



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA MÉDICA
ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

**IDENTIFICACION DE FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO
COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN UN
HOSPITAL MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ATE VITARTE
DURANTE EL AÑO 2017.**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO TECNÓLOGO
MÉDICO EN EL ÁREA DE TERAPIA FÍSICA Y REHABILITACIÓN.**

AUTOR: MILAGROS MARIBEL CERVANTES CALDERON.

ASESOR: LIC.TM. CARMEN ROSA RODRIGUEZ CISNEROS

LIMA, PERÚ

2018

HOJA DE APROBACIÓN

MILAGROS MARIBEL CERVANTES CALDERON.

**IDENTIFICACION DE FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO
COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN UN
HOSPITAL MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ATE VITARTE
DURANTE EL AÑO 2017.**

Esta tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título de
Licenciado en Tecnología Médica en el Área de Terapia Física y
Rehabilitación.

LIMA – PERÚ

2018

Se dedica este trabajo a:

A mis padres con mucho amor y cariño le dedico todo mi esfuerzo y trabajo puesto para la realización de esta tesis.

A mi esposo e hijo por ser el soporte de mi vida y estar a mi lado siempre.

**Se agradece por su contribución
para el desarrollo de esta tesis:**

Le agradezco a Dios, por ser mi fortaleza en los momentos difíciles y por brindarme una vida plena.

A todas las personas que contribuyeron al desarrollo de este trabajo.

Epígrafe:

Todo el mundo trata de realizar algo grande, sin darse cuenta de que la vida se compone de cosas pequeñas.

Frank Clark.

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo Retrospectivo de corte transversal, el objetivo fue establecer la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017. Los resultados muestran: Se logró identificar los Factores asociados a Deterioro Cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del distrito de Ate Vitarte durante el año 2017. Se registró que 54 adultos mayores presentaron factores asociados a deterioro cognitivo con un 25,7%, mientras que 156 Adultos Mayores no presentaron Factores asociadas a deterioro cognitivo con un 74,3% del total, la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto a la edad se dio en el rango de 76 a 80 años con un 53,7%, predomina el sexo Masculino con un 55,6%, se observa que el mayor porcentaje de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto a las patologías Asociadas fue en Parkinson con un 33,3%, la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores con respecto al consumo de Fármacos se dio en el consumo de Neurolépticos con un 42,6% y finalmente los factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra según Nivel Socioeconómico. El mayor porcentaje se dio en el nivel socioeconómico E con el 35,2%. Seguido del nivel socioeconómico D con un 25,9% y finalmente el nivel socio económico A con un 5,5%.

Palabras Clave: Factores asociados, Demencia Senil, Deterioro cognitivo.

ABSTRACT

The type of study was descriptive Retrospective cross-sectional, the objective was to establish the prevalence of factors associated with cognitive impairment in older adults treated in a Municipal Hospital of the District of Ate Vitarte during the year 2017. The results show: It was possible to identify Factors associated with Cognitive Impairment in older adults treated in a Municipal Hospital in the district of Ate Vitarte during the year 2017. It was recorded that 54 older adults presented factors associated with cognitive deterioration with 25.7%, while 156 older adults did not present Factors associated with cognitive impairment with 74.3% of the total, the prevalence of factors associated with cognitive impairment in older adults with respect to age occurred in the range of 76 to 80 years with 53.7%, the male sex predominates with 55.6%, it is observed that the highest percentage of factors associated with cognitive impairment in older adults with respect to pathologies as Associated was in Parkinson's with 33.3%, the prevalence of Factors associated with cognitive deterioration in older adults with regard to the consumption of Drugs occurred in the consumption of Neuroleptics with 42.6% and finally the factors associated with Cognitive Impairment in Older Adults of the sample according to the Socioeconomic Level. The highest percentage occurred in socioeconomic level E with 35.2%. Followed by socioeconomic level D with 25.9% and finally socio-economic level A with 5.5%.

Keywords: Associated factors, Senile dementia, Cognitive impairment.

INDICE

RESUMEN	1
LISTA DE TABLAS	5
LISTA DE FIGURAS	5
INTRODUCCIÓN	6
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1. Planteamiento del Problema	7
1.2. Formulación del Problema:	10
1.2.1. Problema General.....	10
1.2.2. Problemas Específicos	10
1.3. Objetivos	11
1.3.1. Objetivo General.....	11
1.3.2. Objetivos Específicos	11
1.4. Justificación.....	12
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	13
2.1. Bases Teóricas:	13
2.1.1. Adulto mayor:.....	13
2.1.2. Deterioro Cognitivo:	13
2.1.3. Funciones cognitivas relacionadas al envejecimiento:	15
2.1.4. Factores de Riesgo de Deterioro Cognitivo	16
2.1.5. Factores Asociados al Deterioro Cognitivo:.....	16
2.2. Antecedentes:	18
2.2.1. Antecedentes Internacionales:.....	18
2.2.2. Antecedentes Nacionales:	20
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	21
3.1. Diseño del Estudio	21
3.2. Población	21
3.2.1. Criterios de Inclusión	21

3.2.2. Criterios de Exclusión	21
3.3. Muestra	22
3.4. Operacionalización de Variables:.....	22
3.5. Procedimientos y Técnicas	23
3.6. Plan de análisis de datos	23
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	24
4.1. Resultados estadísticos	24
4.1.1. Características de la muestra	24
4.1.2. Factores asociados a Deterioro Cognitivo de la muestra.	25
4.1.3. Distribución de la muestra por Clasificación de Deterioro Cognitivo de la muestra.....	26
4.1.4. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores por grupos etáreos.	27
4.1.5. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores De la muestra por sexo	28
4.1.6. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra por Patologías Asociadas.....	29
4.1.7. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra por consumo de fármacos.	30
4.1.8. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra según Nivel Socioeconómico.....	32
4.2. Discusión de Resultados.....	33
4.3. Conclusiones.....	36
4.4. Recomendaciones.....	38
REFERENCIAS BIBLIOGRAFIAS	39
ANEXO Nº 1: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS.....	44
ANEXO Nº 2:MATRIZ DE CONSISTENCIA	45

LISTA DE TABLAS

Tabla 1: Edad de la muestra	24
Tabla 2: Prevalencia de factores asociados a deterioro cognitivo de la muestra.....	25
Tabla 3: Distribución de la muestra por clasificación de deterioro cognitivo.....	26
Tabla 4: Distribución de la muestra por grupos etáreos	27
Tabla 5: Distribución de la muestra por sexo	28
Tabla 6: Distribución de la muestra por Patologías Asociadas.	29
Tabla 7. . Distribución de la muestra por consumo de Fármacos	30
Tabla 8. . Distribución de la muestra según nivel socioeconómico	32

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Prevalencia de factores asociados a deterioro cognitivo de la muestra.....	25
Figura 2. Distribución de la muestra por clasificación de deterioro cognitivo.....	27
Figura 3. Distribución de la muestra por grupos etáreos	28
Figura 4: Distribución de la muestra por sexo	29
Figura 5. Distribución de la muestra por Patologías Asociadas.....	30
Figura 6. Distribución de la muestra por consumo de Fármacos.....	31
Figura 7. Clasificación de la muestra según nivel socioeconómico	33

INTRODUCCIÓN

El aumento en la expectativa vida ha generado impacto en los sistemas de salud a nivel mundial. Proyecciones señalan que para el año 2050, la expectativa de vida para las personas mayores de 60 años aumentará 77%, incrementando con ello las enfermedades asociadas con la edad entre las que el deterioro cognoscitivo sin demencia y la demencia representan condiciones que afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor y determinan un mayor uso de los servicios de salud. El deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual. (4)

