



FACULTAD DE ENFERMERÍA

TESIS

**FACTORES PREDICTORES Y LA FUNCIÓN COGNITIVA DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA – 2018**

**PARA OPTAR EL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA (O) EN
ENFERMERIA**

AUTORES

Bach. Enf. Flores Saavedra Andrea Cecilia

Bach. Enf. Papa Tote Nestor

Bach. Enf. Pinedo Ayllón Priscila Suylan

ASESORES

Lic. Enf. Elba Flores Torres. Dra.

Ing. Saúl Flores Nunta Mgr.

IQUITOS – PERÚ

2018

**FACTORES PREDICTORES Y LA FUNCIÓN COGNITIVA DEL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA – 2018**

Presentado por: Bach. Enf. FLORES SAAVEDRA, Andrea Cecilia.

Bach. Enf. PAPA TOTE, Nestor

Bach. Enf. PINEDO AYLLON, Priscila Suylan.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo determinar los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) relacionados a la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018. Se empleó el diseño no experimental, de tipo transversal: descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 60 Adultos Mayores. Las técnicas empleadas fueron la entrevista y visita domiciliaria. Los instrumentos aplicados fueron el cuestionario de caracterización de la muestra con una validez de 86.23%. La escala de Miniexamen cognitivo (MEC) de lobo confiabilidad de 0.86% de coeficiente de correlación. Con sensibilidad de 89.6% y especificidad de 75.1% en su constructo. Los datos se analizaron a través, del paquete SPSS versión 22.0, cuyos resultados fueron: 45.0% son adultos intermedios con una media de edad de 72.5 años, predominó el sexo femenino con el 93.3%, nivel de instrucción primaria presenta el 63.3%, estado civil 41.7% son casados. Con respecto a la persona de convivencia el 41.6% conviven con sus hijos o hijas. En cuanto al seguro de salud, el 96.7% cuentan con seguro. El 60.0% no reciben apoyo económico. El 96.7% viven en zona urbana. El 16.7% presentan diabetes mellitus, y el 63.3% presentan HTA. Los adultos mayores que presentan función cognitiva borderline es del 35.0% y el 6.7% tienen deterioro leve. Al relacionar los factores predictores y la función cognitiva tenemos, los factores que mejor predicen la función cognitiva son: edad ($p = 0.009$), sexo ($p = 0.010$), grado de instrucción ($p = 0.012$) y seguro de salud ($p = 0.006$), según los resultados de la correlación bivariada y la regresión logística ordinal.

Palabras claves: adulto mayor, función cognitiva, factores predictores.

**PREDICTIVE FACTORS AND THE COGNITIVE FUNCTION OF THE
ADULT MAJOR OF THE ADULT CENTER OF THE REGIONAL
HOSPITAL OF LORETO, PUNCHANA – 2018**

Presented by: **Bach. Enf. FLORES SAAVEDRA, Andrea Cecilia.**
 Bach. Enf. PAPA TOTE, Nestor
 Bach. Enf. PINEDO AYLLON, Priscila Suylan.

ABSTRACT

The objective of the present investigation was to determine the predictive factors (age, sex, level of education, marital status, cohabitation person, health insurance, economic situation, origin, presence of diabetes, presence of hypertension) related to the cognitive function of the adult. of the Elderly Center of the Regional Hospital of Loreto, Punchana - 2018. The non-experimental design was used, cross-sectional type: descriptive correlational. The sample consisted of 60 Older Adults. The techniques used were the interview and home visit. The applied instruments were the questionnaire of characterization of the sample with a validity of 86.23%. The Miniexamen cognitive scale (MEC) of wolf reliability of 0.86% correlation coefficient. With sensitivity of 89.6% and specificity of 75.1% in its construct. The data were analyzed through the SPSS package version 22.0, whose results were: 45.0% are intermediate adults with an average age of 72.5 years, female sex predominated with 93.3%, primary education level presents 63.3%, state civil 41.7% are married. With regard to the person living together, 41.6% live with their children. Regarding health insurance, 96.7% have insurance. 60.0% do not receive financial support. 96.7% live in urban areas. 16.7% have diabetes mellitus, and 63.3% have hypertension. Older adults with borderline cognitive function are 35.0% and 6.7% have mild deterioration. When we relate the predictive factors and the cognitive function we have, the factors that best predict the cognitive function are: age ($p = 0.009$), sex ($p = 0.010$), educational level ($p = 0.012$) and health insurance ($p = 0.006$), according to the results of the bivariate correlation and the ordinal logistic regression.

Keywords: older adult, cognitive function, predictive factors.



UNAP

Facultad de Enfermería

ACTA DE SUSTENTACIÓN

En Iquitos, a los 12 días del mes de abril del 2018, el Jurado Calificador integrado por los profesionales que, a continuación, se indican:

- Dra. Rosario del Pilar BARDALES AREVALO - Presidenta
- Mgr. Zulema ORBE GAVIOLA - Miembro
- Dra. Elba FLORES TORRES - Miembro

Se constituyeron en el Auditorio de la Facultad de Enfermería, para escuchar la sustentación pública de la Tesis Titulada:

“FACTORES PREDICTORES Y LA FUNCIÓN CONGNITIVA DEL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA - 2018”

Presentado por las (los) Bachilleres:
FLORES SAAVEDRA Andrea Cecilia
PAPA TOTE Néstor
PINEDO AYLLON Priscila Suylan

Para optar el Título Profesional de LICENCIADA (O) EN ENFERMERÍA, que otorga la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA de acuerdo a la Ley y Estatutos, en la modalidad de TESIS.

Se dio inicio el Acto a las: 5:00 p.m.

Después de haber escuchado con mucha atención la Sustentación y formuladas las preguntas necesarias, las que fueron absueltas: con satisfacción

El Jurado, luego de las deliberaciones correspondientes en privado, llegó a las conclusiones siguientes:

La Sustentación de la TESIS ha sido: aprobada
por unanimidad

Sugerencias:
..... Ninguna

Siendo las 6:30 p.m. se dio por terminado el Acto con felicidades (los) (las) sustentante (s).

Observaciones: Ninguna

.....
Dra. Rosario del Pilar BARDALES AREVALO
Presidenta

.....
Mgr. Zulema ORBE GAVIOLA
Miembro

.....
Dra. Elba FLORES TORRES
Miembro



ACTA DE JUSTIFICACIÓN

En virtud de la Ley N° 12 511 del mes de abril del 2018, el Jefe de la Unidad Ejecutiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, que a continuación se indica:

Dr. Roberto del Pilar Barba del Arévalo - Presidente
Mg. Emma Orellana Caviglia - Miembro
Dr. Luis Flores Torres - Miembro

Se convocó a la Junta de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, para el día 12 de mayo del 2018, a las 10:00 horas, en la sede de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El orden del día de la reunión fue el siguiente: 1. Informe de la Comisión de la Facultad de Enfermería sobre el desarrollo de la actividad académica en el periodo de mayo del 2018. 2. Informe de la Comisión de la Facultad de Enfermería sobre el desarrollo de la actividad académica en el periodo de mayo del 2018.


Mgr. Josefina Cardenas Urbina
Secretaría Académica

El Jefe de la Unidad Ejecutiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en virtud de la Ley N° 12 511 del mes de abril del 2018, que a continuación se indica:

Dr. Roberto del Pilar Barba del Arévalo - Presidente
Mg. Emma Orellana Caviglia - Miembro
Dr. Luis Flores Torres - Miembro

Se convocó a la Junta de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, para el día 12 de mayo del 2018, a las 10:00 horas, en la sede de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El orden del día de la reunión fue el siguiente: 1. Informe de la Comisión de la Facultad de Enfermería sobre el desarrollo de la actividad académica en el periodo de mayo del 2018. 2. Informe de la Comisión de la Facultad de Enfermería sobre el desarrollo de la actividad académica en el periodo de mayo del 2018.

El Jefe de la Unidad Ejecutiva de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, en virtud de la Ley N° 12 511 del mes de abril del 2018, que a continuación se indica:

Dr. Roberto del Pilar Barba del Arévalo - Presidente
Mg. Emma Orellana Caviglia - Miembro
Dr. Luis Flores Torres - Miembro

Se convocó a la Junta de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, para el día 12 de mayo del 2018, a las 10:00 horas, en la sede de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana.

El orden del día de la reunión fue el siguiente: 1. Informe de la Comisión de la Facultad de Enfermería sobre el desarrollo de la actividad académica en el periodo de mayo del 2018. 2. Informe de la Comisión de la Facultad de Enfermería sobre el desarrollo de la actividad académica en el periodo de mayo del 2018.


Dr. Roberto del Pilar Barba del Arévalo
Presidente


Mg. Emma Orellana Caviglia
Miembro


Dr. Luis Flores Torres
Miembro

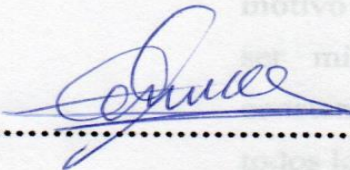
**TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EN LA
FACULTAD DE ENFERMERÍA EN LA FECHA 12 DE ABRIL DEL
2018**

POR EL JURADO CALIFICADOR:



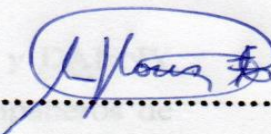
Lic. Enf. Rosario del pilar Bardales Arévalo, Dra.

Presidenta



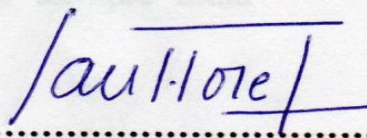
Lic. Enf. Zulema Orbe Gaviola, Mgr.

Miembro



Lic. Enf. Elba Flores Torres, Dra.

Asesora



Lic. Est. Saúl Flores Nunta, Mgr.

Asesor estadístico

DEDICATORIA

A Dios, por darme vida y salud, por guiar mis pasos y ser mí soporte todos los días de mi vida, porque los caminos de Dios son bonitos, buenos y perfectos.

A mis padres BETHY y GUMERCINDO, por su cariño, apoyo, dedicación, por ser el motor y motivo para luchar y salir adelante. Por ser mi ejemplo de vida y lucha constante, por su apoyo y motivación todos los días de mi vida.

A mis hermanos LUIGI y DANNY por ser mis grandes compañeros de vida, a toda mi familia por todo lo que hacen por mí y a esos amigos incondicionales que siempre están ahí.

ANDREA CECILIA

DEDICATORIA

A DIOS por darme la vida y salud para seguir adelante y poder cumplir mis metas.

A mi Mamá RUFINDA por sus palabras de aliento que cada día me llenaban de fuerzas. A mí amado padre GABRIEL por su motivación, fortaleza y alegría para continuar esforzándome y poder cumplir los objetivos que se trazaron

A mi familia y amigos que son todo para mí, gracias por apoyarme y darme la confianza en todas las decisiones que he ido tomando en este largo camino de mi formación profesional.

NESTOR

DEDICATORIA

A DIOS por darme la vida, fuerzas para vencer los obstáculos y dificultades en el trayecto de mi vida.

A mi querida madre NANCY y ahora mi ángel que guía cada paso, Y a mi querido padre JUAN CARLOS por brindarme todo el apoyo y cariño incondicional, por darme la oportunidad de hacer que este sueño sea realidad.

A mis hermanos SALESKY, CAROLINA, ALEJANDRO, MARÍA JOSÉ, por alegrar mis días y seguir motivándome para seguir y no rendirme nunca LOS AMO.

