



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

**“DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN
CENTRO DIURNO DE LA TERCERA EDAD EN EL DISTRITO DE JESÚS
MARÍA - 2017”**

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

AUTOR: MARLENY EMILIA RAMOS DELGADO

ASESOR:

Lic.TM. HORNA ZEVALLOS BEATRIZ

LIMA, PERÚ

2017

HOJA DE APROBACIÓN

MARLENY EMILIA RAMOS DELGADO

“DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO DIURNO DE LA TERCERA EDAD EN EL DISTRITO DE JESÚS MARÍA - 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 por la Universidad Alas Peruanas.

LIMA – PERÚ

2017

Se dedica este trabajo a:

Dios. Por haberme permitido llegar hasta este punto y haberme dado salud para lograr mis objetivos.

A mis padres. Por haberme apoyado en todo momento, por sus consejos, sus valores, por la motivación constante que me ha permitido ser una persona de bien, pero más que nada, por su amor su paciencia.

Adultos mayores que colaboraron en esta investigación, por su paciencia y compromiso y por transmitirme sus experiencias vividas.

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

A la UNIVERSIDAD ALAS PERUANAS por darme
la oportunidad de estudiar y ser
un profesional.

A mis profesores durante toda mi carrera
profesional porque todos han aportado con un
granito de arena a mi formación.

A los actores principales de esta investigación
todos los adultos mayores del Centro diurno de la
tercera edad en el distrito de Jesús María.

Epígrafe:

Jamás un hombre es demasiado viejo para
recomenzar su vida y no hemos de buscar que lo
que fue le impida ser lo que es o lo que será.

Miguel de Unamuno.

RESUMEN

El tipo de estudio realizado fue descriptivo transversal, el objetivo fue determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017. La población estudiada fue de 200 adultos mayores. Los resultados muestran que la evaluación del DETERIORO COGNITIVO DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DEL MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE), el nivel registrado fue de 37,0% normal, seguido de 32,0% moderado, 27,5% leve y finalmente 3,5% severo, respecto al nivel de deterioro Cognitivo de la muestra por edad resalta el deterioro cognitivo normal con 24% entre el rango de edades de 50 a 65 años, seguido de moderado con un 14% y finalmente leve con un 12%, respecto al nivel de deterioro Cognitivo de la muestra por sexo el mayor porcentaje es el sexo femenino con un 32% normal, 27% moderado y 24% leve y solo 1% severo, respecto al nivel de deterioro Cognitivo de la muestra según patologías asociadas, se muestra que osteoporosis con un 9% normal, 65 leve, 35 moderado y 1% severo, respecto al nivel de deterioro Cognitivo de la muestra según grado de instrucción se describe que el nivel superior presenta un 22% normal, 17% leve, 12% severo y finalmente 1% severo.

Palabras Clave: Deterioro cognitivo, demencia, funcionalidad, declive funcional.

ABSTRACT

The type of study was cross - sectional, the objective was to determine the level of cognitive deterioration in Older Adults attending a day care center in the district of Jesús María - 2017. The population studied was 200 elderly. The results Show that the COGNITIVE DETERIORATION OF MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE), the level registered was 37.0% normal, followed by 32.0% moderate, 27.5% mild and finally 3.5% severe. The severity of Cognitive deterioration in the sample by age highlights the normal cognitive impairment with 24% between the age range of 50 and 65 years, followed by moderate with 14% and finally with 12% with respect to the Cognitive impairment of the sample by sex, the highest percentage is the female sex with 32% normal, 27% moderate and 24% mild and only 1% severe, regarding the level of Cognitive impairment of the sample according to associated pathologies, it is shown what Osteoporosis with 9% normal, 65% mild, 35% moderate and 1% severe, with respect to the level of Cognitive impairment of the sample according to the level of education, the upper level is described as 22% normal, 17% mild, 12% severe and Finally 1% severe.

Keywords: Cognitive impairment, dementia, functional, functional decline.

INDICE

RESUMEN	6
ABSTRACT	7
LISTA DE TABLAS	10
LISTA DE FIGURAS	11
INTRODUCCIÓN	12
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	13
1.1. Planteamiento del Problema	13
1.2. Formulación del Problema	16
1.2.2. Problemas Específicos	16
1.3. Objetivos	17
1.3.1. Objetivo General.....	17
1.3.2. Objetivos Específicos.....	17
1.4. Justificación	17
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	19
2.1. Bases Teóricas	19
2.1.1. Definición de Adulto Mayor.....	19
2.1.2. Problemas relacionados con la edad	19
2.1.3. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral	20
2.1.4. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor	21
2.1.5. Deterioro cognitivo leve (DCL)	25
2.1.6. Deterioro cognitivo grave o demencia.....	26
2.1.7. Factores de riesgo para demencia y deterioro cognitivo	26
2.2. Antecedentes:	27
2.2.1. Antecedentes Internacionales	27
2.2.2. Antecedentes Nacionales	29

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA.....	31
3.1. Diseño del Estudio:	31
3.2. Población:	31
3.2.1. Criterios de Inclusión:.....	31
3.2.2. Criterios de Exclusión:	31
3.3. Muestra.....	32
3.4. Operacionalización de Variables	32
3.5. Procedimientos y Técnicas	32
3.6. Plan de Análisis de Datos	35
CAPÍTULO IV: RESULTADOS ESTADÍSTICOS.....	36
4.1. Resultados	36
4.2. Discusión de Resultados.....	58
4.3. Conclusiones	60
4.4. Recomendaciones:	61
REFERENCIAS BIBLIOGRAFÍAS	62
ANEXO N° 1: CONSENTIMIENTO INFORMADO	67
ANEXO N° 2: FICHA DE RECOLECCION DE DATOS	70
ANEXO N° 3: MINI MENTAL STATE EXAMINATION.....	71
ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA	72

LISTA DE TABLAS

Tabla 1. Procedencia de la muestra.....	36
Tabla 2. Edad de la muestra	37
Tabla 3. Grupos etéreos por Centro del Adulto Mayor.....	37
Tabla 4. Grupos etéreos de la muestra.....	38
Tabla 5. Sexo de la muestra por Centro del Adulto Mayor.....	39
Tabla 6. Distribución de la muestra por sexo	40
Tabla 7. Grado de instrucción de la muestra por Centro del Adulto Mayor	41
Tabla 8. Grado de instrucción de la muestra	42
Tabla 9. Patologías asociadas de la muestra por Centro del Adulto Mayor	43
Tabla 10. Patologías asociadas de la muestra	45
Tabla 11. Orientación espaciotemporal puntuación promedio de la muestra	46
Tabla 12. Orientación espacio temporal puntuación promedio de la muestra	47
Tabla 13. Fijación puntuación promedio de la muestra	47
Tabla 14. Concentración y cálculo puntuación promedio de la muestra ...	48
Tabla 15. Memoria puntuación promedio de la muestra	49
Tabla 16. Lenguaje y construcción puntuación promedio de la muestra ..	49
Tabla 17. Evaluación del deterioro cognitivo de la muestra	50
Tabla 18. Deterioro cognitivo de la muestra por Centro del Adulto Mayor	51
Tabla 19. Deterioro cognitivo de la muestra	52
Tabla 20. Deterioro cognitivo de la muestra por edad	53
Tabla 21. Deterioro cognitivo de la muestra por sexo.....	54
Tabla 22. Deterioro cognitivo según patologías asociadas	55
Tabla 23 Deterioro cognitivo de la muestra según grado de instrucción ..	56

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Procedencia de la muestra	36
Figura 2. Grupos etáreos por Centro del Adulto Mayor	38
Figura 3. Grupos etáreos de la muestra	39
Figura 4. Sexo de la muestra por Centro del Adulto Mayor	40
Figura 5. Sexo de la muestra.....	41
Figura 6. Grado de instrucción de la muestra por Centro del Adulto Mayor	42
Figura 7. Grado de instrucción de la muestra.....	43
Figura 8. Patologías asociadas de la muestra por Centro del Adulto Mayor	44
Figura 9. Patologías asociadas de la muestra	45
Figura 10. Puntuación promedio de deterioro cognitivo.....	51
Figura 11. Deterioro cognitivo de la muestra por Centro del Adulto Mayor	52
Figura 12. Deterioro cognitivo de la muestra	53
Figura 13. Deterioro cognitivo de la muestra por edad	54
Figura 14. Deterioro cognitivo de la muestra por sexo	55
Figura 15. Deterioro cognitivo según patologías asociadas	56
Figura 16. Deterioro cognitivo de la muestra según grado de instrucción	57

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, el adulto mayor se ha convertido en uno de los principales focos de atención, en virtud del crecimiento desproporcionado de este grupo etario respecto a la población general. Así, mientras la población general crece 1.7 % anual, la población de adultos mayores crece 2.5 %. El incremento mundial de la población anciana se ha presentado por diversas razones, principalmente por el aumento en la esperanza de vida, el abatimiento del índice de natalidad por los programas de control de la fertilidad y las migraciones. En países latinos, el proceso de envejecimiento se hace más evidente a partir de la década de 1970; para 1990, el porcentaje de adultos mayores representó 6 % de la población total con cerca de 5 millones de personas. Se espera que, en las tres décadas siguientes, la población mayor de 60 años crezca 159 % en los países menos desarrollados y 59 % en los más desarrollados.

El deterioro cognitivo al igual que el envejecimiento son procesos individuales, y los cambios que se presentan en el transcurso de la edad varían en su patrón de presentación, extensión y tipo de función. Algunas funciones cognitivas declinan poco en el transcurso de la vida mientras que otras parecen incluso incrementarse; estos aspectos están influidos, al igual que la función, por diversos factores: antecedentes familiares, condiciones psiquiátricas previas, adicciones y otros. Además, el envejecimiento implica un declive fisiológico natural, que conlleva el incremento en la probabilidad de padecer deterioro cognoscitivo y los diferentes tipos de demencias; estas condiciones mentales afectan de manera directa la calidad de vida de la población adulta mayor, así como, la de sus familiares más cercanos, convirtiéndose en un grave problema de salud pública.

CAPÍTULO I:

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Planteamiento del Problema

El envejecimiento es un proceso inevitable que en muchas ocasiones se ve acelerado por diversas causas relacionadas con el estilo de vida. El sedentarismo y la falta de actividad física son factores de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas y el declive orgánico que limitan la funcionalidad. (1).

Según registros de las Naciones Unidas los adultos mayores de 65 años alcanzaban el 6, 9%; estimándose que esta cifra se incrementaría mucho más hacia el año 2050 es por ello que la Organización Mundial de la Salud (OMS), menciona que debido al incremento de la esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad, la proporción de personas mayores de 60 años está aumentando más rápidamente que cualquier otro grupo de edad en casi todos los países, lo cual constituye un reto para la sociedad, que debe adaptarse a ello para mejorar al máximo la salud y la capacidad funcional de las personas mayores (2,3).

Datos registrados según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), mencionan que la población mundial mayor de 65 años supera los cuatrocientos veinte millones de habitantes (419,2 en el año 2000) y serán cifras próximas a los 1.418.7 millones en el 2050. Asimismo, en los países desarrollados la población mayor de 65 años se sitúa en torno al 14-15% y en el año 2050 sería aproximadamente un 25.9%, lo que implica la necesidad creciente de asistencia y cuidados de larga duración en los

adultos mayores, quienes podrían presentar déficits cognitivo, declive funcional, pésima calidad de vida (4,5).

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).

Investigaciones realizadas en comunidades de Francia, Corea, Japón, España e Italia muestran cifras de prevalencia de deterioro cognitivo entre 5 y 9,1, presentándose la tasa más baja de este grupo en Francia y la más alta en Japón (8).

