer a la población adulto mayor enriqueciendo así el aspecto cognitivo y dando una mejor calidad de vida.

De esta forma la investigación dará a la población de adultos mayores agrupados en otras asociaciones y de la comunidad en general el beneficio para determinar los problemas que conllevó al deterioro cognitivo y por ello brindar una mejor calidad de vida brindando un cuidado holístico y humanizado. Asimismo se buscó incrementar suficiente información y datos relevantes que renueven el punto de vista de la etapa senil.

1.4. OBJETIVO

1.1.1. Objetivo General

Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018.

1.1.2. Objetivos Específicos

- Identificar el Deterioro Cognitivo y según sus dimensiones en los adultos mayores de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018.
- Identificar la Calidad de Vida y según sus dimensiones en los adultos mayores de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018.

CAPÍTULO II. MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES

2.1.1. Antecedentes internacionales

Barrera Urrutia, Jessenia Carolina. En el año 2016. En Ambato-Ecuador. Realizo el estudio titulado “Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor”. Objetivo: Saber el nivel de influencia en el deterioro cognitivo en la calidad de vida del adulto mayor. Metodología: tipo correlacionar. Muestra: 35 personas mayores donde 29 son mujeres y 6 hombres. Resultados: con respecto a la ubicación en el tiempo, como en qué fecha es hoy, se obtuvo que el 89% respondió acertadamente, mientras que un 11% respondió de manera equivocada; el 74% respondió de manera acertada al ser consultado en qué país vive, el 26% respondió de manera equivocada; se apreció que el adulto mayor tiene una calidad de vida menor a un 66% debido a las actividades y condiciones de vida que posee cada uno de ellos, por otro lado se mostró que un 34% tuvo una mejor calidad de vida. Conclusión:

”Calidad de vida es menor en el adulto mayor y cuando se relacionó el índice de calidad de vida con el deterioro cognitivo se obtuvo un mayor porcentaje en un discreto déficit, en este nivel el adulto mayor no mostró signos

determinantes que afecten las condiciones de vida”
(13).

Por su parte Eliseo Capote Leyva, Casamayor Laimé Zuleika, Castañer Moreno Juan, Rodríguez Apolinario Norlán, Moret Hernández Yosvany, Peña Ruiz Rubén, en el año 2016, en Cuba realizaron una investigación titulada “Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal”. Objetivo: Determinar la preeminencia de deterioro cognitivo en adultos mayores con insuficiencia renal crónica y con tratamiento sustitutivo de la función renal y su relación con la calidad de vida. Metodología: se elaboró un estudio observacional, analítico y de corte transversal que incluyó a 30 pacientes con edad ≤ 60 años de edad del servicio de nefrología del Hospital Clínico Quirúrgico Docente "Dr. Carlos J. Finlay" con tratamiento de hemodiálisis y diálisis peritoneal. Para determinar el deterioro cognitivo se utilizó la prueba Minimental con un valor de menos de 23 puntos y la calidad de vida se valoró con el índice de Karnofsky. Para saber la relación entre variables cualitativas se empleó la prueba chi cuadrado de Pearson y para el grado de asociación entre las variables asociadas, el Riesgo Relativo. Resultados: se halló deterioro cognitivo en 16,6 % de los pacientes; de ello, el 80% se vinculó con una calidad de vida considerada como pobre ($X^2=4,0$; $p=0,046$; $RR=2,5$ $ICl=1,22$; $ICS=5,14$). Conclusiones:

“En el grupo de pacientes estudiados se encontró una saliente prevalencia de deterioro cognitivo y este se correlaciona con una pobre calidad de vida” (14).

Asimismo García Mejía María Alejandra, Moya Polanía Lina María, Quijano María Cristina, en el año 2015, en Colombia, presentaron la investigación “Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad”. Objetivo: Determinar diferencias entre el rendimiento cognitivo y la calidad de

vida en adultos mayores que formaron parte de un grupo de la tercera edad y adultos que no frecuentan a dichos programas. Metodología: se empleó una batería neuropsicológica y una escala de calidad de vida a 36 adultos mayores entre 60 y 75 años. La muestra se dividió en dos grupos, cada uno conformado por 18 personas. El grupo A con aquellos que participan en grupos de la tercera edad y el grupo B con aquellos que no participan en dichos grupos. Resultados: los adultos que acuden a dichos en grupos de la tercera edad presentaron mejor rendimiento cognitivo que aquellos que no asisten ($p = 0,02$), mientras que en la escala de calidad de vida no hubo diferencias significativas entre los grupos. Conclusión:

“El rendimiento normal se consideró para ambos conjuntos, siendo el único distinto el rendimiento cognoscitivo, en los dos grupos existió similitud calidad de vida. También no se observaron cambios cognitivos, cabe mencionar la importancia de las redes sociales y la inclusión social como una causa que afecta claramente al individuo en los aspectos emocionales y psicológicos” (15).

Por su parte De León Arcila Rubén, Milán Suazo Feliciano, Camacho Calderón Nicolás, Arévalo Cedano Rosa Elena y Escartín Chávez Minerva, en el 2012, en México; realizaron un estudio titulado “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor”. Objetivo: Determinar la asociación entre deterioro cognitivo y funcional con factores socioeconómicos, laborales, sociodemográficos, enfermedades crónicas y polifarmacia en el adulto mayor. Metodología: se elaboró un estudio transversal en 422 adultos de 60 años o mayores; entre marzo y agosto de 2002; se empleó un cuestionario y el mini examen 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 determinaron por razones de momios ajustadas con regresión logística. Resultado: de 422 individuos, 244 fueron mujeres, el promedio de edad fue de 68 años, los elementos vinculantes 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 $p < 0.05$.

Conclusión:

“Existen varios factores de riesgo que son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor” (16).

En este mismo orden Camargo-Hernández K del C, Laguado Jaimes E, en el 2017, en Colombia, realizaron un trabajo de investigación cuyo título fue “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga–Santander Colombia” Objetivo: Determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia. Metodología: estudio cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal, con una población de 165 y una muestra de 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos, cuyos criterios de inclusión fueron: edad entre 65 y 95 y más años, presencia o ausencia de patología crónica. Se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia, y se aplicó el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental). Resultados: la población adulta mayor que formo parte del estudio se ubica entre las edades de 75 a 94 años, con mayor presencia del género masculino; teniendo una preponderancia en nivel básico primario, tenían contacto familiar, el tiempo de institucionalización fue de 1 a 5 años. Conclusión:

“El deterioro cognitivo que predominó en esta población fue el grave con un total de 41,7% (25) de adultos mayores, dichos resultados necesitan ser intervenidos con una participación activa de enfermeras enfocadas a cumplir un rol importante y orientada principalmente hacia la terapia cognitiva” (17).

2.1.2. Antecedentes nacionales

Velazco Huaranga Lessly Karol, Carrera Luis Tanya Gyna; en el año 2016, en Perú; presentaron el trabajo de investigación titulado “Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar misioneros de amor”. Objetivo: determinar la relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo. Metodología: cuantitativo, de tipo no experimental, la muestra se seleccionó mediante el muestreo no probabilístico tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión, la muestra estuvo conformada por 200 adultos mayores, el instrumento que se empleó para la recolección los datos fue; dos encuestas de enfermería: Índice de Barthel, la Mini Prueba del Estado Mental (MMSE) Modificado por Icaza. Resultados: respecto a la relación entre las variables salud mental y física en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, no existe relación ($p= 0,567$), la prueba de Chi-cuadrado concluye un coeficiente de correlación de 0,468, siendo este mayor a 0,05, de esta manera esta evidenciado que no existe relación entre el género y la salud física. Conclusión:

“En la casa hogar “Misioneros de amor” se halló que no hay relación entre la dependencia física y el género de los adultos mayores de. Por otro lado entre la

dependencia física y la edad si existe relación significativa con un valor $p < 0,03$ "(18).

Asimismo Valdez Condori, Jackeline Vanesa, en el 2017 en Puno-Perú, realizó el estudio "Factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, Centro de Salud Cono Sur I-4, San Roman 2017 ", el objetivo planteado fue determinar los factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor. Metodología: tipo descriptivo no experimental de corte transversal y diseño correlacional. La muestra fue de 40 adultos mayores. Resultados: el 55% de la población adulta mayor se encuentra con una calidad de vida mala y el 45% se encuentra con una calidad de vida regular ausentándose una buena calidad de vida; El factor psicológico se encuentra en nivel bajo de autoestima el 45%, en nivel medio de autoestima el 43% y el nivel elevado de autoestima 12%. Conclusiones:

"Del total de la población estudiada existe un notorio porcentaje del 55% que presenta una mala calidad de vida seguido de un 45% regular calidad de vida. Para la relación de factores sociales con la calidad de vida, se determinó que la edad muestra relación estadística ($p < 0.05$)" (19).

Por su parte Mazacón Roca, Betty Narcisa, en el año 2017 en Lima-Perú, realizó el estudio "Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas–Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud". Objetivo: Determinar la calidad de vida en los adultos mayores del Cantón Ventanas (Provincia de Los Ríos, Ecuador) intervenidos y no intervenidos con el modelo de atención integral en salud. Metodología: estudio transversal, se hicieron visitas domiciliaria a los adultos mayores en la que se aplicó la encuesta sociodemográfica para obtener datos

de la edad, sexo, procedencia, antecedentes de importancia y si recibió la intervención del modelo de atención integral de salud; también se empleó la versión en español del cuestionario SF-36 el cual se enfocó medir la calidad de vida en salud de forma global así como en las dimensiones función física, desempeño físico, dolor físico, salud general, vitalidad, función social, desempeño emocional y salud mental. Participaron un total de 297 adultos mayores. Resultados: la mayor puntuación promedio en el cuestionario SF-36 la obtuvieron las dimensiones de calidad de vida de desempeño emocional (76,0), desempeño físico (64,3) y salud general (58,5); mientras que, los puntajes más bajos lo obtuvieron en las dimensiones salud mental (38,8), función social (46,5), función física (48,5), vitalidad (49,0) y dolor físico (49,6), no se observó diferencia estadísticamente relevante entre los intervenidos y los no intervenidos por el modelo de atención integral de salud, observándose que el puntaje promedio en el cuestionario SF-36 en los intervenidos fue de $92,3 \pm 10,7$ en comparación con los no intervenidos que tuvieron como puntaje promedio $93,0 \pm 10,5$ (Prueba t de Student; $p=0,554$). Al evaluarse el puntaje obtenido según dimensiones de calidad de vida se encontró que los intervenidos por el modelo de atención integral obtuvieron puntaje significativamente mayor a los no intervenidos en la dimensión salud mental (Prueba t de Student; $p=0,022$), no existió diferencia en las medias de los adultos mayores intervenidos y no intervenidos en las 7 dimensiones restantes. Conclusiones:

“Los beneficiados adultos mayores que obtuvieron la calidad de vida similar en relación a los no intervenidos en las áreas social, físico y psíquico. Esto asegura que las acciones ejecutadas en la población objeto no obtuvo un efecto significativo, por diversos factores a determinar en otro estudio a desarrollarse que será cuantitativo y cualitativo” (20).