Es de vital importancia identificar los factores sociodemográficos que se han asociado con una mayor probabilidad de demencia y son la edad, el género femenino y la baja escolaridad. Asimismo, algunas enfermedades crónicas de la vejez como diabetes, enfermedad pulmonar obstructiva, enfermedad cardiaca y cerebral, así como hipertensión, han mostrado una fuerte relación con el desarrollo de la demencia por sus efectos directos o indirectos en el estado del cerebro. Estas enfermedades, junto con la cirrosis, constituyen las seis principales causas de mortalidad en la población mexicana: enfermedades isquémicas del corazón (14.9%), diabetes mellitus (13.3%), enfermedad cerebrovascular (8.6%), enfermedad pulmonar obstructiva (6.2%) e hipertensión (3.5 por ciento). (13)

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

Cuando se habla de envejecimiento, se trata de un concepto dinámico, según el cual, “envejecer” deja de ser solo un proceso, para convertirse además en un procedimiento. Esto es, en una forma de proceder, una actitud, con la que los hombres y las mujeres a lo largo de la historia, en las distintas épocas, han perfilado su forma de “ser mayores”, influyendo en su propia expectativa de vida y en la de sus sucesores. Es además la consecuencia del modo en que, el estilo de vida cataliza el propio proceso de envejecimiento, contribuyendo a que se aceleren o frenen los caracteres, las manifestaciones que identifican dicho proceso. (1,2).

Según cálculos de Naciones Unidas, en 1950 habían alrededor de 200 millones de adultos mayores, que aumentaron en 1975 a 350 millones, mientras que para el 2000 la cifra aumentó a 600 millones (10 % de los habitantes del planeta) y para el 2025 pueden ser 1100 millones lo que significa un aumento del 224% a contar de 1975. Se prevé que durante ese mismo período la población total mundial aumentará de 4.100 millones a 8.200 millones, o sea, un 102%. Por lo tanto, en el 2025 las personas de edad avanzada constituirán el 15% de la población mundial y para el 2050 el 20%, que se estima en alrededor de 2000 millones de ancianos. El envejecimiento demográfico es el gran desafío del tercer milenio (3).

En América Latina y el Caribe la transición demográfica, de comienzo reciente, se caracteriza por su rapidez siendo un proceso generalizado, todos los países de la región marchan hacia sociedades más

envejecidas. En 1950 sólo el 5.4% de la población tenía 60 años o más, en el 2002 se estimó un 8%, mientras que para el 2025 se estima un 12.8% de la población en este grupo y para el 2050 el 22%, mientras la población en general crece en un 1.5%, la población mayor de 60 crece en un 3.5%. El 75% de las personas que nacen hoy en América Latina y el Caribe serán adultos mayores y un 40% sobrepasarán sus 80 años. De manera que en un siglo el porcentaje de adultos mayores se cuadruplicará (4-5).

Con respecto a la valoración epidemiológica del Deterioro Cognitivo Leve a nivel mundial es muy compleja, ya que diversos estudios basados en comunidad han encontrado tasas desde 1% hasta 28,3%, esta gran variabilidad podría deberse al tipo de muestreo, las pruebas cognitivas seleccionada y la pérdida de individuos. El deterioro cognitivo y demencia son condiciones altamente prevalentes en países desarrollados de Europa, Norteamérica, y de forma aislada en otros países en desarrollo de América Latina (6,7).

Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, lo que, unido a la revolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años, hace que las dimensiones del problema se tornen "epidémicas" en la primera mitad del siglo XXI. Resulta de gran interés investigar aquellas enfermedades que causan incapacidad física y se asocian con el deterioro intelectual, pues afectan directamente la calidad de vida del paciente (8-9).

Países latinos como Cuba mencionan que la expectativa de vida va en aumento al igual que la población de la tercera edad, según el patrón de distribución por edades, señala que los individuos mayores de 65 años se están incrementando, de igual forma lo hacen el deterioro cognitivo y las demencias. Estudios efectuados indican una prevalencia de deterioro cognitivo entre el 7,76 a 16,5 %¹⁵ en las personas mayores de 65 años, y esta cifra se incrementa hasta un 10 % si se tienen en cuenta las formas iniciales (11-12).

Estudios realizados en México, detallan que las caídas y las alteraciones de la marcha son dos condiciones o síndromes geriátricos que están asociados con el deterioro cognitivo y puede ser un manifestación temprana o tardía de demencia u otras enfermedades neurodegenerativas, sobre todo si se presentaron de forma progresiva (13-14).

En Colombia, se informó que un individuo con Deterioro Cognitivo Leve tiene un 10 a 15% de probabilidad de desarrollar demencia en comparación con sujetos sanos en quienes la probabilidad es 1-2% anual, así mismo Chile, señala que los sujetos mayores de 65 años, la incidencia anual de deterioro cognitivo es 1,78% y de demencia 1,82%. (15-17).

Cifras descritas por el Instituto Nacional de Estadística e Informática del Perú detallan que la población de adultos mayores representaba aproximadamente el 7.68%, en la actualidad existen aproximadamente 22 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años de edad; estimándose que para el 2025 habría 52 adultos mayores por cada 100 menores de 15 años. Además, señala que el aumento porcentual de esta población, indica

el incremento de las enfermedades ligadas a la edad, sin que existan estudios sobre la relación del envejecimiento con el deterioro cognitivo. (18).

1.2. Formulación del Problema:

1.2.1. Problema General

¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a la edad?
- ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al sexo?
- ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a las patologías asociadas?
- ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día?

- ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al nivel socioeconómico?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Establecer la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a la edad.
- Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al sexo.
- Establecer la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a las patologías asociadas.
- Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día.

- Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al nivel socioeconómico.

1.4. Justificación

El envejecimiento poblacional impone nuevos retos a la Salud Pública, entre los que se encuentra, en materia de salud mental, la sistematización de acciones de promoción, prevención y rehabilitación del deterioro cognitivo. Para ello, es preciso actualizarnos sobre las peculiaridades del funcionamiento cognoscitivo en el adulto mayor, los cambios que se producen en su atención y percepción, teniendo en cuenta que ambas son funciones neuropsicológicas implicadas en la actividad cognitiva del ser humano, y a las que se les presta, habitualmente, menor importancia que a los problemas relacionados con la memoria en la tercera edad. Sabemos que la memoria es un proceso mental complejo por medio del cual fijamos, retenemos y reproducimos todo aquello que estuvo una vez en nuestra conciencia, haciendo uso posterior de nuestra experiencia; es pues, una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. Es por ello que la finalidad de este estudio es establecer la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017. Con los resultados obtenidos se pretende desarrollar un plan de intervención que nos permita identificar de manera precoz y oportuna los problemas y complicaciones asociados a esta acontecimiento creando estrategias dirigidas a disminuir cifras de prevalencia del mismo modo este trabajo permitirá a otros investigadores desarrollar futuras investigaciones.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas:

El envejecimiento se caracteriza por toda una serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que se producen en los seres vivos con el paso del tiempo. Asimismo, es un grupo que ejerce una fuerte demanda al sistema de salud, por la mayor presencia de enfermedades crónicas, malnutrición, marginación social, pérdida prematura de su capacidad funcional, entre otras (19-20).

2.1.1. Adulto mayor:

Término reciente que se le da a las personas que tienen más de 65 años de edad, también estas personas pueden ser llamados de la tercera edad. Un adulto mayor ha alcanzado ciertos rasgos que se adquieren bien sea desde un punto de vista biológico (cambios de orden natural), social (relaciones interpersonales) y psicológico (experiencias y circunstancias enfrentadas durante su vida). (21).

