

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN CRISTÓBAL
DE HUAMANGA**

FACULTAD DE ENFERMERÍA

**ESCUELA DE FORMACIÓN PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**FACTORES RELACIONADOS CON EL DETERIORO
COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE
HUAMANGA. AYACUCHO, 2010.**

Tesis para optar el Título Profesional de:

LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Presentado por los Bachilleres:

OBREGÓN MEDINA, Víctor Saúl.

YUPANQUI QUISPE, Julio César.

AYACUCHO - PERÚ

2011

FACTORES RELACIONADOS CON EL DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN LA CENTRO INTEGRAL DE ATENCION AL ADULTO MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.

YUPANQUI, J. y OBREGÓN, V.

RESUMEN

Objetivo: Determinar los factores relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor de Huamanga- Ayacucho, 2010. **Material y Método:** Enfoque de investigación cuantitativo de nivel descriptivo – relacional y con diseño no experimental transversal. El tipo de investigación fue aplicado. La población estuvo constituida por 1000 (100%) adultos mayores registrados en el CIAM. La muestra, probabilística aleatoria simple, estuvo constituida por 184 (18.4%) adultos mayores registrados en el CIAM. Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista estructurada y psicometría; mientras que, los instrumentos: la guía de entrevista estructurada, escala de Pfeiffer, escala abreviada de Yesavage y la escala de valoración de la situación socio familiar. **Resultados:** El 63.6% de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor presentó deterioro cognitivo; de los cuales, 50% en nivel leve y 13.6% moderado. **Conclusión.** La edad, ocupación, nivel de instrucción, situación socio familiar y estado depresivo están relacionados significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($p < 0.001$).

PALABRAS CLAVES: Adulto mayor, factores relacionados, deterioro cognitivo.

FACTORS RELATED TO COGNITIVE IMPAIRMENT IN THE ELDERLY ATTENDING THE COMPREHENSIVE CARE CENTER SENIORS HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.

YUPANQUI, J. y OBREGÓN, V.

ABSTRACT

Objective: To determine factors related to cognitive impairment in older adults who come to the comprehensive care center for the elderly in Huamanga, Ayacucho, 2010. **Material and Methods:** A quantitative research approach descriptive level - relational and non-experimental design section. The type of investigation was applied. The population consisted of 1000 (100%) older adults registered in the CIAM. The sample, simple random probability, consisted of 184 (18.4%) older adults registered in the CIAM. The techniques of data collection were a structured interview and psychometrics, while the instruments: a structured interview guide, scale Pfeiffer, Yesavage abbreviated scale and the scale of assessment of the situation socio family. **Results:** 63.6% of older adults who visit the Center for Integrated Care for the Elderly presented cognitive deterioration; of which 50% mild and 13.6% at moderate. **Conclusion.** Age, occupation, education level, social and family situation and emotional state are significantly related to cognitive impairment in older adults who visit the Center for Integrated Care for the Elderly of Huamanga ($\rho < 0.001$).

KEY WORDS: Elderly, factors relationship, cognitive impairment.

Con inmenso amor y eterna gratitud a Dios, quien representa el centro de mi vida y a mis padres, por su apoyo incondicional, por ser ejemplo de superación y por su fortaleza que me impulsa a salir adelante.

Julio César

Quiero dedicar éste trabajo a mi madre, Catalina, la persona más importante en mi vida, cuyo esfuerzo ha hecho posible éste logro, por el apoyo que me brindó durante tantos años de estudio, por su cariño, su comprensión y ayudarme a ser mejor persona.

Víctor Saúl

AGRADECIMIENTO

A nuestra Alma Máter, Universidad Nacional de San Cristóbal de Huamanga, por habernos permitido ocupar sus aulas y lograr la cristalización de nuestra profesión, haciendo realidad nuestros objetivos.

A la Facultad de Enfermería, forjadora de profesionales competentes y a su plana docente, por sus enseñanzas durante nuestra formación profesional.

A la asesora: Mg Isabel Hilda Hernández Mayhua, por brindarnos su apoyo y colaboración desinteresada durante el desarrollo de la presente investigación.

A los adultos mayores del CIAM de Huamanga Ayacucho, por su disposición para participar en la presente investigación.

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUCCIÓN	I-V
CAPÍTULO I	
REVISIÓN DE LITERATURA	01-16
CAPÍTULO II	
MATERIALES Y MÉTODOS	17-20
CAPÍTULO III	
RESULTADOS	21-30
CAPÍTULO IV	
DISCUSIÓN	31-41
CONCLUSIONES	42
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44-48
ANEXOS	

INTRODUCCIÓN

El proceso de envejecimiento forma parte del desarrollo normal y natural de cada especie, siendo parte del plan genético. A medida que una persona envejece, experimenta muchos cambios que van desde los más superficiales, como la alteración de la estatura, la silueta y el peso corporal, hasta los más complejos, como la disminución en el contacto y desarrollo social, así como la pérdida de destrezas y capacidades que hasta cierto momento se sentían como propias.⁽³⁴⁾

En la primera asamblea mundial sobre envejecimiento realizada en Viena en el año 1982 se tomó como la edad umbral los 60 años; en el año 1984, la Organización Mundial de la Salud (OMS), establece el uso del término “Adulto Mayor” para referirse a las personas de 60 años y más; en el Perú se publica el 21 de julio del 2006 la Ley 28803 donde reafirma el concepto que son personas adultas mayores aquellas que cuentan con 60 años de edad en adelante.⁽²²⁾

A nivel mundial la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años, es así que de 204 millones de personas adultas mayores que habían en 1950 se han incrementado a 577 millones en 1988, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional puede llegar a 1900 millones. En América Latina el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados debido principalmente a la transición de población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento en un contexto de pobreza y de inequidades socioeconómicas que en algunos países de la región se acentúan más que en otros. Asimismo, el Perú en el año 2007 tenía una población de 27'419,924 habitantes de

las cuales 2`495,866 eran personas adultas mayores de 60 años y que constituían al 9.1% del total de la población de nuestro país y se estima que para el año 2025 aumente hasta un 12%. A nivel regional la población es de 612,489 habitantes de los cuales 59,740 son personas adultas mayores de 60 años.⁽²²⁾⁽¹⁵⁾

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 iguales que en su juventud; la mayoría sufre disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo. Todas estas condiciones dan lugar a diferentes síndromes que se engloban bajo el término “deterioro cognitivo”; que se trata de un término que no especifica la función o funciones intelectuales afectadas.

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el adulto mayor y condiciona situaciones de grave incapacidad lo cual ocasiona una serie de problemática social- asistencial. Proyecciones mundiales estiman que los casos de demencia aumentaran en países desarrollados de 13.5 millones en el año 2000 a 21,2 millones para el año 2025. En los países subdesarrollados varía según la fuente de información. Sin embargo, en general para este grupo se calcula que en el año 2000 había 18 millones de personas con demencia y se proyecta que para el año 2025 esta cifra aumente a 34 millones. Los estudios en Perú, acerca del deterioro cognitivo en el adulto mayor reportan frecuencias del 48%, correspondiendo 20% al nivel moderado y 28% al severo.⁽³⁶⁾

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento, son procesos individuales, con 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 por múltiples factores como: biológicos, afectivos y socioeconómicos. ⁽²⁾

Al respecto Moragas, afirma que existen muchos factores que intervienen y modifican el estado cognitivo del adulto mayor, entre ellos las enfermedades que padecen y los medicamentos que requieren, la asociación entre diversas enfermedades crónicas degenerativas (Diabetes mellitus, hipertensión, enfermedades cerebro vasculares cardiopatías osteoporosis, hepatopatías, neoplasias y neurológicas) y la declinación cognitiva. La situación económica del adulto mayor es por lo general irregular, varía de acuerdo con diversas circunstancias y la principal fuente de ayuda económica lo constituye la familia, específicamente los hijos. Cabe mencionar que esta interacción está rodeada por ciertas eventualidades, como hijos que sufren desempleo, crisis matrimoniales, relación familiar, pensiones con bajo poder adquisitivo, inflación económica también hay factores sociales como: disminución de sus funciones en la sociedad, la exclusión social, necesidad de atención médica e ingesta de medicamentos con mayor frecuencia. Así como factores biológicos: sexo, edad, condición del estado de salud. ⁽²⁴⁾

Este panorama hace reflexionar acerca de la necesidad de contar con datos e información fidedignos sobre los factores que intervienen en el estado cognitivo del adulto mayor.

Durante las experiencias preprofesionales se constató el incremento de adultos mayores con capacidades intelectuales disminuidas, las referencias señaladas indican que el deterioro cognitivo es un factor significativo de riesgo para el adulto mayor, la presencia de un déficit cognitivo por sí mismo, puede ser un condicionante para la aparición de demencia y fragilidad en el adulto mayor, originándose de este modo el interés de investigar los “Factores relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga. Ayacucho, 2010”

El problema de investigación propuesto fue: ¿Cuáles son los factores relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor de Huamanga, Ayacucho, 2010?

El objetivo general fue determinar los factores relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al centro integral de atención al adulto mayor de Huamanga- Ayacucho, 2010.

Los objetivos específicos son:

- a) Estimar la frecuencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga – Ayacucho, 2010.
- b) Identificar los factores biológicos (edad, sexo e índice de masa corporal) relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga - Ayacucho, 2010.
- c) Identificar los factores socio-económicos (ocupación, nivel de instrucción, estado civil y situación socio familiar) relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga - Ayacucho, 2010.
- d) Identificar los factores de estado depresivo relacionados con el deterioro cognitivo en los Adultos Mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga - Ayacucho, 2010.

La hipótesis planteada fue la edad, sexo, índice de masa corporal, ocupación, nivel de instrucción, estado civil, situación socio familiar y estado depresivo están relacionados significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga- Ayacucho, 2010.

Los resultados de la investigación determinaron que, el 63.6% de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor presentó deterioro cognitivo; de los cuales, 50% en nivel leve y 13.6% moderado. Contrastando la hipótesis se concluye que, la edad, ocupación, nivel de instrucción, situación socio familiar y estado depresivo están relacionados significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga.

La población adulta mayor ha sido relegada a un plano secundario, negándosele la debida atención, manteniéndola apartada y con el estigma de ser de poca utilidad dentro de la sociedad, por ello los resultados de esta investigación contribuirá para la formulación e implementación de propuestas de solución a los problemas del adulto mayor.

Las limitaciones que se tuvieron durante el desarrollo de esta investigación, estuvieron referidas a la negativa de algunos familiares o apoderados para entrevistar a los adultos mayores. En algunos casos, los familiares negaban la presencia del adulto mayor, por lo que fueron reemplazados por otras unidades de análisis que reunían los criterios de inclusión.

