

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



**FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE - 2021**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

PRESENTADO POR:

Bach. Enf. Karla Rosario Vela Rios

Bach. Enf. Jossely Bersabé Suárez Vásquez

ASESOR: Dra. Gaby Luz Panduro Salas

PUCALLPA – PERÚ

2022



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
COMISIÓN DE GRADOS Y TÍTULOS



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS MODALIDAD VIRTUAL

En Pucallpa, a los **doce (12)** días del mes de **Agosto de 2022**, siendo las **10:00** horas y de acuerdo a lo señalado en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional de Ucayali, se reunió el Jurado Calificador, conformado por los siguientes docentes:

PRESIDENTE : Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas.
 MIEMBRO : Mg. Yolanda Palazuelos Pezo.
 MIEMBRO : Dr. Luis Fernando Cahua Rocca.

Para proceder a la Sustentación Pública de la Tesis titulada:

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE - 2021”

Presentado por las **Bachilleres en Enfermería**:

JOSSELY BERSABÉ SUÁREZ VÁSQUEZ

KARLA ROSARIO VELA RIOS

Teniendo en calidad de Asesor a: **Dra. Gaby Luz Panduro Salas (0000-0002-3119-4392) (DNI 00046203)**

Finalizada la Sustentación de la misma, se procedió a realizar la evaluación respectiva, llegando a la siguiente conclusión:

La Tesis ha sido: Aprobada por Mayoría

Quedando las Graduadas expeditas para que se les otorgue el Título Profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA**.

Siendo las 11:40. horas del mismo día se dio por concluido al acto académico.

Pucallpa, **doce (12)** de **Agosto** de **2022**

Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas.
PRESIDENTE

Mg. Yolanda Palazuelos Pezo.
MIEMBRO

Dr. Luis Fernando Cahua Rocca.
MIEMBRO

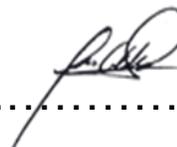
La tesis titulada “Factores de riesgo relacionados al deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre - 2021”, fue aprobada por el jurado calificador conformado por:



.....
Dra. Yolanda Gladys Santos Villegas
Presidente



.....
Mg. Yolanda Palazuelos Pezo
Miembro



.....
Mg. Luis Fernando Cahua Rocca
Miembro



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
DIRECCION GENERAL DE PRODUCCION INTELECTUAL

CONSTANCIA
ORIGINALIDAD DE TRABAJO DE INVESTIGACION
SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND

N°0006-2022

La Dirección de Producción Intelectual, hace constar por la presente, que el Informe final de Tesis, titulado:

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE - 2021”.

Cuyo(s) autor (es) : VELA RIOS, KARLA ROSARIO
SUÁREZ VÁSQUEZ, JOSSELY BERSABÉ

Facultad : CIENCIAS DE LA SALUD.
Escuela Profesional : ENFERMERÍA.
Asesor(a) : MG. PANDURO SALAS, GABY LUZ.

Después de realizado el análisis correspondiente en el Sistema Antiplagio URKUND, dicho documento presenta un **porcentaje de similitud de 8%**.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentaje establecidos en el artículo 9 de la DIRECTIVA DE USO DEL SISTEMA ANTIPLAGIO URKUND, el cual indica que no se debe superar el 10%. Se declara, que el trabajo de investigación: Si Contiene un porcentaje aceptable de similitud, por lo que Si se aprueba su originalidad.

En señal de conformidad y verificación se FIRMA Y CODIFICA la presente constancia

FECHA 19/01/2022



Dr. ABRAHAM ERMITANIO HUAMAN ALMIRON
Dirección de Producción Intelectual



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Suarez Vasquez Jossely Bersabe

Autor(a) de la TESIS de pregrado titulada:

"Factores De Riesgo Relacionados al Deterioro cognitivo en adultos Mayores Del Centro de Salud 9 de octubre. 2021"

Sustentada el año: 2022

Con la asesoría de: Dra Gaby Pareduro Salas.

En la Facultad: Ciencias de la Salud

Escuela profesional: De Enfermería.

Autorizo la publicación:

PARCIAL Significa que se publicará en el repositorio institucional solo la caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar si su tesis o documento presenta material patentable, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 04/10/2022.

Email: Jobesuva@gmail.com
Teléfono: 923 429267

Firma: [Firma]
DNI: 48647182.

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

UByP - REPOSITORIO INSTITUCIONAL



AUTORIZACIÓN DE PUBLICACIÓN DE TESIS

REPOSITORIO DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

Yo, Karla Rosario Vela Rios

Autor(a) de la TESIS de pregrado titulada:

"Factores de Riesgo relacionados al deterioro Cognitivo en Adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre - 2021"Sustentada el año: 2022Con la asesoría de: Dra. Gaby Luz Panduro SalasEn la Facultad: Ciencias de la SaludEscuela profesional: Enfermería

Autorizo la publicación:

PARCIAL Significa que se publicará en el repositorio institucional solo La caratula, la dedicatoria y el resumen de la tesis. Esta opción solo es válida marcar si su tesis o documento presenta material patentable, para ello deberá presentar el trámite de CATI y/o INDECOPI cuando se lo solicite la DGPI UNU.

TOTAL Significa que todo el contenido de la tesis y/o documento será publicada en el repositorio institucional.

De mi trabajo de investigación en el Repositorio Institucional de la Universidad Nacional de Ucayali (www.repositorio.unu.edu.pe), bajo los siguientes términos:

Primero: Otorgo a la Universidad Nacional de Ucayali **licencia no exclusiva** para reproducir, distribuir, comunicar, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público en general mi tesis (incluido el resumen) a través del Repositorio Institucional de la UNU, en formato digital sin modificar su contenido, en el Perú y en el extranjero; por el tiempo y las veces que considere necesario y libre de remuneraciones.

Segundo: Declaro que la tesis es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, por tanto me encuentro facultado a conceder la presente autorización, garantizando que la tesis no infringe derechos de autor de terceras personas, caso contrario, me hago único(a) responsable de investigaciones y observaciones futuras, de acuerdo a lo establecido en el estatuto de la Universidad Nacional de Ucayali, la Superintendencia Nacional de Educación Superior Universitaria y el Ministerio de Educación.

En señal de conformidad firmo la presente autorización.

Fecha: 04/10/2022Email: Velakarla31@gmail.comTeléfono: 991857397Firma: DNI: 71221120www.repositorio.unu.edu.pe repositorio@unu.edu.pe

DEDICATORIA

Dedico esta investigación a DIOS quien es el Dador de la vida, al Padre Alberto Rousseau por su constante apoyo tanto económico como espiritual; a mi familia por acompañarme en estos años de mi formación profesional, brindándome siempre palabras de aliento y fuerzas para seguir en este camino que es difícil pero satisfactorio.

Karla Rosario

Esta investigación dedico a Dios por haberme dado la vida y la oportunidad de estudiar, a mis padres por brindarme el deseo de superación y amor cada día, por guiarme por el sendero de la verdad y ser un ejemplo para la familia.

Jossely Bersabé

AGRADECIMIENTO

A los docentes de la Facultad de Ciencias de la Salud, Escuela Profesional de Enfermería por ayudarnos a llegar al punto en el que nos encontramos.

Al personal de salud que labora en el Centro de Salud 9 de Octubre que nos han brindado las facilidades para desarrollar la investigación.

A los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre quienes han participado en la investigación.

A los miembros del jurado calificador, por su dedicación en la revisión y aprobación de la presente investigación.

ÍNDICE DEL CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
ÍNDICE DEL CONTENIDO	vi
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	xi
CAPÍTULO I.....	14
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
1.1. Formulación del problema.....	14
1.2. Objetivos.....	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes del problema.....	20
2.1.1. Antecedentes a nivel internacional.....	20
2.1.2. Antecedentes a nivel nacional.....	24
2.1.3. Antecedentes a nivel local.....	29
2.2. Planteamiento teórico.....	29
2.3. Definición de términos básicos.....	41

2.4. Hipótesis, variable y operacionalización de variables.....	43
2.4.1. Hipótesis.....	43
2.4.2. Variables.....	44
2.4.3. Operacionalización de variables.....	45
CAPÍTULO III.....	46
METODOLOGÍA.....	46
3.1. Método de la investigación.....	46
3.2. Población y muestra.....	47
3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos.....	48
3.4. Procedimiento para la recolección de datos.....	50
3.5. Procesamiento y tratamiento de datos.....	51
CAPÍTULO IV.....	52
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
CAPÍTULO V.....	65
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	65
5.1. Conclusiones.....	65
5.2. Recomendaciones.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	68
ANEXOS.....	77

ÍNDICE DE TABLA

	Pág.
Tabla 01. Nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.....	52
Tabla 02. Factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.....	54
Tabla 03. Factores de riesgo conductuales que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.....	59
Tabla 04. Factores de riesgo patológicos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.....	62

RESUMEN

El objetivo fue determinar la relación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021. De diseño no experimental, nivel descriptivo correlacional, de tipo prospectivo, transversal. La muestra fue de 60 pacientes adultos mayores. La técnica fue la encuesta y el instrumento un cuestionario. Resultados: El 35.7% de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve. En el factor de riesgo sociodemográfico el 12.5% de los adultos mayores con 81 a más años tienen deterioro cognitivo leve, el 10.7% con deterioro cognitivo moderado y el 5.4% deterioro cognitivo severo; el 28.6% son de sexo femenino, el 14.3% conviven con el esposo(a) e hijos(as), el 30.4% no trabajan, el 19.6% que tienen educación primaria, tienen deterioro cognitivo leve. En el factor de riesgo conductuales el 7.1% que fuman, el 10.7% que consumen alcohol y el 1.8% que consumen otras sustancias tóxicas, tienen deterioro cognitivo leve. En el factor de riesgo patológico el 12.5% que tienen DM y el 16.1% que presentan HTA, tienen un deterioro cognitivo moderado, y el 5.4% que sufrieron ACV presentan deterioro cognitivo severo. Conclusiones: El nivel de deterioro cognitivo fue leve. Al establecer la relación entre los factores de riesgo sociodemográfico, conductuales y patológicos a través del Chi cuadrado, se obtuvo que la convivencia, ocupación y el accidente cerebro vascular se relacionan con el deterioro cognitivo del adulto mayor.

Palabras clave: Factores de riesgo, deterioro cognitivo, adultos mayores.