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) y las Naciones Unidas consideran como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 años o más. Las alteraciones más importantes en las personas de la tercera edad son: Deterioro cognitivo, Incontinencia, Malnutrición, Alteraciones sensoriales (auditivas, visuales), Depresión (22)

2.1.2. Deterioro Cognitivo:

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como son la memoria, orientación,

calculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. El deterioro cognitivo, desde un punto de vista de síndrome geriátrico, se considera como una alteración de cualquier dimensión de las funciones cerebrales superiores, que en algunos casos se puede comprobar con pruebas neuropsicológicas y mayormente es multifactorial; si la persona presenta este síndrome, es necesario realizarle una evaluación integral que permita determinar si cursa con demencia o algún otro problema. El deterioro cognitivo se podría relacionar con los cambios cerebrales típicos del envejecimiento y la demencia sería resultante de cambios atípicos en la histología cerebral (23-25).

La función cognitiva de una persona es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales y que va a cambiar con la edad. Estos cambios se reflejan principalmente en una disminución en la velocidad y en la eficiencia del procesamiento intelectual, que se podría observar aproximadamente desde la quinta década de vida y que tiende a acentuarse en décadas posteriores (18,25).

En el transcurso del envejecimiento, la mayoría de las personas 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. Se debe tener en cuenta que en el envejecimiento, las demandas del entorno disminuyen por lo que se da un proceso de desentrenamiento de las habilidades cognitivas, pudiendo ser una de las causas. Además, el declive cognitivo está sujeto a una gran variabilidad interindividual. Se considera que el deterioro cognitivo

es un marcador de fragilidad, comorbilidad, y factor de riesgo para la utilización de recursos sanitarios y sociosanitarios por en el adulto mayor (26-28).

2.1.3. Funciones cognitivas relacionadas al envejecimiento:

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de la percepción, atención, habilidad viso-espacial, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, algunos de los cuales sufren un grado de deterioro variable en el adulto mayor (29).

- **Memoria:** Es la facultad del cerebro que permite registrar experiencias nuevas y recordar otras pasadas. El deterioro de la memoria asociado con la edad es un trastorno relativamente benigno que puede ser bastante común por el hecho de estar vinculado con el envejecimiento normal. Se afecta más la memoria a largo plazo que la memoria a corto plazo (31).
- **Lenguaje:** Es un código de sonidos o gráficos que sirven para la comunicación social entre los seres humanos. El proceso de envejecimiento parece no afecta la capacidad de denominar objetos, definir objetos, reconocer la definición correcta entre las alternativas planteadas, o reconocer y corregir frases aberrantes sintácticamente. No obstante, tienden a producir definiciones con muchas más palabras que los jóvenes. Los procesos automáticos sin esfuerzo consciente están preservados a diferencia de los que si requieren esfuerzo para su ejecución. Además, tienen una mayor dificultad tanto para procesar las estructuras sintácticas complejas como para poder hacer inferencias en la comprensión (30).

- **Habilidades Espaciales:** Son la capacidad de manejo del espacio corporal y extra-corporal. El adulto mayor presenta una disminución en la cognición espacial, no pudiendo visualizar un patrón complejo después de ver sus partes. Además, existe un declive en la capacidad para identificar figuras incompletas, la codificación y recuerdo de la localización espacial, y la memoria de localización táctil (28).
- **Funciones Ejecutivas:** Son procesos mentales vinculados a planificación y organización, solución de problemas nuevos, desarrollo de la planificación discursiva, organización de conductas, posibilidades de cambio y monitoreo de los errores. Todos estos procesos parecen declinar muy levemente en el envejecimiento normal (30).
- **Atención:** Es una función en virtud de la cual un estímulo o un objeto se sitúa en el foco de la conciencia. La atención sostenida, se mantiene con un buen desempeño en el adulto mayor (26).

2.1.4. Factores de Riesgo de Deterioro Cognitivo

Los factores de riesgo para demencia incluyen: Edad avanzada, Genética, Trauma cráneo encefálico, Alteración en los vasos sanguíneos, Trastornos metabólicos y psiquiátricos, Infecciones del SNC, Abuso del alcohol y otras sustancias, Evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis, Cáncer, Enfermedad de Parkinson. (24)

2.1.5. Factores Asociados al Deterioro Cognitivo:

- **Síndrome de caídas:** Las personas de tercera edad con deterioro cognitivo o demencia, presentan mayor tendencia a sufrir caídas, pudiendo ser una manifestación temprana o tardía

de demencia y otras enfermedades neurodegenerativas; sobre todo si se presentan de forma repetitiva o progresiva.

- **Síndrome de fragilidad:** Si los adultos mayores presentan deterioro cognitivo, este constituye un factor de riesgo para presentar fragilidad.
- **Depresión:** La presencia de la depresión en el adulto mayor aumenta dos veces el riesgo para Enfermedad de Alzheimer y tres veces para demencia vascular, en los 5 años posteriores iniciada la depresión.
- **Síndrome de abatimiento funcional:** Si el adulto mayor presenta una disminución de dos actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD), aumenta el riesgo de demencia en los 10 años posteriores.
- **Delirium:** Los adultos mayores que presentan al menos un cuadro de Delirium tienen un elevado riesgo de demencia.
- **Polifarmacia:** Se conoce que la ingesta de fármacos (más de 5) constituye un gran riesgo de demencia en adultos mayores. Los fármacos anticolinérgicos interfieren con la cognición de forma aguda (delirium) y crónica (deterioro cognitivo) en las personas de la tercera edad, debiéndose evitar en aquellos adultos mayores que presentan factores de riesgo para presentar ambas condiciones.
- **Síndrome de privación sensorial:** La presencia de déficit auditivo en el adulto mayor constituye un factor de riesgo para la existencia de demencia.

- **Desnutrición:** Es muy prevalente en las personas de la tercera edad con deterioro cognitivo a diferencia de las personas que no presentan algún déficit cognitivo (38).

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales:

Estudio realizado en Colombia (2013). Prevalencia de Deterioro Cognitivo y Demencia en Mayores de 65 años en una población urbana colombiana. Se realizó un estudio poblacional descriptivo y transversal, con evaluación domiciliaria en distintos estratos socioeconómicos, mediante un instrumento de recolección de información administrado al sujeto y al cuidador. Se evaluaron las AVD instrumentales y se aplicaron tres pruebas de tamizaje para deterioro cognitivo, considerando caso positivo para TC aquel que obtuvo desempeño anormal en cualquiera de las pruebas aplicadas. Se hizo el análisis estadístico mediante el paquete Epi-info, con promedios y desviaciones estándar, empleando una $p < 0.05$ como estadísticamente significativa. Resultados. Se encuestaron 317 personas mayores de 65 años con porcentajes similares entre hombres (50.5%) y mujeres (49.5%), con edad promedio de 75.2 ± 6.6 años. En 125 sujetos hubo alteración de alguna de las tres pruebas para TC, lo que equivale a 39.4% de la muestra, con asociaciones significativas para mayor edad, bajo nivel educativo, polifarmacia, hipertensión arterial y dislipidemia. Las tres pruebas resultaron alteradas en 6% de los sujetos, cifra similar al 5.6% de los que tuvieron alteradas las 4 AVD instrumentales y que podrían corresponder a casos de demencia (29).

Estudio realizado en Mahé, Seychelles. (2013). Rasgos distintivos

de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia. Estudio descriptivo de 156 pacientes ingresados en un hogar de ancianos ubicado en Mahé, Seychelles, entre el 2010 y el 2012. Se analizó el comportamiento de los adultos mayores en relación con: presencia de deterioro cognitivo y demencia, edad, sexo, enfermedades crónicas no transmisibles, niveles de comorbilidad, declinar funcional, filtrado glomerular estimado, polifarmacia, y años de escolaridad. En la evaluación de la comorbilidad se utilizó el Índice de Charlson en su versión abreviada y en la valoración funcional el Índice de Barthel. Resultados: el 57,7 % de los residentes presentaron deterioro cognitivo o demencia, de ellos el 66,7 % pertenecieron al sexo masculino. Los pacientes con deterioro cognitivo y demencia analizados en el estudio tuvieron una mayor probabilidad de padecer alta comorbilidad (OR: 5,88; intervalo de confianza del 95% [IC95]: 5,42-6,33) y peor desempeño funcional (OR: 20,53; IC95%: 19,54-21,29) que los casos institucionalizados sin estas entidades. Otras variables estudiadas en los casos con deterioro cognitivo como la edad, presencia de polifarmacia, filtrado glomerular estimado y años de escolaridad mostraron diferencias significativas en comparación con los adultos mayores sin deterioro cognitivo (27).