En este mismo orden González Velásquez Blanca Mariela, Carhuapoma Acosta Mistral Ena, Zuñiga Chura Elena, Mocarro-Aguilar María Rosario, Aleixo Diniz Marina, Silva Fhon Jack Roberto, en el 2013, en Perú, realizaron el estudio titulado estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día–Lima. Objetivo: Determinar el estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Metodología: transversal, se evaluaron a 150 adultos mayores con 60 años y más de ambos sexos que acuden a dos Centros de Día en Lima, Perú, mediante instrumentos de perfil social se registró edad, sexo, nivel educativo, estado civil y personas con quien vive; para la evaluación del estado cognitivo se usó el Mini-Examen del Estado Mental y para la capacidad funcional el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Resultados: los adultos mayores tuvieron una edad media de 74.6 ± 7.2 años, predominando el sexo femenino. El 21.3% presentó déficit cognitivo con mayor prevalencia en el sexo masculino; considerando la capacidad funcional, el 52.7% obtuvo una dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales el 4.0% y 16.0% evidenciaron una dependencia grave y moderada respectivamente; se halló una mayor dependencia del sexo masculino en las actividades instrumentales y del sexo femenino en las actividades básicas; se observó que a mayor edad existe más déficit cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor. Conclusiones:

“Es de gran prioridad prevenir el déficit cognitivo, reduciendo la capacidad funcional y fomentando un envejecimiento saludable; para que de esta manera mejore la calidad de vida de esta población” (21).

Por su parte Eras Eras, Lucia Patricia, en el año 2015 en Piura-Perú, realizó un estudio titulado “Relación entre el Clima Social Familiar y Calidad de Vida de Los Participantes en el Programa del

Adulto Mayor del Centro De Salud Los Algarrobos“. Objetivo: Determinar la relación entre el clima social familiar y calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor. Metodología: cuantitativo correlacional de nivel descriptivo, la muestra fue de 100 adultos mayores. Resultados: en cuanto al clima social familiar de los participantes del programa del adulto mayor se evidencia que de los 100 participantes evaluados, el 37% presenta un nivel medio de clima social Familiar, asimismo el 19% presentaron un mal clima social familiar, seguido del 18% que presenta un muy buen clima social familiar, luego el 15% presenta un buen clima social familiar y finalmente el 11% presenta un muy mal clima Social familiar, lo cual quiere decir que predomina un clima promedio. Asimismo se observa que la calidad de vida de los 100 participantes evaluados, el 54% presenta un nivel regular de calidad de vida, y el 25% presenta un 74 nivel bajo de calidad de vida, seguido del 21% que presenta un nivel alto de calidad de vida. Conclusiones:

“Existe correlación entre el clima social familiar y la Calidad de vida de los participantes del programa del adulto mayor, predominando la calidad de vida regular y en la variable clima social familiar predomino con un 37% el nivel medio” (22)

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1. Adulto mayor

A. Definición

Es una expresión actual que se emplea en los que tienen de 65 años a más, entre sus características existen cambios biológico (cambios de orden natural), psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida) y social (relaciones interpersonales). Los adultos mayores son considerados una de

base de sabiduría, influencia y estatus, mayormente se les trata con mucha admiración y respeto, reconociéndoseles en esta sociedad como maestros o consejeros, debido a su largo recorrido. En conclusión el llegar a la tercera edad, es una ventaja que solo algunos obtienen, por ello ha de tener una cualidad gozosa y positiva (23).

B. Envejecimiento

La senectud a nivel mundial es una problemática irrevocable ya que ocurren alteraciones progresivas asociados a cambios en sus diferentes sistemas. “Durante todo el ciclo de vida el envejecimiento de la persona es una etapa universal, natural, continua, paulatina e invariable. Los fundamentos genéticos del individuo, estilos de vida, calidad del medio ambiente, el acceso y calidad a los servicios de salud requeridas o padecidas en las etapas de vida están conectadas de manera natural a sus funciones” (24).

Características del envejecimiento (25):

- **Universal**, inherente de seres vivos.
- **Paulatino**, ya que es un proceso acumulativo.
- **Continuo**, posee comienzo y término.
- **Dinámico**, se encuentra en continua transformación.
- **Irreversible**, no para ni retorna; es decisivo y terminante.
- **Declinante**, las funciones del organismo se dañan de manera progresiva hacia su defunción.
- **Intrínseco**, se produce dentro de sí, pese a las influencias del entorno.
- **Heteróclito e unipersonal**, este no presenta estereotipo determinado. Todo grupo posee una peculiaridad en esta etapa y cambia considerablemente de órgano a órgano y de individuo a individuo, interiormente de la misma persona.

En esta etapa existen cambios relacionados al organismo que pueden expresarse de 2 maneras: envejecimiento primario o

normal, propios del paso del tiempo y el envejecimiento secundario o patológico, cambios por discapacidad o presencia de la enfermedad (26).

- **Independiente:** no necesita ayuda para satisfacer sus necesidades básicas diarias (26).
- **Independiente con riesgo:** es el adulto mayor con preponderancia a la discapacidad por alguna patología crónica (26).
- **Dependiente:** aquel que no puede hacer sus actividades cotidianas (26).
- **Postrado o Terminal:** es aquel que es incapaz de realizar sus actividades cotidianas presentando limitaciones físicas y psicológicas (26).

C. Teorías del envejecimiento

- **La Teoría del Envejecimiento Programado**, los cambios del ADN modifica la síntesis de proteína trayendo consigo el declive de la función celular.
- **La Teoría del Desgaste Natural**, el acumulo de daño en las células las lleva a la muerte por lo tanto el deterioro compromete partes vitales e indispensable para la célula.
- **La Teoría de los Radicales Libres**, refiere al daño irreversible en la célula.
- **La Teoría del Entrecruzamiento**, existen conexiones entre moléculas celulares, siendo fuente de enfermedades y prontitud del envejecimiento.
- **Las Teorías Genéticas**, abarca a todas las teorías que tratan de esclarecer que el envejecimiento está relacionado por factores genéticos, aunque no se haya descubierto un gen que lo determine (27).

D. Cambios biopsicosociales del envejecimiento

“El envejecimiento no es la única razón, sino que es la consecuencia de dos importantes factores que son: factores intrínsecos (dentro de la persona) a causas genéticas que influye en la extensión de la vida y el factor extrínseco que están asociados con el modo de vivir, influyendo este a un crecimiento de enfermedades cancerígenas o cardiovasculares. Solo una orden política sanitaria y social ayudara a restablecer los estilos de vida, elevando la expectativa de sus años” (28).

E. Cambios biológicos asociados al envejecimiento

- **Estatura:** se dice que a partir de los 40 años se pierde 1 cm cada 10 años, ya que los discos intervertebrales se compactan y en el pie se produce el aplanamiento (29).
- **Vista:** se atrofia el tejido periorbitales, produciendo en el párpado superior e inferior su caída, el iris se endurece y la pupila y la lente se pigmentan de amarillo a causa de la oxidación de triptófano (29).
- **Oídos:** el canal auditivo externo se atrofia y en el interior se engruesa el tímpano y las articulaciones de los huesecillos se alteran, disminuyendo las neuronas cocleares y las células de Corti (29).
- **Piel:** La dermis adelgaza y disminuye su elasticidad, bajando la irrigación, lo que produce profundamente las arrugas. La pérdida de la función de los melanocitos da paso al origen de las canas(29)
- **Área cognitiva:** Se observan dilemas en el razonamiento rápido pero en el razonamiento que desarrollo en su vida no se presentan dilemas. No desciende el coeficiente intelectual y en la capacidad mental y en el razonamiento abstracto se alteran las respuestas intelectuales. Además hay perdida de la capacidad adquirir nuevas habilidades (29).

- **Sistema nervioso:** El encéfalo disminuye su peso por una pérdida de neuronas (neuronas corticales, cerebelosas e hipocampo) (29).
- **Respiratorio:** La rigidez del tórax y disminución de los músculos intercostales se produce por la calcificación de las articulaciones costos- esternales, asimismo ocurre la reducción de la superficie alveolar (29).
- **Circulatorio:** existe un agrandamiento de tamaño de la aurícula izquierda, la aorta se dilata y el tejido conectivo sub endotelial produce vasos irregulares y rígidos (29).
- **Gastrointestinal:** se atrofian las encías, se pierden algunas piezas dentales apareciendo a su vez las caries. La deglución se altera a causa de los cambios musculares en el esófago como también existe reflujo del contenido digestivo hacia este (29).
- **Renal:** existe una disminución de su función de hasta un 30% como también la pérdida de nefrones de la corteza renal (29).
- **Músculo esqueleto:** la masa muscular se reduce en un (40%) y los tendones se vuelven rígidos, asimismo hay aumento de velocidad de reabsorción ósea produciendo osteoporosis, más en mujeres (29).

F. Envejecimiento saludable

“El reto más grande del ser humano es obtener una vejez favorable. La definición del envejecimiento saludable consiste en conservar y promover el bienestar en la senectud y su capacidad funcional, es decir que será capaz de hacer durante más tiempo las cosas de mayor valor, esto según el informe universal sobre Salud y Envejecimiento “(30).

2.2.2 Deterioro cognitivo

A. Definición

“Este se define por ser la característica típica de la vejez. Todos los ancianos presentan cuadros de olvidos y procesamiento lento de información, debido a la declinación neurológica. Los trastornos de la memoria son los signos más evidentes del deterioro cognoscitivo” (31).

“Esta es una manifestación clínica que se caracteriza por la disminución o pérdida en la función mental en el campo neuropsicológicos (memoria, orientación, lenguaje) y conductual (conducta y personalidad)” (32).

“El concepto del deterioro cognitivo es considerado como un desgaste de las facultades intelectuales, este depende de causas funcionales del organismo como también de su entorno estando expuesto por una enorme versatilidad particular” (33), “Preservar la parte cognitiva del adulto mayor quiere decir que está vinculado a constantes cambios en las enfermedades del usuario, la protección comunitaria, la condición mental y la concurrencia de signos geriátricos como debilidad y pérdida de la masa ósea; que son atribuidos a cambios mentales que se observan en los adultos mayores. Sería una equivocación ver solo el aspecto neurológico cuando este debería ser visto de manera holística (34).

B. Tipos Deterioro Cognitivo

- Normal (sin deterioro)

Las personas sin desorden, trastorno o deterioro cognitivo mantendrán sus funciones estables, en distintos campos tales como: concentración, retentiva y rapidez en el procesamiento de los datos (33).

“Por lo tanto estos programas de estimulación y aprendizaje favorecen a mejorar la recuperación de una habilidad perdida similar a la que tenía con anterioridad, por otro lado los programas de entrenamiento a personas con demencia buscan el objetivo de trabajar con lo que todavía les queda y no con lo que han perdido” (35).

- Deterioro Cognitivo Leve

“El Deterioro Cognitivo Leve (DCL) definida por distintos cambios en la memoria, mayor para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desarrolla adecuadamente en su labor cotidiana, y no debe aplicársele el diagnóstico de demencia. Por otra parte, se deberá evidenciar que las alteraciones de memoria son adquiridas; por medio de la declaración de un informador honesto o exploraciones diferentes” (36).

- Deterioro cognitivo moderado

Se observan dificultades en las tareas complejas como en el control de naturaleza personal, económicos y de organizar eventos sociales” (18).

- Daño cognitivo severo

El deterioro cognitivo severo conlleva un estado del paciente en el que sufre una gran pérdida de la memoria así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas comunicativos.

“Se puede dar a lugar de que llegado este punto ya no reconozca a las personas cercanas a él, ni los lugares que frecuenta, etc. Llegado este punto de la enfermedad, el paciente no puede casi valerse por sí mismo ya que necesitará ayuda para realizar cualquiera de sus necesidades básicas como son asearse, alimentarse o trasladarse a cualquier estancia. Además, estos pacientes son muy propensos a infecciones, especialmente a la neumonía. Debido a todos estos factores, sus necesidades dependerán de un cuidador o ayuda externa de individuos expertas o instituciones” (37).

