



UNAP



**FACULTAD DE CIENCIA DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN EDUCACIÓN**

**FUNCION COGNITIVA DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL SECTOR EDUCACIÓN: VARIABLES
ASOCIADAS – IQUITOS 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
EDUCACION**

AUTORA: MGR. ELBA FLORES TORRES

ASESORA: DRA. MATILDE ROJAS GARCIA

IQUITOS-PERÚ

2017



UNAP



**FACULTAD DE CIENCIA DE LA EDUCACIÓN Y HUMANIDADES
DOCTORADO EN EDUCACIÓN**

**FUNCION COGNITIVA DE LOS ADULTOS MAYORES
DEL SECTOR EDUCACIÓN: VARIABLES
ASOCIADAS – IQUITOS 2016**

**TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE DOCTOR EN
EDUCACION**

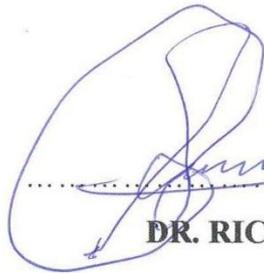
AUTORA: MGR. ELBA FLORES TORRES

ASESORA: DRA. MATILDE ROJAS GARCIA

IQUITOS-PERÚ

2017

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA 22 MES
SETIEMBRE DEL 2017, EN EL AUDITORIO DE LA ESCUELA DE
POSTGRADO DE LA UNIVERSIDAD NACIOANAL DE LA AMAZONÍA
PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS-PERÚ.



DR. RICARDO DIAZ RAMIREZ

Presidente



DR. JAIRO RAFAEL VIDAURE URRELO

Miembro



DRA. LILY NANCY ZAGACETA ARANDA

Miembro



DRA. MATILDE ROJAS GARCIA

Asesora

DIDICATORIA

A Dios, porque me ha dado la fortaleza necesaria para vivir en esta vida llena de retos y esperanza, guiándome por el buen camino, por haberme llenado de sabiduría y regalado salud y paz.

A mi madre Lucinda que, con sus 98 años, su autonomía e independencia es un ejemplo de vida para mi familia.

A mis hijos Carlos Francisco, Mónica del Pilar, Evaristo Holmer, Michel Gilbert, por ser el motor de mi vida y la razón de mi vivir, gracias por darme su amor todos los días, los amo y le agradezco a Dios por su existencia.

A mis nietos Marcelo Aimar, Fabricio Marcelo, Mariano Evans, Camila Nohelia, Carla Cristina y Mikella Alexandra, por ser mi fuente de alegría, de ilusión y emoción, por su inocencia y su cariño que me han llenado de energía en todo momento.

En especial, gracias a WALTER, por todo lo vivido y compartido. Por su apoyo y comprensión incondicional, porque es una persona valiosa, es mi razón y estímulo constante. Por qué me ha enseñado tantas cosas principalmente a ser cada día un mejor ser humano. Es un privilegio que haya llegado a mi vida y un obsequio que haya participado en esta tesis.

ELBA

AGRADECIMIENTO

Esta Investigación merece una mención y homenaje especial a todas y cada uno de las personas que mayor o menor medida han puesto su granito de arena. Mi reconocimiento a todas aquellas personas que me acompañaron en este proceso y a las que con estas líneas expreso mi profunda gratitud.

Me complace expresar mi sincero reconocimiento, a mi jurado calificador en las personas del Dr. Ricardo Díaz Ramírez; Dr. Jairo Vidaure Urrelo; y la Dra, Lily Nancy Zagaceta Aranda. Por su disponibilidad, paciencia en la orientación, aporte y participación en el desarrollo de mi tesis, muchísimas gracias.

Mi apreciación y reconocimiento a la Dra. Matilde Rojas García, por haberme incentivado a realizar mi proyecto y guiar el proceso y desarrollo de mi tesis doctoral con sus aportes, observaciones, sugerencias y acertadas recomendaciones; pero sobre todo por su amistad.

Cordial y sincero reconocimiento al Mgr. Saul Flores Nunta por atenderme en todo momento, por su apoyo, esfuerzo y sacrificio; en el desarrollo de esta investigación.

Mi profundo y especial reconocimiento a todos y cada uno de los directivos de la ARCIJEL quienes me acogieron con cariño y me demostraron su absoluta disponibilidad para que se haga realidad el desarrollo de mi tesis a todos ellos muchísimas gracias.

No podría olvidar brindar un verdadero y especial reconocimiento a todos los adultos mayores que formaron parte de este estudio, con lo cual me permitieron esta investigación, por su tiempo y confianza depositada y por ser además fuente de mi aprendizaje dentro de este campo.

¡A todos, muchas, muchísimas gracias!

FUNCIÓN COGNITIVA DE LOS ADULTOS MAYORES DE EDUCACIÓN: VARIABLES ASOCIADAS, IQUITOS -2016

Presentado por: Mgr. ELBA FLORES TORRES

RESUMEN

A nivel mundial, en el Perú y especialmente en Loreto, existe un envejecimiento de la población en general, **Problema:** ¿Cuáles son las variables asociadas a la función cognitiva del adulto mayor?; **Objetivo:** “Determinar las variables asociadas y la función cognitiva del adulto mayor de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto. **Metodología:** El estudio fue descriptivo, correlacional y transversal. Se aplicó una serie de instrumentos: cuestionario del mini examen cognitivo de Lobo, escala de apoyo familiar, test de percepción familiar, a una muestra constituida por 220 adultos mayores, seleccionado aleatoriamente. Los datos fueron analizados con el programa SPSS versión 21.0. **Resultados:** al relacionar con la función cognitiva se demostró asociación significativa entre los adultos mayores que tuvieron edad promedio de 71.08, \pm 5.58 y una (p=0.000); 55.5% son hombres y una (p=0.035); 61.8% con instrucción técnica (escuela normal) y una (p=0.005); 57.3% con parejas y una (p=0.023); 93.6% viven acompañados por familiares y una (p=0.000); 81.8% dependen económicamente de su pensión y una (p=0.034); 55.9% califica como moderado el apoyo familiar y una (p=0.012); 69.5% tiene familia funcional y una (p=0.035); 65.9% siente como regular su salud general y una (p=0.001); 56.4% perciben como regular su salud en comparación con pares y una (p=0.000); 56.8% perciben como regular su salud comparado hace un año atrás y una (p=0.000); y 53.6% califica su función cognitiva como borderline y solamente el 14.1% presentaron deterioro cognitivo leve. Por otro lado las variables que no guardaron asociación significativa son: 97.3% cuentas con seguro de salud y una (p=0.492); 75.0% cuenta con vivienda propia y una (p=0.345); 83.6% viven en área urbana y una (p=0.909); 96.8% perciben una pensión económica y una (p=0.365). El análisis de correlación demostró que a menor edad, el hecho de ser hombre, tener pareja vivir con compañía, a mejor salud percibida, mejor apoyo familiar y mejor funcionamiento familiar, menor deterioro cognitivo leve (p=<0,01). **Conclusiones:** Luego de analizar la función cognitiva en este estudio, encontramos que en la prueba de Mini Examen Cognitivo de Lobo 53.6% de los adultos mayores presentó Borderline como resultado de la evaluación, identificando un mayor número de casos en riesgo para convertirse en deterioro cognitivo leve. En cuanto a las variables asociadas: la edad a partir de 70 años, el vivir solo, el tener poco apoyo familiar entre otro, son factores que van a favorecer para la aparición del deterioro cognitivo leve en los adultos mayores.

PALABRAS CLAVE: Función cognitiva, adulto mayor, envejecimiento, jubilado.

COGNITIVE FUNCTION OF OLD PEOPLE IN EDUCATION SECTOR: ASSOCIATED VARIABLES, IQUITOS -2016

Presented by: Mgr. ELBA FLORES TORRES

ABSTRACT

At the global level, in Peru and especially in Loreto, there is an aging of the population in general, **Problem:** What are the variables associated with the cognitive function of the older adult?; **Objective:** "To determine the associated variables and cognitive function of the older adult of the Regional Association of Discharges of Education and Retirees of Loreto. **Methodology:** The study was descriptive, correlational and transversal. A series of instruments were applied: a Mini Cognitive Lobo questionnaire, Family Support Scale, Family Perception Test, and a sample of 220 older adults randomly selected. The data were analyzed with SPSS version 21.0. **Results:** When correlating with cognitive function, a significant association was found between the elderly who had a mean age of 71.08, \pm 5.58 and ($p = 0.000$); 55.5% were men and ($p = 0.035$); 61.8% had technical instruction (normal school) and ($p = 0.005$); 57.3% with pairs and ($p = 0.023$); 93.6% lived with family members and ($p = 0.000$); 55.9% rated family support as moderate and ($p = 0.012$); 69.5% had a functional family and ($p = 0.035$); 65.9% feel regular and general health ($p = 0.001$); 56.4% perceived their health as regular in comparison with pairs and ($p = 0.000$); 56.8% perceived their health as regular compared to one year ago and ($p = 0.000$); And 53.6% rated their cognitive function as borderline and only 14.1% had mild cognitive impairment. On the other hand, the variables that did not have significant association are: 97.3% had health insurance and ($p = 0.492$); 75.0% had their own homes and ($p = 0.345$); 83.6% lived in urban areas and ($p = 0.909$); 96.8% received an economic pension and ($p = 0.365$); 81.8% are economically dependent on their pension and ($p = 0.641$). The correlation analysis showed that younger age, being male, having a partner living with a partner, better perceived health, better family support and better family functioning, and less mild cognitive impairment ($p = <0.01$). **Conclusions:** After analyzing the cognitive function in this study, we found that in the Mini Cognitive Lobo Test 53.6% of older adults presented Borderline as a result of the evaluation, identifying a greater number of cases in irrigation to become cognitive impairment mild. As for the associated variables: age from 70 years, living alone, having little family support among others, are factors that will favor the appearance of mild cognitive impairment in the elderly.

KEY WORDS: Cognitive function, older adult, aging, retired.

A FUNÇÃO COGNITIVA DE IDOSOS DA EDUCAÇÃO: VARIÁVEIS ASSOCIADAS, IQUITOS-2016

Apresentado por: M.S. Elba Flores Torres

RESUMO

Globalmente, Perú e especialmente em Loreto, há um envelhecimento da população em geral, **Problema:** ¿Quais são as variáveis associadas com a função cognitiva dos idosos?; **Objetivo:** “Determinar as variáveis associadas e função cognitiva de idosos da Associação Regional dos Aposentados da Educação de Loreto. **Metodologia:** O estudo foi descritivo, correlacional e transversal. Foi aplicado série de instrumentos: questionário Mini Teste cognitivo de Lobo, escala de apoio familiar, teste de percepção da família, uma amostra que consiste em 220 idosos, seleccionada aleatoriamente. Os dados foram analisados usando o programa SPSS 21.0. **Resultados:** quando se relaciona com a função cognitiva foi demonstrada uma associação significativa entre os idosos que tinham uma idade média de 71,08, 5,58 e \pm (p = 0,000); 55,5% são homens (p = 0,035); 61,8% instrução técnica (escola normal) (p = 0,005); 57,3% são casais (p = 0,023); 93,6% vivem acompanhados pela família (p = 0,000); 81,8% economicamente dependente da sua pensão (p = 0,034): 55,9% qualifica o suporte familiar como moderado (p = 0,012); 69,5% têm família funcional (p = 0,035); 65,9% sente-se regular a sua saúde geral (p = 0,001); 56,4% percebe regular a sua saúde em comparação com seus pares (p = 0,000); 56,8% percebe sua saúde como regular em comparação há um ano (p = 0,000); e 53,6% qualifica-se a função cognitiva como borderline e apenas 14,1% apresentou detrimento cognitivo leve. Além disso, as variáveis que mantiveram associação não significativa são: 97,3% têm seguro de saúde (p = 0,492); 75,0% tem casa própria (p = 0,345); 83,6% vivem na área urbana (p = 0,909); 96,8% recebem pensão financeira (p = 0,365);. A análise de correlação mostrou que a idade mais jovem, ser do sexo masculino, ter um parceiro, viver acompanhado melhor saúde percebida, melhor suporte familiar e melhor funcionamento familiar, menor comprometimento cognitivo (p = <0,01). **Conclusões:** Depois de analisar a função cognitiva neste estudo, encontramos que no Mini Teste cognitivo de Lobo, 53,6% dos idosos apresentou Borderline como resultado da avaliação, a identificação de um número maior de casos em risco de se tornar comprometimento cognitivo leve. Quanto às variáveis associadas: idade a partir de 70 anos, que vivem sozinhas, têm pouco apoio familiar, entre outros, são fatores que favorecem para o aparecimento de transtorno cognitivo leve em idosos.

PALAVRAS-CHAVE: função cognitiva, idoso, envelhecimento, aposentado.

INDICE DE CONTENIDO

	PÁG.
PÁGINAS PRELIMINARES:	
1. PORTADA O CARÁTULA	i
2. CONTRAPORTADA O CARÁTULA	ii
3. HOJA DE APROBACIÓN	iii
4. DEDICATORIA	iv
5. AGRADECIMIENTO	v
6. RESUMEN:	vi
6.1. ABSTRACT EN INGLES	vii
6.2. ABSTRACT EN PORTUGUÉS	viii
7. ÍNDICE DE CONTENIDO	ix
8. ÍNDICE DE CUADROS	xi
9. ÍNDICE DE GRÁFICOS	xiii
CAPÍTULO I	
1.1. INTRODUCCIÓN	01
1.2. PROBLEMAS	07
1.3. OBJETIVOS	08
1.3.1. Objetivo General.	08
1.3.2. Objetivos Específicos.	08
CAPÍTULO II	
2.1. MARCO TEORICO	09
2.1.1. Antecedentes.	09
2.1.2. Bases teóricas:	17
2.1.2.1. Modelo Teórico de la Función Cognitiva.	17
2.1.2.2. Variables Asociadas a la Función Cognitiva.	21
2.1.2.3. Función Cognitiva.	32
2.2. DEFINICIONES OPERACIONALES	39
2.3. HIPÓTESIS	44

CAPÍTULO III	
3. METODOLOGÍA:	45
3.1. Método de Investigación.	45
3.2. Diseño de Investigación.	45
3.3. Población y muestra:	46
3.4. Técnicas e Instrumentos.	48
3.5. Procedimientos de Recolección de Datos.	51
3.6. Técnicas de Procesamiento y Análisis de Datos	52
3.7. Protección de los Derechos Humanos	52
CAPÍTULO IV	
4. RESULTADOS.	54
CAPÍTULO V	
5. DISCUSIÓN	79
CAPÍTULO VI	
6. PROPUETA.	87
CAPÍTULO VII	
7. CONCLUSIONES	90
CAPÍTULO VIII	
8. RECOMENDACIONES	92
CAPÍTULO IX	
9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	94
DESCRIPCIÓN DE LAS PÁGINAS COMPLEMENTARIAS:	
ANEXOS	

ÍNDICE DE CUADROS

	PÁG.
Tabla 1. Características Demográficas y Función Cognitiva de los Adultos Mayor de La Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	55
Tabla 2. Características Sociales y Función Cognitiva de los Adultos Mayores de La Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	60
Tabla 3. Apoyo social y Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	62
Tabla 4. Características Económicas y Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	64
Tabla 5. Tenencia y Lugar de Residencia y Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos -2016.....	66
Tabla 6. Salud Percibida y función Cognitiva de los Adultos Mayor de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	68
Tabla 7. Apoyo Familiar y Función Cognitiva de los Adultos Mayor de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	71

Tabla 8. Funcionalidad Familiar y Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	73
Tabla 9. Asociación existente entre las variables estudiadas y Función Cognitiva de los adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	77

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	PÁG.
Grafico 2: Edad de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	57
Grafico 3: Sexo de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016....	58
Grafico 4: Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.....	59

CAPÍTULO I

1.1. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento progresivo de la población a nivel mundial es una realidad y un logro de la humanidad y es un desafío para el siglo que acaba de empezar, debido a que el número de personas adultas mayores en el mundo con deterioro cognitivo fue de 20 millones aproximadamente esta cifra se duplicara cada 20 años hasta alcanzar 81.1 millones en el año 2040.⁽¹⁾

Según información aportada por La Organización Mundial de la Salud (2012), actualmente se produce un aumento progresivo del envejecimiento de la población y se tiene previsto que el número de individuos mayores de 60 años aumente de 605 millones a 2000 millones en el año 2050. También se advierte, que un 30 % de personas mayores de 65 años, podría mostrar en algún periodo de su vida síntomas clínicos de deterioro cognitivo, siendo necesario brindar atención especializada en el ámbito de la memoria y de los trastornos asociados.⁽¹⁾

Es así, que, a nivel mundial, la valoración del Deterioro Cognitivo Leve (DCL) es muy compleja. De acuerdo a Custodio y otros (2012), diversos estudios revelan que la prevalencia de Deterioro Cognitivo Leve (DCL) se incrementa con la edad, siendo 10% en individuos de 70 a 79 años y 25% en aquellos con 80 a 89 años. Un estudio en afroamericanos ha estimado tasas de prevalencia de DCL de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para mayores de 85 años. Otro elemento importante es la mortalidad, en este sentido, los autores mencionan estudios que han mostrado una mortalidad mayor en los sujetos con DCL en comparación con sujetos cognitivamente normales. Dentro de los casos que sobrevivieron luego de 10 años de seguimiento, 27% desarrollaron

demencia, el 23% enfermedad de Alzheimer, por lo que es probable que con la progresiva mayor supervivencia de la población geriátrica la proporción de afectados con DCL se incremente. ⁽²⁾

En el año 2012 de acuerdo con el Fondo de Población de Naciones Unidas, el 11.5% de la población mundial tiene una edad de 60 años y más, mientras que en las regiones más desarrolladas llega a ser de 21.2%, dichas proyecciones indican que en el 2050 será de 22.6 %, es decir uno de cada cinco habitantes en el planeta tendrá 60 años o más. ⁽³⁾

La Organización Mundial de la Salud (OMS) indicó que en el 2010 el índice de envejecimiento en las Américas fue de 53 adultos de 60 o más años por cada 100 niños menores de 15 años, superando este índice Canadá, Cuba, Estados Unidos, Argentina y Chile, entre otros. Los dos primeros países tuvieron un índice de alrededor de 100, mientras que países como Haití, Honduras y Guatemala, tienen índices de alrededor de 16 adultos por cada 100 niños. ⁽⁴⁾

Comisión Económica para América Latina (CEPAL), considera que para la región de América Latina la población adulta mayor, pasó de apenas un 5,6% del total regional en 1950 a un 10% en el año 2010. El grupo de personas con edades superiores a los 60 años es el que más está creciendo en la actualidad, de manera que para el 2025, se prevé que la población con más edad se incremente en 694 millones de personas, lo que supondría un crecimiento de 223 % de la población. ⁽⁵⁾

En América Latina son escasos los estudios del deterioro cognitivo. Sin embargo, podemos mencionar que, en la ciudad de Córdoba, Argentina existe una prevalencia de 13,6% en mayores de 50 años. Otro estudio poblacional en Medellín, Colombia se halló una prevalencia de DCL tipo amnésico de 9,7%. Un tercer estudio chileno comunica el seguimiento de 36 pacientes con DCL, observando la evolución a demencia en 15 de ellos en

un periodo promedio de 31 meses; en un periodo de 2 años adicionales, 50% (10 casos) de los pacientes que permanecían como DCL estables.⁽²⁾

Los cambios en la estructura de la población ocasionada por el proceso de envejecimiento, repercuten en todas las esferas de desarrollo de la vida. En consecuencia las personas mayores en nuestro país, constituyen un grupo poblacional cada vez más significativos, sin embargo, están expuesta a situaciones en lo económico, social, salud y familiar, lo que evidencia nuevos desafíos para el estado y el diseño de políticas públicas que puedan atender a las personas mayores.⁽⁶⁾

Según el conocimiento relacionado con el envejecimiento se evidencia que existen habilidades que van disminuyendo de forma progresiva durante toda la vida adulta, estas habilidades son las funciones cognitivas que parecen que sufren un cambio negativo con el paso de los años. Es consecuencia también repercuten en la atención, la memoria y la inteligencia que inexorablemente disminuye con la edad. Además, es importante hacer referencia que el envejecimiento en el Perú, es el grupo poblacional menos atendido, en lo relacionado a salud debido a que no se trabaja en aspectos preventivo promocional con los adultos mayores en lo referente a la función cognitiva, a esto lo agrava la situación que viene atravesando, es decir, los que a la fecha tienen 60 años y más, pertenecen a una generación donde el analfabetismo y la baja escolaridad fueron características permanente durante varias décadas, el índice de analfabetismo fue de 23%, en la actualidad un importante grupo no sabe leer ni escribir, todo lo anterior le resta oportunidad para mantener una función cognitiva normal por otra parte no le permite alcanzar el bienestar deseado.⁽⁷⁾

En el Perú la población adulta mayor tiene un crecimiento anual del 3.6% por año. Del 2011 al 2021 aumentará en 1' 106, 074 la población de ancianos, y para el 2050 se tendrá 8'738,032, (21.8%) de la población.⁽⁸⁾ Por otro lado, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI)

informó que el 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son hombres (46,6%). Estas cifras confirman que, en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad. El índice de feminidad, muestra que hay 114 mujeres por cada 100 hombres y aumenta a 141 en la población femenina de 80 y más años de edad⁽⁹⁾

En este contexto, el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 60 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. De poco menos de 1.5 millones de adultos mayores en el 2010, se pasará a casi 6.5 millones en 2050; la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, dependiendo de la escala, características y heterogeneidad de este proceso en cada departamento del país. En salud, con la disminución progresiva de la mortalidad infantil y el aumento de la esperanza de vida de la población, se irá presentando un nuevo perfil epidemiológico caracterizado por una mayor incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas, sin que desaparezcan las enfermedades propias de personas que viven en condiciones de pobreza y exclusión social. Debe tenerse en cuenta que los servicios especializados en geriatría y gerontología, sólo existen en las grandes ciudades del país y no tienen la capacidad para atender estos nuevos requerimientos que plantea el proceso de envejecimiento demográfico.

Asimismo, las condiciones económicas de la población adulta mayor están caracterizadas por las dificultades para encontrar empleo en el sector formal de la economía, así como por descensos en sus niveles de productividad e

ingreso, lo que puede conducirlos a un alejamiento definitivo de las actividades laborales y hacerlos totalmente dependientes del sistema de seguridad social. Esta situación, es particularmente compleja pues una importante proporción de personas adultas mayores no disponen de ingresos de pensiones o jubilaciones, o son absolutamente insuficientes, ni tampoco cuentan con un empleo remunerado, sobre todo en las zonas rurales del país, lo que agrava su vulnerabilidad económica y social. En estas condiciones de insuficiencias y desigualdades, la familia y las redes de apoyo familiar se constituyen en una fuente importante de apoyo y cuidado en la vejez. ⁽¹⁰⁾

Por otro lado, el departamento de Loreto cuenta con una población de 1, 039,372 habitantes, donde el 6.7% representa la población adulta mayor (69,375), de estos, son hombres 37223 (54%) y mujeres 32152 (46%)^{(11) (12)}

Por todas las razones previas, asumimos que la función cognitiva del adulto mayor es un desafío profesional, que necesita ser poseionado por la disciplina de enfermería, ello implica ir más allá del camino clínico/curativo hacia acciones interdisciplinarias, con el fin de preservar la autonomía y la independencia de los adultos mayores y por lo tanto mejorar la calidad de vida de él y su familia. Razón por la cual la presente investigación pretende dar respuesta a la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las variables asociadas (edad, sexo, instrucción, estado civil, remuneración económica, dependencia económica, seguro de salud, con quien vives, tenencia de la vivienda, residencia, salud percibida, apoyo familiar, funcionalidad familiar) a la función cognitiva de los adultos mayores de la ARCIJEL de Iquitos- 2016?