En España, los adultos mayores representaron el 17% en el 2010 y se estima que aumentara al 22% en el 2040. Estas cifras aumentadas, favorecerá la aparición de enfermedades crónicas como las que son hipertensión arterial, la diabetes mellitus tipo 2, enfermedades mentales, la artrosis, las neoplasias, entre otras. Algunas de estas enfermedades tendrían relación con la afectación de la capacidad cognitiva y la probable aparición de una demencia; admitiéndose que la demencia representaría el 8% y se debe considerar una cifra como mínimo igual para deterioros cognitivos crónicos que no llegan a ser demencias (9).

Según las tasas anuales el Deterioro Cognitivo Leve evoluciona a demencia en un porcentaje superior al 10%. Asimismo, estudios recientes de adultos mayores institucionalizados con ausencia de patología neurológica o deterioro cognitivo severo, muestran que el 27% de la población estudiada presentaba DCL es por ello que probablemente, el

deterioro cognitivo y sus formas avanzadas (demencias) sean devastadoras en la población adulta (10,11).

En Cuba 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 (12,13).

El Gobierno Federal de México (2012), manifiesta 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 una manifestación temprana o tardía de demencia u otras enfermedades neurodegenerativas, sobre todo si se presentaron de forma progresiva (14).

Países latinos como Colombia, registran una prevalencia de 9,7% de Deterioro Cognitivo Leve tipo amnésico. Asimismo, en un estudio realizado en Argentina (Córdoba), se ha encontrado una prevalencia de DCL de 13,6% en mayores de 50 años (15).

En Chile, según el Ministerio de Planificación, señala que este país presenta un cambio progresivo y acelerado de su pirámide poblacional, considerándosele como el tercer país más envejecido de Latinoamérica, ya que el 2001 la población de adultos mayores era de un 10,6% y se estima que para el 2025 será de 10,6%, con una expectativa de vida que

alcanzará los 80 años. En la provincia Concepción, para los sujetos mayores de 65 años, la incidencia anual de deterioro cognitivo es 1,78% y de demencia 1,82% (16,17).

En Perú, de acuerdo con registro de Instituto Nacional de Estadística e Informática (2005), informo 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 en Arequipa las personas de la tercera edad representaban el 7.8% de la población total. (18).

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema General

- ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María - 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

- ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el sexo?
- ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según la edad?
- ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito

de Jesús María – 2017según las patologías asociadas?

- ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el grado de instrucción?

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

- Determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María - 2017.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Establecer el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el sexo.
- Determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según la edad.
- Establecer el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según las patologías asociadas.
- Determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el grado de instrucción.

1.4. Justificación

La finalidad de esta investigación es determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera

edad en el distrito de Jesús María - 2017. Ya que el envejecimiento es un proceso inevitable que en muchas ocasiones se ve acelerado por diversas causas relacionadas con el estilo de vida. El sedentarismo y la falta de actividad física son factores de riesgo para el desarrollo de numerosas enfermedades crónicas y el declive orgánico que limitan la funcionalidad, deterioro cognitivo, trastornos afectivos y deterioro en el área psicomotriz, que se incrementa con la presencia de secuelas funcionales de enfermedades agudas o crónicas, las cuales repercuten en el estado físico del individuo de edad avanzada y también en sus capacidades mentales. 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 de mayor complejidad tomando como antecedente el estudio realizado. Así mismo potenciar la participación del adulto mayor en estos centros diurnos, promover y fortalecer la autonomía e independencia de las personas mayores para contribuir a retrasar su pérdida de funcionalidad, manteniéndolos en su entorno familiar y social, a través de una asistencia periódica a un Centro Diurno, donde se entregan temporalmente servicios sociosanitarios.

CAPÍTULO II:

MARCO TEÓRICO

2.1. Bases Teóricas

2.1.1. Definición de Adulto Mayor

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) definen el envejecimiento individual como el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente. Además, definen a un adulto mayor “funcionalmente sano”, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal. A nivel mundial, el envejecimiento de la población es de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales (19).

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 (20).

2.1.2. Problemas relacionados con la edad

Los trastornos más frecuentes en la población adulta mayor son los que afectan al sistema cardiorrespiratorio, los neuropsiquiátricos, así como también las infecciones, problemas osteoarticulares, problemas metabólicos y los relacionados con la nutrición. Con respecto a los síndromes geriátricos son situaciones que presentan una alta incidencia y

prevalencia en el adulto mayor y suelen ser el resultado de múltiples causas, que alteran su capacidad funcional.

Las alteraciones más importantes en las personas de la tercera edad son:

- Deterioro cognitivo
- Incontinencia
- Malnutrición
- Alteraciones sensoriales (auditivas, visuales)
- Depresión (21)

2.1.3. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento cerebral

Los efectos que ejerce el envejecimiento sobre el cerebro están influidos por la variabilidad individual, la coexistencia de enfermedades y la capacidad de compensación. Asimismo, los cambios observados en el cerebro no tienen una distribución global y homogénea en todas sus áreas. El envejecimiento en los procesos fisiológicos y neuroanatómicos influye en el sustrato neuronal y en las funciones cognitivas, dando lugar a un perfil neuropsicológico específico del envejecimiento normal presentando un declinar de las funciones cognitivas que no se da por igual en todas las funciones ni en todas las personas. No obstante, el enlentecimiento en la velocidad de información es considerado como característica universal del envejecimiento (22).

Durante el envejecimiento normal, se pueden observar los siguientes cambios:

- Pérdida neuronal progresiva, sobretodo de la sustancia blanca

- Disminución progresiva del volumen cerebral de hasta un 15%, con un aumento del tamaño de los surcos y disminución de las circunvoluciones cerebrales.
- Disminución en la conectividad a nivel del hipocampo y la región temporoparietal que condiciona a un defecto del procesamiento de nueva información.
- Disminución de los neurotransmisores, sobre todo la acetilcolina que, junto al sistema límbico, participan en el procesamiento del aprendizaje, siendo más lento en las personas de la tercera edad.
- Presencia de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, placas seniles, la acumulación del amiloide, lipofuscina a nivel cortical y subcortical que se acumulan durante el envejecimiento; su presencia excesiva se asocia a un deterioro cognitivo (23).

2.1.4. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor

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, cálculo, 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 (24,25).

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 (26).

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 (27).

Cabe recalcar, que el deterioro cognitivo y demencia se deben diferenciar por el grado de afectación en la alteración en la funcionalidad. Es por ello que el deterioro cognitivo leve (DLC) es un término utilizado

para aquellas personas con deterioro cognitivo pero que no reúnen criterios para la demencia. No obstante, el DLC puede ser una manifestación temprana de demencia (28).

Funciones cognitivas relacionadas al envejecimiento

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de la percepción, atención, habilidad visoespacial, 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).

Funciones de la memoria que permanecen relativamente estables:

- **Memoria semántica:** Los hechos y el conocimiento general acerca del mundo permanecen estables. Mientras la recuperación de información altamente específica típicamente declina, como ocurre con los nombres.
- **Memoria de procedimiento:** Es la memoria para habilidades y hábitos (almacena información sobre cómo hacer las cosas).

Funciones de la memoria afectadas con el envejecimiento

- **Memoria de trabajo:** Comprende la tenencia y la manipulación de la información mientras se procesa otras tareas, además incluye la velocidad de trabajo, memoria y aprendizaje verbal y visoespacial.
- **Memoria episódica:** Es la memoria de los hechos de nuestras vidas individuales, la memoria episódica y la de trabajo son las que más se deterioran con el envejecimiento.
- **Memoria prospectiva:** Comprende la capacidad para recordar la ejecución de una acción futura (6,23).

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 (6,30).

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 (6).

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 (6,30).

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 (6,30).

2.1.5. Deterioro cognitivo leve (DCL)

Es un síndrome clínico de aquellos individuos que presentan un deterioro cognitivo mayor del esperado para su edad, siendo frecuente en el adulto mayor. El DCL consiste en una disminución de la memoria o más funciones cognoscitivas pero que no tiene afectación en las actividades de la vida diaria ni cumple con los criterios de síndrome demencial. El DCL es considerado como un estadio intermedio entre el envejecimiento normal y la demencia (32).

Los factores de riesgo para conversión de DCL a demencia son diversos, siendo la edad el principal factor predictivo; asimismo, los pacientes con mayor deterioro de memoria tienen mayor probabilidad de desarrollar Enfermedad de Alzheimer (EA). La progresión del DCL a EA

se ha asociado con la presencia concomitante de síntomas psicológicos y conductuales (33).

2.1.6. Deterioro cognitivo grave o demencia

Es un trastorno neurológico con manifestaciones neuropsicológicas y neuropsiquiátricas que se caracteriza por deterioro persistente de las funciones cognoscitivas o funciones mentales superiores y por la presencia de cambios comportamentales. Es un síndrome clínico con múltiples etiologías iniciándose con un deterioro leve y que presentara una pérdida adquirida de habilidades cognoscitivas y emocionales de suficiente severidad para interferir con el funcionamiento social, ocupacional o ambos (14,15).

2.1.7. Factores de riesgo para demencia y 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 (14)

2.2. Antecedentes:

2.2.1. Antecedentes Internacionales

Estudio realizado en España. (2010). Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Estudio observacional descriptivo transversal de los residentes institucionalizados con ausencia de patología neurológica o deterioro cognitivo severo de la Residencia de Mayores José Matía Calvo de Cádiz. Se cribó a los sujetos con el mini examen cognoscitivo en la versión de Lobo durante enero de 2008, obteniéndose una muestra de la que se estudiaron variables sociodemográficas y de control (estado cognitivo). Los resultados: se desprende que la prevalencia de DCL en los ancianos institucionalizados en nuestro centro es del 27%, cifra más elevada que la aportada como media por algunos autores para la población general (15%-20%), pero menor que la establecida en otras residencias de mayores, que oscilan entre el 38,7% y el 44% (2).

Estudio realizado en Colombia (2013). Prevalencia de deterioro cognitivo y demencia en mayores de 65 años en una población urbana colombiana. Material y métodos. 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 (15).

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).

2.2.2. Antecedentes Nacionales

Estudio realizado en Lima -Perú (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. El objetivo fue Determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. se incluyeron a 312 pacientes de 60 años o más. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo; y se comparó estos resultados con los principales síndromes y problemas geriátricos. Resultados muestran que se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. además, se registró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, privación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional. (38)

Estudio realizado en Arequipa -Perú (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. Se realizó un estudio descriptivo correlacional. La muestra fue de 280 sujetos adultos mayores de tres distritos de la ciudad, el deterioro cognitivo fue evaluado con el Mini Mental

State Examination (MMSE) de Folstein y un cuestionario de variables socio demográfico. Para corroborar las hipótesis en primera instancia se asoció las variables edad y puntaje obteniendo una correlación negativa significativa ($r = -0.407$) con un nivel de significancia ($p < 0,01$). Estos resultados muestran una clara asociación entre la edad y el puntaje obtenido en el MMSE. Al asociar los variables niveles de escolaridad y puntaje obtuvimos una correlación positiva significativa ($r = 0,597$) nivel de significación ($p < 0,01$) que nos indica la clara influencia que sobre el puntaje tiene el nivel educativo de los sujetos (39).

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Diseño del Estudio:

Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.

3.2. Población:

La población objeto de estudio estuvo constituida por todos los Adultos Mayores que asisten al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María. (N=210).