Por otro lado la demencia se divide en varias fases, comenzando con un leve deterioro, luego moderado y por último a severo. Sin embargo el estado funcional del paciente ha sido utilizado en muchas oportunidades como indicador para clasificar el estadio de la demencia. El comienzo de la fase final de la enfermedad se determina por la pérdida del autocuidado como también de los quehaceres cotidianos (38).

C. Demencia

En los países desarrollados se considera a la demencia como una problemática en el ámbito de la salud, ocupando el tercer puesto seguido del cáncer y ACV (31). Se llama demencia a un cambio severo y paulatino de memoria, asimismo de pensamiento que a los seis meses de evolución deja a la persona incapaz de ejecutar sus quehaceres cotidianos según informa La Organización Mundial de la Salud (OMS) (39).

Se le denomina manifestaciones graduales de deterioro global de las funciones intelectuales (memoria, gnosis, lenguaje, etc.) previamente adquiridas impidiendo un adecuado desenvolvimiento en el ámbito laboral o social de la persona olvidando así su autonomía como ser humano (40).

El síndrome de la demencia comprende una disminución en los sistemas superiores como la memoria y el lenguaje produciendo alteraciones psicológicas y de comportamiento, ocasionando en el individuo una discapacidad paulatina. Presentando así las siguientes características (41):

- Sensación de depresión.
- Vagabundeo.
- Incontinencia urinaria y/o fecal.
- Alteración de conducta.

- Impedimento en llevar a cabo labores domésticas.
- Cambios de carácter y de conducta
- Confusión
- Déficit en la toma de decisiones
- Obstáculos en el léxico, en culminar una idea o llevar a cabo una instrucción.

El envejecimiento progresivo de la población y los cambios epidemiológicos dan como resultado el aumento del número de adultos mayores que sufren demencia. Por ello la gran parte de adultos mayores con demencia permanecen en sus hogares, por ello el equipo de atención primaria de salud, tiene un rol significativo en el diagnóstico temprano de la enfermedad y en la derivación a la atención especializada, también es responsable del apoyo y capacitación de la familia, particularmente del cuidador primario.

Clasificación de la demencia :

- Leve: afecta labores de la vida cotidiana sin provocar problemas para la independencia de la persona (42).
- Moderado: condiciona incompetencia para vivir de manera independiente, no recuerda datos básicos acerca de su hogar, actividades recientes o el seudónimo de ciertas personas familiares a él (42).
- Severo: Se dice a la absoluta discapacidad de guardar nueva información, solo se recuerdan fragmentos de experiencias o conocimientos pasados y no reconoce a sus familiares (42).

Factores de riesgo para demencia y deterioro cognoscitivo

“Existen 3 categorías intrínsecas que determinan las causas de una demencia y son: genético, ambiental y envejecimiento, en estas

incluyen: referencias de pacientes de demencia, inicio de la etapa avanzada, trauma neurológico con desorientación en sus esferas, alteraciones en el vasos sanguíneos (hipercolesterolemia, hipertensión, vasculitis), diabetes mellitus, depresión y otros trastornos psiquiátricos (psicosis, esquizofrenia, otros), infecciones del SNC (tuberculosis, sífilis, meningitis, VIH, encefalitis), adicción de sustancias tóxicas, alucinaciones hospitalarias, aterosclerosis y cardiopatías como también la enfermedad de Parkinson y diversos tipos de cáncer” (32).

D. Enfermedad de Alzheimer (tipo de demencia más frecuente)

En el año 1906 el médico alemán Alois Alzheimer da por primera vez información de esta enfermedad (43). Esta es una enfermedad compleja y en ocasiones hereditaria, se puede presentar en forma de una demencia con un inicio engañoso y paulatino, comienza con la pérdida inmediata de la memoria y acaba completamente dependiente; desde el punto de vista anatómico presenta declive neurofibrilar, aparición de placas seniles, pérdida de memoria y comunicación neuronal (44).

Aproximadamente existen 24 millones de personas que padecen de Alzheimer, número que podrá llegar a triplicarse en el 2040; en el Perú no existen estadísticas exactas sobre estos casos, por ello a nivel internacional se dice que el 10% de adultos mayores pueden padecer de esta enfermedad (45).

- **Cambios en el cerebro**

Aquellos individuos que padecen de Alzheimer presentan cambios en ciertas áreas cerebrales, las células del cerebro comienzan a morir llegando a formar unas estructuras microscópicas que son denominadas placas y nudos, por ende este no realiza la misma función, estas áreas afectadas del cerebro producen cambios en su funcionamiento tal como la pérdida de la memoria, entre otros llegando a su fin (46).

- Factores de riesgo

Las causas de esta enfermedad son desconocidas, sin embargo puede ser por factor genético como también a factores ambientales donde se perciben factores protectores y factores de riesgo, tomando en consideración el tiempo y efecto según su carga genética; genéticamente, solo el 5% de los casos se deben a formas familiares y la otra totalidad son de origen esporádico, el principal riesgo de desarrollo de esta enfermedad es la edad, mientras más edad el adulto es más susceptible. (47).

- Cuadro clínico

Predemencia: El principal síntoma es la carencia de memoria, impedimento para evocar acontecimientos nuevos perdiendo la facultad de conservar y retener información.

Demencia inicial: Presenta falta de memoria a corto plazo, perdiendo la orientación en calles y en nuevos lugares, también tienen inconvenientes en el ambiente familiar, asimismo presentan problemas de lenguaje y un declive en la elocuencia de expresión y solución de problemas en la parte motora muestra impedimentos para la coordinación y organización de actividades, la memoria a corto plazo es la más afectada por eso la persona es supervisada en el instante de la ejecución de tareas complejas; y a largo plazo este tipo de memoria es menos afectada.

Demencia Moderada: según el desarrollo de esta enfermedad, aun se puede continuar con las actividades diarias, no obstante necesita vigilancia para realizar actividades difíciles tales como son el pago a tarjetas de crédito y acudir al banco, luego se manifiesta la pérdida de identificación de familiares, lugares y objetos como también es mayor la desorientación en tiempo y espacio; además se presenta un comportamiento violento y existe la presencia de alteración del patrón del sueño como la del pensamiento y alucinaciones.

Demencia avanzada: en esta etapa se observa la disminución de masa corporal, inmovilidad, postración y dependencia para satisfacer sus propias necesidades, aun así expresan sus sentimientos y son capaces de recepcionar los mensajes de comunicación; en estos casos se debe tener un mayor control y apoyo familiar; En algunos casos el paciente presenta periodos de convulsiones y desnutrición por la dependencia provocando riesgos de infección que los puede llevar a la muerte (48).

- **Tratamiento**

En este tratamiento se involucra la orientación a la familia, tratamiento con fármacos y estimulación de la actividad. El tratamiento farmacológico tiene el objetivo de regenerar la deficiencia cognitiva y mejorar los trastornos conductuales (46).

Los fármacos; en algunos casos suele corregir los síntomas de agitación o depresión como en otras la medicina suele ayudar con la pérdida de la memoria.

Al ejecutar un plan de manejo, esencialmente se incluirá supervisión y cuidados. El equipo de salud junto a los familiares crearan un plan de trabajo que será llevado a cabo para atender las necesidades básicas. Las consultas médicas con periodicidad, permiten examinar y seguir al paciente para tratar problemas agregados o enfermedades y poder así tratarlos oportunamente.

2.2.3. Calidad de Vida

A. Definición

En los temas de desarrollo social, cultura y economía, calidad de vida es objeto de una atención permanente que directamente se encuentra afiliado a la definición de bienestar. Se procura encontrar una armonía entre los recursos disponibles, cuidado del entorno y

la cantidad de seres humanos. “Es decir que esta relación es de suma importancia reclamar una vida digna, equitativa, libre y llena de felicidad donde los derechos de la población y de la persona sean respetados” (49).

La Organización Mundial de la Salud trata a “calidad de vida” como una definición influenciada por el estado psicológico, físico, social y grado de dependencia, así como la relación con el entorno; toda persona tiene una percepción en el contexto de cultura, sistemas de valores y lugar de existencia en relación con las expectativas, metas, normas y preocupaciones. Los aspectos personales de bienestar, salud, independencia y autonomía con la vida abarcan un concepto multidimensional y complejo que a su vez incluye satisfacción en la vida no solo de redes de apoyo sino también de los servicios sociales, ya que este equivale a una buena calidad durante el envejecimiento, siendo este de libre elección de acuerdo a lo que todo individuo maneja en el aspecto socio-cultural y adaptado a nuestra situación en la que vivimos, de acuerdo de nuestros gustos y preferencias.

En los adultos mayores es expresada como la relación opuesta entre la calidad de vida y expectativa de incapacidad que abarca una conexión directa tanto en la esperanza de vivir como en el tiempo de vida saludable (a mayor calidad de vida menor discapacidad)” (50).

Por otra parte se consideran nueve aspectos de gran importancia en la calidad de vida para el adulto mayor (51).

- La vida intelectual: es el aspecto más importante del ser humano, porque nos hace diferente a los demás seres vivos. Desarrollando la capacidad de pensar lo que nos permite crear conceptos, ideas, juicios y análisis de forma diaria (51).

- La vida emocional: La emoción se refiere al sentir que tenemos cada ser humano, es por esta razón que podemos expresar tristeza, felicidad, angustia, etc (51).
- La vida física: La OMS define a la salud como el estado integro convertido en una habilidad de todo ser vivo para determinar y mantener o irremediablemente pueden perder. Para mantener un físico favorable se reconocen las siguientes cuatro causas vitales: descanso, ejercicio, alimentación y eludir del estrés” (51).
- Vida Familiar: se considera familia al grupo de personas que cada individuo va creando en el transcurrir de su larga vida; entre los principales son padre, madre, hijos, abuelos, tíos, etc (51).
- Vida Social: se refiere a la interacción que tenemos con otras personas a lo largo de nuestra vida (51).
- Vida Económica: Schopenhauer decía, “El hombre invierte sus valores en razón de su salud, lo usa para ganar sacrificándola y cuando pasa el tiempo en su etapa de vejez gasta lo ganado para recuperarlo” (51).
- Vida Laboral: es un proceso en el cuál todo ser humano desea mantenerlo para poder generar sus propios ingresos, esto en para el adulto mayor puede ser muy marcado (51).
- Vida Espiritual: es una forma de búsqueda de paz interior y exterior que el adulto mayor trata de encontrar en esta etapa de su vida (51).

B. Determinantes de la calidad de vida en el adulto mayor

Existen diferentes estudios sobre los factores importantes para la calidad de vida para el adulto mayor; entre las más destacadas están: los apoyos sociales y las relaciones familiares, la salud general, el estado funcional y la accesibilidad económica. Existen algunos factores constantes a pesar de la diferencia entre las poblaciones, las cuales son: en la salud; una enfermedad general puede afectar su bienestar, y en casos de mayor medida enfermedades psicológicas. Otro es el factor social, este beneficia

de manera individual la calidad de vida de donde se origine. La calidad de vida puede establecerse en relación a distintos factores de condición de salud, edad, sexo y residencia; siendo de gran importancia la escolaridad y los factores socioeconómicos que no siempre es para el adulto mayor un determinante de calidad de vida (50).

