



*Una Institución Adventista*

Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016

Lessly Karol Velazco Huaranga

Tanya Gyna Carrera Luis

Lima, febrero de 2017

# Universidad Peruana Unión

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Enfermería



*Una Institución Adventista*

Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016

Autores:

Lessly Karol Velazco Huaranga

Tanya Gyna Carrera Luis

Asesora:

Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio

Lima, febrero de 2017

## Como citar:

### Estilo APA

Velazco, k., y Carrera, G. (2017). *Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016 (Tesis de pregrado)*. Universidad Peruana Unión, Lima.

### Estilo Vancouver

Velazco Huaranga, k. Carrera Luis, G. Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”[Tesis de licenciatura].Lima: Universidad Peruana Unión.,2017.

Ficha catalográfica elaborada por el Centro de Recursos para el Aprendizaje y la Investigación – CRAI – de la UPeU

**TEF  
2**

Velazco Huaranga, Lessly Karol

**V39  
2017**

Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de Amor” de Chaclacayo, 2016/ Lessly Karol Velazco Huaranga y Tanya Gyna Carrera Luis; Asesor: Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio. -- Lima, 2017.

85 páginas: anexos, tablas

Tesis (Licenciatura)--Universidad Peruana Unión. Facultad de Ciencias de la Salud. EP. de Enfermería, 2017.

Incluye referencias y resumen.

Campo del conocimiento: Enfermería.

1. Dependencia física. 2. Deterioro cognitivo. 3. Adulto mayor. I. Carrera Luis, Tanya Gyna, autora.

**CDD 613. 704 46**

### DECLARACIÓN JURADA DE AUTORIA DEL INFORME DE TESIS

MSc. Mary Luz Solórzano Aparicio, de la Facultad de Ciencias de Salud, Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Peruana Unión.

**DECLARO:**

Que el presente informe de investigación titulado: **"DEPENDENCIA FÍSICA Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CASA HOGAR "MISIONEROS DE AMOR, CHACLACAYO, 2016"** constituye la memoria que presentan las Bachilleres **Gyna Tanya Carrera Luis y Lessly Karol Velazco Huaranga** para aspirar al título de Profesional de Licenciatura en Enfermería que ha sido realizado en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

Las opiniones y declaraciones en este informe son de entera responsabilidad del autor, sin comprometer a la institución

Y estando de acuerdo, firmo la presente constancia en (Lima), a los 13 días del mes de febrero del año 2017.

  
Nombre y apellidos del asesor

"Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar "misioneros de amor", Chaclacayo, 2016"

# TESIS

Presentada para optar el título profesional de  
Licenciado en Enfermería

## JURADO CALIFICADOR

  
Mg. Ruth Vallejos Atalaya  
Presidente

  
Mg. Nitzy Ramos Flores  
Secretaria

  
Mg. María Esther Valencia Orrillo  
Vocal

  
Mg. Rut Ester Mamani Limachi  
Vocal

  
MSc. Mary Luz Solorzano Aparicio  
Asesor

UPeU, 13 de febrero de 2017

## Dedicatoria

A Dios por darme el don de la vida y la fortaleza que me brinda día a día.

A Cécica y Carlos, mis queridos padres, quienes me brindaron su apoyo incondicional, tanto económico, como moral, por ser el soporte de mi vida y por incentivar y motivarme a lo largo de mi carrera profesional.

A mi tía Lúcida y mis hermanos Melissa y Carlos por ser un soporte constante.

Lessly

A Dios, por cuidarme y permitirme llegar a este momento tan especial.

A mis padres Zósimo y Claudina por ser los pilares más importantes de mi vida, por brindarme sus sabios consejos y guiarme para culminar mi carrera profesional.

A mis hermanos Gerald y Angelo por compartir conmigo alegrías y fracasos.

Gyna

## **Agradecimiento**

Agradecemos a Dios quien nos guió y dio la fortaleza para seguir adelante y permitirnos llegar a este momento tan importante en nuestras vidas.

A la Mg. Mary Luz Solórzano Aparicio por la constante asesoría y dedicación.

Al Lic. David Javier Aliaga y Lic. Héctor Huamanchoque Chuctaya, docentes del Programa de capacitación de tesis de la E.P de Enfermería por su asesoría permanente para culminar satisfactoriamente el trabajo de investigación.

A la casa hogar “Misioneros de amor” por la confianza y facilidad otorgada para la ejecución del proyecto.

A los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor” por su disposición y tiempo empleado.