3.2.1. Criterios de Inclusión:

- Adultos Mayores que asisten al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María en sus dos sucursales de centro diurno de Tito y Centro diurno Rosita.
- Adultos Mayores cuyo rango de edades comprenden 50 a 80 años.
- Adultos Mayores de ambos sexos.
- Adultos Mayores que acepten participar de este estudio previa firma del consentimiento informado (ver anexo 1).

3.2.2. Criterios de Exclusión:

- Adultos Mayores que no pertenecen al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María.
- Adultos Mayores con diagnóstico de Demencia senil.
- Adultos Mayores que no acepten participar de este estudio.
- Adultos Mayores que no colaboren con la evaluación.
- Adultos Mayores que no se presentaron en la fecha y hora indicada a la evaluación.

3.3. Muestra

Se llegó a la muestra a través de los criterios de selección, todos los Adultos Mayores que asisten al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María. (N=200). Se utilizó 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
Deterioro cognitivo	Pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información.	Escala MINI MENTAL STATE EXAMINATION.	Ordinal	27 o más: normal. 24 o menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia
VARIABLES SECUNDARIAS	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	ESCALA DE MEDICIÓN	FORMA DE RIESGO
Edad	Tiempo de vida de en años.	Documento Nacional de Identidad (D.N.I)	Discreta	Números entre 50 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	Discreta	Hipertensión Diabetes mellitus Artritis Artrosis Osteoporosis Depresión
Grado de instrucción.	Grado más elevado de estudios realizados o en curso.	Ficha de recolección de datos	Discreta	Educación Básica o inicial. Educación primaria Educación secundaria Educación superior

Fuente: *Elaboración Propia.*

3.5. Procedimientos y Técnicas

Se realizaron las coordinaciones correspondientes con las autoridades encargadas del centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María. Para poder realizar la evaluación respectiva a los adultos mayores que asisten a dicha institución. Se programaron charlas informativas con los familiares y trabajadores de la institución, para explicarles la importancia de que los adultos mayores participaran de la evaluación, con el fin de conocer Deterioro el nivel de deterioro cognitivo y posterior a este estudio poder crear un plan de intervención inmediato. Del mismo modo se registrarán datos importantes que favorecerán a este estudio mediante la ficha de recolección de datos. Para garantizar la confidencialidad de los datos registrados estos se colocaron en un sobre cerrado hasta el momento de su digitación. Cada formulario tuvo un código correspondiente al nombre del participante y fue almacenado en una base de datos digital; solo el investigador tuvo acceso a esta información.

MINI-MENTAL STATE EXAMINATION

La Mini prueba del estado mental (también llamado Mini Examen del Estado Mental, en Inglés Mini-mental state examination (por sus siglas MMSE), es un método muy utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos. Su práctica toma únicamente entre 5 y 10 minutos, por lo que es ideal para aplicarse en forma repetida y rutinaria.

Validez

Normalización y comparación con otras versiones del MMSE:

Un total de 588 ancianos cumplían los criterios de selección exigidos para su inclusión en la muestra de normalización: 334 mujeres (56,8%) y 254 varones (43,2%); su distribución por sexo y otras características demográficas no difieren de modo estadísticamente significativo con respecto a la muestra global ($X^2 = 5,31$; $p = 0,807$). Su distribución por grupos de edad y nivel de escolarización, donde se muestran además las puntuaciones medias, desviaciones estándar y percentiles del MEC-30, distribuidos por grupos según la edad y el nivel de escolarización (los datos correspondientes del MEC-35 se comunican en un informe paralelo).

Las correlaciones bivariadas entre puntuaciones en el MEC-30 y la edad o el nivel de escolarización son estadísticamente significativas: con la edad fue e.s. ($r_s = -0,28$; $p = 0,0001$) y se hallaron diferencias e.s. por grupos de edad ($H = 54,44$; $p = 0,0001$); también se halló una correlación positiva con el nivel de escolaridad ($r_s = 0,29$; $p = 0,0001$) y se hallaron diferencias e.s. por grupos de escolaridad ($H = 50,98$; $p = 0,0001$). Se observa, además, como habíamos anticipado, que las puntuaciones en el MEC descenden con la edad, con una tendencia a una mayor dispersión de rangos en los estratos más ancianos; y también descenden conforme disminuye el nivel de escolaridad, con una tendencia a la mayor dispersión de rangos en los estratos inferiores.

Los resultados del estudio comparativo entre el rendimiento del MMSE en EE. UU. y sus versiones utilizadas en nuestro medio, el MEC-30 y la otra

versión del MMSE incluida en el CAMDEX. Para esta comparación concreta no se han eliminado los casos de demencia y depresión y otros individuos con esperables déficits cognoscitivos, puesto que no lo pudieron realizar en el estudio americano Crum y cols. En la distribución por grupos de edad, las puntuaciones medias del MEC-30 son más similares a las americanas, mientras las de la versión del MMSE utilizado en Pamplona son considerablemente más bajas; la misma tendencia se observa cuando se comparan las puntuaciones del percentil 25, aunque en este caso las puntuaciones del MEC-30 son algo más altas que las americanas. Si la comparación se refiere a los rendimientos respectivos en grupos clasificados por nivel de escolarización, vuelve a comprobarse la similitud entre los rendimientos en el MEC-30 utilizado en Zaragoza y los del MMSE en EE. UU., mientras las puntuaciones de la otra versión utilizada en Pamplona son considerablemente más bajas.

Sensibilidad y Confiabilidad

El MMSE de folstein tiene una sensibilidad de 90% y una especificidad de 75% para detectar deterioro cognoscitivo.

El MMSE modificado, tiene una sensibilidad 79 – 100% y una especificidad 46 – 100% para detectar deterioro cognoscitivo (40).

3.6. Plan de Análisis de Datos

Se utilizó la estadística descriptiva en las diferentes etapas del análisis estadístico, que se realizan mediante el software SPSS versión 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 ESTADÍSTICOS

4.1. Resultados

Centro Geriátrico Diurno del distrito de Jesús María.

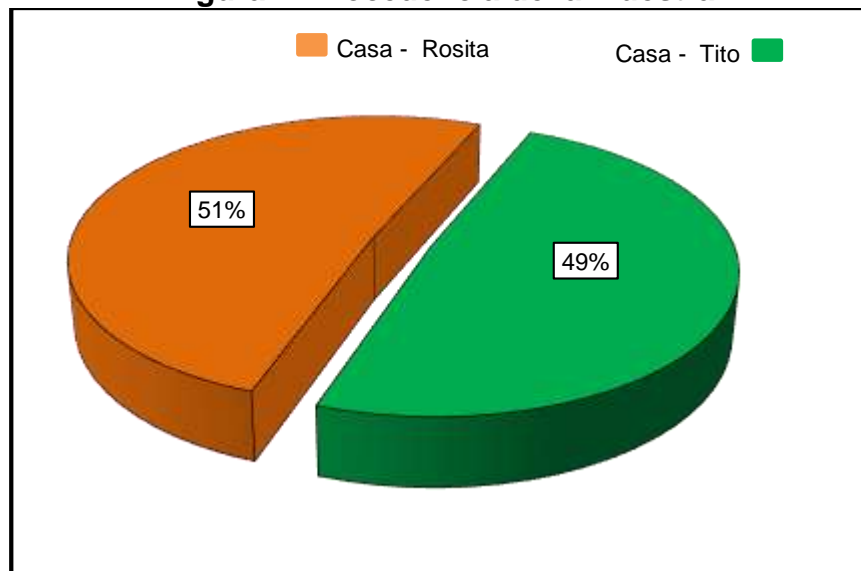
Tabla 1. Procedencia de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Casa - Tito	97	48,5%	48,5%
Casa - Rosita	103	51,5%	100,0%
Total	200	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 1 presenta la distribución de la muestra por lugar de procedencia. 97 pacientes Adultos Mayores procedían de la casa de reposo Tito y 103 pacientes Adultos Mayores procedían de la casa de reposo Rosita del distrito de JESUS MARIA. Se observa que las muestras son homogéneas.

Figura 1. Procedencia de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 1.

Edad promedio de la muestra

Tabla 2. Edad de la muestra

Características de la edad - muestra		Casa - Tito	Casa - Rosita
Muestra	200	97	103
Media	71,1	71,3	70,7
Desviación estándar	±7,1	±7,9	±6,8
Edad mínima	50	50	50
Edad máxima	80	80	80

Fuente: Elaboración propia

La muestra, formada por 200 pacientes Adultos Mayores que asisten al centro diurno del distrito de Jesús María en sus dos casas Tito y Rosita, que fueron evaluados respecto al Nivel de Deterioro Cognitivo, presentó una edad promedio de 71,1 años, con una desviación estándar o típica de ± 7,1 años y un rango de edad que iba desde los 50 a los 80 años.

Grupos etéreos de los pacientes, del Centro Geriátrico Diurno del distrito de Jesús María.

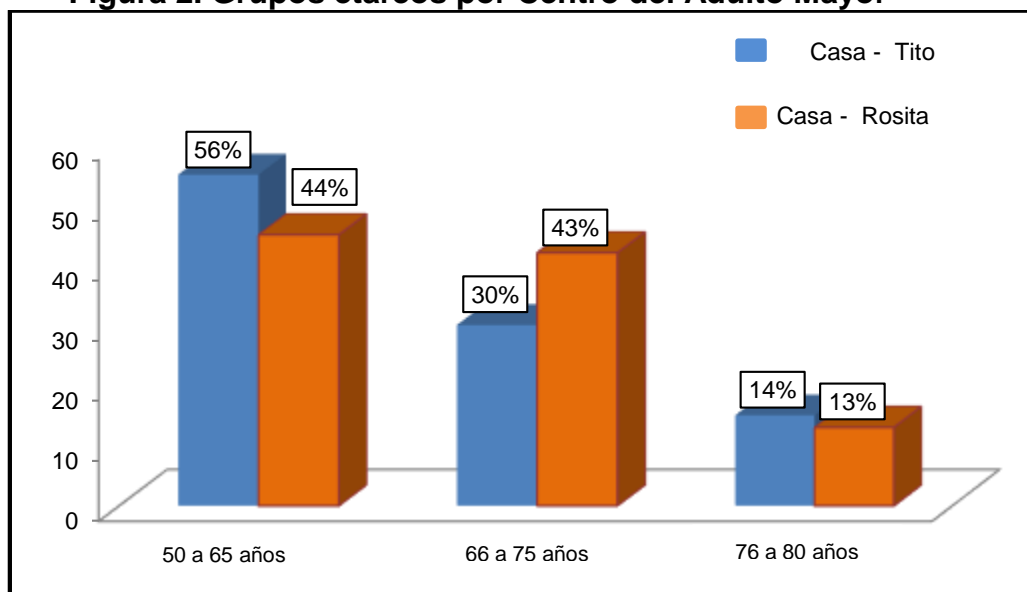
Tabla 3. Grupos etéreos por Centro del Adulto Mayor

	Casa - Tito		Casa - Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
de 50 a 65 años	54	55,7%	46	44,6%
de 66 a 75 años	29	29,9%	44	42,7%
de 76 a 80 años	14	14,4%	13	12,7 %
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 3 presenta la distribución de los grupos etéreos de la muestra por pacientes de la Casa De Reposo De Tito y Rosita. en los pacientes de la Casa de Tito, 54 tenían entre 50 a 65 años; 29 tenían entre 66 a 75 años y 14 tenían entre 76 a 80 años. En los pacientes de la Casa De Reposo Rosita, 46 tenían entre 50 a 65 años; 44 tenían entre 66 a 75 años y 10 tenían entre 76 a 80 años.

Figura 2. Grupos etáreos por Centro del Adulto Mayor



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 2.