C. Calidad de vida relacionada con la salud

El objetivo principal en muchos países es aminorar o suprimir síntomas de las enfermedades crónicas de mayor prevalencia, eludiendo los problemas y optimizando su bienestar. Una de las mayores innovaciones para evaluaciones ha sido la integración de una medida de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS). Este estudio es aplicado únicamente a poblaciones adultas mayores que incluye aspectos como el estado de la salud, el estado funcional, el rol y la determinación de factores de riesgo. Con estos datos es factible organizar eventos de prevención y promoción de la salud siendo de gran utilidad en los resultados de procesos patológicos y estadísticos (22).

Calidad de vida relacionada con la salud integra principalmente al paciente la percepción como necesidad de evaluar resultados de salud desarrollando instrumentos necesariamente confiables y validos que puedan aportar una base científica al desarrollo de la toma de una decisión de bienestar (50).

2.2.4. Teoría de enfermería

El presente trabajo de investigación está basado en la teorista de enfermería Peplau, ya que en su teoría de las relaciones interpersonales muestra una característica por poseer un objetivo humanista que se utiliza en todos los niveles de enfermería, hacia la humanización de los cuidados este resalta un tema de interés,

porque se refiere al vínculo entre una persona con carencia de ayuda y una enfermera que tiene la formación adecuada para identificar sus necesidades y poder actuar en forma terapéutica.

Para esta teórica la relación que establece es mutua, ya que implica desarrollo, respeto y aprendizaje para ambos pero las acciones de cuidado son únicamente hacia el paciente. En esta teoría de modelo humanista el cuidado hacia las dimensiones físicas, sociales y mentales son orientadas para ser reconocidas en sus componentes como ser holístico es decir biológico psicológico, cultural, social y espiritual registrando un paradigma a seguir como enfermera. Será también capaz de emplear elementos útiles y de alta tecnología para conservar tanto la dignidad como la vida de los pacientes, siendo una ocasión de integración mutua (52).

Además se sustenta en la teórica Dorothea Orem que define al Autocuidado como una autoayuda continua en su vida cotidiana dirigida a un propósito. Los factores que dañan al desarrollo y funcionamiento de las personas son reajustadas por sí mismas como beneficio para vida, su salud y bienestar, mejorando su persona o su entorno. Enfermería conserva la salud y la vida, recuperando y afrontando las consecuencias de toda enfermedad ayudando al usuario a mantener por sí mismo acciones de autocuidado (53).

2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA

- Deterioro cognitivo: es un signo médico que se caracteriza por; la falta o el desgaste de las capacidades intelectuales como también en los aspectos del comportamiento y mentales; tales como lenguaje, conducta, retentiva, reconocimiento visual, personalidad, cálculo, comprensión y juicio (33).
- Calidad de vida: manera en la que cada persona se ve frente a la vida, tanto en el sistema cultural, emocional, valores, económico,

etc. De acuerdo a las expectativas, estándares sociales, metas, etc (49).

- Adulto mayor: se considera a toda persona que está pasando la última etapa de su vida, luego de la adultez (23).

2.4 HIPÓTESIS

Ha: Existe relación entre el Deterioro Cognitivo y la Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes.

Ho: No existe relación entre el Deterioro Cognitivo y la Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes.

2.5 VARIABLES

- **Variable 1:**
Deterioro cognitivo
- **Variable 2:**
Calidad de vida

2.5.1 Operacionalización de variables

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORS	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
DETERIORO COGNITIVO	Tipo de variable según naturaleza:	El deterioro cognitivo 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.	El deterioro cognoscitivo es un síndrome clínico que ocurre con el transcurrir de los años en sus diferentes ámbitos, en el presente estudio de investigación existirá relación con la calidad de vida en los adultos mayores del centro de atención residencial geriátrico san Vicente de Paul	Orientación en el tiempo	Día, semana, mes, estación del año y año.	1,2,3,4,5	Normal (sin deterioro)	Entre el rango de 27-30 es sin deterioro
				Orientación en el espacio	Lugar, ciudad, provincia, país.	6,7,8,9,10	Daño cognitivo leve	El puntaje de 21-26 se considera leve
	Escala de medición :			Registro	Objetos	11,12,13	Daño cognitivo moderado	Entre el rango de 11-20 se considera moderado
				Atención y calculo	Deletreo	14,15	Daño	Una
				Evocación	Memoria	16,17,18	cognitivo	puntuación
				Lenguaje	Identificación,	19,20,21,22	severo	menor de 10
				Nominación	repetición de texto, realización de actividades mencionadas.	23,24,25,26, 27,28,29,30		se considera severo

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE SEGÚN SU NATURALEZA Y ESCALA DE MEDICION	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORS	N° DE ITEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
CALIDAD DE VIDA	Tipo de variable según naturaleza:	Se refiere a todos aquellos elementos que hacen que esa vida sea digna, cómoda, agradable y satisfactoria ya sea una persona, un grupo familiar o una comunidad que poseen en un momento y espacio específicos.	Es todo aquel elemento que hace que la vida de una persona sea digna, cómoda, agradable y con satisfacción en el presente trabajo de investigación relacionados la calidad de vida y el deterioro cognitivo en adultos mayores del centro de atención residencial geriátrico san Vicente de Paul	Función física	Nivel en que la salud limita las actividades como: autocuidado, caminar, subir escaleras, inclinarse, llevar pesos, y realizar esfuerzos moderados e intensos.	10 (3-12)	Calidad de vida Muy Baja	Puntaje de 0-19
	de			Rol físico	Nivel en que la salud física limita el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo tener un rendimiento menor que el deseado, tener limitaciones en las actividades o dificultad en realizarlas.	4 (13,14,15,16)	Calidad de vida Baja	Puntaje de 20-39
	Escala de medición :			Dolor corporal	La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de la vivienda.	2 (21-22)	Calidad de vida Promedio	Puntaje de 40-59
	Ordinal			Salud general	Valoración personal de la salud que incluye: salud actual, perspectivas de salud en el futuro y la resistencia a la enfermedad que se tiene.	5 (1,33,34,35,36)	Calidad de vida Alta	Puntaje de 60-79
				vitalidad	Sentimiento de energía y vitalidad, frente al sentimiento de cansancio y agotamiento.	4 (23,27,29,31)	Calidad de vida Muy Alta	Puntaje de 80-100
				Función social	Nivel en que los problemas de salud física o emocional interfieren en la vida social.	2 (20,32)		
				Rol emocional	Nivel en que los problemas emocionales interfieren en el trabajo u otras actividades diarias, incluyendo la reducción en el tiempo dedicado a ellas, tener menor rendimiento que el deseado y una disminución del cuidado al trabajar.	3 (17,18,19)		
				Salud mental	Salud mental general, incluyendo depresión, ansiedad, control emocional y de la conducta, y el efecto positivo en general.	5 (24,25,26,28,30)		
				Transición salud	Medida resumen de las dimensiones relacionadas a la salud mental	1 (2)		

CAPÍTULO III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El tipo investigación fue cuantitativo, según Tamayo explicó que los trabajos cuantitativos son comparaciones entre teorías que existen de varias hipótesis que surgen del mismo, por lo que es fundamental que la muestra sea de manera imprevisible o excluida, a su vez este debe representar a un objeto de estudio o población. Por ende, se debe contar con una teoría ya elaborada para realizar estudios cuantitativos, ya que el método científico usado es el deductivo; además el método cuantitativo se fía en el conteo, medición numérica y a menudo el uso de estadística para determinar con precisión patrones de conducta en una población empleando el análisis y la recolección de datos para contestar preguntas de investigación y probar hipótesis establecidas previamente” (54).

También tuvo un diseño transversal, que según Fernández, Hernández y Baptista acotan que es un momento único en el cual se reúnen datos que detallan a las variables, en ese mismo instante. Este es clasificado en correlacionales o causales, descriptivos y exploratorios” (55). Además el trabajo de investigación fue de diseño correlacional según Dankhe que explicó la intención y el uso fundamental del comportamiento de una variable identificando la conducta vinculada a otras variables; este midió las variables que se pretendieron identificar si están o no vinculadas con

dicho sujeto evaluando la relación. Por ello se dice que si hay variación entre una y otra variable ya que están correlacionadas (56).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

Fueron 120 personas las que conformaron la población de la asociación organización social del adulto mayor villa los reyes, tomando en cuenta una muestra mediante un muestreo no probabilístico, cumpliendo los criterios de exclusión e inclusión.

Según Fayad Camel definió “población a determinadas particularidades que son susceptibles para ser estudiadas en relación a un resultado de personas o elementos. Polit y Hungler, predeterminan criterios al conjunto de cúmulo de casos, la población o el universo se podría conformar por nacimientos, personas, registros de medicina, accidentes de tránsito, animales u otros. Universo o población se dice al conjunto que generaliza los descubrimientos, así se reconoce adecuadamente el conjunto de estudio desde un principio integrando sus componentes (57).

La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores. Según Hernández la recolección de datos ya sean significativos de la población o universo que se está estudiando determinó a la muestra como proceso cualitativo al grupo de eventos, personas o sucesos (58).

El tipo de muestreo fue no probabilístico por conveniencia de los cuales 15 fueron del sexo masculino, 35 del sexo femenino, con edades de 65 a 80 años de edad y según Mata este método es el más usado para elegir la muestra y sus componentes del total de la población. Depende de un conjunto de reglas, criterios y procedimientos por medio del cual se escogió un grupo de elementos de un universo que representó lo que ocurre en la población total (59).

3.3.1. Criterios Inclusión

- Personas de más de 65 años de edad.
- Adulto mayor que acepte participar en la investigación.
- Adulto mayor que se encuentre inscritos en el libro de registros de la Asociación Organización Social Del Adulto Mayor, Villa Los Reyes.

3.3.2. Criterios de Exclusión

- Personas de menos de 65 años de edad.
- Adultos mayores con limitaciones en sus sentidos.
- Adultos mayores analfabetos.
- Adulto mayor que no se encuentre inscritos en el libro de registros de la Asociación Organización Social Del Adulto Mayor, Villa Los Reyes.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

En el estudio se ejecutó una encuesta que abarcan datos demográficos tales como: edad, sexo, estado civil, grado de instrucción, ocupación anterior y tipo de seguro actual. Para el logro total de la recolección de datos de las dos variables es el Test SF 36.

Instrumento 1: Mini Mental State Examination (MMSE)

- Autor: Folstein y McHugh (60).
- Descripción: “Examina rápidamente el estado de la mente para así notar el progreso del estado mental. Evalúa las siguientes áreas: orientación al tiempo, en el espacio, registro, atención y calculo, evocación y lenguaje y denominación”.
- Validez: “ Para evidenciar la validez convergente del MMSE fueron dadas a partir de asociaciones con The Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination

(CAMCOG)” (Adaptación de Llinás, Villalta y López-Pousa, 1991)

- Confiabilidad: “MMSE obtuvo como total un Alfa de Cronbach de 0.81 y una validez de criterio concurrente de 0.8906 y el corregido tiene una validez de 0.8903”.
- Puntuación: El puntaje total de la escala va 0 a 30 puntos. menor puntuación, mayor será la alteración.