Los resultados del presente estudio contribuirán con información estadística que permita visibilizar la problemática de la función cognitiva en el adulto mayor en nuestra región, así mismo aportará con datos que contribuyan con el desarrollo de políticas y estrategias encaminadas al mantenimiento o mejoramiento de la función cognitiva del adulto mayor; y

con el propósito de que estos resultados se constituya en una base científica que facilite el diseño de estrategias de intervención eficaces y oportunas que se realice el fortalecimiento y optimización de actividades preventivo promocionales mediante la evaluación y control en cada atención de la función cognitiva de la población de adultos mayores.

1.2. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

¿Cuáles son las variables asociadas (edad, sexo, instrucción, estado civil, remuneración económica, dependencia económica, seguro de salud, con quien vives, tenencia de la vivienda, residencia, salud percibida, apoyo familiar, funcionalidad familiar) a la función cognitiva de los adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto (ARCIJEL) de Iquitos- 2016?

1.3. OBJETIVOS

1.3.1. Objetivo General:

Determinar las variables asociadas: edad, sexo, instrucción, estado civil, remuneración económica, dependencia económica, seguro de salud, con quien vives, tenencia de la vivienda, residencia, salud percibida, apoyo familiar, funcionalidad familiar a la función cognitivo de los adultos mayores de la ARCIJEL, Iquitos -2016.

1.3.2. Objetivos Específicos:

- Caracterizar a los adultos mayores del sector educación en: (edad, sexo, instrucción, estado civil, remuneración económica, dependencia económica, seguro de salud, con quien vives, tenencia de la vivienda).
- Identificar la salud percibida, apoyo familiar, funcionalidad familiar, de los adultos mayores de la ARCIJEL.
- Identificar la función cognitiva de los adultos mayores de la ARCIJEL.
- Establecer la relación de las variables asociada y la función cognitivo de los adultos mayores de la ARCIJEL.

CAPÍTULO II

2.1. MARCO TEÓRICO

2.1.1. Antecedentes:

Este capítulo esboza información sobre estudios previos relacionados al tema de investigación, el cual se orienta exclusivamente a las variables asociadas para la función cognitivo en adultos mayores del sector educación de Loreto. Seguidamente, se exponen algunos estudios que refieren hallazgos en relación a las variables antes mencionadas, los cuales se consideran relevantes a los fines de ser utilizados en la comparación de los resultados del presente trabajo doctoral.

Portillo P. (España 2015) Estudiaron los factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo. La muestra constituida por 498 adultos mayores, y el registro de múltiples variables sociodemográficas. Dieron como resultados de los factores de riesgos indicaron que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65-74 años es 37.8% y una ($p=0.0001$) reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de 75 años en adelante. El 76.5% son del sexo femenino y una ($p= 0.0001$), demostrándose que las mujeres presentan mayor DCL que los hombres. la mayor frecuencia de adultos mayores con deterioro cognitivo se observó en el nivel de educación primaria con un 47,4%, Mientras que, dentro de los que no presentaron deterioro cognitivo, se observó una mayor frecuencia en los que tuvieron educación secundaria con un 48,5% y en los que alcanzaron el nivel universitario con un 22,7%, y una ($p= 0.0001$). Estado civil se destacaron los viudos quienes mayormente presentaron DCL con una frecuencia del 35,0%, seguido de los solteros con un 31%. Por otra parte, los casados fueron quienes manifestaron la ausencia de DCL, con el 46,9%, y una ($p = 0.001$). Convivir en pareja, con los hijos o con otros familiares se asoció a

una menor presencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores, con valores de ($p < 0,0001$, $p < 0,004$). El nivel socioeconómico es un factor poco influyente en el desarrollo de deterioro cognitivo en los adultos mayores, dado que el mayor porcentaje correspondió a individuos sin deterioro cognitivo en nivel bajo, medio y alto y una ($p = 0,0001$). En la prueba Minimental el grupo poblacional estudiado, alcanzó un puntaje mínimo de 9 y un máximo de 30, ubicándose el puntaje promedio en 25,0 puntos con una desviación estándar de 4,3. La prueba Minimental (MMSE) evidenció un 22% de adultos mayores con DCL y 78% sin esta condición. ⁽²⁾

Saavedra et al. (México 2016) Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar de Guayalejo, En su estudio exploratorio, observacional, prospectivo, transversal y descriptivo. Se incluyeron 220 pacientes ≥ 60 años de edad, se encontró que el perfil de la población el género predominó el femenino, se correlacionó la estructura familiar con la funcionalidad (apgar) y la depresión (Yesavage): se encontró significancia estadística entre familia nuclear y funcionalidad familiar ($p = 0.01$). la funcionalidad familiar no está relacionada con el grado de depresión, pero se documentó que la familia nuclear es un factor protector para la disfuncionalidad familiar. Finalmente, la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar, esta depende del manejo adecuado de la red de apoyo social y familiar disponible, que pueden propiciar un impacto menor de enfermedad. ⁽¹³⁾

Leiva A, et al (España 2014), estudiaron los factores que se asocian con deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. Es un estudio transversal cuya muestra fue de 200 personas mayores de 64 años. De ellas, 100 personas estaban institucionalizadas en un centro residencial y 100 no institucionalizadas. Se evaluó el deterioro cognitivo mediante el Mini-Mental State

Examination (Mec-35), la salud general a través del Goldberg GHQ-28 y variables de tipo social, clínico y conductual. Se analizó asociación del deterioro cognitivo con todas las variables mediante chi cuadrado. Finalmente se realizó un análisis multivariante mediante regresión logística, para identificar la asociación conjunta de las variables a estudio con el deterioro cognitivo. Cuyos resultados fueron que la prevalencia de deterioro cognitivo en institucionalizados fue del 47%, superior a la de los no institucionalizados que fue del 8% ($p < 0,001$). La institucionalización ($OR = 5,368$) y la edad ($OR = 1,066$) se asociaron de forma negativa con el deterioro cognitivo. ⁽¹⁴⁾

Casanova (México 2014), informo un estudio para determinar los factores de apoyo social y estructural asociados con la percepción de funcionalidad familiar en las personas con trastorno mental y los familiares. Con una muestra de 72 pacientes. Con investigación de tipo descriptivo y correlacional, transversal, no-probabilístico. Los resultados para Funcionalidad familiar (APGAR) En los pacientes, 58.3% percibe funcionalidad familiar; 19.4%, disfuncionalidad severa familiar y 22.2%, disfuncionalidad leve. En cuanto a los familiares, 66.7% percibe funcionalidad familiar; 10.6%, disfuncionalidad severa y 22.7% disfuncionalidad leve. Se observa diferencia estadística ($t=2.014$, $gl=136$, $p=0.046$) entre la percepción de los familiares ($\bar{x}=7.42$) y la de los pacientes ($\bar{x}=6.49$). Con relación al apoyo estructural (MOS), de los pacientes indica solamente que presenta diferencia estadística en el apoyo instrumental ($t=-2.478$, $gl=136$, $p=0.014$). La funcionalidad familiar es una variable importante a ser tomada en cuenta en la evaluación del apoyo social de los pacientes y sus familiares. ⁽¹⁵⁾

Samper J. A. (España 2014) en la investigación de Evaluación y seguimiento del envejecimiento sano y con deterioro cognitivo leve (DCL) la muestra se compuso de un total de 179 participantes, con edades comprendidas entre los 58-90 años ($M = 70.56$; $DT = 6.41$). El número de

hombres fue 42 (23.46 %) con una edad media de 71.45 (DT = 5.84) y el número de mujeres 137 (76.54 %) con una edad media de 70.29 (DT = 6.57). Todos ellos procedentes de Las Rozas y Pozuelo de Alarcón, Comunidad Autónoma de Madrid, que se presentaron como voluntarios para participar en una investigación sobre detección precoz del DCL. La media de años de escolaridad para los hombres fue 12.24 (DT = 6.81) y para las mujeres fue de 8.44 (DT = 4.95). Los niveles de estudios contabilizados a través de los años de estudios formales, concediendo una unidad por año cursado, se consideraron de la siguiente manera: estudios primarios (5 años o menos de estudios formales), secundarios (entre 6 y 11 años de estudios formales) y universitarios (12 años o más de estudios formales). No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la edad, pero sí en cuanto a la media de años de escolaridad ($t(148) = 7.720, p < .006$).⁽¹⁶⁾

De Juanas A. (España 2013), han descrito un estudio sobre la promoción de un adecuado envejecimiento activo y saludable. El propósito de este estudio fue analizar, en una muestra de 328 participantes de la Comunidad de Madrid, la asociación entre el bienestar psicológico, estado de salud percibida y hábitos saludables que se encuentran directamente relacionados con la calidad de vida de los adultos mayores. Se aplicó una encuesta elaborada ad hoc y la Escala de Bienestar Psicológico de Carol Ryff que establece un modelo que atiende a seis dimensiones: auto aceptación, relaciones positivas con otras personas, autonomía, dominio del entorno, propósito de vida y crecimiento personal. Los resultados obtenidos muestran la tendencia a que las personas que afirman que su estado de salud ha sido muy malo tienden a presentar resultados más altos en auto aceptación y propósito de vida que aquellos que lo consideran bueno o muy bueno. Asimismo, aquellos que durante su tiempo libre realizan ejercicio físico obtienen puntuaciones altas en la escala de auto aceptación. En este sentido, los que realizan ejercicio regularmente obtienen puntuaciones más altas en auto aceptación y dominio del entorno.

Finalmente, los adultos mayores que no salen con otras personas, tienen menos posibilidades de comunicación sobre sus problemas, se distraen menos de lo que desean y reciben menos elogios, obteniendo puntuaciones más bajas.⁽¹⁷⁾

Meléndez- Moral J.c. (España 2013), es su estudio sobre deterioro cognitivo leve: métodos y procedimiento de clasificación de DCL. Cuyo objetivo es poner a prueba un método y procedimiento de clasificación del DCL en función de las puntuaciones en las pruebas neuropsicológicas y de su convergencia con un criterio clínico establecido, la muestra se compuso de una total de 39 personas con edades comprendidas de entre 60 y 89 años (M=70.9; DT=8.49). El 20.5% de los participantes eran hombres, el 79.5% restante mujeres. En relación a las variables sociodemográficas, el 61.5% estaban casados, el 7.7% eran solteros y el 30.8% viudos. La media de escolaridad para los hombres era de 9 años (DT =6.39) y para las mujeres de 5.96 años (DT =4.24).⁽¹⁸⁾

López A. (España 2013), predictores psicológicos del funcionamiento cognitivo y de la calidad de vida en ancianos mayores 80 años. Participaron 264 personas de entre 65 y 96 años. Los resultados obtenidos del MEC 70.45% sin deterioro cognitivo y 29,55% con deterioro cognitivo y d.t. =5,9805; edad media de 72.53 y d.t.= 5,70; el 47.5% eran hombres y 52.5% fueron mujeres; el 29.3% la muestra residía en su propio domicilio; y el 70,7% Vivían en residencia de ancianos. EL 9.1% habían sido profesionales de mando medio y el 23.3% fueron profesionales de grado superior. Al correlacionar se encontró: edad con MEC, $p=0.037$ ($p=0,05$ bilateral), nivel educativo $p= 0,008$; seguro de salud $p=0,010$; salud objetiva $p=0,033$ salud subjetiva $p= 0,016$. La edad estuvo negativamente relacionada con todas las variables cognitivas de manera a mayor puntuación en el MEC, estos resultados no se mantienen si no son suficientemente ejercitados. Por otro parte la satisfacción con la vida se explica por factores como el nivel de ingresos la percepción del propio

estado de salud $p= 0.259$, un enfoque bio-psico-social que son claves para la detección y predicción de las dificultades cognitivas es un ambiente socioeconómico pobre, está asociado con el mayor riesgo de inicio de DCL. ⁽¹⁹⁾

Gonzales F. (España 2013), en el estudio sobre el patrón de rendimiento cognitivo de las personas mayores de 50 años, teniendo en cuenta la influencia del nivel educativo y de la profesión. Los datos de esta investigación provienen del estudio piloto desarrollado en un estudio Longitudinal “Envejecer en España” en el que se evaluó a una muestra representativa de la población española mayor no institucionalizada. Dentro del rendimiento cognitivo se evaluó el funcionamiento cognitivo global, la memoria verbal, la amplitud de memoria de trabajo, la velocidad viso-motora y el lenguaje. Se encontraron diferencias entre los grupos de edad en todas las variables. También se encontraron diferencias en los grupos según el nivel educativo y el tipo de profesión, que se mantenían al controlar la edad. Los estudios poblacionales permiten una perspectiva más global del rendimiento cognitivo de las personas mayores, así como del papel de los diferentes factores asociados al mismo. ⁽²⁰⁾

Durán T. (México 2013), estudio realizado entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, para orientar la planeación de estrategias de intervención educativa. Estudio descriptivo-transversal-correlacional en 252 adultos mayores de ambos sexos. Se encontró que el 58.3% tienen función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. Correlación negativa entre depresión y función cognitiva ($r_s=-0.242$; $p=0.000$). ⁽²¹⁾

Salinas R. (México 2013), el estudio realizado con el objetivo de evaluar la asociación de la diabetes mellitus tipo 2 (DM2) con incidencia de deterioro cognitivo leve (DCL) y demencia en un estudio de seguimiento en adultos mayores mexicanos. La muestra total fue de 1,194 sujetos mayores de 65 años. Se establecieron los diagnósticos DM2, DCL y

demencia, de acuerdo a los criterios: de la American Diabetes Association; de la Clínica Mayo; del DSM-IV y algoritmo del Grupo 10/66, respectivamente. Los resultados fueron: la tasa de incidencia en sujetos con DM2, para demencia fue de 0.029, y para DCL fue de 0.018. Los sujetos con DM2 tuvieron 1.87 veces más el riesgo de desarrollar demencia que aquellos sin DM2 (HR 1.87; IC 1.2-2.7).⁽²²⁾

Escobar G. (Perú 2013), este estudio examinó la relación entre deterioro cognitivo leve y las siguientes variables: edad, procedencia, estado civil, nivel educativo y género. La información recolectada provino de 58 adultos mayores entre mujeres y hombres de 60 años de edad a más, miembros de diferentes clubes del adulto mayor de la ciudad de Tacna. Se encontró que hay relación estrecha entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo leve. El género que presenta mayor proporción de DCL son las mujeres; mientras que la procedencia, estado civil y la edad no tienen relación significativa.⁽²³⁾

Meléndez J.C. (España 2013) es su estudio Comparación Entre Alta Y Baja Reserva Cognitiva Y Deterioro Cognitivo. Con el objetivo de comparar sujetos con ARC y BRC no se observarán diferencias significativas en las variables sociodemográficas estudiadas. El diseño de investigación es correlacional, habiéndose diferenciado dos grupos: sanos y con deterioro cognitivo leve (DCL). El grupo de sujetos sanos está compuesto por 178 sujetos con una edad media de 74.37 (DE= 6.9) de los cuales el 56.2 % son mujeres, Estado civil Casado Soltero Viudo 52.3% (DE= 4.59) 35.2%; 13.5%; Educación Sin estudios Primarios Secundarios Superiores 2.3%; 30.6% 58.4 % 8.7% Profesión Manual no cualificado Manual cualificado 75% 25%; Profesional con título Directivos 82.6⁽²⁴⁾

Villarreal G. (Colombia 2012), realizó una investigación de condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad de los adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo. Con una muestra de 275 adultos

mayores de 65 años. Se emplearon la Escala de Valoración Socio familiar de Gijón, Escala de Lawton y Brody, Índice de Katz para la valoración funcional y la Escala Minimental para la evaluación cognitiva. Los resultados fueron: El 61% de los adultos mayores son de sexo femenino y la media de edad de 75,4 años. Con criterios diagnósticos de hipertensión arterial (75.2%). El test de Gijón determinó que el 67.7% de los adultos mayores tenía riesgo y aspectos social siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$). presentando que la mayor parte de los sujetos estaban casados, convivían con la pareja, hijos u otros familiares y pertenecían al nivel socioeconómico bajo, lo cual muestra que la familia colombiana tiende a mantenerse unida hasta la vejez, sin importar las condiciones socio-económicas, para quienes la familia popular, con su carácter extenso y conglomerado, su eje matricentrado, mantienen la capacidad para retener al adulto mayor en el seno familiar, por eso enfocan sus recomendaciones en incrementar la capacitación a la familia basado en métodos de atención al adulto mayor, incrementando su calidad de vida y minimizando su deterioro. ⁽²⁵⁾

Vivaldi F. (Chile 2012), condujeron un estudio sobre el bienestar psicológico, el apoyo social percibido y la percepción de salud en adultos mayores. La muestra estuvo constituida por 250 personas, 146 mujeres y 104 hombres, con edades entre 60 y 87 años (promedio de 70,8 años) de la ciudad de Concepción (Chile). Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido que con la percepción de salud, que los hombres informaron mayor bienestar psicológico y mejor percepción de salud que las mujeres y que las personas casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico y mayor apoyo social percibido que aquellas sin pareja estable. Esto hace que los adultos mayores permanezcan saludables física y mentalmente. Se proponen diversos factores explicativos para los resultados obtenidos. ⁽²⁶⁾

2.1.2. Base Teórica:

2.1.2.1. Modelo teórico de la función cognitiva:

Para dar el componente teoría al presente estudio, se hace referencia al estancamiento en el crecimiento de la población peruana, es indicativo de que el proceso de cambio que se experimenta es un progresivo y persistente incremento en la edad adulta; actualmente los adultos mayores son el 10% de la población y para el 2025 serán del 13%, sin embargo, para el 2050 serán del 21%, eso significa que la pirámide población cada vez se va transformando en rectangular. Esto demuestra que nuestro país se encuentra en una etapa de transición hacia el envejecimiento demográfica de la población. ⁽²⁷⁾

En tal sentido se empleará las teorías del envejecimiento para el soporte teórico al presente estudio.

- **Teorías de Envejecimiento:**

El envejecimiento progresivo de la población a nivel mundial ya es una realidad en esta medida nos encontramos ante un escenario coyuntural que supone ineludiblemente un reto, un desafío para el siglo que acaba de comenzar. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS 2002) el grupo de personas con edades superiores a los 60- 65 años es el que más está creciendo en la actualidad, de manera que para el 2025 se prevé que la población con más edad se incrementara en 694 millones de personas, lo que supondría un crecimiento de 223 % de la población. ⁽²⁸⁾

Por otra parte, el Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 60 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas, la mayor parte de los cuales serán mujeres. Este

proceso de envejecimiento demográfico plantea desafíos y exigencias de diferentes naturalezas en términos de políticas y programas sociales a nivel regional y local, sin embargo, el proceso de envejecimiento cambiara sustancialmente en aspectos políticos, sociales, la salud y las relaciones familiares, así como las relaciones de género e intergeneracionales, por lo que la sociedad, deberá estar preparada para brindar una atención adecuada a las personas adultas mayores y posibilitar que continúen siendo actores sociales importantes en el desarrollo de su comunidad, asegurando su condición de ciudadano activo en pleno ejercicio de sus derechos y deberes y garantizando que lleven una vida digna y segura. ⁽²⁹⁾

- **Teoría biológica del envejecimiento:**

La teoría biológica u orgánica, según el cual la disminución del rendimiento cognitivo es debido al desgaste y al deterioro cerebral que se produce en el anciano como consecuencia del paso de los años. Una de ellas es **la teoría molecular**, es la transferencia de la información del DNA al RNA mensajero para la síntesis de proteínas, llevándolas a cambios estructurales que produce el envejecimiento **la teoría de la mutación somática**, hace referencia a alteraciones en la estructura de la molécula del DNA, por perturbación de la estructura de las proteínas y la aparición de déficit fisiológico. Por otro lado, el proceso de envejecimiento esta genéticamente programado, y no sería fruto de casualidad ni de interacción con el medio ambiente, se basa en la presencia de un gen responsable, que al ser activado provocaría los cambios en todos los niveles que observamos en el envejecimiento. ⁽³⁰⁾

En otro grupo tenemos las teorías fisiológicas, entre ellas se puede mencionar la **teoría de los radicales libres**, plantea la existencia de un daño celular acumulado producido por la exposición de los radicales libres (sustancias toxicas que se generan en las células

cuando se produce el consumo de oxígeno, con el consiguiente estrés oxidativo). **La teoría del envejecimiento programado**, que sostiene los cuerpos envejece de acuerdo a un patrón de desarrollo normal establecido en cada organismo, predefinido para cada especie, está sujeto a modificaciones menores. **La teoría del desgaste**, asegura que los cuerpos envejecen debido al uso continuo, es decir, que el envejecimiento es el resultado de agravios acumulados en el cuerpo. Se produce en las células somáticas del organismo, lo que está claro, es que no todas las personas envejecen de la misma manera, con lo que cabe que existen otras explicaciones que intentan ser complementadas con otras teorías.⁽³¹⁾

- **Teoría del envejecimiento con éxito:**

El envejecimiento con éxito fue descrito por Havighurst (1963) como un “estado interno de contento y de felicidad”, parte de la hipótesis de que la transición a una edad avanzada desencadena una estabilización de la situación interna y de la situación externa. En este contexto, la satisfacción o contento de vivir se considera como indicador de que se ha conseguido una adaptación al proceso de envejecimiento, con el paso a la jubilación, con la marcha de los hijos que abandonan el hogar paterno, con la pérdida de personas allegadas, con la frecuencia cada vez mayor de las enfermedades, estos acontecimientos son capaces de crear desequilibrio psíquicos y físicos. Según el autor representa el mejor indicador de la acomodación existente entre las propias necesidades. Esta teoría constituye el fundamento de la teoría de la desvinculación y de la teoría de la actividad, existen estas dos alternativas para el envejecimiento con éxito.^{(32) (33)}

- **La Teoría de la actividad:**

Según Tarder (1961) parte del supuesto de que únicamente será feliz y estará contenta aquella persona que se halle activa, que sea capaz de realizar algo y que sea útil para otras personas. Según Havighurst y otros (1964), el envejecimiento óptimo depende de la continuidad de su estilo de vida, Para Lemon y otros (1972), para un envejecimiento con éxito, la actividad ejercida en diversos roles sociales tiene repercusión de imagen positiva de sí misma. Sin embargo, Longino y otros (1982) recoge las sugerencias de los autores anteriores que las diferentes actividades sociales que realiza el adulto mayor, tiene que ver con las actividades informales, que consiste principalmente en contacto con amigos, parientes y vecinos y las actividades formales, pertenecer a una asociación, actividad independiente, trabajo para el hogar etc. Se supone que estas actividades son normas para un éxito en el envejecimiento.⁽³⁴⁾

- **La Teoría de la desvinculación:**

Cumming & Henry (1961 y 1964), rechaza la teoría de la actividad, al afirmar que la persona de edad avanzada desea precisamente para sí diversas formas de aislamiento social, de reducción de contactos sociales y con ello se siente ni más ni menos feliz y contentos, pone en duda el contento de la persona de edad avanzada el tener una función, el de ser de utilidad, basándose en el proceso de envejecimiento.

Existen muchos autores que mediante investigaciones refuten esta teoría.⁽³⁴⁾

- **Teoría de la continuidad:**

Según Atchley (1989) en contraste con otras variantes de teorías cognitivas, esta teoría considera como indispensable para la adaptación a los cambios internos y externos que surgen involuntariamente con el envejecimiento; la cognición de la

conservación de la propia identidad, una conservación que se sobrepone al cambio interno o externo. Es así, que la continuidad interna se refiere a la permanencia de actitud psíquica, de ideas, de cualidades del temperamento y de la afectividad, de experiencias, aficiones y capacidades y la continuidad externa, es la estructura recordada de un entorno físico y social, de relaciones con otras personas.^{(33) (34)}

2.1.2.2. Variables Asociadas a la Función Cognitiva:

Diversos autores han investigado sobre variables que se asocian con la función cognitiva de los adultos mayores, encontrándose como importantes los siguientes:

- **Edad y función cognitiva:**

El envejecimiento biológico o natural tiene características bien definidas por que es un proceso dinámico e inevitable del ser humano, debido a que es universal, progresiva, intrínseco, irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales.⁽³³⁾

Según avanza la edad, el adulto mayor tiene más problema para concentrarse sobre la información y poner atención hacia aspectos irrelevante, entonces el deterioro cognitivo se produce debido a la incapacidad para mantener la concentración sobre información principal. En lo que se refiere a la atención y a la velocidad del procesamiento, la mayor lentitud en el tiempo de reacción asociada a la edad, se interpreta como resultado de una atención menos eficiente. Reportaron que los adultos mayores tienen más dificultad para integrar la información, les resulta más difícil ignorar o inhibir el procesamiento de la información irrelevante y están en desventajas cuando debe dividir su atención entre dos o más tareas simultáneas.