El informe de investigación se estructuró en cuatro capítulos; revisión de literatura, materiales y métodos, resultados y discusión. Finalmente, se consignan las conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

CAPÍTULO I

REVISIÓN DE LITERATURA

1.1. ANTECEDENTES REFERENCIALES

Hecha la revisión bibliográfica se encontraron algunos estudios relacionados con el problema y merece señalar los siguientes:

GONZALES Y GOMEZ (2003), en la investigación titulada “Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de los consultorios del Policlínico la Rampa. Cuba”⁽⁷⁾, con el objetivo de identificar a los pacientes con deterioro cognitivo y conocer algunas de sus características clínico epidemiológicas, mediante un abordaje descriptivo - prospectivo, en 297 pacientes mayores de 65 años de los consultorios N° 19 y 21, pertenecientes al policlínico “La Rampa”, aplicando una encuesta con las variables de interés y el Minimental State de Folstein, reporta los siguientes hallazgos: Del 100% de la muestra el 13.8% presentaron deterioro cognitivo (41 pacientes), correspondiendo la mayoría de ellos (24,4%) al grupo de edad de 85-89 años, el sexo femenino fue el más afectado (68,3%) y el 56,1% de los pacientes mostraron un bajo nivel escolar, la hipertensión arterial (51,2%), la cardiopatía isquémica (34,1%) y el hábito de fumar (24,4%) fueron los factores de riesgo más frecuentes en los enfermos con déficit cognitivo, el deterioro cognitivo fue leve en 27 pacientes (65,8%), moderado en (19,6%). El 12,1% de los que presentaron deterioro cognitivo tuvieron incapacidad funcional severa, un 9,7% moderada y el 34,4% ligera, la función cognitiva más afectada fue la memoria mediata, seguida por la atención-cálculo y el lenguaje.

BONNIN Y YÁÑEZ (2003), en la investigación titulada “Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo en la Habana” ⁽³⁾, con el objetivo de determinar las características del deterioro cognitivo. Mediante una investigación descriptiva, prospectiva, en una muestra de 286 personas mayores de 65 años, aplicando el mini-mental state de Folstein, encontró entre otros, los siguientes resultados: Se halló una frecuencia de deterioro cognitivo de 9.4% y el mayor porcentaje de pacientes correspondió al grupo etáreo de 85 a 89 años (33.3%), la afectación fue más frecuente en el sexo femenino (70.3%) y predominó el nivel de escolaridad primaria (66.6%), el hábito de fumar (29.6%) y la hipertensión arterial (25.9%) fueron los factores de riesgo fundamentalmente detectados, la memoria fue la función cognitiva más afectada, el 63% de los enfermos tuvieron un grado leve de deterioro cognitivo y ligero de incapacidad funcional

ARCILLA DE LEÓN Y SUAZO (2009), en la investigación titulada “Factores relacionados para el deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor de Querétaro, México” ⁽²⁾, con el objetivo de determinar la asociación entre deterioro cognitivo y funcional con factores socio-demográficos, laborales, socioeconómicos, enfermedades crónicas y polifarmacia en el adulto mayor mediante una investigación de tipo transversal en 442 adultos mayores de 60 años a más. Se aplicó un cuestionario y el mini examen del estado mental de Folstein, los instrumentos de Katz y Lawton Bronfman. La asociación entre los factores y los eventos se determinó por razones de binomios ajustados con regresión logística. Los resultados fueron: de 442 individuos, 224 fueron mujeres, el promedio de edad fueron de 68 años. Los factores asociados al deterioro cognitivo fueron haber sufrido ataques de embolia, ser mujer y de nivel socioeconómico regular; de las actividades de la vida diaria fueron haber padecido diabetes mellitus tipo 2 y de las actividades instrumentales de la vida diaria, ser mujer, deterioro visual y polifarmacia, la conclusión fue: que varios factores de riesgo son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor.

MEJÍA Y RUÍZ (2007), en la investigación titulada “Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores de México” ⁽¹⁹⁾, con el objetivo de reportar la prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con factores socio-demográficos y de salud en la población mexicana, muestra los siguientes

resultados: Del total de la población analizada el 7% tuvo deterioro cognitivo y 3.3% deterioro cognitivo más dependencia funcional. La probabilidad de deterioro cognitivo, fue mayor en las mujeres, aumento con la edad, fue menor en sujetos casados y se asoció con la presencia de diabetes, enfermedad cerebral, enfermedad cardiaca y depresión; llega a la conclusión alta prevalencia del deterioro cognitivo en la población mexicana y su relación con enfermedades crónicas frecuentes en la vejez, señala la importancia que tiene la identificación temprana de ambas condiciones en la población adulta mayor.

VARELA Y CHÁVEZ (2004), en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel Nacional. Perú” ⁽³⁶⁾, con el propósito de determinar la frecuencia y el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado, así como la asociación con otros síndromes y problemas geriátricos, en una muestra de 312 pacientes de 60 años ó más, concluye que: A) Existe un 22.11% de frecuencia en deterioro cognitivo moderado-severo, b) se encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, soporte social, desnutrición y depresión.

LISIGURSKI Y VARELA(2002), en la investigación titulada “Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores en Lima” ⁽¹⁷⁾, con el objetivo de evaluar por medio de la valoración geriátrica integral las características de la población mayor de 60 años del distrito de Barranca e identificar los principales problemas que la aquejan, con un método de investigación transversal, descriptivo y comparativo, la muestra estuvo constituida por 90 adultos mayores que habitan el distrito de Barranca, a los que se les aplicó una encuesta de valoración geriátrica integral. Reporta los siguientes hallazgos: el 40% presentan dependencia funcional ,52.2% de deterioro cognitivo y 41.7% de depresión. El 95.65% de habitantes presenta por lo menos un síndrome o problema geriátrico, los más frecuentes fueron.: riesgo y problema social en 86.6%, deprivación visual 82.2% y malnutrición en 80%. Concluye que en los adultos mayores del distrito de Barranca se encontró una alta frecuencia de dependencia funcional, deterioro cognitivo, depresión y de riesgo o problema social.

GONZALES Y ABARCA(2008), en la investigación titulada” Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores

de Arequipa”⁽¹⁰⁾, con el objetivo de determinar la relación entre el nivel educativo y la presencia de deterioro cognitivo en poblaciones envejecidas, el diseño empleado fue el descriptivo, correlacional, la muestra estudiada fue de 280 adultos mayores distribuidos en tres distritos de la ciudad de Arequipa siendo seleccionados de manera intencional y aplicando el examen mental abreviado (mini mental) y un cuestionario de variables socio demográficas, reportando los siguientes resultados: 1.-La media del puntaje en el Examen Mental Abreviado (EMA) para toda la muestra fue de 24.06 (DE=5.6) , estos resultados muestran notoriamente una asociación entre mayor edad y menor puntaje obtenido en el Examen Mental Abreviado. El deterioro cognitivo de acuerdo al nivel de estudio fue: analfabeto 22.5%, primaria 33,9%, secundaria 23.6%, superior 20%.

LLALLAHUI Y MEDINA (2005), en la investigación titulada “Influencia del clima familiar en la calidad de vida del adulto mayor del distrito de Jesús Nazareno. Ayacucho”⁽¹⁸⁾, con el objetivo de determinar la influencia del clima familiar en la calidad de vida del adulto mayor del distrito de Jesús Nazareno, mediante un abordaje correlacional y analítico, en una muestra de 170 adultos mayores seleccionados sistemáticamente y aplicando la entrevista estructurada, el test de clima familiar de ORTEGA y el test de calidad de vida de INGA Y VARA, reporta los siguientes hallazgos. El 44,1% de adultos mayores percibe el clima familiar disfuncional que evidencia una situación de desplazamiento y falta de sensibilidad de la familia por esta etapa de la vida, el 38,2% de adultos mayores tiene calidad de vida mala y da cuenta del deterioro de su salud física, psicológica y social.

ACORI Y ASTO (2006), en la investigación titulada “Factores relacionados con la capacidad funcional en el adulto mayor en la comunidad de Santa Elena Distrito de Ayacucho”⁽¹⁾, con el propósito de determinar los factores relacionados con la capacidad funcional en el adulto mayor en la comunidad de Santa Elena, mediante la tipología descriptiva - correlacional y de corte transversal, en una muestra de 120 adultos mayores seleccionados por muestreo al azar simple, aplicando la guía de entrevista, el índice de Katz, escala de Yesavage y cuestionario de Pfeiffer, concluye que: El 20.8% de adultos mayores de la Comunidad de Santa Elena presenta dependencia de la capacidad funcional.

ARONES Y ALCA (2002), en investigación titulada “Grado de funcionalidad familiar y su relación con el estado mental de adultos mayores del distrito de Ayacucho” ⁽³⁹⁾, determinó que el 44.1% poseen estado mental deteriorado con déficit de funciones cognitivas (orientación, atención, calculo, fijación, memoria, lenguaje y razonamiento).

HUAMÁN Y TUEROS (2002), en la investigación titulada “Factores de riesgo asociados a la demencia senil en adultos mayores atendidos en el Hospital tipo II-Es salud, Ayacucho” ⁽⁴¹⁾, con el objetivo de determinar los factores de riesgo biológicos, socioculturales y patológicos asociados a la demencia, con un diseño metodológico: tipo de estudio descriptivo, analítico y de dirección transversal, el área de estudio fue el hospital tipo II Es salud de Ayacucho, la población estuvo constituido por 2400 adultos mayores atendidos durante el primer semestre del 2002 (enero- junio), la muestra estuvo constituido por 400 (16.7%) adultos mayores, de tipo probabilístico, sistemática. La técnica de recolección de datos fue el estudio de las historias clínicas y la entrevista estructurada dirigidos a los familiares encargados de su cuidado, el instrumento fue la ficha de recolección de datos de la historia clínica y guía de entrevista, concluye que la prevalencia de demencia senil asciende al 5.8% con una tendencia a incrementarse.

2.2. BASE TEÓRICA

2.2.1.- LA ADULTEZ MAYOR

La adultez mayor constituye la última etapa del ciclo vital e implica una serie de cambios biológicos, cognitivos y sociales a los que el adulto mayor deberá adaptarse poco a poco.

Cambios Físicos.

Entre los numerosos cambios que contribuyen a la aparición de la vejez, quizás uno de los más evidentes es el que se produce en la piel, la cual se vuelve más seca, áspera y menos elástica. Otro de los cambios notorios se observa en el cabello, el cual se torna más fino y va perdiendo poco a poco su coloración, volviéndose cada vez más canoso. Otro de los cambios físicos perceptibles lo constituyen la alteración de la estatura, la silueta y el peso corporal, este último se asocia a la reducción de los

tejidos musculares y al proceso de osteoporosis, el cual eleva el riesgo de roturas óseas y dificulta se adecuada recuperación.