Normal (sin deterioro) : 27-30

Daño cognitivo leve : 21-26

Daño cognitivo moderado : 11-20

Daño cognitivo severo : 0-10

Instrumento 2: SF36

- Autor: Ware Je y Sherbourne CD (61).
- Descripción: “Los 36 Ítems investiga 9 dimensiones del estado de salud: función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional , salud mental y Transición salud”
- Validez: “para Gorsuch una correlación ítem-factor de 0.35 es suficiente para asumir la relación ítem factor e interpretarlo con claridad, y Kline señala 0.30 como un valor orientador aceptable”
- Confiabilidad: La confiabilidad del instrumento de 36 ítems presento un $\alpha = 0.9329$, lo que confiere a la escala una consistencia interna muy alta o elevada.
- Puntuación :

Calidad de vida Muy Baja : 0-19

Calidad de vida Baja : 20-39

Calidad de vida Promedio : 40-59

Calidad de vida Alta : 60-79

Calidad de vida Muy Alta : 80-100

3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Antes de realizar este proceso de datos se realizó los trámites administrativos respectivos como una solicitud en una carta de presentación aprobado por la Universidad Norbert Wiener-Sección Pre-Grado, luego se entregó la misma a la directora de Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla, con el objetivo de solicitar los accesos para la realización del trabajo de investigación. Una vez aceptado el permiso por dicha asociación se procedió a cumplir con el cronograma para la aplicación del plan de investigación y recolección de datos, orientados en la investigación por sus objetivos.

Al finalizar el proceso de recolección de datos, se verifico el correcto llenado de datos y las codificaciones asignados a los mismos. Luego se procedió a elaborar una matriz de datos en el programa Excel, ahí se ingresó la información recolectada. La matriz elaborada en Excel, fue exportada al programa estadístico SPSS 23, ahí se hicieron algunos ajustes necesarios y luego se procedió al análisis estadístico correspondiente, teniendo en cuenta la secuencia de los objetivos y el diseño del estudio, a su vez se elaboraron tablas de doble entrada teniendo en consideración las variables estudiadas el cual se aplicó para determinar la relación que existe entre ambas variables, se hizo uso de la prueba no paramétrica Chi-cuadrado (X^2).

3.5. ASPECTOS ÉTICOS

En el estudio se respetaron los aspectos bioéticos, además de la firma del consentimiento informado se respetó el anonimato, no se divulgara la información además de:

- **Beneficencia:** Es la acción y efecto de hacer el bien a los demás el cual permitió identificar y definir la correlación en medio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores.
- **No maleficencia:** Se pudo actuar evitando cualquier daño físico, mental y/o moral respetando a todo adulto mayor encuestado ya sea la procedencia, aun cuando las consideremos inapropiadas.
- **Autonomía:** Todos los adultos mayores decidieron si desean formar parte del estudio después de haber recibido una pequeña información.
- **Justicia:** A Todos los adultos mayores se les consideró por igual, sin diferencia de raza, creencia y condición social.

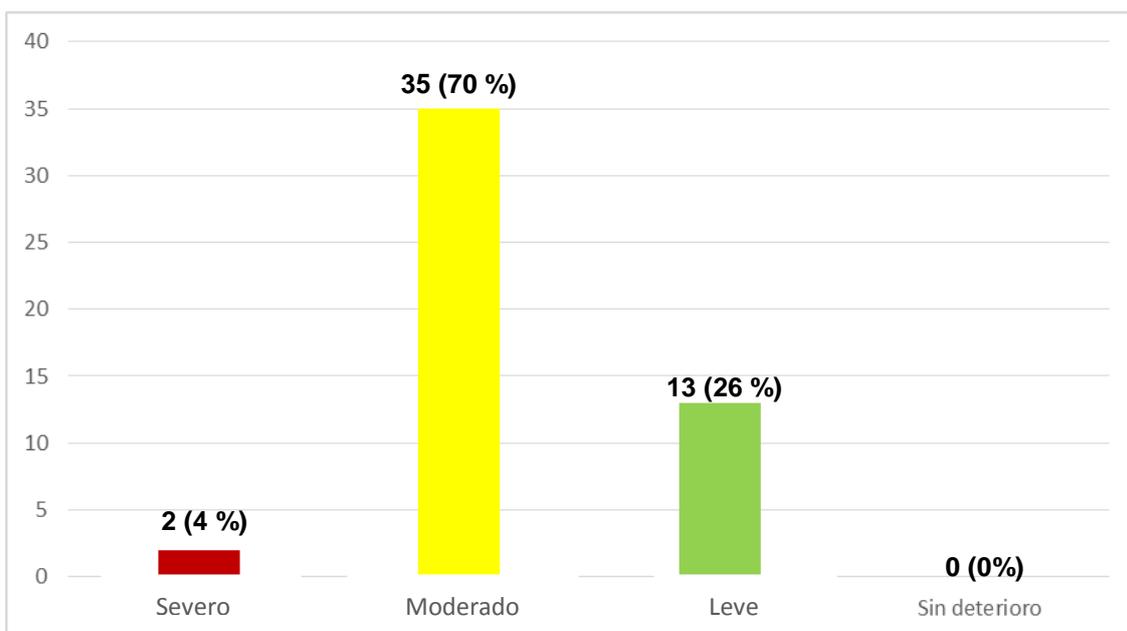
CAPÍTULO IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. RESULTADOS

En el presente trabajo de investigación la población estuvo conformada por 120 adultos mayores de los cuales la muestra seleccionada fue de 50 individuos. Por lo tanto, en relación a los datos sociodemográficos se observó que en el género femenino se obtuvo un 70% (35) y en el masculino un 30% (15); con referencia a la edad existe un 90% (45) entre los 65 a 75 años, un 4% (2) entre los 76 a 85 años y un 6% (3) entre los 86 a 95 años; por otro lado los datos del lugar de procedencia de la Costa es de 22% (11), Sierra 74% (37) y Selva 4% (2); en el grado de instrucción se halló Primaria incompleta con un 88% (44) y primaria completa 12% (6); en relación al estado civil se encontró solteros con un 6% (3), casados 86 % (43) y viudos 8% (4); en su Ocupación como comerciante hay un 54% (27) y en casa 46% (23); y por último en relación a su tipo de seguro el 92% (46) tiene SIS y el 4% (4) Es salud. (Ver anexo B)

A continuación, se presentan los resultados obtenidos del estudio en concordancia con los objetivos planteados de la investigación:

Gráfico 1: Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes.



Fuente: Propia

En el Gráfico N°1 se observó mediante el instrumento Mini Mental, que el deterioro cognitivo que predominó es el moderado con un 70%, siguiéndole el deterioro cognitivo leve con un 26%, y por último el deterioro cognitivo severo representado por el 4%, ausentándose el normal.

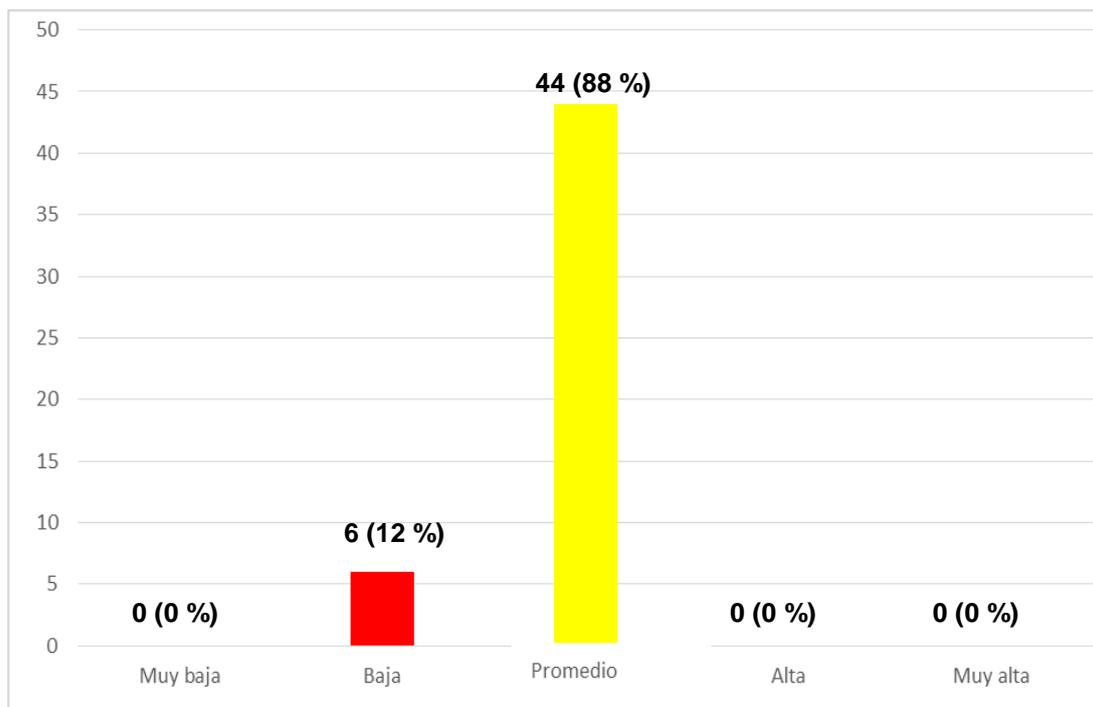
Tabla 1: Deterioro Cognitivo según dimensiones en el Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes – Ventanilla.

Variable/Dimensión	D.C severo		D.C moderado		D.C leve		Sin deterioro	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	Orientación en el tiempo	7	14,0	42	84,0	1	2,0	0
Orientación en el espacio	16	32,0	29	58,0	4	8,0	1	2,0
Registro	7	14,0	0	0,0	14	28,0	29	58,0
Atención y cálculo	14	28,0	13	26,0	0	0,0	23	46,0
Evocación	4	8,0	0	0,0	23	46,0	23	46,0
Lenguaje/Nominación	3	6,0	23	46,0	9	18,0	15	30,0

Fuente: Propia

En la Tabla N°1 en cuanto a deterioro cognitivo según dimensión, para la dimensión orientación en el tiempo un 84% de los adultos mayores presentaron un deterioro cognitivo moderado, en la dimensión orientación en el espacio un 58% de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo moderado y el 32% presentó deterioro cognitivo severo, en la dimensión registro un 58% no presentó deterioro cognitivo, en la dimensión atención y cálculo el 46% no presentó deterioro cognitivo, en la dimensión evocación el 46% no presentó deterioro cognitivo y en la dimensión lenguaje/nominación el 46% presentaron deterioro cognitivo moderado.

Gráfico 2: Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes.



Fuente: Propia

En el Gráfico N°2 en cuanto a la calidad de vida, se evidenció que la categoría que prevaleció es la promedio con un 88%, siguiéndole la categoría baja con un 12%, y por último se ausentan las categorías muy baja, alta y muy alta.

Tabla 2: Calidad de Vida según dimensiones en el Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes – Ventanilla.

Variable/Dimensión	Muy baja		Baja		Promedio		Alta		Muy alta	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Función física	1	2,0	37	74,0	11	22,0	1	2,0	0	0,0
Rol físico	50	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Dolor corporal	0	0,0	0	0,0	40	80,0	7	14,0	3	6,0
Salud general	0	0,0	4	8,0	30	60,0	16	32,0	0	0,0
Vitalidad	0	0,0	3	6,0	43	86,0	3	6,0	1	2,0
Función social	0	0,0	0	0,0	35	70,0	9	18,0	6	12,0
Rol emocional	50	100	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Salud mental	0	0,0	8	16,0	39	78,0	3	6,0	0	0,0
Transición de la salud	0	0,0	9	18,0	4	8,0	35	70,0	2	4,0

Fuente: Propia

En la Tabla N°2 en cuanto a calidad de vida según dimensiones, para la dimensión función física se tuvo que el 74% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida baja, se presentó una igualdad en las dimensiones rol físico y rol emocional con un 100% obteniendo una calidad de vida muy baja, en la dimensión dolor corporal el 80% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio, en la dimensión salud general el 60% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio, en la dimensión Vitalidad el 86% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio, en la dimensión función social el 70 % de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio, en la dimensión salud mental el 78% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio. Por último en la dimensión transición de la salud el 70% de los adultos mayores presentó una calidad de vida alta.