Así mismo, les lleva más tiempo tomar una decisión cuando la tarea implica una elección compleja o dar una respuesta compleja; se ha explicado que en la edad avanzada tiene lugar una disminución en la eficiencia del procesamiento de la información en el sistema nervioso central debido a la pérdida neuronal que explicaría esta demora de la velocidad de respuesta.⁽³⁵⁾

Es así, que el paso de la edad, genera en todos los tipos de memoria, tanto de corto, medio y largo plazo, que se evidencien modificaciones si se compara al adulto mayor con el adulto joven. Exceptúan a la memoria inmediata por ser la más relacionada con el envejecimiento. Señalan que se mantienen intactos la capacidad verbal, la diversidad y contenido del vocabulario, así como la comprensión. Sin embargo, se evidencia la presencia de cierto enlentecimiento que afecta las funciones cognitivas del procesamiento, sin que ello suponga una disminución de las mismas, ya que se puede esperar que la respuesta final se encuentre intacta, aunque algo más lenta.⁽³⁶⁾

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad o más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. La Organización de las Naciones Unidas considera anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo.⁽²⁷⁾

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud), las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada; de 75 a 90 viejas o ancianas y las que sobrepasan se les denomina grandes viejos o grandes longevos.⁽³⁷⁾

- **Género y función cognitiva:**

En el Perú, según el ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables, da a conocer el creciente incremento de la población femenina (53.3%), se va dando progresivamente desde hace mucho tiempo, es así que la esperanza de vida de 75.3%. Estas informaciones, nos indican que en el Perú se viene dando un proceso de feminización del envejecimiento. ⁽⁷⁾

En lo referente al género, estas se ven determinadas por las características de las mujeres y los hombres definidos por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera que uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo. ⁽³⁵⁾

En un estudio reportaron hallazgos que muestran que existe una diferencia significativa ($p=0,0001$) entre los adultos mayores con deterioro cognitivo del género femenino y masculino demostrándose que las mujeres presentan (76.5%) mayor deterioro cognitivo leve que los hombres. ⁽²⁾

- **Nivel educativo y nivel cognitivo:**

La educación no solo es un derecho de las personas, sino que se les considera como un mecanismo principal para mejorar el estilo de vida personal y para la sociedad en su conjunto, la educación debe permitir superar los prejuicios sociales acerca de la vejez y favorecer la integración social y participación plena de los adultos mayores. El nivel educativo enfrenta un serio problema en el Perú, porque el 21% de los adultos mayores no han alcanzado ningún nivel de educación o solo estudiaron el nivel inicial; un 45.3% estudiaron por lo menos un año de educación primaria, solo el 20.3%, lograron estudiar algún año de secundaria y un escaso 13.3% accedió a algún año de educación superior. Sin embargo, el concepto del nivel educativo en

la actualidad es el grado más alto completado, dentro del nivel más avanzado que se ha cursado, de acuerdo a las características del sistema educacional del país, considerando tanto los niveles de primaria, de secundaria, de técnica y universitaria del sistema educativo, como la categorización del sistema educativo reformado.⁽³⁸⁾

Al relacionar la educación con el nivel cognitivo, se ve evidenciado el concepto de reserva cognitiva, entendiendo en forma general como el efecto protector que logra una buena educación, una mayor reserva cognitiva se manifiesta en un uso más eficaz de las redes cerebrales alternativas, es decir, una habilidad más eficaz para cambiar las operaciones o circuitos alternativos.

Entonces, los años de educación serían un indicador de la habilidad del cerebro para compensar las patologías por medio del uso de esas redes alternativas; se ha descrito que la educación puede, a través de la activación, mejorar el flujo sanguíneo cerebral e incrementar el aporte de oxígeno y glucosa al cerebro, así como proteger contra el efecto de los radicales libres. Una mayor educación puede llevar a mayor conectividad neuronal en las primeras etapas de la vida que persiste durante el resto de la vida. Un mayor nivel educativo puede estar relacionado con estimulación mental y crecimiento neuronal durante toda la vida.⁽³⁹⁾

Como lo demuestra el reporte de un estudio, que dice, tener algún grado de nivel educativo (secundaria en adelante) se asocia a una menor presencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores, mientras que ningún nivel educativo se asoció con deterioro cognitivo en la muestra estudiada, Cabe destacar que, la mayor frecuencia de adultos mayores con deterioro cognitivo se observó en el nivel de educación primaria con un 47,4% y en ninguna

preparación educativa con el 19,5%. Mientras que, dentro de los que no presentaron deterioro cognitivo, se observó una mayor frecuencia en los que tuvieron educación secundaria con un 48,5% y en los que alcanzaron el nivel universitario con un 22,7%.⁽²⁾

- **Estado Civil y función cognitiva:**

Es el conjunto de cualidades o condiciones que tiene el adulto mayor en relación con los derechos civiles, se refieren a su posición dentro de una comunidad política, a su condición frente a su familia y a la persona en sí misma, independientemente de sus relaciones con los demás.

Existen distintos criterios para clasificar los derechos civiles, que se considera, casado o conviviente que es el término que se utiliza para designar a aquella persona que ha contraído matrimonio o viven juntos más de dos años y soltero viudo o separado es el término que se utiliza para designar al adulto mayor que no tiene pareja.⁽³³⁾

Existe una diferencia importante entre hombres y mujeres de 65 años y más relacionado al estado conyugal, dado que las mujeres tienen una esperanza de vida que es cinco años mayor que la de los hombres, la condición de viudez es más frecuente. Una de cada cinco mujeres entre las edades de 65 a 69 es viuda, mientras en los hombres solo uno de cada veinte se encuentra en esa condición.⁽⁴⁰⁾

Así lo reporta un estudio en relación al estado civil más de la mitad de la muestra no tenían pareja (solteros, viudos, separados), resultados similares se reportaron en el estudio de Ferrer et al,⁽²⁶⁾ donde encontraron un poco más del 97%, de los entrevistados no tenían compañero; esto se puede explicar por qué hay un número mayor de mujeres que posterior a la viudez no vuelven a contraer nupcias.⁽³⁸⁾

En un estudio realizado en España muestran resultados significativos entre los grupos con deterioro y sin deterioro cognitivo con valores de $p < 0,05$; apreciándose que, dentro de los adultos mayores con deterioro cognitivo, se destacaron los viudos quienes mayormente lo presentaron con una frecuencia del 35,0%, seguido de los solteros con un 31%. Por otra parte, los casados fueron quienes principalmente manifestaron la ausencia de esta condición, con una frecuencia del 46,9%.⁽²⁾

- **Con quien Vive:**

La convivencia es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su acepción más amplia, se trata de un concepto vinculado a la coexistencia pacífica y armónica de grupos humanos en un mismo espacio. Por lo tanto, para generar un ambiente que propicie una buena relación interpersonales en una comunidad, quienes la conforman deben tener muy claro, que tanto el respeto como la solidaridad son dos valores imprescindibles para que la convivencia armónica sea posible,⁽³⁵⁾ en los hogares del país vive una persona adulta mayor. La composición de estos hogares es diferente a los hogares de los países desarrollados, donde no viven adultos mayores.

Así tenemos que, el 26% de los hogares con adultos mayores son hogares no familiares, o sea, compuestos por solo una persona o por personas que no son parientes. En el resto de los hogares solo algo menos del 10% es familiar. Hay una diferencia también porque la mayoría de los hogares en que viven personas adultas mayores están empezando a perder miembros o, bien, solo vive la pareja, ya que los hijos u otros parientes han dejado el hogar, generalmente para formar otro propio. Esta es la situación de casi dos tercios de los hogares donde viven personas adultas mayores, en comparación con solo 22% de los hogares sin personas de este grupo etario.⁽⁴⁰⁾

Portillo P. (Madrid 2015). Demuestran que convivir en pareja, con los hijos o con otros familiares se asoció a una menor presencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores, observándose diferencias significativas entre los grupos comparados con valores de $p < 0,05$ ($p < 0,0001$, $p < 0,004$).⁽²⁾

- **Seguro de Salud:**

Es la suma de todas las organizaciones, instituciones y recursos cuyo objetivo principal consiste en mejorar la salud. Además, tiene que proporcionar buenos tratamientos y servicios que respondan a las necesidades de la población y sean justos desde el punto de vista financiero.⁽⁴¹⁾

Al igual que ocurre con el resto de la población del país, una alta proporción de personas adultas mayores no cuenta con seguro de salud. El acceso a servicios resulta importante para la prevención de enfermedades crónicas y, en general, para la atención de la salud de las personas adultas mayores.

En el año 2012, del total de la población ocupada, el 58,4% tenía algún tipo de seguro de salud: Seguro Social de Salud (Es Salud), Seguro Integral de Salud (SIS) u Otro seguro (Seguro Privado de Salud, Entidad Prestadora de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas/ Policiales, Seguro universitario; mientras que el 41,6% carecía de este beneficio.⁽⁴²⁾

Según tipo de seguro de salud, el 38,0% de los adultos mayores acceden solo al Seguro Integral de Salud (SIS), y el 30,8% a EsSalud. Comparando con similar trimestre del año anterior, la proporción de asegurados con Seguro Integral de Salud se

incrementó en 8,8 puntos porcentuales; mientras que, los asegurados en EsSalud disminuyeron en 3,4 puntos porcentuales. ⁽⁴³⁾

- **Situación Económica:**

Hace referencia al patrimonio de la persona, empresa o sociedad en su conjunto, es decir, a la cantidad de bienes y activos que posee y que les pertenecen.

La capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, y disponer de independencia en la toma de decisiones. ⁽⁴⁴⁾

Además, mejora su autoestima, al propiciar el desempeño de roles significativos y la participación en la vida cotidiana como ciudadanos con plenos derechos.

Así, la seguridad económica es la contra cara de la pobreza en tanto permite generar las condiciones para un envejecimiento con dignidad y seguridad. Legítima aspiración de toda persona de edad avanzada que ha contribuido durante toda su vida a la seguridad social – cuando su trayectoria laboral así lo ha permite – o en el caso de no haberlo hecho por circunstancias diversas, se trata de ejercer determinados derechos (derecho a la seguridad social, al trabajo y a la protección familiar) que todo(a) ciudadano(a) debe lograr al final de la vida. ^{(44) (45)}

Portillo P. (Madrid 2015). El nivel socioeconómico es un factor poco influyente en el desarrollo de deterioro cognitivo en los adultos mayores, dado que el mayor porcentaje correspondió a individuos sin deterioro cognitivo en nivel bajo, medio y alto. ⁽²⁾

- **Residencia:**

Es la ubicación geográfica donde las personas tienen una amplia gama de alternativas para optar por sistemas de vida, adquiriendo hábitos, actitudes, conductas; dentro de una zona urbana, urbano marginal o rural. ⁽⁴⁴⁾

- **Salud Percibida:**

Es la percepción subjetiva que tiene la persona sobre su estado de salud general en los últimos doce meses. Se distinguen 3 niveles: bueno, regular y malo. ⁽⁴⁰⁾⁽⁴¹⁾ La percepción del adulto mayor acerca de su estado de salud y calidad de vida son influidos por su salud mental y capacidad funcional. Por tanto, la percepción de salud es un constructo asociado a otras variables psicológicas como autoestima, satisfacción con la vida y depresión y ha probado tener asociaciones significativas con otros indicadores más objetivos, como son el número de enfermedades crónicas que los adultos mayores padecen, el periodo de tiempo que han vivido con una enfermedad, la agudización de problemas crónicos, etc. ⁽²⁶⁾

- **Apoyo Familiar:**

Es el conjunto de recursos familiares con los que puede contar el adulto mayor en la vida cotidiana y ante determinadas situaciones que desbordan sus propios recursos y potencialidades. Debido a que la familia cumple funciones básicas de ayuda a las tareas cotidianas, al mismo tiempo que atiende buena parte de las necesidades que la familia presenta; desempeñan también tareas difícilmente

sustituibles de apoyo psicológico y bienestar personal. La importancia que al adulto mayor se le brinda, influye decisivamente en la situación psicofísica de este, siendo innegable la responsabilidad familiar en la vida del adulto mayor.

Diferentes autores, refieren que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado, afecto y constituye un mecanismo natural de atención. Preferida por los adultos mayores. Además, este apoyo está basada en orientaciones valorativas sobre la unidad de la familia, interdependencia, retribución a la crianza brindada en su momento, amor filial, lazos afectivos y obligaciones entre otros. Por lo tanto, el escaso o falta de un apoyo familiar incrementa el deterioro cognitivo. ⁽⁴⁸⁾ ⁽⁴⁹⁾

- **Funcionalidad Familiar:**

La familia es funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos. Para que la familia sea funcional no debe existir sobrecarga de rol que puede ser debido a sobre exigencias, como podría ser en casos de madres adolescentes o de hogares monoparentales y también se deben a sobrecargas genéricas o por estereotipos genéricos que implican rigidez en cuanto a las funciones masculinas y femeninas en el hogar. Otra condición necesaria para que funcione adecuadamente la familia es que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. La familia se hace disfuncional cuando no se respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, (por ejemplo: la madre que pide autorización al hijo para volverse a casar) y cuando la jerarquía se confunde con el autoritarismo.

De manera general se recomienda como indicadores para medir funcionamiento familiar los siguientes:

- a. Cumplimiento eficaz de sus funciones: (económica, biológica y cultural-espiritual).

- b. Que el sistema familiar permita el desarrollo de la identidad personal y la autonomía de sus miembros: Para hacer un análisis de este indicador hay que tener en cuenta los vínculos familiares que intervienen en la relación autonomía -pertenencia. En muchos casos familiares, para mostrar lealtad, hay que renunciar a la individualidad y este conflicto se puede ver tanto en las relaciones padre -hijo, como en las de pareja en relaciones generacionales e intergeneracionales. Cuando la familia exige una fusión o dependencia excesiva entre sus miembros limita la superación y realización personal e individual de éstos, pero por el contrario, cuando la relación familiar es muy abierta y defiende mucho la individualidad, tienden a anularse los sentimientos de pertenencia familiar. Para que la familia sea funcional hay que mantener los "límites claros" (fronteras psicológicas entre las personas que permiten preservar su espacio vital) de manera tal que no se limite la independencia, ni haya una excesiva individualidad para poder promover así el desarrollo de todos los miembros y no se generen sentimientos de insatisfacción o infelicidad.

- c. Que en el sistema familiar exista flexibilidad de las reglas y roles para la solución de los conflictos: Aquí hay que analizar los vínculos familiares que intervienen en la relación asignación-asunción de roles, o sea, aquellas pautas de interacción que tienen que ver con lo que se debe y no se debe hacer y con las funciones, deberes y derechos de cada miembro del grupo familiar. Se considera una familia funcional cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por éstos.

- d. Que exista flexibilidad o complementariedad de rol o sea, que los miembros se complementen recíprocamente en el cumplimiento de

las funciones asignadas y éstas no se vean de manera rígida. También en este indicador debe analizarse la jerarquía o distancia generacional que puede darse de una manera horizontal (cuando se tiene el mismo poder) o de una manera vertical (cuando hay diferentes niveles de jerarquía). Por ejemplo, en la relación matrimonial debe existir un sistema de jerarquía horizontal y en la relación padre-hijos debe ser vertical (cuando se encuentra bajo la tutela de los padres).

- e. Que en el sistema familiar se dé una comunicación clara, coherente y afectiva que permita compartir los problemas: Cuando hablamos de comunicación distorsionada o disfuncional, nos referimos a los dobles mensajes o mensajes incongruentes, o sea, cuando el mensaje que se trasmite verbalmente no se corresponde o es incongruente con el que se trasmite extraverbalmente o cuando el mensaje es incongruente en sí mismo y no queda claro.

Que el sistema familiar sea capaz de adaptarse a los cambios: La familia funciona adecuadamente cuando no hay rigidez y puede adaptarse fácilmente a los cambios. La familia es un continuo de equilibrio-cambio. Para lograr la adaptación al cambio, la familia tiene que tener la posibilidad de modificar sus límites, sus sistemas jerárquicos, sus roles y reglas, en fin, de modificar todos sus vínculos familiares, pues no son independientes unos de otros. ⁽⁵⁰⁾

2.1.2.3. Función Cognitiva:

El ser humano, puede ser entendido como un procesador activo de información. A través de sus sentidos la información es captada, almacenada, analizada y elaborada y, finalmente, el ser humano responde a esa información. En ese sentido, el individuo debe atender y percibir esa información, procesarla y retenerla. En realidad, cualquier comportamiento humano está dependiendo tanto de los estímulos y circunstancia externas como de esas funciones psicológicas aprendidos

a su vez a lo largo del proceso de aprendizaje. Teniendo en cuenta que la recepción de información depende de los sentidos y que el procesamiento de la información tiene como soporte el Sistema Nervioso Central, ⁽⁵¹⁾

Sin embargo, la cognición está formada por una compleja red de procesos neurofisiológicos, que se organiza en el individuo y da como resultado el funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo las percepciones, pensamiento, memoria, recuerdos, motivaciones, emociones, comunicación, orientación, cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. Procurando la más efectiva de las adaptaciones ante los cambios continuos. ⁽⁴⁹⁾

Sin embargo, no cabe duda de que el procesamiento de información lleva consigo el aprendizaje, la retención o la memoria de esa información. La persona mayor requiere un mayor número de ensayos de aprendizaje y mayores tiempos de ejecución, (en comparación con las más jóvenes) tienen una amplia capacidad de aprendizaje. Un alto porcentaje de personas mayores afirman tener fallos en el recuerdo de nombres, números de teléfono, cosas que tiene que hacer, si han apagado el gas y otros muchos eventos de la vida cotidiana. En distintos sistemas de memoria, que declinan con el paso del tiempo y aquellos que permanecen estables. Solo la memoria de trabajo (también llamada operativa y la memoria episódica sufren cambios negativos asociados a la edad. ⁽⁵¹⁾

En consecuencia, es que durante el proceso de envejecimiento se produce un enlentecimiento y una menor eficiencia del funcionamiento cognitivo. En definitiva, el ser humano mayor tarda más en responder a la información que recibe en comparación con el más joven, sobre todo cuando las tareas que se le demandan requieren muchos recursos atencionales. No obstante, conviene también resaltar que esos cambios

o declives en las primeras fases del procesamiento ocurren desde muy temprano en la vida.⁽⁴⁹⁾

A pesar de todo lo mencionado, el concepto de funciones cognitivas no ha sido definido de modo preciso, pues alude a diversidad de aspectos como las funciones intelectivas, funciones superiores propias de la especie humana, las actividades mentales como el recuerdo, el pensamiento, el conocimiento o el lenguaje. En íntima relación con ellas está el concepto de la inteligencia, que se refiere a la capacidad para resolver problemas utilizando el pensamiento como medio y para adaptar el comportamiento a la consecución de objetivos, las cuales involucran las competencias demostradas en la capacidad verbal, manipulación instrumental; matemáticas, lenguaje, visual, musical, informática como elementos que contribuyen que el individuo desarrolle sus destrezas cognitivas y en función de ellas pueda estar en condiciones de comprenderse a sí mismo o al mundo circundante.⁽⁵¹⁾

Es así, que el funcionamiento cognitivo es un proceso en continua evolución desde el nacimiento hasta la senectud. En los primeros años de vida está guiada por multitud de influencias normativas, llegando hasta la etapa de adultos mayores, se transforman en aspectos como la historia vital previa o el estado de salud los que van a determinar un funcionamiento satisfactorio o al deterioro de una persona, ya que existe una tendencia a la disminución de la eficacia adaptativa del individuo. Es así, que un nivel adecuado del funcionamiento cognitivo es necesario para la resolución de problema de la vida diaria y para adaptarse al medio, su deterioro llevará inevitablemente a la dependencia. En circunstancias normales se estima que durante el crecimiento hay un equilibrio entre el declive fisiológico de algunas actividades intelectuales y la experiencia acumulada.

Por otro lado, las tareas cognitivas se deterioran con la edad por que las personas mayores llevan a cabo más lentamente los pasos a fases

iniciales en las tareas complejas y eso hace que nunca se lleve a cabo las fases finales debido a que el funcionamiento cognitivo es lento. Se debe, a que la mayor pérdida de las capacidades fluidas y de la memoria de hechos recientes y la mejor conservación de la memoria remota de hechos más antiguos y de capacidades más cristalizadas; aunque las quejas subjetivas de fallos de memoria aumentan con la edad, estas también ocurren en mayores sin deterioro patológico. ⁽⁴⁶⁾

La función cognitiva cambia con la edad. Si bien algunos individuos envejecen «exitosamente», es decir muchas de sus funciones cognitivas permanecen igual que en su juventud; la mayoría sufre la disminución de algunas esferas cognitivas tales como las de aprender nueva información y ejecutar funciones motoras rápidas, mientras que otros sufren condiciones como la enfermedad de Alzheimer que deterioran severamente su funcionamiento cognitivo. ⁽⁵²⁾

La memoria se afecta con la edad, dificultando la capacidad de recordar hechos recientes. Estos olvidos causan cierto trastorno en el funcionamiento habitual del individuo, sin embargo, no suponen una limitación de la capacidad para la ejecución de actividades de la vida diaria y no empeoran la capacidad para mantenerse de forma independiente con el entorno habitual. Estos fallos en una persona de edad causan preocupación, por pensar en la posibilidad de un problema de memoria serio, e inclusive el inicio de una demencia. Estas alteraciones asociadas con la edad son lentas en su aparición, tienen un curso continuo, es notable que las pequeñas pérdidas en ciertas áreas se compensen con las mejores ejecuciones obtenidas para otras funciones cerebrales, sin tener repercusión en las actividades de la vida diaria. ⁽⁵³⁾

Muchos suponen que el intelecto de los ancianos decae de un modo automático. Pero casi todas las capacidades mentales permanecen relativamente intactas, aunque se observa una reducción en la rapidez del procesamiento cognoscitivo. Con entrenamiento, es posible compensar esta prueba. ⁽⁵¹⁾

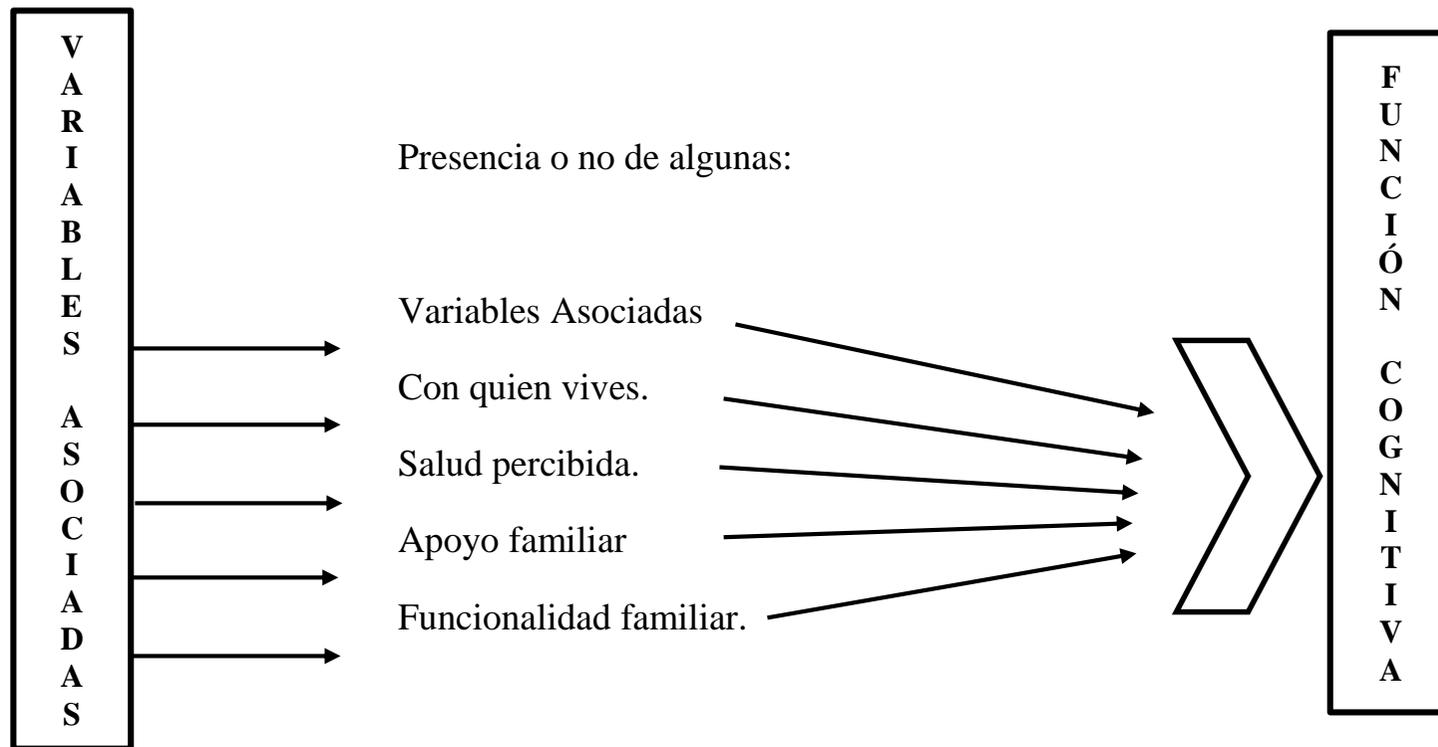
La función cognitiva se clasifica de la siguiente manera:

- **Normalidad:** En esta fase la persona tiene una función normal, no experimenta la pérdida de la memoria, y es sano mentalmente.
- **Borderline:** es parte de la escala que orienta al investigador a discriminar a la persona a estar en un límite entre lo normal y el estado de deterioro.
- **Deterioro Leve:** La pérdida de la memoria es leve, especialmente para los eventos recientes, e interfiere con las actividades diarias. Dificultades moderadas de resolver los problemas; la persona no puede funcionar independientemente en los eventos de la comunidad; dificultades con las actividades diarias y con los pasatiempos, especialmente actividades complejas.
- **Deterioro moderado:** La pérdida de la memoria es más profunda, y la persona solamente retiene información muy bien aprendida; desorientación hacia ambos el tiempo y el lugar; una carencia del buen juicio; dificultades manejando los problemas; poca a ninguna función independiente en la casa; la persona solamente puede hacer tareas simples y tiene muy pocos intereses.