Distribución por grupos etáreos de la muestra

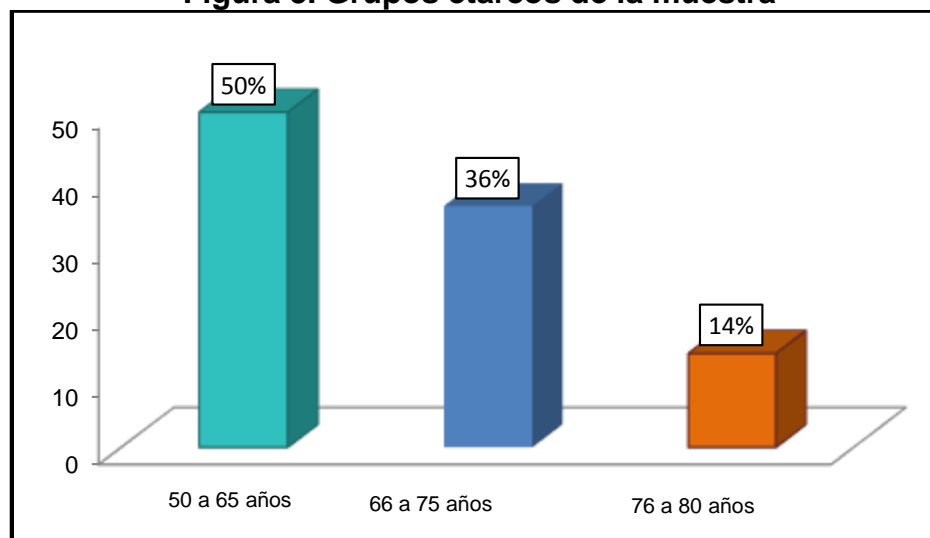
Tabla 4. Grupos etáreos de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
de 50 a 65 años	100	50,0%	50,0%
de 66 a 75 años	73	36,5%	86,5%
de 76 a 80 años	27	13,5%	100,0%
Total	200	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 4 presenta la distribución por grupos etáreos de la muestra. 100 adultos mayores tenían entre 50 a 65 años; 73 tenían entre 66 a 75 años de edad y 27 tenían entre 76 a 80 años de edad. Se observa que la mayor parte de la muestra tenía edades entre 50 a 65 años.

Figura 3. Grupos etáreos de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 3.

Sexo de los pacientes, del Centro Geriátrico Diurno del distrito de Jesús María.

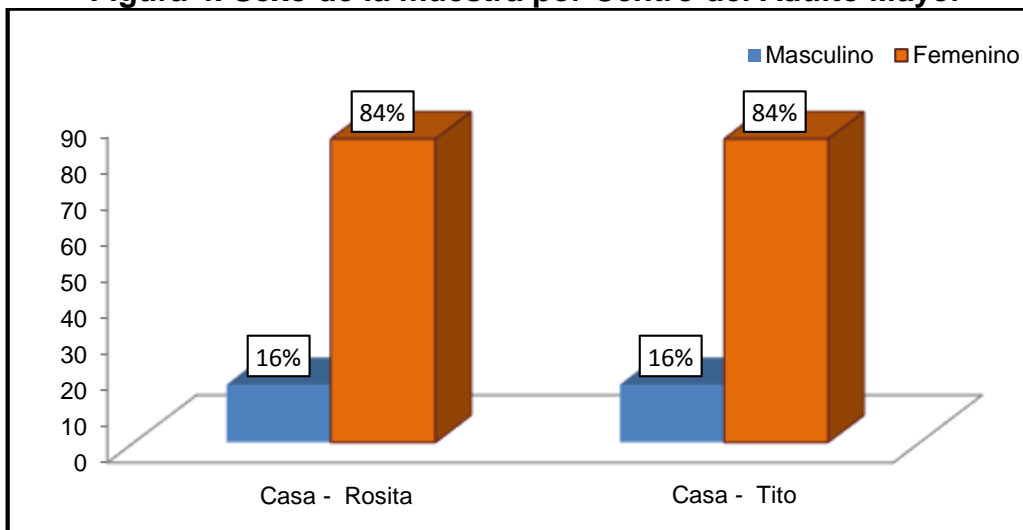
Tabla 5. Sexo de la muestra por Centro del Adulto Mayor

	Casa -Tito		Casa - Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	15	15,5%	17	16,5%
Femenino	82	84,5%	86	83,5%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra por sexo, de las Casas de reposo de Tito y Rosita en Jesús María. En los pacientes del Casa De Reposo Tito, solo 15 eran del sexo masculino y 82 eran del sexo femenino. En los pacientes de la Casa De Reposo Rosita, solo 17 eran del sexo masculino y 86 eran del sexo femenino. La mayor parte de los pacientes de ambas casas de reposo mayor parte eran del sexo femenino.

Figura 4. Sexo de la muestra por Centro del Adulto Mayor



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 4.

Distribución por sexo de la muestra

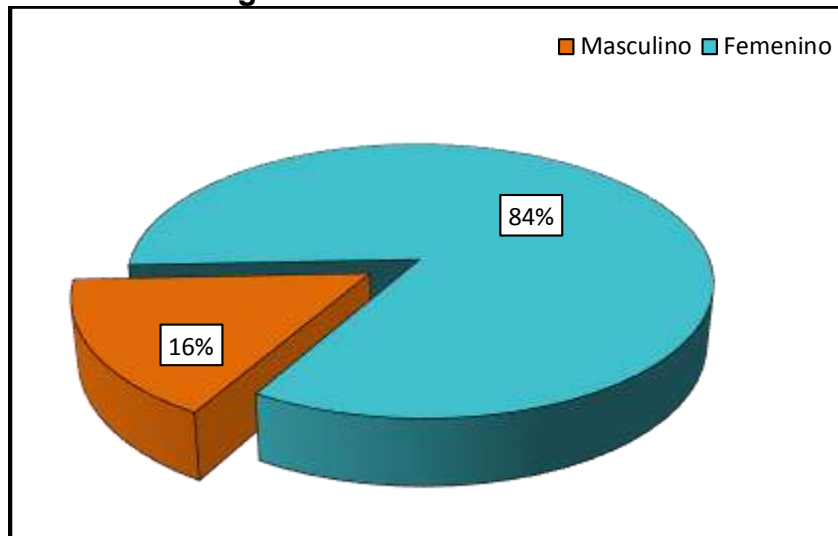
Tabla 6. Distribución de la muestra por sexo

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Masculino	32	16,0%	16,0%
Femenino	168	84,0%	100,0%
Total	200	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 6 presenta la distribución por sexo de la muestra. Solo 32 pacientes adultos mayores eran del sexo masculino y 168 pacientes adultos mayores eran del sexo femenino. Se observa que la mayor parte de la muestra eran mujeres con un 84%.

Figura 5. Sexo de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 5

Grado de instrucción de la muestra por Centro de adultos mayores

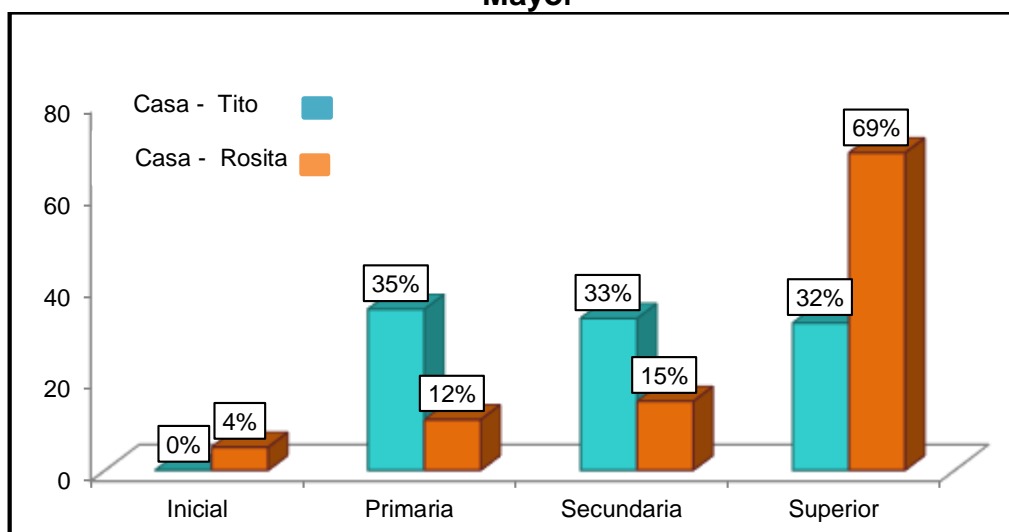
Tabla 7. Grado de instrucción de la muestra por Centro del Adulto Mayor

	Casa De Reposo Tito		Casa De Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Inicial	0	0,0%	4	3,9%
Primaria	34	35,0%	12	11,7%
Secundaria	32	33,0%	16	15,5%
Superior	31	32,0%	71	68,9%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 7 presenta el grado de instrucción que tenía la muestra por pacientes de las Casas De Reposo De Tito y Rosita en Jesús María. En los pacientes de la Casa De Reposo Tito, 34 tenían estudios de educación primaria, 32 tenían estudios secundarios y 31 tenían estudios superiores. En la Casa De reposo Rosita, 4 tenían educación inicial, 12 tenían estudios de educación primaria, 16 tenían estudios secundarios y 71 tenían estudios superiores.

Figura 6. Grado de instrucción de la muestra por Centro del Adulto Mayor



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes se muestran en la figura 6.

Grado de instrucción de la muestra

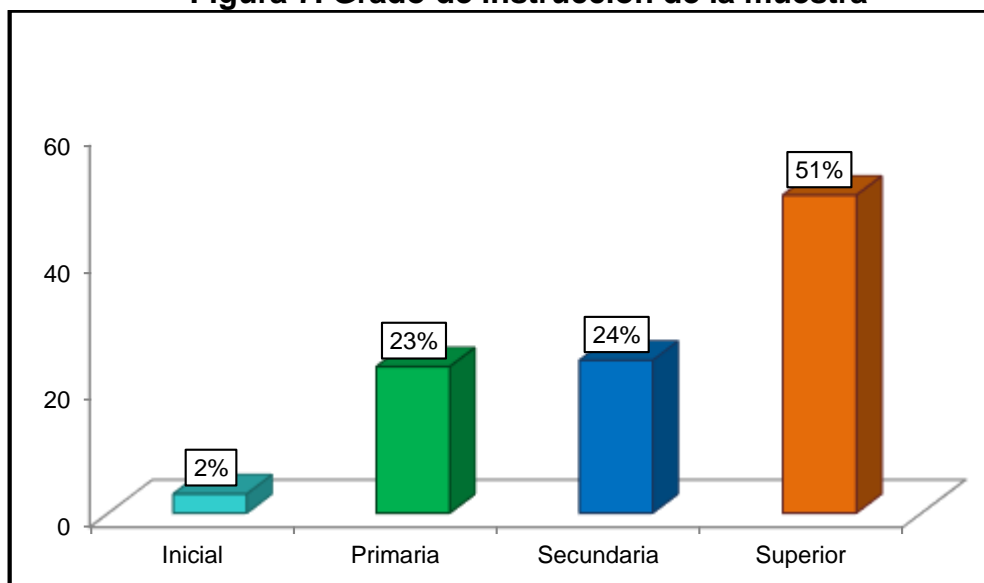
Tabla 8. Grado de instrucción de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Inicial	4	2,0%	2,0%
Primaria	46	23,0%	25,0%
Secundaria	48	24,0%	49,0%
Superior	102	51,0%	100,0%
Total	200	100,0%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 8 presenta el grado de instrucción que tenía la muestra por pacientes de las Casas de reposo Tito y Rosita en Jesús María. En los pacientes de las Casas de Reposo, 4 tenían educación inicial, 46 tenían estudios de educación primaria, 48 tenían estudios secundarios y 102 tenían estudios superiores.