Tabla 3: Contingencia entre las Variables Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes.

		Calidad de Vida					Total
		Muy bajo	Baja	Promedio	Alta	Muy alta	
Deterioro cognitivo	D.C severo	0	0	2	0	0	2
		0,0%	0,0%	4,0%	0,0%	0,0%	4,0%
	D.C moderado	0	3	32	0	0	35
		0,0%	6,0%	64,0%	0,0%	0,0%	70,0%
	D.C leve	0	3	10	0	0	13
		0,0%	6,0%	20,0%	0,0%	0,0%	26,0%
	Sin deterioro	0	0	0	0	0	0
		0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Total		0	6	44	0	0	50
		0,0%	12,0%	88,0%	0,0%	0,0%	100,0%

Fuente: Propia

En la Tabla N°3, se observó que la categoría que prevaleció en cuanto a la calidad de vida es el promedio con un 44%, en donde el 64% presenta deterioro cognitivo moderado, el 20% leve y el 4% severo. Le sigue la calidad de vida baja con un 12%, en donde el 6% presentó deterioro cognitivo leve y un 6% moderado.

Tabla 4: Correlación entre Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,173	2	,337
Razón de verosimilitudes	2,172	2	,338
Asociación lineal por lineal	2,082	1	,149
N de casos válidos	50		

Fuente: Propia

En la Tabla N°4 se aprecian las variables Calidad de vida y Deterioro cognitivo, el cual obtuvo un valor de significancia de 0,337 ($p > 0,05$). Además, el valor X^2 excedió lo dispuesto en la tabla de valores críticos de la distribución X^2 para 2 grados de libertad con un nivel de confianza de 0,05 (5,99). Por lo que se pudo afirmar con evidencia estadística que no existe relación significativa entre Calidad de vida y Deterioro cognitivo.

4.2. DISCUSIÓN

El estudio de investigación fue realizado en una población de 120 y la muestra fue de 50 adultos mayores de 65 años de edad a más, de los cuales el 70% eran mujeres y el 30% hombres, en relación a su ocupación 54% comerciantes, 46% en casa, el tipo de seguro que tienen es de 92% SIS y 4% EsSalud, asimismo se encontró una población que provenía de la Costa 22%, Sierra 74% y Selva 4%; por ello nuestro objetivo fue determinar la relación entre las variables Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social Villa los Reyes – Ventanilla.

En relación a la variable Deterioro Cognitivo del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social Villa los Reyes se encontró que el 70% de los adultos presentó un deterioro cognitivo moderado, 26% deterioro cognitivo leve y 4% deterioro cognitivo severo el cual difiere con los siguientes hallazgo de estos autores donde Barrera (13) en su investigación titulada “Deterioro Cognitivo y su influencia en la Calidad de Vida del adulto mayor” encontró que el 51% de su población presentó un discreto déficit, 29% deterioro cognitivo leve, 17% deterioro cognitivo moderado y 3% normal, asimismo Capote (14) presentó en sus resultados un 83% que no tiene un deterioro cognitivo normal y 17% si presenta deterioro cognitivo; García (15) concluyó que ninguno de sus grupos de estudio presentó deterioro cognitivo este tipo de investigación no presenta porcentajes porque Se calcularon las medias y desviaciones estándar entre los grupos y se aplicó la prueba no paramétrica de Mann Whitney con el propósito de identificar diferencias significativas en la cognición de los adultos mayores, por otro lado Camargo (17) encontró un deterioro cognitivo grave que equivale a un 42% y un deterioro cognitivo normal por lo que concluye que si hay deterioro cognitivo en su población, Gonzales (21) refirió que en sus resultados se mostró que un 79% no tiene déficit cognitivo y un 21% si tiene déficit cognitivo teniendo como mayor prevalencia el sexo masculino por lo que concluye que a mayor edad más deterioro

cognitivo, sin embargo León (16) en su estudio llamado “Factores de riesgo para Deterioro Cognitivo y Funcional en el adulto mayor” encontró que el 45% presentó Deterioro Cognitivo leve, 36% Deterioro Cognitivo normal, 15% Deterioro Cognitivo moderado y 4% Deterioro Cognitivo severo, de igual forma Velazco “et al” (18) en su investigación “Dependencia Física y Deterioro Cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar Misiones de Amor” mostró que el 78.5% presentó Deterioro Cognitivo severo, 19.5% Deterioro Cognitivo moderado y 2% Deterioro Cognitivo leve; estas dos últimas investigaciones llegaron a coincidir en la clasificación de dicha variable.

En cuanto a las dimensiones del deterioro cognitivo del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social Villa los Reyes presentaron que el 84% de los adultos mayores presentaron un deterioro cognitivo moderado en la dimensión orientación en el tiempo y un 14% deterioro cognitivo severo; el 58% de los adultos mayores presentaron un deterioro cognitivo moderado en la dimensión orientación en el espacio y un 32% deterioro cognitivo severo; el 58% de los adultos mayores no presentaron deterioro cognitivo en la dimensión registro y un 28% deterioro cognitivo leve; el 46% de los adultos mayores no presentaron deterioro cognitivo en la dimensión atención y calculo y un 28% deterioro cognitivo severo; el 46% de los adultos mayores no presentaron deterioro cognitivo en la dimensión evocación y el 46% deterioro cognitivo leve; el 46% de los adultos mayores presentaron un deterioro cognitivo moderado en la dimensión lenguaje y nominación y el 30% no presentó deterioro cognitivo, sin embargo Barrera (13) presenta sus resultados pregunta por pregunta por lo que en la dimensión orientación en el tiempo en la primera pregunta 89% respondió correcto y el 11% incorrecto; segunda pregunta 71% correcto y 29% incorrecto, tercera pregunta 100% correcto; cuarta pregunta 69% correcto y 31% incorrecto; quinta pregunta 86% correcto y 14% incorrecto. Dimensión orientación en el espacio primera pregunta 94% correcto, el 6% incorrecto, segunda pregunta 29% correcto, el 71% incorrecto; tercera pregunta 34% correcto, el 66% incorrecto; cuarta

pregunta 86% correcto, el 14% incorrecto; quinta pregunta 69% correcto y 31% incorrecto. Dimensión fijación el 100% respondió de manera correcta. Dimensión concentración y calculo, primera pregunta 74% correcto y el 26% incorrecto; segunda pregunta 100% de manera correcta. Dimensión memoria el 54% respondió correctamente y el 46% incorrectamente. Dimensión lenguaje y construcción en la primera pregunta 100% respondió correctamente; segunda pregunta 100% respondió correctamente, tercera pregunta 100% respondió correctamente, cuarta pregunta 100% respondió correctamente; quinta pregunta 91% correcto y 9% incorrecto, sexta pregunta 100% respondió correctamente, séptima pregunta 91% correcto, 9% incorrecto y por último la octava pregunta 91% correcto y 9% incorrecto. Capote (14) no mostró resultados por dimensiones sin embargo relaciono la presencia o ausencia del deterioro cognitivo así mismo los otros autores refieren solo en sus categorías si hay o no deterioro cognitivo.

En relación a la variable calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social Villa los Reyes se encontró que el 88% presentó una calidad de vida promedio, el 12% calidad de vida baja; coincidiendo con los resultados de Capote (14) en su estudio “Deterioro cognitivo y Calidad de Vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal” tuvo como resultados que el 60% tenía calidad de vida buena y el 4% tenía calidad de vida mala; Eras (22) con su investigación titulado “Relación entre el clima social familiar y Calidad de Vida de los participantes en el programa del adulto mayor del Centro de Salud Los Algarrobos” encontró que el 54% presentó una calidad de vida regular, 25% bajo y 21% alto, por último García (15) en su investigación titulado “Rendimiento Cognitivo y Calidad de Vida de adultos mayores asistente a grupos de 3ra edad” detalló en sus resultados la afirmación de que los participantes del estudio tienen una condición de vida “normal” que les posibilita la realización de su actividad cotidiana sin pérdida de la autonomía dejando de lado la ausencia de calidad de vida; los siguientes autores difieren como Barrera (13) que muestra un 66% de menor calidad de vida y 34%

mayor calidad de vida por lo que concluye que tienen una mala calidad de vida, Valdez (19) presentó 55% de una calidad de vida mala y un 45% de calidad de vida regular.

En cuanto a las dimensiones de la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social Villa los Reyes presentaron 74% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida baja en la dimensión función física y un 22% calidad de vida promedio; el 100% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida muy bajo en la dimensión rol físico; el 80% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión dolor corporal y un 14% calidad de vida alta; el 60% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión salud general y un 32% calidad de vida alta; el 86% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión vitalidad y un 3% calidad de vida baja; el 70% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión función social y el 18% calidad de vida alta; el 100% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida muy bajo en la dimensión rol emocional; el 78% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida promedio en la dimensión salud mental y el 16% calidad de vida baja; el 70% de los adultos mayores presentaron una calidad de vida alta en la dimensión transición de la salud y el 18% calidad de vida baja. Mazacon (20) en su investigación calidad de vida según dimensiones obtuvieron los siguientes puntajes; 48,5 en la dimensión función física, 64,3 en la dimensión desempeño físico; 49,6 en la dimensión dolor físico; 58,5 en la dimensión salud general; 49 en la dimensión vitalidad; 46,5 dimensión unción social; 76 en la dimensión desempeño emocional y 38,8 en la dimensión salud mental.

En relación al objetivo general se pudo determinar la relación entre las variables Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida por lo que se aplicó la prueba de Chi-Cuadrado (X^2), cabe resaltar que estadísticamente el valor p fue de 0.337 siendo este superior al margen de error $p = 0.05$

indicando así mismo que no existía relación entre ambas variables. En síntesis, no existe relación entre el Deterioro Cognitivo y la Calidad de Vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social Villa los Reyes por lo que dicho estudio difiere con la investigación de Capote (14) el cual mostró que si existía relación entre sus variables este mostró su $p= 0,046 < 0,05$ en su margen de error de igual manera Barrera (13) presentó su valor $p=8,172 <0,05$; demostrando de esta manera que en su estudio si existió relación entre sus variables deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor.

CAPÍTULO V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES

- No existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida los adultos mayores de la Asociación Organización Social Villa los Reyes, por lo que se utilizó la prueba estadística Chi-cuadrado (X^2) y se obtuvo un valor p de 0,337.
- En relación a deterioro cognitivo la mayoría de los adultos mayores de la Asociación Organización Social Villa los Reyes presentó deterioro cognitivo moderado, con respecto a sus dimensiones la mayoría de los adultos mayores presentó un deterioro cognitivo moderado: orientación en el tiempo, orientación en el espacio, lenguaje/nominación y atención/cálculo; seguidamente con una ausencia de deterioro se encuentran las dimensiones: registro y evocación.
- En cuanto a calidad de vida la mayoría de los adultos mayores de la Asociación Organización Social Villa los Reyes presentó calidad de vida promedio, en relación a sus dimensiones la mayoría de adultos mayores presentó una calidad de vida promedio que son: dolor corporal, salud general, vitalidad, función social y salud mental; las dimensiones rol físico y rol emocional presentaron calidad de vida muy baja, las dimensiones función física presentó calidad de vida baja y transición de la salud presentó calidad de vida alta.