## Índice general

Dedicatoria .....	v
Agradecimiento.....	vi
Índice general .....	vii
Índice de tablas.....	ix
Índice de anexos.....	x
Resumen .....	xi
Abstract .....	xii
Capítulo I: El problema .....	13
1. Planteamiento del problema .....	13
2. Formulación del problema.....	16
3. Objetivos de la investigación.....	16
3.1. Objetivo general. ....	16
3.2. Objetivos específicos. ....	17
4. Justificación .....	17
2. Presuposición filosófica .....	18
Capítulo II: Marco teórico .....	19
1. Antecedentes de la investigación.....	19
2. Marco teórico.....	21
2.1 Salud física en el adulto mayor.....	21
2.1.2 Dependencia. ....	22
2.1.3 Funcionamiento.....	24
2.1.4 Factores que influyen en el envejecimiento saludable.....	25
2.1.5 Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento.....	26
2.1.6 Recomendaciones para mantener un buen estado físico. ....	27
3.2 Salud Mental en el Adulto Mayor.....	30
3.2.3 Deterioro Cognitivo.....	33
3.2.4 Recomendaciones para mantener un buen estado mental.....	35
3.3 Modelo teórico de enfermería.....	36
4. Definiciones de términos.....	38
Capítulo III: Materiales y métodos.....	39
1. Diseño y tipo de investigación.....	39

2. Variables de la investigación.....	39
2.1 Definición de dependencia física .....	39
2.2 Definición de deterioro cognitivo.....	39
2. 3 Operacionalización de variables .....	40
3. Hipótesis de la investigación.....	42
3.1 Hipótesis general.....	42
3.2 Hipótesis específicas.....	42
4. Delimitación geográfica y temporal .....	43
5. Participantes .....	43
5.1 Población .....	43
5.2 Muestra .....	43
5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.....	44
5.2.2 Características de la muestra.....	44
6. Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	45
6.1 Índice de Barthel .....	46
6.2 Test Mini Prueba del Estado Mental (MMSE) .....	46
7. Proceso de recolección de datos .....	47
8. Procesamiento y análisis de datos.....	47
9. Consideraciones éticas.....	48
Capítulo IV: Resultados y discusión .....	49
1. Resultados.....	49
2. Discusión .....	52
Capítulo V: Conclusiones y recomendaciones .....	60
1. Conclusiones .....	60
2. Recomendaciones .....	61
Referencias Bibliográficas .....	62

## Índice de tablas

Tabla 1. Característica demográfica de la población.....	33
Tabla 2. Relación entre deterioro cognitivo y dependencia física en los adultos mayores..	37
Tabla 3. Dependencia física y género en los adultos mayores.....	37
Tabla 4. Dependencia física y edad en los adultos mayores.....	38
Tabla 5. Deterioro cognitivo y edad en los adultos mayores. ....	39
Tabla 6. Deterioro cognitivo y género en los adultos mayores. ....	39

## Índice de anexos

Anexo 1. Consentimiento informado .....	72
Anexo 2. cuestionario de dependencia física y deterioro cognitivo.....	75
Anexo 3. Resultados descriptivos .....	82

## Resumen

El objetivo es determinar la relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor”. El estudio es de diseño correlacional y de corte transversal. La muestra fue no probabilística y de carácter censal, conformada por 200 adultos mayores. Los instrumentos empleados para la recolección de datos fueron: El índice de Barthel con un  $\alpha = 0.92$  y el Mini Mental con un  $\alpha = 0.81$ . A través del estadístico Tau b Kendall se demostró que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo con un p-valor de 0.567. Sin embargo se halló relación entre la edad y el deterioro cognitivo ( $p=0.001$ ), entre la edad y la dependencia física ( $p = 0.03$ ) y entre el género y el deterioro cognitivo ( $p = 0.038$ ). Se concluyó que no existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una casa hogar.

Palabras clave: dependencia física, deterioro cognitivo, adulto mayor, casa hogar.

## **Abstract**

The objective is to determine the relationship between physical dependence and cognitive deterioration in seniors of the home shelter “Missionaries of love”. The study was of correlation design and cross sectional study. The sample was non-probabilistic and census, comprised by 200 seniors. The instruments used for data collection were: the Barthel index with a  $\alpha = 0.92$  and the Mini mental with a  $\alpha = 0.81$ . Through the statistical Tau b Kendall showed there is not relationship between physical dependence and cognitive deterioration with a p-value of 0.567. However we found a relationship between cognitive deterioration and age ( $p = 0.001$ ), age and physical dependence ( $p = 0.03$ ) and between gender and cognitive deterioration ( $p = 0.038$ ). It was concluded that there is not relationship between physical dependence and cognitive deterioration in the seniors of a home shelter.