Figura 7. Grado de instrucción de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 7.

Patologías asociadas que presentaba la muestra por Centro de adultos mayores.

Tabla 9. Patologías asociadas de la muestra por Centro del Adulto Mayor

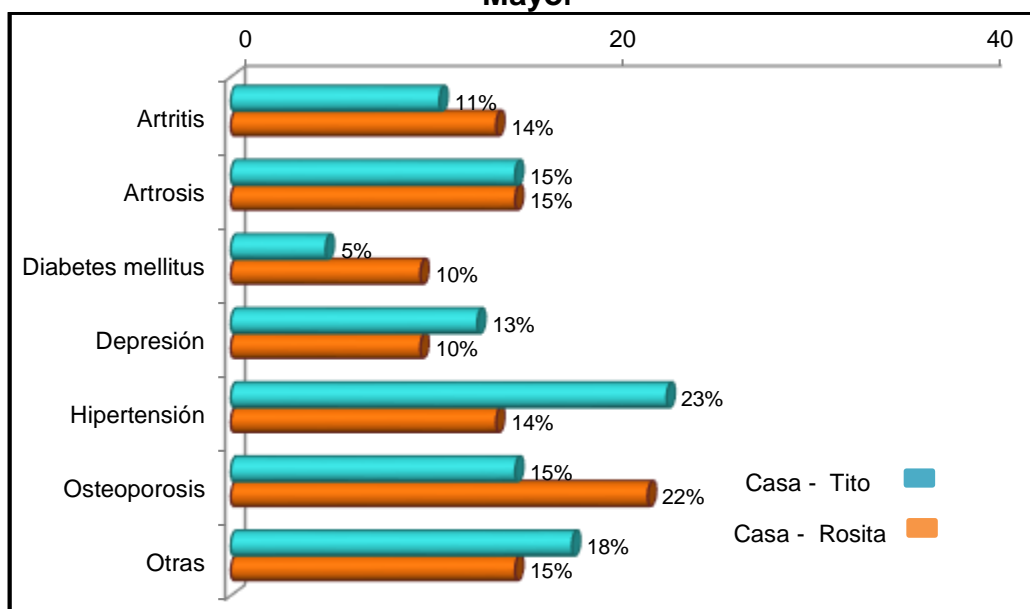
	Casa - Tito		Casa- Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Artritis	11	11,4%	14	13,6%
Artrosis	14	14,4%	16	15,5%
Diabetes mellitus	5	5,1%	10	9,7%
Depresión	12	12,4%	10	9,7%
Hipertensión	23	23,7%	14	13,6%
Osteoporosis	14	14,4%	23	22,4%
Otras	18	18,6%	16	15,5%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 9 presenta las patologías asociadas que padecía la muestra. En los pacientes de la Casa de Reposo Tito, 10 padecían de artritis, 14 padecían de artrosis, 5 padecían de diabetes mellitus, 12 padecían de depresión, 23 padecían de hipertensión, 15 padecían de osteoporosis y

18 padecían de otras patologías. En los pacientes de la Casa de Reposo Rosita, 14 padecían de artritis, 16 padecían de artrosis, 10 padecían de diabetes mellitus, 10 padecían de depresión, 14 padecían de hipertensión, 23 padecían de osteoporosis y 16 padecían de otras patologías. Se observa que la mayor parte de los adultos mayores de la Casa de Reposo Tito padecía de hipertensión, mientras que los adultos mayores de la Casa de Reposo Rosita padecían de osteoporosis.

Figura 8. Patologías asociadas de la muestra por Centro del Adulto Mayor



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes se muestran en la figura 8.

Patologías asociadas que presentaba la muestra

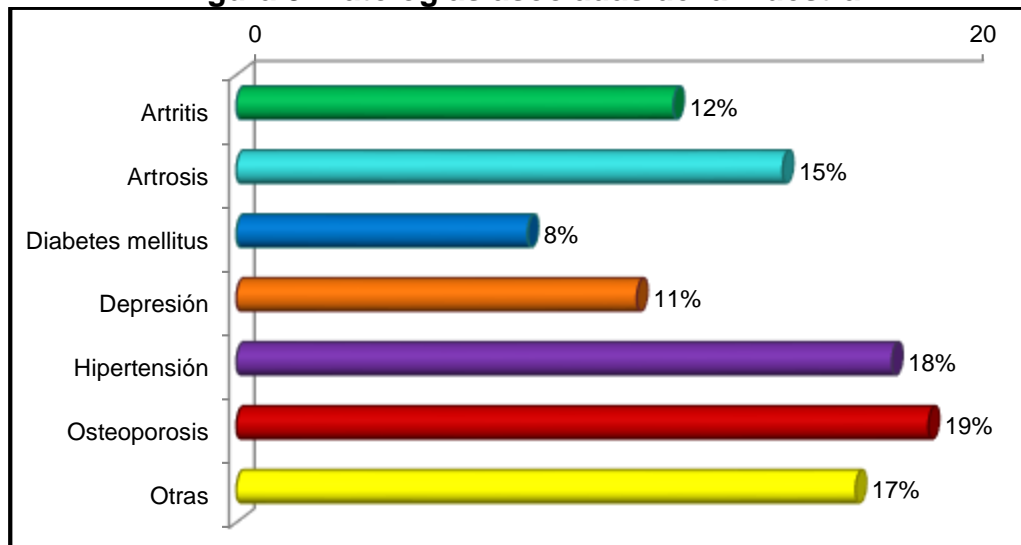
Tabla 10. Patologías asociadas de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Artritis	26	12,3%	4,6%
Artrosis	31	14,6%	8,2%
Diabetes mellitus	16	7,5%	17,4%
Depresión	24	11,3%	%
Hipertensión	39	18,4%	%
Osteoporosis	40	18,9%	83,0%
Otras	36	17,0%	100,0%
Total	212	100%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 10 presenta las patologías asociadas que padecía la muestra. 26 adultos mayores padecían de artritis, 31 padecían de artrosis, 16 padecían de diabetes mellitus, 24 padecían de depresión, 39 padecían de hipertensión, 40 padecían de osteoporosis y 36 padecían de otras patologías. Se observa que la mayor parte de los adultos mayores padecían de hipertensión y osteoporosis.

Figura 9. Patologías asociadas de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 9.

RESULTADOS DE LA EVALUACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DEL MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Puntuaciones obtenidas en la Orientación Temporal

Tabla 11. Orientación espaciotemporal puntuación promedio de la muestra

Puntuación	Casa de Reposo Tito		Casa de Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0,0%	1	1,0%
2	3	3,1%	4	3,9%
3	42	43,3%	14	13,6%
4	25	25,8%	43	41,7%
5	27	27,8%	41	39,8%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 11 presenta las puntuaciones que obtuvo la muestra en la Orientación temporal, por Centro de Adulto Mayor, para determinar el nivel de deterioro cognitivo que padecía la muestra. En las pacientes de la Casa de Reposo Tito, solo el 3% obtuvo puntuaciones de 2 puntos; el 43% obtuvo una puntuación de 3 puntos; el 26% obtuvo una puntuación de 4 puntos y el 28% obtuvo una puntuación de 5 puntos. En las pacientes de la Casa de Reposo Rosita, solo el 1% obtuvo puntuaciones de 1 punto; el 4% obtuvo una puntuación de 2 puntos; el 13% obtuvo una puntuación de 3 puntos; el 42% obtuvo una puntuación de 4 puntos y el 40% obtuvo una puntuación de 5 puntos.

Puntuaciones obtenidas en la Orientación Espacial

Tabla 12. Orientación espacio temporal puntuación promedio de la muestra

Puntuación	Casa de Reposo Tito		Casa de Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
2	2	2,1%	0	0,0%
3	31	31,9%	8	7,8%
4	22	22,7%	26	25,2%
5	42	43,3%	69	67,0%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 12 presenta las puntuaciones que obtuvo la muestra en la Orientación espacial, por Centro de Adulto Mayor, para determinar el nivel de deterioro cognitivo que padecía la muestra. En las pacientes de la Casa de Reposo tito, solo el 2% obtuvo puntuaciones de 2 puntos; el 32% obtuvo una puntuación de 3 puntos; el 23% obtuvo una puntuación de 4 puntos y el 43% obtuvo una puntuación de 5 puntos. En las pacientes de la Casa de Reposo Rosita, el 8% obtuvo puntuaciones de 3 puntos; el 25% obtuvo una puntuación de 4 puntos y el 67% obtuvo una puntuación de 5 puntos.

Puntuaciones obtenidas en la Fijación

Tabla 13. Fijación puntuación promedio de la muestra

Puntuación	Casa de Reposo Tito		Casa de Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
1	0	0,0%	4	3,9%
2	11	11,4%	11	10,7%
3	86	88,6%	88	85,4%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 13 presenta las puntuaciones que obtuvo la muestra en la dimensión fijación, por Centro de Adulto Mayor, para determinar el nivel

de deterioro cognitivo que padecía la muestra. En las pacientes de la Casa de Reposo Tito, solo el 11% obtuvo puntuaciones de 2 puntos y el 89 % obtuvo una puntuación de 3 puntos. En las pacientes de la Casa de Reposo Rosita, solo el 4% obtuvo puntuaciones de 1 punto; el 11% obtuvo una puntuación de 2 puntos y el 85% obtuvo una puntuación de 3 puntos.

Puntuaciones obtenidas en la Concentración y cálculo

Tabla 14. Concentración y cálculo puntuación promedio de la muestra

Puntuación	Casa de Reposo Tito		Casa de Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0	0	0,0%	5	4,9%
1	4	4,1%	7	6,8%
2	4	4,1%	5	4,9%
3	14	14,4%	15	14,5%
4	25	25,8%	30	29,1%
5	50	51,6%	41	39,8%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 14 presenta las puntuaciones que obtuvo la muestra en la dimensión concentración y cálculo, por Centro de Adulto Mayor, para determinar el nivel de deterioro cognitivo que padecía la muestra. En los pacientes de la Casa de Reposo Tito, solo el 4% obtuvo puntuaciones de 1 y 2 puntos; el 15% obtuvo una puntuación de 3 puntos; el 26% obtuvo una puntuación de 4 puntos y el 51% obtuvo una puntuación de 5 puntos. En las pacientes de la Casa de Reposo Rosita, solo el 5% obtuvo puntuaciones de 0 puntos; el 6% obtuvo una puntuación de 1 punto; el 5% obtuvo una puntuación de 2 puntos; el 15% obtuvo una puntuación de 3 puntos; el 29% obtuvo una puntuación de 4 punto y el 40% obtuvo una puntuación de 5 puntos.

Puntuaciones obtenidas en la Memoria

Tabla 15. Memoria puntuación promedio de la muestra

Puntuación	Casa de Reposo Tito		Casa de Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
0	14	14,4%	12	11,6%
1	23	23,7%	20	19,4%
2	46	47,5%	35	34,0%
3	14	14,4%	36	35,0%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 15 presenta las puntuaciones que obtuvo la muestra en la dimensión memoria, por Centro de Adulto Mayor, para determinar el nivel de deterioro cognitivo que padecía la muestra. En las pacientes de la Casa de Reposo Tito, el 15% obtuvo una puntuación de 0 puntos; el 24% obtuvo una puntuación de 1 punto; el 47% obtuvo una puntuación de 2 puntos y el 15% obtuvo una puntuación de 3 puntos. En las pacientes de la Casa de Reposo Rosita, el 11% obtuvo puntuaciones de 0 puntos; el 20% obtuvo una puntuación de 1 punto; el 34% obtuvo una puntuación de 2 puntos y el 35% obtuvo una puntuación de 3 puntos.