- **Deterioro severo:** La pérdida de la memoria es grave; desorientación en el tiempo y el lugar; no tiene habilidades del juicio ni de resolver problemas; no puede participar en los eventos de la comunidad afuera de la casa; requiere ayuda con todas las tareas de la vida cotidiana y requiere ayuda con el cuidado personal. A menudo experimenta la incontinencia. ⁽⁵¹⁾

2.1.3. Marco Conceptual.

Función Cognitiva. Muchos suponen que el intelecto de los ancianos decae de un modo automático. Pero casi todas las capacidades mentales permanecen relativamente intactas. Aunque se observa una reacción en la rapidez del procesamiento cognitivo.



Adulto Mayor. La OPS y la ONU – Considera como persona adulta, mayor, aquellos que tienen de 60 años de edad a más.

Grafico1: Esquema de algunas variables que pueden contribuir a la alteración de la función cognitiva del adulto mayor.

2.2. DEFINICIONES OPERACIONAL

2.2.1. VARIABLE INDEPENDIENTE.

VARIABLES ASOCIADAS:

Las variables asociadas son las que sirven para caracterizar a los adultos mayores del ARCIJEL, está constituida por las características demográficas (edad, sexo), características sociales (instrucción, estado civil), apoyo social (seguro de salud, con quien vives) características económicas (remuneración económica, dependencia económica), tenencia de la vivienda, lugar de residencia, salud percibida, apoyo familiar, funcionalidad familiar.

Características Demográficas:

Se estudió los siguientes indicadores:

Edad. Son los años cumplidos de los adultos mayores en el momento de aplicación de los instrumentos, se empleó los siguientes índices:

- Adulto mayor joven: Es el tiempo que tiene el adulto mayor comprendida entre 65- 70 años
- Adulto mayor intermedio: Es el tiempo que tiene el adulto mayor entre 71 –80 años.
- Adulto mayor senil: Es el tiempo que tiene el adulto mayor comprendida de 81 años a más.

Sexo. Características biológicas que definen a los adultos mayores como mujer o varón se consideró dos índices:

- Masculino: Adulto mayor que tiene características que lo identifican como varón.
- Femenino: Adulto mayor que tiene características que lo identifican como mujer.

Características Sociales:

Se estudió los siguientes indicadores:

Instrucción. Es el Nivel de estudios que el adulto mayor alcanzo hasta el momento de la recolección de datos y se consideró los siguientes índices:

- **Primaria:** Es aquel adulto mayor que tiene sus estudios, comprendido desde primero al sexto año de educación.
- **Secundaria:** Es aquel adulto mayor que tiene sus estudios comprendido desde el primer al quinto año de educación.
- **Superior:** Es aquel adulto mayor que tiene sus estudios técnicos y universitarios.

Estado civil. Es la condición política del adulto mayor y su relación con los derechos civiles, se utilizó los siguientes índices:

- **Con pareja:** Es aquel adulto mayor que tiene la condición civil de casado o conviviente.
- **Sin pareja:** es aquel adulto mayor que actualmente se encuentra soltero, separado o viudo

Características Económicas:

Se estudió los siguientes indicadores:

Remuneración económica. Es la paga monetaria que cada adulto mayor recibe en forma de salario, como remuneración por su condición actual. Se empleó los siguientes índices:

- **Pensionado:** Aquel adulto mayor que recibe remuneración económica fija.
- **No pensionado:** Aquel adulto mayor que no recibe remuneración económica.

Dependencia económica. Es cuando el adulto mayor pasa de ser un miembro **activo** económico y laboralmente, a formar parte de la población **inactiva, pasiva o dependiente**, se consideró los siguientes índices:

- **Hijos.**

- Pareja.
- Otros familiares.
- Es pensionista.

Apoyo Social:

Se estudió los siguientes indicadores:

Seguro de salud. Es cuando el adulto mayor tiene acceso a la atención oportuna y eficaz de los servicios de salud, se utilizó los siguientes índices:

- EsSalud.
- SIS.

Con quien vives. Es el acompañamiento que tiene el adulto mayor con un familiar amigos u otros. Se empleó los siguientes índices:

- Con acompañamiento: Cuando el adulto mayor vive con su pareja, familiares, amigos u otros
- Sin acompañamiento: Cuando el adulto mayor vive solo

Tenencia de la vivienda. Es la condición o situación de pertenencia en que se encuentra la casa en la que habita el adulto mayor, y se consideró los siguientes índices:

- Vivienda propia: es cuando la vivienda donde habita el adulto mayor le pertenece o es propietario.
- Vivienda alquilada: es cuando el adulto mayor paga una renta determinada por la casa donde habita.
- Agregado: es una sección o parte de una vivienda que habita el adulto mayor que lo seden por cariño, consideración o solidaridad por el cual no paga una renta determinada.

Residencia. Es el lugar geográfico donde el adulto mayor además de residir en forma permanente, desarrolla sus actividades familiares, sociales y económicas. Se emplearon los siguientes índices:

- Área urbana

- Área rural
- Área Periurbano

Salud Percibida. Es la autopercepción subjetiva que tiene el adulto mayor de su salud, en el presente estudio se hicieron las siguientes mediciones: ¿Cómo siente su estado de salud en general? ¿En comparación con personas de su edad? y ¿si la compara con su estado de salud de hace un año?

Se usó los siguientes índices:

- Buena: cuando el adulto mayor es consciente de la buena salud sentida, fue valorado con 2 puntos.
- Regular: cuando el adulto mayor presenta o percibe un leve deterioro de su salud, fue valorado con 1 punto.
- Mala: cuando el adulto mayor reconoce categóricamente el deterioro de su salud, fue valorado con 0 punto.

Apoyo Familiar. Es la ayuda que ofrece la familia o algunos de sus miembros al adulto mayor que lo necesita, empleando las tres dimensiones: Apoyo afectivo, Apoyo a la estima y apoyo instrumental. El grado de apoyo familiar ayuda al adulto mayor a sentirse amado, considerado y respetado, que la carga de la familia se comparte, con otros, se empleó los siguientes índices:

- Bajo grado de apoyo familiar: cuando las familias presentan malas relaciones y algunas enfermedades emocionales o mentales no controladas, tiene un puntaje de 10 – 19.
- Moderado grado de apoyo familiar: la familia presenta leve grado de alteraciones en sus relaciones, tiene un puntaje de 20 – 25.
- Alto grado de apoyo familiar: es cuando la familia tiene buenas relaciones, se muestra saludable, los periodos de convalecencia de algunas enfermedades son cortas y tienden a ser longevas, tiene un puntaje de 26 – 30.

Funcionalidad Familiar. Son las relaciones interpersonales que se generan en el entorno de la familia del adulto mayor de acuerdo al instrumento que se aplicó, se usó dos índices:

- Familia funcional: es cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptados por estos, las relaciones e interacciones de la familia del adulto mayor son eficaces por su aceptabilidad y armonía, además existe flexibilidad, el puntaje fue de 43 – 70 puntos.
- Familia disfuncional: es cuando la familia del adulto mayor, no respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, es incapaz para reconocer y satisfacer las necesidades físicas y emocionales de cada uno de sus miembros, y no se tiene la capacidad de asumir cambios y su rigidez de sus normas impiden el desarrollo de sus miembros. El puntaje fue de 14– 42 puntos.

2.2.2. VARIABLE DEPENDIENTE.

Función Cognitiva:

La función cognitiva en los adultos mayores es la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, orientarse, recordar, percibir, comunicar, calcular, entender y resolver problemas de forma que pueda desarrollar el normal desempeño bio-psico-social de los adultos mayores; se empleó el mini examen cognitivo de Lobo(MEC), con las siguientes dimensiones: orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria, lenguaje y construcción con una valoración máxima de 35 y mínima de 14 puntos

Se trabajó con los siguientes indicadores:

- Normalidad: 30 – 35 puntos
- Borderline: 25 – 29 puntos.
- Deterioro leve: 20 – 24 puntos.
- Deterioro moderado: 15 – 19 puntos.
- Deterioro severo: menor o igual a 14 puntos.

2.3. HIPÓTESIS:

La hipótesis de la presente investigación se fundamenta en la interrelación de las variables en estudio y los niveles de la función cognitiva de los adultos mayores de la ARCIJEL:

Las variables asociadas: edad, sexo, instrucción, estado civil, remuneración económica, dependencia económica, seguro de salud, con quien vives, tenencia de la vivienda, residencia; influyen significativamente en las puntuaciones de la función cognitiva.

A mayor salud percibida, apoyo familiar, y funcionalidad familiar, mayor puntuación de la función cognitiva.

CAPÍTULO III

3. METODOLOGÍA:

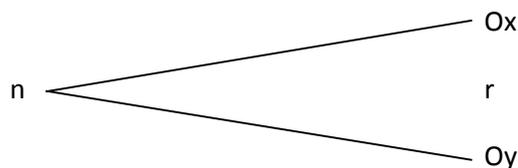
3.1. MÉTODO DE INVESTIGACIÓN:

Se utilizó el método cuantitativo, porque se inicia con ideas preconcebidas acerca de las variables asociadas que van a determinar la función cognitiva del adulto mayor para lo cual se cuenta con un marco teórico de respaldo a las variables, información que permitió analizar diferentes aspectos del problema en estudio; mediante el uso de instrumentos estructurados para el procedimiento de recolección sistemática de la información en forma numérica que fue procesadas utilizando pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, para contrastar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN:

Se empleó el diseño no experimental, de tipo descriptivo correlacional y de corte trasversal; donde el propósito fue determinar las relaciones entre las variables asociadas (edad, sexo, instrucción, estado civil, remuneración económica, dependencia económica, seguro de salud, con quien vives, tenencia de la vivienda, residencia, salud percibida, apoyo familiar y funcionalidad familiar) y la función cognitiva, de manera independiente sin establecer causa/efecto; los datos se tomaron en una sola vez.

El diseño presenta el siguiente diagrama:



Los símbolos tienen el siguiente significado:

n	=	muestra
O	=	observaciones
Xy	=	Subíndice (observaciones obtenidas en cada una de las variables)
r	=	indica la asociación entre las variables de estudio

3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA:

3.3.1. Población:

La población del presente estudio estuvo conformada por toda la adulta mayor que se encontraban inscritos en la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto (ARCIJEL) en el año 2016, siendo un total de 1021 Adultos Mayores.

3.3.2. Ubicación Geográfica:

El presente estudio se desarrolló en Iquitos, Perú. Este es uno de los primeros distritos en importancia del departamento de Loreto, con una población aproximadamente de 432,476 habitantes, está dividido por calles, que es la división geográfica y política de la ciudad. La Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto está ubicada en la calle Cesar Calvo de Araujo N° 760. (ver anexo 1)

3.3.3. Muestra:

El tamaño de la muestra del estudio estuvo constituido por 220 adultos mayores, que están inscritos en la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de sector educación de Loreto (ARCIJEL).

Para calcular el tamaño de la muestra se utilizó el método probabilístico haciendo uso de la fórmula estadística para población finita, con un nivel de confianza del 95%, nivel de precisión del 5%, los valores de p y q fueran de $\alpha = 0.05$.

La fórmula es la siguiente:

$$n = \left(\frac{z}{e}\right)^2 p q$$

$$n = 279$$

Especificaciones:

- n: Muestra que está sujeto a estudio.
- Z^2 : 1.96 (punto crítico normal para un nivel de confianza del 95%).
- p: 0.5, Proporción de ocurrencia del fenómeno de estudio.
- q: 0.5, Complemento de p.
- E^2 : error absoluto, Nivel de precisión 0.05.
- N: Tamaño de la población accesible.

Dado que la población es menor que 10,000 se procederá a ajustar mediante la siguiente formula:

$$nf = \frac{n}{1 + \frac{n}{N}} =$$

$$nf = 220$$

3.3.4. Tipo de muestreo:

El muestreo que se empleó fue el probabilístico aleatorio simple o al azar sin restricciones; que se realizó haciendo uso del padrón de registro de los afiliados a la ARCIJEL.

3.3.5. Criterios de inclusión:

- Los adultos mayores que están inscritos en padrón de la ARCIJEL.
- Adultos mayores a partir de los 60 años.
- Participación voluntaria de los adultos mayores (Consentimiento informado)
- No presentar enfermedades crónicas como el Alzheimer o demencia senil.
- Adultos mayores que no estén con tratamiento psiquiátrico.

3.4. TÉCNICA E INSTRUMENTOS:

3.4.1. Técnica:

Las técnicas que se emplearon en la presente tesis fueron las siguientes:

- **La entrevista:** que permitió aplicar la batería de instrumentos (el cuestionario, la escala de salud autopercibida, la escala de apoyo familiar, el test de percepción familiar y el test de mini mental state adaptado de Lobo MEC).
- **Visita Domiciliaria:** que permitió el desarrollo de los instrumentos a los adultos mayores seleccionados, en su vivienda.

3.4.2. Instrumentos:

Los instrumentos que se utilizó para recabar la información fueron los siguientes:

- **El cuestionario.** Instrumento de tipo no estandarizado, es decir, elaborado por la investigadora y la asesora, con la finalidad de obtener datos precisos sobre las características de los adultos mayores. El cuestionario consiste en planear una serie de preguntas en forma ordenada que incluye las principales características de los adultos mayores, en lo referente a: edad, sexo, instrucción, estado civil, remuneración económica, dependencia económica, seguro de salud, con quien vives, tenencia de la vivienda, residencia, el instrumento consta de las siguientes partes: presentación, instrucciones y 11 preguntas cerradas con respuestas múltiples y dicotómicas.

Con la finalidad de determinar la **validez** del cuestionario se sometió a la siguiente prueba:

Para la **validación**, el instrumento fue sometido al método Delphi (juicio de expertos) donde se consultó a profesionales expertos en el tema: enfermeras docentes, educadores y psicólogo; teniendo como resultado el 88%.

- **La escala de salud autopersibida.** es una escala estructurada. Elaborada por Villalba 2002, basándose en la importancia del auto informes para la evaluación de salud física descrita por Fernández-Ballesteros (1994), se utiliza esta escala por ser un indicador psicológico de la calidad de salud física y de vida percibida. Es una escala tipo Likert con tres factores: bueno, regular y malo; con tres preguntas con opción a respuestas cerrada. Posee un coeficiente alpha de crombach de 0.83 por lo que cuenta con una buena consistencia interna.⁽⁵⁵⁾
- **Escala de apoyo familiar.** Es un instrumento elaborado por Leiton (1997) mide las variables apoyo familiar del adulto mayor, consta de tres partes: apoyo afectivo, apoyo a la estima y apoyo instrumental, está elaborado con 10 ítems, cada uno de ellos tiene un valor mínimo de 3 puntos, escala tiene un total de 30 puntos como máximo y 10 puntos como mínimo con la siguiente escala de niveles. Tiene una confiabilidad dada por la autora 0.85 y una validez de 0.86.⁽⁵⁶⁾
- **Test de percepción del funcionamiento familiar,** instrumento estandarizado elaborado por Teresa Ortega Dolores de la Cuesta freijomil para evaluar cuanti – cualitativamente la funcionalidad familiar, consta de 14 ítems las cuales miden las variables de cohesión, armonía, comunicación, permeabilidad, afectividad, roles y adaptabilidad.

Validez. Este instrumento fue sometido en el año 1994 y en el año 2000 en Cuba a varios procedimientos que evidenciaron su validez mediante juicio de expertos. En la región Loreto fue sometido al método de criterios de evaluación de expertos para determinar la validez de un instrumento a través del método Delphi donde se consultó a profesionales expertos en el tema tuvo una validez del 94.3%.

Confiabilidad. Además, fue sometido en Cuba a varias pruebas de confiabilidad con total de 94%, también se obtuvo la confiabilidad en Loreto a través del método alpha de Crombach el cual dio una confiabilidad de 0.88. Se evaluó mediante indicadores de familia funcional y familia disfuncional.⁽⁵⁷⁾

- **El test Mini Mental state adaptado de lobo (MEC)** o Mini Examen cognitivo del profesor Lobo, ha sido desarrollado a partir del Mini-Mental state Examination (MMSD) de Folstein y colaboradores 1975, es escogida en múltiples guías como prueba de referencia de cribado del deterioro cognitivo en el anciano.⁽⁵⁶⁾

La escala cognitiva es la más utilizada tanto en el campo clínico como en el epidemiológico. Posee una confiabilidad de 0.86 de coeficiente de correlación. Esta se utilizó para evaluar la Función Cognitiva de los adultos mayores de la presente investigación; el test es de fácil interpretación y rápido de diligenciar. Explora y califica varias áreas como: la orientación, tempero espacial, memoria rápida y la referida, la habilidad para el cálculo y la concentración, la denominación y repetición del lenguaje, la capacidad de lectura y escritura, capacidad de abstracción, praxis ideomotor y constructiva gráfica. Consta de 25 ítems. La puntuación máxima es de 35 puntos,

Su calificación es: normalidad de 30 a 35 puntos, Borderline de 25 a 29 puntos, deterioro leve de 20 a 24 puntos, Deterioro cognitivo Moderado de 15 a 19 puntos, Deterioro Severo es menor o igual a 14 puntos.

Tiene una sensibilidad de 89.6% y especificidad de 75.1%.^{(59) (60)}

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS:

Para asegurar el normal desarrollo de la recolección de datos se realizó las siguientes actividades:

- Se estableció la coordinación con el presidente de la ARCIJEL, para informarle o darle a conocer los objetivos del estudio, para su aprobación de la ejecución del proyecto.
- Se solicitó el permiso al presidente de la ARCIJEL para la reunión de sensibilización con los socios que asistieron para darles a conocer el propósito del trabajo de investigación y el permiso correspondiente para la aplicación de los instrumentos.
- Para la selección de los adultos mayores; que participaron como muestra se utilizó el padrón de afiliados de la ARCIJEL, mediante el uso de balotas, se procedió al sorteo hasta completar el total de la muestra y además se consideró un 10% de excedentes para la reposición de los adultos mayores que no se encontraron al momento de la visita domiciliaria.
- La recolección de los datos fue realizado por la investigadora, se desarrolló de enero a abril 2017; en diferentes horarios de lunes a viernes.
- Se realizó la visita domiciliaria a los adultos mayores para la aplicación de los instrumentos iniciando con el consentimiento informado, cuestionario, salud percibida, apoyo familiar, funcionalidad familiar y función cognitiva; se hizo mediante la entrevista personal, la cual fue realizadas en la vivienda del adulto mayor, en un tiempo aproximado de 30 a 40 minutos.
- Al terminar de la aplicación de los instrumentos se verifico si se llenaron correctamente, a fin de disminuir las perdidas muestrales.
- Posteriormente se realizó el vaciado de la información para procesamiento respectivo de los datos recolectados.
- Al finalizar el análisis de toda la información y cuando no sea necesario los instrumentos se procederá a la destrucción.

3.6. TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS:

La información obtenida fue codificada y procesada utilizando el paquete estadístico SPSS versión 22.0; se usó un nivel de $\alpha = 0.05$ para todos los análisis estadísticos.

El análisis se realizó en tres etapas; la primera etapa consideró la descripción de caracterización de los adultos mayores usando medidas de tendencia central y de dispersión, y se organizó los datos mediante el uso de distribución de frecuencia. En la segunda etapa se aplicó el análisis inferencial de chi cuadrado con el propósito de determinar cómo se asocian dichas variable. En la tercera etapa se aplicó medidas de asociación correlacional utilizando el método de introducción jerárquica de la variable independiente, con el fin de conocer su correlación de las variables. Se utilizó el nivel de confianza del 95%, nivel de precisión del 5%.

3.7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS:

Los derechos humanos de los adultos mayores fueron respetados mediante la aplicación de los siguientes principios éticos para la investigación en seres humanos:

- La participación de los adultos mayores fue en forma voluntaria, evidenciados mediante la firma del consentimiento informado.
- Se informó a los adultos mayores a cerca de su participación, considerando las actividades a realizar, como es: el propósito de la investigación, duración de más o menos treinta minutos, los instrumentos a desarrollar.
- El adulto mayor tuvo la libertad de elegir a aceptar o no participar en la investigación.
- Se le hizo saber que el contestar los instrumentos no le va ocasionar riesgos físicos, psicológicos, sociales ni legales.
- Se respetó las decisiones que tomaron durante la aplicación de los instrumentos como son: retirarse de la investigación en el momento que crea conveniente; interrumpir el desarrollo del instrumento por alguna duda e inquietud.

- Se aseguró la confidencialidad de los datos; los datos solo fueron manejado por la investigadora.
- Se asignó un código a cada participante antes del procesamiento de la información.
- Los datos fueron analizados en forma agrupada sin singularizar ningún caso y finalizado el proceso de análisis estadístico serán destruidos.
- Se explicó sobre la no existencia de beneficio directo al adulto mayor, los resultados serán de beneficio para la población adulto mayor.