“Sumado a todo ello, durante el envejecimiento muchos otros sistemas y funciones se ven afectados, como el decaimiento del sistema nervioso central. Este se evidencia, entre otras cosas, en la disminución del peso cerebral, así como en la aparición de placas seniles que causan diversos problemas, especialmente en los procesos de memoria. Asimismo, estos cambios tienen como resultado una serie de fenómenos neuropsicológicos tales como la disminución en la discriminación sensorial, la velocidad motora, la pérdida de las destrezas motoras finas y la velocidad de los reflejos. Finalmente, otro importante sistema corporal que se ve afectado es el sistema inmunológico, el cual se debilita y con ello incrementa el riesgo de contraer enfermedades.”⁽²⁹⁾

“Todos estos cambios tienen graves implicaciones sociales y psicológicas. Así, mientras los cambios externos pueden tener un impacto negativo sobre el auto concepto del adulto mayor, los cambios internos pueden afectar su capacidad de autonomía y desenvolvimiento”.⁽³⁴⁾

Cambios Cognitivos.

“Si bien durante la juventud y durante la adultez las capacidades intelectuales aumentan o se mantienen relativamente estables, a medida que una persona ingresa a la etapa adulta mayor empieza a experimentar ciertos cambios cognitivos. Aunque resulta importante reconocer que éstos no serán homogéneos entre esta población, se ha podido constatar que el deterioro cognitivo suele ser común en la mayor parte de personas”.⁽³⁴⁾

“Más allá de la disminución de la memoria, los cambios que tienen el mayor impacto sobre el aspecto cognitivo están relacionados con la ralentización de los procesos de comunicación cerebral. Esto impide procesar la información rápidamente y dificulta el que ésta pueda ser asimilada por completo o analizada de manera secuencial. Todo ello da cuenta de la disminución de la rapidez mental del adulto mayor y permite comprender por qué a esta edad, el aprendizaje de material nuevo es más lento y dificultoso que en años anteriores”.⁽²⁹⁾

Otro de los elementos que ha sido ampliamente estudiado en la etapa adulta mayor es la inteligencia, Florenzano indica que si bien las investigaciones han demostrado que la capacidad intelectual disminuye con la edad, el mayor deterioro realmente comienza a partir de los 67 años en adelante. También hace alusión a la investigación llevada a cabo por Rabbit quien demostró que durante la etapa adulta mayor la inteligencia de tipo fluida (capacidad instantánea de razonamiento que depende del estado de los sistemas fisiológicos) tiende a disminuir. Por el contrario, la de tipo cristalizado (la cual depende del aprendizaje basado en la cultura y experiencia), no sólo se mantiene estable, sino que incluso podía mejorar hasta edades avanzadas.

Así podemos ver que los cambios intelectuales que ocurren durante la vejez no son siempre negativos, sino más bien resultan diferentes a los que predominaban en las etapas anteriores de la vida.

Cambios Sociales

“El proceso de envejecimiento trae consigo una serie de cambios, separaciones y pérdidas que reestructuran la vida del adulto mayor. Frente a esta situación, las personas se ven en la necesidad de adaptarse, pudiendo bien desvincularse o asumir otro tipo de roles y actividades. Estas formas de adaptación son desarrolladas por dos teorías que intentan explicar la manera en que el adulto mayor se adapta a su nueva realidad”⁽²⁹⁾.

“La primera postura es la llamada” teoría del desligamiento”, la misma señala que a medida que el individuo va envejeciendo, voluntariamente se va desligando de todo aquello que suponga actividad y participación social, replegándose sobre sí mismo. Una de las premisas básicas de esta postura es que este proceso es algo natural y deseable. Ya que con el deterioro de las capacidades físicas y mentales, los adultos mayores encuentran cada vez más difícil el poder participar de distintas actividades, así como de los compromisos sociales o emocionales”.⁽¹¹⁾

“Frente a esta teoría, surge una nueva perspectiva denominada” teoría de la actividad”. Esta plantea que si bien la vejez está marcada por el apartamiento social y psicológico, los adultos mayores pueden y deben mantenerse activos en el mundo, siendo esto una de las principales necesidades para lograr un ajuste satisfactorio”.⁽¹¹⁾

Otro de los cambios resaltantes está constituido por la pérdida de las amistades y por la pérdida del cónyuge, las que generan fuertes sensaciones de tristeza. Entre ambas, la viudez es la separación más difícil y la adaptación a ella es uno de los desafíos más complicados dentro de esta etapa de la vida, un último cambio importante dentro de la esfera social es la variación en los roles que cumple el adulto mayor dentro de la familia. En este sentido, Vega plantea que durante la etapa del envejecimiento, los adultos mayores suelen tener relaciones más cercanas con sus hermanos, siendo las mujeres las que tienen un contacto más frecuente. En algunos casos los hermanos pueden asumir el rol de confidente y establecer una relación próxima, convirtiéndose en un gran apoyo emocional, según Stassen, este apoyo también puede ser brindado por los amigos, en quienes el adulto mayor encuentra una fuente de alegría y soporte.

Así vemos que durante el envejecimiento, la presencia de otro que apoye al adulto mayor resulta crucial para que este no se aísle ni se sienta solitario, lo cual le permitirá mantener un rol activo dentro del medio para así seguir desarrollándose. Además la compañía de los otros también le permitirá saber que está rodeado por personas en las que puede confiar y con las que puede contar en caso de tener algún problema, todo esto le brindará seguridad e incluso podrá incrementar su tranquilidad y bienestar.

2.2.2. CAPACIDAD COGNITIVA

“La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus funciones diferentes aéreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, 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, mientras que otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo”.⁽³⁶⁾

2.2.3. EL DETERIORO COGNITIVO

“Entre las alternativas que derivan del envejecimiento destacan las de esfera cognitiva, desde mediados del siglo pasado, Kral propuso el concepto clínico de olvido benigno del anciano como una alteración aislada de la memoria; Crock y Cols (1986), denominaron “deterioro de la memoria asociado con la edad” aun trastorno especialmente definido como una estructura psicométrica y teórica, de sujetos mayores de 50 años con buena salud con “pérdida de memoria coherente con la edad”, Blackford y La Rue (1989) escogieron la definición psicométrica de este trastorno y lo denominaron “ pérdida de memoria coherente con la edad “, también se han propuesto otras entidades. A finales de los 90 surge el concepto de deterioro cognitivo definido por Peterson y es actualmente el más usado”.⁽²⁵⁾

El deterioro cognitivo es una queja frecuente, especialmente en las personas de edad avanzada. Se define como la pérdida o la disminución de una o varias de las capacidades cognitivas; entre las capacidades cognitivas se incluyen: memoria, razonamiento abstracto, orientación, lenguaje, juicio, capacidad para hacer tareas complejas, etc. a continuación detallamos la conceptualización de deterioro cognitivo desde el punto de vista de algunos autores:

“El deterioro cognitivo es la pérdida o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, conocimiento, reconocimiento visual, conducta que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada”.⁽²⁷⁾

“Se considera deterioro cognitivo toda disminución de las capacidades intelectuales de una persona, hasta entonces normal, que supere el declinar que es habitual para las personas de su edad y condición, esta disminución de capacidades puede abarcar desde un llamado olvido senil benigno hasta la demencia avanzada”.⁽³²⁾

“El deterioro cognitivo es una entidad caracterizada por un comportamiento predominante de la memoria en ausencia de trastorno funcional ha sido asociado a periodo predemencial de la enfermedad de Alzheimer”.⁽¹²⁾

2.2.4. DETERIORO COGNITIVO LEVE

Hecha la revisión bibliográfica resulta difícil distinguir entre un declive cognitivo asociado a la edad, y un deterioro cognitivo leve, ya que es un estado intermedio entre los trastornos de la memoria por la edad y la demencia. Muchos individuos conservan una memoria y unas facultades intelectuales envidiables durante toda su vida, mientras otros tienen peor memoria en la vejez que en la juventud o sufren frecuentes olvidos cotidianos: nombre de las personas, dónde se ha dejado un objeto, tener una palabra "en la punta de la lengua", no recordar si se ha apagado la luz, el gas, olvidar un mensaje o un recado, tener dificultades para aprender una nueva habilidad, etc. Son estos los típicos casos englobados en la denominada "pérdida o alteración de la memoria asociada a la edad". Pero esta alteración no está considerada como enfermedad, y de hecho es fácilmente observable en personas sin trastornos orgánicos ni psicológicos; además, mediante programas de entrenamiento de memoria es posible aprender a solucionar los problemas de olvidos cotidianos.

“La alteración cognitiva leve no conlleva incapacidad funcional, es decir, no impide que la persona pueda continuar realizando sus actividades cotidianas. Pero si dicha incapacidad evoluciona a deterioro cognitivo moderado a severo, entonces estaríamos hablando de demencia. De modo, pues, que en el proceso de envejecimiento existen diferencias individuales, puesto que no existe un patrón único de envejecimiento cognitivo, lo cual implica que determinadas personas experimentan un envejecimiento normal sin declive, mientras otras envejecen normalmente, pero con un declive cognitivo asociado al proceso de envejecer. Un dato adicional que merece ser destacado es que las personas con un alto nivel de educación suelen ser más resistentes a cambios en la memoria”⁽³⁸⁾.

2.2.5. MEDICIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO

Existe una gran variedad de instrumentos de valoración del estado mental, el uso de dichos instrumentos de valoración o escala facilita la exploración sistemática de los adultos mayores, la sensibilidad diagnóstica de estos instrumentos se incrementa cuando se compara su uso con el juicio clínico, ya que este último es solo capaz de detectar el deterioro cuando este ya es avanzado, mientras que los test

facilitan la detección de deterioro leve-moderado, por lo que son la intervención más eficaz. Está comprobado que en las tres cuartas partes de los individuos el déficit cognitivo pasa desapercibido si no se utiliza ningún sistema de detección del mismo.

“Existen numerosos cuestionarios útiles y breves para evaluar la capacidad cognitiva del adulto mayor, lo que se describen a continuación son de aplicación directa al individuo y se puede seleccionar cualquiera de ellos para ser utilizado en la consulta de atención primaria, pero no debe caerse en la frecuente equivocación de considerar dichos instrumentos como diagnósticos”.⁽²⁶⁾

- **“Mini mental state examination (MMSE) de folstein**, fue publicado en 1975, requiere de 5 a 10 min, para su realización explora y puntúa varias aéreas, como la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y la repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visuo- espacial, la puntuación máxima es de 30, estudios realizados en población adulta mayor española han determinado que el punto de corte óptimo en nuestro medio para la detección del deterioro cognitivo se encontraría por debajo de 21”⁽⁰⁶⁾.
- **“Mini-examen cognitivo (MEC)**, es una adaptación al español de MMSE con la inclusión de 5 ítems adicionales, la puntuación total que se alcanza es de 35 puntos, según los autores, el punto de corte para establecer un deterioro cognitivo se encontraría por debajo de 28 puntos, para pacientes no geriátricos, y de 24 puntos para pacientes geriátricos, recientemente, Lobo ha publicado una versión del MEC con una puntuación de 30, esta nueva versión ofrece la posibilidad de comparar la puntuación con la MMSE en estudios internacionales y ha demostrado una sensibilidad de 89.8% y una especificidad de 75.1% para un punto de corte, la validación del MEC de Lobo ha obtenido mejores resultados de sensibilidad y especificidad que el MMSE para la población española”⁽¹⁴⁾.
- **“Short Portable Metal Status Questionnaire (SPMSQ) De Pfeiffer** Actualmente, se considera uno de los test de rastreo más adecuado para su aplicación en poblaciones generales, fue diseñado y validado en 1975 y se elaboró para la detección del deterioro cognitivo en los pacientes ancianos,

sólo consta de 10 preguntas en las que se puntúan los errores, demostró ser útil para discriminar el estado de normalidad, así como el deterioro mental leve(3 a 4 errores) y de moderado a grave (5 a mas errores) esta escala ha sido valido en castellano para la detección del deterioro cognitivo en pacientes de consultorio externo de geriatría, obteniendo una sensibilidad de 100% y una especificidad de 90% para un punto de corte de 5 errores, su gran virtud es su facilidad y rapidez de aplicación, que la convierte en un instrumento muy útil para el cribado en poblaciones numerosas en pacientes”⁽²⁶⁾.