PRISCILA SUYLAN

RECONOCIMIENTO

- Expresamos nuestro sincero reconocimiento a las personas que contribuyeron con la realización del presente trabajo.
- Al Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, que a través de la Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen que nos brindó todas las facilidades para realizar nuestra tesis.
- A cada uno de los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, por su acogida y participación activa durante la ejecución de la tesis.
- A la asesora de la tesis Lic. Enf. Elba Flores Torres Dra. por brindarnos su tiempo y conocimientos en todo momento, y ser guía durante nuestra formación profesional.
- Nos complace expresar nuestro sincero agradecimiento, a nuestro jurado calificador Lic. Enf. Rosario del pilar Bardales Arévalo Dra. Y Lic. Enf. Zulema Orbe Gaviola Mgr.
- A cada uno de nuestros docentes por sus enseñanzas, paciencia, cariño y dedicación durante estos años de estudios.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
CAPITULO I	
1. Introducción	
2. Problema de investigación	04
3. Objetivos	05
3.1. Objetivo General	05
3.2. Objetivos Específicos	05
CAPITULO II	
1. Marco teórico	
1.1. Antecedentes	06
1.2. Bases teóricas	13
1.2.1. Factores predictores	13
1.2.2. Función cognitiva	20
2. Definiciones operacionales	23
3. Hipótesis	27
CAPITULO III	
1. Metodología	
1.1. Método y diseño de la investigación	28
2. Población y muestra	29
2.1. Población	29
2.2. Muestra	29
3. Técnicas e instrumentos	30
3.1. Técnicas	30
3.2. Instrumentos	30
3.3. Validez y confiabilidad de los instrumentos	30
4. Procedimiento de recolección de datos.	32
5. Análisis de datos	33
6. Limitaciones	33
7. Protección de los derechos humanos	34
CAPITULO IV	
1. Resultados	36
2. Discusión	47
3. Conclusiones	54
4. Recomendaciones	55
5. Referencias bibliográficas	56
6. Anexos	61

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
1. Tabla N°01: Factores Predictores de los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.	36
2. Tabla N°02: Análisis de Correlación de los Factores Predictores y la Función Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.	40
3. Tabla N°03: Determinación de la significancia de los Factores Predictores y la Función Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.	42
4. Tabla N°04: Variables Predictores y la Función Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.	43

INDICE DE GRAFICO

	Pág.
1. Distribución de la Función Cognitiva de los Adultos Mayores del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.	39

CAPITULO I

1. INTRODUCCION

A nivel mundial, la valoración del Deterioro Cognitivo Leve 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 (23% EA), por lo que es probable que con la progresiva mayor supervivencia de la población geriátrica la proporción de afectados con DCL se incremente. ⁽¹⁾ 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. ⁽²⁾

Seguidamente la Organización Panamericana de la Salud 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 ⁽³⁾. En América Latina son escasos. 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. ⁽¹⁾

Es por ello que 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. ⁽³⁾ El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú 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. ⁽⁴⁾ Así mismo el departamento de Loreto cuenta con una población de 1, 039,372 habitantes, donde el 6.7% representa la población adulta mayor (69,375). Personas adultas mayores por sexo, 2015 son, hombres 37223 (54%) y mujeres 32152 (46%). ⁽⁵⁾

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. Razón por la cual el presente estudio tiene como finalidad dar respuesta a la interrogante, ¿Cuáles son los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA), y la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana - 2018?

Razón por la cual este estudio de investigación contribuirá con el conocimiento respecto a la realidad de la función cognitiva del adulto mayor de nuestra región, para que los estudiantes de la Facultad de Enfermería tengan como base realizar otras investigaciones y así tener datos actuales de la función cognitiva del adulto mayor. También aportar información que se constituya en la base científica para que los responsables de los establecimientos de salud realicen el fortalecimiento de las actividades preventivo promocionales y de la salud en general que trabajan con adultos mayores aparentemente sanos así establecer acciones de salud encaminadas a controlar el deterioro cognitivo en nuestra población de adultos mayores.

2. PROBLEMA DE INVESTIGACION

¿Cuáles son los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) relacionado con la función cognitiva del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana -2018?

3. OBJETIVOS

3.1. OBJETIVO GENERAL:

Determinar los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) relacionado a la función cognitiva del adulto mayor del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.

3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

1. Identificar los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) de los adultos mayores del centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.
2. Evaluar la función cognitiva de los adultos mayores del Centro del Adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana - 2018.
3. Establecer los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) relacionados con la función cognitiva de los adultos mayores del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana - 2018.

CAPITULO II

1. MARCO TEORICO:

1.1. ANTECEDENTES

Villarreal G. (Colombia 2012), en un estudio realizado para determinar las condiciones socio familiares, asistenciales, funcionales y factores asociados en adultos mayores de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Sucre, Colombia). Con una muestra de 275 adultos mayores de 65 años. Se emplearon la Escala de Valoración Sociofamiliar 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 es 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 problema social, siendo más representativo en las mujeres ($p < 0,05$). La valoración funcional se deterioró con la edad ($p < 0,05$).⁽⁶⁾

López A. (España 2013), en un estudio sobre 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, con edad media de 72.53; el 47.5% eran hombres y 52.5% fueron mujeres. 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 $p=0,010$.⁽⁷⁾

De Juanas A. (España 2013). Realizo un estudio con el Objetivo de promocionar un adecuado envejecimiento activo y saludable. Con una muestra de 328 participantes de la Comunidad de Madrid, 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: Autoaceptación, 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 Autoaceptación y Propósito de vida que aquellos que lo consideran bueno o muy bueno. Asimismo, aquellos que durante su tiempo libre realizan el ejercicio físico que desean obtienen puntuaciones altas en la escala de Autoaceptación. En este sentido, los que realizan ejercicio regularmente obtienen puntuaciones más altas en Autoaceptación y Dominio del entorno. ⁽⁸⁾

Gonzales F. (España 2013). El objetivo del presente estudio es el de conocer 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 el 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. ⁽⁹⁾

Durán T. (México 2013). Estudio realizado con el objetivo de Identificar la asociación existente 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 ($r_s=-0.242$; $p=0.000$). ⁽¹⁰⁾

Salinas R. (México 2013). Estudio realizado con el objetivo de evaluar la asociación de DM2 con incidencia de deterioro cognitivo leve (DCL) o demencia en un estudio de seguimiento en adultos mayores mexicanos. La muestra total fue de 1,194 sujetos mayores de 65 años. 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). Mientras que el 24.8% de la población total fue portadora de diabetes mellitus. ⁽¹¹⁾

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. ⁽¹²⁾

Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) (Perú 2014). Indican que en nuestro país hay 2'907.138 personas de 60 a más años. El 23,4% de ese total no está afiliado a ningún tipo de seguro de salud, según el informe técnico "Situación de la población adulta mayor, enero-marzo 2014", del mencionado organismo y que se terminó de tabular en junio pasado. Dicho informe revela que el 37,5% de las personas adultas mayores en el Perú está asegurado en EsSalud; que el 32%, está en el Sistema Integral de Salud (SIS), y que apenas el 7,1% corresponde a otro tipo de seguro, como el privado. ⁽¹³⁾

Sánchez J. (Ecuador 2013). Con el objetivo Determinar la prevalencia del deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del Instituto Ecuatoriano de Seguridad Social en el cantón Cuenca durante el año 2013. Se realizó estudio cuantitativo de tipo descriptivo de corte transversal, siendo la muestra total 715 jubilados (n=715 jubilados). Con Resultados DC es de 35.4%. Dentro de los factores asociados se encontró en edad el grupo etario de personas entre 60-74 años de edad 60,2% (112), y un valor de $p=0.000$ que nos indica que la relación entre las variables edad y deterioro cognitivo presenta una asociación estadísticamente significativa. Vivir en el área urbana ($p= 0.000$), del total de la muestra estudiada (690 adultos mayores) el 15.5% (107) indicó padecer de diabetes mellitus y el 50.7% (350) indica tener hipertensión arterial; el 49.3% (340) señala no tener esta patología. (14)

Hernández B. (Habana 2014). Con el Objetivo de Identificar la relación entre enfermedades no transmisibles y discapacidad en personas de 60 años y más de Ciudad de La Habana. Se utilizó la base de datos del estudio SABE (Salud, Bienestar y Envejecimiento). La muestra estuvo constituida por 1905 personas de 60 años y más, residentes en Ciudad de La Habana. Se realizó una regresión logística múltiple. El nivel de significación estadística fue del 0.05, calculándose los OR e IC a un 95%. Los resultados fueron que la prevalencia de enfermedades no transmisibles se incrementó con la edad y en las mujeres; uno de cada cinco ancianos tuvo dificultades para realizar las actividades básicas y algo más de uno cada cuatro para las instrumentales, aumentando la dificultad con la edad; el nivel socioeconómico no influyó en la discapacidad; un mayor número de enfermedades aumentó el riesgo de discapacitarse. (15)

Samper J. (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 %) y el número de mujeres 137 (76.54 %). 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). No hubo diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la edad, pero sí en cuanto a la media de años de escolaridad ($t(1, 148) = 7.720, p < .006$).⁽¹⁶⁾

Leiva A, Et Al (España 2014), en un estudio realizado con el objetivo de describir los factores que puedan asociarse con deterioro cognitivo en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas. Es un estudio transversal a 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.⁽¹⁷⁾

Mayordomo (España 2015) El diseño es transversal y de encuesta. Participaron un total de 264 adultos mayores de la ciudad de Valencia, España. Todos compartían la condición de jubilados mayores de 65 años y no institucionalizados. La media de edad fue de 74,1 (DT=6.8) con un rango entre 65-90; el 62.1% eran mujeres; 58.3% casados y un 23.7% viudos. Con respecto al nivel de estudios: un 21.2% no tenía estudios, un 50% tenían estudios primarios, un 15.2% tenía estudios secundarios y el 13.6% universitarios.⁽¹⁸⁾

Marines L. Et al. (Brasil 2015). Con el Objetivo de Evaluar la capacidad funcional y la función cognitiva de los ancianos residentes en el área urbana de una ciudad de Rio Grande do Sul/Brasil. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en 68 adultos mayores. Resultados: 64,9% eran mujeres. Había

edades comprendidas entre 60 y 70 años 43,8%, seguida de los que estaban entre 70 y 80 años de edad, 39,9% y 80 años o más 16,3%. 46,4% eran casados, 35,1% eran viudos y 11,7% divorciados, 6% solteros y 0,8% eran viudos con compañero, 88,3% de los encuestados eran retirados y 11,7 % no tenían jubilación. En lo referente a la educación 9,2% de las personas mayores no asistió a la escuela, 74,3% asistió a escuela primaria incompleta. 4,3% completa la escuela primaria, 3% tienen educación secundaria incompleta. 6,8% tiene la secundaria completa y 2,4% han completado la educación superior. ⁽¹⁹⁾

Arévalo L. (Perú 2015), con el objetivo de determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, 2015, en un estudio de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, los resultados fueron Se evaluaron 44 adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% son del sexo masculino, El 43.2% proceden de la zona urbana y el 38.6% de la zona rural y 18.6% de la zona Urbano marginal y el 63.6% tienen un nivel de instrucción primaria. ⁽²⁰⁾

Portillo P. (España 2015). Con el objetivo de analizar el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de la Parroquia Olegario Villalobos en Maracaibo, Venezuela. En 498 adultos mayores. Resultados: 65-74 años reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de 75 años en adelante. cuanto al género, el 77,7% son femenino ($p=0,0001$). 33,3% completó la primaria. 40,3 % estaban casado. 31% con deterioro cognitivo según la prueba CAMCOG-R, mientras que la prueba Minimental (MMSE) evidenció un 22% de adultos mayores con en este diagnóstico. ⁽¹⁾