Puntuaciones obtenidas en el Lenguaje

Tabla 16. Lenguaje y construcción puntuación promedio de la muestra

Puntuación	Casa de Reposo Tito		Casa de Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
3	2	2,1%	3	2,9%
4	0	0,0%	3	2,9%
5	5	5,1%	10	9,7%
6	14	14,4%	4	3,9%
7	19	19,6%	13	12,6%
8	32	33,0%	18	17,5%
9	25	25,8%	52	50,5%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 16 presenta las puntuaciones que obtuvo la muestra en la dimensión de Lenguaje, por Centro de Adulto Mayor, para determinar el nivel de deterioro cognitivo que padecía la muestra. En las pacientes de la Casa de Reposo Tito, solo el 2% obtuvo puntuaciones de 3 puntos; el 5% obtuvo una puntuación de 5 puntos; el 14% obtuvo una puntuación de 6 puntos; el 20% obtuvo una puntuación de 7 puntos; el 33% obtuvo una puntuación de 8 puntos y el 26% obtuvo una puntuación de 9 puntos. En las pacientes de la Casa de Reposo Rosita, solo el 3% obtuvo puntuaciones de 3 y 4 puntos; el 10% obtuvo puntuaciones de 5 puntos; solo el 4% obtuvo una puntuación de 6 puntos; el 13% obtuvo una puntuación de 7 puntos; el 17% obtuvo una puntuación de 8 puntos y el 50% obtuvo una puntuación de 9 puntos.

Evaluación del deterioro cognitivo - Promedio Total de la muestra

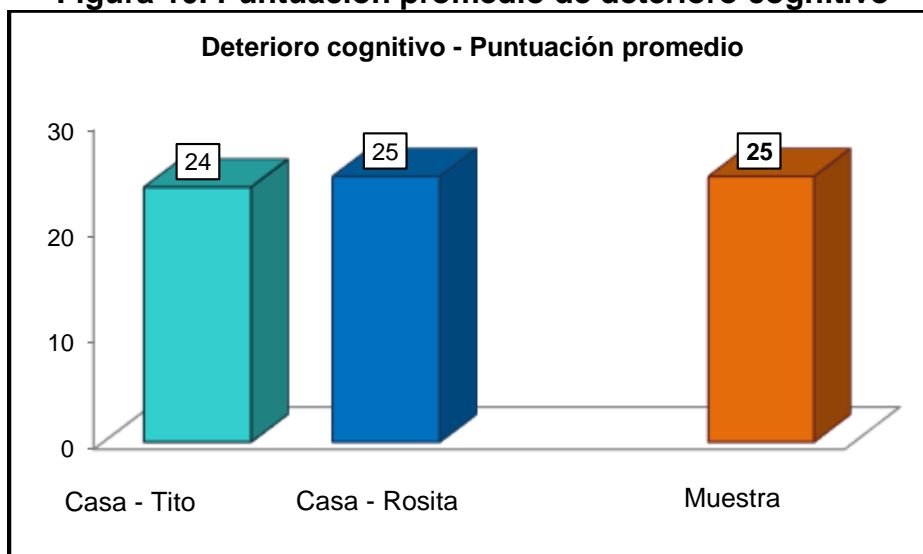
Tabla 17. Evaluación del deterioro cognitivo de la muestra

	Casa de Reposo Tito	Casa de Reposo Rosita	Muestra
	Puntuación	Puntuación	Puntuación
Deterioro Cognitivo	24	25	25

Fuente: Elaboración propia

La tabla 17 presenta los resultados en puntuaciones que obtuvo la muestra, por Centro de Adulto Mayor, para determinar el nivel de deterioro cognitivo que padecía. En las pacientes de la Casa de Reposo Tito, el deterioro cognitivo presentó una puntuación promedio de 24 puntos y en las pacientes del Centro Adulto Mayor de Huancayo, el deterioro cognitivo presentó una puntuación promedio de 25 puntos. En la muestra el deterioro cognitivo presentó una puntuación promedio de 25 puntos.

Figura 10. Puntuación promedio de deterioro cognitivo



Fuente: Elaboración propia

Las puntuaciones y su comparación se muestran en la figura 10.

Deterioro Cognitivo de la muestra por Centro de adultos mayores

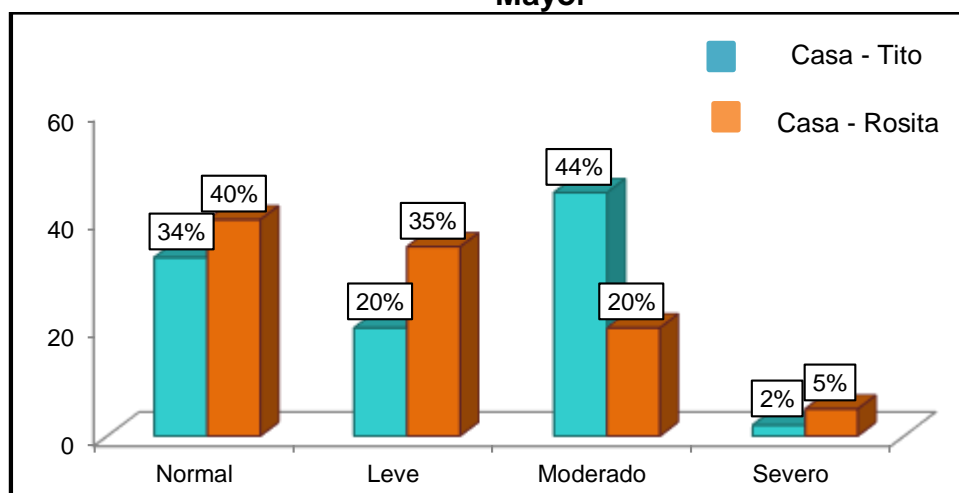
Tabla 18. Deterioro cognitivo de la muestra por Centro del Adulto Mayor

	Casa de Reposo Tito		Casa de Reposo Rosita	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Normal	33	34,0%	41	39,8%
Leve	19	19,6%	36	34,9%
Moderado	43	44,3%	21	20,4%
Severo	2	2,1%	5	4,9%
Total	97	100,0%	103	100,0%

Fuente: Elaboración propia

La tabla 18 presenta la evaluación del deterioro cognitivo de la muestra. En los pacientes de la Casa de Reposo Tito, 33 adultos mayores presentaron un nivel cognitivo normal, 19 tenían un deterioro cognitivo leve, 43 tenían un deterioro cognitivo moderado y 2 presentaron un deterioro cognitivo severo. En los pacientes de la Casa de Reposo Rosita, 41 adultos mayores presentaron un nivel cognitivo normal, 36 tenían un deterioro cognitivo leve, 21 tenían un deterioro cognitivo moderado y 5 presentaron un deterioro cognitivo severo.

Figura 11. Deterioro cognitivo de la muestra por Centro del Adulto Mayor



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes se muestran en la figura 11.

Deterioro Cognitivo de la muestra

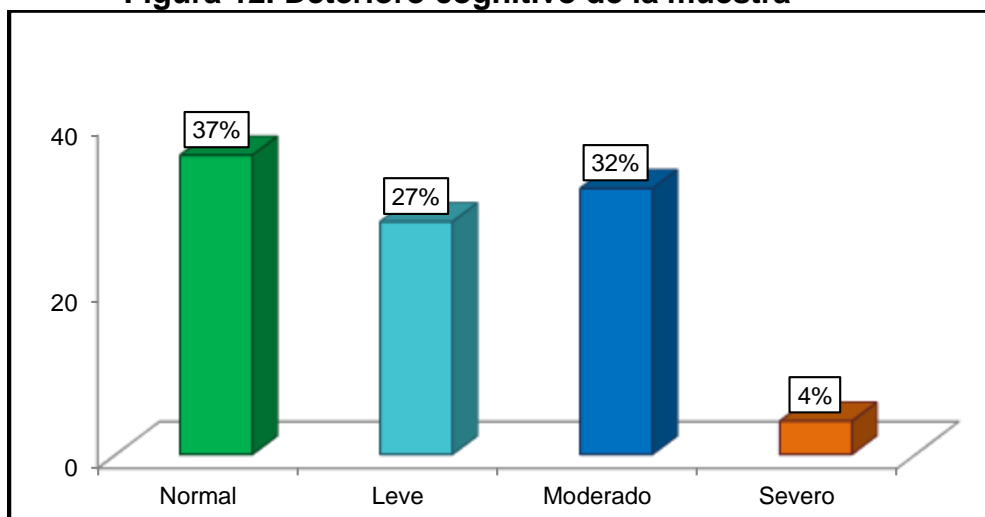
Tabla 19. Deterioro cognitivo de la muestra

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Acumulado
Normal	74	37,0%	37,0%
Leve	55	27,5%	64,5%
Moderado	64	32,0%	96,5%
Severo	7	3,5%	100,0%
Total	200	100%	

Fuente: Elaboración propia

La tabla 19 presenta la evaluación del deterioro cognitivo de la muestra. 74 adultos mayores presentaron un nivel cognitivo normal, 55 tenían un deterioro cognitivo leve, 64 tenían un deterioro cognitivo moderado y 7 presentaron un deterioro cognitivo severo. Se observa que la mayoría de la muestra presentó un nivel cognitivo normal. Sin embargo 109 pacientes adultos mayores (el 60%) presentaron un deterioro cognitivo leve y moderado.

Figura 12. Deterioro cognitivo de la muestra



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 12.

Deterioro Cognitivo de la muestra por edad

Tabla 20. Deterioro cognitivo de la muestra por edad

	Deterioro Cognitivo				Total
	Normal	Leve	Moderado	Severo	
de 50 a 65 años	48	24	28	0	100
de 66 a 75 años	21	26	25	1	73
de 76 a 80 años	5	5	11	6	27
Total	74	55	64	7	200

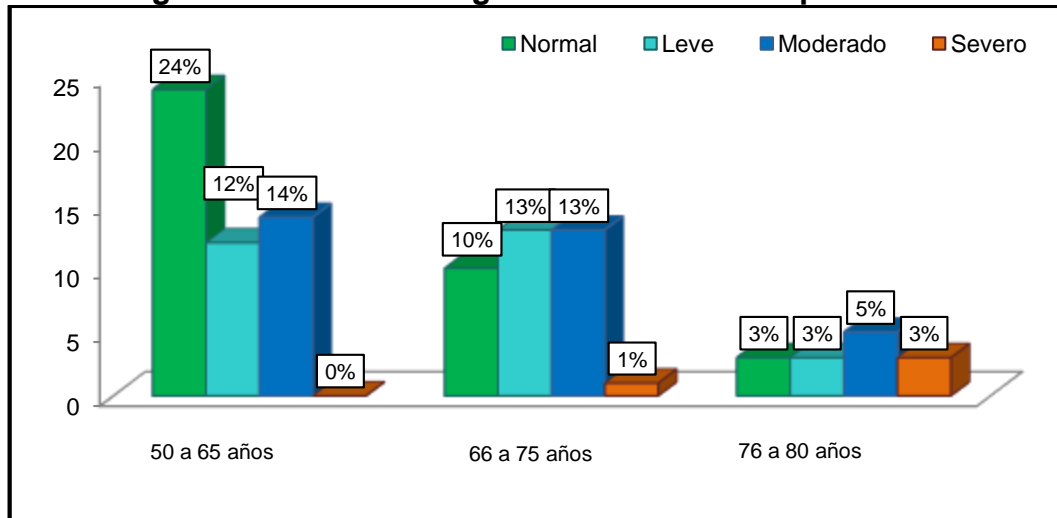
Fuente: Elaboración propia

La tabla 20 presenta la evaluación del deterioro cognitivo de la muestra por edad. En los adultos mayores que tenían entre 50 y 65 años, 48 presentaron un nivel cognitivo normal, 24 tenían un deterioro cognitivo leve, 28 tenían un deterioro cognitivo moderado y ninguno presentó un deterioro cognitivo severo.