5.2. RECOMENDACIONES

Posterior a lo mencionado se realizan las siguientes recomendaciones:

- Ejercitar la mente a través de actividades que ayuden a la mejoría de la memoria procurando de esta manera el bienestar cognitivo.
- Dar a conocer a las autoridades y establecimientos de salud acerca de las necesidades personales de los adultos mayores que garantizan la protección, atención y seguimiento de estos para así brindarles una buena calidad de vida.
- Se recomienda a los profesionales de salud brindar capacitaciones a los adultos mayores de la Asociación Organización Social Villa los Reyes que se relacionen al cuidado de la prevención y promoción de la mente logrando de esa manera mantener un envejecimiento saludable y digno.
- Implementar programas preventivos de mente activa con el objetivo de preservar y desacelerar el proceso del deterioro cognitivo es decir manteniendo sus competencias de mente, lenguaje, orientación y percepción sirviendo como terapia o tratamiento de alguna enfermedad cognitiva.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud [sede web]. Ginebra –Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2015 [acceso 5 de marzo de 2018]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Esperanza de vida de población peruana aumentó en 15 años en las últimas cuatro décadas [sede web]. Lima-Perú; 2015 [acceso 9 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/esperanza-de-vida-de-poblacion-peruana-aumento-en-15-anos-en-las-ultimas-cuatro-decadas-8723/>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor: Octubre-noviembre-diciembre 2017 [sede web]. Lima-Perú; 2018 [acceso 9 de marzo de 2018] P 23-24-25. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf
4. Naciones unidas. Envejecimiento [sede web]. San francisco- Nueva York; 2017. [acceso 10 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>
5. Ministerio de desarrollo e inclusión social. Resultados de la encuesta de Salud y Bienestar del Adulto [sede web]. Lima-Perú; 2014 [acceso 12 de marzo de 2018]. Resultados de la Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor P 27-28. Disponible en: <http://evidencia.midis.gob.pe/wp-content/uploads/2018/09/MIDIS-2012-Resultados-de-la-ESBAM-de-Pensi%C3%B3n-65-Final.pdf>

6. Instituto nacional de salud mental. Estudio epidemiológico de salud mental en lima metropolitana y callao- replicación 2012 [sede web]. Lugar Perú; 2013. [acceso 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>
7. Revista peruana de medicina experimental y salud pública. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño [sede web]. Lugar Perú; 2016 [acceso 12 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211/2247>
8. Cluster salud. Perú: 6.7% de ancianos en Lima presenta deterioro cognitivo [sede web]. Lima- Perú; 2016 [acceso 15 de marzo de 2018]. Disponible en: <https://clustersalud.americaeconomia.com/peru-6-7-ancianos-lima-presento-deterioro-cognoscitivo>
9. Revista de Neuro-Psiquiatria [sede web]. Lima- Perú; 2016 [acceso 15 de marzo de 2018]. Vivir con demencia en Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando la sobrecarga? Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a01v79n1.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Demencia [sede web]. Ginebra – Suiza; 2017 [acceso 17 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
11. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An Fac Med Lima [Internet]. 2007 [acceso 17 de marzo de 2018]; 68(3): 284-290. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
12. Botero de Mejía Beatriz Eugenia, Pico Merchán María Eugenia. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años:

- una aproximación teórica. Hacia la Promoción de la Salud [Internet]. 2016 [acceso 17 de marzo de 2018]: 12. Disponible en : http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-75772007000100002
13. Barrera Urrutia, Jessenia Carolina. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor [tesis psicóloga]. Ambato – Ecuador; 2017.
14. Capote E, Casamayor Z, Castañer J, Rodríguez N, Moret Hernandez Y, Peña R. Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cub Med Mil [Internet] 2016 [acceso 20 de marzo de 2018]. 45 (3): 354-364 .Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000300010
15. García Mejía M, Moya Polania L, Quijano María C. Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. Acta Neurol Colomb. [Internet] 2015 [acceso 20 de marzo de 2018] 31(4): 398-403. Disponible en : <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
16. Rubén de L, Feliciano M, Nicolás C, Rosa A, Minerva E. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet] 2009 [acceso 20 de marzo de 2018] 47 (3): 277-284. Disponible desde: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>
17. Camargo K, Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga – Santander. Rev Univ. Salud. [Internet] 2017 [acceso 20 de marzo de 2018]; 19(2):163-170. Disponible desde:

<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>

18. Velazco Huaranga K, Carrera Luis G. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor” [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017.
19. Valdez Condori J. Factores Psicológicos y Sociales Relacionados a La Calidad De Vida Del Adulto Mayor, Centro De Salud Cono Sur I-4, San Román 2017 [Tesis de licenciatura]. Puno – Perú: Universidad Nacional Del Altiplano; 2018.
20. Mazacón Roca, Betty Narcisa. Calidad de vida del adulto mayor en una comunidad del cantón Ventanas – Los Ríos intervenida con el modelo de atención integral de salud. [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú :UNMSM; 2017
21. González B, Carhuapoma M, Zúñiga E, Mocarro M, Aleixo M, Silva R. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día – Lima, Perú. Rev Fac Cien Med (Quito) [Internet] 2013 [acceso 22 de marzo de 2018]; 38: 11-16. Disponible desde : http://www.imbiomed.com/1/1/articulos.php?method=showDetail&id_articulo=103403&id_seccion=3431&id_ejemplar=10047&id_revista=203
22. Eras Eras, L. Relación Entre el Clima Social Familiar y Calidad de Vida de los Participantes en el Programa del Adulto Mayor del Centro de Salud los Algarrobos. Piura, 2014. [tesis licenciatura]. PIURA, PERÚ: Uladech ; 2015
23. Adulto mayor. Etiología de Adulto Mayor [sede web]; 2015. [acceso 24 de marzo de 2018] Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>

24. Ministerio de salud. TODOS ENVEJECEMOS: Adultos Mayores activos y saludables [sede web] Lima-Perú; 2017 [acceso 24 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/adulto/_cont.asp?pg=1
25. Envejteorias. El Envejecimiento: Teorías [sede web] Lima-Perú; 2009 [acceso 24 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://envejteorias.blogspot.pe/>
26. Programa de Diplomado en Salud Pública y Salud Familiar. El envejecimiento [sede web] Valdivia- Chile; 2006. [acceso 24 de marzo de 2018]. 1-15. Disponible en: http://medicina.uach.cl/saludpublica/diplomado/contenido/trabajos/1/La%20Serena%202006/El_envejecimiento.pdf
27. La Vejez en Movimiento. Teorías del envejecimiento [sede web] Argentina.; 2013 [acceso 26 de marzo de 2018] Disponible en: https://books.google.com.pe/books?hl=es&lr=&id=pYdOAgAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA43&dq=teorias+del+envejecimiento&ots=OcwKR7Qx3V&sig=AiDeVTecK9FUcwcGZmR2ac-_V7Y#v=onepage&q&f=true
28. Chong A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor [sede web] La Habana - Cuba; 2012 [acceso 26 de marzo de 2018] Disponible en: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol28_2_12/mgi09212.htm
29. Clínica Las Condes. Cambios Anatómicos y Fisiológicos asociados al Envejecimiento [sede web] Santiago, Chile ; 2013 [acceso 26 de marzo de 2018] Disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Cambios-Anatomicos>

30. Organización Panamericana Salud. Envejecimiento Saludable [sede web] EE.UU; 2018 [acceso 26 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthyaging&catid=9425:healthyaging&Itemid=42449&lang=es
31. Hernandez Jaramillo J, Malagón Marquez AC, Rodríguez Rodríguez LJ. Demencia tipo Alzheimer y Lenguaje Bogotá: Universidad del Rosario; 2006. Pp. 33
32. Guía de referencia rápida. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognoscitivo en el adulto mayor en el primer nivel de atención [sede web] .México; 2012 [acceso 28 de marzo de 2018]. Disponible en: http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_AM/lmss_144_08_grr_demencia_am.pdf
33. Unobrain. Que es el deterioro cognitivo [sede web] .Argentina; 2016 [acceso 28 de marzo de 2018] Disponible en: <http://regenera.com.ar/unobrain/>
34. Benavides C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev. Mexicana de Anestesiología [Internet]. 2017 [citado 28 de marzo de 2018]; 40(2):107-112. Disponible en : <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
35. La nación. Deterioro cognitivo en el adulto mayor [sede web]. Costa Rica; 2012 [acceso 28 de marzo de 2018] Disponible en: <https://www.nacion.com/opinion/foros/deterioro-cognitivo-en-el-adulto-mayor/TKPQJ54OX5AA5MMXMSOWCVWDZU/story/>
36. Samper J, Rodríguez J, Sánchez C, Sosa S. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. Rev haban cienc méd

- [Internet].2011 [citado 28 de marzo de 2018] 10(1). Disponible desde: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100006
37. Centromente. Familiar que padece deterioro cognitivo severo [sede web]. España; 2017 [citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.centromente.com/novedades/category/deterioro-cognitivo-severo/>
38. Portal mayor. Informes Portal Mayores [sede web]. México; 2013 [citado 28 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/buiza-deterioro-01.pdf>
39. Muñoz Tortosa J. Psicología del envejecimiento. 1ª ed. España, Madrid: pirámide; 2006. Pp. 177
40. Fernández M, Zarranz JJ. Neurología: Demencias.5ª ed. España; 2013. Pp. 609
41. Tratado De Geriatria Para Residentes. Demencia [sede web]. Chile; 2016 [citado 29 de marzo de 2018]. 173-188. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vJ-0huvTQhIJ:https://www.segg.es/download.asp%3Ffile%3D/tratadogeriat+ria/PDF/S35-05%252017_II.pdf+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=pe
42. UNAM. Demencia en el adulto Mayor [sede web]. México; 2013 [citado 29 de marzo de 2018]. Disponible en: https://www.researchgate.net/profile/Oscar_Rosas-Carrasco/publication/259472072_Dementia_in_Elderly_People_Review_2013/links/0c96052bf732cdfdcf000000.pdf

43. Instituto nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán. Enfermedad de Alzheimer [sede web]. México; 2015 [citado 29 de marzo de 2018]. Disponible en: <http://www.innsz.mx/documentos/articulos/EnfermedaddeAlzheimer.pdf>
44. Archibaldo Donoso. Alzheimers disease. Rev. chil. neuro-psiquiatr [Internet] 2013 [citado 29 de marzo de 2018] v.41 . Disponible en : https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272003041200003
45. Ministerio de Salud. Minsa atiende en lo que va del año 3,700 casos de demencia en adulto mayor [sede web]. Lima; 2015. [citado 19 de abril de 2018]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=16920>
46. Fundación Alzheimer. La enfermedad del alzheimer [sede web]. Venezuela 2012 [citado 29 de abril de 2018]. Disponible en: http://www.alzheimerferrolterra.com/images/pdf/enfermedad_de_alzheimer.pdf
47. Biomedicina. Luis Fontán La Enfermedad de Alzheimer: elementos para el diagnóstico y manejo clínico en el consultorio [sede web]. Uruguay 2012 [citado 29 de abril de 2018]. 7(1):34-43. Disponible en: [:http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf](http://www.um.edu.uy/docs/alzheimer.pdf)
48. Sawada Benavides C. Diseño de sistema de ubicación para personas con Alzheimer vía web. [licenciatura en Ing]. Lima: PUCP; 2013.
49. Ecured. Calidad de vida [sede web]. Cuba; 2012 [citado 29 de marzo de 2018] Disponible en: https://www.ecured.cu/Calidad_de_vida
50. Botero B, Pico M. Calidad de vida relacionada con la salud (cvrs) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. [Internet] 2007