CAPÍTULO IV

4.1. RESULTADOS:

4.1.1. Características demográficas y la función cognitiva de los adultos mayores.

TABLA 01

Características Demográficas y la Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)

CARACTERÍSTICAS DEMOGRAFICAS	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Edad:											
▪ 60 – 70 años	45	20.5	68	30.9	11	5.0	0	0.0	24	56.4	p=0.000 gl=6 x ² c=81,646
▪ 71 – 80 años	18	8.6	48	21.8	10	4.5	2	0.9	79	35.9	
▪ 81 años a más	0	0.0	2	0.9	10	4.5	5	2.3	17	7.7	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	
Sexo:											
▪ Masculino	40	18.2	68	30.9	13	5.9	1	0.5	122	55.5	p=0.035 gl=3 x ² c=8,608
▪ Femenino	24	10.9	50	22.7	18	8.2	6	2.7	98	44.5	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

Los resultados de la tabla 1 muestran en lo referente a la Edad, que el mayor porcentaje pertenece al grupo de 60 a 70 años que equivale al 56.4%, seguido del 35% del grupo de 71 a 80 años y con un mínimo porcentaje 7.7 del grupo de 81 años y más; al relacionar con la Función Cognitiva el mayor porcentaje (53.6%) fueron evaluado en la escala borderline de estos el 30.9% pertenecen al grupo de edad de 60 a 70 años y el 21.8% al grupo de edades de 71 a 80 años; el 14,1% y el 3.2% (2.3% de 81 años y más) fueron evaluados con deterioro leve y moderado respectivamente.

Al realizar el análisis estadísticos con la prueba de chi cuadrado se encontró $\chi^2=81,646$ ($p=0.000$) para un $\alpha= 0.05$; demostrando que existe una relación estadísticamente significativa, lo que indica que el deterioro cognitivo se incrementa con la edad.

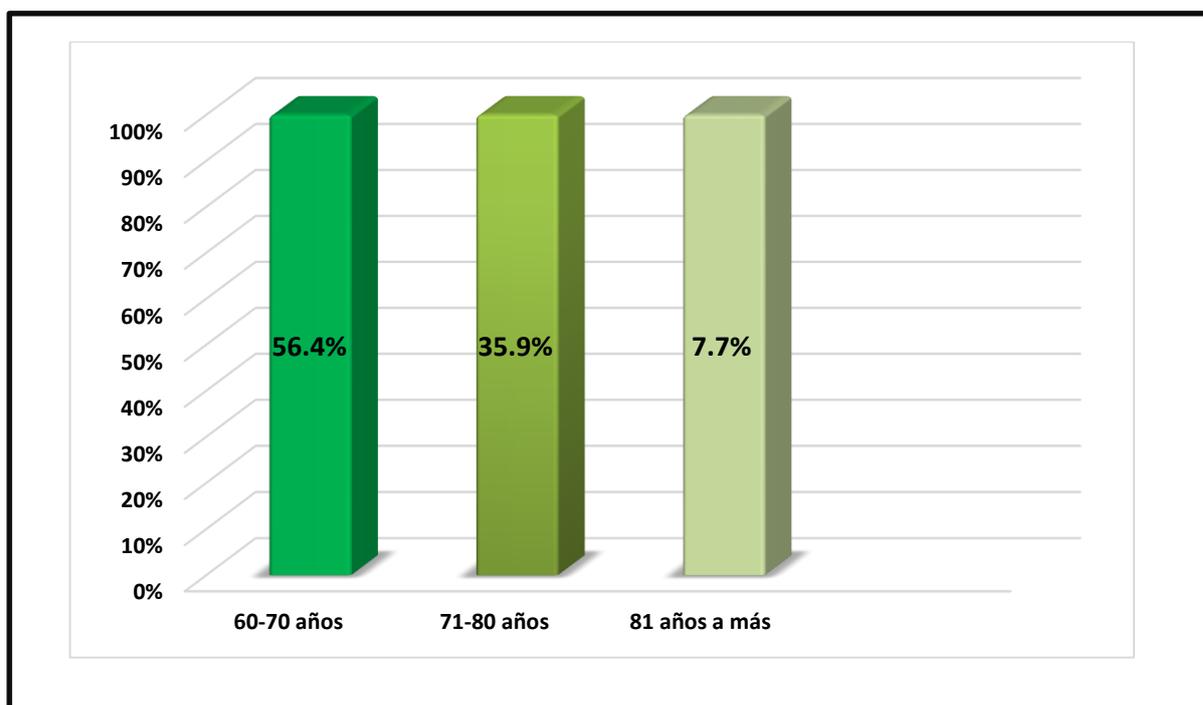
En relación al Sexo, el 55.5% son del sexo masculino, de los cuales el 30.9% están evaluados en la escala borderline y el 5.9% y el 3.2% tienen deterioro leve y moderado respectivamente, por otro lado el 44.5% son del sexo femenino, de estos 22.7% están ubicados en borderline y el 8.2%, 2.7% tienen deterioro leve y moderado respectivamente, según la evaluación de la Función Cognitiva.

Al realizar el análisis estadísticos con la prueba de chi cuadrado se encontró $\chi^2=8,608$ ($p=0.035$) para un $\alpha= 0.05$; demostrando que existe una relación estadísticamente significativa, lo que indica que el deterioro cognitivo se incrementa en el sexo masculino.

GRÁFICO 02

Edad de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)



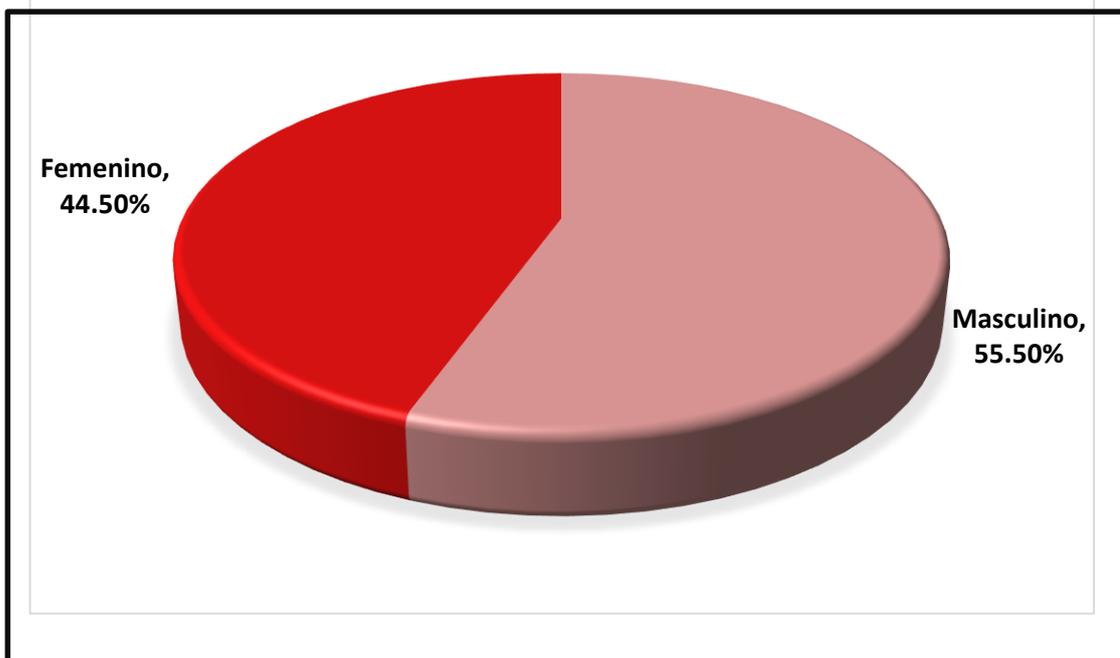
Fuente: E.Flores.

En el gráfico 2, se observa que el total de la muestra lo constituyeron 220 adultos mayores de la asociación regional de cesantes y jubilados de educación de Loreto (ARCIJEL) con rango de edad de 60 a 86 años, el mayor porcentaje está en la clasificación de 60 a 70 años y promedio de 71.08, desviación estándar de 5.589 años respectivamente.

GRAFICO 03

Sexo de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)



Fuente: E.Flores.

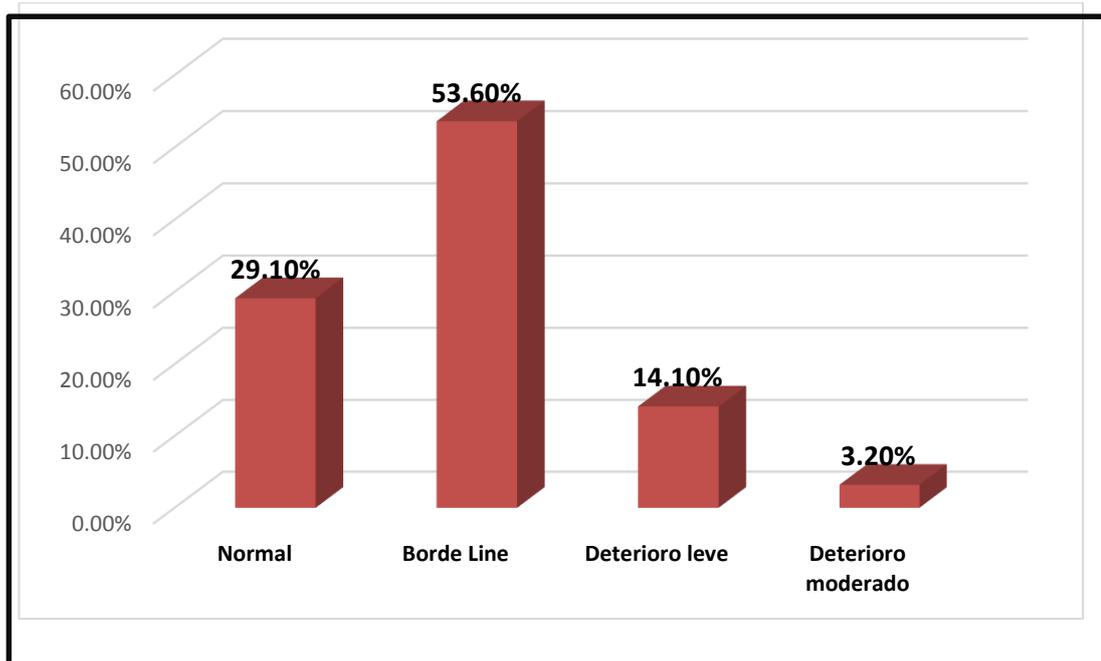
En el gráfico 3, se muestra que del 100% de los adultos mayores de la ARCIJEL estudiados, más de la mitad 55.5% (n-122) son de Sexo masculino, y el 44.5% pertenecen al Sexo femenino, lo que denota mayor predominio del hombre.

4.1.2. Función Cognitiva de los adultos Mayores.

GRAFICO 04

Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)



Fuente: E.Flores.

En el grafico 4, se observa la Función Cognitiva de los adultos mayores de la ARCIJEL, donde el 53.6 % presentan una Función Cognitiva como borderline y el 14.1 % como deterioro leve y el 3.2% como deterioro moderado.

4.1.3. Características sociales y la función cognitiva de los adultos mayores.

TABLA 02

Características Sociales y la Función Cognitiva en los Adultos Mayor de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)

CARACTERÍSTICAS SOCIALES	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Instrucción:											
▪ Primaria	1	0.5	1	0.5	0	0.0	1	0.5	3	1.4	p=0.005 gl=9 x ² c=23,368
▪ Secundaria	1	0.5	6	2.7	2	0.9	0	0.0	9	4.1	
▪ Técnico (N,P)	42	19.1	63	28.6	26	11.8	5	2.3	136	61.8	
▪ Universitaria	20	9.1	48	21.8	3	1.4	1	0.5	72	32.7	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	
Estado civil:											
▪ Con pareja	39	17.7	69	31.4	17	7.7	1	0.5	126	57.3	p=0.023 gl=6 x ² c=15,782
▪ Sin pareja	25	11.4	49	22.3	14	6.4	6	2.7	94	42.7	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

En la tabla 2, se observa que del 100% de la muestra estudiada el 61.8% tienen estudios técnicos (institución pedagógica o escuela normal), el 32.7% estudios universitarios; cabe destacar que el mayor porcentaje 28.6% presenta alteración de la Función Cognitiva en el nivel de borderline, 11.8%, 2.3% tienen deterioro leve y moderado respectivamente los que pertenecen a la instrucción técnica; y 21.8% están en borderline, el 1.4% y 0.5% están en deterioro leve y moderado respectivamente de la función cognitiva y tienen instrucción universitario. Al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró $\chi^2=23,368$; ($p=0.005$) para un $\alpha=0.05$ lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre las variables de grado de instrucción y función cognitiva.

En cuanto al Estado Civil, el 57.3 % manifestaron tener pareja, y una evaluación Cognitiva en el nivel de borderline de 31.4%, por otro lado el 42.7% dijeron estar sin pareja, de estos el 22.3% está con evaluación cognitiva de borderline.

Al aplicar la prueba de chi cuadrado se encontró $\chi^2=15,782$; ($p=0.023$) para un $\alpha=0.05$ lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre las variables de grado de estado civil y función cognitiva.

4.1.4. Apoyo social y la función cognitiva de los adultos mayores.

TABLA 03

Apoyo social y la Función Cognitiva en los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016
(n = 220)

APOYO SOCIAL	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Seguro de salud:											p=0.492 gl=3 x ² c=2,407
▪ SIS	1	0.5	5	2.3	0	0.0	0	0.0	6	2.7	
▪ ESSALUD	63	28.6	113	51.4	31	14.1	7	3.2	214	97.3	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	
Con quien vive:											p=0.000 gl=3 x ² c=65,754
▪ Con acompañante	64	29.1	115	52.3	25	11.4	2	0.9	206	93.6	
▪ Sin acompañante	0	0.0	3	1.4	6	2.7	5	2.3	14	6.4	
TOTAL	64	29.1	118	53.7	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

En los resultados de la tabla 3, se observan que en el Seguro de Salud se tiene que el 97.3% de los adultos mayores pertenecen a EsSalud , de estos se detectó que el 51.4% tienen evaluación de la Función Cognitiva en el nivel de borderline y el 14.1% y el 3.2% están con deterioro leve y moderado respectivamente.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado se encontró $\chi^2=2,407$; ($p=0.492$) para un $\alpha= 0.05$ lo que demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables seguro de salud y función cognitiva. Evidenciando a su vez que pertenecer a EsSalud no influye en la alteración o deterioro de la función cognitiva.

En cuanto a Con Quien Vives el 93.6% de los adultos mayores viven acompañados por familiares, al relacionar se evidencia que el 52.3% está en el nivel de borderline y el 11.4 tiene deterioro leve según la evaluación de la Función Cognitiva. Y al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado se encontró $\chi^2=65,754$; ($p=0.000$) para un $\alpha= 0.05$; lo que demuestra que existe una relación estadísticamente significativa entre las variables de con quien vives y la función cognitiva.

4.1.5. Características económicas y la función cognitiva de los adultos mayores.

TABLA 04

Características Económicas y la Función Cognitiva en los Adultos Mayor de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)

CARACTERÍSTICAS ECONÓMICAS	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Situación económica:											p=0.365 gl=3 x ² c=3,1851
▪ Pensionado	63	28.6	112	50.9	31	14.1	7	3.2	213	96.8	
▪ No pensionado	1	0.5	6	2.7	0	0.0	0	0.0	7	3.2	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	
Dependencia económica:											x ² c=18.105 gl=9 p=0.034
▪ Hijo(a)	17	7.7	10	4.5	3	1.4	2	0.9	32	14.5	
▪ Pareja	2	0.9	2	0.9	1	0.5	1	0.5	6	2.7	
▪ Familia	1	0.5	1	0.5	0	0.0	0	0.0	2	0.9	
▪ Pensión	44	20.0	105	47.7	27	12.3	4	1.8	180	81.8	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

Los resultados en la tabla 4 se observa que el 96.8% de los adultos mayores perciben remuneración económica por pensión, y la evaluación de la Función Cognitiva están en borderline el 50.9% y el 14.1% tiene deterioro leve.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado se encontró $\chi^2=3,1851$; ($p=0.365$) para un $\alpha= 0.05$ lo que demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables situación económica y función cognitiva.

Según la Dependencia Económica, se encontró que el 81.9% de los adultos mayores dependen económicamente de su pensión que perciben mensualmente y solamente un 14.5% dependen de sus hijos(as); al relacionar con la Función Cognitiva el 47.7% está en el nivel de borderline y el 12.3% esta con deterioro leve.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado se encontró $\chi^2=18.105$; ($p=0.034$) para un $\alpha= 0.05$ lo que demuestra que existe relación estadísticamente significativa entre las variables dependencia económica y función cognitiva.

4.1.6. Características de Tenencia, lugar de residencia y la función cognitiva de los adultos mayores.

TABLA 05

Tenencia y Lugar de Residencia y la Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos -2016

(n = 220)

TENENCIA Y LUGAR DE RESIDENCIA	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Tenencia de la vivienda:											p=0.345 gl=6 x ² c=6,747
▪ Propia	53	24.1	84	38.2	23	10.5	5	2.3	165	75.0	
▪ Alquilada	2	0.9	8	3.6	4	1.8	0	0.0	14	6.4	
▪ Agregada	9	4.1	26	11.8	4	1.8	2	0.9	41	18.6	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	
Lugar de residencia:											p=0.909 gl=6 x ² c=2,117
▪ Urbana	54	24.5	97	44.1	27	12.3	6	2.7	184	83.6	
▪ Rural	1	0.5	6	2.7	1	0.5	0	0.0	8	3.6	
▪ Periurbana	9	4.1	15	6.8	3	1.4	1	0.5	28	12.7	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

En la tabla 5, se observa que el 75.0% de la muestra estudiada tienen casa propia, el 18.6% viven como agregados de estos el 38.2% y el 11.8% tienen evaluación de la Función Cognitiva en el nivel de borderline; el 10.5% y el 1.8% tuvieron deterioro leve, respectivamente.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado se encontró $\chi^2=6,747$; ($p=0.345$) para un $\alpha= 0.05$ lo que demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables tenencia de la vivienda y función cognitiva.

En relación al Lugar de Residencia, se observa que el 83.6% residen en zona urbana, el 12.7% lo hacen en zona periurbana, de los cuales el 44.1% y el 6.8% tienen evaluación de la Función Cognitiva en el nivel de borderline; y el 12.3% y el 1.4% tuvieron deterioro leve, respectivamente.

Al aplicar la prueba estadística de chi cuadrado se encontró $\chi^2=2,117$; ($p=0.909$) para un $\alpha= 0.05$ lo que demuestra que no existe relación estadísticamente significativa entre las variables lugar de residencia y función cognitiva.

4.1.7. Salud percibida y la función cognitiva de los adultos mayores.

TABLA 06

Salud Percibida y la función Cognitiva en Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)

SALUD PERSIBIDO	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Salud en General:											p=0.001 gl=6 x ² c=21,535
▪ Buena	28	0.0	37	0.9	3	1.4	1	0.5	69	2.7	
▪ Regular	36	16.4	79	35.9	25	11.4	5	2.3	145	65.9	
▪ Malo	0	12.7	2	16.8	3	1.4	1	0.5	6	31.4	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	
Comparado con iguales:											p=0.000 gl=6 x ² c=34,659
▪ Buena	28	12.7	43	19.5	4	1.8	1	0.5	76	34.5	
▪ Regular	35	15.9	68	30.9	18	8.2	3	1.4	124	56.4	
▪ Malo	1	0.5	7	3.2	9	4.1	3	1.4	20	9.1	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

SALUD PERSIBIDO	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Salud hace 1 año a tras:											p=0.000 gl=6 x ² c=24,190
▪ Buena	26	11.8	30	13.6	3	1.4	1	0.5	60	27.3	
▪ Regular	35	15.9	68	30.9	20	9.1	2	0.9	125	56.8	
▪ Malo	3	1.4	20	9.1	8	3.6	4	1.8	35	15.9	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

En la tabla 6, se presenta el resultado de las tres mediciones de la Salud Percibida: Salud en General, Salud Comparada con Iguales y la Salud hace Un Año Atrás.

Los adultos mayores calificaron como “regular” a la salud percibida en general (65.9%), salud percibida hace un año atrás (56.8%), finalmente la salud percibida comparada con iguales (56.4%).

Los adultos mayores que informaron como salud percibida en general de regular, tuvieron una evaluación de la función cognitiva de 35.9% en el nivel de borderline y el 11.4% como deterioro leve.

La prueba de chi cuadrado reveló asociación estadísticamente significativa entre Salud Percibida en General y la Función Cognitiva de los adultos mayores con un $\chi^2=24,190$ y una $(p= 0.001)$ para un $\alpha= 0.05$.

Por otra parte, los adultos mayores que informaron como Salud Percibida comparada hace un año atrás, tuvieron una evaluación de la Función Cognitiva de 30.9% en el nivel de borderline y el 9.1% como deterioro leve.

La prueba de chi cuadrado reveló asociación estadísticamente significativa entre Salud Percibida en comparación hace un año atrás y la Función Cognitiva de los adultos mayores con un $\chi^2=34,659$ y una $(p= 0.000)$ para un $\alpha= 0.05$.

Por último, los adultos mayores que informaron como Salud Percibida Comparada con Iguales, tuvieron una evaluación de la Función Cognitiva de 30.9% en el nivel de borderline y el 8.2% como deterioro leve.

Según lo que indica al aplicar la prueba de chi cuadrado reveló asociación estadísticamente significativa entre Salud Percibida Comparada con Iguales y la Función Cognitiva de los adultos mayores con un $\chi^2=24,190$ y una $(p= 0.000)$ para un $\alpha= 0.05$.

4.1.8. Apoyo familiar y la función cognitiva de los adultos mayores

TABLA 07

Apoyo Familiar y la Función Cognitiva en Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)

APOYO FAMILIAR	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Bajo	1	0.5	8	3.6	4	1.8	2	0.9	15	6.8	p=0.012 gl=6 x ² c=16,397
Moderado	31	14.1	69	31.4	18	8.2	5	2.3	123	55.9	
Alto	32	14.5	41	18.6	9	4.1	0	0.0	82	37.3	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

En la tabla 7, se observa que el 55.9% de los adultos mayores refirieron moderado Apoyo Familiar, con una evaluación de la Función Cognitiva de 31.4 % en el nivel de borderline y el 8.2% como deterioro leve. De otra parte, el 6.8% de los adultos mayores manifestaron bajo Apoyo Familiar, siendo la evaluación cognitiva de 3.6% en el nivel de borderline y 1.8% en deterioro leve.

La prueba de chi cuadrado demostró que existe relación estadísticamente significativa entre el Apoyo Familiar y la Función Cognitiva de los adultos mayores con un $\chi^2=16,397$ y una ($p = 0.012$) para un $\alpha= 0.05$.

4.1.9. Funcionalidad familiar y la función cognitiva de los adultos mayores

TABLA 08

Funcionalidad Familiar y la Función Cognitiva en Adultos Mayor de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

(n = 220)

FUNCIONALIDAD FAMILIAR	FUNCION COGNITIVA								TOTAL		P
	Normal		Borderline		Deterioro Leve		Deterioro Moderado				
	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	F°	%	
Familia funcional	48	21.8	86	39.1	16	7.3	3	1.4	153	69.5	p=0.035 gl=3 x ² c=8,580
Familia disfuncional	16	7.3	32	14.5	15	6.8	4	1.8	67	30.5	
TOTAL	64	29.1	118	53.6	31	14.1	7	3.2	220	100.0	

Fuente: E.Flores.

En la tabla 8, se muestra la Funcionalidad Familiar y la Función Cognitiva de los adultos mayores y al procesar la relación, se observa que existe un mayor porcentaje de familias funcionales: 69.5% de estos el 39.1% tienen una función cognitiva en el nivel de borderline y el 7.3% tiene deterioro leve y el 30.5% presentan disfuncionalidad familiar de los cuales el 14.5% están en el nivel de borderline y el 6.8% tiene la función cognitiva con deterioro leve.

La prueba de chi cuadrado demostró que existe una relación estadísticamente significativa entre la Funcionalidad Familiar y la Función Cognitiva de los adultos mayores con un $\chi^2=8,580$ y una $(p= 0.035)$ para un $\alpha= 0.05$.

4.1.10. Correlación entre las variables asociadas y la función cognitiva.

TABLA 09

Asociación existente entre las variables estudiadas y la Función Cognitiva de los adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016

Con el propósito de determinar la asociación existente entre las variables estudiadas y la Función Cognitiva de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto, que participaron en la muestra, se aplicó el análisis de correlación bivariada de R de Pearson; este análisis presenta la asociación que se produce entre variables.