ABSTRACT

The objective was to determine the relationship between risk factors and cognitive impairment in older adults at the 9 de Octubre 2021 Health Center. The design was non-experimental, descriptive correlational, prospective, cross-sectional. The sample consisted of 60 older adult patients. The technique was a survey and the instrument was a questionnaire. Results: 35.7% of the older adults had mild cognitive impairment. In the sociodemographic risk factor, 12.5% of the older adults aged 81 years and older had mild cognitive impairment, 10.7% had moderate cognitive impairment and 5.4% had severe cognitive impairment; 28.6% were female, 14.3% lived with a spouse and children, 30.4% did not work, 19.6% had primary education, and had mild cognitive impairment. In the behavioral risk factor, 7.1% who smoke, 10.7% who consume alcohol and 1.8% who consume other toxic substances have mild cognitive impairment. In the pathological risk factor 12.5% who have DM and 16.1% who have AHT, have moderate cognitive impairment, and 5.4% who suffered a stroke have severe impairment. Conclusions: The level of cognitive impairment was mild. On establishing the relationship between sociodemographic, behavioral and pathological risk factors by means of Chi-square, it was found that coexistence, occupation and stroke were related to cognitive impairment in the elderly.

Key words: Risk factors, cognitive impairment, older adults.

INTRODUCCIÓN

Con el pasar de los años la etapa del adulto mayor ha incrementado debido a que se vive en una sociedad en la cual las personas cuidan mucho su salud, ya que le dan mayor importancia a este factor, así mismo, las personas en la etapa del adulto mayor llegan con mejor energía y buena salud (1).

Además, el crecimiento poblacional para este grupo ha ido en aumento, por ello se pretende que los adultos mayores mantengan una buena calidad de vida, a pesar que haya una desvalorización en cuanto a sus capacidades tanto físicas, mentales y sociales propias de la edad; por ende, se busca potencializar estas capacidades mediante el refuerzo constante, para que así puedan enfrentar las exigencias de su entorno (1).

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable que día a día es más progresivo, a medida que la población envejece aumenta el interés por conocer y entender los efectos de la edad precisamente en el funcionamiento y desempeño cognitivo del adulto mayor; frente a esto se desea conocer que factores relevantemente están asociados al deterioro cognitivo (2).

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. La función cognitiva cambia con la edad. Si bien

algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas (3).

El deterioro cognitivo; que se trata de un término que, si bien no especifica la función o funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un problema cuyo diagnóstico ha de establecerse con prontitud para adoptar las medidas terapéuticas oportunas. Además, los pacientes con deterioro cognitivo requieren mayor supervisión por sus cuidadores, no colaboran en su rehabilitación y utilizan un mayor número de recursos socio-sanitarios. Por ello, conocer el nivel cognitivo del adulto mayor es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones (4).

Así mismo, el deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona una seria problemática socio-asistencial en el adulto mayor. Proyecciones mundiales estiman que los casos de demencia aumentarán en países desarrollados de 13.5 millones a 21.2 millones para el 2025. En los países subdesarrollados varía según la fuente de información. Sin embargo, en general para este grupo se calcula que había 18 millones de adultos mayores con demencia y se proyecta que para el 2025 esta cifra aumente a 34 millones (5).

En el ámbito social se justifica porque el estudio beneficia a la comunidad de los adultos mayores, permitiendo identificar sus problemas cognitivos.

Considerando que el deterioro cognitivo en el adulto mayor se está dando muy frecuentemente en nuestro país, como profesional de enfermería tenemos la responsabilidad en el descubrimiento precoz de esta patología mediante las intervenciones preventivo promocionales.

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

El objetivo del estudio de investigación fue en determinar la relación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Esta investigación está estructurada en cinco capítulos: En el capítulo I, el planteamiento del problema: Formulación del problema y objetivos. En el Capítulo II, marco teórico: Antecedentes del problema, planteamiento teórico, definición de términos básico, hipótesis, variables y operacionalización de variable. En el Capítulo III, metodología: método de la investigación, población y muestra, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, procedimiento de recolección de datos, procesamiento y tratamiento de datos. En el Capítulo IV,

los resultados y discusión. En el Capítulo V, las conclusiones y recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Formulación del problema

El ser humano pasa por una serie de etapas en todo el trayecto de su vida, la última de ellas es la vejez, la cual es considerada por Arango V. y Ruiz I. (6), como “el último escalón del ciclo vital”. Actualmente se considera que los adultos mayores, son personas con edades superiores a los 65 años.

Según la Organización Mundial de la Salud (7), la población adulta mayor ha tenido un incremento rápido y significativo en todo el mundo, se estimó que entre los años 2015 y 2050, los adultos mayores podrían pasar de un 12 a un 22%, es decir casi el doble de la población actual.

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 (8).

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 (9).

El deterioro cognitivo afecta en el mundo cerca de 50 millones de individuos, de estos cerca del 60% se localizan en 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).

En América Latina la demencia es más frecuente con un 7.1% en adultos mayores, considerando que en América Latina y el Caribe para el 2030 con 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 América Latina 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 (11).

En el Perú y el mundo existe una cantidad creciente de personas en la etapa del desarrollo que corresponde a la adultez tardía, este cambio poblacional es el panorama que se avecina en nuestro país, según las proyecciones mundiales se estima que los casos de demencia se incrementarán en países en vías de desarrollo, como el Perú, del 7.4 al 12% en el año 2025. Aunque, estos datos varían según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) que reporta que hasta el año 2005, la población adulta mayor constituía el 7.68%, equivalente a 2 146 000 personas o a 22 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años de edad, y una proyección para el año 2025 de 52 personas de 60 años por cada 100 menores de 15 años, cifra que seguirá multiplicándose. Esto sugiere mayor incidencia de casos de enfermedades neurodegenerativas, como la enfermedad de Alzheimer (12).

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 (13).

En consecuencia, la prevalencia del deterioro cognitivo va desde 1% al 42%. En los adultos mayores de 65 años la frecuencia del deterioro cognitivo va de 3% al 19% con una conversión anual a demencia entre el 5% a 10%. Estudios de deterioro cognitivo en Latinoamérica, han reportado una prevalencia global de 13.6% en mayores de 50 años (14).

Así mismo, la alta prevalencia del deterioro cognoscitivo o cognitivo en la población peruana se relaciona de manera importante con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, (tales como diabetes mellitus, hipertensión, enfermedad cerebral), lo que señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población de adultos mayores. En realidad, la evaluación del estado cognitivo del adulto mayor debe ser realizada con una historia clínica cuidadosa y dirigida a orientarnos sobre el diagnóstico y su posible causa (15).

De acuerdo al análisis situacional de salud de la región se ha evidenciado que los factores de riesgo desencadenan el deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor, llegando a complicaciones como la demencia. Los centros con mayor prevalencia son los asilos o casa para los adultos mayores que mantienen un porcentaje de 5% más que los adultos mayores que viven con su familia. Con respecto a la edad, a los 80 años es la edad promedio donde el deterioro cognitivo en la región de Huánuco se ve en sus grados o condiciones de enfermedad (deterioro cognitivo severo) (16).

Por tanto, consideramos que existe un problema por investigar que permite plantear las siguientes interrogantes:

Problema general:

¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?

Problemas específicos:

- ✓ ¿Qué nivel de deterioro cognitivo presentan los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?
- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?
- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo conductuales que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?
- ✓ ¿Cuáles son los factores de riesgo patológicos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?

1.2. Objetivos

1.2.1. Objetivo general:

Determinar la relación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

1.2.2. Objetivos específicos:

- ✓ Identificar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.
- ✓ Identificar los factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.
- ✓ Identificar los factores de riesgo conductuales que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.
- ✓ Identificar los factores de riesgo patológicos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del problema

2.1.1. Antecedentes a nivel internacional

Velasco R., Benítez V., Reyes L.E., Frayre A.D. y Pérez M.G. (17), realizaron un trabajo de investigación titulada: Estado cognitivo del adulto mayor y su asociación con el consumo de alcohol y tabaco, Mexico-2019. Sus resultados fueron: Edad promedio 70.5 ± 0.7 años; 59.2% hombres (n= 763) y 40.8% mujeres (n= 527). Las proporciones por estado cognitivo fueron: Estado normal, 61.3% consumen alcohol y 63.0% consumen tabaco; Deterioro leve, 26.9% consumen alcohol y 26.3% consumen tabaco; Deterioro moderado, 9.84% consumen alcohol y 9.02% consumen tabaco; Deterioro severo, 1.91% consumen alcohol y 1.7% consumen tabaco. Concluyeron que el inicio del consumo de alcohol y tabaco en edades avanzadas de la vida, afecta muy poco el estado cognitivo.

Camargo K. y Laguado E. (18), realizaron un trabajo de investigación titulada: Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga–Santander Colombia-2017” obtuvieron los siguientes 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. Concluyeron que 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.

Barrera J.C. (19), realizó el estudio titulada: Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. Ecuador-2017. Sus resultados fueron: 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. Concluyó que la 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.

Eliseo L., Casamayor., Castañer J., Rodríguez N., Moret Y. y Peña R. (20), realizaron una investigación titulada: Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal, Cuba - 2016. Sus resultados son: halló deterioro cognitivo en 16.6 % de los pacientes; de ello, el 80% se vinculó con una calidad de vida considerada como pobre. Concluyeron que en el grupo de pacientes estudiados se encontró una saliente prevalencia de deterioro cognitivo y este se correlaciono con una pobre calidad de vida.

García A.C., Santabárbara J., López R., Tomás C., y Marcos G. (21), en su investigación titulada: Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años, España - 2016. Evidenciaron que los sujetos que mantenían ocupaciones manuales tenían mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo con respecto a los que han tenido ocupaciones con predominio intelectual.

Marines C., Daniani R., y Hildebrandt M. (22), realizaron un estudio titulada: Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil - 2015. Sus resultados obtenidos fueron: Tuvieron predominio de mujeres (64.9%), de 60-70 años (43.8%), casados (46.5%), con algún grado de escolaridad (90.8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria y 93.4% lo son para las actividades de la vida diaria. Concluyeron que el estudio revela un significativo porcentual de adultos mayores independientes

para la realización de las actividades de la vida diaria, sin embargo, necesitan de ayuda para las actividades instrumentales de la vida diaria.