[citado 29 de abril de 2018] 12:11-24. Disponible en :
<http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v12n1/v12n1a01.pdf>

51. Tuesca Molina, Rafael. La Calidad de Vida, su importancia y cómo medirla. Salud uninorte. Salud Uninorte Barranquilla [Internet] . 2005 [citado 5 de mayo de 2018] 21: 76-86. Disponible en :
<http://www.redalyc.org/html/817/81702108/>

52. Arredondo C, Gonzales J. Tecnología y Humanización de los Cuidados, Una mirada desde la Teoría de las Relaciones Interpersonales. Index Enferm [Internet]. 2009 [citado 2 mayo de 2018] 18(1). Disponible en :
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962009000100007

53. Congreso historia enfermería. Dorothea e. orem. [sede web]. Cuba ; 2015 [citado 5 de mayo de 2018] Disponible en:
<https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/dorothea.html>

54. Eumed. Metodología cuantitativa [Sede web]. Cuba; 2016 [citado 9 de mayo de 2018]. Disponible en: http://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/eal/metodologia_cuantitativa.html

55. Universitas. Metodología de la investigación [Sede web]. México; 2017 [citado 9 de mayo de 2018] 25-30. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lad/pinera_e_rd/capitulo3.pdf

56. Udlap catarina. Metodología [Sede web]. México; 2016 [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en:
http://catarina.udlap.mx/u_dl_a/tales/documentos/lcp/texson_a_gg/capitulo4.pdf

57. Hernández de Canales F, Alvarado de Luz E, Pineda Beatriz E. Metodología de la investigación. 2da Ed. Canadá; 2009. 1-232
58. Eumed. selección de la muestra. [Sede web] Cuba; 2017 [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: [http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2012/eal/seleccion_muestra.h ml](http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2012/eal/seleccion_muestra.html)
59. Lopez P. Población muestra y muestreo. Punto cero [Internet] 2004 [citado 11 junio de 2018]; 09(08). Disponible en: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1815-02762004000100012
60. Vasquez, C y Muñoz, M. Entrevista diagnóstica en salud mental [sede Web]. Madrid: Universidad Complutense Madrid; 2002 [citado 11 de junio de 2018]. Disponible en: https://webs.ucm.es/info/psclinic/evaluacion/Proyecto%20Apoyo%20EP C%202006/INSTRUMENTOS%20EVALUACION/DELIRIUM,%20DEME NCIA,%20TRASTORNOS%20AMNESICOS%20Y%20OTROS%20TRA STORNOS%20COGNITIVOS/MINIEXAMEN%20DEL%20ESTADO%20 MENTAL/MEC_F.pdf
61. Santos Sánchez G. Validez y confiabilidad del cuestionario de calidad de vida SF-36 en mujeres con Lupus, Puebla. [tesis Licenciatura]. México: Universidad Autónoma de Puebla; 2017. Disponible en: [https://www.fcfm.buap.mx/assets/docs/docencia/tesis/ma/GuadalupeSan tosSanchez.pdf](https://www.fcfm.buap.mx/assets/docs/docencia/tesis/ma/GuadalupeSantosSanchez.pdf).

ANEXOS

ANEXO A

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADEMICA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

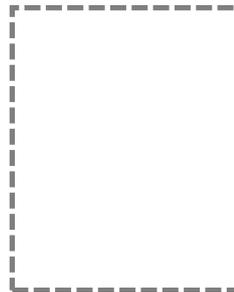
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCION DE DATOS DE LA TESIS DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA DEL ADULTO MAYOR DE LA ASOCIACIÓN ORGANIZACIÓN SOCIAL DEL ADULTO MAYOR, VILLA LOS REYES, VENTANILLA 2018

Yo _____ identificado con número de DNI:
_____, autorizo a las bachilleres: **Chuquipul Mendoza, Pamela
y Izaguirre Martínez, Carito** estudiantes de Enfermería de la Universidad
Norbert Wiener para llevar a cabo la recolección de datos.

He comprendido que será a través de la entrevista.

Conozco que los datos que proporcione serán confidenciales y usados
solamente para objetivos académicos y que mi participación no implicará
ningún daño para mi paciente ni para mí.

Como constancia firmo este documento que guardara mis derechos.



Firma o huella del participante

Lima, 2018

ANEXO B

Tabla 5: Características Sociodemográficas de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes.

Sexo	n	%
Femenino	35	15,0
Masculino	15	30,0
Edad	n	%
65 a 75 años	45	90,0
76 a 85 años	2	4,0
86 a 95 años	3	6,0
Lugar de Procedencia	n	%
Costa	11	22,0
Sierra	37	74,0
Selva	2	4,0
Grado de Instrucción	n	%
Primaria Incompleta	44	88,0
Primaria completa	6	12,0
Secundaria incompleta	0	0
Secundaria completa	0	0
Superior incompleta	0	0
Superior completa	0	0
Estado civil	n	%
Soltero	3	6,0
casado	43	86,0
viudo	4	8,0
divorciado	0	0
Ocupación	n	%
Comerciante	27	54,0
casa	23	46,0
Tipo de seguro	n	%
Ninguno	0	0
Sis	46	92,0
Essalud	4	4,0

Fuente: Propia

II. TEST MINIMENTAL

ORIENTACION EN EL TIEMPO	MAX 5 PTJE
1. ¿Qué fecha es hoy?	0 - 1
2. ¿Qué día de la semana es hoy?	0 - 1
3. ¿En qué mes estamos?	0 - 1
4. ¿En qué estación del año estamos?	0 - 1
5. ¿En qué año estamos?	0 - 1

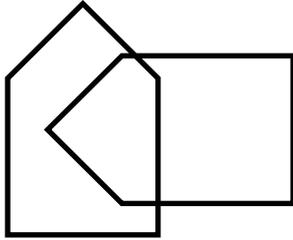
ORIENTACION EN EL ESPACIO	MAX 5 PTJE
6. ¿Dónde estamos?	0 - 1
7. ¿En qué lugar estamos?	0 - 1
8. ¿En qué ciudad estamos?	0 - 1
9. ¿En qué provincia estamos?	0 - 1
10. ¿En qué país estamos?	0 - 1

REGISTRO- fijación	MAX 3 PTJE
11. Pelota	0 - 1
12. Bandera	0 - 1
13. Árbol	0 - 1

ATENCION Y CALCULO	MAX 5 PTJE
14. Deletrear MUNDO al revés (por cada letra un punto)	0 - 1
O	0 - 1
D	0 - 1
N	0 - 1
U	0 - 1
M	
15. Cuanto es 50 - 8 (opcional)	

EVOCACIÓN – memoria (PREGUNTAR LAS TRES PALABRAS MENCIONADAS ANTES)	MAX 3 PTJE
16. Pelota	0 - 1
17. Bandera	0 - 1
18. Árbol	0 - 1

LENGUAJE	MAX 9 PTJE
19. ¿Qué es esto? (MOSTRARLE UN LÁPIZ)	0 - 1
20. ¿Qué es esto? (MOSTRARLE UN RELOJ)	0 - 1
21. Dígale a su paciente la siguiente frase: "El flan tiene frutillas y frambuesas"	0 - 1
22. Dele a su paciente un papel y dígale: <ul style="list-style-type: none"> • "Tome este papel con La mano izquierda" • "dóblelo por la mitad " • "colóquelo en el Piso". 	0 - 1 0 - 1 0 - 1
23. Muéstrela la hoja que dice: <ul style="list-style-type: none"> • "Cierre los ojos" Y dígale: "Haga lo que aquí se indica" 	0 - 1
24. Dale a su paciente una hoja en blanco y pídale que escriba una frase	0 - 1
25. Dale a su paciente la hoja que dice: "Copie esta figura" y pídale que copie el dibujo (Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección)	0 - 1



III. SF36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1. En general, usted diría que su salud es:

- Excelente.....1
- Muy buena.....2
- Buena.....3
- Regular.....4
- Mala.....5

2. Cómo diría que es su salud actual, comparada con la de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año.....1
- Algo mejor ahora que hace un año.....2
- Más o menos igual que hace un año.....3
- Algo peor ahora que hace un año.....4
- Mucho peor ahora que hace un año.....5

LAS SIGUIENTES PREGUNTAS SE REFIEREN A ACTIVIDADES O COSAS QUE USTED PODRÍA HACER

¿Le limita para hacer esfuerzos intensos, tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores?

ACTIVIDADES	SÍ, ME LIMITA MUCHO	SÍ, ME LIMITA UN POCO	NO ME LIMITA NADA
3. Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes agotadores	1	2	3
4. Esfuerzos moderados, como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de 1 hora	1	2	3
5. Coger o llevar la bolsa de compras	1	2	3
6. Subir varios pisos por la escalera	1	2	3
7. Subir un solo piso por la escalera	1	2	3
8. Agacharse, arrodillarse o ponerse en cuclillas	1	2	3
9. Caminar un kilómetro o más	1	2	3
10. Caminar varias manzanas (varios centenares de metros)	1	2	3
11. Caminar una sola manzana (unos 100 metros)	1	2	3
12. Bañarse o vestirse por sí mismo	1	2	3

Durante las 4 últimas semanas, ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa su salud física? (marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
13. Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?	1	2
14. Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
15. Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2
16. Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?	1	2

Durante las 4 últimas semanas, ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido, o nervioso)? (marque un solo número por cada pregunta)

	SI	NO
17. ¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas, por algún problema emocional?	1	2
18. ¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?	1	2
19. ¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?	1	2

20. Durante las 4 últimas semanas, hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales han dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas? (marque un solo número)

Sí, un poco.....3
 Sí, moderado.....4
 Sí, mucho.....5
 Sí, muchísimo.....6

Nada.....1

Un poco.....2

Regular.....3

Bastante.....4

Mucho.....5

21. Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas? (marque un solo número)

No, ninguno.....1

Sí, muy poco.....2

22. Durante las 4 últimas semanas, hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)? (marque un solo número)
 Nada.....1

Un poco.....2

Regular.....3

Bastante.....4

Mucho.....5

Las preguntas que siguen se refieren a cómo se ha sentido y cómo le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a cómo se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas ¿cuánto tiempo... (Marque un solo número por cada pregunta)

	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
23. ¿Se sintió lleno de energía y vida?						
24. ¿Estuvo muy nervioso?						
25. ¿Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle?						
	Siempre	Casi Siempre	Muchas Veces	Algunas Veces	Solo Alguna Vez	Nunca
26. ¿Se sintió calmado y tranquilo?						
27. ¿Tuvo mucha energía?						
28. ¿Se sintió agotado?						
29. ¿Se sintió desanimado y triste?						
30. ¿Se sintió feliz?						
31. ¿Se sintió cansado?						

32. Durante las 4 últimas semanas, con qué frecuencia la salud física o los problemas emocionales le han dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o familiares)? (marque un solo número)

Siempre.....1

Casi siempre.....2

Algunas veces.....3

Sólo alguna vez.....4

Nunca.....5

	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo sé	Bastante falsa	Totalmente Falsa
33. Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras					
34. Estoy tan sano como cualquiera					
35. Creo que mi salud va a empeorar					
36. Mi salud es excelente					