- **“Escala de incapacidad mental de la Cruz Roja (CRM),** ha sido ampliamente utilizada entre los geriatras y se caracteriza por su sencillez y facilidad de uso, se puntúa de 0(la normalidad) a 5 (el deterioro cognitivo máximo), ha sido validado para pacientes geriátricos en el servicio de geriatría del hospital de la cruz roja de Madrid obteniéndose una buena sensibilidad y especificidad para el punto de corte igual ó superior a dos, para la detección del deterioro cognitivo”⁽⁰⁸⁾.

Escala de Pfeiffer

“Es una prueba muy breve desarrollada por Pfeiffer en 1975, que consta de 10 ítems que evalúa las siguientes funciones: orientación, memoria de evocación, concentración y calculo, a pesar de su brevedad presenta una aceptable capacidad discriminativa. El test de Pfeiffer evalúa la memoria a corto y largo plazo, orientación conformación sobre hechos cotidianos y capacidad para realizar un trabajo matemático seriado su utilidad estriba de que es una prueba de fácil administración, que no requiere ningún material específico para su cumplimiento y es aplicable a personas de bajo nivel de escolarización, por otro lado su sensibilidad (S) y especificidad (E) es elevada (S=91%, E=90%) y puede ser un instrumento de apoyo para el diagnostico y seguimiento de las medidas terapéuticas y de la evolución de la enfermedad”⁽²⁶⁾.

2.2.6. FACTORES RELACIONADOS CON EL DETERIORO COGNITIVO

Existen muchos factores que están relacionados con el deterioro cognitivo, entre ellas tenemos:

- **Edad.** “Para determinar la consecuencia cognitiva con relación a la edad, existe una polémica entre dos líneas de investigación: los estudios longitudinales, como los de Baltes y Schaie, muestran que el deterioro es ligero hacia los 60 años y más importante hacia los 80 años, mientras que los estudios transversales, como los de Horn y Donalson hablan de un deterioro muy marcado a partir de los 45 años. En términos generales, lo que sí parecen aceptar todos es que hay un mantenimiento hasta los 60 años, pequeñas deterioros hasta los 75 años y grandes pérdidas a partir de los 80 años. La edad cronológica de por si no determina de forma rígida el deterioro cognitivo, sino que este es el resultante de un proceso de progresiva pérdida funcional ó de una patología senil. Además de la edad, en el mantenimiento de las capacidades cognitivas interviene la motivación de persistir en el uso de las mismas, lo cual actúa como freno o retraso a su involución”.⁽⁰⁹⁾

- **Sexo.** “Entre los factores asociados significativamente al deterioro cognitivo predomina el sexo femenino, pero esto puede estar sobre representados por factores socioculturales y por que la mujer es más longeva”.⁽³⁾

“En nuestro país el promedio de la población adulta mayor es de 93 varones por cada 100 mujeres, entre las personas de 80 años de edad a más, esta proporción aumenta a favor de las mujeres, llegando a la proporción de 125 mujeres por cada 100 hombres. La esperanza de vida, indicador que ha ido en aumento en los últimos años, debido a los avances de la medicina y la tecnología, sigue manteniendo una diferencia a favor de la mujer. La mujer peruana vive más que el varón; sin embargo, este indicador no es garantía de una mejor calidad de vida”.⁽²⁰⁾

- **Condiciones socio-económicas.** “El Perú se caracteriza entre otras cosas por la gran diversidad cultural con la que cuenta. En ese sentido, las personas adultas mayores rurales son víctimas de una doble discriminación: por la edad

y por el lugar de procedencia. Cabe recalcar, que generalmente el medio urbano es menos favorable que las zonas rurales para sostener la red tradicional de familias extendidas y el sistema de reciprocidad. Las personas adultas mayores que han emigrado de las zonas rurales a las zonas urbanas, con frecuencia tienen que hacer frente a la pérdida de las redes sociales y la falta de infraestructura de apoyo en las ciudades lo que puede llevar a su marginación y exclusión, sobre todo si están enfermos o discapacitados. En cuanto a la participación social, encontramos que algunas personas adultas mayores rurales forman parte de organizaciones comunales, tales como rondas campesinas, comités de regantes, etc. Pero, lamentablemente, existe un gran porcentaje de personas adultas mayores que no participan activamente dentro de su entorno social. La limitación física o de salud, junto con la discriminación generacional, y la ausencia de espacios de participación, hace que se les considere como miembros inactivos dentro de su comunidad”.^(23, 21)

“La realidad socio-económica de la persona adulta mayor en espacios rurales se encuentra invisibilizada, por ende se desconoce sus necesidades y potenciales. La mayoría de las actividades económicas que realizan, se encuentran circunscritas a la tierra, esto es la actividad agrícola ya sea como poseedores de ella u ofertando su fuerza de trabajo, la participación de la mujer rural dentro de la actividad productiva ha sido muy relevante, su participación activa, junto con la fuerza de trabajo empleado por los varones, constituye en pilar de la economía campesina. Cabe resaltar que ninguna de las actividades agropecuarias que realizan les permite acceder a algún tipo de prestación social he allí la situación de vulnerabilidad que la población rural enfrenta en su vejez. Para las personas adultas mayores del espacio rural no hay jubilación ellas siguen siendo fuerza de trabajo hasta muy avanzada edad”.⁽²¹⁾

- **Estado civil.** “El número de mujeres viudas es mucho mayor que el varón viudo. Esta es una condición de vulnerabilidad que afecta en mayor medida a las mujeres. La mujer que da viuda con mayor frecuencia porque su esperanza de vida es mayor”.⁽²⁰⁾

- **Nivel de escolaridad.** “El nivel de escolaridad puede explicarse su efecto deletéreo si consideramos que un nivel bajo de escolaridad se asocia frecuentemente a nivel socioeconómico bajo e insuficiencia en nutrición, vivienda y atención a la salud. Se debe considerar, además, que en los individuos con niveles más altos de educación se favorece el desarrollo cerebral el crecimiento dendrítico y la circulación cerebral”.⁽²⁾

“Así según la ENAHO 2007 las mujeres adultas mayores pobres que no recibieron ninguna educación constituyen el 70.8% frente aún 24.1% de hombres en esa misma condición. En la educación primaria, mientras que solamente un 27.1% de mujeres pudo estudiar en el caso de los varones la cifra llega hasta el 70.5%”.⁽²⁰⁾

- **Depresión.** “Cuando se analiza la vida de las personas mayores se observa la prevalencia que presenta la sintomatología depresiva en esta edad, que en ocasiones no podemos evitar que acompañen a nuestros adultos mayores, entre las que podemos destacar los cambios biológicos normales que se producen con el envejecimiento; agravados en ocasiones por procesos neurodegenerativos o enfermedades físicas que llegan incluso a causar estados de depresión y dependencia”⁽³³⁾.

Al mismo tiempo conviven situaciones de soledad, viudez y muerte de seres queridos en su entorno de relaciones, llegando a generar en ocasiones una falta de apoyo social en su entorno habitual, lo que facilita que exista mayor frecuencia sintomatología de depresión en las personas mayores, aunque su diagnóstico es a veces difícil de establecer con exactitud, y así surge la relación entre la sintomatología depresiva y la edad avanzada.

Algunos autores afirman que la asociación entre la depresión y la edad avanzada se convierte en un problema distinto a la depresión en otras edades, y para ello se basan en que las personas ancianas presentan en general mayores síntomas de tipo somático, no teniendo porque existir unos antecedentes familiares al respecto; además los tratamientos, en general, pueden no ser todo lo efectivos que resultan en otras edades, siendo frecuente el que aparezcan episodios depresivos de repetición, alternándose con periodo

libres de sintomatología depresiva; por ello se afirma que la depresión en la tercera edad tiende a ser más crónica que en adultos jóvenes.

CAPÍTULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

Cuantitativo porque medirá fenómenos y variables.

2.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

Aplicativo, porque permitió plantear alternativas de solución al problema identificado.

2.3. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El diseño de investigación es descriptivo – relacional y transversal. Es descriptivo, porque describe el comportamiento de las categorías de las variables. Relacional, porque establece la relación entre variables y transversal, porque el instrumento de recolección de datos fue aplicado en una sola oportunidad.

2.4. ÁREA DE INVESTIGACIÓN

Esta investigación se desarrolló en el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga (CIAM), ubicado en Jirón Libertad N° 513, siendo administrado por la Municipalidad Provincial de Huamanga y la Organización No Gubernamental de Servicios Educativos Rurales (SER). Su funcionamiento inicia desde el año 2008. El CIAM brinda servicios de atención primaria de salud: promoción de la salud, estilos de vida saludable, fisioterapia, nutrición, auto cuidado y actividad física: Actividades de grupo: teatro, grupo de lectura, recreación, manualidades, jornadas de sensibilización, servicios de orientación socio legal.

2.5. POBLACIÓN

Esta investigación tuvo como población a 1000 (100%) adultos mayores registrados en el CIAM.

2.6. MUESTRA

La muestra, probabilística aleatoria simple, estuvo constituida por 184 (18.4%) adultos mayores registrados en el CIAM, determinada mediante la siguiente fórmula estadística:

$$n \geq \frac{NZ^2 pq}{[e^2 (N)] + [Z^2 pq]}$$

Donde:

n	:	Tamaño de muestra
z	:	Nivel de confianza del 95% (1.96)
p	:	Proporción de éxito del 50% (0.3)
q	:	1 – p (0.7)
e	:	Error muestral del 6% (0.06)
N	:	Población (1000)

Los adultos mayores que acuden al centro de atención integral tienen 75 años en promedio siendo predominantemente de sexo femenino, de características socioeconómicas medias y bajas.