Delgado A. (Perú 2017) Los resultados permiten concluir que existe una relación significativa y directa entre las funciones cognitivas y ejecutivas; además, el nivel de instrucción juega un papel importante en la conservación y/o deterioro de capacidades; en tanto que, el sexo fue indiferente respecto al funcionamiento ejecutivo. Así mismo, de acuerdo al lugar de procedencia (casa del adulto mayor), se pueden encontrar diferencias para ambas variables. ⁽²¹⁾

Rubín S. (Perú 2017). Con el objetivo de determinar la relación que existe entre los factores de riesgo asociados y el deterioro cognitivo del adulto mayor del Centro de Salud Aparicio Pomares, Huánuco. Estudio descriptivo relacional con 98 adultos mayores, Se empleó una encuesta sociodemográfica, y escala de Pfeiffer en la recolección de datos. En el análisis inferencial de los resultados se utilizó la Prueba Chi cuadrada. Los resultados fueron: edad que el 35,7% tuvieron edades entre 60 a 64 años y en menor porcentaje del 22,4% entre 65 a 69 años. En cuanto al género el 57,1% fueron de sexo masculino y el 42,9% del sexo femenino. En razón a los factores de riesgo patológicos, se encontró que el 48,0% tuvieron hipertensión arterial, el otro 15,3% tuvieron Diabetes Mellitus y el otro 36,7% no presentaron ninguna enfermedad. En relación al deterioro cognitivo, se encontró que el 44,9% presentan un deterioro cognitivo leve, sin embargo, el 30,6% presentan deterioro cognitivo moderado y el otro 24,5% presentan un deterioro cognitivo normal. ⁽²²⁾

1.2. BASES TEÓRICAS

1.2.1. FACTORES PREDICTORES

Los factores predictores, están formados por un conjunto de variables que, puestas en relación con los factores de riesgo, nos permiten identificar la predisposición que tiene un grupo de personas de experimentar un posible daño. Por tanto, la identificación de factores predictores supone la explicación de los factores que intervienen para generar daño. ⁽²³⁾

Para el siguiente trabajo de investigación están presentes los siguientes indicadores:

a. Edad

Mencionar a las personas adultas mayores es hacer referencia al envejecimiento natural e inevitable del ser humano, el cual es un proceso dinámico, progresivo e irreversible, en el que van a intervenir conjuntamente factores biológicos, psíquicos, sociales y ambientales. Estos al trabajar en conjunto podrán incrementar la esperanza y calidad de vida de la persona; la cual se podrá ir logrando en la medida que las enfermedades se puedan prevenir o controlar. La Organización Panamericana de la Salud considera como personas adultas mayores, a aquellas que tienen 60 años de edad a más, teniendo en cuenta la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento.

Según la OMS (Organización Mundial de la Salud) dice que 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. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta persona de la tercera edad. Las naciones unidas consideran anciano a toda persona mayor de 65 años para los países desarrollados y de 60 para los países en desarrollo. ⁽²⁴⁾

Portillo P. (Madrid 2015) se observan diferencias significativas ($p=0,0001$) entre los adultos mayores con y sin deterioro cognitivo en el grupo de edad de 65 a 69 años, quienes en un 25,5% no presentaron deterioro cognitivo en comparación con el 11,7% que si lo presentó. Asimismo, se presentó diferencia significativa en el grupo de edad de 70 a 74 años, observándose en este caso, que 44,8% no tuvieron deterioro cognitivo mientras que 22,1% si lo presentaron. En general, se aprecia que el deterioro cognitivo se incrementa con la edad, ya que, en el caso de los grupos de 75 a 79 años, así como de 80 y más se presentó con una mayor frecuencia 33,1%, en comparación con el resto de los grupos analizados.

(1)

b. Sexo

Si bien la mayoría de las personas nacen de sexo masculino o femenino (sexo biológico), se les enseñan los comportamientos apropiados para varones y mujeres (normas de género), en especial cómo deben interactuar con otros miembros del mismo sexo o del sexo opuesto en los hogares, las comunidades y los lugares de trabajo (relaciones entre los géneros), y qué funciones o responsabilidades deben asumir en la sociedad (roles de género). El género se refiere a las características de las mujeres y los hombres definidas por la sociedad, como las normas, los roles y las relaciones que existen entre ellos. Lo que se espera de uno y otro género varía de una cultura a otra y puede cambiar con el tiempo. ⁽²⁵⁾

Portillo P. (Madrid 2015) se observa 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 en mayor proporción (82,5%) deterioro cognitivo en comparación con los hombres, quienes lo presentaron en un 17,5%. ⁽¹⁾

c. Grado de Instrucción

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 primario, secundario, terciario y universitario del sistema educativo no reformado, como la categorización del sistema educativo reformado (ciclos de Educación General Básica y Polimodal).⁽²⁵⁾

Portillo P. (Madrid 2015) 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, existiendo una diferencia significativa con un valor de $p=0.0001$ entre los grupos comparados. 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%.⁽¹⁾

d. Estado Civil

Es el conjunto de cualidades o condiciones de una persona que producen consecuencias jurídicas y que 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 estados civiles: por el matrimonio, el estado de soltero, casado, viudo o divorciado; por la filiación, el de hijo o padre; por la nacionalidad, español, extranjero o apátrida; por la edad, mayor o menor de edad; por la capacidad, capaz o incapacitado, y también, según la vecindad civil, la del territorio correspondiente.⁽²⁶⁾

Una diferencia importante entre hombres y mujeres de 65 años y más es el 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. ⁽²⁷⁾.

Portillo P. (Madrid 2015). Muestran diferencias significativas entre los grupos con deterioro y sin deterioro cognitivo solteros, casados y viudos 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%.⁽¹⁾

e. Persona de convivencia.

La convivencia es la acción de convivir (vivir en compañía de otro u otros). En su definición 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 buenas relaciones 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.⁽²⁸⁾ En primer lugar, un 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 no 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. ⁽²⁷⁾

f. 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. ⁽²⁹⁾

Un seguro se adquiere a través de una Póliza de Seguro, que es el contrato donde se establecen los derechos y obligaciones entre los que compran el seguro (asegurados) y los que pagan por las pérdidas (aseguradores o compañías de seguros). ⁽³⁰⁾ Al igual que ocurre con el resto de la población del país, una alta proporción de personas adultas mayores 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. ⁽³⁰⁾ En el año 2012, del total de la población ocupada de 14 y más años de edad, el 58,4% (9 millones 70 mil 500 personas) tenía algún seguro de salud, Seguro Social de Salud (EsSalud), Seguro Integral de Salud (SIS) u Otro seguro (Seguro Privado de Salud, Entidad Prestadora de Salud, Seguro de las Fuerzas Armadas/ Policiales, Seguro universitario, Seguro Escolar Privado, Otros y los que cuentan con Seguro Social de Salud y Seguro Integral de Salud); mientras que el 41,6% (6 millones 471 mil) carecía de este beneficio. ⁽³¹⁾

El Instituto nacional de estadísticas e informática refiere que, según el 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. ⁽³²⁾

g. 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. ⁽³⁵⁾ 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. ⁽³³⁾

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 permitido 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. ⁽³⁴⁾

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. ⁽¹⁾

h. Procedencia

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. ⁽³⁵⁾

i. Diabetes

La diabetes es una enfermedad crónica que aparece cuando el páncreas no produce insulina suficiente o cuando el organismo no utiliza eficazmente la insulina que produce. La insulina es una hormona que regula el azúcar en la sangre. El efecto de la diabetes no controlada es la hiperglucemia (aumento del azúcar en la sangre), que con el tiempo daña gravemente muchos órganos y sistemas, especialmente los nervios y los vasos sanguíneos. ⁽³⁶⁾ Se piensa que la diabetes es una enfermedad de los adultos mayores, y resulta que la diabetes se da a cualquier edad, se presenta principalmente en la población en edad productiva. De las personas que tienen diabetes, el total de personas que debutan con este mal, siendo adultos mayores es sólo 28.6%, lo que quiere decir que los demás fueron diagnosticados en otras etapas de vida y llegan a la etapa de adulto mayor con esta problemática. Ser adulto mayor no es sinónimo de enfermedad, hay muchas enfermedades que se inician en otra etapa, sobre todo los crónicos degenerativos y se acentúan en el adulto mayor. ⁽³⁷⁾

j. Hipertensión Arterial

La hipertensión es la elevación mantenida de la presión a la que la sangre circula en las arterias. Es un problema muy frecuente: puede aparecer en más del 50% de las personas mayores de 65 años. Su importancia se debe a que es un factor que aumenta el riesgo de padecer enfermedades vasculares (arteriosclerosis, infartos). Cuando se mide esta presión arterial, se suele registrar la presión máxima y la mínima. La más alta corresponde a lo que los médicos llaman presión sistólica, y es la presión que hay en el sistema arterial cuando el corazón se contrae para expulsar la sangre para que vaya a los tejidos llevando oxígeno. La más baja corresponde a lo que los médicos llaman presión diastólica y es la

presión que hay cuando el corazón está relajado y se está llenando de sangre. Se mide en milímetros de mercurio (mmHg). Se considera que una persona sufre una hipertensión arterial cuando en varias tomas, en diferentes días, las cifras son superiores a 140/90 mmHg. La hipertensión es un problema de salud muy frecuente. Aparece en un 15 a un 20% de las personas mayores de 20 años, pero en las personas mayores de 65 años estas cifras pueden ser de más del 50%. Su frecuencia aumenta con la edad. Esto no significa que sea un hecho normal del envejecimiento. Es una enfermedad que en las personas mayores se favorece porque con la edad las arterias se hacen más rígidas y son menos elásticas. Esto hace que ofrezcan más resistencia al paso de la sangre y el corazón tenga que aumentar la presión para permitir que la sangre circule. ⁽³⁸⁾

1.2.2. Función Cognitiva

La función cognitiva de un individuo es el resultado del funcionamiento global de sus diferentes áreas intelectuales, incluyendo el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas. ⁽³⁹⁾ 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. ⁽⁴⁰⁾

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. ⁽⁴¹⁾ 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. ⁽⁴²⁾

Existen diferentes instrumentos para evaluar la función cognitiva, dentro de las cuales, para el desarrollo de la presente tesis, elegimos el instrumento del Mini examen cognitivo (MEC) del profesor lobo, porque 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 ideo motora y constructiva gráfica; además de ser útil por su fácil manejo.

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. ⁽⁴²⁾

2. DEFINICIONES OPERACIONALES

Factores Predictores

Es la variable independiente del estudio y son aspectos que van a caracterizar a los adultos mayores que participaron en la investigación, se utilizaron los siguientes indicadores:

- **Edad.** Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento del adulto mayor hasta el momento de aplicación del instrumento, se midió de la siguiente manera:
 - 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.
- **Sexo.** Características biológicas que definen a los seres humanos como mujer o varón, se consideró dos niveles:
 - Masculino: adulto mayor que tiene características que lo identifican como varón.
 - Femenino: adulto mayor que tiene características que lo identifican como mujer.
- **Grado de instrucción.** Es el Nivel de estudios que el adulto mayor alcanzó hasta el momento de la recolección de datos y se consideró las siguientes categorías:
 - Sin estudio: es aquel adulto mayor que no sabe leer ni escribir.
 - Primaria: es aquel adulto mayor comprendido desde 1° al 6° año de educación.
 - Secundaria: es aquel adulto mayor comprendido desde el 7° y 11° año de educación.