Key words: physical dependence, cognitive deterioration, seniors, home shelter.

## **Capítulo I**

### **El problema**

#### **1. Planteamiento del problema**

La OMS (2015) pronosticó que de aquí al año 2050 la cantidad de ancianos que no pueden valerse por sí mismos se multiplicará por cuatro en los países en desarrollo. Muchos ancianos de edad muy avanzada pierden la capacidad de vivir independientemente porque padecen limitaciones de la movilidad, fragilidad u otros problemas físicos o mentales. Muchos necesitan alguna forma de asistencia a largo plazo, que puede consistir en cuidados domiciliarios o comunitarios y ayuda para la vida cotidiana, reclusión en asilos y estadías prolongadas en hospitales.

España presentó uno de los índices de envejecimiento más altos en Europa. Según Calero (2011) esta tasa se sitúa aproximadamente en el 17%, con un aumento significativo de la población mayor de 80 años, que constituiría el 4,1% del total de la población. Las proyecciones de Naciones Unidas estiman que, en el año 2050, en nuestro país la población mayor de 65 años será del 35% (más de 13 millones de personas), solo por detrás de Japón y por delante de Italia, Eslovenia y Grecia, los países más envejecidos del mundo.

Desde un punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (MINSAs, 2015).

El deterioro gradual de las condiciones física y mental que acompañan al proceso de envejecimiento así, como la reducción resultante de los años previstos de la esperanza de vida activa y saludable son factores indicativos de que el proceso va conducir a una mayor

demanda de servicios de salud. A esta situación se asocia la naturaleza crónica y progresiva de la morbilidad que hace que los servicios tiendan a ser de carácter paliativo y a evitar o demorar el deterioro de las condiciones de salud de los adultos mayores. El rápido crecimiento de la población que está envejeciendo plantea enormes retos a la capacidad y la voluntad de los sectores social y de la salud para que proporcionen sistemas coordinados de atención para la prolongación de la esperanza de vida sin discapacidad para las personas adultas mayores (Organización Panamericana de la Salud, 2006). Aranibar (2006) refirió que en Latinoamérica el envejecimiento en el individuo y el poblacional son dos fenómenos diferentes pero relacionados entre sí. Estas dos perspectivas de envejecimiento no representan un problema por sí mismos. Pero se empiezan a considerar como un inconveniente cuando aparecen trastornos de la capacidad física y mental, disminuye la autonomía, las actividades y la adaptabilidad, se deterioran las relaciones familiares y sociales, cesa el trabajo y se pierde la independencia económica, así como un quebranto de la salud, con aparición de enfermedades que producen consecuencias en la vida cotidiana.

De todas maneras, es innegable que la estructura por edades de la población latinoamericana está cambiando hacia una mayor proporción de personas en edad avanzada por lo que, más temprano o más tarde estos países enfrentarán el desafío que esto a carrera en los aspectos sociales económicos, culturales, políticos y éticos.

Por otra parte se menciona que la consecuencia del “baby boom” de nacimientos ocurrido en Europa y Latinoamérica, hace cuatro o cinco décadas, la región se verá enfrentada a una “ola” de aumento de los mayores de 60 años. Entre 2010 y 2025 la tasa de crecimiento de ese segmento se acercará al 4 por ciento medio anual. Por ello, a partir del 2000 la población de adultos mayores de América Latina se duplicará en solo dos décadas, alcanzando a aproximadamente 80 millones de personas. Por tanto, los gobiernos deben estar preparados para que cada año, en promedio, haya 2 millones más de individuos que requieran programas sociales para ese sector de la sociedad (CEPAL 2016).

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2016) señaló que como resultado de los grandes cambios demográficos experimentados en las últimas décadas en el país, la estructura por edad y sexo de la población está experimentando cambios significativos. En este proceso de envejecimiento de la población peruana, aumenta la proporción de la población adulta mayor de 5,7% en el año 1950 a 9,7% en el año 2016. En tanto la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG, 2014) el 39,1% de los hogares lo integra

algún adulto mayor de 60 y más años de edad y en el 8,1% de los hogares vive alguno de 80 y más años de edad.