2.7. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

2.7.1. TÉCNICAS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Las técnicas de recolección de datos fueron la entrevista estructurada y psicometría.

2.7.2. INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos fueron: la guía de entrevista estructurada, escala de Pfeiffer, escala abreviada de Yesavage y la escala de valoración de la situación socio familiar estandarizados por el Ministerio de Salud (2008).

2.8. CONFIABILIDAD DE INSTRUMENTOS

La confiabilidad de los instrumentos fue realizada mediante una prueba piloto aplicada a 10 adultos mayores que accedían al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga (CIAM), mediante la técnica de consistencia interna. Los resultados se presentan a continuación:

Instrumento	Coefficiente de fiabilidad	Procedimiento	Interpretación
Guía de entrevista estructurada	0.75	Alpha de Cronbach	Alta
Escala de Pfeiffer	0.81	Kuder Richardson	Alta
Escala abreviada de Yesavage	0.85	Kuder Richardson	Alta
Escala de valoración de la situación socio familiar	0.79	Alpha de Cronbach	Alta

2.9. PROCESAMIENTO DE INFORMACIÓN

Mediante el Decanato de la Facultad de Enfermería, se solicitó autorización a la Gerencia del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de la Municipalidad Provincial de Huamanga, para acceder a los adultos mayores beneficiarios del programa. Obtenida la autorización, se procedió a seleccionar la muestra a partir del padrón de beneficiarios, mediante la técnica aleatoria simple, registrando la ubicación de sus domicilios. Constituida la muestra, se elaboró un cronograma de recolección de datos, el que permitió acceder de manera organizada a sus domicilios, lugar donde fueron entrevistados previa sensibilización y consentimiento informado. Se inició con la aplicación de la guía de entrevista estructurada, seguida de la escala de Pfeiffer, escala abreviada de Yesavage y se culminó con la escala de valoración de la situación socio familiar, los que fueron administrados en un tiempo promedio de 30 minutos. Obtenida la información, se procedió a realizar el control de calidad de los instrumentos así como a codificar los datos en una matriz de códigos y etiquetas, empleando el paquete estadístico SPSS versión 17,0; posteriormente, se relacionaron las variables por medio de cuadros estadísticos y la aplicación de la prueba Chi

Cuadrado de Independencia, al 95% de nivel de confianza, cada una de ellas con sus respectivas interpretaciones y finalmente se determinó las conclusiones de la investigación.

CAPÍTULO III

RESULTADOS

En este capítulo contiene información concerniente al procesamiento estadístico de datos, en distribución de frecuencias y cuadros de contingencia, haciendo uso de las frecuencias absolutas y relativas simples. Adicionalmente, se consigna el resultado de los estadígrafos de contraste de hipótesis.

CUADRO N° 01

DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.

DETERIORO COGNITIVO	N°	%
Ausente	67	36.4
Leve	92	50.0
Moderado	25	13.6
TOTAL	184	100.0

Fuente: Datos obtenidos con la aplicación de la escala de Pfeiffer.

Este cuadro se observa que, del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 63.6% presentó deterioro cognitivo; de los cuales, 50% en nivel leve y 13.6% moderado.

CUADRO N° 02

**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN EDAD DE LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO
MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.**

EDAD (AÑOS)	DETERIORO COGNITIVO				TOTAL	
	NO PRESENTA		PRESENTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
60 – 69	51	27.7	48	36.1	99	63.8
70 – 79	14	7.6	50	27.2	64	34.8
80 – 89	02	1.1	19	10.3	21	11.4
TOTAL	67	36.4	117	63.6	184	100.0

Fuente: Datos obtenidos con la aplicación de la guía estructurada.

$$\chi^2_c : 22.15$$

$$\alpha : 0.05$$

$$Gl : 2$$

$$\chi^2_t : 5.99$$

$$\rho < 0.001$$

Del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 63.8% tiene de 60 a 69 años, de los cuales, 36.1% presentó deterioro cognitivo y 27.7% no presentó. El 34.8% tiene de 70 a 79 años, de quienes, 27.2% presentó deterioro cognitivo y 7.6% no presentó. El 11.4% tiene de 80 a 89 años, de ellos, 10.3% presentó deterioro cognitivo y 1.1% no presentó.

CUADRO N° 03

**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN SEXO DE LOS ADULTOS MAYORES
QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL ADULTO
MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.**

SEXO	DETERIORO COGNITIVO				TOTAL	
	NO PRESENTA		PRESENTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Masculino	35	19.0	59	32.1	94	51.1
Femenino	32	17.4	58	31.5	90	48.9
TOTAL	67	36.4	117	63.6	184	100.0

Fuente: Datos obtenidos con la aplicación de la guía estructurada.

$$\chi^2_c : 0.06$$

$$\alpha : 0.05$$

$$G1 : 1$$

$$\chi^2_t : 3.84$$

$$\rho > 0.05$$

Del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 51.1% es de sexo masculino, de los cuales, 32.1% presentó deterioro cognitivo y 19% no presentó. El 48.9% es de sexo femenino, de quienes, 31.5% presentó deterioro cognitivo y 17.4% no presentó.

CUADRO N° 04

**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN ÍNDICE DE MASA CORPORAL DE
LOS ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.**

ÍNDICE DE MASA CORPORAL	DETERIORO COGNITIVO				TOTAL	
	NO PRESENTA		PRESENTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Adelgazamiento	35	19.0	67	36.4	102	55.4
Normal	22	12.0	40	21.7	62	33.7
Sobre peso	10	5.4	06	3.3	16	8.7
Obesidad	-	-	04	2.2	04	2.2
TOTAL	67	36.4	117	63.6	184	100.0

Fuente: Datos obtenidos con la aplicación de la guía estructurada.

$$\begin{aligned} \chi^2_c & : & 7.21 \\ \alpha & : & 0.05 \\ G1 & : & 3 \\ \chi^2_t & : & 7.81 \\ \rho & > & 0.05 \end{aligned}$$

Del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 55.4% posee adelgazamiento, de los cuales, 36.4% presentó deterioro cognitivo y 19% no presentó. El 33.7% tiene índice de masa corporal normal, de quienes, 21.7% presentó deterioro cognitivo y 12% no presentó. El 8.7% tiene sobre peso, de ellos, 5.4% no presentó deterioro cognitivo y 3.3% sí presentó.

CUADRO N° 05

**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN OCUPACIÓN DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL
ADULTO MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.**

OCUPACIÓN	DETERIORO COGNITIVO				TOTAL	
	NO PRESENTA		PRESENTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Trab. Independiente	15	8.2	18	9.8	33	18.0
Trabajador familiar	30	16.3	24	13.0	54	29.3
Desocupado	22	11.9	75	40.8	97	52.7
TOTAL	67	36.4	117	63.6	184	100.0

Fuente: Datos obtenidos con la aplicación de la guía estructurada.

$$\chi^2_c : 16.61$$

$$\alpha : 0.05$$

$$G1 : 1$$

$$\chi^2_t : 5.99$$

$$\rho < 0.001$$

Del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 52.7% está desocupado, de los cuales, 40.8% presentó deterioro cognitivo y 11.9% no presentó. El 29.3% es trabajador familiar, de quienes, 16.3% no presentó deterioro cognitivo y 13% si presentó.

CUADRO N° 06

**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LOS
ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE
ATENCIÓN AL ADULTO MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.**

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	DETERIORO COGNITIVO				TOTAL	
	NO PRESENTA		PRESENTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Analfabeta	04	2.2	39	21.2	43	23.4
Primaria	15	8.1	44	23.9	59	32.0
Secundaria	30	16.3	20	10.9	50	27.2
Superior	18	9.8	14	7.6	32	17.4
TOTAL	67	36.4	117	63.6	184	100.0

Fuente: Datos obtenidos con la aplicación de la guía estructurada.

χ^2_c	:	34.18
α	:	0.05
Gl	:	3
χ^2_t	:	7.81
ρ	<	0.001

Del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 32% posee instrucción primaria, de los cuales, 23.9% presentó deterioro cognitivo y 8.1% no presentó. El 27.2% tiene instrucción secundaria, de quienes, 16.3% no presentó deterioro cognitivo y 10.9% sí presentó. El 23.4% es analfabeto (a), de ellos, 21.2% presentó deterioro cognitivo y 2.2% no presentó.

CUADRO N° 07

**DETERIORO COGNITIVO SEGÚN ESTADO CIVIL DE LOS ADULTOS
MAYORES QUE ACUDEN AL CENTRO INTEGRAL DE ATENCIÓN AL
ADULTO MAYOR DE HUAMANGA-AYACUCHO, 2010.**

ESTADO CIVIL	DETERIORO COGNITIVO				TOTAL	
	NO PRESENTA		PRESENTA		N°	%
	N°	%	N°	%		
Soltero (a)	08	4.3	12	6.7	20	11.0
Casado (a)	45	24.5	64	34.7	109	59.2
Viudo (a)	12	6.5	35	19.0	47	25.5
Divorciado (a)	02	1.1	06	3.2	08	4.3
TOTAL	67	36.4	117	63.6	184	100.0

Fuente: Datos obtenidos con la aplicación de la guía estructurada.

$$\chi^2_c : 4.08$$

$$\alpha : 0.05$$

$$G1 : 3$$

$$\chi^2_t : 7.81$$

$$\rho > 0.05$$

Del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 59.2% es casado, de los cuales, 34.7% presentó deterioro cognitivo y 24.5% no presentó. El 25.5% es viudo, de quienes, 19% presentó deterioro cognitivo y 6.5% no presentó. El 11% es soltero, de ellos, 6.7% presentó deterioro cognitivo y 4.3% no presentó.

CAPÍTULO IV

DISCUSIÓN

En el cuadro N° 01, se observa que del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 63.6% presentó deterioro cognitivo y 36.4% no presentó.

Rubén de León y Nicolás Milián (2009)⁽²⁾, en el estudio “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor de México” determinó que el 36% presentó estado cognitivo normal, 45% deterioro leve, 15% deterioro moderado y 3.5% deterioro severo.

Varela (2004)⁽³⁶⁾, en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, concluyó que el 46% de adultos mayores presentó algún nivel de deterioro cognitivo, de los cuales 24% leve, 12% moderado y 10% severo.

Aronés y Alca (2002)⁽³⁹⁾, en la tesis “Grado de funcionalidad familiar y su relación con estado mental de adultos mayores del Distrito de Ayacucho” determinó que el 44.1% poseen estado mental deteriorado con déficit de funciones cognitivas (orientación, atención, cálculo, fijación, memoria, lenguaje y razonamiento).

Acori y Asto (2006)⁽¹⁾, en la tesis “Factores relacionados con la capacidad funcional en el adulto (a) mayor de la comunidad de Santa Elena”, en Ayacucho, determinó que el 45.9% de adultos mayores presenta deterioro cognitivo y hace referencia a una disminución en la capacidad de algunas esferas cognitivas tales

como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, aspectos que deterioran significativamente su capacidad funcional.