Pedraza O., Perilla H. y Cruz A. (23), su investigación titulada: Deterioro cognitivo y factores de riesgo cardiovascular y metabólico en una muestra de adultos de Bogotá-2016. Sus resultados fueron: En 1.045 adultos estudiados, el promedio de edad fue de 68 años y de educación 8 años, 76% fueron mujeres, 56% presentaba hipertensión arterial, 40% dislipidemia, 37% fueron fumadores, 37% tenían sobrepeso, 28% hipotiroidismo, 25% obesidad, 17% consumían alcohol y 16% eran diabéticos. El deterioro cognitivo leve se asoció con escolaridad de primaria incompleta, primaria completa, bachillerato incompleto, bachillerato completo y con edad entre 70 y 79 años. La demencia se asoció con escolaridades de primaria incompleta, primaria completa, bachillerato incompleto y con edades entre 70 -79 años, o mayores de 80 años y con sufrir hipertensión arterial. Concluyeron que la baja escolaridad, una edad avanzada y sufrir hipertensión arterial son en su orden los factores más importantes para el desarrollo de la demencia. Los adultos entre 70 y 79 años con bachillerato incompleto, tienen mayor riesgo de deterioro cognitivo.

Portillo P. (24), en su investigación titulada: Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo-2015.

Obtuvo los siguientes resultados: Observó una alta prevalencia de enfermedades tipo demencia, que afectan negativamente la calidad de vida de las personas. En cuanto a las variables sociodemográficas: la edad a partir de 75 años, el vivir solo, ser viudo y la no escolaridad son factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve. Los adultos mayores con deterioro cognitivo leve recibieron puntajes que difieren entre sí en las distintas áreas evaluadas. Las áreas mayormente afectadas en los adultos mayores con deterioro cognitivo leve fueron lenguaje, memoria, orientación, atención, praxis y pensamiento abstracto.

2.1.2. Antecedentes a nivel nacional

Martínez C. (25), en su investigación titulada: Deterioro cognitivo asociado a sobrepeso y obesidad en pacientes geriátricos hospitalizados del Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza, Arequipa 2018. Sus resultados fueron: Se evaluaron 161 adultos mayores, el 58.4% de casos fueron de sexo femenino, el 44.1% tienen entre 60-70 años, mientras que el 21.1% son mayores de 80 años. El 55.9% de los pacientes tienen instrucción primaria. El 34.8% de los pacientes tienen obesidad. El 47.8% de los pacientes tienen obesidad central. El 59.6% de los pacientes presentan deterioro cognitivo, según la prueba de chi cuadrado se observó que el deterioro presentó una relación estadísticamente significativa ($P < 0.05$) con sobrepeso, obesidad y obesidad central. Concluyó que se presenta deterioro

cognitivo en una proporción importante de adultos mayores hospitalizados asociado de modo significativo a sobrepeso, obesidad, obesidad central.

Valdez J.V. (26), realizó el estudio de investigación titulada: Factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, Centro de Salud Cono Sur I-4, San Roman, Puno-2018. Sus resultados fueron: 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. Con respecto al 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%. Concluyó que 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 ($p < 0.05$).

Abanto J. y Sánchez S. (27), en su investigación titulada: Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico y exploración de factores asociados en cuatro Centros Integrales del Adulto Mayor de Lima – Perú 2017. Obtuvo como resultados: La frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico en los Centros Integrales del Adulto Mayor fue de 18.1%. Los factores asociados a riesgo encontrados fueron la edad avanzada y un menor nivel de instrucción.

Rubin S.Y. (2), en su investigación titulada: Relación entre los factores de riesgo asociados y el deterioro cognitivo del adulto mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco - 2017. Sus resultados fueron: El 70.4% evidenciaron tener un deterioro cognitivo y el 57.1% presentaron factores de riesgo, por otro lado los factores de riesgo sociodemográficos en relación al deterioro cognitivo fueron significativos estadísticamente $P < 0.001$ al igual que los factores de riesgo económicos y los factores de riesgo patológicos, todas con $p \leq 0.05$. Concluyó: Los factores de riesgo se asocian con el deterioro cognitivo del adulto mayor que asisten al programa del centro de salud Aparicio pomares.

Velazco L. y Carrera T. (28), en su investigación titulada: Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar "misioneros de amor", Chaclacayo, 2016. Sus resultados demostraron que: A través del estadístico Tau b Kendall no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo con un p-valor de 0.567. Sin embargo, se halló relación entre la edad y el deterioro cognitivo ($p=0.001$), entre la edad y la dependencia física ($p = 0.03$) y entre el género y el deterioro cognitivo ($p = 0.038$). Concluyó que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una casa hogar.

Güevera N. (29), en su investigación titulada: Estado nutricional y su relación con el estado cognitivo del adulto mayor en el Club Municipal De Mariano Melgar, Arequipa 2016. Esta investigación dio como resultados que la mayoría de adultos mayores tienen edad entre los 70 a y 79 años (51.2%), son del género femenino (85%), con instrucción menor a primaria (76.3%). La mayoría de adultos mayores presentan obesidad (54%), de acuerdo al test Mini Nutritional Assessment, siete de cada diez adultos mayores presentan riesgos de malnutrición (70%) y solo un 20% se encuentra en estado normal. El resto, es decir 42 pacientes deterioro cognitivo: leve y 3 moderado. La mayoría de adultos mayores están con depresión (74%), el principal motivo es el poco interés por las cosas, problemas de memoria, y se siente indefenso e impotente, lo cual está condicionando su insatisfacción con su propia vida. Al aplicar la prueba del Chi² se encontró asociación estadística significativa entre el estado nutricional, estado cognitivo y estado depresivo en los adultos mayores con $p < 0.05$, es decir el nivel de deterioro mental se relaciona directamente con el diagnóstico nutricional.

Varela L., Chávez H., Gálvez M., y Méndez F. (30), en su investigación titulada: Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional, Lima - 2015. Sus resultados fueron: Encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. Encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica,

confusión aguda, privación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional. Concluyó que la frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada. Encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos.

2.1.3. Antecedentes a nivel local

Mercado W. (31), en su investigación titulada: Impacto del control glucémico en el deterioro cognitivo de adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital Essalud-Pucallpa-2018. Sus resultados fueron: Existe asociación de 23.1 % entre el indicador HbA1C y el deterioro cognitivo y 25.2 % entre la duración de la diabetes mellitus tipo 2 y el deterioro cognitivo en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital ESSALUD de Pucallpa, 2018.

2.2. Planteamiento teórico

2.2.1. Adulto mayor

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. Es una expresión actual que se emplea en los que tienen de 65 años a más, entre sus características existen cambios biológicos (cambios de orden natural), psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida) y social (relaciones interpersonales) (32).

La Organización Mundial de la Salud (33), nos muestran que las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. Asimismo, se considera a todo individuo mayor de 60 años como una persona de la tercera edad.

2.2.1.1. Envejecimiento

El envejecimiento es considerado como un proceso en donde ocurre un deterioro progresivo en el organismo, que conlleva a alteraciones morfológicas, funcionales, psicológicas y

bioquímicas provocando vulnerabilidad en situaciones de estrés y culmina con la muerte (34).

Buri A.L. (35), define al envejecimiento como un proceso natural del ser humano que se da a través de todo el ciclo de vida. La calidad de vida y la funcionalidad durante la vejez, se relacionan directamente con las oportunidades y privaciones que se han tenido durante la infancia, la adolescencia y la edad adulta.

Dentro de las alteraciones más destacadas en la etapa de la vejez, se encuentra el deterioro o trastorno cognitivo, este puede ocurrir por disminución de habilidades mentales asociadas al envejecimiento, estados depresivos, deterioro cognitivo leve y demencia (36).

2.2.1.2. Envejecimiento saludable

La definición del envejecimiento saludable consiste en conservar y promover el bienestar en la senectud y su capacidad funcional, por tanto, será capaz de hacer durante más tiempo las cosas de mayor valor, esto según el informe universal sobre salud y envejecimiento (37).

2.2.2. Deterioro cognitivo

2.2.2.1. 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 (38).

Así mismo 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 (39).

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco en el transcurso de la vida mientras que otras parecen incluso incrementarse; estos aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores:

antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones y otros (40).

Las manifestaciones de este deterioro son más evidentes en ciertas funciones cognitivas durante esta etapa de la vida. Una de las manifestaciones más comunes entre los adultos mayores es la disminución de la memoria. Los adultos mayores tienen un menor desempeño en las pruebas que miden memoria y aprendizaje. También presentan dificultades en la atención selectiva y dividida, así como en las habilidades de viso construcción (41).

Por tanto, pueden darse a conocer diversas definiciones de deterioro cognitivo. En este caso, Fustinoni O. (42), afirma que el deterioro cognitivo comprende la pérdida, modificación, déficit o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.

2.2.2.2. Clasificación del deterioro cognitivo

Son respuestas expresada por el adulto mayor acerca de las diversas manifestaciones que intervienen en su estado cognitivo y que afecta su modo de vida.

Categorizando el nivel de deterioro cognitivo en: normal; de deterioro cognitivo leve, de deterioro cognitivo moderado y de deterioro cognitivo severo.

a. Normal

Las personas sin desorden, trastorno o deterioro cognitivo mantendrán sus funciones estables, en distintos campos tales como: Concentración, retentiva y rapidez en el gestionamiento de los datos (43).

b. Deterioro cognitivo leve

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 (44).

El deterioro cognitivo leve es un estadio de transición de declive cognitivo entre el envejecimiento normal y el patológico. Este supone una alteración declarada por el mismo paciente, pero que debe ser confirmada por un rendimiento deteriorado en pruebas que evalúan a un grupo de personas con la misma edad y nivel de escolarización. En

esta fase, por lo general, la independencia funcional y el resto de las funciones cognitivas no están deterioradas (44).

c. Deterioro cognitivo moderado

Es un estado nosológico que se evidencia por la pérdida gradual de la cognición con relación a persona, tiempo y espacio. Comienza a afectar la situación funcional del adulto mayor. Suele presentar cierto grado de desorientación en el tiempo y en el espacio, olvida nombres de personas conocidas, se evidencian problemas con la memoria reciente y puede presentar algunos cambios en su conducta (45).

Por consiguiente, el deterioro cognitivo moderado se observan dificultades en las tareas complejas como en el control de naturaleza personal, económicos y de organizar eventos sociales (45).

d. Deterioro cognitivo severo

Los síntomas cognitivos se hacen evidentes, afectando diversas áreas de la vida del adulto mayor (dificultad de comprensión de órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporoespacial, errores en las funciones de cálculo numérico, etc) (46).