Estudio realizado en España. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en el cual participaron 368 adultos mayores. Para la colecta de los datos se utilizó: cuestionario de identificación, Mini-Mental, Índice de Katz y Escala de Lawton. La estadística descriptiva y test exacto de Fisher fueron utilizados en el

análisis. Los resultados muestran que hubo predominio de mujeres (64,9%), de 60-70 años (43,8%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria (AVD). Se concluye que un significativo porcentual de adultos mayores independientes para la realización de las AVD, sin embargo necesitan de ayuda para las AIVD. (35)

2.2.2. Antecedentes Nacionales:

Un estudio realizado en Lima-Perú. (2015). Perfil Cognitivo del Adulto Mayor en Arequipa. El mayor envejecimiento poblacional y la mayor esperanza de vida implican variaciones a nivel físico y mental, pudiendo llegar a procesos patológicos complejos como el deterioro cognitivo y la demencia. Esta investigación busca conocer el perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa según el Mini-Mental State Examination (MMSE) en la población. Se evaluaron 656 adultos de ambos sexos entre 55 y 96 años, de habla castellana, sin deficiencias sensoriales graves. Se encontró un 21% con indicadores de deterioro cognitivo, el cual disminuye si consideramos el nivel de autonomía en las actividades de la vida diaria (13%); además observamos que aquellos con mayor nivel educativo, mentalmente activos y autónomos, rinden mejor en la prueba. (18).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio

Estudio Descriptivo Retrospectivo de Tipo Transversal

3.2. Población

La población de estudio estuvo constituida por el registro de datos e historias clínicas de todos los pacientes que acudieron al Área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 (N=210).

3.2.1. Criterios de Inclusión

- Registro de datos e Historias clínicas completas de todos los pacientes que acudieron al Área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte.
- Datos de pacientes cuyo rango de edades comprenden de 65 a 80 años de edad.
- Datos de pacientes de ambos sexos.
- Datos de pacientes que presentan deterioro cognitivo.
- Datos de pacientes que presentan deterioro cognitivo durante el año 2017.

3.2.2. Criterios de Exclusión

- Registro de datos e Historias clínicas incompletas de todos los pacientes que acudieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte.
- Pacientes derivados de otras sedes hospitalarias.
- Pacientes que no presentan deterioro cognitivo.

3.3. Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección. Se pretende estudiar y conocer los datos de un mínimo de 54 Registro de datos e Historias clínicas completas de todos los pacientes que acudieron al Área de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte, Los cuales presentan deterioro cognitivo. Se utilizò el Muestreo no Probabilístico de Tipo Aleatorio Simple.

3.4. Operacionalización de Variables:

VARIABLE PRINCIPAL	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Factores asociados a Deterioro cognitivo.	Agentes causales de Pérdida en las funciones cognitivas.	Registro de datos e historias clínicas	Binaria	Si presenta No presenta
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE REGISTRO
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 65 a 80.
Sexo	Variable biológica y genética que divide a los seres humanos en mujer u hombre.	Documento Nacional de Identidad D.N.I)	Binaria	Masculino Femenino
Patologías Asociadas.	Grupo de síntomas asociadas a una determinada dolencia	Ficha de recolección de datos	Nominal	Hipertensión Diabetes mellitus Osteoartrosis Parkinson Depresión
Nivel socioenómico.	Medida total económica y sociológica combinada de la preparación laboral de una persona	Ficha de recolección de datos	Ordinal	NSE A NSE B NSE C NSE D NSE E
Fármacos administrados al día.	Fenómeno habitual que concierne a la práctica médica.	Ficha de recolección de datos	Nominal	Hipotensores Hipnóticos Antidepresivos Neurolépticos

Fuente: Elaboración propia.

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se solicitó el permiso correspondiente a través de una carta de presentación avalada por la universidad Alas Peruanas al departamento de estadística del Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte, para poder acceder a la base de datos del Área de Medicina Física y Rehabilitación. Del mismo modo el ingreso al archivo clínico con la finalidad de recolectar datos de pacientes con deterioro cognitivo para recopilar toda esta información mediante la ficha de recolección de datos. Así mismo para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocarán en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tendrá un código correspondiente al nombre del participante y será almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tendrá acceso a esta información.

3.6. Plan de análisis de datos

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizaran mediante el software SPSS 23, para calcular los diferentes estadígrafos: Medias, Desviación Estándar, para las tablas de frecuencia y análisis de contingencia para los gráficos del sector.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

4.1. Resultados estadísticos

Los resultados estadísticos que a continuación se detallan, corresponden a la Prevalencia de Factores asociados a deterioro Cognitivo en Adultos Mayores atendidos en un Hospital Municipal del distrito de ATE Vitarte durante el año 2017.

4.1.1. Características de la muestra

Edad de la muestra

Tabla 1: Edad de la muestra

Características de la edad	
Muestra	54
Media	74,77
Desviación estándar	±3,91
Edad mínima	65

Fuente: Elaboración propia.

La muestra, formada por 54 Adultos Mayores atendidos en un Hospital Municipal del distrito de Ate Vitarte durante el año 2017. En los cuales se identificaron factores asociadas a deterioro cognitivo, presentaron una edad promedio de 74,77 años, con una desviación estándar o típica de ± 3,91 años y un rango de edad que iba desde los 65 a 80 años.

4.1.2. Factores asociados a Deterioro Cognitivo de la muestra.

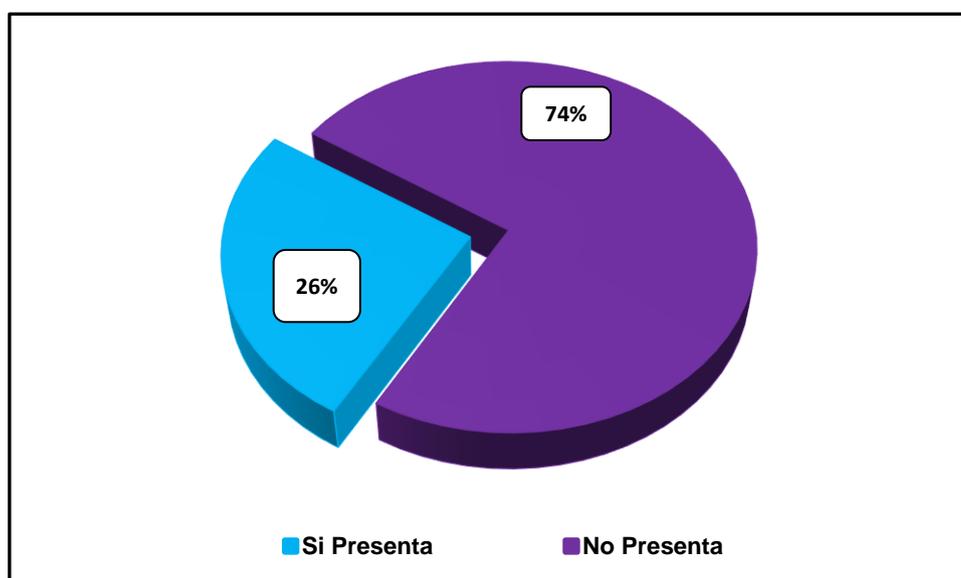
Tabla 2: Prevalencia de factores asociados a deterioro cognitivo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si Presenta	54	25,7	25,7
No Presenta	156	74,3	100,0
Total	210	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 2. Presenta la distribución de la muestra respecto a la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del distrito de Ate Vitarte durante el año 2017. Se registró que 54 adultos mayores presentaron factores asociados a deterioro cognitivo con un 25,7%, mientras que 156 Adultos Mayores no presentaron Factores asociadas a deterioro cognitivo con un 74,3% del total.