En los adultos mayores que tenían entre 66 y 75 años, 21 presentaron un nivel cognitivo normal, 26 tenían un deterioro cognitivo leve, 25 tenían un deterioro cognitivo moderado y solo 1 presentó un deterioro cognitivo severo. En los adultos mayores que tenían entre 76 y 80 años, 5 presentaron un nivel cognitivo normal, 5 tenían un deterioro

cognitivo leve, 11 tenían un deterioro cognitivo moderado y 6 presentaron un deterioro cognitivo severo.

Figura 13. Deterioro cognitivo de la muestra por edad



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 13.

Deterioro Cognitivo de la muestra por sexo

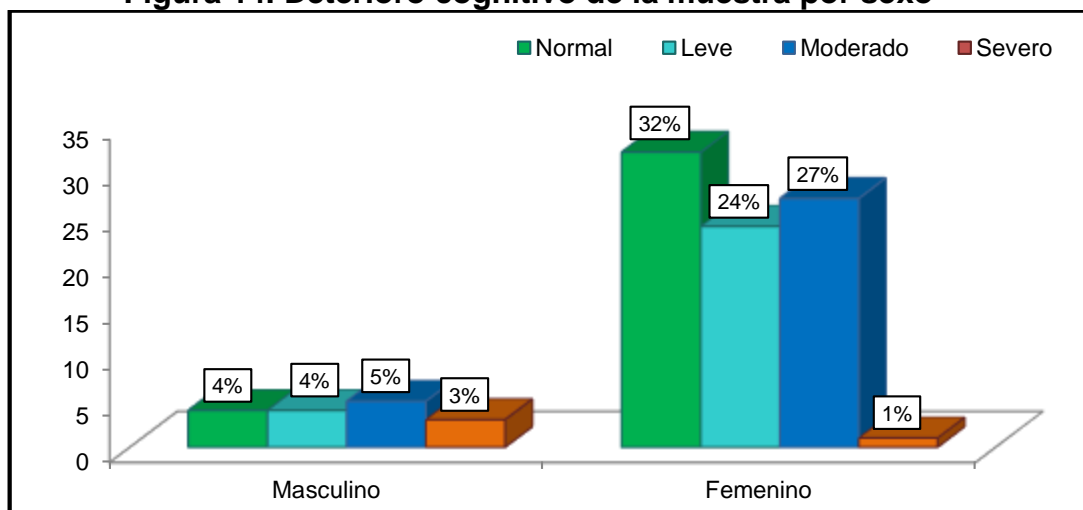
Tabla 21. Deterioro cognitivo de la muestra por sexo

	Deterioro Cognitivo				Total
	Normal	Leve	Moderado	Severo	
Masculino	9	8	10	5	32
Femenino	65	47	54	2	168
Total	74	55	64	7	200

Fuente: Elaboración propia

La tabla 21 presenta la evaluación del deterioro cognitivo de la muestra por sexo. En los adultos mayores del sexo masculino, 9 presentaron un nivel cognitivo normal, 8 tenían un deterioro cognitivo leve, 10 tenían un deterioro cognitivo moderado y 5 presentaron un deterioro cognitivo severo. En los adultos mayores del sexo femenino, 65 presentaron un nivel cognitivo normal, 47 tenían un deterioro cognitivo leve, 54 tenían un deterioro cognitivo moderado y solo 2 presentó un deterioro cognitivo severo.

Figura 14. Deterioro cognitivo de la muestra por sexo



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 14.

Deterioro Cognitivo de la muestra según patologías asociadas

Tabla 22. Deterioro cognitivo según patologías asociadas

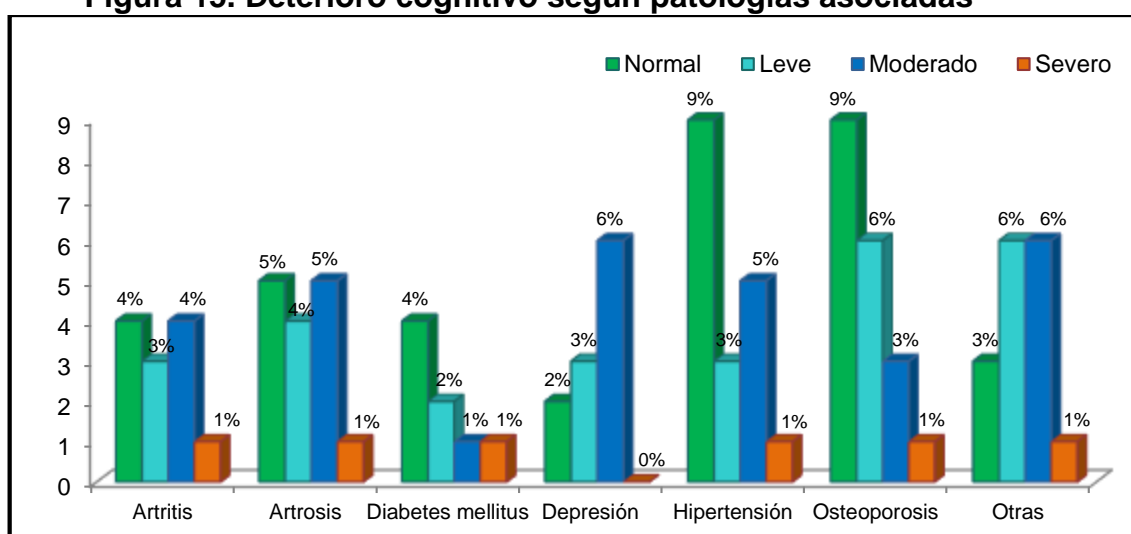
	Deterioro Cognitivo				Total
	Normal	Leve	Moderado	Severo	
Artritis	9	6	8	3	26
Artrosis	10	9	11	1	31
Diabetes mellitus	8	5	2	1	16
Depresión	5	7	12	0	24
Hipertensión	20	7	11	1	39
Osteoporosis	20	12	6	2	40
Otras	7	13	13	3	36
Total	79	59	63	11	212

Fuente: Elaboración propia

La tabla 22 presenta la evaluación del deterioro cognitivo de la muestra según las patologías asociadas que padecían. En los adultos mayores que padecían de artritis, la mayoría presentaron un deterioro cognitivo normal, leve y moderado. En los adultos mayores que padecían artrosis, la mayoría presentaron un deterioro cognitivo normal, leve y moderado. En los adultos mayores que padecían de diabetes mellitus, la mayoría presentaron un deterioro cognitivo normal y leve. En los adultos mayores

que padecían de depresión, la mayoría presentaron un deterioro cognitivo moderado y leve. En los que padecían hipertensión, la mayoría presentaron un deterioro cognitivo normal y moderado. En los adultos mayores que padecían de osteoporosis, la mayoría presentaron un nivel cognitivo normal y leve. En los adultos mayores que padecían de otras patologías, la mayoría presentaron un deterioro cognitivo leve y moderado.

Figura 15. Deterioro cognitivo según patologías asociadas



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 15.

Deterioro Cognitivo de la muestra según grado de instrucción

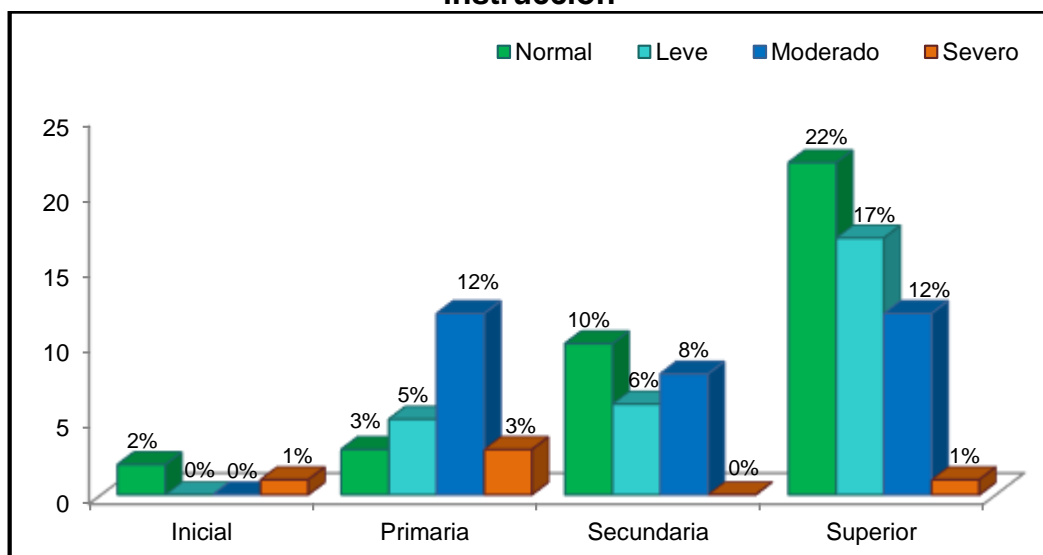
Tabla 23 Deterioro cognitivo de la muestra según grado de instrucción

	Deterioro Cognitivo				Total
	Normal	Leve	Moderado	Severo	
Inicial	3	0	0	1	4
Primaria	7	10	24	5	46
Secundaria	20	12	16	0	48
Superior	44	33	24	1	102
Total	74	55	64	7	200

Fuente: Elaboración propia

La tabla 23 presenta la evaluación del deterioro cognitivo de la muestra por grado de instrucción. En los adultos mayores que tenían educación inicial, 3 presentaron un nivel cognitivo normal, ninguno tenía un deterioro cognitivo leve y moderado y 1 presentó un deterioro cognitivo severo. En los adultos mayores que tenían primaria, 7 presentaron un nivel cognitivo normal, 10 tenía un deterioro cognitivo leve, 24 tenían un deterioro cognitivo moderado y 5 presentaron un deterioro cognitivo severo. En los adultos mayores que tenían secundaria, 20 presentaron un nivel cognitivo normal, 12 tenía un deterioro cognitivo leve, 16 tenían un deterioro cognitivo moderado y ninguno presentó un deterioro cognitivo severo. En los adultos mayores que tenían educación superior, 44 presentaron un nivel cognitivo normal, 33 tenían un deterioro cognitivo leve, 24 tenían un deterioro cognitivo moderado y 1 presentó un deterioro cognitivo severo.

Figura 16. Deterioro cognitivo de la muestra según grado de instrucción



Fuente: Elaboración propia

Los porcentajes correspondientes se muestran en la figura 16

4.2. Discusión de Resultados

Estudio realizado en España en el año 2010. Prevalencia del deterioro cognitivo leve en mayores institucionalizados. Se cribó a los sujetos con el mini examen cognoscitivo en la versión de Lobo durante enero de 2008, obteniéndose una muestra de la que se estudiaron variables sociodemográficas y de control (estado cognitivo). Los resultados muestran que la prevalencia de DCL en los ancianos institucionalizados es del 27%, cifra más elevada que la aportada como media por algunos autores para la población general (15%-20%), pero menor que la establecida en otras residencias de mayores, que oscilan entre el 38,7% y el 44% en comparación con nuestros resultados se muestran que el nivel registrado fue de 37,0% normal, seguido de 32,0% moderado, 27,5% leve y finalmente 3,5% severo.