- Superior: es aquel adulto mayor que tiene sus estudios técnicos y universitarios.
- **Estado civil.** Es la condición civil del adulto mayor. Se clasificó de la siguiente manera:
 - Casado (a): aquel adulto mayor que tiene la condición civil por el matrimonio.
 - Soltero (a): es aquel adulto mayor que actualmente se encuentra solo (a).
 - Viudo (a): es aquel adulto mayor que actualmente se encuentra con fallecimiento de su pareja.
 - Divorciado (a): es aquel adulto mayor que se encuentra actualmente separado.
- **Persona de convivencia.** Es el acompañamiento que tiene el adulto mayor con un familiar amigos u otros. Se midió de la siguiente manera:
 - Con la pareja: es cuando el adulto mayor vive con su esposa (o) o conviviente.
 - Hijos: es cuando el adulto mayor vive con sus hijos.
 - Nietos: es cuando el adulto mayor vive con sus nietos.
 - Otros familiares / amigos: es cuando los adultos mayores vive con otras personas o familiares.
 - Sola (o): es cuando el adulto mayor vive sin acompañamiento.
- **Seguro de salud.** Son los servicios de salud que reciben los adultos mayores para garantizan el cuidado de su salud. Se midió de la siguiente manera:
 - Con seguro: es cuando el adulto mayor cuenta con seguro de salud
 - Sin seguro: es cuando el adulto mayor no cuenta con seguro de salud.
- **Situación Económica.** Es la disposición de bienes económicos que manifestó recibir o no el adulto mayor. Se midió de la siguiente manera.

- Tiene apoyo económico: aquel adulto mayor que manifestó recibir una pensión del estado.
- No tiene apoyo económico: aquel adulto mayor que manifestó no recibir una pensión del estado.
- **Procedencia.** Es el lugar donde habita el adulto mayor en el momento de la recolección de datos, se midió de la siguiente manera:
 - 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.
- **Presencia de Diabetes.** Es cuando el adulto mayor presenta o no la enfermedad de diabetes. Se midió con los siguientes indicadores:
 - Padece Diabetes: es cuando el adulto mayor manifiesta padecer de diabetes.
 - No Padece Diabetes: es cuando el adulto mayor no manifiesta tener diabetes.
- **Presencia de Hipertensión Arterial.** Es cuando el adulto mayor presentó o no de hipertensión arterial. Se midió con los siguientes niveles:
 - Presencia hipertensión arterial: es cuando el adulto mayor presenta presión arterial igual o mayor 140/90 mmHg.
 - Sin presencia de hipertensión arterial: es cuando el adulto mayor presenta presión arterial menor de 140/90 mmHg.

Función cognitiva:

La función cognitiva es la variable dependiente del estudio que sirve para clasificar a los adultos mayores en 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 calculo, memoria, lenguaje y construcción con una valoración máxima de 35 y mínima de 14 puntos.

Se trabajó con los siguientes indicadores:

- a. Normalidad: 30 – 35 puntos
- b. Bordelinde: 25 – 29 puntos.
- c. Deterioro leve: 20 – 24 puntos.
- d. Deterioro moderado: 15 – 19 puntos.
- e. Deterior severo: menor o igual a 14 puntos.

3. HIPÓTESIS

La edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA son predictores de la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana -2018.

CAPITULO III

1. METODOLOGÍA

1.1. MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN:

1.1.1. Método:

Se utilizó el método cuantitativo, para determinar si existe asociación entre las variables en estudio, para lo cual se cuenta con un marco teórico de respaldo a las variables, instrumentos estructurados para el procedimiento de recolección sistemática de la información en forma numérica que fue procesada utilizando pruebas estadísticas descriptivas e inferenciales, para contrastar la hipótesis planteada y dar respuesta al problema de investigación.⁽⁴³⁾

1.1.2. Diseño:

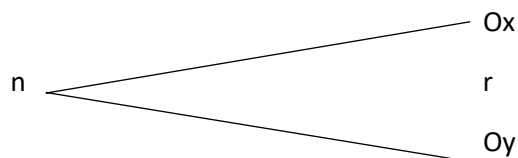
Se utilizó el diseño no experimental, de tipo transversal: descriptivo correlacional.

No experimental, porque permitió estudiar las variables tal y como se presentan en su contexto natural, sin introducir ningún elemento o hacer variar intencionalmente los factores predictores asociados a la función cognitiva del adulto mayor.

Descriptivo, porque permitió observar, describir y documentar el comportamiento de las variables en estudio.

Correlacional, porque permitió asociar las variables factores predictores y función cognitiva.⁽⁴⁶⁾

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

2. POBLACIÓN Y MUESTRA.

2.1. POBLACION

La población del presente estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores que están inscritos en el padrón del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto hasta 2017 siendo un total de 150 adultos mayores.

2.2 MUESTRA

La muestra estuvo constituida por todos los adultos mayores que asistieron al centro del adulto mayor para el presente estudio se tendrá una muestra de 60 adultos mayores.

a. Tamaño De La Muestra:

El tamaño de la muestra quedó conformada por 60 Adultos Mayores que asistieron al del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto.

b. Tipo De Muestreo:

Se utilizó el muestreo por conveniencia.

c. Criterios De Inclusión:

- Adultos mayores que pertenecen al Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.
- Adultos mayores que tienen el consentimiento informado.
- Participación voluntaria de los adultos mayores.
- Adultos mayores que aparentan buen estado mental.
- Permanencia mínima de 3 meses en el Centro del Adulto Mayor.

3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

3.1. Técnicas: las técnicas que se emplearon en el presente proyecto de tesis fueron los siguientes:

- Entrevista: que permitió aplicar el cuestionario e instrumentos.
- Visita domiciliaria: que permitió tener accesibilidad a los adultos mayores en su vivienda para aplicar los instrumentos.

3.2. Instrumentos:

Los instrumentos que se emplearon en la presente investigación son las siguientes:

- Cuestionario: “**Caracterizar al adulto mayor**” instrumento no estandarizado elaborado por los investigadores que consta de 10 preguntas cerradas con respuestas múltiples y dicotómicas que están referidas a la variable independiente que representa a los factores predictores del adulto mayor, referida a edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia HTA. este instrumento fue sometido a la prueba de validez.

Validez

Para la validación del cuestionario se empleó el método Delphi (juicio de expertos) donde se consultó a profesionales expertos en el tema: enfermeras, docentes y psicóloga. El cual se tuvo como resultado una validez de 86.23%.

- Mini Examen cognitivo (**MEC**) 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.⁽⁴⁵⁾ La escala cognitiva es la más utilizada tanto en el campo clínico como en el epidemiológico. 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 ideomotora y constructiva gráfica. Consta de 25 ítems.

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.

3.3. Validez y confiabilidad del instrumento:

Posee una confiabilidad de 0.86 de coeficiente de correlación.

Tiene una sensibilidad de 89.6% y especificidad de 75.1% en su constructo. ⁽⁴⁴⁾⁽⁴⁵⁾.

4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se solicitó la autorización a la señora decana de la Facultad de Enfermería de la UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONIA PERUANA, para dirigirnos al Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto.
2. Se presentó la documentación al jefe del Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto.
3. Para dar a conocer los objetivos del proyecto se coordinó con la encargada del Centro del Adulto Mayor.
4. Posteriormente se procedió con la recolección de datos que consistió en la aplicación del consentimiento informado y luego el cuestionario y el mini examen cognitivo (MEC) por cada uno de los participantes.
5. El tiempo para la recolección de datos fue de 20 minutos.
6. En la recolección de los datos solo intervinieron los investigadores.
7. Se hizo uso del uniforme de salud pública vigente en la facultad de enfermería. En horario de 7:00 am 1:00 pm y 4:00 pm a 7:00 pm hasta completar la muestra.
8. Posteriormente se realizó el vaciado de la información para la tabulación y análisis respectivo, los que fueron manejados de forma global.

5. ANÁLISIS DE DATOS

El procedimiento de la información se realizó mediante la base de datos del paquete estadístico de SPSS versión 22.0 en español con un nivel de significancia de 0.05.

En el análisis univariado se empleó estadísticas descriptivas (frecuencias y porcentajes, desviación estándar, media).

En el análisis bivariado se emplearon las pruebas estadísticas inferencial no paramétrica para evaluar la asociación de las variables en estudio y se utilizó el coeficiente de correlación bivariado con un nivel de significancia de $\alpha= 0.05$. en el análisis multivariante se aplicó el análisis de regresión logística ordinal, el objetivo de esta técnica es de modelas como influyen en la función cognitiva la presencia o no de factores predictores.

6. LIMITACIONES

Para la recolección de datos, las limitaciones que se tuvieron fueron las siguientes:

- Retraso en la aplicación de los instrumentos para la recolección de datos en el tiempo cronogramado, debido a la huelga indefinida de los administrativos de la universidad.
- Tuvimos dificultad de ubicar las direcciones de los adultos mayores debido a que el padrón del centro del adulto mayor no existe punto referencial de las viviendas.

7. PROTECCIÓN DE LOS DERECHOS HUMANOS

Los derechos humanos de los adultos mayores que participaron en la presente investigación se tuvieron en cuenta los principios bioéticos de la siguiente manera:

Respeto:

Se aplicó este principio en el presente estudio de investigación mediante el respeto libre y voluntario de cada adulto mayor que participaron en el estudio, además pudieron realizar las preguntas necesarias para su comprensión y pudieron retirarse del estudio en el momento que creían conveniente.

Beneficencia:

Se evidenció mediante tres aspectos fundamentales: 1. Según la necesidad o solicitud de la Facultad de Enfermería, se brindó información valiosa sobre factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) de la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana - 2018. 2. Los resultados fueron transferidos para implementar estrategias que cultiven un ambiente libre de estresores y desarrolle la autoestima. 3. Por último, los resultados estuvieron orientados al bien o beneficio común de los adultos mayores.

No Maleficencia

Los adultos mayores del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto no fueron afectados en su integridad física, psicológica, social, ni moral, durante su participación en la investigación para la cual, se tuvo en cuenta los siguientes aspectos: Los instrumentos que se aplicaron a los adultos mayores garantizó que su desarrollo sea en forma anónima, teniendo en cuenta la confidencialidad de la información y esta fuera procesada y analizada en forma agrupada, sin singularizar a ningún adulto mayor que participó en la investigación, y los datos obtenidos en la recolección de la información solo

sirvieron para fines de la investigación, los cuales posteriormente serán eliminados.

Justicia

Todos los adultos mayores del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, tuvieron la oportunidad de participar en la investigación. Así mismo, se les brindó las mismas garantías de protección física y dignidad humana.

Autonomía

La población del presente estudio estuvo conformada por todos los adultos mayores que están inscritos en el Centro del Adulto Mayor del Hospital Regional de Loreto en el año 2017, la participación de los adultos mayores fue de forma voluntaria con explicación previa de los objetivos del estudio, el cual se evidenció con la aceptación voluntaria del consentimiento informado.