Figura 1. Prevalencia de factores asociados a deterioro cognitivo de la muestra



Fuente: Elaboración propia

La figura 1 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.3. Distribución de la muestra por Clasificación de Deterioro Cognitivo de la muestra.

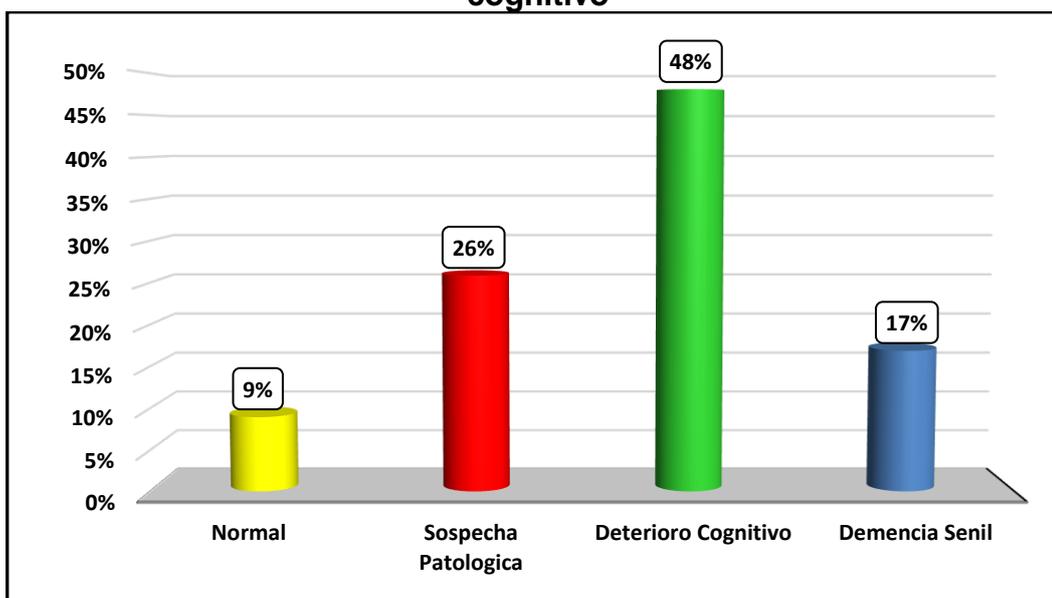
Tabla 3: Distribución de la muestra por clasificación de deterioro cognitivo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Normal	5	9,3	9,3
Sospecha Patológica	14	25,9	35,2
Deterioro Cognitivo	26	48,1	83,3
Demencia Senil	9	16,7	100,0
Total	54	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra por Clasificación de Deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital municipal del distrito de Ate Vitarte. Se registró que 5 Adultos Mayores estuvieron en la clasificación de Normal, 14 Adultos Mayores presentaron Sospecha Patológica, 26 Adultos Mayores presentaron Deterioro Cognitivo y 9 Adultos Mayores presentaron Demencia Senil. Se observa que prevalece la clasificación de deterioro cognitivo un 48,1%, seguido de Sospecha Patológica con un 25,9%, demencia senil con 16,7% y finalmente se encontraron normal con un 9,3%.

Figura 2. Distribución de la muestra por clasificación de deterioro cognitivo



Fuente: Elaboración propia

La figura 2 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.4. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores por grupos etáreos.

Tabla 4: Distribución de la muestra por grupos etáreos

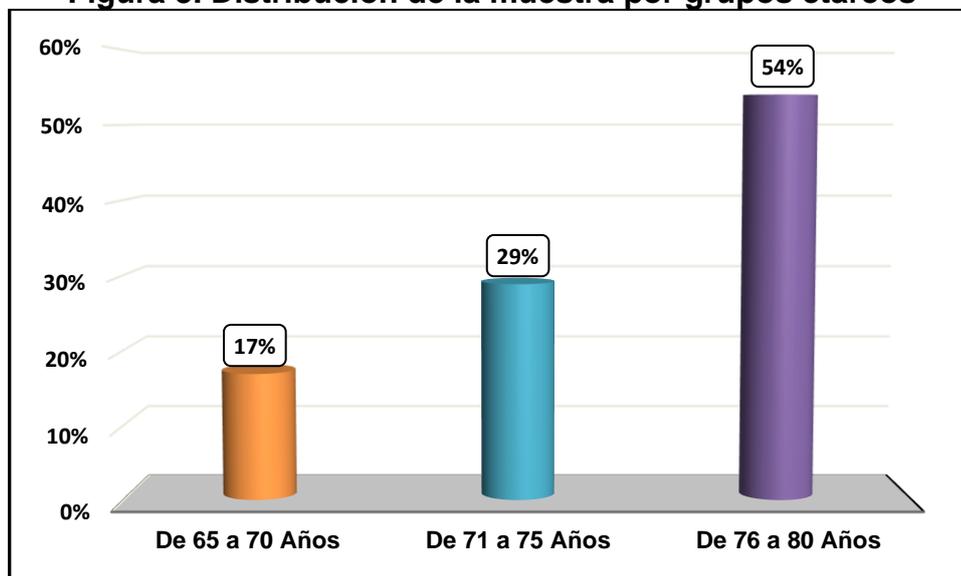
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
De 65 a 70 Años	9	16,7	16,7
De 71 a 75 Años	16	29,6	46,3
De 76 a 80 Años	29	53,7	100,0
Total	54	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla 4 presenta la distribución de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo de la muestra por grupos etáreos, Se registró que 9 Adultos Mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte tenían entre 65 a 70 años de edad; 16 Adultos Mayores tenían entre 71 a 75 años de edad y 29 Adultos Mayores tenían entre 76 a 80 años de edad. Se observa que la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo

en adultos mayores respecto a la edad se dio en el rango de 76 a 80 años con un 53,7%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 29,6%, y finalmente el rango de 65 a 70 años con un 16,7%.

Figura 3. Distribución de la muestra por grupos etáreos



Fuente: Elaboración propia

La figura 3 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.5. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores De la muestra por sexo

Tabla 5: Distribución de la muestra por sexo

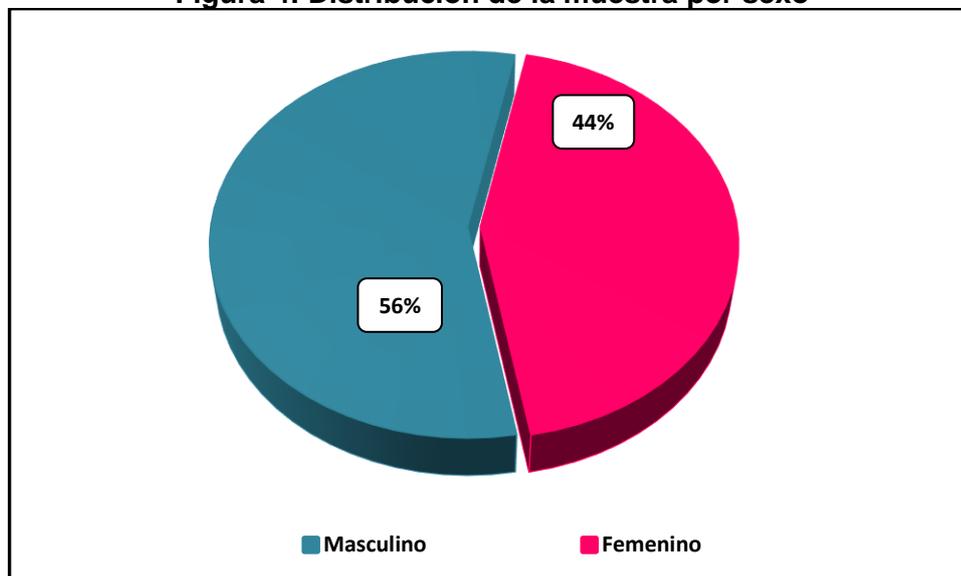
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	30	55,6	55,6
Femenino	24	44,4	100,0
Total	54	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra por sexo, se registró 30 Adultos Mayores de un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte fueron del sexo Masculino y 24 Adultos Mayores fueron del sexo Femenino. Se observa que la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en

adultos mayores respecto al sexo predomina el sexo Masculino con un 55,6%.