El deterioro cognitivo severo conlleva un estado en el se sufre una gran pérdida de la memoria, así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas comunicativos (46).

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 (46).

2.2.3. Factores de riesgo en el deterioro cognitivo del adulto mayor

El concepto de factor de riesgo redefine la participación de elementos que contribuyen en la instalación de una alteración o enfermedad. La presencia de un factor que puede causar daño en el organismo no implica que producirá deterioro en todos los casos, sino que la probabilidad de daño es mayor si ese factor se presenta (47).

Los cambios a nivel cognitivo pueden ser atribuidos a múltiples factores.

Se sabe que, en ausencia de enfermedad neurológica o sistémica, el adulto mayor sano presenta un decremento pequeño en el área cognitiva, deteriorándose primero las habilidades visuoespaciales, de cálculo y de aprendizaje, mientras que se conservan mejor las habilidades verbales y conocimientos generales, denominado déficit cognitivo leve, el cual va a presentar en algún momento de la vida del adulto mayor (48).

Estos factores de riesgo se han clasificado en factores de riesgo sociodemográficos (edad, género, ocupación y grado de instrucción); factores de riesgo conductuales (tabaquismo, alcoholismo y otras sustancias tóxicas), así como factores de riesgo patológicos (diabetes mellitus, hipertensión arterial y accidente cerebro vascular).

2.2.3.1. Factores sociodemográficos

La edad es un factor de riesgo de deterioro cognitivo, puesto que la prevalencia de esta enfermedad aumenta con la edad, dicha prevalencia de deterioro cognitivo moderado y severo se duplicaba cada 5 años aproximadamente, a partir de los 60 años de edad (49).

Glymour M.M. y Manly J.J. (50), plantean que circunstancias

vitales de la temprana y mediana edad, podrían modificar el funcionamiento cognitivo en la adultez mayor, por la influencia de los patrones de estilo de vida, los que a su vez se correlacionan de manera directa con el nivel social, variable que se asocia al nivel educativo.

En cuanto al grado de instrucción y el género, es compleja la relación de estas características sociodemográficas y el impacto que ejerce sobre el funcionamiento cognitivo en la adultez tardía. En un estudio con adultos entre 80 años a 105 años de edad, se encontró que el tener un nivel educativo alto está asociado a un mejor funcionamiento cognitivo en la vejez, especialmente en las mujeres (51).

Así mismo una mayor cantidad de años de educación se asoció a un mejor desempeño inicial en las pruebas cognitivas, y a un deterioro cognitivo leve; pero el grado de instrucción no estuvo asociada a la velocidad de deterioro de la memoria de trabajo y se asoció a una mayor velocidad de deterioro de la memoria verbal (52).

Con respecto a la convivencia, tradicionalmente la familia ha sido la estructura que ha asumido la responsabilidad de atender y cuidar a las personas dependientes. Esta circunstancia que en muchas ocasiones ha representado una tarea inasumible por múltiples cuestiones, hace ya años que

muestra una faceta mucho más flexible y adaptada a las necesidades de la vida actual. Convivir con una persona deterioro cognitivo o demencia puede resultar menos complicado (21).

La ocupación laboral podría ser un factor que influye en la demencia; Así mismo para ello se está realizando esta investigación para demostrar la relación que existe entre ellos.

2.2.3.2. Factores conductuales

El tabaquismo aumenta el riesgo de deterioro cognitivo y posiblemente de demencia. Dejar de fumar puede reducir el riesgo asociado a niveles comparables a los de aquéllos que no han fumado. Un estudio de una gran cohorte multiétnica encontró que el tabaquismo intenso en la mediana edad casi duplicó el riesgo de demencia en la ancianidad (53).

El riesgo de deterioro cognitivo puede ser mayor para los fumadores continuos y los que habían dejado de fumar, que los que no habían fumado nunca. El humo del tabaco supone la fuente más importante de exposición en el ser humano a sustancias tóxicas. La exposición prolongada al humo del tabaco parece tener resultados adversos en el cerebro,

contribuyendo a un mayor riesgo de deterioro cognitivo y demencia en la vejez (54).

Los adultos mayores sugieren que el consumo de alcohol en cantidades pequeñas o moderadas puede disminuir el riesgo de deterioro cognitivo y demencia. Sin embargo, la evidencia no es lo suficientemente sólida para sugerir que aquéllos que no beben deban comenzar a hacerlo, especialmente si se tienen en cuenta los posibles efectos negativos del consumo excesivo de alcohol, como el riesgo de caídas en los ancianos (53).

Los riesgos y beneficios de la ingesta de alcohol se han debatido durante años. El único riesgo de deterioro cognitivo es el consumo excesivo de alcohol. Los estudios comparativos son difíciles de hacer por la disparidad en la definición de ingesta de alcohol en aquellas personas que no beben nunca, personas que bebían previamente y ahora se abstienen o gente que bebe infrecuentemente comparando con bebedores habituales. Por consiguiente, han encontrado algún beneficio en relación con la cognición en el mayor uso de alcohol en comparación con el uso poco frecuente o nunca de alcohol, sin embargo, varían en la cantidad de alcohol asociado con el efecto positivo en la cognición, la

importancia relativa global en la memoria y función ejecutiva (55).

2.2.3.3. Factores de riesgo patológicos

Son las características que los adultos mayores presentan de acuerdo a la patología que tienen, puede ser fisiológica, propia de la edad o una enfermedad patológica (2).

Mejía S y Gutiérrez L.M. (56), refieren que la diabetes mellitus tipo 2 y el deterioro cognitivo son patologías con una elevada prevalencia en los adultos mayores. Puesto que realizaron un estudio con adultos mayores encontraron que los sujetos que padecían diabetes tenían el doble de riesgo de desarrollar una demencia, en comparación con los adultos mayores que no la padecían, y este riesgo aumentaba con la presencia de hipertensión y depresión.

La hipertensión arterial acelera los cambios propios del envejecimiento en el sistema nervioso central y a su vez desplaza la curva de autorregulación a la derecha. La hipertensión arterial es una enfermedad predominantemente vascular que provoca alteraciones en forma progresiva, primero funcionales y luego estructurales (57).

Otra de las enfermedades que se asocia al deterioro cognitivo es la enfermedad vascular cerebral. El deterioro

cognitivo puede ser generado por alguna patología cerebral de tipo vascular, situación que se conoce como deterioro cognitivo vascular. Algunos estudios neuropsicológicos han identificado déficits atencionales y psicomotores en adultos con el accidente cerebro vascular. No obstante, no todos los estudios concuerdan en la relevancia de determinados dominios cognitivos en el deterioro cognitivo vascular, y en la existencia de algún patrón de deterioro generado por la presencia de algún accidente cerebro vascular. Por ejemplo, las características del deterioro cognitivo vascular, van a depender no solo del tiempo y de la localización de la lesión cerebral, sino también de su lateralidad y severidad (58).

2.3. Definición de términos básicos

Accidente cerebrovascular: Sucede cuando el flujo de sangre a una parte del cerebro se detiene. Algunas veces, se denomina "ataque cerebral". Si el flujo sanguíneo se detiene por más de pocos segundos, el cerebro no puede recibir nutrientes y oxígeno.

Adulto mayor: Persona de sexo femenino o masculino con edad de 60 a más años.

Deterioro cognitivo: Es el declive de las funciones cognitivas, ya sea debido a las alteraciones atribuibles al proceso fisiológico del envejecimiento o debido a otros factores.

Envejecimiento: Proceso biológico por el que los seres vivos se hacen viejos, que comporta una serie de cambios estructurales y funcionales que aparecen con el paso del tiempo y no son consecuencia de enfermedades ni accidentes.

Factores de riesgo: Es cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión.

Factores de riesgo conductuales: Son conductas plurales que explican o inciden para la aparición o desarrollo de los hechos sociales negativos

Factores de riesgo patológicos: Son las características fisiológicas, propia de la edad que las personas presentan.

Factores de riesgo sociodemográficos: Son características sociales y demográficas que poseen las personas, que pueden adquirir algún riesgo de enfermedad o lesión.

2.4. Hipótesis, variable y operacionalización de variables

2.4.1. Hipótesis

2.4.1.1. Hipótesis general

Hi: Los factores de riesgo: sociodemográficos, conductuales y patológicos se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

H₀: Los factores de riesgo: sociodemográficos, conductuales y patológicos no se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

2.4.1.2. Hipótesis específicas

Hi: El nivel de deterioro que presentan los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021, es moderado.

H₀ El nivel de deterioro que presentan los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021 no es moderado.

Hi: Los factores de riesgo sociodemográficos como: edad, género, convivencia, grado de instrucción y ocupación, están relacionados con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

H₀: Los factores de riesgo sociodemográficos como: edad, género, convivencia, y ocupación, no están relacionados

con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Hi: Los factores de riesgo conductuales como: consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas, están relacionados con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

H₀: Los factores de riesgo conductuales como: consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas, no están relacionados con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Hi: Los factores de riesgo patológicos como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, y accidente cerebrovascular, están relacionados con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

H₀: Los factores de riesgo patológicos como: diabetes mellitus, hipertensión arterial, y accidente cerebrovascular, no están relacionados con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

2.4.2. Variables

2.4.2.1. Variable 1: Factores de riesgo.

2.4.2.2. Variable 2: Deterioro cognitivo.

2.4.3. Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE VARIABLE	VALOR FINAL
Factores de riesgo	cualquier rasgo, característica o exposición de un individuo que aumente su probabilidad de sufrir una enfermedad o lesión	Sociodemográficos	Edad	Cuantiitativa	60-65 años 66-70 años 71-75 años 76-80 años 81-más años
			Género	Cualitativa	Masculino Femenino
			Convivencia	Cualitativa	Esposo(a) e Hijos(as) Esposo(a) Solo(a)
			Ocupación	Cualitativa	Independiente Empleado(a) No trabaja
			Grado de instrucción	Cualitativa	Primaria Secundaria Superior
		Conductuales	Consumo de tabaco Consumo de alcohol Consumo de otras sustancias toxicas	Cualitativa	Si No
		Patológicos	Diabetes Mellitus	Cualitativa	Presenta No presenta
			Hipertensión arterial	Cualitativa	Presenta No presenta
			Accidente Cerebrovascular	Cualitativa	Presenta No presenta
Deterioro cognitivo	Comprende el puntaje medio obtenido al evaluar el rendimiento en diferentes áreas cognitivas implicadas en el diagnóstico de las demencias.	Normal Deterioro cognitivo leve Deterioro cognitivo moderado Deterioro cognitivo severo	Cuestionario de PFEIFFER	Cualitativa	0-2 errores: Normal 3-4 errores: Deterioro cognitivo leve 5-7 errores: deterioro cognitivo moderado, patológico 8-10 errores: deterioro cognitivo severo

CAPÍTULO III

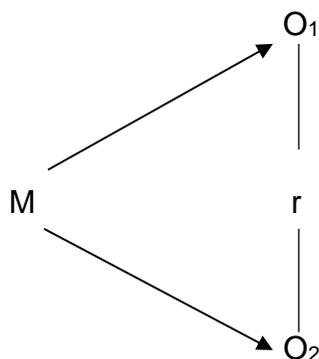
METODOLOGÍA

3.1. Método de la investigación

Para desarrollar el trabajo de investigación se utilizó un diseño no experimental, porque las variables se estudiaron en su contexto natural sin ninguna manipulación por parte del investigador; de nivel descriptivo correlacional, ya que primero se observó las variables de manera individual luego se estableció la relación estadística que existe entre las variables (59).