Huamán y Tueros (2003)⁽⁴¹⁾, en la tesis “factores de riesgo asociados a la demencia senil en adultos mayores atendidos en el hospital tipo II-Essalud, Ayacucho” determinó que la prevalencia de demencia senil asciende a 5.8% con una tendencia a incrementar.

El Instituto de la Memoria, Depresión y Enfermedades de Riesgo (IMEDER)⁽⁴⁰⁾, afirma que el deterioro cognitivo leve constituye un estado transicional entre el envejecimiento normal y la demencia, el 12% a 15% de los portadores con deterioro cognitivo leve al año se convierten a demencia. Y que el 80% de los diagnosticados con deterioro cognitivo leve, a los 6 años aproximadamente se convierten a demencia.

Los resultados obtenidos tienen similitud con los hallazgos de Rubén de León y Nicolás Milián (2009), Varela et al. (2004), Arones y Alca (2002) como Acori y Asto (2006), porque en los adultos mayores que acceden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, predominó el deterioro cognitivo leve, no habiéndose encontrado el nivel de deterioro severo.

De acuerdo con los resultados obtenidos, se encontró una prevalencia mayor de deterioro cognitivo en los adultos que acceden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor, influenciada por el perfil socio-demográfico de los beneficiarios, toda vez que se trata de adultos mayores con escasos recursos económicos, bajo nivel de instrucción y de procedencia rural. Mejor dicho, constituye una población en riesgo social, en quienes es más frecuente el deterioro cognitivo.

En el cuadro N° 02, se observa que del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 63.8% tiene de 60 a 69 años, de los cuales, 36.1% presentó deterioro cognitivo y 27.7% no presentó. El 34.8% tiene de 70 a 79 años, de quienes, 27.2% presentó deterioro cognitivo y 7.6% no presentó. El 11.4% tiene de 80 a 89 años, de ellos, 10.3% presentó deterioro cognitivo y 1.1% no presentó.

González y Gómez (2006) ⁽⁷⁾, en el estudio “Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del policlínico la Rampa, Cuba”, concluyó que presentaron deterioro cognitivo 13.8% de total de la muestra, correspondiendo la mayoría de ellos (24.4%) al grupo de edad mayor de 85 años.

Bonnin y Yañez (2003) ⁽³⁾, en el estudio “Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo en la Habana”, concluyó que con respecto a los grupos etáreos de los pacientes que presentaron afectación de la función cognitiva el mayor porcentaje (33.3%) correspondió a los pacientes con edades de 85 a 89 años, seguido por el grupo de 80 a 84 (25.9%).

Varela (2004) ⁽³⁶⁾, en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, concluyó que en cuanto a la edad se encontró asociación significativa entre mayor edad y mayor frecuencia de deterioro cognitivo, además de mayor severidad de la misma.

Diversos estudios científicos, confirman una relación estrecha entre el envejecimiento y el deterioro cognitivo, atribuida a la pérdida de tejido neuronal que incrementa conforme avanza la edad. El deterioro de la memoria y la función cognitiva, vale decir, del pensamiento y la capacidad para aprender, es significativamente mayor en los adultos de 80 a 89 años, en quienes la pérdida progresiva de la memoria y la menor capacidad para evocar información valiosa generan un deterioro en el funcionamiento social o laboral, pues ella es esencial para todos los aspectos de la vida diaria.

En conclusión, la edad se relaciona significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($p < 0.001$); es decir, la frecuencia deterioro cognitivo incrementa conforme avanza la edad producto del envejecimiento cerebral.

El cuadro N° 03, describe que del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 51.1% es de sexo masculino, de los cuales, 32.1% presentó deterioro cognitivo y 19% no presentó. El 48.9% es de sexo femenino, de quienes, 31.5% presentó deterioro cognitivo y 17.4% no presentó.

González y Gómez (2006) ⁽⁷⁾, en el estudio “Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del policlínico la Rampa, Cuba”, concluyó que el sexo femenino presentó mayor significancia en la frecuencia de deterioro cognitivo (68.3%).

Bonnin y Yañez (2003) ⁽³⁾, en el estudio “Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo en la Habana”, concluyó que el sexo femenino presentó mayor deterioro cognitivo (70.3%) a diferencia del sexo masculino (29.7%).

Varela (2004) ⁽³⁶⁾, en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, concluyó que no se halló asociación estadística entre el género de los pacientes y la frecuencia e intensidad del deterioro cognitivo.

Lisigurski y Varela (2002) ⁽¹⁷⁾, en el estudio “Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores del Distrito de Barranca” concluyó que en los adultos mayores se encontró alta frecuencia de deterioro cognitivo donde no hubo diferencias significativas entre ambos sexos.

Diversos estudios científicos afirman que las mujeres son más vulnerables al deterioro cognitivo, debido a factores socioculturales y porque es más longeva; pero en la muestra en estudio, fue diferente.

Los resultados obtenidos tienen similitud con los hallazgos de Varela (2004), Lisigurski y Varela (2002) porque la frecuencia de deterioro cognitivo es independiente del sexo de los adultos mayores, debido a que población beneficiaria del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor se considera en riesgo social, por su escasa condición económica, bajo nivel de instrucción y procedencia rural.

De lo que se concluye que, el sexo no se relaciona con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($p > 0.05$); es decir, la frecuencia deterioro cognitivo es similar en varones y mujeres.

En el cuadro N° 04, describe que del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 55.4% posee

adelgazamiento, de quien, 36.4% presentó deterioro cognitivo y 19% no presentó. El 33.7% tiene índice de masa corporal normal, de quienes, 21.7% presentó deterioro cognitivo y 12% no presentó. El 8.7% tiene sobre peso, de ellos, 5.4% no presentó deterioro cognitivo y 3.3% si presentó.

Varela (2004)⁽³⁶⁾, en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, concluyó que el índice de masa corporal se relaciona significativamente con el estado mental. Los adultos mayores desnutridos presentan con mayor frecuencia y severidad el deterioro cognitivo.

Martínez y Pañahua (2000)⁽⁴²⁾, en el estudio “Factores que influyen en la alteración nutricional de la población adulta mayor en el asilo de ancianos Padre Saturnino, Ayacucho, concluye que el 73.7% de los adultos mayores presentó alteración nutricional. El 48.7% bajo peso y 25% sobrepeso, condicionando a una alteración de la salud física y mental.

En la muestra de adultos mayores que acceden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga, más del 50% presentó adelgazamiento, lo que hace referencia a un estado de desnutrición debido a la dificultad para masticar, deglutir y digerir los alimentos. A ello debe añadirse los problemas económicos y la depresión que sufren los adultos mayores, los mismos que influyen en sus hábitos de alimentación.

Analizando ambas variables en estudio, se estableció que el deterioro cognitivo es independiente del estado nutricional de los adultos mayores; es decir, predominó los casos de deterioro cognitivo tanto en adultos con adelgazamiento, normo peso y obesidad, lo que significa que existen otros factores de mayor relevancia como la edad, nivel de instrucción, estado depresivo y situación socio-familiar.

En conclusión, el índice de masa corporal no se relaciona con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($p > 0.05$); es decir, la frecuencia deterioro predomina en los adultos mayores adelgazamiento, normo peso, sobre peso y obesidad.

El cuadro N° 05, describe que, del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 52.7% está desocupado, de los cuales, 40.8% presentó deterioro cognitivo y 11.9% no presentó. El 47.3% tiene alguna ocupación (trabaja), de quienes, 24.5% no presentó deterioro cognitivo y 22.8% si presentó.

Rubén de León y Nicolás Milián (2009)⁽²⁾, en el estudio “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor de México” concluye que no se encontró diferencia significativa para deterioro cognitivo entre los individuos que trabajan y los que no lo hacían.

Sánchez y Moreno (2010)⁽³¹⁾, refiere que la ocupación actual puede tener un efecto en la aparición de trastornos cognitivos y ser un indicador de la pérdida de roles laborales y del grado de disfuncionalidad, si se compara con la ocupación principal durante el transcurso de la vida.

Acori y Asto (2006)⁽¹⁾, en la tesis “Factores relacionados con la capacidad funcional en el adulto (a) mayor de la comunidad de Santa Elena”, concluye que el 48.4% trabaja y todos con capacidad funcional independiente, el 37.5% ayuda en casa y el 14.1% son desocupados y todos presentan capacidad funcional dependiente.

La ocupación actual más frecuente de los adultos mayores correspondió a la categoría de trabajadores familiares (no remunerados), lo que significa que contribuyen en las labores del hogar, prestando ayuda en las diferentes actividades como limpieza, cocina y cuidado de los nietos.

Al analizar la relación de variables, los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos de Sánchez y Moreno (2010) y Acori y Asto (2006) porque mantenerse ocupados, en alguna actividad laboral, favorece el mantenimiento de las funciones cognitivas, los adultos mayores al mantenerse en actividad diaria se sienten útiles, seguros e independientes, el cual favorece su nivel cognitivo y puedan alcanzar una edad avanzada con habilidades para adaptarse a los cambios, con destrezas para seguir contribuyendo productivamente, con buena salud, con una red de apoyo familiar y social.

De lo que se concluye que, la ocupación se relaciona significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($\rho < 0.001$); vale decir, la frecuencia deterioro cognitivo se incrementa en el grupo de adultos mayores desocupados.

En el cuadro N° 06, se observa que del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 32% posee instrucción primaria, de los cuales, 23.9% presentó deterioro cognitivo y 8.1% no presentó. El 27.2% tiene instrucción secundaria, de quienes, 16.3% no presentó deterioro cognitivo y 10.9% sí presentó. El 23.4% es analfabeto (a), de ellos, 21.2% presentó deterioro cognitivo y 2.2% no presentó.

Mejía y Ruiz (2007) ⁽¹⁹⁾ en el estudio “Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores en México” concluyó que en relación con la escolaridad frecuentemente se ha reportado que el deterioro cognitivo es mayor en sujetos con bajo logro educativo.

Bonnin y Yañez (2003) ⁽³⁾, en el estudio “Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo en la Habana”, concluyó que el nivel de escolaridad tiene relación con el deterioro cognitivo, donde se identificaron 66.6% con nivel de escolaridad primario y 33,4% con un nivel escolar superior a ello.

Varela (2004) ⁽³⁶⁾, en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, concluyó que el nivel de de instrucción se encuentra asociado con el estado cognitivo. En los adultos mayores analfabetos fue mayor la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo.

Gonzales y Abarca (2008) ⁽¹⁰⁾, en el estudio “Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa” concluyó que a menor grado de instrucción educativa mayor es el grado de deterioro cognitivo.

Rodríguez y Sánchez (2004) ⁽²⁸⁾, mencionan que dada la clara relación entre educación y deterioro cognitivo, se ha formulado los términos de “reserva cerebral” y “reserva cognitiva”. En algunos casos, la severidad de la demencia no se correlacionaba con la cantidad de daño cerebral.