La población de Lima está envejeciendo de manera acelerada. Es decir, la cantidad de adultos mayores está en aumento, mientras que los jóvenes son cada vez menos. De hecho, la capital es una de las ciudades que más rápido envejecen en Latinoamérica. Mientras que en el 2000 la población de adultos mayores era de 398 mil habitantes (5,7% del total), en el 2014 superó el millón y pasó a representar el 11% del total. También señaló que el envejecimiento de la población no es uniforme en la capital. Lima Centro, que concentra a los distritos tradicionales y con más recursos, es la zona con mayor porcentaje y crecimiento de la población de adultos mayores; tal es así, que en San Isidro y Miraflores, las personas mayores de 60 años representan un cuarto de la población. En contraste, a los distritos de fundación más reciente son más jóvenes. En Los Olivos (Lima norte), San Juan de Lurigancho (Lima este) y Villa El Salvador (Lima sur), los adultos mayores representan menos del 10% de la población (INEI, 2015).

Según expertos, estas diferencias se explican porque la tasa de fecundidad es mayor en varios distritos emergentes debido a los menores índices de desarrollo socioeconómico.

La Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor (ESBAM) es la primera encuesta aplicada en el Perú que tiene como población objetivo al adulto mayor. Mide no sólo las condiciones socio-económicas que lo rodean sino el nivel de calidad de vida (entendido por salud física y emocional) de dicha población. Esta encuesta constituye un hito en la generación de evidencia para la toma de decisiones de una población con alto grado de vulnerabilidad y que tradicionalmente no ha sido relevante en las políticas sociales. Algunos de los hallazgos más importantes están referidos a la educación del adulto mayor, 7 de cada 10 cuenta con primaria incompleta o menos. En cuanto al estado de salud física y emocional, si bien se observa que 6 de cada 10 adultos mayores reporta tener un estado de salud física mala o muy mala, menos de la mitad recibe algún tipo de tratamiento (ESBAM, 2012).

La prevalencia de enfermedades en las personas adultas mayores se manifiesta en un 74.4 %, quienes tienen algún problema de salud. El 46.2% declaró presentar síntomas, 41.9% señaló que tiene una enfermedad. Estas van aumentando significativamente en los adultos mayores de sexo femenino. Para el año 2011, el 71.4% de los adultos mayores varones presenta alguna enfermedad crónica, y el 82.1% de mujeres también. Estos indicadores aluden la responsabilidad individual, pero principalmente a las deficientes condiciones de acceso equitativo que tiene la población para una vida sana. Por otro lado, en

América Latina, y en el Perú en particular la protección social y la cobertura de pensiones en edades avanzadas sigue siendo un desafío. Unos de cada cuatro peruanos están afiliados a algún sistema de pensiones, y solo uno de cada tres mayores de 65 años goza de algún tipo de pensión (MINSA 2013).

El excesivo crecimiento de la población de adultos mayores en Perú, la escasez de trabajos de investigación en casas de reposo y la falta de difusión de los programas para los adultos mayores dirigidos por el gobierno; fueron motivos de acudir a la casa hogar “Misioneros de amor” de Chaclacayo, el número de adultos mayores en dicho centro fue de 250. En la visita se observó que algunos de los adultos mayores no necesitaban ayuda para realizar sus actividades de la vida diaria, sin embargo, estas personas carecían de orientación en tiempo, espacio y persona e incluso de razonamiento. Los adultos mayores de la mencionada casa hogar son evaluados eventualmente por el personal de salud de los Centros de Salud aledaños, cuyos reportes son registrados en una ficha; en donde se observó también los riesgos a los que estaban expuestos y los problemas que carecían.

Por otro lado, se observa que la sociedad en su concepto erróneo margina y discriminan a las personas de la tercera edad. Todo este conjunto de acciones puede alterar la salud emocional y mental de la persona, por ello se decide realizar el presente trabajo para evaluar si hay relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores en la mencionada casa hogar.

El panorama descrito motiva la realización del trabajo de investigación por lo que se formula la siguiente pregunta.

## **2. Formulación del problema**

¿Qué relación existe entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor” de Chaclacayo?

## **3. Objetivos de la investigación**

### ***3.1. Objetivo general.***

Determinar la relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo.

### **3.2. Objetivos específicos.**

- .Determinar la relación entre género y la dependencia física en el adulto mayor de la Casa Hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo.
- Determinar la relación entre edad y la dependencia física en los adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo.
- Determinar la relación entre edad y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo.
- Determinar la relación entre género y el deterioro cognitivo en el adulto de la Casa Hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo.

### **4. Justificación**

El estudio se justifica porque selecciona información relevante, concisa, actualizada sobre la dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores. De este modo aportar un valor añadido al conocimiento actual. Además de ser una fuente bibliográfica para estudios similares.

En el aspecto metodológico la investigación se justifica porque aporta una base de datos actualizados para ser usado por la comunidad científica, además consolida la confiabilidad de los instrumentos de Barthel y Mini Mental en una realidad específica, los cuales pueden ser usados en diversas realidades con las adaptaciones necesarias.