Transversal porque la recolección de datos se realizó en un solo momento y prospectivo, porque los datos se generaron luego de iniciado el estudio (59).

Esquema:



Donde:

M: Muestra (Adultos mayores).

O₁: Variable 1 (Factores de riesgo).

O₂: Variable 2 (Deterioro cognitivo).

3.2. Población y muestra

3.2.1. Población

La población estuvo conformada por 56 adultos mayores que asistieron al Centro de Salud 9 de Octubre, durante el mes de mayo del 2021.

3.2.2. Muestra

El universo muestral estuvo representado por el 100% de la población, se empleó el muestreo no probabilístico por conveniencia.

Criterio de inclusión:

- ✓ Todas las personas que pertenecen al círculo de adulto mayor
- ✓ Adultos mayores de ambos sexos.
- ✓ Adultos mayores que acepten ser encuestados, firmando el consentimiento libre y esclarecido.
- ✓ Se trabajó con aquellos adultos mayores que hayan sido diagnosticados con las enfermedades consideradas como factores de riesgo en la investigación.

Criterio de exclusión:

- ✓ Adultos mayores que sufren alguna enfermedad crónica discapacitante.
- ✓ Adulto mayor que tiene otras patologías orgánicas que afectan el componente cognitivo, es decir, que tengan otro problema al momento de la evaluación como traumatismos, infecciones, alteraciones hidroelectrolíticas, etc.
- ✓ Adulto mayor que tuvo un diagnóstico psiquiátrico que podría alterar la evaluación cognitiva.
- ✓ Adulto mayor con historia clínica incompleta o esté fuera del rango de estudio

3.3. Técnicas e instrumentos para la recolección de datos**3.3.1. Técnica**

La técnica que se usó en el estudio de investigación para la recolección de datos fue la encuesta, aquello permitió obtener datos de manera eficaz (59).

3.3.2. Instrumento

El instrumento que se utilizó fue un cuestionario, que constó de dos partes y sirvió para medir los factores de riesgo relacionados al deterioro cognitivo en adultos mayores (ver anexo 2). En la primera parte consideró los factores de riesgo, donde se detalló de la

siguiente manera: El factor de riesgo sociodemográfico con 4 enunciados, el factor de riesgo conductuales con 3 enunciados y el factor de riesgo patológicos con 3 enunciados. En la segunda parte del instrumento se consideró al cuestionario de Pfeiffer, permitió evaluar la presencia de deterioro cognitivo con una especificidad y sensibilidad de 96% y 68% respectivamente, y que dentro de la evaluación geriátrica integral es útil (60).

Constó de 11 preguntas a cada adulto mayor el cual se calificó de la siguiente manera: 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo.

Puntuación máxima 10 errores

- ✓ Normal: presenta de 0-2 errores.
- ✓ Deterioro cognitivo leve: presenta de 3-4 errores.
- ✓ Deterioro cognitivo moderado: presenta de 5-7 errores.
- ✓ Deterioro cognitivo severo: presenta de 8 a 10 errores.

Así mismo el instrumento se sometió a la validez a través del juicio de expertos, para ello se solicitó profesionales con experiencia en el tema que analicen y formulen sus observaciones. Este tipo de validez sirvió para medir si el instrumento tiene la capacidad de recolectar los datos que deseamos obtener en la presente investigación (59).

Por consiguiente, se procedió a realizar la prueba piloto en el centro de salud Micaela Bastidas, por lo que se estableció la confiabilidad

del instrumento, y para ello se utilizó el estadístico Alfa de Cronbach por tratarse de un cuestionario con respuestas politómicas (59); de ello se obtuvo 0.860 el cual dicho instrumento fue confiable (ver anexo 4)

3.4. Procedimiento de recolección de datos

Se realizó los siguientes procedimientos:

- ✓ Se solicitó la autorización correspondiente del jefe del Centro de Salud 9 de Octubre para la aplicación definitiva del instrumento.
- ✓ Se coordinó con la responsable del programa adulto mayor, para identificar a los adultos mayores, a fin de obtener las direcciones y/o número de celular.
- ✓ Se localizó a los adultos mayores en su domicilio, previa llamada telefónica.
- ✓ Se visitó y se informó a los adultos mayores el propósito de la investigación y que la encuesta fue confidencial, por lo que se pidió su participación voluntaria en la investigación, mediante una firma en el consentimiento informado.
- ✓ La aplicación del instrumento se realizó en el mes de octubre del 2021 por las mañanas y tuvo una duración aproximada de 30 minutos por adulto mayor y se realizó hasta completar con la muestra.

3.5. Procesamiento y tratamiento de los datos

La información recolectada se incorporó a una base de datos con ayuda del software SPSS por Windows Versión 26, los resultados se presentaron en tablas expresados en cifras absolutas y relativas. Se analizaron los datos mediante la estadística descriptiva y la contrastación de hipótesis se hizo mediante de la estadística inferencial aplicando el coeficiente Chi cuadrado calculado con un alfa menor de 0.05 (ver anexo 5) (59)

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 01. Nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Deterioro cognitivo	N°	%
Normal	19	33.9
Deterioro cognitivo leve	20	35.7
Deterioro cognitivo moderado	11	19.6
Deterioro cognitivo severo	6	10.7
Total	56	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

La tabla 01 presenta el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud 9 de octubre 2021; de 56 adultos mayores encuestados, se aprecia que: El 35.7% tienen deterioro cognitivo leve, mientras que el 33.9% no tienen deterioro cognitivo, así mismo el 10.7% tienen deterioro cognitivo severo, por tanto se puede apreciar que existe un mayor porcentaje de adultos mayores que presentan éste deterioro.

Los resultados de Camargo K. y Laguado E. (18), mostraron que el deterioro cognitivo que predominó en la población de estudio 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.

Así mismo Rubin S.Y. (2). Indicó que el 70.4% de adultos mayores evidenciaron tener deterioro cognitivo leve, pero Eliseo L. y otros (20), hallaron que el 16.6 % de los adultos mayores tienen deterioro cognitivo leve, por lo que Abanto J. y Sánchez S. (27) indicaron que la frecuencia de deterioro cognitivo leve del Adulto Mayor fue de 18.1%.

Sim embargo Varela L., Chávez H., Gálvez M., y Méndez F (30) mostraron que la frecuencia de deterioro cognitivo del adulto mayor fue de moderado-severo en un 22.11%, llegando casi a la similitud de la presente investigación.

Tabla 02. Factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Factores sociodemográficos	Normal		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo severo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Edad										
60-65 años	3	5.4	3	5.4	0	0.0	0	0.0	6	10.7
66-70 años	5	8.9	2	3.6	0	0.0	0	0.0	7	12.5
71-75 años	6	10.7	4	7.1	3	5.4	1	1.8	14	25.0
76-80 años	1	1.8	4	7.1	2	3.6	2	3.6	9	16.1
81-más años	4	7.1	7	12.5	6	10.7	3	5.4	20	35.7
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0
Género										
Masculino	4	7.1	4	7.1	5	8.9	2	3.6	15	26.8
Femenino	15	26.8	16	28.6	6	10.7	4	7.1	41	73.2
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0
Convivencia										
Espos(a) e Hijos(as)	9	16.1	7	12.5	1	1.8	0	0	17	30.4
Espos(a)	1	1.8	2	3.6	2	3.6	3	5.4	8	14.3
Hijos(as)	8	14.3	8	14.3	8	14.3	2	3.6	26	46.4
Solo(a)	1	1.8	3	5.4	0	0.0	1	1.8	5	8.9
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0
Ocupación										
Independiente	3	5.4	1	1.8	2	3.6	3	5.4	9	16.1
Empleado(a)	5	8.9	2	3.6	0	0.0	0	0.0	7	12.5
No trabaja	11	19.6	17	30.4	9	16.1	3	5.4	40	71.4
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0
Grado de instrucción										
Primaria	16	28.6	11	19.6	7	12.5	6	10.7	40	71.4
Secundaria	2	3.6	5	8.9	1	1.8	0	0.0	8	14.3
Sin estudio	1	1.8	4	7.1	3	5.4	0	0.0	8	14.3
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

La tabla 02 presenta los factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021; de 56 adultos mayores encuestados, se observa que: El 35.7% de los

adultos mayores están en la edad de 81 a más años, de los cuales el 12.5% presentan deterioro cognitivo leve, el 10.7% con un moderado deterioro y el 5.4% tienen deterioro cognitivo severo, se observa también que el 25.0% de los adultos mayores están en las edades de entre 71 – 75 años, de los cuales el 10.7% no tienen deterioro cognitivo, el 7.1% tienen Deterioro cognitivo leve, el 5.4% tienen deterioro cognitivo moderado y el 1.8% están con deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.316$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada para el indicador edad; esto indica que no existe relación entre la edad y el deterioro cognitivo.