Figura 4: Distribución de la muestra por sexo



Fuente: Elaboración Propia

La figura 4 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.6. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra por Patologías Asociadas.

Tabla 6: Distribución de la muestra por Patologías Asociadas.

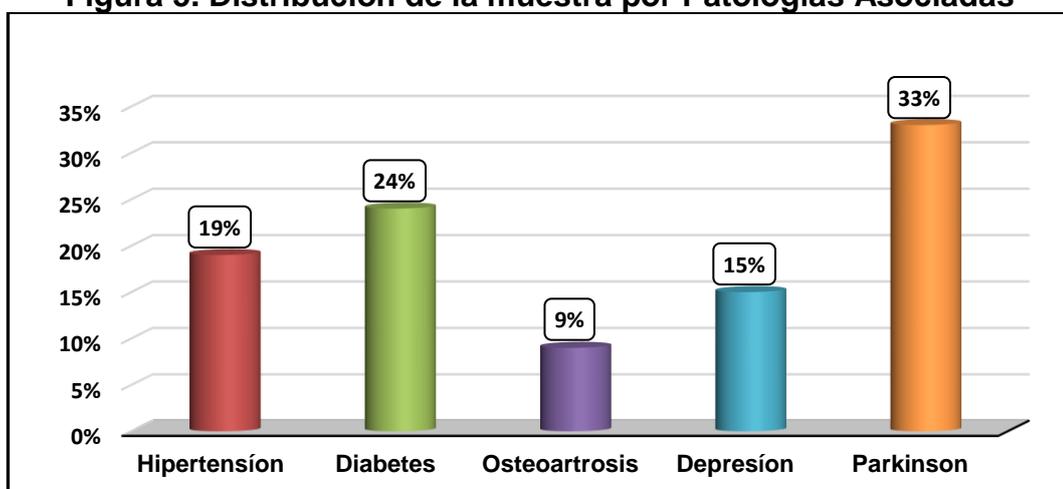
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipertensión	10	18,5	18,5
Diabetes	13	24,1	42,6
Osteoartrosis	5	9,3	51,9
Depresión	8	14,8	66,7
Parkinson	18	33,3	100,0
Total	54	100,0	

Fuente: Elaboración Propia

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra de acuerdo a las Patologías Asociadas. se registró que 10 Adultos Mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte presentaron Hipertensión, 13 Adultos

Mayores presentaron Diabetes, 5 Adultos Mayores presentaron Osteoartrosis, 8 Adultos Mayores presentaron Depresión y 18 Adultos Mayores presentaron Parkinson. Se observa que la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto a las patologías Asociadas fue en Parkinson con un 33,3%, seguido de Diabetes con un 24,1%, y finalmente con Osteoartrosis con un 9,3%.

Figura 5. Distribución de la muestra por Patologías Asociadas



Fuente: Elaboración Propia

La figura N° 5 presenta los porcentajes correspondientes.

4.1.7. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra por consumo de fármacos.

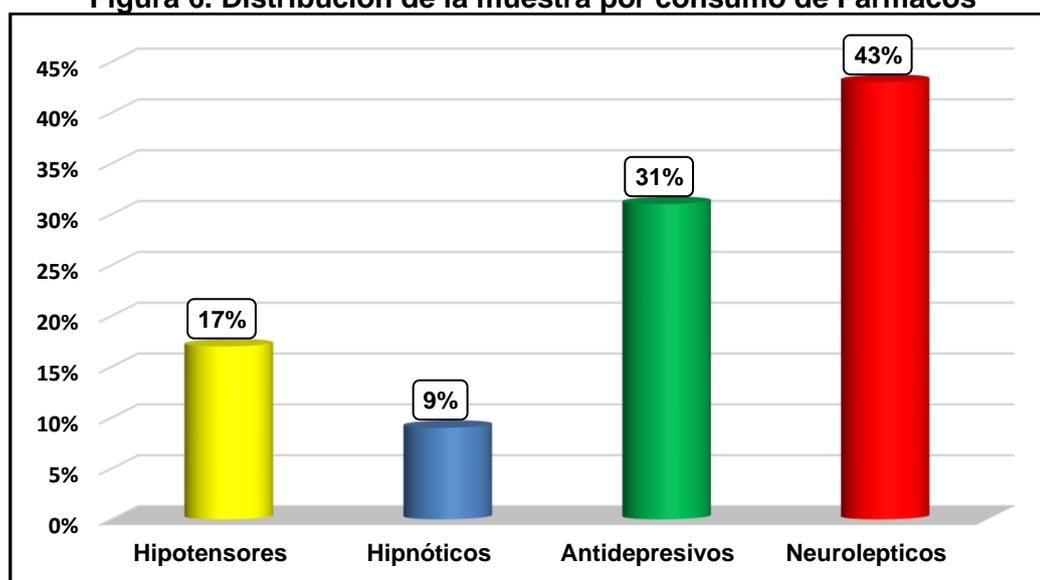
Tabla 7. . Distribución de la muestra por consumo de Fármacos

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Hipotensores	9	16,7	16,7
Hipnóticos	5	9,3	26,0
Antidepresivos	17	31,4	57,4
Neurolépticos	23	42,6	100,0
Total	54	100,0	

Fuente: Elaboración Propia.

La tabla N° 7 presenta la distribución de la muestra por Consumo de Fármacos, se registró que 9 Adultos mayores consumen Hipotensores, 5 Adultos mayores consumen Hipnóticos, 17 Adultos mayores consumen Antidepresivos y 23 Adultos mayores consumen Neurolépticos. Se observa que la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores con respecto al consumo de Fármacos se dio en el consumo de Neurolépticos con un 42,6%, seguido con el consumo de Antidepresivos con un 31,4%, Hipotensores con un 16,7% y finalmente con el consumo de Hipnóticos con un 11,2%.

Figura 6. Distribución de la muestra por consumo de Fármacos



Fuente: *Elaboración Propia*

La figura N° 6 presenta los porcentajes correspondiente.

4.1.8. Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra según Nivel Socioeconómico.