Los resultados obtenidos coinciden con las investigaciones, porque los adultos mayores analfabetos o con instrucción primaria fueron más vulnerables al deterioro cognitivo, debido a la escasa reserva neurológica o cognitiva que predispone a procesos patológicos neurodegenerativos; lo que significa, que el desarrollo del cerebro está influenciado por ambientes estimulantes como el que se logra con el acceso a la educación y en el futuro constituye un factor protector de la capacidad cognitiva.

En conclusión, el nivel de instrucción se relaciona significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($p < 0.001$); vale decir, en los adultos iletrados o con instrucción primaria fue más frecuente el deterioro cognitivo.

En el cuadro N° 07, se observa que, del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 59.2% son casados, de los cuales, 34.7% presentó deterioro cognitivo y 24.5% no presentó. El 25.5% son viudos, de quienes, 19% presentó deterioro cognitivo y 6.5% no presentó. El 11% son solteros, de ellos, 6.7% presentaron deterioro cognitivo y 4.3% no presentaron.

La OMS (2001): refiere “el estado civil más común en los adultos mayores es la unión estable seguido por el estado de viudez”

Mejía y Ruiz (2007) ⁽¹⁹⁾ en el estudio “Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores en México” concluye que el deterioro cognitivo es menor en sujetos casados a diferencia de divorciados y viudos.

Acori y Asto (2006) ⁽¹⁾, en la tesis “Factores relacionados con la capacidad funcional en el adulto (a) mayor de la comunidad de Santa Elena” concluyo que el 46.7% de adultos mayores son casados y no presenta deterioro cognitivo a diferencia del 15.8% de adultos mayores viudos(as).

Respecto al estado civil, no se encontraron relación con las investigaciones halladas; sin embargo, de acuerdo con los resultados obtenidos, la frecuencia de deterioro predominó en todos los estratos independientemente del estado civil, evidenciándose la ausencia de significación estadística. En consecuencia, cual fuera el estado civil de los adultos mayores ante la presencia de factores de riesgo como el

bajo nivel de instrucción, situación familiar problemática y estado depresivo, incrementa la vulnerabilidad para el deterioro cognitivo.

De lo que se concluye que, el estado civil no se relaciona con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($\rho > 0.05$); es decir, el deterioro cognitivo se presentó con similar frecuencia en los adultos solteros, casados, viudos y divorciados.

El cuadro N° 08, describe que, del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 45.1% posee una situación socio-familiar aceptable, de los cuales, 28.8% no presentó deterioro cognitivo y 16.3% sí presentó. Otro 45.1% tiene una situación socio familiar en riesgo, de quienes, 38.6% presentó deterioro cognitivo y 6.5% no presentó. El 9.8% posee una situación socio familiar problemática, de ellos, 8.7% presentó deterioro cognitivo y 1.1% no presentó.

Varela (2004)⁽³⁶⁾, en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, concluyó que la existencia de riesgo/problema social se asocia significativamente con el deterioro cognitivo. Es posible que los pacientes con esta condición acudan más al hospital buscando asistencia y que puedan presentar una mayor cantidad de complicaciones que requieran su hospitalización; es decir, que el riesgo/problema social puede ser un factor para la hospitalización de estos pacientes.

Huamán y Tueros (2003)⁽⁴¹⁾, en la tesis “Factores de riesgo asociados a la demencia senil en adultos mayores atendidos en el hospital tipo II-Es salud, Ayacucho” concluyó que del 100% de adultos mayores con demencia, el 73.9% proceden de una familia no nuclear (ampliada o incompleta) y el 26.1% de una familia nuclear, por lo tanto la familia no nuclear constituye un factor asociado, por la mala calidad de vida que conduce al deterioro del estado mental.

Llallahui y Medina (2006)⁽¹⁸⁾, en la tesis “Influencia del clima familiar en la calidad de vida del adulto mayor del distrito Jesús Nazareno, Ayacucho” concluyó que el 44.1% percibe el clima familiar disfuncional, el 24.7% percibe el clima familiar moderadamente funcional y el 31.2% percibe un clima familiar funcional.

De acuerdo con los resultados obtenidos, los adultos mayores con una situación socio familiar problemática o en riesgo, presentaron con mayor frecuencia deterioro cognitivo, lo que nos indica que las relaciones familiares y sociales funcionales promueven la salud mental, fortaleciendo las funciones cognitivas, por la sensación de bienestar que presentan los adultos mayores. En consecuencia, la intervención de la familia y las redes sociales, estimulando las funciones cognitivas, puede evitar la progresión de las enfermedades neurodegenerativas.

En conclusión, la situación socio familiar se relaciona significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($p < 0.001$); vale decir, los adultos con una situación socio familiar problemática fueron más proclives al deterioro cognitivo.

En el cuadro N° 09, se observa que del 100% (184) de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor el 65.8% presenta depresión, de los cuales, 48.4% presentó deterioro cognitivo y 17.4% no presentó. El 34.2% no tiene depresión, de quienes, 19% no presentó deterioro cognitivo y 15.2% sí presentó.

Mejía y Ruíz (2007) ⁽¹⁹⁾ en el estudio “Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores en México” concluye que la depresión tiene un alto nivel de significancia relacionado con el deterioro cognitivo.

Varela et al. (2004) ⁽³⁶⁾, en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional”, concluyó que en cuanto a los síndromes y problemas geriátricos, se encontró asociación significativa entre la presencia de deterioro cognitivo y la depresión establecida. Los sujetos con demencia frecuentemente padecen síndromes depresivos; la depresión severa en adultos mayores puede provocar alteraciones cognitivas que incluyen déficit de atención, del procesamiento de la información, del aprendizaje, de la función ejecutiva y memoria, que pueden tener semejanza con un cuadro demencial.

Sánchez y Moreno. (2009) ⁽³¹⁾, en la investigación “Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años”, en Cuba, señalan que la depresión en la tercera edad puede afectar hasta 10% de los adultos mayores que

viven en la Comunidad y puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo, fragilidad y mayor índice de mortalidad. Por tanto, la detección precoz de la depresión, la identificación temprana y el diagnóstico diferencial entre el envejecimiento normal y los cambios asociados a los procesos demenciales es de gran importancia para el desarrollo de intervenciones preventivas y asistenciales que pretenda prevenir o retrasar el deterioro y la discapacidad, lo cual será más probable en los primeros estadios de la enfermedad.

Ramos y Suárez (2000)⁽⁴³⁾, en la tesis “Grados y factores condicionantes de la depresión en usuarios del hogar de ancianos Padre Saturnino, Ayacucho” concluye que el 84% presenta un grado depresivo fuera de los límites normales de ellos la depresión moderada fue de 45.8%, la depresión leve 27.2% y depresión intensa de 11.4%, siendo el abandono familiar, aislamiento forzado, dificultad de adaptación, carencia afectiva de personas significativas y problemas económicos, conllevando a un deterioro de su estado mental.

Los resultados obtenidos coinciden con los aportes bibliográficos de Mejía y Ruiz (2007), Varela (2004), Sánchez y Moreno. (2009), Ramos y Suárez (2000), porque los episodios depresivos en el adulto mayor incrementan el riesgo de deterioro cognitivo, fundamentalmente de la atención y la memoria, debido a sus efectos en la salud mental, social y física de las personas que la padecen. Los adultos deprimidos, muestran desinterés por todas actividades que le proporcionaban placer, incluso por la alimentación, lo que deteriora su salud integral.

En conclusión, el estado depresivo se relaciona significativamente con el deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($\rho < 0.001$); es decir, los casos de deterioro cognitivo incrementan en los adultos con episodios depresivos.

CONCLUSIONES

1. El 63.6% de adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor presentó deterioro cognitivo; de los cuales, 50% en nivel leve y 13.6% moderado
3. La edad fue el único factor biológico relacionado con el deterioro cognitivo en los Adultos Mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($\rho < 0.001$); mientras que el sexo e índice de masa corporal no fueron significativas ($\rho > 0.05$).
4. La ocupación y el nivel de instrucción fueron factores socio-económicos relacionados con el deterioro cognitivo en los adultos mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($\rho < 0.001$), a excepción del estado civil que no mostró significación ($\rho > 0.05$).
5. La situación socio familiar y el estado afectivo fueron factores psicosociales relacionados con el deterioro cognitivo en los Adultos Mayores que acuden al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga ($\rho < 0.001$).

RECOMENDACIONES

1. A la Dirección Regional de Salud Ayacucho, formular e implementar estrategias en los diferentes niveles de prevención. En la prevención primaria, fomentar el estilo de vida saludable para promover la reserva neuronal. En la prevención secundaria, diagnosticar precozmente en la atención ambulatoria, el deterioro cognitivo mediante pruebas o test específicos; del mismo modo, fomentar el mantenimiento de las actividades de la vida diaria y la autonomía funcional. En la prevención terciaria, realizar el seguimiento de los adultos mayores bajo tratamiento para incorporar a la familia en el cuidado informado del adulto mayor.
2. Al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga, fortalecer la atención de las personas de la tercera edad con intervenciones de estimulación de las funciones cognitivas, para prevenir cuadros de deterioro cognitivo o evitar la progresión a estados severos que configurarían la presencia de demencia senil.
3. Al Centro Integral de Atención al Adulto Mayor de Huamanga, incorporar en el equipo de trabajo a profesionales de enfermería y psicología para promover la salud del adulto mayor, mediante intervenciones de consejería familiar y vistas domiciliarias.
4. A los bachilleres de enfermería, realizar nuevas investigaciones que permitan brindar una mejor atención al adulto mayor y disminuir la frecuencia de deterioro cognitivo.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. ACORI FLORES, Edith; ASTO HINOSTROZA, Cessira Nadia. “Factores relacionados con la capacidad funcional en el adulto mayor de la Comunidad de Santa Elena del Distrito de Ayacucho”. Tesis de Pregrado de la Facultad de Enfermería- UNSCH. Ayacucho. 2006.
2. ARCILLA DE LEÓN, Rubén; SUAZO NICOLÁS, Milán; CAMACHO CALDERÓN, Rosa. “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor”. Revista de Medicina del Instituto de México; 47 (3). Querétaro – México. 2009.
3. BONNIN RODRÍGUEZ, Beatriz; YÁÑEZ FERNÁNDEZ, Belkis; GONZALES ZANDIVAR, Arnaldo. “Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo”. Revista Cubana Medicina; 42 (1). Cuba. 2003.
4. BOLLA, K.I. y LINDGREN, K.N. “Memoria queja en los adultos mayores: Realidad o ficción”. Grupo de investigación "Envejecimiento y Vejez", Facultad de Medicina U.D.C.A / Fundación Santa Sofía para la Atención del Anciano. España. 1991.
5. RUSSELL, E. y BURNS, A. “Presentación clínica gestión de la demencia”. En: I Tallis, Fillit H. ed. Brocklehurst libro de Texto de medicina geriátrica y gerontology, 6^a ed, Churchill Livingston. Washington. 2003.
6. FOLTEIN, M.F. “Mini-Mental, un Método Practico para Clasificas el Estado Cognoscitivo de Pacientes”, Editorial J Psicogeriatría, Barcelona, España. 1975.