Referente al género, se aprecia que el 73.2% de los adultos mayores son femenino, de los cuales el 28.6% tienen Deterioro cognitivo leve, el 16.8% no tienen deterioro cognitivo, el 10.7% tienen deterioro cognitivo moderado y el 7.1% tienen deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis entre el género y el deterioro cognitivo, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.411$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada; esto indican que no existe relación entre el género y el deterioro cognitivo

En concerniente a la convivencia se observa que el 46.4% viven con sus hijos(as), de los cuales el 3.6% tienen deterioro cognitivo severo; así mismo, se aprecia que el 30.4% conviven con sus esposos(as) e hijos(as), de los cuales el 12.5% tienen deterioro cognitivo leve. Para contrastar la hipótesis entre la convivencia del adulto mayor y el deterioro cognitivo, se realizó la prueba no

paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.041$ por tanto se acepta la hipótesis planteada para el indicador convivencia; esto indican que existe relación entre las variables estudiadas.

En cuanto a la ocupación se observa que el 71.4% de los adultos mayores no trabaja, de los cuales el 30.4% tienen deterioro cognitivo leve, mientras que un 16.1% están con deterioro cognitivo moderado. Para contrastar la hipótesis entre la ocupación y el deterioro cognitivo, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.041$ por tanto se acepta la hipótesis planteada para el indicador ocupación; esto indican que existe relación entre las variables estudiadas.

Finalmente se aprecia en el grado de instrucción un 71.4% de los adultos mayores que están con estudios primarios de los cuales el 19.6% tienen un Deterioro cognitivo leve, el 12.5% con deterioro cognitivo moderado y un 10.7% están con deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis entre el grado de instrucción y el deterioro cognitivo, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.202$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada para el indicador grado de instrucción; esto indican que no existe relación entre las variables estudiadas.

Al revisar los estudios de otros investigadores como Abanto J. y Sánchez S. (27). Indicó que la frecuencia de deterioro cognitivo leve del adulto mayor fue de 18.1%, de ello los factores asociados a riesgo fueron la edad avanzada y un

menor nivel de instrucción, por lo que con la presente investigación la edad y el grado de instrucción no tienen relación.

Por su parte Camargo K. y Laguado E. (18), obtuvieron que la población adulta mayor se ubica entre las edades de 75 a 94 años, con mayor presencia del género masculino; teniendo una preponderancia en nivel básico primario, por lo que tuvieron un deterioro cognitivo leve.

Así mismo, Marines C., Daniani R., y Hildebrandt M (22), indicaron un predominio de mujeres (64.9%), de 60-70 años (43.8%), casados (46.5%), con algún grado de escolaridad (90.8%), por en este grupo se apreciaron deterioro cognitivo leve; a su vez Portillo P. (24), Observó la edad a partir de 75 años, el vivir solo, ser viudo y la no escolaridad son factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve.

Sin embargo Varela L., Chávez H., Gálvez M., y Méndez F. (30) indicaron una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11% de ello encontraron asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica y Gracia A.C., Santabárbara J., López R., Tomás C., y Marcos G. (21), evidenciaron que los adultos mayores mantenían ocupaciones manuales y tenían mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo con respecto a los que han tenido ocupaciones con predominio intelectual.

Pedraza O., Perilla H. y Cruz A. (23), indicaron que el promedio de edad fue de 68 años y de educación 8 años, 76% fueron mujeres, de ello el deterioro cognitivo leve se asoció con escolaridad de primaria incompleta, primaria completa y con

edad entre 70 y 79 años, comparando con la presente investigación, el grado de instrucción, y la edad no se relacionan con el deterioro cognitivo.

Tabla 03. Factores de riesgo conductuales que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Factores de riesgo conductuales	Normal		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo severo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Consumo de tabaco										
Si	3	5.4	4	7.1	3	5.4	0	0.0	10	17.9
No	16	28.6	16	28.6	8	14.3	6	10.7	46	82.1
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100
Consumo de alcohol										
Si	7	12.5	6	10.7	3	5.4	1	1.8	17	30.4
No	12	21.4	14	25	8	14.3	5	8.9	39	69.6
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100
Consumo de otras sustancias tóxicas										
Si	0	0.0	1	1.8	0	0.0	0	0.0	1	1.8
No	19	33.9	19	33.9	11	19.6	6	10.7	55	98.2
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

La tabla 03 presenta los factores de riesgo conductuales que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021; de 56 adultos mayores encuestados, se observa que: El 17.9% de los adultos mayores consumen tabaco, de los cuales el 7.1% tienen Deterioro cognitivo leve. También se aprecia que el 82.1% no consumen tabaco, de los cuales el 28.6% tienen Deterioro cognitivo leve, el 14.3% están con moderado deterioro y el 10.7% con deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.555$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada; esto indican que no existe relación entre el consumo de tabaco y el deterioro cognitivo.

En cuanto al consumo de alcohol se observa que el 30.4% de los adultos mayores consumen alcohol, de los cuales el 10.7% tienen Deterioro cognitivo leve, el 5.4% con deterioro cognitivo moderado y un 1.8% de los adultos mayores están con deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.811$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada; esto indican que no existe relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo.

Finalmente, en el consumo de otras sustancias tóxicas se observa que el 98.2% de los adultos mayores no lo consumen, de los cuales 33.9% de los adultos mayores tienen Deterioro cognitivo leve, el 19.6% están con deterioro cognitivo moderado y 10.7% con deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.608$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada; esto indican que no existe relación entre el consumo de otras sustancias tóxica y el deterioro cognitivo.

Comparando con Velasco R ., Benítez V., Reyes L.E., Frayre A.D. y Pérez M.G (17), quienes indicaron las proporciones por estado cognitivo: Estado normal, 61.3% consumen alcohol y 63.0% consumen tabaco; Deterioro leve, 26.9% consumen alcohol y 26.3% consumen tabaco; Deterioro moderado, 9.84% consumen alcohol y 9.02% consumen tabaco; Deterioro severo, 1.91% consumen alcohol y 1.7% consumen tabaco, estos resultados se acerca a los obtenidos en la presente investigación.

Por su parte Pedraza O., Perilla H. y Cruz A. (23), indicaron que el 37% fueron fumadores, 17% consumían alcohol, de ellos tuvieron un Deterioro cognitivo leve.

Tabla 04. Factores de riesgo patológicos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Factores de riesgo patológico	Normal		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo severo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Diabetes Mellitus										
Si	8	14.3	6	10.7	7	12.5	4	7.1	25	44.6
No	11	19.6	12	21.4	2	3.6	2	3.6	27	48.2
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0
Hipertensión arterial										
Si	12	21.4	15	26.8	9	16.1	5	8.9	41	73.2
No	6	10.7	2	3.6	0	0.0	1	1.8	9	16.1
No sabe	1	1.8	3	5.4	2	3.6	0	0.0	6	10.7
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0
Accidente cerebro vascular										
Si	1	1.8	1	1.8	1	1.8	3	5.4	6	10.7
No	18	32.1	18	32.1	7	12.5	2	3.6	45	80.4
No sabe	0	0.0	1	1.8	3	5.4	1	1.8	5	8.9
Total	19	33.9	20	35.7	11	19.6	6	10.7	56	100.0

Fuente: Cuestionario aplicado a los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

La tabla 04 se observa los factores de riesgo patológicos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021; de 56 adultos mayores encuestados, se observa que: El 44.6% de los adultos mayores tienen Diabetes Mellitus, de los cuales el 12.5% tienen deterioro cognitivo moderado, el 10.7% tienen leve deterioro y el 7.1% tienen un deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis entre la Diabetes Mellitus y el deterioro cognitivo, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.138$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada; esto indican que no existe relación entre las variables estudiadas.

Referente a la Hipertensión arterial se observa que el 73.2% tienen esta patología, de los cuales el 26.8% de los adultos mayores están con Deterioro cognitivo leve, el 16.1% con un deterioro cognitivo moderado y el 8.9% con un deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis entre la hipertensión arterial y el deterioro cognitivo, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.267$ por tanto se rechaza la hipótesis planteada; esto indican que no existe relación entre las variables estudiadas.

Finalmente, en la patología de accidente cerebro vascular, el 10.7% lo padece, de los cuales el 5.4% de los adultos mayores tienen un deterioro cognitivo severo. Para contrastar la hipótesis entre el accidente cerebro vascular y el deterioro cognitivo, se realizó la prueba no paramétrica del Chi-cuadrado con un nivel de significancia menor de 0.05, encontrando un valor de $p=0.004$ por tanto se acepta la hipótesis planteada; esto indican que existe relación entre las variables estudiadas.

Comparando con Pedraza O., Perilla H. y Cruz A (23), indicaron que el 56% de los adultos mayores presentaban hipertensión arterial y 16% eran diabéticos, el cual el tuvieron deterioro cognitivo leve, en la presente investigación se observó que el 10.7% de los adultos mayores padecen Diabetes mellitus teniendo Deterioro cognitivo leve y el 26.8% presentan HTA con Deterioro cognitivo leve. Por su parte Mercado W. (31), indicó que existe asociación de 25.2% entre la duración de la diabetes mellitus tipo 2 y el deterioro cognitivo en adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el Hospital ESSALUD de Pucallpa, 2018, comparando

con la presente investigación, la diabetes mellitus no se relaciona con el deterioro cognitivo.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Un considerable porcentaje de adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre tienen deterioro cognitivo leve, seguido de adultos mayores con evaluación cognitiva normal.
- Los factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores son: la convivencia y ocupación.
- Los factores de riesgo conductuales (consumo de tabaco, el consumo de alcohol y el consumo de otras sustancias tóxicas) no se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores.
- El factor de riesgo patológico que se relaciona con el deterioro cognitivo en adultos mayores es el accidente cerebro vascular, mientras que aquellos que no se relacionan son la diabetes mellitus y la hipertensión arterial.

5.2. Recomendaciones

- A los profesionales responsable de la atención al adulto mayor del Centro de Salud 9 de Octubre, realizar evaluaciones periódicas al adulto mayor priorizando la función cognitiva a fin de detectar oportunamente algún grado de deterioro e intervenir oportunamente.
- A los profesionales que laboran en la estrategia de adulto mayor fomentar acciones de promoción teniendo en cuenta los factores de riesgo sociodemográficos (la edad, el género, la convivencia y ocupación) relacionados al deterioro cognitivo en los adultos mayores, así mismo, complementar con talleres de estimulación y de recreación para mejorar su convivencia ya que es importante dar valor a esta etapa de la vida, puesto que ellos necesitan de más atenciones y cuidados.
- A los profesionales del Centro de Salud 9 de Octubre desarrollar programas de fortalecimiento educativo y de intervención para mejorar algunas conductas inapropiadas de los adultos mayores.
- A los enfermeros que laboran en el Centro de Salud 9 de Octubre sensibilizar a los adultos mayores y a sus familias en temas (de estilos de vida saludable y el rol que juegan las actividades físicas y cognitivas en todas las etapas de vida para prevenir las enfermedades no trasmisibles como HTA, DM, CV y ACV) enfermedades que influyen en el accidente cerebro vascular, siendo el

ACV un factor de riesgo que está altamente relacionado al deterioro cognitivo.