CAPITULO IV

1. RESULTADOS

ANALISIS UNIVARIADO

TABLA N°1

**FACTORES PREDICTORES DE LOS ADULTOS MAYORES DEL
CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE
LORETO, PUNCHANA – 2018.**

Factores Predictores	Ni	%
<u>Edad</u> (\bar{X}= 72.5 S = 6.6 años)		
Adulto mayor joven	25	41.7
Adulto mayor intermedio	27	45.0
Adulto mayor senil	8	13.3
Total	60	100.0
<u>Sexo</u>		
Masculino	4	6.7
Femenino	56	93.3
Total	60	100.0
<u>Nivel de Instrucción</u>		
Sin estudio	2	3.3
Primaria	38	63.3
Secundaria	16	26.7
Superior	4	6.7
Total	60	100.0
<u>Estado civil</u>		
Soltero	19	31.7
Casado	25	41.7
Viudo	14	23.3
Divorciado	2	3.3
Total	60	100.0
<u>Personas de convivencia</u>		
Con la pareja	18	30.0
Hijos(as)	25	41.6
Nietos(as)	7	11.7
Otros familiares	3	5.0
Solo(a)	7	11.7
Total	60	100.0

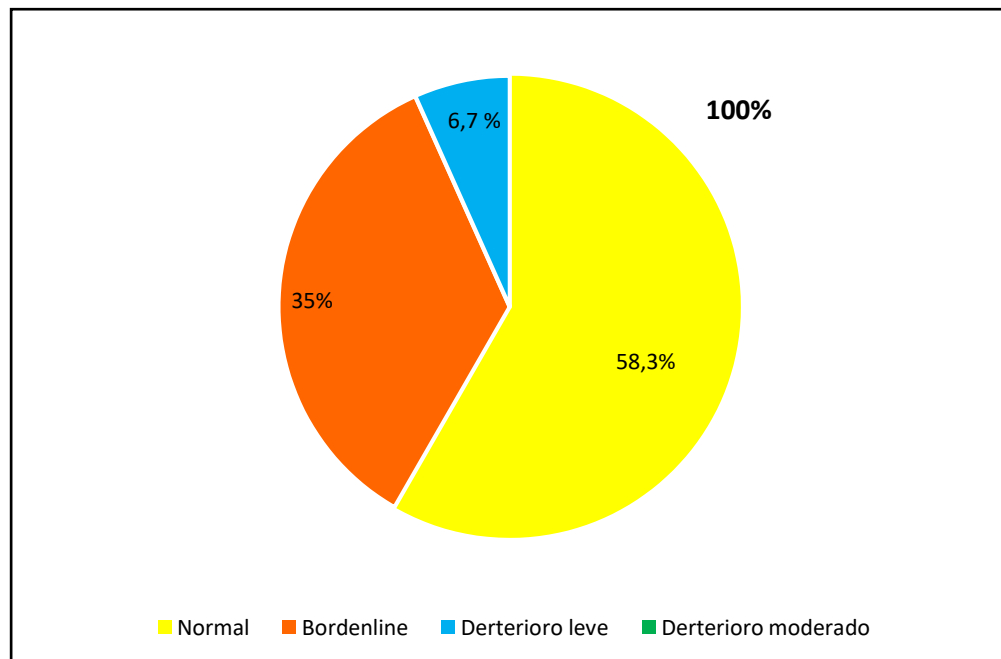
Factores Predictores	Ni	%
<u>Seguro de salud</u>		
Con seguro de salud	58	96.7
Sin seguro de salud	2	3.3
Total	60	100.0
<u>Situación económica</u>		
Tiene apoyo económico	24	40.0
No tiene apoyo económico	36	60.0
Total	60	100.0
<u>Procedencia</u>		
Zona urbana	58	96.7
Zona periurbana	2	3.3
Total	60	100.0
<u>Presencia de diabetes</u>		
Sí	10	16.7
No	50	83.3
Total	60	100.0
<u>Presencia de HTA</u>		
Sí	38	63.3
No	22	36.7
Total	60	100.0

Fuente: Las (os) Investigadoras

En la tabla N° 1, se observa al 100.0% (60) adultos mayores que acuden al centro del adulto mayor del Hospital Regional Loreto, Punchana – 2018, el 41.7% (25) son adultos jóvenes, el 45.0% (27) son adultos intermedios y el 13.3% (8) son adultos seniles, siendo la edad promedio de 72.5 años con una desviación estándar de 6.6 años de edad. Se observa un predominio del sexo femenino con el 93.3% (56) mientras que los adultos masculinos representan el 6.7% (4). El nivel de instrucción primaria presenta el 63.3% (38) de los adultos. El 26.7%

(16) tienen nivel secundario y un porcentaje menor tienen grado de instrucción superior siendo el 6.7% (4). El estado civil el 31.7% (19) son adultos solteros y el 41.7% (25) son casados, viudos son el 23.3%(14) y divorciado 3.3% (2). Con respecto a la persona de convivencia, el 30.0% (18) viven con sus parejas, un porcentaje mayor del 41.6% (25) conviven con sus hijos o hijas, mientras que el 11.7% (7) viven con sus nietos(as), otros familiares 5.0% (3) y sola(o) 11.7%(7). En cuanto al seguro de salud, el 96.7% (58) de los adultos mayores cuentan con un seguro de salud, mientras que el 3.3% (2) no presentan seguro. Los adultos que cuentan con apoyo económico representan al 40.0% (24) y el 60.0% (36) no reciben apoyo económico alguno. Los adultos que proceden de la zona urbana son el 96.7% (58) y los de la zona periurbana el 3.3% (2) de los adultos. Asimismo, los adultos que tienen presencia de diabetes son el 16.7% (10) mientras que el 83.3% (50) no presentan diabetes. Con respecto a la hipertensión el 63.3% (38) lo poseen, versus un 36.7% (22) que no presentan HTA.

GRAFICO N°1
DISTRIBUCION DE LA FUNCIÓN COGNITIVA DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA – 2018.



Fuente: Las (os) Investigadoras

En el grafico N° 1, se observa el 100.0% (60) adultos mayores del centro del adulto mayor del Hospital Regional Loreto, Punchana – 2018, donde más de la mitad de los adultos mayores, es decir el 58.3% (35) presentan función cognitiva Normal, el 35.0% (21) presentan Bordenline, mientras que un pequeño porcentaje del 6.7% (4) deterioro leve de la función cognitiva, así mismo no se encontró ningún adulto mayor con deterioro moderado ni severo de la función cognitiva.

ANÁLISIS BIVARIADO

TABLA N°2

ANÁLISIS DE CORRELACIÓN DE LOS FACTORES PREDICTORES Y LA FUNCIÓN COGNITIVA DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA – 2018.

Factores	Estad	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
1.Edad	Coef.										
	p										
2.Sexo	Coef.	0.048									
	p	0.714									
3.Grado de Instrucción	Coef.	-0.344	0.041								
	p	0.007	0.757								
4.Estado civil	Coef.	0.146	-0.025	-0.115							
	p	0.267	0.852	0.382							
5.convivencia	Coef.	0.066	0.255	-0.091	0.023						
	p	0.617	0.050	0.489	0.862						
6.Seguro	Coef.	-0.045	0.089	0.000	0.116	-0.137					
	p	0.733	0.498	1.000	0.377	0.296					
7.Situación económica	Coef.	-0.176	0.191	-0.108	0.072	-0.139	0.272				
	p	0.178	0.144	0.410	0.584	0.290	0.035				
8.Procedencia	Coef.	-0.083	-0.323	-0.113	0.017	-0.238	-0.062	-0.038			
	p	0.527	0.012	0.389	0.897	0.067	0.638	0.774			
9. Diabetes	Coef.	0.008	-0.120	0.006	0.047	-0.170	0.149	-0.091	0.083		
	p	0.953	0.363	0.963	0.723	0.193	0.256	0.488	0.528		
10.HTA	Coef.	0.006	0.065	-0.218	-0.091	-0.042	0.092	0.056	0.051	0.062	
	p	0.964	0.623	0.095	0.488	0.749	0.483	0.668	0.697	0.639	
11.Función Cognitiva	Coef.	0.334	-0.330	0.321	-0.026	-0.071	0.182	-0.074	0.018	0.085	-0.024
	P	0.009	0.010	0.012	0.844	0.592	0.006	0.572	0.889	0.521	0.885

Fuente: Las (os) Investigadoras

En la tabla 2, se observa el análisis de correlación entre los factores predictores de la función cognitiva, donde existe correlación estadísticamente significativa con la edad ($p = 0.009$), el sexo ($p = 0.010$), el grado de instrucción ($p = 0.012$) y el seguro ($p = 0.006$), mientras que los factores no mencionados no muestran correlación significativa con la función cognitiva.

TABLA N°3

**DETERMINACIÓN DE LA SIGNIFICANCIA DE LOS FACTORES
PREDICTORES Y LA FUNCIÓN COGNITIVA DE LOS ADULTOS
MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL HOSPITAL
REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA – 2018.**

Información sobre el ajuste de los modelos

Modelo	-2 log de la verosimilitud	Chi-cuadrado	G1	Sig.
Sólo intersección	100.714			
Final	65.754	34.960	17	0.006

Fuente: Las (os) Investigadoras

En la tabla 3, se observa un valor de Chi cuadrado $X^2_c = 34.960$ y una significancia $p = 0.006$ que es menor al 0.05 (5%), es decir, las variables de estudio sí pueden predecir la función cognitiva de los adultos mayores del centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018.

ANÁLISIS MULTIVARIADO

TABLA N°4

**VARIABLES PREDICTORAS Y LA FUNCIÓN COGNITIVA DE LOS
ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DEL ADULTO MAYOR DEL
HOSPITAL REGIONAL DE LORETO, PUNCHANA – 2018.**

		Estimación	Error estándar	Wald	Gl	Sig.
Umbral	[Limit 1]	25.050	5.400	21.517	1	0.000
	[Limit 2]	28.651	5.500	27.139	1	0.000
Factores						
	[Masculino]	3.750	1.609	5.432	1	0.020
	[Sin estudio]	21.043	2.071	103.281	1	0.000
	[Primaria]	18.888	0.916	425.613	1	0.000
	[Con Seguro]	-2.747	1.240	4.908	1	0.027

Fuente: Las (os) Investigadoras

En la tabla 4, se observa que las variables sexo: masculino, grado de instrucción: sin grado de instrucción, grado de instrucción: primaria y el seguro: con seguro de salud, con p-valor (significancia) de 0.020, 0.000, 0.000 y 0.027 respectivamente son factores que mejor predicen la función cognitiva de los adultos mayores del centro del adulto mayor del Hospital Regional Loreto, Punchana – 2018.

Modelo matemático predictivo

Para determinar los modelos predictivos para cada uno de las categorías de la variable dependiente (Función Cognitiva) se hizo uso de la regresión logística ordinal, modelo que se aplica cuando la variable dependiente es ordinal.

Para el caso de nuestro estudio la variable respuesta tiene tres categorías (Normalidad, Borderline y Deterioro leve).

$$\text{Pr } ob(Y_i = 1) = \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_1 - (\beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i})]}}$$

$$\text{Pr } ob(Y_i = 2) = \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_2 - (\beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i})]}} - \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_1 - (\beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i})]}}$$

$$\text{Pr } ob(Y_i = 3) = 1 - \frac{1}{1 + e^{-[LIMIT_2 - (\beta_1 X_{1i} + \beta_2 X_{2i})]}}$$

Modelo predictivo función cognitivo: Normalidad

Probabilidad de que un adulto mayor sea evaluado con función cognitiva:
Normalidad.

$$\text{Pr } ob(Y_i = \text{Normalidad}) = \frac{1}{1 + e^{-[25.05 - (3.75X_1 + 21.04X_2 + 18.89X_3 - 2.75X_4)]}}$$

Modelo predictivo función cognitivo: Borderline

Probabilidad de que un adulto mayor sea evaluado con función cognitiva:
Borderline.

$$\text{Prob}(Y_i = \text{Borderline}) = \frac{1}{1 + e^{-[28.65 - (3.75X_1 + 21.04X_2 + 18.89X_3 - 2.75X_4)]}} - \frac{1}{1 + e^{-[-25.05 - (3.75X_1 + 21.04X_2 + 18.89X_3 + 2.097X_4 - 2.75X_4)]}}$$

Modelo predictivo Función Cognitiva: Deterioro Leve

Probabilidad de que un adulto mayor sea evaluado con función cognitiva:
Deterioro leve.

$$\text{Prob}(Y = \text{Deterioro leve}) = \frac{1}{1 + e^{-[28.65 - (3.75X_1 + 21.04X_2 + 18.89X_3 - 2.75X_4)]}}$$

Dónde: Variables predictores

e = 2.7183 (cte)

X1 = Sexo: Masculino

X2 = Grado de instrucción: Sin estudio

X3 = Grado de instrucción: Primaria

X4 = Seguro: Con seguro

Poder predictivo de los modelos matemáticos

- R cuadrado de Cox y Snell = 0.442 (44.2%)
- R cuadrado de Nagelkerke = 0.537 (53.7%)
- R cuadrado de McFadden = 0.338 (33.8%)

El modelo matemático según Cox y Snell predice la función de cognición con un (44.2%) de probabilidad, Nagelkerke (53.7%) y McFadden (33.8%) en los adultos mayores del centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Puchana – 2018.