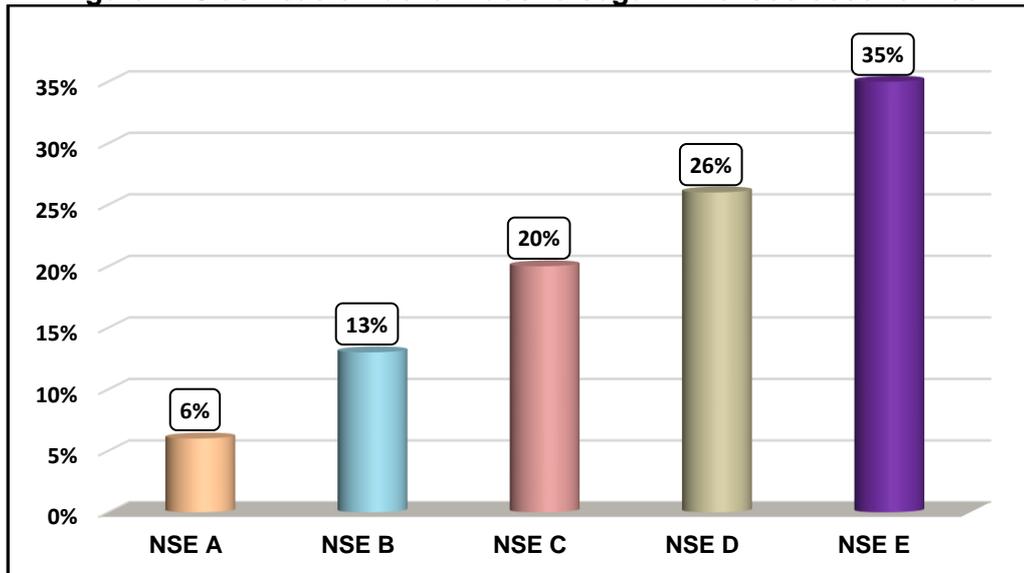
Tabla 8. . Distribución de la muestra según nivel socioeconómico

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
NSE A	3	5,5	5,5
NSE B	7	13,0	18,5
NSE C	11	20,4	38,9
NSE D	14	25,9	64,8
NSE E	19	35,2	100,0
Total	54	100,0	

Fuente: Elaboración propia

La tabla N° 8 presenta la distribución de la muestra por nivel socioeconómico a la que pertenecía. se registró que 3 Adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico **A**; 7 Adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico **B**; 11 Adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico **C**; 14 Adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico **D** y 19 Adultos mayores pertenecían al nivel socioeconómico **E**. Se observa que la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto al nivel socioeconómico de dio en el nivel socioeconómico **E** con el 35,2%. Seguido del nivel socioeconómico **D** con un 25,9% y finalmente el nivel socio económico **A** con un 5,5%.

Figura 7. Clasificación de la muestra según nivel socioeconómico



Fuente: Elaboración propia

La figura N° 7 presenta los porcentajes correspondientes

4.2. Discusión de Resultados

Estudio realizado en Colombia en el año 2013. **Prevalencia de Deterioro Cognitivo y Demencia en Mayores de 65 años en una población urbana colombiana.** Los resultados detallan que en 125 sujetos hubo alteración de alguna de las tres pruebas para deterioro cognitivo, lo que equivale a 39.4% de la muestra, con asociaciones significativas para mayor edad, bajo nivel educativo, polifarmacia, hipertensión arterial y dislipidemia. Las tres pruebas resultaron alteradas en 6% de los sujetos, cifra similar al 5.6% de los que tuvieron alteradas las 4 AVD instrumentales y que podrían corresponder a casos de demencia. Así mismo lo detallan los resultados de nuestro estudio respecto a los factores asociados a patologías Asociadas fue en Parkinson con un 33,3%, seguido de Diabetes con un 24,1%, y finalmente con Osteoartrosis con un 9,3%, se registra la polifarmacia con el consumo de Neurolépticos con un 42,6%,

seguido con el consumo de Antidepresivos con 31,4%, Hipotensores con un 16,7% y finalmente con el consumo de Hipnóticos con un 11,2%.

Estudio realizado en Mahé, Seychelles en el año 2013. Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia. Los resultados muestran que el 57,7 % de los residentes presentaron deterioro cognitivo o demencia, de ellos el 66,7 % pertenecieron al sexo masculino. Los pacientes con deterioro cognitivo y demencia analizados en el estudio tuvieron una mayor probabilidad de padecer alta comorbilidad (OR: 5,88; intervalo de confianza del 95% [IC95]: 5,42-6,33) y peor desempeño funcional (OR: 20,53; IC95%: 19,54-21,29) que los casos institucionalizados sin estas entidades. En concordancia con nuestros resultados se logró identificar los Factores asociados a Deterioro Cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del distrito de Ate Vitarte durante el año 2017. Se registró que 54 adultos mayores presentaron factores asociados a deterioro cognitivo con un 25,7%, mientras que 156 Adultos Mayores no presentaron Factores asociadas a deterioro cognitivo con un 74,3% del total.

Estudio realizado en España en el año 2015. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Los resultados muestran que hubo predominio de mujeres (64,9%), de 60-70 años (43,8%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria (AVD). Se concluye

que un significativo porcentual de adultos mayores independientes para la realización de las AVD, sin embargo, necesitan de ayuda para las AIVD. En comparacion con los resultados de nuestro estudio se evidencio que los Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto al sexo predomina el sexo Masculino con un 55,6%.

4.3. Conclusiones

Con los resultados obtenidos se logro identificar los Factores asociados a Deterioro Cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del distrito de Ate Vitarte durante el año 2017. Se registró que 54 adultos mayores presentaron factores asociados a deterioro cognitivo con un 25,7%, mientras que 156 Adultos Mayores no presentaron Factores asociadas a deterioro cognitivo con un 74,3% del total.

Respecto a la prevalencia del nivel de deterioro cognitivo prevalece la clasificación de deterioro cognitivo un 48,1%, seguido de Sospecha Patológica con un 25,9%, demencia senil con 16,7% y finalmente se encontraron normal con un 9,3%.

Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores por grupos etáreos. Se observa que la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto a la edad se dio en el rango de 76 a 80 años con un 53,7%, seguido del rango de 71 a 75 años con un 29,6%, y finalmente el rango de 65 a70 años con un 16,7%.

Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores De la muestra por sexo. Se observa que el mayor porcentaje de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto al sexo predomina el sexo Masculino con un 55,6%.

Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra por Patologías Asociadas. Se observa que el mayor porcentaje de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores respecto a las patologías Asociadas fue en Parkinson con un 33,3%,

seguido de Diabetes con un 24,1%, y finalmente con Osteoartrosis con un 9,3%.

Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra por consumo de fármacos. Se determino que la prevalencia de Factores asociadas a deterioro cognitivo en adultos mayores con respecto al consumo de Fármacos se dio en el consumo de Neurolépticos con un 42,6%, seguido con el consumo de Antidepresivos con 31,4%, Hipotensores con un 16,7% y finalmente con el consumo de Hipnóticos con un 11,2%.

Prevalencia de Factores asociadas a Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores de la muestra según Nivel Socioeconómico. El mayor porcentaje se dio en el nivel socioeconómico **E** con el 35,2%. Seguido del nivel socioeconómico **D** con un 25,9% y finalmente el nivel socio económico **A** con un 5,5%.

4.4. Recomendaciones

Ante esta realidad se recomienda la importancia de implantar y trabajar con programas geriátricos que garanticen una rehabilitación e integración biopsicosocial para mejorar la calidad de vida de las personas mayores a través de una intervención multidisciplinaria enfocados en lograr el mantenimiento del estado físico general, preservar la autonomía y la prevención de complicaciones.

Se recomienda desarrollar talleres de ejercicio físico y psicomotricidad, en la que las actividades estén dirigidas a potenciar el tono muscular y mejorar la postura, ejercitar la marcha y el equilibrio, disminuir las alteraciones en el estado de ánimo, potenciar la motricidad fina, reforzar la orientación espacial, sentido del ritmo, estimular la coordinación perceptivo-motora.

Participar de un taller de memoria para estimular funciones cognitivas a través de atención y concentración, autoestima, memoria, abstracción, percepción (sentidos), expresión y comprensión verbal, cálculo y secuencia numérica y creatividad e imaginación que nos permitan integrar al enfermo en el núcleo de convivencia.