- A los profesionales de la salud realizar estudios con mayor tamaño de muestra en poblaciones consideradas con riesgo a desarrollar deterioro cognitivo, con el fin de apoyar la validez de los resultados, y utilizar dicha información a los fines de configurar grupos de estudio enfocados en el proceso de envejecimiento de la población, dada la tendencia mundial a la prolongación de vida.
- Al jefe de la Microred en implementar planes de identificación de diagnóstico precoz, promoción de la salud (habilidades para la vida), terapéuticas y rehabilitación.
- A la comunidad, acudir a los establecimientos de salud para realizar sus controles periódicos, al menos una vez al año, hacer ejercicio moderado diario, cuidar la alimentación (recomendable dieta rica en antioxidantes, frutas y verduras o suplementos vitamínicos), participar en actividades de estimulación cognitiva (lectura, talleres de memoria, juegos de mesa, ejercicios de cálculo), y actividades sociales.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Caldas SJ, Correa MY. Depresión y deterioro cognitivo en personas adultas mayores de una residencia geriátrica. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Ricardo Palma; 2019.<http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
2. Rubin SY. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares. Tesis de licenciatura. Huánuco: Universidad de Huánuco; 2017.<https://core.ac.uk/download/pdf/84496937.pdf>.
3. Guerra M. Enfermedad de Alzheimer. Principios de Geriatria y Gerontología. ; 2015.
4. Iraizoz I. Valoración geriátrica integral: valoración nutricional y mental en el anciano, servicio de geriatría. Hospital de Navarra. Pamplona. ; 1999.
5. Ashman T, Mohs R, Harvey P. Cognición y envejecimiento. Cuarta ed.: McGraw Hill; 2014.
6. Arango V, Ruiz I. Diagnóstico de los adultos mayores de Colombia. Bogotá:, Fundación Saldarriaga Concha; 2008.<http://www.sdp.gov.co/portal/page/portal/PortalSDP/SeguimientoPoliticcas/Politiccas%20Poblacionales/Envejecimiento%20y%20Vejez/Documentacion/A31ACF931BA329B4E040080A6C0A5D1C>.

7. Organización Mundial de la Salud. La salud mental y los adultos mayores. Ginebra;; 2016.<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>.
8. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. Ginebra;; 2015.http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf.
9. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población adulta mayor: Octubre-noviembre-diciembre 2017. Lima;; 2018.https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2017.pdf.
10. Organización Mundial de la Salud. Demencia. Ginebra;; 2017.<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>.
11. Revista de Neuro-Psiquiatria. Vivir con demencia en Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando la sobrecarga? Lima;; 2016.<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v79n1/a01v79n1.pdf>.
12. Cornejo G. Nociones del desplazamiento cognitivo leve. 2012; 23(2).
13. Instituto Nacional de Salud Mental. Estudio epidemiológico de salud mental en Lima Metropolitana y Callao. Lima;; 2013.<http://www.insm.gob.pe/investigacion/archivos/estudios/2012%20ASM%20-EESM%20-LM.pdf>.
14. Silvia M, Arango P, Alejandro M, Jaimes M, Antonio M, Liliana R, et al. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en Mexico.

- México: Instituto Nacional de Ciencias Médicas y Nutrición Salvador Zubirán; 2015.
15. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Revista de enfermería*. 2015; 16(95).
 16. Analisis Situacional de Salud. Prevalencia de enfermedades en el adulto mayor. Huánuco; 2013.
 17. Velasco R, Benítez V, Reyes LE, Frayre AD, Pérez MG. Estado cognitivo del adulto mayor y su asociación con el consumo de alcohol y tabaco, Mexico-2019. ; 2019.<http://dx.doi.org/10.22201/fesi.23958979e.2019.8.15.69154>.
 18. Camargo K, Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga-Santander. Colombia; 2017.19(2).<http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>.
 19. Barrera JC. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. Ambato-Ecuador; 2017.
 20. Eliseo L, Casamayor Z, Castañer J, Rodríguez N, Moret Y, Peña R. Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Cuba; 2016.45(3):353-364.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572016000300010.

21. García AC, Santabárbara J, López R, Tomás C, Marcos G. Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: Una revisión sistemática. España: Revista Española de Salud Pública; 2016.http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1135-57272016000100501&s-crypt=sci_abstract&tlng=en.
22. Marines C, Daniani R, Hildebrandt M. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Brasil; 2015.
23. Pedraza O, Perilla H, Cruz A. Deterioro cognitivo y factores de riesgo cardiovascular y metabólico en una muestra de adultos de Bogotá-2016. Bogotá; 2016.59(1):49-60.<http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n2/v32n2a02.pdf>.
24. Portillo P. Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo. Maracaibo-Venezuela; 2015.https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/670960/portillo_barra_patricia.pdf?sequence=1.
25. Martínez C. Deterioro cognitivo asociado a sobrepeso y obesidad en pacientes geriátricos hospitalizados del Hospital Regional Delgado Espinoza 2018. Arequipa: Universidad Nacional de San Martín de Arequipa; 2018.<http://bibliotecas.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/5640/MDmasece.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.

26. Valdéz 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: Universidad Nacional Del Altiplano; 2018.
27. Abanto J, Sánchez S. Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico y Exploración de factores asociados en cuatro centros integrales del adulto mayor. Lima;; 2017.
28. Velazco L, Carrera T. Deterioro cognitivo leve en adultos mayores de la casa hogar "misioneros de amor". Chaclacayo: Universidad Peruana La Unión; 2016.<https://repositorio.upeu.edu.pe/handle/UPEU/415>.
29. Güevara N. Estado nutricional y su relación con el estado cognitivo del adulto mayor en el Club Municipal de Marian Melgar, Arequipa 2016. Arequipa;; 2016.<http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4350>.
30. Valera L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del detrioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Lima;; 2015.http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_17_2_2004/a02.pdf.
31. Mercado W. Impacto del control glucémico en el deterioro cognitivo de adultos con diabetes mellitus tipo 2 en el hospital Essalud-Pucallpa-2018. Tesis para medico cirujano. Pucallpa: Universidad Nacional de Ucayali; 2019.<http://repositorio.unu.edu.pe/bitstream/handle/UNU/4121/000004047-T-MEDICINA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>.
32. Adulto mayor. Etiología del adulto mayor. ; 2015.Disponible en: <http://conceptodefinicion.de/adulto-mayor/>.

33. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. Ginebra;; 2018.<http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
34. García M, Martínez R. Proceso de envejecer. España:Masson;; 2012.
35. Buri AL. Trastornos emocionales en el adulto mayor en los ancianos del cantón de Loja. Ecuador;; 2011.<http://dspace.unl.edu.ec/jspui/handle/123456789/7356>.
36. Díaz R, Marulanda F, Martínez MH. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. Colombia;; 2013;29(3):141-51.
37. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento Saludable. EE.UU;; 2018.https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=13634:healthyaging&catid=9425:healthyaging&Itemid=42449&lang=es.
38. Hernández J, Malagón AC, Rodríguez LJ. Demencia tipo Alzheimer y lenguaje. Bogotá: Universidad del Rosario; 2006.
39. Benavides C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev. Mexicana de Anestesiología. 2017.<http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>.
40. Ashman T, Mohs R, Harvey P. Cognición y envejecimiento. Principios de geriatría Estados Unidos: McGraw-Hill; 1999.

41. Harada N, Natelson MC, Tribel K. Envejecimiento cognitivo normal. *Clinical Geriatrics Medicine*. 2013; 29(4).
42. Fustinoni O. Deterioro Cognitivo y Demencia. Cuadernos de Medicina Forense. Argentina;; 2002.
43. Unobrain. Argentina;; 2016.<http://regenera.com.ar/unobrain/>.
44. Samper J, Rodríguez J, Sánchez C, Sosa S. El deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad de Alzheimer. *Rev haban cienc méd*. Habana;; 2011.http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100006.
45. Velazco K, Carrera LG. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”. Tesis de licenciatura. Lima: Universidad Peruana Unión; 2017.
46. Centromente. Familiar que padece deterioro cognitivo severo. España;; 2017.<http://www.centromente.com/novedades/category/deterioro-cognitivo-severo/>.
47. Sied S, Mahmood DL, Ramachandran SV, Thomas JW. El estudio del corazón de Framingham y la epidemiología de la enfermedad cardiovascular: una perspectiva histórica. ; 2014.
48. Otero J, Scheitler LF. Las fronteras entre el envejecimiento cognitivo normal y la enfermedad de Alzheimer. El concepto de deterioro cognitivo leve. *Rev Med*. Uruguay;; 2003.19:4-13.

49. Ritchie K, Kildea D. ¿Está la demencia senil relacionada con la edad o con la edad? Evidencia del metanálisis de la prevalencia de la demencia en los ancianos más viejos. *Lancet*; 1995.
50. Glymour MM, Manly JJ. Condiciones sociales del ciclo vital y patrones raciales y étnicos del envejecimiento cognitivo. *Revisión de neuropsicología*. ; 2008.
51. Zhang Z, Dana G, Mark D. Influencias de la vida temprana en el deterioro cognitivo entre los antiguos chinos más antiguos. *China*; 2008.
52. Brewster PW, Melrose RJ, Manrique MJ, Johnson JK, Napoles A, Mackay A, et al. Experiencia de vida e influencias demográficas en la función cognitiva en adultos mayores. , *Neuropsicología*; 2014.
53. Baumgart M, Snyder H, Carrillo M. Alzheimer y Demencia: Evidencia sobre factores de riesgo modificables para el deterioro cognitivo y la demencia: una perspectiva basada en la población. ; 2015.
54. Tyas SL, White LR, Petrovitch H, Webster RG, Foley DJ, Heimovitz HK, et al. Tabaquismo en la mitad de la vida y demencia en la vejez: El estudio del envejecimiento. *Asia*; 2003;24(4):589-96.
55. Stott DJ, Falconer A, Kerr GD, Murray HM, Trompet S, Westendorp R, et al. ¿La ingesta de alcohol de baja a moderada protege contra el deterioro cognitivo en las personas mayores? ; 2008;56(12):2217-24.
56. Mejía S, Gutiérrez LM. Tasas de prevalencia e incidencia de demencia y deterioro cognitivo sin demencia en la población mexicana: Datos del Estudio mexicano de Salud y Envejecimiento. *EEUU*; 2011.