En la práctica los resultados de la investigación serán emitidos a las autoridades competentes de la casa Hogar “Misioneros de amor” de manera que puedan tomar acciones en favor de los adultos mayores mejorando así su calidad de vida. Además, la difusión de los resultados de ésta investigación permitirá que el personal de enfermería en el futuro pueda realizar acciones concretas relacionados a la mejora de la calidad de vida del adulto mayor específicamente en la Casa Hogar “Misioneros de amor”, permitiendo así disminuir la prevalencia de dependencia en la población adulto mayor.

El aporte social se justifica porque el estudio beneficia a la comunidad de los adultos mayores concentrados en otras casas hogar y de la sociedad en general, permitiendo identificar sus problemas cognitivos y de dependencia física. Asimismo, la información recabada podrá ser utilizada por otros hospitales o centros a los cuales acuden los adultos mayores para mejorar su funcionalidad a través del cuidado, con el fin de tener una vejez saludable en la sociedad.

## 2. Presuposición filosófica

Las Sagradas Escrituras mencionan el deseo de Dios hacia los hombres con respecto a su bienestar total, al decir “Amado, yo deseo que tú seas prosperado en todas las cosas, y que tengas salud, así como prospera tu alma” (3 Jn. 2).

Un grupo de personas a las que se debe especial consideración y atención son los adultos mayores, y en varias ocasiones la Biblia recuerda este hecho, por ejemplo: “Delante de las canas te levantarás, y honrarás el rostro del anciano, y de tu Dios tendrás temor” ( Lev. 19:32). Además, se menciona que esta etapa de la vida debe ser cuidada por la fuerza de los jóvenes “La gloria de los jóvenes es su fuerza, y la hermosura de los ancianos es su vejez” (Prov. 20:29).

No todas las personas mayores necesitan o quieren atención constante en las casas de sus hijos, pueden preferir vivir en una comunidad con otras personas de su edad, o pueden ser capaces de responsabilizarse por su autocuidado. Independientemente de las circunstancias, los hijos aún tienen obligaciones hacia sus padres, si están en necesidad de asistencia financiera, les deben ayudar. Si están enfermos, cuidar de ellos. Si necesitan un lugar para vivir, ofrecerles un hogar. Si necesitan ayuda con el trabajo doméstico o el cuidado de su propiedad, ofrecerles apoyo. Y si están bajo el cuidado de un asilo de ancianos, se debe evaluar las condiciones de vida en la institución para asegurar que sus padres estén siendo cuidados de manera correcta y con amor (Fernández, 2007).

Una vez más se repitieron las instrucciones que el Señor me había dado: Que cada familia se ocupe de sus parientes y provea lo que sea necesario para ellos. Si esto no fuera posible, entonces la iglesia debería llevar la carga. El Señor bendecirá a su iglesia cuando esta practique la benevolencia. Se trata de los pobres de Dios, quienes no deben dejarse desamparados e infelices. Cuando la iglesia no pueda hacer esto, entonces la asociación debe hacerse cargo del problema y hacer provisión para los necesitados del Señor. También debería hacerse provisión para los huérfanos. Si estos no pueden ser atendidos por sus parientes, entonces la iglesia o la asociación deben encargarse de ellos y colocarlos en hogares adecuados (White, 1898).

## **Capítulo II**

### **Marco teórico**

#### **1. Antecedentes de la investigación**

Dias, Andrade, Duarte, Santos y Lebrão (2015) desarrollaron un estudio sobre "actividades avanzadas de la vida cotidiana y la incidencia de deterioro cognitivo en los ancianos" en Brasil, cuyo objetivo fue evaluar el impacto de las actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD) en la incidencia de deterioro cognitivo, fue un estudio longitudinal, se evaluó mediante el Mini mental y el índice de Barthel, fue aplicado a 298 adultos mayores. Los resultados del análisis mostró que cuanto mayor es el número de AAVD hay menos probabilidad de deterioro cognitivo. El autor concluye que mayor práctica de actividades avanzadas de la diarias, puede disminuir la incidencia del deterioro cognitivo en ancianos no institucionalizados.

Sánchez, González, Alerm y Bacallao (2014) realizaron un estudio titulado "Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor, Habana, Cuba", tuvo por objetivo evaluar la asociación de la calidad de vida psíquica y el funcionamiento físico, elaboró un estudio de tipo exploratorio de corte transversal, fue aplicado a 190 adultos mayores, como resultado obtuvo que ambas dimensiones estén relativamente disociadas, lo que nos lleva a una aparente "oposición" entre salud física y adaptación psíquica en relación con el bienestar de los ancianos. Llegó a la conclusión que los ancianos pueden obtener puntajes altos en la esfera psíquica de la calidad de vida, pese a los puntajes bajos en la esfera física, debido a las enfermedades.