Se recomienda trabajar con los familiares y que los programas dirigidos a ellos ofrezcan información y asesoramiento sobre el estado en que se encuentra el usuario y los cuidados necesarios, así como el apoyo emocional que la mayoría requieren debido a la sobrecarga que suelen mostrar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Gonzales K, Vasquez R, Cardenas C, Soto MF. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores en Arequipa. Rev. Chil. Neurop. 2008; 3 (1):7-14.
2. Vallejo JM, I Rodríguez M .Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. GEROKOMOS 2010; 21 (4): 153-157.
3. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Lima: Temas de salud, 2015 [acceso 18 de Noviembre del 2015]. Envejecimiento. Disponible en: <http://www.who.int/topics/ageing/es/>.
4. Sanhueza A, Castro M, Merino JM. Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud. Ciencia y Enfermería XI (2): 17-21, 2005.
5. Franco P, Sánchez A. Protocolo integrado para la valoración de las funciones cognitivas básicas en mayores. Rev. Psicología. 2011, 1 (4): 207-218.
6. Montesinos R, Linares J, Bendezú L. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. An Fac med. 2012; 73 (4):321-30.
7. Ramírez A, Prosper C. Rasgos distintivos de la comorbilidad y funcionalidad en ancianos institucionalizados con deterioro cognitivo y demencia. Revista Finlay. 2013; 3(3): 138-148.
8. González JL, Marín ME. Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa. Rev Cubana Med Gen Integr. 2006; 22 (3).
9. Campos A, Garcés M, Fages EM, Andreu M. Estudio descriptivo de los trastornos conductuales en el deterioro cognitivo leve. Rev Neurol 2004; 38 (4): 323-326.

10. Arizcuren MA, García de Jalón E, Tiberio G, Forcén T. Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del estado cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud. *An. sis. sanit. Navar.* 2003; 26 (2): 211-223.
11. Cabo MB. La atención odontológica del paciente geriátrico con deterioro cognitivo. *Av. Odontoestomatol* 2015; 31 (3): 117-127.
12. Pose M, Manes F. Deterioro cognitivo leve. *Acta Neurol Colomb* 2010;26: (3):7-12.
13. Roberts RO, Geda YE, Knopman D, ET AL. The Mayo Clinic Study of Aging: design and sampling, participation, baseline measures and sample characteristics. *Neuroepidemiology.* 2008; 30:58-69.
14. Guía práctica clínica. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención, México: Secretaria General; 2012.
15. Díaz R, Marulanda F, Martínez MH. Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. *Acta Neurol Colomb* 2013; 29 :141-151.
16. Sanhueza M, Castro M, Merino JM. Adultos mayores funcionales: un nuevo concepto en salud. *Ciencia y Enfermería XI.* 2005; (2): 17-21.
17. Donoso A, Venegas P, Villarroel C, Vásquez C. Deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer inicial en adultos mayores. *Rev Chil Neuro-Psiquiat* 2001; 39(3): 231-238.
18. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter.* 2004; 17(2):37-42.

19. Soberanes S; González A; Moreno YC. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Rev Esp Med Quir. 2009; 14(4):161-172.
20. Rodríguez O. Rehabilitación funcional del anciano. MEDISAN 2009; 13(5).
21. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2008; 25(4): 374-79.
22. Boyaro F. Evaluación de la condición física en adultos mayores: desafío ineludible para una sociedad que apuesta a la calidad de vida. Revista Universitaria de la Educación Física y el Deporte.2014;(7)7:6-16.
23. Besga Basterra, A. Neuroimagen estructural y funcional en pacientes con deterioro cognitivo leve y Enfermedad del alzheimer. [Tesis doctoral]. España: Universidad Complutense de Madrid. 2008.
24. Pérez V. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integr 2005; 21(1-2).
25. Rosselli, Ardila. Deterioro Cognitivo Leve: Definición y Clasificación. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. 2012, 12 (1); 151-162.
26. Calero D, Navarro E. Eficacia de un programa de entrenamiento en memoria en el mantenimiento de ancianos con y sin deterioro cognitivo. Clínica y Salud. 2005; 17 (2):187-202.
27. Garrote Bouza P. Riesgo cardiovascular, deterioro cognitivo y nivel de dependencia en población de 65 y más años en el municipio de Ortigueira. [Tesis doctoral]. España: Universidad de Coruña. 2008

28. Marquès A, Rodríguez JP, Camacho OL. Prevalencia de deterioro cognitivo en mayores de 70 años ingresados en un Servicio de Medicina Interna. *An Med Interna (Madrid)* 2004; 21: 123-125.
29. Casanova Sotolongo P, Casanova Carrillo P, Casanova Carrillo C. Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2004; 20 (5-6).
30. Rodríguez R; Toledo R; Díaz M, Viñas M. Funciones Cerebrales Superiores: Semiología y Clínica. *Rev. Facultad de Medicina.* 2006; 7 (2): 20-27.
31. Valdizán JR. Funciones cognitivas y redes neuronales del cerebro social. *Rev Neurol.* 2008; 46 (1): 65-68.
32. Pericot I. Deterioro cognitivo leve. ¿Realidad o ficción?. *Informaciones Psiquiatrias.*2010; 200.
33. Pérez DA, Baztán JJ, González- M, Socorro A. Evaluación de la utilidad diagnóstica de una adaptación española del Memory Impairment Screen de Buschke para detectar demencia y deterioro cognitivo. *Rev Neurol* 2005; 40 (11): 644-648.
34. Mulet B, Sanchez R, Arrufat MT, Figuera L, Labad A y Rosich M. Deterioro cognitivo ligero anterior a la enfermedad de Alzheimer: tipologías y evolución. *Psicothema* 2005; 17(2): 250-256.
35. Jiménez P; Meléndez A; Albers U; López A. Beneficios del Tai Chi Chuan en la osteoartritis, el equilibrio y la calidad de vida. *RICYDE.*2013, 9(32): 181-199.
36. Cuenca R, Muñoz X, Ramírez M, Vallejo V, Pérez V. Impacto de una intervención multifactorial en personas mayores con riesgo de caídas. Efecto diferencial de la práctica del Tai Chi .*Med fam Andal* 2012; 1: 17-27.

37. Crenchen MD, MS, Collet JP; Lau J. Los Efectos del Tai Chi sobre la Salud de Pacientes con Enfermedades Crónicas. Una Revisión Sistemática. Arch Intern Med. 2004; 164:493-501.
38. Roque O, Tura M, Torres J, Medina M. Rev. Ciencias Médicas. 2012; 16(3):95-108.

ANEXO N° 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA

IDENTIFICACION DE LOS FACTORES ASOCIADOS A DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN UN HOSPITAL MUNICIPAL DEL DISTRITO DE ATE VITARTE DURANTE EL AÑO 2017.

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a la edad? ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al sexo? ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a las patologías asociadas? ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día? ¿Cuál es la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al nivel socioeconómico.</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL Establecer la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a la edad. Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al sexo. Establecer la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto a las patologías asociadas. Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al tipo de Fármacos administrados al día. Determinar la prevalencia de los factores asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 con respecto al nivel socioeconómico.</p>	<p>Variable principal</p> <p>Variabes Secundarias</p> <p>Edad</p> <p>sexo</p> <p>Nivel socioeconómico</p> <p>Patologías Asociadas.</p> <p>Fármacos administrados al día.</p>	<p>Registro de datos e Historias clínicas.</p> <p>Rangos de 65 a 80 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>NSE A NSE B NSE C NSED NSEE</p> <p>Hipertensión Diabetes mellitus Osteoartrosis Depresión Parkinson</p> <p>Hipotensores Hipnóticos Antidepresivos Neurolépticos</p>	<p>Si presenta No presenta</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo retrospectivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN: Todos los pacientes que acudieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte durante el año 2017 (N=210).</p> <p>MUESTRA: Se pretende estudiar a un mínimo 54 de pacientes que acudieron al servicio de Medicina Física y Rehabilitación del Hospital Municipal del Distrito de Ate Vitarte, Los cuales presentan deterioro cognitivo. Se utilizará o empleará el Muestreo no Probabilístico.</p>

Fuente: Elaboración propia