Es así que en la tabla 9, se observa muestra a través de la matriz de correlación las variables que mostraron asociación con la Función Cognitiva de los adultos mayores son:

La Edad y el Sexo mostraron asociación positiva para la edad es de $R = 0,479$, $p = <0,01$. Esto significa que a mayor edad mayor es el deterioro cognitivo del adulto mayor. Y para el sexo es de $R = 0,178$, $p = <0,01$. Lo que evidencia que la alteración de la Función Cognitiva se da con mayor proporción en los hombres.

Por otro lado los indicadores que mostraron asociación negativa con la función cognitiva son la Instrucción ($r = 0,134$, $p = <0,01$), Con Quien Vives ($r = 0,020$, $p = <0,01$) y Situación y Dependencia Económica ($r = 0,014$, $p = <0,01$), y Lugar de Residencia y ($r = 0,022$, $p = <0,01$), esto significa mayor grado de instrucción, vivir en compañía, tener una pensión y depender de ella y vivir en zona urbana menor posibilidad de alteración de la evaluación de la función cognitiva.

También se observó Estado Civil, Seguro de Salud Tenencia de la Vivienda, correlacionaron en forma inversa ($r = 0,113$, $p = <0,01$), ($r = 0,018$, $p = <0,01$), ($r = 0,065$, $p = <0,01$); es decir el hecho de estar casado o tener pareja, pertenecer a

EsSalud y tener casa propia, el adulto mayor tendrá mejor evaluación de la función cognitiva.

Además, se observó que también correlacionaron en forma negativa la Salud en General, Salud comparado con Iguales, Salud hace un año atrás y el Apoyo Familiar con ($r = 0,271$, $p = <0,01$), ($r = 0,313$, $p = <0,01$), ($r = 0,301$, $p = <0,01$) y ($r = 0,251$, $p = <0,01$) respectivamente. Esto quiere decir que a mejor Salud Percibida menor alteración en la evaluación de la Función Cognitiva. Mientras que el hecho de tener moderado apoyo familiar hace que sea menor la alteración de la función cognitiva.

Finalmente se observó que la Funcionalidad Familiar correlaciona positivamente $R = 0,170$, $p = <0,05$, es decir a mayor puntuación del test de percepción familiar, mejor resultado de la evaluación de la Función Cognitiva.

Tabla 09

Asociación existente entre las variables estudiadas y la Función Cognitiva de los adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016
(Matriz de Correlación Bivariada)

N°		1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1.	Edad (R)	1															
	Sig																
2.	Sexo (R)	-0.119	1														
	Sig	0.078															
3.	Instrucción (R)	-,186**	-0.052	1													
	Sig	0.006	0.443														
4.	Estado civil (R)	,179**	0.132	0.010	1												
	Sig	0.008	0.051	0.863													
5.	Con quién vive (R)	0.043	0.066	0.012	,227**	1											
	Sig	0.524	0.329	0.864	0.001												
6.	Seguro de salud (R)	-0.073	-0.075	,260**	-0.081	0.044	1										
	Sig	0.283	0.271	0.000	0.231	0.520											
7.	economía (R)	0.076	0.046	-,252**	0.053	-0.047	-,924**	1									
	Sig	0.259	0.498	0.000	0.436	0.486	0.000										
8.	Dep. económica(R)	0.004	-0.067	0.081	-0.068	0.120	,180**	-,155*	1								
	Sig	0.951	0.319	0.233	0.317	0.075	0.007	0.021									

9.	Tenencia de vivienda (R)	0.042	0.026	0.030	,362**	0.045	-0.049	0.031	-	1							
	Sig	0.535	0.701	0.655	0.000	0.509	0.469	0.646	0.098								
10.	Lugar de residencia (R)	0.029	0.114	-0.018	,158*	0.108	-,134*	0.113	0.031	,299**	1						
	Sig	0.670	0.091	0.793	0.019	0.111	0.047	0.094	0.649	0.000							
11.	Salud general (R)	-,368**	-0.019	,190**	-0.017	0.036	0.094	-0.102	-	-	0.035	1					
	Sig	0.000	0.778	0.005	0.807	0.593	0.164	0.131	0.430	0.357	0.604						
12.	Salud con iguales R	-,289**	-0.119	0.094	-0.104	-0.017	0.024	-0.076	-	-	-	,410**	1				
	Sig	0.000	0.078	0.166	0.123	0.800	0.722	0.264	0.042	0.298	0.045	0.000					
13.	Salud hace 1 año R	-,322**	-,171*	,159*	-0.109	-0.132	0.029	-0.072	-	-	-	,384**	,514**	1			
	Sig	0.000	0.011	0.018	0.107	0.050	0.665	0.289	0.962	0.436	0.206	0.000	0.000				
14.	Apoyo familiar (R)	-0.057	0.049	-0.108	0.021	0.023	-0.055	0.038	0.046	0.017	0.097	0.088	-	0.052	1		
	Sig	0.401	0.471	0.110	0.753	0.732	0.413	0.574	0.496	0.799	0.153	0.193	0.992	0.441			
15.	Funcionalidad familiar (R)	0.017	-0.037	0.011	-0.007	0.030	0.111	-0.064	0.050	0.072	-	0.074	0.096	0.052	-	1	
	Sig	0.797	0.588	0.876	0.913	0.660	0.101	0.347	0.460	0.285	0.454	0.274	0.154	0.446	0.001	,224**	
16.	Cognición (R)	,479**	,178**	-,134	0.113	-0.020	0.018	-0.014	-	0.065	-	-	-	-	-	-	1
	Sig	0.000	0.008	0.047	0.095	0.770	0.789	0.839	0.835	0.341	0.742	0.000	0.000	0.000	0.000	0.000	0.012

Fuente: E.Flores.

**La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral)

*La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral)

CAPÍTULO V

5.1. DISCUSIÓN

El Perú está envejeciendo de manera lenta pero inexorable. Es un proceso presente en todo el país, aunque con diferentes grados de volumen e intensidad. El grupo de personas de 60 y más años de edad, se incrementará sostenidamente en las próximas décadas. Por otro lado, la escasa aplicación de la evaluación para evidenciar la existencia de deterioro cognitivo en la población, constituye uno de los problemas de salud pública más importantes, por lo que he decidido trabajar en la evaluación de la función cognitiva.

Los hallazgos relacionados a la función cognitiva en adultos mayores de Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto (ARCIJEL), muestra que el 53.6% presentaron en la evaluación de la función cognitiva resultado de borderline y el 14.1% y 3,2% presentaron deterioro leve y moderado respectivamente. Estos hallazgos se asemejan con los resultados obtenidos por López (España 2013); quien en su investigación obtuvo que los adultos mayores que fueron evaluados la función cognitiva con el test MEC resultaron con deterioro cognitivo el 29,55%. Por otro lado Lobo (España 2002) presenta hallazgos obtenidos del 31% de casos con deterioro cognitivo diagnosticados con esta prueba (MEC).

Según los resultados encontrados en el presente estudio, puedo afirmar que se constituye en el punto de partida para llegar a conocer el deterioro cognitivo que se puede presentar en la población adulta; porque si no se hace nada con los adultos mayores que fueron evaluados en borderline (estar en un límite entre lo normal y el estado de deterioro), este grupo poblacional conforme avanzan en edad se estaría instalando el deterioro cognitivo, en ese momento si estaríamos ante un problema de salud mental muy preocupante, sumado a los encontrados con deterioro leve y moderado. Ya que en la actualidad las instituciones de salud no le dan la importancia que amerita al problema encontrado.

En cuanto a las características demográficas y la función cognitiva los resultados demostraron asociación significativa entre los adultos mayores que tuvieron edad promedio de 71.08, \pm 5.58, al realizar inferencia estadística se obtuvo ($p=0.000$); otros de los hallazgos evidencian que el 55%, fueron hombres y se tuvo ($p=0.035$), estos hallazgos son similares en relación a los resultados de la edad y difieren con los resultados presentados del sexo, a lo reportado por Portillo (España 2015). Donde sus resultados indicaron que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65-74 años es 37.8% y una ($p=0.0001$) reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de 75 años en adelante. El 76.5% son del sexo femenino y una ($p= 0.0001$), demostrándose que las mujeres presentan mayor DCL que los hombres.

Sin embargo, quiero hacer mención que la muestra estudiada en Iquitos el mayor porcentaje de los adultos mayores estuvo comprendida entre las edades de 60 a 70 años, con lo cual puedo afirmar que la población es relativamente “adulto mayor joven” lo que evidencia que a pesar de ello en un alto porcentaje se encontró resultados de la evaluación de la función cognitiva en el nivel de borderline, en deterioro leve y moderado, a pesar de ello los adultos mayores siguen con su cotidianidad en todas las actividades que le corresponde en su vida diaria. Otro de los motivos del predominio de la edad adulta mayor joven es que los socios manifiestan, que la mayoría que tienen más edad son dependientes físicamente, por sus dolencias propias de vejez, o por no tener una persona que lo acompañe a las diferentes actividades de la asociación, optan por retirarse, en muchos casos en contra de su propia decisión y también por fallecimiento. Estos acontecimientos hacen que la población en la ARCIJEL, este integrado por los más jóvenes e independientes físicamente. Evidenciando además, una relación directa entre deterioro cognitivo y la edad. Por otra parte, el mayor porcentaje de los adultos mayores fueron hombres, esto está directamente relacionado que hasta más allá de la década de los 60 los que tenían preferencia para realizar estudios superior fueron los hombres, y como la ARCIJEL es una organización de libre inscripción esto hace que sean los hombres quienes toman la decisión de inscribirse y participar activamente en las actividades, porque para ellos es

un centro de encuentro o tertulia ya que no tienen otras responsabilidades u obligaciones de cumplimiento de horarios, también hace que los hombres estén en riesgo de llegar a tener deterioro cognitivo leve; todos estos hechos justificaría la existencia de alta proporción de hombres en el presente estudio.

Referente al nivel de instrucción y la función cognitiva existe una asociación estadística significativa entre los adultos mayores que tuvieron el 61.8% instrucción técnica (escuela normal) y al realizar la inferencia se encontró ($p=0.005$); estos resultados concuerda con los reportado por Portilla (España 2015), al analizar la relación entre el nivel escolar y deterioro cognitivo, pudo comprobar su estrecha relación con el deterioro cognitivo leve, al estar en el mayor número de casos, en el grupo menos favorecido por el nivel escolar. Estos resultados muestran una baja proporción de la población con estudios universitarios, por tanto pueden considerarse como personas de alto riesgo de dependencia desde el punto de vista gerontológico, además, Escobar (Perú 2013), presentan hallazgos sobre la relación estrecha entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo leve.

Por otro lado los hallazgos relacionados al estado civil y la función cognitiva; se encontró que una alta proporción fueron adultos mayores que viven con pareja (casados y convivientes) (57.3%); y al aplicar la inferencia se tuvo ($p=0.023$); estos hallazgos son parecidos a lo reportado por Meléndez- Morales (España 2013), es su estudio sobre deterioro cognitivo leve: métodos y procedimiento de clasificación de deterioro cognitivo leve (DCL). En relación a las variables sociodemográficas, el 61.5% estaban casados, el 7.7% eran solteros y el 30.8% viudos; concluyen que aquellos sujetos quienes tenían compañero durante la edad media de su vida (4ta y 5ta década) presentaron menor DCL al alcanzar mayor edad (pasar de los 65 años).

Al analizar con quien vives se encontró que el mayor porcentaje de los adultos mayores Vivian en compañía de familiares(esposa, hijos y otros familiares) alcanzaron el 93.6% y al realizar la inferencia con la función cognitiva se tuvo

($p=0.000$); lo cual es coincidente con Villarreal (Colombia 2012), quien realizó una investigación y encontró que los adultos mayores de 65 años, convivían con la pareja, hijos u otros familiares, ya que esta presencia se asoció a una significancia baja de deterioro cognitivo leve ($p<0,001$). De igual manera, resultó la relación entre deterioro cognitivo leve y la convivencia familiar.

Creo que estos hallazgos muestran que la familia de los adultos mayores tradicionalmente cuidan a sus miembros de más edad y en consecuencia tiende a mantenerse unidos, sin importar las condiciones socio-económicas, con su carácter extenso y conglomerado, mantienen la capacidad para retener al adulto mayor en el seno familiar, por eso es importante que se incremente la capacitación a la familia basado en métodos de atención al adulto mayor, para incrementar su calidad de vida y minimizar el deterioro cognitivo.

Respecto al seguro de salud, se encontró que los adultos mayores que cuentan con Es Salud son el 97.3% y al relacionar con la función cognitiva la asociación no es significativa ($p=0.492$); sin embargo este resultado no es coincidente con lo reportado por López (España 2013), en su estudio sobre predictores psicológicos del funcionamiento cognitivo y de la calidad de vida en ancianos; presenta hallazgos de seguro de salud $p=0,010$.

Considero que estos resultados se deben a que el mayor número de sujetos estudiados fueron hombres y estos en la mayoría de los casos solo acuden a un centro de atención de salud solo cuando tienen una dolencia y que no es el caso del deterioro cognitivo; lo mencionado justificaría que pertenecer a EsSalud no influye en la alteración o deterioro de la función cognitiva.

En relación a la Remuneración económica, un alto porcentaje (96.8%) de los adultos perciben una pensión económica y al relacionar con la función cognitiva no se encuentra significancia ($p=0.365$); este resultado se contrasta con lo mostrado por Portilla (España 2015) que reporta los resultados sobre el nivel socioeconómico que es un factor poco influyente en el desarrollo de deterioro cognitivo en los adultos mayores, dado que el mayor porcentaje correspondió a individuos sin deterioro cognitivo en nivel bajo, medio y alto y una ($p=0,0001$).

Por otro lado Fabra (México 2016) informa que la capacidad de las personas de disponer de bienes en general, económicos y no económicos, constituye un elemento clave de la calidad de vida en la vejez. En este sentido, la seguridad económica de las personas mayores se define como la capacidad de disponer y usar de forma independiente una cierta cantidad de recursos económicos regulares y en montos suficientes para asegurar una buena calidad de vida. El goce de la seguridad económica permite a las personas mayores satisfacer las necesidades objetivas que agregan calidad a los años, y disponer de independencia en la toma de decisiones.

El presente estudio, muestra la existencia de una relación significativa entre la dependencia económica y la función cognitiva con ($p=0.034$) y además un coeficiente de correlación significativo ($r = 0,014$, $p= <0,01$), lo que evidencia que a menor dependencia económica de los adultos mayores menor será la alteración en la puntuación del mini examen cognitivo en los resultados de la evaluación de la función cognitiva. En cierta forma estos resultados esta relacionados a lo reportado por López (España 2013) que informa que la satisfacción con la vida se explica por factores como el nivel de ingresos, la percepción del propio estado de salud $p= 0.259$, un enfoque bio-psico-social que son claves para la detección y predicción de las dificultades cognitivas es un ambiente socioeconómico pobre, está asociado con el mayor riesgo de inicio de deterioro cognitivo leve.

Cabe mencionar que esta variable de dependencia económica es significativa para el adulto mayor debido a que él también es un aportante en la economía de su familia, porque estas personas perciben una pensión económica hasta el día que vivan; esto estaría justificando que el adulto mayor se sienta cómodo en esta etapa de su vida.

En relación a la tenencia de la vivienda de los adultos mayores el 75.0% tuvieron vivienda propia, y estuvieron ubicadas en zona urbana el 83.6%, al relacionar con la función cognitiva no fue significativa queda evidenciado para tenencia de la vivienda ($p=0.345$); y la ubicación de la vivienda en área urbana ($p=0.909$); estos datos han sido corroborados con Leiva (España 2014), que reporta

resultados sobre la prevalencia de deterioro de los adultos mayores no institucionalizados que fue del 8% ($p < 0,001$).

Después de realizar el análisis, se puede concluir que la mayoría de las personas estudiadas se preocupó en adquirir su vivienda propia, en muchos de los casos, es el único bien que les pertenece, razón por la cual se sienten protegidos porque en ello viven gran parte de sus familiares (familia extensa), otra de las razones es que Iquitos todavía es un lugar donde comparten los hogares generalmente con la familia extensa y los adultos mayores viven en esa compañía.

En cuanto a la salud percibida por los adultos mayores, los resultados demostraron un alto porcentaje en lo que corresponde como regular en todas sus dimensiones: salud en general tuvo 65.9%; salud comparado con personas de su edad (56.4%); por último el estado de salud si lo compara con su estado hace un año (56.8%) al relacionar estos hallazgos con la función cognitiva se encontró una relación significativa en la salud general ($p=0.001$); en comparación con personas iguales ($p=0.000$); salud comparado hace un año atrás ($p=0.000$); al correlacionar la salud percibida en sus tres mediciones, se tuvo una evaluación de “regular” en Salud en General, Salud comparado con Iguales, Salud hace un año atrás, correlacionaron en forma negativa y significativa de ($r = 0,271$, $p = <0,01$), ($r = 0,313$, $p = <0,01$), ($r = 0,301$, $p = <0,01$), con la función cognitiva lo que evidencia a mejor salud percibida menor alteración en la evaluación de la Función Cognitiva. Estos resultados se comparan con los reportados por López (España 2013) que en su estudio reportó resultados en salud objetiva $p=0,033$ salud subjetiva $p= 0,016$. Por otra parte De Juanas (España 2013) Los resultados obtenidos muestran la tendencia a que las personas que afirman que su estado de salud ha sido muy malo tienden a presentar resultados más altos en auto aceptación y propósito de vida que aquellos que lo consideran bueno o muy bueno.

Al parecer, este indicador es un principal determinante en la calidad de vida de los adultos mayores y que tiene que ver con la percepción subjetiva de su salud, que está relacionado con la ejecución de las actividades de la vida diaria o comportamientos habituales como son la autonomía para el manejo de sus recursos económicos, sociales, familiares, manejo de sus bienes, etc. hace que el

adulto mayor se mantenga activo tanto físico como mental lo que repercute en su buen funcionamiento cognitivo.

Además, se encontró que el 55.9% de adultos mayores califica como moderado el apoyo familiar, al relacionar con la función cognitiva se tiene ($p=0.012$); al correlacionar apoyo familiar y la función cognitiva se tuvo ($p= <0,01$) y ($r = 0,251$, $p= <0,01$) Mientras que el hecho de tener moderado apoyo familiar hace que sea menor la alteración de la función cognitiva. Estos resultados son coincidentes en su contexto con lo presentado por Vivaldi (España 2012) Los resultados mostraron que el bienestar psicológico presentaba mayores relaciones con el apoyo social percibido a las casadas o con pareja estable informaron mayor bienestar psicológico menor aparición del deterioro cognitivo leve. Diferentes autores, como Papalia (Colombia 1998); Carnevalli (México 1988) refieren que la familia sigue siendo la principal fuente de apoyo emocional, seguridad, cuidado, afecto y constituye un mecanismo natural de atención.

Este, es un indicador que proporciona la razón de vida de los adultos mayores porque les enterece que alguien les muestre cariño o tiempo de escucha. Además, este apoyo está basada en orientaciones valorativas sobre la unidad de la familia, interdependencia, retribución a la crianza brindada en su momento, amor filial, lazos afectivos y obligaciones entre otros. Por lo tanto, el incremento de apoyo familiar incrementa la puntuación en la valoración de la función cognitiva y en consecuencia puede prevenir el daño.

Finalmente se observó que la Funcionalidad Familiar correlaciona positivamente con la función cognitiva $R = 0,170$, $p= <0,05$, es decir a mayor puntuación del test de percepción familiar, mejor resultado de la evaluación de la Función Cognitiva. Además al relacionar con la función cognitiva se tuvo ($p=0.035$); estos hallazgos son semejantes a lo reportado por Casanova (México 2014), en su investigación realizada reportó que el 58.3% de los pacientes perciben funcionalidad familiar, con una $p=0.046$. Por otro lado Saavedra (México 2016), informa que la funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y

superar cada una de las etapas del ciclo vital y los eventos críticos que se puedan presentar.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la funcionalidad familiar es halagador haber obtenido un alto porcentaje de adultos mayores que tienen la percepción de que su familia es funcional porque sienten que allí todavía pueden expresar sus emociones, afecto, cariño, y que viven en el seno familiar y pensar que le tienen consideración en las decisiones que toman en familia, esto hace que el adulto mayor se sienta confortable y se observe como evidencia que podría mejorar la valoración de la función cognitiva, y tengan mejor calidad de vida en esta etapa.

CAPÍTULO VI

6. PROPUESTA:

De los hallazgos expuestos a lo largo de la presente investigación se puede afirmar que la práctica de evaluación de la función cognitiva es de gran importancia para promover la salud; lo que hace necesario presentar las siguientes propuestas:

- 6.1. Reconociendo que la evaluación de la función cognitiva en la atención de salud de los adultos y adultos mayores, es relevante y que se constituye en una herramienta importante, se plantea la aplicación permanente en la atención de salud del primer nivel en todos los programas ambulatorios y comunitarios en las instituciones prestadoras de los servicios de salud; porque es útil para la promoción de la salud y prevención del deterioro cognitivo leve y vivir con buena calidad de vida.
- 6.2. Capacitación continua al personal de enfermería para incrementar estrategias aplicando acciones orientadas a evitar la discapacidad mental prematura en la vejez, incluyendo talleres de memoria como medidas para prevenir y tratar adecuadamente en este grupo considerado de más alto riesgo el deterioro cognitivo. Esto implica la promoción de estilos de vida saludables: no fumar, alimentarse saludablemente, mantenerse activo física, mental y socialmente a lo largo de la vida. De lo contrario, este grupo poblacional, que se incrementa aceleradamente, requerirá cuidados especiales para lo cual no estamos preparados para atender tales necesidades.
- 6.3. En forma general, la Facultad de Enfermería de la UNAP debe incorporar en su Plan Curricular como eje transversal la evaluación de la función cognitiva, porque resulta útil en la aplicación de la promoción de la salud y la prevención del deterioro cognitivo incluyendo a pacientes en programas de memoria si es que estos lo requieren, pues existen evidencias de que el

entrenamiento de memoria, particularmente si se incluye técnicas cognitivas y de conducta, mejora el funcionamiento de la memoria en adultos mayores sin deterioro cognitivo.

- 6.4. Ejecutar programas de capacitación dirigidos al profesional de enfermería para reconocer que los adultos mayores con tratamiento farmacológico y no farmacológico necesitan de las orientaciones necesarias para cumplir con la gran cantidad de procesos cognitivos del adulto mayor como comprensión, memoria y juicio; para cumplir con el plan de autocuidado y para acordarse de la toma de las medicaciones y tomar decisiones.

- 6.5. Que en la facultad de Enfermería, en la asignatura de salud mental se debe establecer parámetros de atención a los adultos mayores, en el empleo de técnicas de ayuda al recuerdo útil en las actividades de la vida diaria. Por ejemplo en el caso de la medicación o adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico prescrito, se olvidan con facilidad, ya que más de la mitad de los adultos mayores incumplen la pauta terapéutica prescrita o cometen errores. Por lo que se debe realizar las siguientes acciones:
 - Ofrecer instrucciones escritas, fáciles de leer (con letras grandes y legibles), y hacer que las repitan conscientemente y que utilicen calendarios o dosificadores de medicación con un programa semanal.
 - En casos de pluripatología, agrupar por categorías los fármacos y recomendaciones de enfermería (para el corazón, funcionamiento intestinal, para el dolor de artrosis, etc).
 - Solicitarles que repitan con frecuencia en forma verbal las indicaciones
 - Trabajar con los adultos mayores y con los cuidadores y recomendarles el uso de ayudas visuales externas como un afiche con indicaciones horarias, listas, cuadernos de notas, calendarios, o colocar recordatorios en lugares visibles entre otros.