Guapisaca, Guevara y Toledo (2014) ejecutaron un estudio en Cuenca, Ecuador; cuyo objetivo fue determinar la prevalencia y los factores asociados al deterioro cognitivo en los adultos mayores de los asilos, realizó un estudio descriptivo de tipo transversal, la metodología que empleó es el cuestionario Mini mental, aplicado a 182 adultos mayores, los resultados muestran que la prevalencia de deterioro cognitivo fue de 56% y de demencia de 17%; no se halló diferencia estadísticamente significativa entre el resultado de Mini mental

El único factor de riesgo estadísticamente significativo fue el sexo femenino con RP 1,3 (IC 95% 1,1-1,7) con  $p=0,0006$ . Concluyó mencionando que la prevalencia de deterioro cognitivo en nuestra población es elevada y supera el 60% planteado; el sexo femenino aumenta la probabilidad de deterioro, sin embargo, con las enfermedades crónicas no se asocian.

Macas (2012) elaboró un estudio titulado “Programa educativo para potenciar la salud mental en el adulto mayor con enfermedades crónicas del Hospital Universitario Motupe de Loja”, el objetivo principal: diagnosticar la salud mental del adulto mayor y proponer un programa educativo. El estudio fue de tipo descriptivo y de corte transversal. Se usó el test MiniMental, test de Yesavage, la muestra fue de 67 adultos mayores. Los resultados determinaron que el 70% de los adultos mayores cuentan con una buena salud mental, mientras que el 23% presentan un deterioro leve, el 7% un deterioro moderado. Se concluyó que un grupo los adultos mayores investigados y que presentan enfermedades crónicas degenerativas, que asisten al Hospital Universitario Motupe, se encuentran en el rango de la normalidad, mientras que el resto de ellos presentan un deterioro cognitivo leve y moderado acompañado de una probable depresión y una depresión estable

León, Millán, Feliciano, Calderón y Arévalo (2009) elaboraron un estudio denominado “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor, Querétaro, México”, tuvo por objetivo determinar la asociación entre deterioro cognitivo y funcional con factores socioeconómicos, laborales, sociodemográficos y enfermedades crónicas. Fue un estudio de tipo correlacional de corte transversal, se aplicó cuestionarios como el Mini mental de Folstein, y los instrumentos de Katz y Lawton, en 422 adultos mayores. Su resultado demostró que los factores asociados al deterioro cognitivo fueron haber sufrido ataques de embolia, ser mujer y de nivel socioeconómico regular; de las actividades de la vida diaria, fueron haber padecido diabetes mellitus tipo 2 y de las actividades instrumentales de la vida diaria, ser mujer, deterioro visual. Concluyó que varios factores de riesgo son susceptibles de prevención para retrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor.

Caceres (2006) realizó un estudio sobre “Estado de salud físico y mental de los adultos mayores del área rural de Costa Rica”. El estudio fue cuantitativo de diseño correlacional y de corte transversal. Los instrumentos usados fueron el Índice de Barthel, test MiniMental, Escala de Yesavage fueron aplicados en 606 adultos mayores. Los resultados demostraron que el deterioro cognitivo y estado de ánimo están relacionados a las condiciones físicas del adulto mayor, el 64.7 % de los ancianos desarrollan AVD sin dificultad, el 13 % presenta problemas en alguna de estas y el 22 % presentan dos o más dificultades en la realización

de estas actividades, el 16.4 % de los adultos mayores presentaron un deterioro cognitivo severo, el 44.2 % moderado y el 39.3 % leve.

Mohd, Rampal y Afifi (2006), en un estudio realizado en Sepang, Selangor, Malaysia, tuvo como objetivo determinar la prevalencia de los problemas físicos y mentales de los adultos mayores. El estudio fue cuantitativo de diseño descriptivo y de corte transversal. La metodología empleada fue el Índice de Barthel, la Escala de Depresión Geriátrica y un cuestionario estructurado aplicado a 223 adultos mayores. En cuanto a los resultados, obtuvieron que la prevalencia de problemas de salud física tales como la enfermedad crónica y la dependencia funcional fueron del 60,1% y el 15,7 respectivamente, mientras que la prevalencia de problemas de salud mental como la depresión y el deterioro cognitivo fueron 7,6% y 22,4%, respectivamente. La investigación concluyó que la depresión se asociaba significativamente con el desempleo ( $p < 0,05$ ) y el deterioro cognitivo se asoció significativamente con la edad, el género, la etnia, el estado civil y el nivel de educación ( $p < 0,05$ ).