2. DISCUSIÓN

En el Perú, en los últimos años se ha venido observando que la población de los adultos mayores viene en ascenso. Hay que reconocer la importancia de la evaluación de la función cognitiva en el ejercicio de la atención y la percepción en el ambiente cotidiano del adulto mayor. La sociedad necesita adultos mayores sanos, los profesionales de la Atención Primaria de Salud tenemos la responsabilidad social de desarrollar acciones de prevención y rehabilitación del deterioro mental en el adulto mayor, porque su salud y calidad de vida están muy relacionadas con un adecuado funcionamiento cognitivo. 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 hemos decidido trabajar en la evaluación de la función cognitiva.

En relación a la edad de los adultos mayores, la edad promedio fue de 72.5 años con una desviación estándar de 6.6 años de edad, estos resultados concuerdan con la investigación de Mayordomo (España 2015) donde sus resultados fueron, una edad media de 74,1 ($DT=6.8$) y con un rango entre 65-90. Según los resultados encontrados, afirmamos que el Centro del Adulto Mayor tiene una población de adultos mayores relativamente jóvenes que en su mayoría son independientes, ya que necesitan trasladarse al Centro tres veces por semana.

Los hallazgos con respecto al sexo de los adultos mayores, revelan que el 93.3% son mujeres, estos resultados se asemeja con el estudio reportado por Samper J. A. (España 2014) quien en su investigación obtuvo, el número de hombres fue 42 (23.46 %) y el número de mujeres 137 (76.54 %). Así mismo, podemos afirmar que son las mujeres que más asisten al Centro del Adulto Mayor porque ellas son las que se preocupan más por su salud física y mental, debido a las dolencias que padecen “refieren que nadie les ayuda a soportar los dolores en las diferentes partes de nuestro cuerpo, aquí se quedan todas las molestias y preocupaciones” y, además, porque se quedan solas en casa.

En cuanto al grado de instrucción de los adultos mayores, se observó, sin estudio el 3.3% y el nivel primario el 63.3%; el 26.7% tienen nivel secundario y un porcentaje menor tienen grado de instrucción superior siendo el 6.7%. Estos resultados son similares a los reportados por Mayordomo (España 2015) quien, en su estudio, informa un 21.2% no tenía estudios, un 50% tenían estudios primarios, un 15.2% tenía estudios secundarios y el 13.6% universitarios. Sin embargo, hacemos mención que estos resultados se debe a que en la mayoría de las familias de los adultos mayores el que acudía a la escuela eran los hijos hombres y las mujeres quedaban relegadas a aprender las labores del hogar, esto se agudiza si las familias vivían en la zona rural donde los integrantes de la familia se dedicaban a la agricultura y la pesca. Creemos que son estas las razones, según información de los propios adultos mayores para tener estos resultados.

Los hallazgos con respecto al estado civil de los adultos mayores se observaron, el 31.7% son solteros y el 41.7% son casados, los viudos el 23.3%, y el 3.3% divorciados. Estos resultados tienen cierta similitud a Marines L. Et Al. (Brasil 2015) donde muestran que el 46,4% eran casados, 35,1% eran viudos y 11,7% divorciados, 6 % solteros y 0,8% eran viudos con compañero(a). De acuerdo a los hallazgos en estudio, podemos decir que contamos con mayor porcentaje de adultos mayores casados, sin embargo, esto no evidencia que en la actualidad se encuentre compartiendo el hogar con su pareja.

En relación a la persona de convivencia de los adultos mayores, se observó que el 30.0% viven con sus parejas, el 41.6% conviven con sus hijos o hijas, el 11.7% viven con sus nietos(as), otros familiares 5.0% y sola(o) 11.7%. Estos resultados tienen escasa similitud con Marines L. Et Al. (Brasil 2015) donde 51,6% residió con compañero(a), 20,7% vivía sola, 20,4% vivía con los niños, 2,4% vivían con nieto y 4,9% con otras personas. Suponemos, que los hallazgos se debe a que los adultos mayores conviven más con sus hijos (as), es por fallecimiento de su pareja o están separados y los hijos son los que lo acogen, estos, resultados

muestra que las familias de los adultos mayores tradicionalmente cuidan de sus miembros de mayor edad y en consecuencia tiende a mantenerse unidos.

Los hallazgos de seguro de salud de los adultos mayores, son, el 96.7% de los adultos mayores cuentan con un seguro de salud, mientras que el 3.3% (2) no presentan seguro. Estos resultados son similares a Cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) indican que en nuestro país hay 2'907.138 personas de 60 a más años; El 23,4% de ese total no está afiliado a ningún tipo de seguro de salud, según el informe técnico "Situación de la población adulta mayor, enero-marzo 2014", del mencionado organismo y que se terminó de tabular en junio pasado. Dicho informe revela que el 37,5% de las personas adultas mayores en el Perú está asegurado en Essalud; que el 32%, está en el Sistema Integral de Salud (SIS), y que apenas el 7,1% corresponde a otro tipo de seguro, como el privado. Consideramos que estos resultados se deben a que todos los adultos mayores que están inscritos en el Centro del Adulto Mayor, cuentan con seguro de salud (Sistema Integral de Salud) obligatorio, para que puedan realizarse sus controles médicos y de enfermería.

Con respecto a la situación económica de los adultos mayores, se observó que los adultos mayores que cuentan con apoyo económico representan el 40.0% y el 60.0% no reciben apoyo económico alguno, estos resultados son semejantes a Villareal, G. (Colombia 2012), donde informa que el 47.75% no reciben pensión ni otros ingresos y el 37% obtienen un ingreso ocasional. Podemos confirmar que los hallazgos encontrados de la situación económica, se debe a que la mayoría de los adultos mayores no pudieron acceder a la pensión 65 que otorga el gobierno debido a que no están clasificados como en pobreza o extrema pobreza, pese a que su situación económica es precaria por no tener independencia económica.

Los resultados reportados a la procedencia de los adultos mayores, son de zona urbana son el 96.7% y los de la zona periurbana el 3.3%. Estos resultados tienen similitudes con Arévalo L. (Perú 2015) el 43.2% proceden de la zona urbana y el 38.6% de la zona rural y 18.6% de la zona Urbano marginal. Creemos que

estos hallazgos de la procedencia de los adultos mayores se evidencian primero en favorecer a que ellos tienen mayor accesibilidad en acudir al Centro del Adulto Mayor y cuando presentan algún molestar de salud pueden recibir atención oportuna y segundo no les permite recibir el apoyo que da el gobierno como son (el vaso de leche, comedor popular, pensión 65 y muchas veces el SIS).

Los hallazgos referentes a la presencia de diabetes mellitus en el adulto mayor, es de 16.7% mientras que el 83.3% no presentan diabetes. Estos resultados son similares a Salinas R, Et Al (México 2013) donde muestra que el 24.8% de la población total fue portadora de diabetes mellitus. Así mismo se encontró que Rubín S. (Perú 2017) muestra un 15,3% de adultos mayores presentan diabetes mellitus. Confirmamos que estos resultados de la presencia de diabetes en los adultos mayores son un mínimo porcentaje, se debe a que, en el Centro del Adulto Mayor, reciben muchas sesiones educativas referentes a la patología (alimentación saludable, ejercicios, manejo del estrés, tratamiento médico) y controles médicos y de enfermería.

Con respecto a la presencia de hipertensión arterial en los adultos mayores, se observó que el 63.3% lo poseen, versus un 36.7% que no presentan HTA. Estos resultados son parecidos al de Rubín S. (Perú 2017) se encontró que el 48,0% tuvieron hipertensión arterial. Consideramos que la presencia de hipertensión Arterial de los adultos mayores, el mayor porcentaje están controlados, se debe a que acuden al Centro tres veces a la semana hacen una hora de ejercicios físicos con una instructora que recibió capacitación en el Instituto Peruano del Deporte, a pesar de sus dolencias hacen los ejercicios además también reciben sesiones educativas tanto del personal del Centro como de las universidades que realizan sus prácticas clínicas en dicho Centro.

Al relacionar las variables de estudio, se tiene resultados de correlación bivariada, la edad es estadísticamente significativa con un $p=0.009$. Estos resultados son similares a lo reportado por Portillo P. (Madrid 2015) donde presenta resultados significativos ($p=0,0001$) en general, se aprecia que el

deterioro cognitivo se incrementa con la edad, ya que, en el caso de los grupos de 75 a 79 años, así como de 80 y más.

Sin embargo, queremos hacer mención que la muestra estudiada en el Centro del Adulto Mayor, el mayor porcentaje de los adultos mayores estuvo comprendidos entre las edades de 60 a 80 años, con lo cual podemos afirmar que la población es relativamente “adulto mayor joven e intermedia ” lo que evidencia que a pesar de ello un alto porcentaje se encontró resultados de la evaluación de la función cognitiva en borderline y en deterioro leve, sin embargo, los adultos mayores siguen con su cotidianidad en todas sus actividades que les corresponden en su vida diaria. También manifiestan que la mayoría de adultos mayores son independientes físicamente, a pesar de sus dolencias propias de la vejez. Evidenciando, además, una relación directa entre deterioro cognitivo y la edad.

En cuanto al predictor sexo, se observa el análisis de correlación entre los factores predictores de la función cognitiva, donde existe correlación estadísticamente significativa, un ($p = 0.010$). Estos resultados tienen comparación con su investigación de Portillo P. (Madrid 2015) se observa 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 en mayor proporción (82,5%) deterioro cognitivo en comparación con los hombres, quienes lo presentaron en un 17,5%.

Por otra parte, el mayor porcentaje de los adultos mayores fueron mujeres, esto está directamente relacionado a que son ellas las que se preocupan más de su salud ya sea controlando sus dolencias o previniendo la aparición de otras y también como resultado de nuestra sociedad que es muy machista, además son las mujeres quienes toman la decisión de inscribirse y acudir al Centro, porque para ellas es un centro de encuentro o tertulia ya que se olvidan de sus preocupaciones por breve tiempo, porque de inmediato deben retornar a su cotidianidad con todos los sinsabores de la vida; todos estos hechos justificaría

la existencia de alta proporción de mujeres en el estudio y que tengan una evaluación de la función cognitiva en borderline y estén en riesgo de llegar a tener deterioro cognitivo leve.

También fue estadísticamente significativa el grado de instrucción con un ($p = 0.012$) se compara con Portillo P. (Madrid 2015) existiendo una diferencia significativa con un valor de $p=0.0001$ entre los grupos comparados. 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%. Al analizar la relación entre el nivel escolar y deterioro cognitivo, pudimos 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 alta proporción de la población con estudios primarios, por tanto, pueden considerarse como personas de alto riesgo de dependencia desde el punto de vista gerontológico, además, Escobar (2013), presentan hallazgos sobre la relación estrecha entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo leve.