57. Melzer D, Ely M, Brayne C. Deterioro cognitivo en personas mayores: estimación poblacional del futuro en Inglaterra, Escocia y Gales. *Inglaterra*; 1997;315:462.
58. Stephan BC, Matthews FE, Khaw K. Más allá del deterioro cognitivo leve: Deterioro cognitivo vascular, sin demencia. ; 2009.<https://doi.org/10.1186/alzrt4>.
59. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. Sexta ed. Interamericana , editor. México: McGraw-Hill; 2014.
60. Cibersam. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. Barcelona;; 2015.<https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?Id=67>.

ANEXOS

Anexo 1

MATRIZ DE CONSISTENCIA:

FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE DEL AÑO 2021

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPOTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	MARCO TEORICO	METODOLOGIA	POBLACION Y MUESTRA
<p>General:</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?.</p> <p>Específicos:</p> <p>¿Qué nivel de deterioro cognitivo presentan los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?.</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?.</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo conductuales que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?.</p> <p>¿Cuáles son los factores de riesgo patológicos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021?.</p>	<p>General:</p> <p>Determinar la relación de los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p> <p>Específicos:</p> <p>Identificar el nivel de deterioro cognitivo presentan los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p> <p>Identificar los factores de riesgo sociodemográficos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p> <p>Identificar los factores de riesgo conductuales que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p> <p>Identificar los factores de riesgo patológicos que se relacionan con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p>	<p>General:</p> <p>Existe relación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p> <p>Específicos:</p> <p>El nivel de deterioro que presentan los adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021, es moderado.</p> <p>Existe relación entre la edad, el genero, la convivencia, la ocupación, el grado de instrucción y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p> <p>Existe relación entre el tabaco, el alcohol y otras sustancias toxicas y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p> <p>Existe relación entre la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, el accidente cerebrovascular y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.</p>	<p>Factores de riesgo</p> <p>Deterioro cognitivo</p>	<p>Sociodemográficos</p> <p>Conductuales</p> <p>Patológicos</p> <p>Normal</p> <p>Deterioro cognitivo leve</p> <p>Deterioro cognitivo moderado</p> <p>Deterioro cognitivo severo</p>	<p>Edad</p> <p>Género</p> <p>Convivencia</p> <p>Ocupación</p> <p>Grado de instrucción</p> <p>Consumo de Tabaco</p> <p>Consumo de alcohol</p> <p>Consumo de otras sustancias toxicas</p> <p>Diabetes Mellitus</p> <p>Hipertensión arterial</p> <p>Accidente cerebrovascular</p> <p>Cuestionario de PFEIFFER</p>	<p>Antecedentes del problema:</p> <p>Nivel internacional</p> <p>Nivel nacional</p> <p>Nivel local</p> <p>Planteamiento teórico del problema:</p> <p>Adulto mayor:</p> <p>Envejecimiento.</p> <p>Envejecimiento saludable.</p> <p>Deterioro cognitivo:</p> <p>Definición.</p> <p>Clasificación del deterioro cognitivo.</p> <p>Factores de riesgo en el deterioro cognitivo:</p> <p>Factor sociodemográfico</p> <p>Factor conductual</p> <p>Factor patológico</p> <p>Definición de términos básicos</p>	<p>Diseño:</p> <p>No experimental.</p> <p>Nivel:</p> <p>Descriptivo correlacional</p> <p>Tipo:</p> <p>Transversal - prospectivo</p> <p>Esquema:</p> <pre> graph TD M --> O1 M --> O2 O1 --- r --- O2 </pre>	<p>Población:</p> <p>Conformada por 56 adultos mayores</p> <p>Muestra:</p> <p>Conformada por el 100% de la población.</p> <p>Muestreo:</p> <p>Por conveniencia</p>



Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



CUESTIONARIO

“FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE DEL AÑO
2021”

I. PRESENTACION:

Estimado(a) señor(a):

Buen día somos la Bach. Enf. Vela Ríos, Karla Rosario y Bach. Enf. Suarez Vásquez, Jossely Bersabe egresadas de la Universidad Nacional de Ucayali, Facultad Ciencias de la salud - Escuela Profesional de Enfermería.

II. INSTRUCCIONES:

A continuación se presentará unos enunciados, la cual deberá marcar con una X la respuesta que usted considere adecuada. La información que usted brinde es de importancia para la investigación por favor se sugiere la verdad posible.

III. FACTORES DE RIESGO

A. SOCIODEMOGRAFICOS

1. Edad: _____ años

a. 60-65 años ()

b. 66-70 años ()

c. 71-75 años ()

d. 76-80 años ()

e. 81-más años ()

2. Género:

a. Masculino () b) Femenino ()

3. ¿Con quien vive?

a. Esposo(a) e Hijos(as) ()

b. Esposo(a) ()

c. Hijos(as) ()

d. Solo(a) ()

4. Ocupación:

a. Independiente ()

b. Empleado(a) ()

c. No trabaja ()

5. Grado de instrucción:

a. Primaria ()

b. Secundaria ()

c. Superior ()

B. CONDUCTUALES

1. Consumo de tabaco:

a. Si ()

b. No ()

2. Consumo de alcohol:

a. Si ()

b. No ()

3. Consumo de otras sustancias tóxicas:

a. Si ()

b. No ()

C. PATOLÓGICOS

1. ¿Tiene la enfermedad de Diabetes Mellitus?

a. Si ()

b. No ()

c. No sabe ()

2. ¿Tiene la presión elevada?

a. Si ()

b. No ()

c. No sabe ()

3. ¿Ha tenido alguna vez accidente cerebro vascular?

a. Si ()

b. No ()

c. No sabe ()



Anexo 2

UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD



CUESTIONARIO

CUESTIONARIO DE PFEIFFER

N°	Items	Respuesta
1	¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿En que lugar estamos (vale cualquier descripción correcta del lugar?)	
4	¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene ¿Cuál es su dirección completa?	
5	¿Cuántos años tiene usted?	
6	¿Cuándo nació usted?	
7	¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	
8	¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
9	Dígame el primer apellido de su madre	
10	Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	
TOTAL DE ERRORES		

Puntaje los errores, 1 punto por error. Una puntuación igual o superior a tres indica deterioro cognitivo. En caso, deben valorarse criterios de demencia.

Puntuación máxima 10 errores.

- ✓ 0-2 errores: Normal
- ✓ 3-4 errores: Deterioro cognitivo leve
- ✓ 5-7 errores: deterioro cognitivo moderado, patológico
- ✓ 8-10 errores: deterioro cognitivo severo

Si el nivel educativo es bajo (estudios elementales) se admite un error más para cada categoría.

Si el nivel educativo es alto (universitario), se admite un nivel menos.



Anexo 3



UNIVERSIDAD NACIONAL DE UCAYALI

FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____ identificado con DNI N° _____

Acepto en participar en el trabajo de Investigación titulado “FACTORES DE RIESGO RELACIONADOS AL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 9 DE OCTUBRE DEL AÑO 2021”, realizado por las bachilleres de enfermería Vela Ríos, Karla Rosario y Suarez Vásquez, Jossely Bersabe.

El objetivo de este trabajo de investigación consiste en determinar la relación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre.

Las actividades que se realizara son las siguientes:

Un cuestionario sobre los factores de riesgo y un cuestionario de Pfeirffer con un formato sencillo donde se evaluará el deterioro cognitivo del adulto mayor.

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

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

Fecha: _____

Huella digital

Firma del participante

Anexo 4

Confiabilidad del instrumento

Factores de riesgo

Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,860	11

Anexo 5

Prueba de hipótesis mediante el Chi cuadrado

Factores de riesgo sociodemográficos

Relación entre la edad y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,763 ^a	12	,316
Razón de verosimilitud	17,145	12	,144
Asociación lineal por lineal	8,783	1	,003
N de casos válidos	56		

a. 17 casillas (85.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .64.

Relación entre el género y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,874 ^a	3	,411
Razón de verosimilitud	2,716	3	,438
Asociación lineal por lineal	1,439	1	,230
N de casos válidos	56		

a. 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.61.

Relación entre la convivencia y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	16,838 ^a	9	,041
Razón de verosimilitud	17,858	9	,037
Asociación lineal por lineal	2,894	1	,089
N de casos válidos	56		

a. 11 casillas (68.8%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .54.

Relación entre la ocupación y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,536 ^a	6	,041
Razón de verosimilitud	13,011	6	,043
Asociación lineal por lineal	,332	1	,564
N de casos válidos	56		

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .75.

Relación entre el grado de instrucción y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,525 ^a	6	,202
Razón de verosimilitud	9,984	6	,125
Asociación lineal por lineal	,122	1	,727
N de casos válidos	56		

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .86.

Factores de riesgo conductuales

Relación entre el consumo de tabaco y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,087 ^a	3	,555
Razón de verosimilitud	3,071	3	,381
Asociación lineal por lineal	,064	1	,801
N de casos válidos	56		

a. 5 casillas (62.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.07.

Relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,961 ^a	3	,811
Razón de verosimilitud	1,012	3	,798
Asociación lineal por lineal	,894	1	,345
N de casos válidos	56		

a. 3 casillas (37.5%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 1.82.

Relación entre el consumo de otras sustancias tóxicas y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,833 ^a	3	,608
Razón de verosimilitud	2,092	3	,554
Asociación lineal por lineal	,005	1	,942
N de casos válidos	56		

a. 4 casillas (50.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .11.

Factores de riesgo patológicos

Relación entre la diabetes mellitus y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,699 ^a	6	,138
Razón de verosimilitud	11,444	6	,076
Asociación lineal por lineal	,594	1	,441
N de casos válidos	56		

a. 7 casillas (58.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .43.

Relación entre la hipertensión arterial y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,622 ^a	6	,267
Razón de verosimilitud	9,464	6	,149
Asociación lineal por lineal	,499	1	,480
N de casos válidos	56		

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .64.

Relación entre el accidente cerebro vascular y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud 9 de Octubre 2021.

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,151 ^a	6	,004
Razón de verosimilitud	15,977	6	,014
Asociación lineal por lineal	,080	1	,777
N de casos válidos	56		

a. 9 casillas (75.0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .54.