Bayarre et al. (2004) realizaron un estudio en Cuba, titulado “Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas”. El trabajo es un estudio descriptivo, de corte transversal. La metodología fue el examen de Mini mental, índice de Lawton. La muestra estuvo constituida por 3693 ancianos que residían en las provincias de Ciudad de La Habana, Las Tunas, Granma, Holguín y Camagüey. Los resultados afirman que la discapacidad física osciló entre 13,9 % (Holguín) y 36,6 % (Granma). Se incrementó con la edad, desde 4,5 %, para los adultos mayores que residen en Holguín, hasta 83 % en Las Tunas predominó en mujeres de todas las provincias, con tasas que alcanzaron el 40 %, excepto para Holguín. Las conclusiones muestran que la discapacidad física es frecuente en la población investigada, con excepción en Holguín; se incrementa con la edad, predomina en el sexo femenino y se genera por pérdida de actividades que demandan mayor desplazamiento.

## **2. Marco teórico**

### **2.1 Salud física en el adulto mayor.**

#### **2.1.1 Definición.**

La salud física se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Cuando el cuerpo funciona de la forma para la cual fue diseñado, está en buena salud física. Desde el

punto de vista biológico, el envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2014).

Ahora bien, esos cambios no son lineales ni uniformes, y su vinculación con la edad de una persona en años es más bien relativa. Si bien algunos septuagenarios disfrutan de una excelente salud y se desenvuelven perfectamente, otros son frágiles y necesitan ayuda considerable. Además de los cambios biológicos, el envejecimiento también está asociado con otras transiciones de la vida como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas, y la muerte de amigos o pareja. En la formulación de una respuesta de salud pública al envejecimiento, es importante tener en cuenta no solo los elementos que amortiguan las pérdidas asociadas con la vejez, sino también los que pueden reforzar la recuperación, la adaptación y el crecimiento psicosocial (Izquierdo, 2011).

### **2.1.2 Dependencia.**

En su acepción más amplia, la dependencia es la “subordinación a un poder mayor” o la situación de una persona que no puede valerse por sí misma (RAE, 2012). Intrínsecamente presupone la pérdida de la autonomía y relega el cuidado propio, ya sea a personas, instituciones u otros entes. Aunque la condición de dependencia puede darse a lo largo del ciclo de la vida, hay condiciones que hacen más proclives a los adultos mayores, debido a que de manera recurrente la vejez viene acompañada de complicaciones que deterioran la salud y que conllevan con rapidez a la muerte (Ruelas, Graue, Mancilla, Fajardo, & Sarti, 2014).

Por otro lado, una de las definiciones más utilizadas sobre la dependencia es la del Consejo de Europa, que la reconoce como:

Según Nolte y McKee (2008), “Un estado en que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen la necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria. La dependencia puede afectar a cualquier sector de la población y no solo a las personas mayores. Si bien es cierto que la dependencia tiende a aumentar con edad, y que la vejez se caracteriza por aparecer frecuentemente asociada con múltiples problemas de salud, la edad no es el único criterio acerca de este estado.”

### *2.1.2.1 Dependencia Física.*

El centro de discusión de gran parte de los trabajos publicados sobre la dependencia de los adultos mayores gira en torno de la dependencia en salud, como producto de la pérdida funcional de las capacidades corporales o sensoriales. De estas, las más analizadas se relacionan con la incapacidad para efectuar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que son vestirse, acostarse, caminar, usar el inodoro, bañarse, comer, esenciales para el cuidado personal y la autonomía (Barrantes, García, & Gutiérrez, 2007).

Se considera que las limitaciones funcionales son caudas y determinantes, en casi todos los casos de discapacidad y de dependencia (Dorantes, Ávila, Mejía, & Gutiérrez, 2007)

Dentro de la dependencia por situaciones de salud, se incluyen aquellas que se originan por morbilidad (en especial, enfermedades crónicas), impedimentos para la movilidad o alteraciones que restringen la ejecución de labores individuales, económicas, familiares y sociales. En los adultos mayores la dependencia se intensifica por razones que involucran la pérdida progresiva de la capacidad visual y auditiva, del control de esfínteres, del balance y equilibrio. Estos quebrantos pueden minar la independencia de los sujetos envejecidos, aunque también es factible que puedan seguir desarrollando tareas con emancipación.