Otros de los factores predictores estadísticamente significativa fue el seguro de salud con un ($p=0.006$), estos resultados coinciden 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 $p=0,010$.

Consideramos que la presencia de estos resultados se debe a que el mayor porcentaje de los adultos mayores tienen en la actualidad el seguro integral de salud, lo mencionado justificaría por que en los adultos mayores repercute tener seguro de salud por que antes no contaban con este beneficio social, y se ve

alterado su evaluación de la función cognitiva, debido a que no le realizan dicha evaluación como parte de su control médico.

El modelo multivariado (regresión logística ordinal) de las variables predictoras se observa que el sexo: masculino, grado de instrucción: sin grado de instrucción, grado de instrucción: primaria y el seguro: con seguro de salud, con p-valor (significancia) de 0.020, 0.000, 0.000 y 0.027 respectivamente son factores que mejor predicen la función cognitiva de los adultos mayores del centro del adulto mayor del Hospital Regional Loreto. Estos hallazgos concuerdan con lo reportado por Delgado (Perú 2017), que permiten concluir que existe una relación significativa y directa entre las funciones cognitivas y ejecutivas; además, el nivel de instrucción y seguro de salud, juega un papel importante en la conservación y/o deterioro de capacidades; en tanto que, el sexo fue indiferente respecto al funcionamiento ejecutivo.

El estudio reveló que al aplicar el modelo en los adultos mayores, se puede tener un nivel de predicción confiable, en relación al sexo, grado de instrucción y seguro de salud, lo cual va a favorecer la detección de la alteración de la Función Cognitiva.

3. CONCLUSIONES

Las conclusiones después de realizar el estudio, en relación con los objetivos y resultados obtenidos, son los siguientes:

- a. El 45.0% son adultos intermedios con una media de edad de 72.5 años. Predominio del sexo femenino con el 93.3%. El nivel de instrucción primaria presenta el 63.3%. El estado civil el 41.7% son casados. Con respecto a la persona de convivencia el 41.6% conviven con sus hijos o hijas. En cuanto al seguro de salud, el 96.7% cuentan con seguro. El 60.0% no reciben apoyo económico. El 96.7% viven en zona urbana. El 16.7% presentan diabetes mellitus, y el 63.3% presentan HTA.
- b. Los adultos mayores que presentan función cognitiva borderline es del 35.0% y el 6.7% tienen deterioro leve.
- c. Al relacionar los factores predictores y la función cognitiva tenemos: que mejor predicen la función cognitiva son: edad ($p = 0.009$), el sexo ($p = 0.010$), el grado de instrucción ($p = 0.012$) y el seguro de salud ($p = 0.006$), según los resultados de la correlación bivariada y la regresión logística ordinal.

4. RECOMENDACIONES

1. A los profesionales de salud del centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, que promuevan la aplicación del Mini Examen cognoscitivo (MEC), en todas las atenciones de los adultos mayores para monitorear su función cognitiva.
2. A los profesionales de salud del Centro del adulto mayor y a los estudiantes que realizan prácticas clínicas, según los resultados (35% en bordenline) deben realizar talleres de memoria de manera constante para mejorar la función cognitiva de los adultos mayores, que participaron en la presente investigación.
3. A la Facultad de Enfermería promover las investigaciones en el área de geriatría, por ser una rama que necesita de mayor atención, porque gran parte de nuestra población está inmersa en este grupo etario que muchas veces no tienen el apoyo necesario, ni la orientación para llevar una vida saludable con menor riesgo de deterioro cognitivo el cual es importante en el desempeño de su vida diaria.
4. A la Facultad de Enfermería a través del área de Salud Mental, incluir en la guía prácticas clínicas la aplicación de la evaluación cognitiva de Mini Examen cognoscitivo (MEC) que evalúan 6 áreas de importancia: (1. Orientación, 2. Fijación, 3. Concentración y Calculo, 4. Memoria, 5. Lenguaje y Construcción;), en el adulto intermedio como parte del proceso de enseñanza aprendizaje que permita trabajar en aspectos preventivos promocionales, como requisito de buena salud, para reducir el riesgo de deterioro cognitivo leve.

5. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1. 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/handle/10486/670960/portillo_barrera_patricia.pdf?sequence=1
2. 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>.
3. 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 http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3A2010-crecimiento-acelerado-poblacion-adulta-60-anos-mas-edad-reto-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=es
4. INEI, población adulta mayor, 2015. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
5. INEI, Estimaciones y Proyecciones, 2015. Disponible en: <http://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Loreto2.html>
6. Villarreal G. Condición sociofamiliar, 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>
7. 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_Tesis.pdf
8. 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>
9. 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
 10. 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
 11. 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
 12. Escobar G. deterioro cognitivo leve en adultos mayores pertenecientes a clubes y albergues de la tercera edad de la ciudad de Tacna. Peru 2013. Disponible en google:
<http://colegiodepsicologosarequipa.org/20131-2.%20Deterioro%20cognitivo%20leve%20en%20adultos%20mayores.pdf>
 13. Instituto Nacional de Estadística e Informática ([INEI](http://inec.org.pe)) (Perú 2014).
 14. Sánchez J. prevalencia de deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores jubilados de los servicios sociales del instituto ecuatoriano de seguridad social, cuenca 2013. España 2013. Disponible en google:
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/5261>
 15. Hernández B. Comorbilidad y Discapacidad: su relación en Adultos Mayores de Ciudad de La Habana. Habana 2014. Revisado (29-05-2016). Disponible en google:
<http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/367>
 16. Samper J. et al. Mini Examen Mental en sujetos con deterioro cognitivo leve. Cuba 2012. Disponible en Google:
http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0138-65572012000200002

17. 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>
18. Mayordomo T. Sales A. Melendez J. Estrategias de compensación en adultos mayores: Diferencias sociodemográficas y en función de la reserva cognitiva. Valencia España 2015. (Revisado 08-03-2018). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0212-97282015000100032.
19. Marines A. Et al. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Brasil 2015. (revisado 08/03/18). Disponible en google: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001
20. Arévalo L. prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “san francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos 2015. Perú 2015. (Revisado 08/03/18). Disponible en google: http://repositorio.unapiquitos.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/3980/Linder_Titulo_2015.pdf?sequence=1
21. Delgado A. Relación entre las funciones ejecutivas y cognitivas en adultos mayores de Lima Metropolitana. Perú 2017. (Revisado 9 – 03 -2018). Disponible en: cybertesis.unmsm.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/cybertesis/.../Echevarria_rl.pdf?..
22. Rubín S. factores de riesgos asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud “Aparicio pomares” Huánuco 2015. Perú 2017. Disponible en google: <http://distancia.udh.edu.pe/handle/123456789/340>
23. Rodríguez M. Aproximación conceptual e identificación de predictores de riesgo teóricos en jóvenes conductores: un punto de partida para contribuir en la reducción de accidentes de tráfico. Universitat Autònoma de Barcelona Departament de Pedagogia. Barcelona 2006. (Revisado 23-06-16). Disponible en: Google: <https://ddd.uab.cat/pub/educar/0211819Xn37/0211819Xn37p189.pdf>

24. Aracelly. Psicología del adulto mayor: definiciones cercanas sobre el adulto mayor. 2012. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: <http://psadultomayor.blogspot.pe/2012/04/definiciones-cercanas-sobre-el-adulto.html>
25. 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>
26. Castillo J. estado civil. Venezuela 2010. Disponible en google: <https://derecho2008.wordpress.com/2010/06/09/estado-civil/>
27. Solórzano T. ¿Quiénes son y dónde están las personas adultas mayores? Costa Rica 2008. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: http://ccp.ucr.ac.cr/espam/descargas/ESPAM_cap2web.pdf
28. Palma R. ¿Qué es Convivencia y cuáles son sus características?. 2013. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: <http://conviveencomunidad.blogspot.pe/2013/05/que-es-convivencia-y-cuales-son-sus.html>
29. OMS. ¿Qué es un sistema de salud? Perú 2005. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: <http://www.who.int/features/qa/28/es/>
30. 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
31. 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_digitales/Est/Lib1105/cap05.pdf
32. 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>

33. Fabra A. Diferencia entre situación económica y situación financiera. 2016. Disponible en google: <http://negocios.uncomo.com/articulo/diferencia-entre-situacion-economica-y-situacion-financiera-27003.html>
34. 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
35. Pérez J. Gardey A. que es significado y concepto, Actualizado: 2013. (Revisado 23-06-2016). Disponible en: google, <http://definicion.de/origen/>
36. OMS. Diabetes. Perú 2015. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs312/es/>
37. Lozano M. diabetes en el adulto mayor. 2011. (Revisado 23-06-16). Disponible en google: <http://www.salud180.com/adultos-mayores/diabetes-en-el-adulto-mayor>
38. [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
39. Luis Varela L. Et Al. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional, Rev. Soc. Per. Med. Inter. 17(2) 2004, (Revisado 24-06-16). Disponible en: Google: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspmi/v17n2/a02v17n2>
40. Ribera, J. Declive cognitivo y deterioro cognitivo en los Ancianos. En Ribera Casado JM. Gil Gregorio P. Función mental y envejecimiento. Edimsa. Madrid 2004
41. Lobo A. Saz P. y Marcos G. MMSE. Examen cognoscitivo minimental. Manual: ediciones TEA.2002.
42. Lobo, A. Saz, P. y Roy, J. Deterioro cognoscitivo en el anciano. Hospital clínico universitario. Zaragoza 2004.
43. Adriazola J., Duran C., Salazar P. Método y diseño de la investigación. Ancash, Perú 2018 (Revisado 24-03-18). Disponible en: Google: <https://prezi.com/nukkpsyoywmi/metodos-y-diseño-de-investigacion-cientifica/>

ANEXOS

Factores predictores de la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana - 2018

ANEXO N° 01

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR VOLUNTARIAMENTE
EN LA INVESTIGACIÓN**

CODIGO.....

Buenos días señor (a) le damos un cordial saludo, somos estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia peruana, Estudiantes: Andrea Flores Saavedra, Nestor Papa Tote, Priscila Pinedo Ayllón, estamos realizando un estudio con la finalidad de recolectar información sobre *Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana - 2018*. El mismo que nos servirá para optar el título profesional de licenciado en enfermería. Para ello le solicitamos su participación voluntaria la cual será de mucha importancia para el estudio. Al mismo tiempo debo indicarle que de aceptar participar en el estudio, su colaboración será anónimo, en ningún momento se afectara su integridad física ni moral, cabe resaltar que si usted desea puede dejar de responder las preguntas y retirarse en cualquier momento.

Entonces paso hacer la siguiente pregunta:

¿Desea participar en el estudio?

Si

No

De ser positivo su respuesta, les agradecemos y a continuación se procederá a la aplicación de los instrumentos de recolección de datos muchas gracias.

FIRMA

DNI:

Factores predictores de la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto Mayor del hospital regional de Loreto – 2017

ANEXO N°02

PRESENTACION

Estimado (a) señor (a) me dirijo a usted con un cordial saludo, somos estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Mi nombre es: Andrea Flores Saavedra, Néstor Papa Tote, Priscila Pinedo Ayllón, estamos realizando un estudio de investigación titulada, *Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana – 2018*. Para la cual necesitamos su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas que son muy valiosas para el éxito de la investigación. Cabe recalcar que estas respuestas serán estrictamente de uso confidencial.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

DATOS LLENADOS POR EL INVESTIGADOR:

FECHA:

HORA DE INICIO:..... **HORA DE TÉRMINO:**.....

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:.....