7. GONZÁLEZ FABIÁN, Luis; GÓMEZ VIERA, Nelson; GONZÁLEZ GONZÁLEZ, Justo. “Deterioro Cognitivo en la Población Mayor de 65 años de dos Consultorios del Policlínico La Rampa”. *Revista Cubana Medicina General Integral*; 22 (3). Cuba. 2006.
8. GONZALES MONTALVO, J. y RODRÍGUEZ MAÑAS, L. “Validación del Cuestionario de Pfeiffer y la Escala de Incapacidad Mental de la Cruz Roja en la Detección Mental en los Pacientes Externos del Servicio de Geriátria”. *Revista Española de Geriatria Gerontología*. Madrid-España. 1992.
9. GONZALES JOSÉ, M. “El deterioro cognitivo en la senectud”. El portal del mundo de la Psicología. URL: <http://www.psicocentro.com>.
10. GONZALES, Karina y ABARCA, Julio Cesar. “Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa”. *Revista de neuropsicología y neurociencias*; 08 (02). Arequipa. 2008.
11. LEFRACOIS, G. R. “El ciclo de la vida”. Edit. Thompson internacional. México. 2001.
12. GUILLEN LLERA, Francisco y RUIPEREZ CANTERA, Isidoro. “Manual de Geriatria”. Edit. Masson, S.A. Tercera Edición. Barcelona - España. 1997.
13. IRAIZOZ, I. “Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano, Servicio de Geriatria. Hospital de Navarra. Pamplona”. *Anales del Sistema Sanitario de Navarra*; 22 (1). España. 1999.
14. LOBO, Antonio; SAZ, Pedro. “Revalidación y Normalización del Mini Mental Cognoscitivo (Primera Versión En Castellano del Mini Mental Status Examination) en la Población Geriátrica”. Edit. Medicina Clínica. Barcelona – España. 1999.
15. INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI). “Censo de Población y Vivienda 2007, XI de Población VI de Vivienda”. Sistema de Consulta de Datos de la INEI. Lima. 2010.

16. JUNQUÉ, C. y JÓDAR, M. “Velocidad de procesamiento cognitivo en el Envejecimiento”. *Anales de Psicología*; 2 (6). España. 1990.
17. LISIGURSKI, M. y VARELA PINEDO, LUIS. “Valoración geriátrica integral en una población de adultos mayores”. *Rev. Soc. Perú. Med. Interna*; 15(1). Lima. 2002.
18. LLALLAHUI, Jenny, MEDINA, Nory. “Influencia del Clima Familiar en la Calidad de Vida del Adulto Mayor del Distrito Jesús de Nazareno”. Tesis de Pre Grado de la Facultad de Enfermería – UNSCH. Ayacucho. 2005.
19. MEJÍA ARANGO, Silvia; RUIZ ARREGUI, Liliana y MIGUEL JAIMES, Alejandro. “Deterioro Cognoscitivo y Factores Asociados en Adultos Mayores en México”. *Red de Revista Científica de América y el Caribe, España y Portugal*; 49 (4). Portugal. 2007.
20. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL (MIMDES). “Una Sociedad Para Todas las Edades: 60 Años a Más”. Dirección De Personas Adultas Mayores; 8 (1). Lima. 2009.
21. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL (MIMDES). “Una sociedad para todas las edades, 60 años a más”. Vol. 07 N° 01, Dirección de personas adultas mayores, Lima. 2008.
22. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO SOCIAL (MIMDES). “Plan Nacional Para las Personas Adultas Mayores”. Edit. Imprenta Heta Grafica y Servicios S.A.C. Lima. 2008.
23. MINISTERIO DE LA MUJER Y DESARROLLO (MINDES).”Una sociedad para todas las edades, 60 años a más”. Dirección de personas adultas mayores. *Revista MINDES*; 06 (2). Lima. 2007.
24. MORAGAS MORAGAS, Ricardo. “Familia Economía”. En: *Gerontología Social: Envejecimiento y Calidad de Vida*. Edit. Herder. España. 1998.
25. PETERSON, R. et al. “Temprana detección de demencia: daño suave cognoscitivo: pruebas - revisión basada”. *Revista de neurología*, 14 (2). España. 2001.

26. PFEIFFER E, A, "Portátil Mental Cuestionario Para la Evaluación de Déficit Orgánico Cerebral en Pacientes Ancianos". Editorial JI Geriátrica. España. 1975.
27. REUBEN, D. "Ensayo Clínico Aleatorio de paciente Externo, Evaluación de Geriátrico". Revista la J de la Sociedad Geriátrica; 3 (47). España. 1999.
28. RODRIGUEZ ALVAREZ, Marina; SANCHEZ RODRIGUEZ, Juan Luis. "Reserva cognitiva y Demencia". Anales de Psicología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 20 (2). Lima. 2004.
29. FLORENZANO URZÚA, RAMÓN. "En el camino de la vida; Estudio sobre ciclo vital". Editorial universitaria. Santiago, Chile. 1993.
30. YSIS, Yvonne y LÓPEZ, Ana. "Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años". Rev. Habana ciencia médica; 8 (4). La Habana - Cuba. 2009.
31. SANCHEZ CONTRERAS, Mónica; MORENO GOMEZ, Germán Alberto; GARCIA ORTIZ, Luís Hernando. "Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. Revista Colombiana de Psiquiatría, 39 (2). Colombia. 2010.
32. SELMES, Jacques. "Vivir con la Enfermedad de Alzheimer". Editorial Meditor. Madrid, España. 1996.
33. SORDO FREIRE, Antonio. "Evaluación del Estado Afectivo y de la Condición Física en Personas Mayores Tras la Realización de un Programa de Actividad Física". Tesis doctoral de la Universidad La Coruña. España. 2007.
34. STASSEN BERGER, Kathleen. "Psicología del Desarrollo: Adulterez y Vejez". Revista Médica Panamericana; 15 (3). Madrid, España. 2001.
35. ASHMAN, T. "Cognición y envejecimiento". En Hazazard W et al, ed Principios de Geriatria, Principios medicina y gerontoly. ed. 4ta. Edit. McGraw Hill. México. 1999.

36. VARELA PINEDO, Luís; CHÁVEZ J, Helver, “Características del Deterioro Cognitivo En el Adulto Mayor Hospitalizado a Nivel Nacional”. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna; 17 (2). Lima. 2004.
37. VARELA, Luís; CHÁVEZ, Helver y HERRERA, Antonio. “Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional”. Revista Diagnóstico; 43(2). Lima. 2004.
38. SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA. El deterioro cognitivo una consecuencia de la mayor esperanza de vida. España. 2008. URL: <http://www.imsersomayor.csisc.es>
39. ARONES, Yesica y ALCA, Susy. “Grado de funcionalidad familiar y su relación con el estado mental de adultos mayores del distrito de Ayacucho”. Tesis de Pregrado de la Facultad de Enfermería – UNSCH. Ayacucho. 2002.
40. INSTITUTO DE LA MEMORIA, DEPRESIÓN Y ENFERMEDADES DE RIESGO (IMEDER). “Deterioro cognitivo”. Edit. Instituto de la Memoria, Depresión y Enfermedades de Riesgo SAC – IMEDER. Lima. 2010.
41. HUAMÁN, Mirian y TUEROS, Magno. “Factores de riesgo asociados a la demencia senil en adultos mayores atendidos en el Hospital Tipo II-Es salud”. Tesis de Pre Grado de la Facultad de Enfermería – UNSCH. Ayacucho. 2002
42. MARTÍNEZ, Norma y Pañahua, Yolanda. “Factores que influyen en la alteración nutricional de la población adulta mayor en el asilo de ancianos Padre Saturnino”. Tesis de Pre Grado de la Facultad de Enfermería – UNSCH. Ayacucho. 2000.
43. REMON, Rosa y SUAREZ, Maritza. “Grados y factores condicionantes de la depresión en usuarios del hogar de ancianos Padre Saturnino”. Tesis de Pregrado de la Facultad de Enfermería – UNSCH. Ayacucho. 2000.

ANEXO

ANEXO B

ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)	
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes , año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es el número telefónico? Si no tuviera ¿cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Dígame cual es el nombre del presidente del Perú?	
¿Dígame cual es el nombre del anterior presidente del Perú?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta.	

VALORACIÓN COGNITIVA

- Normal ()
- Deterioro cognitivo leve ()
- Deterioro cognitivo moderado ()
- Deterioro cognitivo severo ()

Nota: Colocar un punto por cada error, a las personas con primaria incompletas y analfabetas restar un punto a la suma total

- Normal : ≥ 2 errores
- Deterioro cognitivo leve : 3 a 4 errores
- Deterioro cognitivo moderado : 5 a 7 errores
- Deterioro cognitivo severo : 8 a 10 errores

ANEXO C

Estado depresivo (Escala abreviada de Yesavage)	
-¿Está satisfecho con su vida?	<input type="radio"/> NO
-¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="radio"/> SI
-¿Tiene problema de memoria?	<input type="radio"/> SI
-¿ Siente desgano o se siente imposibilitado Respecto a actividades e intereses?	<input type="radio"/> SI

Marcar con un aspa (X) en la opción correspondiente.

- Sin manifestaciones depresivas : 0 a 1 marca
- Con manifestaciones depresivas: 2 a mas marcas

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Ministerio de Salud. Programa del Adulto Mayor. 1° edición. Editorial Estrella. MINSA. Lima. 2008.

ANEXO D

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

s.	1.-SITUACION SOCIO FAMILIAR	Pts.	3.-RELACIONES SOCIALES
	Vive con familia, sin conflicto familiar	1	Mantiene relaciones sociales en la comunidad
	Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/ psíquica	2	Relación social solo con familia y vecinos
	Vive con cónyuge de similar edad	3	Relaciones sociales solo con la familia
	Vive solo y tiene hijos con viviendas próximas	4	No sale del domicilio pero recibe visitas de familia
	Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)	5	No sale del domicilio y no recibe visitas

Pts.	2.- SITUACIÓN ECONÓMICA
1	Dos veces el salario mínimo vital
2	Menos de dos. Pero más de un salario mínimo vital
3	Un salario mínimo vital (S/ 550.00)
4	Ingreso irregular (menos del mínimo vital)
5	Sin pensión, sin otros ingresos.

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR:

Buena / aceptable situación social.

Existe riesgo social

Existe problema social

PUNTUACIÓN:

3 a 6 pts. : Buena aceptación social

7 a 10 pts. : Existe riesgo social

= 11 pts. : Existe problema social

Fuente: Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor. Ministerio de Salud. Programa del Adulto Mayor. 1° edición. Editorial Estrella. MINSA. Lima. 2008.