CAPÍTULO VII

7. CONCLUSIONES:

Una vez finalizada la investigación, cuyo objetivo general fue determinar las variables asociadas y la función cognitivo del adulto mayor de la ARCIJEL, Iquitos. Se plantean las siguientes conclusiones:

7.1. Luego de analizar la función cognitiva en este estudio, encontramos que en la prueba de Mini Examen Cognitivo el 53.6% de los adultos mayores presentó evaluación en el nivel de Borderline y el 14.1% obtuvieron deterioro cognitivo leve. Como resultado de la evaluación, identificando un mayor número de casos en riesgo para convertirse en deterioro cognitivo leve.

7.2. Con respecto a las características socio-demográficas de los adultos mayores que participaron en el estudio tuvieron, edad promedio de 71.08, \pm 5.58; se observó una mayor proporción del género masculino (55.5%) sobre el femenino; Con relación al nivel educativo, la mayoría con el 61.8% tuvo instrucción técnica (escuela normal) y el universitario fue de 32.7%. En el estado civil, predominaron los adultos mayores con pareja (casados, conviviente) 57.3%. Por otro el 97.3% cuentan con seguro de salud (EsSalud); el 93.6% viven acompañados por familiares, principalmente en compañía de pareja, hijos u otros familiares, mientras que el 96.8% perciben una pensión económica; también el 81.8% dependen económicamente de su pensión. En relación al apoyo familiar es de 55.9% califica como moderado. El 69.5% de los adultos mayores tienen familia funcional; en relación a la salud autopercibida por el adulto mayor se tuvo que el 65.9% siente como regular su salud general; 56.4% perciben como regular su salud en comparación con personas de su edad; 56.8% perciben como regular su salud comparado hace un año atrás; también se encontró que el 75.0% cuenta con vivienda propia; 83.6% viven en área urbana.

7.3. Las variables que se asociaron estadísticamente significativa con la función cognitiva son: edad ($p=0.000$); sexo ($p=0.035$); instrucción ($p=0.005$); estado civil ($p=0.023$); con quien vives ($p=0.000$); dependencia económica ($p=0.034$); salud en general ($p=0.001$); salud comparación con persona de su

edad ($p=0.000$); salud comparada con su estado de hace un año ($p=0.000$); apoyo familiar ($p=0.012$); funcionalidad familiar ($p=0.035$);

7.4. Las variables que no se asociaron estadísticamente significativa con la función cognitiva: Seguro de salud ($p=0.492$); situación económica ($p=0.365$); tenencia de la vivienda ($p=0.345$); Lugar de residencia ($p=0.909$);

7.5. El análisis de correlación demostró que a menor edad, el hecho de ser hombre, tener pareja vivir con compañía, a mejor salud percibida, mejor apoyo familiar y mejor funcionamiento familiar, tienen un menor deterioro cognitivo ($p= <0,01$).

7.6. Finalmente, puedo concluir informando que la edad a partir de 71 años, ser hombre, el vivir solo, tener poco apoyo familiar, entre otro, son factores que van a favorecer la aparición del deterioro cognitivo leve en los adultos mayores.

CAPÍTULO VIII

8. RECOMENDACIONES:

8.1. Realizar investigaciones cualitativas desde la perspectiva socio familiar con el fin de documentar a los grupos sobre la detección primaria del deterioro cognitivo a fin de lograr mayor información en la población de familiares que tienen contacto con el adulto mayor.

- 8.2. Realizar estudios con mayor tamaño de muestra en población en general, con riesgo a desarrollar deterioro cognitivo, con el fin de otorgarles medidas preventivas en los puestos y centros de salud; para prevenir un deterioro cognitivo mayor.
- 8.3. Los resultados presentan en su mayoría una evaluación en el nivel de borderline, del cuestionario del Mini Examen cognoscitivo (MEC), su desempeño en las pruebas fue en el límite superior, por lo cual se deben desarrollar políticas públicas de salud para que esta población de riesgo mejore sus áreas cognitivas, y por tanto su calidad de vida.
- 8.4. Las instituciones de salud deben llevar a cabo campañas educativas desde el primer nivel de salud para promocionar y destacar la importancia del cuidado de la función cognitiva, tempranamente porque se envejece como se vive.
- 8.5. En los centros asistenciales, sugerir a las autoridades, para que el personal de enfermería incorpore la evaluación de la función cognitiva en la atención del adulto y adulto mayor, y estimule su buen funcionamiento, ya que este será su reservorio, la cual le permitirá envejecer de la mejor manera.

8.6. Adoptar el uso de pruebas de evaluación cognitiva de Mini Examen cognoscitivo (MEC) que evaluaban 6 áreas de importancia: (1. Orientación, 2. Fijación, 3. Concentración y Calculo, 4. Memoria, 5. Lenguaje y Construcción;), en el adulto intermedio en sus controles periódicos, como requisito de buena salud, para reducir el riesgo de deterioro cognitivo leve.

CAPÍTULO IX

9.1. REFERENCIA BIBLIOGRAFICA

1. Organización de las Naciones Unidas. Previsiones Demográficas mundiales: revisión del 2006. New York: ONU 2007. (Revisado 25-06-2016) Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2004, (Revisado 24-06-16). Disponible en: Google: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2>
2. Portillo P., Froufe M., Moreno B., Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo Madrid, octubre de 2015. Disponible en: https://repositorio.uam.es/bitstream/.../portillo_barrera_patricia.pdf
3. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas Mundiales Demográficas. [Serial online]. 2012. (citado 22 julio 2016). Disponible en URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdfRevisión>
4. Organización Mundial de la Salud (OMS) Demografía del adulto mayor, 10. Ginebra.2002.
5. Comisión Económica para América Latina - dimensiones del envejecimiento poblacional, Santiago de Chile, Naciones Unidas.2011
<http://macroeconomia52.blogspot.pe/2009/05/que-la-sigla-cepal-celade-parte-de.html>.
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú. Estimaciones y proyecciones de población, 1950 – 2050. 2011.
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Informe técnico N° 2. Situación de la niñez y del adulto mayor - segundo trimestre 2012.
8. Martínez R. Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: Reto para la salud pública. [Serial online]. 2011; [citado 22 julio 2016] Disponible en URL: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es
9. Fuente INEI- población adulta mayor. ; [citado 22 julio 2016]

Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>

10. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía – División de Población Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los derechos de las personas mayores. Materiales de estudio y divulgación. Módulo 2. Santiago de Chile, Naciones Unidas. 2011.
11. Fuente: INEI - Estimaciones y Proyecciones. ; [citado 22 julio 2016]. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Loreto2.html>
12. Mapa de zonificación del distrito de Punchana. Departamento de Loreto 2015.
13. Guadalupe, A. Rangel, S. García, A. Duarte, A. Bello, Y. Infante, A. Depresión y funcionalidad familiar en adultos mayores de una unidad de medicina familiar. Rev. de atn. Fam.l.a.m. 2016. V 23. ISSP 1. Pag.24-28. (Revisado 25/07/2017) Disponible en Web <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1405887116300736>
14. Leiva A, Sánchez J, León J, Palacios L. Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada (Revisado 29-05-16). España 2014. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1130862115001424>
15. Casanova, M. Rascón, M. Alcántara, H. Soriano, A. Apoyo social y funcionalidad familiar en personas con trastorno mental. Rev. Mental. 2014. V.37, N° 5 pag 443-448 (revisado 25/07/2017) Disponible en Web. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000500011
16. Samper J.C. Llibre J.J. Sánchez C. Pérez C. Morales E., Mini Examen Mental en sujetos con deterioro cognitivo leve., Rev. Cub. Med.Mil.,2013., V40 N°3
17. De Juanas A. Limón M. navarro E. Análisis del bienestar psicológico, estado de salud percibido y calidad de vida en personas adultas mayores. España 2013. (Revisado 29-05-16). Disponible en google: <http://search.proquest.com/openview/8070923ecda5de1da02061d61b5d1134/1?pq-origsite=gscholar>
18. Meléndez-Moral J.C., Sanz-Álvarez T., Navarro E., Deterioro cognitivo leve: métodos y procedimientos de clasificación. Rev.Univ.Psic., España 2013, V12. N°1.

19. López A. et al. Predictores psicológicos del funcionamiento cognitivo y de la calidad de vida en ancianos mayores de 80 años, universidad de granada setiembre 2013. (Revisado 29 – 05 – 2016). Disponible en: gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/.../1/DPETP_GonzálezPalauFátima.
20. Gonzales F. Funcionamiento cognitivo en personas mayores e influencia de variables socioeducativas - Resultados del Estudio ELES. España 2013. Disponible en google: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092013000300005
21. Durán T, Aguilar R, Martínez M, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. México 2013. Revisado (30-05-2016). Disponible en google: www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665
22. Salinas R, Hiriart M, Acosta I, Ana Luisa Sosa-Ortiz. Diabetes Mellitus y su asociación con demencia y deterioro cognitivo leve en adultos mayores mexicanos de población urbana y rural. México 2013. Revisado (30-05-2016). Disponible en google: www.medigraphic.com/pdfs/arcneu/ane-2013/anes131a.pdf
23. Escobar G. deterioro cognitivo leve en adultos mayores pertenecientes a clubes y albergues de la tercera edad de la ciudad de Tacna. Perú 2013. Disponible en google: <http://colegiodepsicologosarequipa.org/20131-2.%20Deterioro%20cognitivo%20leve%20en%20adultos%20mayores.pdf>
24. Meléndez- Moral J.C., Mayordomo T., Sales A., Edad y escolaridad en sujetos con deterioro cognitivo leve, Rev.Cub.Mil., España 2013, V40. N°4.
25. Villarreal G. Condición socio familiar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Revisado 29-05-16). Colombia 2012. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v28n1/v28n1a08.pdf>
26. Vivaldi F. Barra E. bienestar psicológico, apoyo social percibido y percepción de salud en adultos mayores. Chile 2012. (Revisado 29-05-2016). Disponible en google: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-48082012000200002&script=sci_arttext&tlng=pt
27. Instituto nacional de estadísticas e informática. Situación de la Población Adulta Mayor. 2013. (Revisado 23-06-16). Disponible en google:

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-oct-dic-2013.pdf>

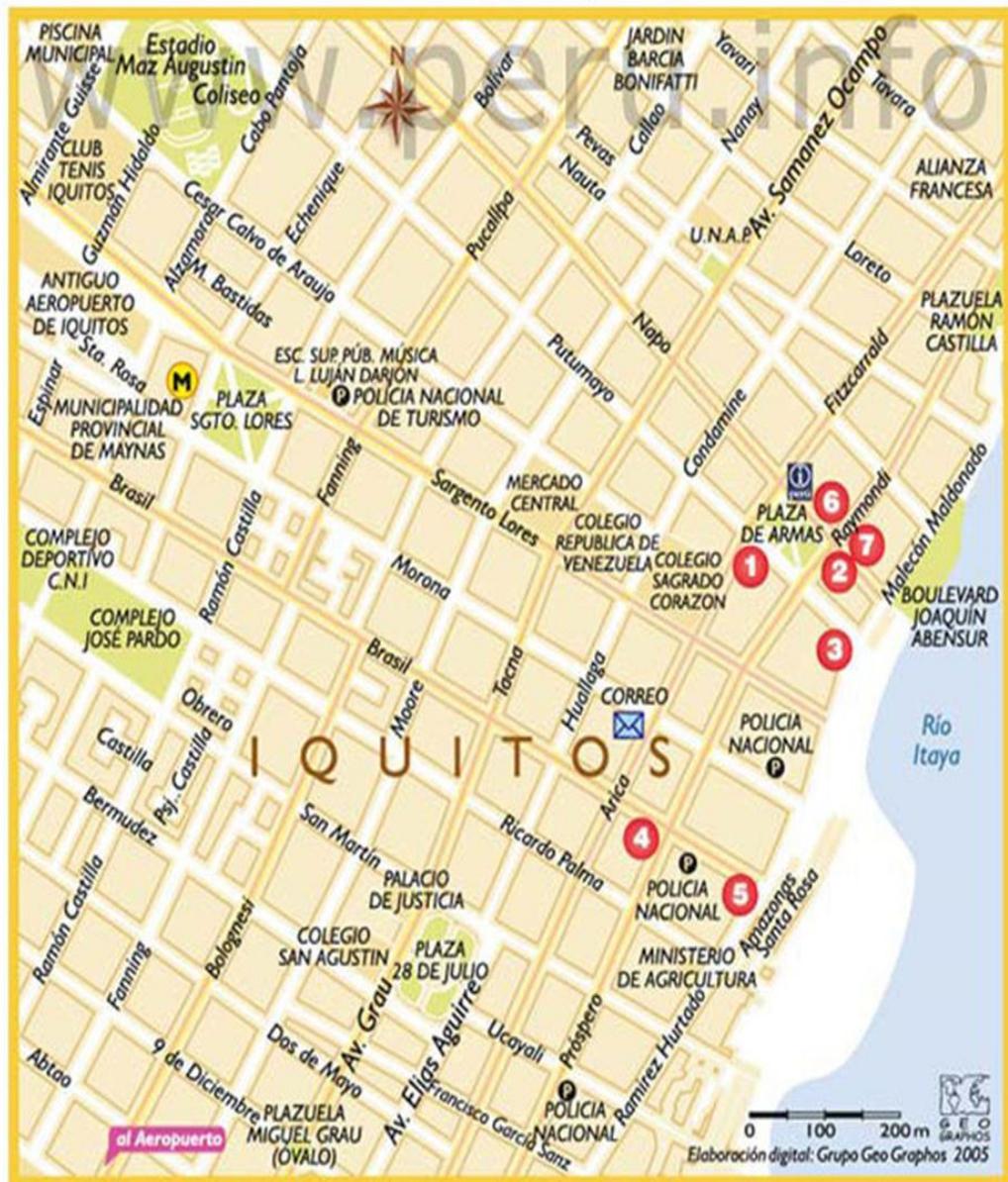
28. Ferrer FA. Formiga F. Henriquez E. Lombarte BL. Olmedo C. Pujol FR. Evaluación Funcional y Cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonasanFeeliu. Rev. Esp.geriatr. gerontol. 2006.
29. Lehr U., Thomae H. Psicología de la senectud. Editorial Herder. España.2003.
30. Gonzales de Gago. J. Teoría del envejecimiento. Tribuna del investigador; (11) ,2010.
31. Reolid M, López A, García J, Villanueva M, Leiton Z. Enfermería: Geriatria y Gerontología.1ºedic. Editorial graficas antar.alicante. España.2005.
32. Miquel J. Integración de las teorías del envejecimiento (I), revista Española de geriatría y gerontología, 2000.
33. Fernández-Ballesteros, R. Zamarrón M.d., López-Brazo M.D., Molina M.A., Diez J., Montero p., et al. envejecimiento exitoso: criterios y predictores. Psicothema, 2010.
34. Molina,M.A. Schettini, R. López – Bravo, M.D. Zamarron,M.D. y Fernandez – Ballesteros, R. 2011. Actividades cognitivas y Funcionamiento Cognitivo en personas muy Mayores. Revista Española de geriatría y Gerontología, 2011.
35. Calero, M. Psicología de la vejez: El Funcionamiento cognitivo. En, Fernández - Ballesteros. (2004). Gerontología social. Madrid: editorial pirámide.2004.
36. Herrero, E. y Esquirol,J. Teoría del envejecimiento celular. Especialista en medicina familiar y comunitaria; master en gerontología clínica; master en medicina preventiva y promoción de la salud; posgrado en psicología clínica.
37. Organización Mundial de la Salud. Población del adulto mayor. Perú 2005. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
38. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) Características Demográficas de Poblaciones de la tercera edad. En: Perfil sociodemográfica de la Tercera Edad. Lima Perú; 2010.
39. Triado, C. Villar F. Psicología de la vejez. Madrid: alianza editorial. 2006.
40. Ferrer FA. Formiga F. Henriquez E. Lombarte BL. Olmedo C. Pujol FR. Evaluación Funcional y Cognitiva en una población urbana de mayores de 89 años. Estudio NonasanFeeliu. Rev. Esp.geriatr. gerontol. 2006.

41. Organización Naciones Unidas (ONU). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas Mundiales Demográficas. [Serial online]. 2012. (citado 22 julio 2016). Disponible en URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Conenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdfRevisión>
42. Instituto nacional de estadísticas e informática. Acceso a Seguro de Salud y Previsión. Social. Perú 2012. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitaless/Est/Lib1105/cap05.pdf
43. Superintendencia del sistema financiero. Los tipos de seguros y sus financiamientos. El Salvador 2012. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: https://www.ssf.gob.sv/descargas/educacion_financiera/tipos_de_seguros_agosto2012.pdf
44. Fabra A. Diferencia entre situación económica y situación financiera. Mexico.2016. (Revisado 18-05-16) Disponible en google: <http://negocios.uncomo.com/articulo/diferencia-entre-situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html>
45. Guzmán M. Seguridad Económica y Pobreza en la Vejez: Tensiones, Expresiones y Desafíos para Políticas. Chile 2006 disponible en google: http://www.cepal.org/celade/noticias/paginas/5/27255/Huenchuan_Guzman.pdf
46. Instituto nacional de estadística._Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, calidad de vida, dependencia funcional).España 2016. (revisado 24-06-2016). Disponible en: Google: http://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=1254735110672&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout
47. Ministerio de salud: dirección de estadísticas e información e salud. Definiciones y Conceptos en estadísticas de salud. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: <http://www.deis.gov.ar/definiciones.htm>
48. Papalia D.Wendkos. Psicología del desarrollo humano. 4ta.Ed. Editorial MC Graw-Hill-interamericana. S.A. Santa Fe de Bogotá. 1998.
49. Carnevalli D. Patrick M. Tratado de geriatría y gerontología. 2da. Ed. Editorial Mc Graw-Hill-Interamericana. México. 1988.

50. Herrera Santi L.P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud; Rev.Cub.Med.Gen. Integr. 1997; V13. N°6.
51. Ribera, J. Declive cognitivo y deterioro cognitivo en los Ancianos. En Ribera Casado JM. Gil Gregorio P. Función mental y envejecimiento. Edimsa. Madrid 2004
52. Ballesteros, S. Gerontología. Un saber multidisciplinar. Madrid: Editorial Universitas S.A. 2004
53. Varela L. Et Al. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional, (revisado 25-06-2016) Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2004, (Revisado 24-06-16). Disponible en: Google: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2>
54. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), Perú. Estimaciones y proyecciones de población, 1950 – 2050. 2011.
55. Villalba, C. Abuelos Cuidadores. Editorial. Le Blanch. España.2007
56. Leiton, Z. Adaptación a los cambios del adulto mayor y su relación con independencia, participación social y apoyo familiar. [Tesis para optar el grado de maestría en enfermería. Mención en adulto y anciano]. Trujillo – Perú. 1997.
57. Ortiz, M. La salud familiar. rev. Cubana. medicina general integral; 1999.
58. Folstein MI. Cookrel JR. Mini-Mental Estate Examination (MMSE) Psychopharmacology Bulletin 1985.
59. Lobo A. Saz P. y Marcos G. MMSE. Examen cognoscitivo minimental. Manual: ediciones TEA.2002.
60. Lobo, A. Saz, P. y Roy, J. Deterioro cognoscitivo en el anciano. Hospital clínico universitario. Zaragoza 2004.

ANEXOS

ANEXO N° 01



- 1 Iglesia Matriz
- 2 Casa de Fierro
- 3 Ex Hotel Palace
- 4 Casa Cohen
- 5 Casa Morey
- 6 Museo Municipal de Ciencias Naturales
- 7 Casa Fitzcarrald



ANEXO N° 02
MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
VARIABLES ASOCIADAS	son las que sirven para caracterizar a los adultos mayores del ARCIJEL, está constituida por las características demográficas (edad, sexo), características sociales (instrucción, estado civil), apoyo social (seguro de salud, con quien vives) características económicas (remuneración económica, dependencia económica), tenencia de la vivienda, lugar de residencia, salud percibida, apoyo familiar, funcionalidad familiar. Se utilizó los siguientes indicadores:		:		
		EDAD	Son los años cumplidos hasta el momento de aplicación del instrumento, se medirá de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Adulto mayor joven: es el tiempo que tiene el adulto mayor comprendida entre 60- 70 años ▪ Adulto mayor intermedio: es el tiempo que tiene el adulto mayor entre 71-80 años. ▪ Adulto mayor senil: es el tiempo que tiene el adulto mayor comprendida de 81 años a más. 	ORDINAL	<p>¿Cuántos años tiene usted?:.....</p> <p>a) Adulto mayor joven de 60 a 70 años <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>b) Adulto mayo intermedio de 71 a 80 <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p> <p>c) Adulto mayor senil de 81 a más <input style="width: 30px; height: 20px; border: 1px solid black;" type="text"/></p>

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
		SEXO	Características biológicas que definen a los seres humanos como mujer o varón se consideran dos niveles <ul style="list-style-type: none"> ▪ Masculino ▪ Femenino 	NOMINAL	¿Qué sexo tiene usted? <ul style="list-style-type: none"> • Masculino <input type="checkbox"/> • Femenino <input type="checkbox"/>
		GRADO DE INSTRUCCIÓN	Es el Nivel de estudios que el adulto mayor alcanzo hasta el momento de la recolección de datos y se considerara las siguientes categorías: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Sin estudio: 0 ▪ Primaria: de 1 a 6° año de estudio ▪ Secundaria: 7° a 11° años de estudios. ▪ Superior: técnicos y universitarios. 	NOMINAL	¿Hasta qué grado estudio usted?..... <ul style="list-style-type: none"> • Sin estudio <input type="checkbox"/> • Primaria <input type="checkbox"/> • Secundaria <input type="checkbox"/> • Técnica <input type="checkbox"/> • Universitaria <input type="checkbox"/>
		ESTADO CIVIL	Es la condición política del adulto mayor. Se clasifica de la siguiente manera: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Con pareja: casado o conviviente. ▪ Sin pareja: soltero, separado o viudo. 	NOMINAL	¿Cuál es su estado civil? <ul style="list-style-type: none"> a) Con pareja <input type="checkbox"/> b) Sin pareja <input type="checkbox"/>

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
		SITUACION ECONOMICA	<p>Es la paga monetaria que cada adulto mayor recibe en forma de salario, como remuneración por su condición actual. Se medirá con los siguientes niveles.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pensionado: Aquel adulto mayor que recibe remuneración económicos. • No pensionado: Aquel adulto mayor que no recibe remuneración económica. 	RAZON	<p>¿Cuál es su situación económica?</p> <p>a) Pensionado <input type="checkbox"/></p> <p>b) No pensionado <input type="checkbox"/></p>
		DEPENDENCIA ECONOMICA	<p>Es cuando el adulto mayor pasa de ser un miembro activo económica y laboralmente, a formar parte de la población inactiva, pasiva o dependiente, se considerara las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hijos. • Pareja. • Otros familiares. • Es pensionista. 	NOMINAL	<p>Dependencia económica</p> <p>a) Hijos <input type="checkbox"/></p> <p>b) Pareja <input type="checkbox"/></p> <p>c) Otros familiares <input type="checkbox"/></p> <p>d) Es pensionista <input type="checkbox"/></p>

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
		SEGURO DE SALUD	<p>Son los servicios de salud que reciben los adultos mayores que garantizan el cuidado de su salud.</p> <ul style="list-style-type: none"> • SIS: Es aquel seguro de organismo público que recibe el adulto mayor. • ESSALUD: Es aquel seguro que paga interés públicos para la atención del adulto mayor. ▪ NO TIENE: Es cuando el adulto mayor no cuenta con ningún tipo de seguro de salud. 	NOMINAL	<p>¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?</p> <p>a) SIS <input type="checkbox"/></p> <p>b) ESSALUD <input type="checkbox"/></p> <p>c) No tiene <input type="checkbox"/></p>
		CON QUIEN VIVE	<p>Es el acompañamiento en su vida diaria que tiene el adulto mayor con un familiar amigos u otros. Se medirá de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Con acompañamiento: Cuando el adulto mayor vive con su pareja, familiares, amigos u otros • Sin acompañamiento: Cuando el adulto mayor vive solo. 	NOMINAL	<p>¿Con quién vive usted?</p> <p>a) Con acompañamiento <input type="checkbox"/></p> <p>b) Sin acompañamiento <input type="checkbox"/></p>