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 describen 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. 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 comparado a nuestro estudio los resultados muestran que respecto al nivel de deterioro Cognitivo de la muestra por edad resalta el deterioro cognitivo normal con 24% entre el rango de edades de 50 a 65 años, seguido de moderado con un 14% y finalmente leve con un 12% y el deterioro Cognitivo de la muestra por sexo el mayor porcentaje es el sexo femenino con un 32% normal, 27% moderado y 24% leve y solo 1% severo.

Estudio realizado en Arequipa –Perú en el año 2008. Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. Los resultados muestran una clara asociación entre la edad y el puntaje obtenido en el MMSE. Al asociar los variables niveles de escolaridad y puntaje obtuvimos una correlación positiva significativa ($r = 0,597$) nivel de significación ($p < 0,01$) que nos indica la clara influencia que sobre el puntaje tiene el nivel educativo de los sujetos. En comparación con nuestro estudio el deterioro Cognitivo de la muestra según patologías asociadas, se muestra que osteoporosis con un 9% normal, 65 leve, 35 moderado y 1% severo y el deterioro Cognitivo de la muestra según grado de instrucción se describe que el nivel superior presenta un 22% normal, 17% leve, 12% severo y finalmente 1% severo.

4.3. Conclusiones

- Con los resultados obtenidos de la evaluación del DETERIORO COGNITIVO DE LA MUESTRA EN TÉRMINOS DEL MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE), el nivel registrado fue de 37,0% normal, seguido de 32,0% moderado, 27,5% leve y finalmente 3,5% severo.
- Respecto al nivel de deterioro Cognitivo de la muestra por edad resalta el deterioro cognitivo normal con 24% entre el rango de edades de 50 a 65 años, seguido de moderado con un 14% y finalmente leve con un 12%.
- Deterioro Cognitivo de la muestra por sexo el mayor porcentaje es el sexo femenino con un 32% normal, 27% moderado y 24% leve y solo 1% severo.
- Deterioro Cognitivo de la muestra según patologías asociadas, se muestra que osteoporosis con un 9% normal, 65 leve, 35 moderado y 1% severo.
- Deterioro Cognitivo de la muestra según grado de instrucción se describe que el nivel superior presenta un 22% normal, 17% leve, 12% moderado y finalmente 1% severo.

4.4. Recomendaciones:

- Con los resultados obtenidos se recomienda realizar un plan de intervención a través de actividad física, buscando Mantener un estado físico saludable, Preservar la autonomía y retrasar las situaciones de dependencia. Ya la repetición de la rutina empleada permitirá aprovechar al máximo las facultades residuales con participación y con ayuda.
- Se recomienda que, en estos centros diurnos, se protocolicen evaluaciones geriátricas integrales y que el manejo sea multidisciplinar ya que las funciones neuropsicológicas a medida que se envejece siguen la siguiente evolución: la personalidad no presenta grandes cambios; la inteligencia disminuye en fluidez; la memoria sensorial y de fijación disminuye, pero la memoria primaria y de evocación no se modifica y la percepción y el tiempo de reacción se hacen más lentos.
- Participación de talleres de memoria como Adivinanzas, refranes, completar frases, describir objetos, reconocer personas, orientación a la realidad. Sin agobiar, diariamente se repite la fecha, el lugar, las personas cercanas y en pequeños grupos se realizan actividades conjuntas con información relevante, siguiendo la estrategia general de que el personal ayude al anciano a darse cuenta de dónde está y lo que sucede y potenciar el mantenimiento físico y relación con amigos.
- La participación activa de los familiares para replicar cada acción realizada en la institución, mejorar la función, brindarle una óptima calidad de vida.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Abarca JC, Chino BN, Llachi ML, 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. Custodio N, Herrera E , Lira D, 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. Roca A, Henriette K, 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, Gómez N, 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. Baquero M, Blasco R, 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. Hervás A, Arizcuren MA, García de Jalón E, Tiberio G, Forcén T. Influencia de variables sociosanitarias 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. Haya MC, Blasco I, 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; 1644:493-501.
38. Roque O, Tura M, Torres J, Medina M. *Rev. Ciencias Médicas*. 2012; 16(3):95-108.
39. Carrillo J, Gómez M, Vicente G. Mejora de la calidad de vida de los mayores a través del Tai Chi y Chi Kung. *Nuevas tendencias en Educación Física, Deporte y Recreación*. 2009; 16: 86-91.
40. Lobo A. Revalidación y normalización del Mini-Examen Cognoscitivo (primera versión en castellano del Mini-Mental Status Examination) en la población general geriátrica. *Psicogeriatría y NP*. 2001

ANEXO N° 1:

CONSENTIMIENTO INFORMADO



CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título:

NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO DIURNO DE LA TERCERA EDAD EN EL DISTRITO DE JESÚS MARÍA - 2017.

Introducción

Siendo egresado de la Universidad Alas Peruanas, declaro que en este estudio se pretende Determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María - 2017. Para lo cual Ud. está participando voluntariamente. Para tal efecto, se le realizará una evaluación personal que constará de la aplicación de la escala de Mini mental para valorar el nivel de Deterioro Cognitivo que presenta. Su participación será por única vez.

Riesgos

No hay riesgo para usted ya que los instrumentos a utilizarse en el momento de su evaluación serán la escala de Mini mental para valorar el nivel de Deterioro Cognitivo y una ficha de recolección de datos. Los cuales nos facilitaran su evaluación.

Beneficios

Los resultados de su evaluación contribuyen a obtener un mejor conocimiento de la situación en la que se encuentra la población Adulto Mayor que asiste al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María- 2017.

Confidencialidad

No se compartirá la identidad de las personas que participen en esta investigación. La información recolectada en este estudio concerniente a su persona será puesta fuera de alcance; y nadie sino solo la investigadora, tendrá acceso a ella. Asimismo, se le asignará un código para poder analizar la información sin el uso de sus datos personales. Solo el investigador sabrá cuál es su código. La información física (fichas) y virtual (CD) se mantendrán encerrados en un casillero con llave, al cual solo tendrá acceso la investigadora. No será compartida ni entregada a nadie.

¿Con quién debo contactarme cuando tenga preguntas sobre la investigación y mi participación?

Egresado:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Dirección:

Asesor de Tesis:

E-mail:

Teléfono:

Celular:

Si tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, puede contactarse con el Comité Institucional de Ética de la Universidad Alas Peruanas, al teléfono 01 – 4335522 Anexo 2.

Declaración del Participante e Investigadores

•Yo, _____,

autorizo y declaro que mi participación en este estudio es voluntaria.

•Los investigadores del estudio declaramos que la negativa de la persona a participar y su deseo de retirarse del estudio no involucrará ninguna multa o pérdida de beneficios.

Costos por mi participación

El estudio en el que Ud. participa no involucra ningún tipo de pago.

Número de participantes

Este es un estudio a nivel local en el cual participarán como mínimo 200 personas voluntarias.

¿Por qué se me invita a participar?

El único motivo para su participación es porque usted forma parte de la población Adulto Mayor que asiste al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María- 2017.

por lo que se busca es conocer la Frecuencia. De deterioro cognitivo, lo cual a futuro puede desencadenar complicaciones y mermar en su funcionalidad por ende calidad de vida.

Yo: _____,

Identificada con N° de Código: _____

Doy consentimiento al equipo de investigadores para hacerme una evaluación, siempre de acuerdo con las regulaciones y normas éticas vigentes.



SI



NO

Doy consentimiento para el almacenamiento y conservación de la información, para revisiones posteriores.

SI

NO

Firma del participante

INVESTIGADOR

ANEXO N° 2:

FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

Código: _____

Fecha: ___/___/_____

VARIABLES DE ESTUDIO	
1. Edad:	_____ años
2. sexo:	
	M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>
3.- Patologías Asociadas.	
	<ul style="list-style-type: none">• Hipertensión.....• Diabetes mellitus.....• Artritis.....• Osteoporosis.....• Artrosis.....• Depresión.....
4.- Grado de Instrucción.	
	<ul style="list-style-type: none">• Educación Básica o inicial.....• Educación primaria.....• Educación secundaria.....• Educación superior.....

ANEXO N° 3:

MINI MENTAL STATE EXAMINATION

MINI MENTAL STATE EXAMINATION				
(MMSE)				
<i>Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1978)</i>				
Nombre:		Varón []		Mujer []
Fecha:	F. nacimiento:	Edad:		
Estudios/Profesión:	N. H°:			
Observaciones:				
¿En qué año estamos? 0-1				ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)
¿En qué estación? 0-1				
¿En qué día (fecha)? 0-1				
¿En qué mes? 0-1				
¿En qué día de la semana? 0-1				
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1				ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)
¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1				
¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1				
¿En qué provincia estamos? 0-1				
¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1				
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón- Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.				N° de repeticiones necesarias
Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1				FLIACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)				
Si tiene 24 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que dibuje la palabra MUNDO al revés.				ATENCIÓN-CÁLCULO (Máx.5)
30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1				RECUERDO diferido (Máx.3)
(0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)				
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.				RECUERDO diferido (Máx.3)
Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1				LENGUAJE (Máx.9)
(Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)				
.DENOMINACIÓN. Muestrele un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es eso?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1				
.REPETICIÓN. Pídale que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 pajaros") 0-1				
.ÓRDENES. Pídale que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y pézqalo en el suelo".				
Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1				
.LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1				
.ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1				
.CÓPIA. Dibuje 2 pentágonos interseccionados y pída al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1				
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12 : demencia				

s.n.g.(2008)

ANEXO N° 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

“NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES QUE ASISTEN A UN CENTRO DIURNO DE LA TERCERA EDAD EN EL DISTRITO DE JESÚS MARÍA - 2017.”

PROBLEMA	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	METODOLOGÍA
<p>PROBLEMA PRINCIPAL</p> <p>Pp. ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María - 2017?</p> <p>PROBLEMA SECUNDARIOS</p> <p>Ps. ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el sexo?</p> <p>Ps. ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según la edad?</p> <p>Ps. ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017según las patologías asociadas?</p> <p>Ps. ¿Cuál es el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el grado de instrucción?</p>	<p>OBJETIVO PRINCIPAL</p> <p>Op. Determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María - 2017.</p> <p>OBJETIVOS SECUNDARIOS</p> <p>Os. Establecer el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el sexo.</p> <p>Os. Determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según la edad.</p> <p>Os. Establecer el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según las patologías asociadas.</p> <p>Os. Determinar el Nivel de deterioro cognitivo en Adultos Mayores que asisten a un centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María – 2017 según el grado de instrucción.</p>	<p>Variable principal Deterioro Cognitivo</p> <p>Variables Secundarias</p> <p>Edad</p> <p>sexo</p> <p>Patologías Asociadas.</p> <p>Grado de instrucción.</p>	<p>Orientación Fijación Concentración y calculo Memoria Lenguaje y construcción</p> <p>Rangos de 50 a 80 años</p> <p>Masculino Femenino</p> <p>Hipertensión Diabetes mellitus Artritis Osteoporosis Demencia senil Depresión</p> <p>Educación Básica o inicial. Educación primaria Educación secundaria Educación superior</p>	<p>27 o más: normal. 24 o menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia</p> <p>Ficha de recolección de datos.</p>	<p>DISEÑO DE ESTUDIO: Estudio Descriptivo de Tipo Transversal.</p> <p>POBLACIÓN: Todos los Adultos Mayores que asisten al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María. (N=210).</p> <p>MUESTRA: Se pretende estudiar a un mínimo 200 Adultos Mayores que asisten al centro diurno de la tercera edad en el distrito de Jesús María.</p>

Fuente: Elaboración propia