Muchas Gracias Por Su Participación

Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana – 2018

ANEXO N°03

Cuestionario para caracterizar a los adultos mayores del Centro del Adulto Mayor del H.R.L

CODIGO:

INSTRUCTIVO: Por favor señor (a), escuche la pregunta que a continuación le haremos o marque con 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 Sigüientes Preguntas:

- | | | |
|--|--------------------------|---------------|
| 1. ¿Cuántos años tiene usted?:..... | | CODIGO |
| a) Adulto mayor joven de 60 a 70 años | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| b) Adulto mayor intermedio de 71 a 80 años | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |
| c) Adulto mayor senil de 81 a más años | <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) Superior | <input type="checkbox"/> | d) = 4 |
|
 | | |
| 4. ¿Cuál es su estado civil? | | |
| a) Casado (a) | <input type="checkbox"/> | a) = 1 |
| b) Soltero (a) | <input type="checkbox"/> | b) = 2 |

- c) Viudo (a) c) = 3
d) Divorciado (a) d) = 4

5. ¿Con que persona convive usted?

- a) con la pareja a) = 1
b) hijos b) = 2
c) Nietos c) = 3
d) Otros familiares/ amigos d) = 4

6. ¿Tiene seguro de salud?

- a) Con seguro de salud (SIS, ESSALUD) a) = 1
b) Sin seguro de salud b) = 2

7. ¿Cuál es su situación económica?

- a) Tiene apoyo económico a) = 1
b) No tiene apoyo económico b) = 2

8. ¿De qué zona proviene usted?

- a) Zona Urbana a) = 1
b) Zona Peri urbana b) = 2
c) Zona Rural c) = 3

9. ¿Padece usted diabetes?

- a) SI a) = 1
b) NO b) = 2

10. ¿Padece usted de Hipertensión Arterial?

- a) SI a) = 1
b) NO b) = 2

Muchas Gracias Por Su Participación.

Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto Mayor del hospital regional de Loreto, Punchana – 2018

ANEXO N°04

PRESENTACION

Estimado (a) señor (a) me dirijo a usted con un cordial saludo, somos estudiantes de la facultad de enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonia Peruana, Mi nombre es: Andrea Flores Saavedra, Néstor Papa Tote, Priscila Pinedo Ayllón, estamos realizando un estudio de investigación titulada, *Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana – 2018*. Para la cual necesitamos su colaboración dando respuestas sinceras a las preguntas que son muy valiosas para el éxito de la investigación. Cabe recalcar que estas respuestas serán estrictamente de uso confidencial.

MUCHAS GRACIAS POR SU COLABORACION.

DATOS LLENADOS POR EL INVESTIGADOR:

FECHA:

HORA DE INICIO:..... **HORA DE TÉRMINO:**.....

NOMBRE DEL INVESTIGADOR:.....

Muchas Gracias Por Su Participación

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)
<hr/>						
MEC.O.2			Fecha	de	(0)	(1)
hoy_____						
MEC.O.3		Mes	en	que	(0)	(1)
estamos_____						
MEC.O.4			Estación	del	(0)	(1)
año_____						
MEC.O.5		Año	en	que	(0)	(1)
estamos_____						
MEC.O.6	Lugar	en	el	que	(0)	(1)
estamos_____						
MEC.O.7	Planta	o	piso	en	el	que
estamos_____						
MEC.O.8	Ciudad	en	la	que	(0)	(1)
estamos_____						
MEC.O.9		En	qué	provincia	(0)	(1)
estamos_____						
MEC.O.10	Nación	/	país	en	el	que
estamos_____						

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	=	18	(0)	(1)
5.	18	-	3	=	15	(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:

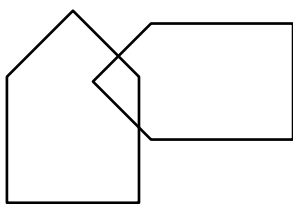
MEC.M.14 Repita las 3 palabras que le he dicho antes _____

Peseta	(0)	(1)
Caballo	(0)	(1)
Manzana	(0)	(1)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN:

MEC.L.15	(Mostrar un bolígrafo),	¿Qué es	(0)	(1)
esto? _____				
MEC.L.16	(Mostrar un reloj),	¿Qué es	(0)	(1)
esto? _____				
MEC.L.17	Repita esta frase: “En un trigal había cinco		(0)	(1)
perros” _____				
MEC.L.18	Una manzana y una pera son frutas, ¿Qué son rojo y		(0)	(1)
verde? _____				
MEC.L.19	¿Qué son perro y		(0)	(1)
gato? _____				
MEC.L.20	(Darle un papel e indicar), Coja este papel con la mano		(0)	(1)
derecha	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		(0)	(1)
frase _____				
MEC.L.25	Copie este		(0)	(1)
dibujo _____				



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 Participa

ANEXO N° 03 MATRIZ DE CONSISTENCIA

VARIABLES INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	INDICADOR	DEFINICION OPERACIONAL	NIVEL DE MEDICION	PREGUNTAS
FACTORES PREDICTORES	Son conjunto de variables que, puestas en relación con los factores de riesgo, nos permiten identificar la predisposición que tiene un grupo de personas de los adultos mayores que experimentar un posible daño.				

		<p>EDAD</p>	<p>Es el tiempo que transcurre desde el nacimiento del adulto mayor hasta el momento de aplicación del instrumento, se medirá de la siguiente manera:</p> <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 	<p>ORDINAL</p>	<p>¿Qué edad tiene usted?:.....</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Adulto mayor joven de 60 a 70 años <input type="checkbox"/> ➤ Adulto mayor intermedio de 71 a 80 años <input type="checkbox"/> ➤ Adulto mayor senil de 81 a más años <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------	---	-----------------------	---

			comprendida de 81 años a más.		
		SEXO	<p>Características biológicas que definen a los seres humanos como mujer o varón se consideran dos niveles</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Masculino: características que lo identifican como varón ➤ Femenino: características que lo identifican como mujer. 	NOMINAL	<p>Qué sexo tiene usted?</p> <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	NOMINAL	¿Hasta qué grado estudio usted?.....

			<p>datos y se considerara las siguientes categorías:</p> <ul style="list-style-type: none">➤ Sin estudio: adulto mayor que no sabe leer ni escribir.➤ Primaria: es aquel adulto mayor comprendido desde 1° al 6° año de educación.➤ Secundaria: es aquel adulto mayor comprendido desde el 7° y 11° año de educación.➤ Superior: es aquel adulto mayor que tiene sus estudios técnicos y universitarios.		<ul style="list-style-type: none">➤ Sin estudio <input type="checkbox"/>➤ Primaria <input type="checkbox"/>➤ Secundaria <input type="checkbox"/>➤ Superior <input type="checkbox"/>
--	--	--	---	--	--

		<p>ESTADO CIVIL</p>	<p>Es la condición civil del adulto mayor. Se clasifica de la siguiente manera:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Casado (a): Es aquel adulto mayor que tiene la condición civil por el matrimonio. ➤ Soltero (a): es aquel adulto mayor que actualmente se encuentra solo (a). ➤ Viudo (a): es aquel adulto mayor que actualmente se encuentra con fallecimiento de su pareja. ➤ Divorciado (a): es aquel adulto mayor que se 	<p>NOMINAL</p>	<p>¿Cuál es su estado civil?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Casado (a) <input type="checkbox"/> ➤ Soltero (a) <input type="checkbox"/> ➤ Viudo (a) <input type="checkbox"/> ➤ Divorciado <input type="checkbox"/> <p>(a)</p>
--	--	----------------------------	---	-----------------------	--

			encuentra actualmente separado.		
		PERSONA DE CONVIVENCIA	<p>Es el acompañamiento 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 la pareja: es cuando el adulto mayor vive con su esposa (o) o conviviente. ➤ Hijos: Es cuando el adulto mayor vive con sus hijos. ➤ Nietos: Es cuando el adulto mayor vive con sus nietos. 	RAZÓN	<p>¿Con que persona convive usted?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Con pareja <input type="checkbox"/> ➤ Hijos <input type="checkbox"/> ➤ Nietos <input type="checkbox"/> ➤ Otros familiares <input type="checkbox"/> ➤ Solo (a) <input type="checkbox"/>

			<ul style="list-style-type: none"> ➤ Otros familiares /amigos: Es cuando el adulto mayor, vive con otras personas o familiares ➤ Sola (o): Es cuando el adulto mayor vive sin acompañamiento. 		
		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"> ➤ Con seguro de salud : Es cuando el adulto mayor cuenta con algún tipo de seguro de salud ➤ Sin seguro der salud: Es cuando el adulto mayor 	NOMINAL	<p>¿Tiene seguro de salud?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Con seguro de salud <input type="checkbox"/> ➤ Sin seguro de salud <input type="checkbox"/>

			no cuenta con seguro de salud.		
		SITUACIÓN ECONÓMICA	<p>Es la disposición de bienes económicos que recibe o no el adulto mayor. Se medirá de la siguiente manera.</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene apoyo económico: Aquel adulto mayor que recibe una pensión del estado. ➤ No tiene apoyo económico: Aquel adulto mayor que no recibe una pensión del estado. 	ORDINAL	<p>¿Cuál es su situación económica?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Tiene apoyo económico <input type="checkbox"/> ➤ No tiene apoyo económico. <input type="checkbox"/>

		<p>PROCEDENCIA</p>	<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 indígenas, es aquella que 	<p>NOMINAL</p>	<p>¿De qué zona proviene usted?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Zona urbana <input type="checkbox"/> ➤ Zona peri urbana <input type="checkbox"/> ➤ Zona rural <input type="checkbox"/>
--	--	--------------------	--	----------------	--

			está integrada por centros poblados rurales y que se extienden desde los linderos peri urbanos.		
		PRESENCIA DE DIABETES	<p>Es cuando el adulto mayor presenta o no la enfermedad de diabetes. Se medirá con los siguientes indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta Diabetes: Es cuando el adulto mayor manifiesta padecer de diabetes ➤ No Presenta Diabetes: Es cuando el adulto mayor no manifiesta tener diabetes. 	NOMINAL	<p>¿Padece usted de diabetes?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta Diabetes <input type="checkbox"/> ➤ No Presenta Diabetes <input type="checkbox"/>

		<p>PRESENCIA HIPERTENSION ARTERIAL</p>	<p>Es cuando el adulto mayor padece o no de hipertensión arterial. Se medirá con los siguientes niveles:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta hipertensión arterial: es cuando el adulto mayor presenta presión arterial igual o mayor a 140/90 mmHg. ➤ Sin presencia de hipertensión arterial: es cuando el adulto mayor presenta presión arterial menor de 140/90 mmHg. 	<p>NOMINAL</p>	<p>¿Padece usted de Hipertensión Arterial?</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ Presenta hipertensión arterial <input type="checkbox"/> ➤ No presenta de hipertensión arterial <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	----------------	---

<p>DEPENDIENTE</p> <p>FUNCIÓN</p> <p>COGNITIVA</p>	<p>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>	<p>Normalidad: 30 – 35 puntos</p> <p>Borderline: 25 – 29 puntos.</p> <p>Deterioro leve: 20 – 24 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 	<p>ORDINAL</p>	<p>Cuestionario de Mini Examen cognoscitivo (M.E.C.), consta de 35 ítem, con una medición de 1 punto cada respuesta.</p>
---	---	---	--	-----------------------	--

		<p>Deterioro moderado: 15 – 19 puntos.</p> <p>Deterioro severo: menor o igual a 14 puntos.</p>	<p>dificultad para desarrollar sus actividades de la vida diaria.</p> <p>➤ Es cuando el adulto mayor presenta total dificultad para desarrollar sus actividades de la vida diaria.</p>		
--	--	--	--	--	--