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
		TENENCIA DE LA VIVIENDA	<p>Es la condición o situación en que se encuentra la casa en la que habita el adulto mayor, y se medirá con los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Vivienda propia: es la propiedad que habita el estudiante universitario el cual le pertenece, o a sus padres, o algún familiar y por ende no paga renta alguna. • Vivienda alquilada: es la casa que habita el estudiante universitario por el cual paga una renta determinada. 	NOMINAL	<p>¿Qué tipo de vivienda tiene usted?</p> <p>a) Vivienda propia <input type="checkbox"/></p> <p>b) Vivienda alquilada <input type="checkbox"/></p>
		RESIDENCIA	<p>Es el lugar donde habita el adulto mayor en el momento de la recolección de datos, se medirá de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Zona urbana: Está representado por los sectores residencial, comercial, Servicios, equipamiento y otros. • Zona peri urbana: Está conformado por los asentamientos humanos ubicados alrededor de la zona urbana. • Zona rural: Está conformado por pueblos, caseríos y comunidades indígena, es aquella que está integrada por centros poblados rurales y que se extienden desde los linderos peri urbanos. 	NOMINAL	<p>¿Lugar de residencia?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Área urbana <input type="checkbox"/> • Área rural <input type="checkbox"/> • Área periurbana <input type="checkbox"/>

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
		SALUD PERCIBIDA	<p>Es la autopercepción subjetiva que tiene el adulto mayor de su estado de salud en general, en comparación con otras personas de similar edad y al comparar con su situación hace un año. Se medirá con los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena: cuando el adulto mayores es consciente de la buena salud sentida. • Regular: cuando el adulto mayor presenta un leve deterioro de su salud. • Mala: cuando el adulto mayor reconoce categóricamente el deterioro de su salud. 	NOMINAL	<p>Salud percibida</p> <ul style="list-style-type: none"> • Buena <input type="checkbox"/> • Regular <input type="checkbox"/> • Mala <input type="checkbox"/>

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
		APOYO FAMILIAR	<p>Es la ayuda que ofrece la familia o algunos de sus miembros a otro que lo necesita, empleándolas tres dimensiones como es el afectivo, reforzando su autoestima y apoyo instrumental. El grado de apoyo familiar ayuda al adulto mayor a sentirse amado, considerado y respetado, que la carga de la familia se comparte, con otros, se medirá:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bajo grado de apoyo familiar: cuando la familia presentan malas relaciones y algunas enfermedades emocionales o mentales no controladas, tiene un puntaje de 10 – 18. • Moderado grado de apoyo familiar: son familia que presentan leve grado de alteraciones en sus relaciones, tiene un puntaje de 19 – 25. • Alto grado de apoyo familiar: es cuando las familias tienen buenas relaciones se muestran saludables, los periodos de convalecencia de algunas enfermedades son cortas y tienden a ser longevas, tiene un puntaje de 26 – 30. 	NOMINAL	<p>Escala de apoyo familiar, consta de 10 items, su medición es: Nunca = 1 punto A veces = 2 puntos Siempre = 3 puntos.</p>

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
		FUNCIONALIDAD FAMILIAR	<p>Son las relaciones interpersonales que se generan en el entorno de la familia del adulto mayor de acuerdo al instrumento que se aplicara se medirán en 2 niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Familia funcional: es cuando las tareas o roles asignados a cada miembro están claros y son aceptado por estos, las relaciones e interacciones de la familia del adulto mayor son eficaces por su aceptabilidad y armonía, además existe flexibilidad, se medirá con el siguiente puntaje: 43 – 70 puntos. • Familia disfuncional: es cuando la familia del adulto mayor, no respeta la distancia generacional, cuando se invierte la jerarquía, es incapaz para reconocer y satisfacer las necesidades físicas y emocionales de cada uno de sus miembros, y no se tiene la capacidad de asumir cambios y su rigidez de sus normas impiden el desarrollo de sus miembros.. Se medirá con el siguiente puntaje: 14– 42 puntos. 	NOMINAL	<p>Cuestionario de test de Percepción del Funcionamiento Familiar: consta de 14 items, y parámetros de medición: CN = casi nunca (1) PV = pocas veces(2) AV = a veces (3) MV = muchas veces (4) CS = casi siempre (5).</p>

VARIABLES DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
FUNCIÓN COGNITIVA	es la función cognitiva de los adultos mayores que tiene la capacidad de realizar funciones intelectuales como pensar, orientarse, recordar, percibir, comunicar, calcular, entender y resolver problemas de forma que pueda desarrollar el normal desempeño social de los individuos.	<p>Normalidad: 30 – 35 puntos</p> <p>Borderline: 25 – 29 puntos.</p> <p>Deterioro leve: 20 – 24 puntos.</p> <p>Deterioro moderado: 15 – 19 puntos.</p> <p>Deterior severo: menor o igual a 14 puntos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Es cuando el adulto mayor no presenta ningún deterioro cognitivo. • Es parte de la escala que orienta al investigador a discriminar a la persona a estar en un límite entre lo normal y el estado de deterioro. • Es cuando el adulto mayor presenta alguna dificultad en la realización de las actividades diarias. • Es cuando el adulto mayor presenta parcialmente alguna dificultad para desarrollar sus actividades de la vida diaria. • Es cuando el adulto mayor presenta total dificultad para desarrollar sus actividades de la vida diaria. 	ORDINAL	Cuestionario de Mini Examen cognoscitivo (M.E.C.), consta de 35 item, con una medición de 1 punto cada respuesta.

Función Cognitiva del Adulto Mayor del Sector Educación: Variables Asociadas Iquitos – 2016

ANEXO N° 03
CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE EN LA INVESTIGACIÓN

CODIGO.....

PROPOSITO:

La investigación es para obtener el grado de doctor, está dirigido por la Mgr. Elba FLORES TORRES, me encuentro desarrollando un estudio de investigación en adultos mayores, y se llevara en la asociación regional de cesantes y jubilados de educación de Loreto (ARCIJEL).

La presente investigación tiene como objetivo determinar las variables asociadas con la función cognitiva del adulto mayor de la ARCIJEL, es decir comprobar cuál de estas variables son los que perjudican al adulto mayor en vida diaria y analizar cómo se encuentra la función cognitiva.

ELECCION DE PARTICIPAR EN EL ESTUDIO:

La participación en el presente estudio es VOLUNTARIA. Usted libremente puede consentir de ingresar o no ingresar al estudio y ello no afectará en absoluto el trato y la participación en la ARCIJEL. Le informamos además que si ingresa al estudio toda información será manejado con CONFIDNCIALIDAD y custodiada por la investigadora. Por último, usted podrá realizar todas las preguntas que crea necesaria y puede retirarse del estudio en el momento que estime conveniente o considere que se sienta afectada en su persona.

CONTACTO CON LA INVESTIGADORA:

si usted considera que el haber contribuido en la investigación le ha causado inquietud o daño alguno, le rogamos contacte con Elba Flores Torres al teléfono 252619.

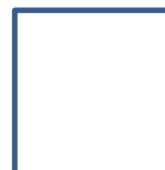
FIRMA DEL PARTICIPANTE.

He leído la información, he tenido la oportunidad de hacer preguntas y todas han sido contestadas satisfactoriamente. Firmo este formato porque estoy de acuerdo en participar forma voluntaria en la investigación.

Nombre:.....

Firma

Huella digital



Muchas Gracias.

Función Cognitiva del Adulto Mayor del Sector Educación: Variables Asociadas Iquitos – 2016

ANEXO N° 04

PRESENTACION:

Estimado (a) señor (a) me dirijo a usted con un cordial saludo, soy enfermera egresada de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Mi nombre es: Elba Flores Torres, estoy realizando un estudio de investigación titulada, *función cognitiva del adulto mayor del sector educación: variables asociadas Iquitos – 2016*.

La presente encuesta es de carácter confidencial y anónimo. Tiene como propósito fundamental obtener información acerca de algunos datos suyos, que puedan estar presente en su vida, Para la cual necesitamos su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas que son muy valiosas para el éxito de la investigación.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

DATOS LLENADOS POR EL INVESTIGADOR:

FECHA:

HORA DE INICIO: **HORA DE TÉRMINO:**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

Función Cognitiva del Adulto Mayor del Sector Educación: Variables Asociadas Iquitos – 2016

Cuestionario para Caracterizar a los Adultos Mayores de la ARCIJEL

CODIGO:

I. INSTRUCTIVO:

Por favor señor (a), marcar con una X la respuesta que usted considere adecuada para su situación actual. Se le recuerda que no hay respuestas buenas o malas todas son valiosas para la investigación.

A Continuación, se le Formulara las Siguietes Preguntas:

1. ¿Cuántos años tiene usted?:.....

CODIGO

- | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|--------|
| d) Adulto mayor joven de 60 a 70 años | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| e) Adulto mayo intermedio de 71 a 80 | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |
| f) Adulto mayor senil de 81 a más | <input type="checkbox"/> | c) = 3 |

2. ¿Qué sexo tiene usted?

- | | | |
|--------------|--------------------------|--------|
| a) Masculino | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| b) Femenino | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |

3. ¿Hasta qué grado estudio usted?.....

- | | | |
|------------------|--------------------------|--------|
| a) Sin estudio | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| b) Primaria | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |
| c) Secundaria | <input type="checkbox"/> | c) = 3 |
| d) Técnica | <input type="checkbox"/> | d) = 4 |
| e) Universitaria | <input type="checkbox"/> | e) = 5 |

4. ¿Cuál es su estado civil?

- | | | |
|---------------|--------------------------|--------|
| c) Con pareja | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| d) Sin pareja | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |

5. ¿Con quién vive usted?

- | | | |
|-----------------------|--------------------------|--------|
| c) Con acompañamiento | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| d) Sin acompañamiento | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |

6. ¿Qué tipo de seguro de salud tiene usted?

- | | | |
|-------------|--------------------------|--------|
| d) SIS | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| e) ESSALUD | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |
| f) No tiene | <input type="checkbox"/> | c) = 3 |

7. ¿Cuál es su situación económica?

- c) Pensionado a) = 1
d) No pensionado b) = 2

8. Dependencia económica

- e) Hijos a) = 1
f) Pareja b) = 2
g) Otros familiares c) = 3
h) Es pensionista d) = 4

9. Tenencia de la vivienda

- c) Vivienda propia a) = 1
d) Vivienda alquilada b) = 2
e) Agregada c) = 3

10. ¿Lugar de residencia?

- a) Área urbana a) = 1
b) Área rural b) = 2
c) Área periurbana c) = 3

II. ESCALA DE SALUD AUTO PERCIBIDA DE VILLALBA	Buena	Regular	Mala
¿Cómo siente su estado de salud en general?	2	1	0
¿En comparación con personas de su edad?	2	1	0
¿Si la compara con su estado hace un año?	2	1	0

Evaluación:

- Buena : 2 Puntos a) = 2
- Regular : 1 Puntos b) = 1
- Mala : 0 Puntos c) = 0

Observaciones: _____

Función Cognitiva del Adulto Mayor del Sector Educación: Variables Asociadas Iquitos – 2016

ANEXO N° 05

PRESENTACION:

Estimado (a) señor (a) me dirijo a usted con un cordial saludo, soy enfermera egresada de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Mi nombre es: Elba Flores Torres, estoy realizando un estudio de investigación titulada, *función cognitiva del adulto mayor del sector educación: variables asociadas Iquitos – 2016*.

La presente encuesta es de carácter confidencial y anónimo. Tiene como propósito fundamental obtener información acerca de algunos datos suyos, que puedan estar presente en su vida, Para la cual necesitamos su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas que son muy valiosas para el éxito de la investigación.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

DATOS LLENADOS POR EL INVESTIGADOR:

FECHA:

HORA DE INICIO: **HORA DE TÉRMINO:**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

ESCALA DE APOYO FAMILIA

III. INSTRUCCIONES:

Responda con sinceridad a las siguientes aseveraciones, marcando con un aspa (X), la alternativa que usted considere conveniente.

El instrumento consta de 10 ítems y parámetros de medición:

Nunca = (1)

A veces = (2)

Siempre = (3)

SITUACIONES	Siempre	A veces	Nunca
	3	2	1
APOYO EFECTIVO			
1. Recibe caricias, besos, abrazos o palabras cariñosas por parte de sus familiares.			
2. Sus familiares le escuchan cuando usted tiene algún problema, preocupación o necesita algo.			
3. Se siente comprendido (a) por sus familiares.			
4. Considera que entre usted y sus familiares existe la confianza suficiente como para guardar un secreto.			
APOYO A LA ESTIMA			
1. Recibe respeto y consideración de parte de sus familiares.			
2. Cuando hay que tomar decisiones importantes las toman juntos o lo toma usted solo(a).			
3. Considera que sus familiares están orgullosos de usted.			
APOYO INSTRUMENTAL			
1. Sus familiares le dan o facilitan información, noticias, consejos u orientación que usted le interesa.			
2. Recibe de sus familiares algún apoyo económico, medicamentos, ropa, alimentos, vivienda, otros.			
3. Recibe apoyo o compañía de sus familiares en todo momento (sano o enfermo).			
TOTAL			

Evaluación:

Bajo Grado de Apoyo Familiar: de 10 a 19 puntos.

Moderado Grado de Apoyo Familiar: de 20 a 25 puntos.

Alto Grado de Apoyo Familiar: de 26 a 30 puntos.

Muchas Gracias Por Su Participación

Función Cognitiva del Adulto Mayor del Sector Educación: Variables Asociadas Iquitos – 2016

ANEXO N° 06

PRESENTACION:

Estimado (a) señor (a) me dirijo a usted con un cordial saludo, soy enfermera egresada de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Mi nombre es: Elba Flores Torres, estoy realizando un estudio de investigación titulada, *función cognitiva del adulto mayor del sector educación: variables asociadas Iquitos – 2016*.

La presente encuesta es de carácter confidencial y anónimo. Tiene como propósito fundamental obtener información acerca de algunos datos suyos, que puedan estar presente en su vida, Para la cual necesitamos su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas que son muy valiosas para el éxito de la investigación.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

DATOS LLENADOS POR EL INVESTIGADOR:

FECHA:

HORA DE INICIO: **HORA DE TÉRMINO:**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

TEST DE PERCEPCION DEL FUNCIONAMIENTO FAMILIAR

IV. INSTRUCCIONES:

Responda con sinceridad a las siguientes aseveraciones, marcando con un aspa (X), la alternativa que usted considere conveniente.

El instrumento consta de 14 ítems y parámetros de medición:

CN = Casi nunca (1) PV = Pocas veces (2) AV = A veces (3),
 MV = Muchas veces (4) CS = Casi siempre (5)

CONTENIDO:

Nº	ITEMS	CN	PV	AV	MV	CS
		(1)	(2)	(3)	(4)	(5)
1	Se toman decisiones en conjunto para cosas importantes de la familia.					
2	En mi casa predomina la armonía.					
3	En mi familia cada uno cumple con sus responsabilidades.					
4	Las manifestaciones de cariño forman parte de la vida cotidiana.					
5	En mi familia cuando discutimos lo hacemos sin la presencia de los niños.					
6	Podemos aceptar, los defectos de los demás y sobrellevarlos.					
7	Tomamos en consideración las experiencias de otras familias ante situaciones diferentes.					
8	Cuando alguien de la familia tiene un problema los demás ayudan.					
9	Se distribuye las tareas de forma que nadie este sobrecargado.					
10	Las costumbres familiares pueden modificarse ante determinadas situaciones.					
11	Podemos conversar diversos temas sin temor.					
12	Ante una situación familiar difícil somos capaces de buscar ayuda en otras personas.					
13	Los intereses y necesidades de cada cual son respetadas por el núcleo familiar.					
14	Nos demostramos el cariño que tenemos.					

Evaluación:

Familia funcional: de 43 a 70 puntos.

Familia Disfuncional: de 14 a 42 puntos.

Muchas Gracias Por Su Participación

Función Cognitiva del Adulto Mayor del Sector Educación: Variables Asociadas Iquitos – 2016

ANEXO N° 07

PRESENTACION:

Estimado (a) señor (a) me dirijo a usted con un cordial saludo, soy enfermera egresada de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Mi nombre es: Elba Flores Torres, estoy realizando un estudio de investigación titulada, *función cognitiva del adulto mayor del sector educación: variables asociadas Iquitos – 2016*.

La presente encuesta es de carácter confidencial y anónimo. Tiene como propósito fundamental obtener información acerca de algunos datos suyos, que puedan estar presente en su vida, Para la cual necesitamos su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas que son muy valiosas para el éxito de la investigación.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION

DATOS LLENADOS POR EL INVESTIGADOR:

FECHA:

HORA DE INICIO: **HORA DE TÉRMINO:**

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:

CUESTIONARIO DEL MINI EXAMEN COGNITIVO DE LOBO

V. INSTRUCCIONES:

Por favor señor (a), responda con sinceridad o como lo considere conveniente a cada una de las preguntas que a continuación se le formula:

ORIENTACIÓN:

PUNTOS

Dígame el:

MEC.O.1 Día de la semana _____	(0)	(1)
MEC.O.2 Fecha de hoy _____	(0)	(1)
MEC.O.3 Mes en que estamos _____	(0)	(1)
MEC.O.4 Estación del año _____	(0)	(1)
MEC.O.5 Año en que estamos _____	(0)	(1)
MEC.O.6 Lugar en el que estamos _____	(0)	(1)
MEC.O.7 Planta o piso en el que estamos _____	(0)	(1)
MEC.O.8 Ciudad en la que estamos _____	(0)	(1)
MEC.O.9 En qué provincia estamos _____	(0)	(1)
MEC.O.10 Nación / país en el que estamos _____	(0)	(1)

FIJACIÓN:

MEC.F.11 Repita estas 3 palabras: peseta: (0) (1); caballo: (0) (1); manzana: (0) (1)

CONCENTRACIÓN Y CALCULO:

MEC.C.12 Si tiene 30 pts. y me va dando de 3 en 3

¿Cuántas le van quedando? 5 Operaciones _____

1.	30 – 3 = 27 _____	(0)	(1)
2.	27 – 3 = 24 _____	(0)	(1)
3.	24 – 3 = 21 _____	(0)	(1)
4.	21 – 3 = 19 _____	(0)	(1)
5.	19 – 3 = 16 _____	(0)	(1)

MEC.C.13 Repita los números 5-9-2 (hasta que los aprenda). Ahora hacia atrás

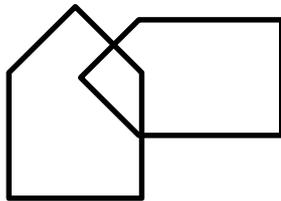
1 – 2	_____	(0)	(1)
2 – 9	_____	(0)	(1)
3 – 5	_____	(0)	(1)

MEMORIA:

MEC.M.14 Repita las 3 palabras que le he dicho antes_____		
Peseta _____	(0)	(1)
Caballo _____	(0)	(1)
Manzana _____	(0)	(1)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

MEC.L.15 (Mostrar un bolígrafo), ¿Qué es esto?_____	(0)	(1)
MEC.L.16 (Mostrar un reloj), ¿Qué es esto?_____	(0)	(1)
MEC.L.17 Repita esta frase: “En un trigal había cinco perros”_____	(0)	(1)
MEC.L.18 Una manzana y una pera son frutas, ¿Qué son rojo y verde?_____	(0)	(1)
MEC.L.19 ¿Qué son perro y gato?_____	(0)	(1)
MEC.L.20 (Darle un papel e indicar), Coja este papel con la mano derecha	(0)	(1)
MEC.L.21 Dóblelo por la mitad -----	(0)	(1)
MEC.L.22 Póngalo en el suelo (o sobre la mesa)	(0)	(1)
MEC.L.23 Lea esto y haga lo que dice CIERRE LOS OJOS	(0)	(1)
MEC.L.24 Escriba una frase_____	(0)	(1)
MEC.L.25 Copie este dibujo_____	(0)	(1)



EVALUACIÓN:

- Normalidad = 30 a 35 puntos
- Borderline = 25 a 29 puntos
- Deterioro leve = 20 a 24 puntos
- Deterioro moderado = 15 a 19 puntos
- Deterioro severo = menor o igual a 14 puntos.

*Muchas Gracias
Por su Participación*

ANEXO 08

Estadística Descriptiva y Comparación de las Dimensiones del Meni Mental, Según Sexo de los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos -2016

Dimensiones del Mini Examen	Masculino				Femenino			
	M	IC	DS	Med	M	IC	DS	Med
Orientación	8.43	8.20-8.67	1.305	9.0	8.41	8.11-8.71	1.512	8.50
Fijación	2.60	2.48-2.72	0.651	3.0	2.48	2.32-2.64	0.815	3.0
Concentración y calculo	5.98	5.71-6.26	1.516	6.0	5.36	5.00-5.70	1.688	6.0
Memoria	1.39	1.22-1.55	0.913	1.50	1.34	1.16-1.51	0.873	1.0
Lenguaje y construcción	9.61	9.39-9.84	1.229	10.0	9.28	8.97-9.58	1.504	10.0

Fuente: E.Flores.

En la tabla 2 se presenta la estadística descriptiva de los valores de la Función Cognitiva medido a través del Cuestionario Mini Examen Cognitivo de Lobo, en los Adultos Mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto. Los hallazgos demostraron que en la Dimensión de Orientación la puntuación promedio entre masculino y femenino fue similar (8.43 +/- 1.3 y 8.41 +/-1.5 puntos comparativamente).

En relación a la Dimensión Fijación fueron del sexo masculino que alcanzaron mayor puntuación en el promedio que los del sexo femenino (2.60 +/- 0.65 y 2.48 +/- 0.81 puntos respectivamente). Similar situación se encontró en la Dimensión Concentración y Calculo, los del sexo masculino obtuvieron puntuación promedio ligeramente superior que del sexo femenino (5.98 +/- 1.51 y 5.36 +/- 1.68 puntos respectivamente). Con respecto a la Dimensión de Memoria se observó que las puntuaciones entre masculino y femenino fueron similares (1.39 +/- 0.91 y 1.34 +/- 0.87 puntos comparativamente). Por último, en la Dimensión de Lenguaje y Construcción se encontró que los del sexo masculino alcanzaron mayor puntuación en el promedio, que los del sexo femenino (9.61 +/- 1.22 y 9.28 +/- 1.50 puntos respectivamente).

ANEXO 09

Estadística descriptiva de las dimensiones del Apoyo Familiar de los adultos mayores de la Asociación Regional de Cesantes y Jubilados de Educación de Loreto – Iquitos 2016.

	Apoyo Familiar	Apoyo Afectivo	Apoyo A la Estima	Apoyo Instrumental
Media	24.17	9.73	7.37	7.07
Error típico de la media	0.029	0.115	0.081	0.095
Mediana	24.50	10.00	8.00	7.00
Varianza	9.645	2.909	1.440	1.982
Desviación típica	3.105	1.706	1.200	1.408
Mínimo	14	4	4	4
Máximo	30	12	9	9
25-percentil	22	8	7	6
75- percentil	26	11	8	8

Fuente: E.Flores.

El resultado de la tabla 9 nos demuestra, el índice global del Apoyo Familiar se obtuvo del valor de los ítems de la escala, obteniendo una mediana de 24.17 puntos, siendo el valor mínimo de 14 puntos y el valor máximo de 30 puntos, de los adultos mayores evaluados. Según el percentil 75, la puntuación promedio del 75% de adultos mayores evaluados es de 26 puntos.

En cuanto a la dimensión de Apoyo Afectivo, se evidencia una media de 9.73 puntos. Se observa medias similares en la dimensión de Apoyo a la Estima y Apoyo Instrumental de 7.37 y 7.07 puntos respectivamente. Al observar los resultados según el percentil 75, las puntuaciones promedio de la dimensión Apoyo Afectivo al 75% son de 11 puntos mientras que las dimensiones de Apoyo a la Estima y Apoyo Instrumental al 75% se tiene un promedio de 8% para cada uno de las dimensiones.