La dependencia física acarrea implicaciones que afectan diferentes niveles: individual, el hogar y la sociedad. En los individual, la dependencia puede significar pérdida del autoestima, depresión y desinterés por el autocuidado, en el hogar, una pérdida del rol, en la comunidad, el aumento de la demanda de servicios de salud y servicios asistenciales son los principales resultados que expresan la dependencia de los adultos mayores (Murray & Lopez, 2007).

### *2.1.2.2 Grados de dependencia.*

Según González (2012), la dependencia se puede considerar como un continuo que va desde lo severo a lo leve, según las actividades de la vida diaria involucradas y la ayuda requerida para su realización.

#### *Dependencia leve*

La dependencia leve se ha definido como la incapacidad para efectuar una actividad de la vida diaria, la necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar una actividad de la

vida diaria o la necesidad de ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos actividades de la vida diaria.

#### Dependencia moderada

Considera la necesidad de ayuda humana, en el caso de existir una limitación funcional moderada que la requiera siempre o casi siempre, se incluyó dentro de la definición de dependencia moderada. La dependencia moderada que requiere ayuda siempre o la mayoría de las veces incluye las siguientes situaciones: incapacidad para bañarse, requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar dos actividades de la vida diaria, requiere ayuda siempre o casi siempre para efectuar para efectuar tres actividades de la vida diaria (Espinosa, Muñoz & Portillo, 2008).

#### Dependencia severa

Se incluye dentro de esta categoría a todos los individuos con limitación funcional por la cual siempre necesitan ayuda. Dentro de la definición de limitación funcional severa se incluyeron las siguientes situaciones: Individuos Postrados, se define como aquellos confinados a su cama, sujetos que presenten demencia de cualquier grado, incapacidad para efectuar una actividad de la vida diaria (excepto bañarse).

### **2.1.3 Funcionamiento.**

El funcionamiento se define como la capacidad del individuo para realizar las actividades de la vida diaria, tal como se especifica en la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), declina gradualmente, siendo más notorio en mayores de 65 años. Los adultos mayores que viven con sus hijos adultos tienen mayor probabilidad de recibir ayuda en sus actividades de la vida diaria, comparado con los que viven solos o con otras personas (Arana, García, Cárdenas, Hernández y Aguilar, 2013).

La funcionalidad en los adultos mayores puede ser dividida en tres áreas principales: la física, la psíquica y la social. La parte física ha sido comúnmente operacionalizada con las actividades de la vida diaria de la persona y otras características como la fuerza, el balance, la coordinación, etc. La parte psíquica se refiere a las actividades cognitivas y a la salud mental y personalidad. Por último, la parte social, tiene relación con el adecuado estado de la física y psíquica. Una adecuada condición de estas tres áreas determinará una apropiada función al llegar a la etapa de la vejez. La discapacidad está relacionada con una pérdida en

la funcionalidad normal de la persona. Esta puede ser definida como una limitación en las tareas y roles definidos socialmente, en un ambiente sociocultural y físico (Ocampo, 2006).

El comienzo de la discapacidad se puede presentar de manera súbita, como la causada por un accidente, o de manera progresiva y gradual, como lo que sucede por males crónicos que se van agravando con el tiempo.

#### ***2.1.4 Factores que influyen en el envejecimiento saludable.***

Aunque algunas de las variaciones en la salud de las personas mayores son genéticas, los entornos físicos y sociales revisten gran importancia, en particular las viviendas, vecindario y comunidades, así como sus características personales, como el sexo, la etnia o el nivel socioeconómico. Estos factores empiezan a influir en el proceso de envejecimiento en una etapa temprana. Los entornos en los que se vive durante la niñez o incluso en la fase embrionaria junto con las características personales, tienen efectos a largo plazo en la forma de envejecer (Marín, 2013).

Gutierrez (2015) añadió que los entornos también tienen una influencia importante en el establecimiento y mantenimiento de hábitos saludables. El mantenimiento de hábitos saludables a lo largo de la vida, en particular llevar una dieta equilibrada, realizar una actividad física periódica y abstenerse de fumar, contribuye a reducir el riesgo de padecer enfermedades no transmisibles y a mejorar las facultades físicas. En la vejez mantener esos hábitos es también importante.

El mantenimiento de la masa muscular mediante entrenamiento y una buena nutrición pueden ayudar a preservar la función cognitiva, retrasar la dependencia y revertir la fragilidad. Los entornos propicios permiten llevar a cabo las actividades que son importantes para las personas, a pesar de la pérdida de facultades. Edificios y transporte públicos seguros y accesibles, y lugares por los que sea fácil caminar, son ejemplos de entornos propicios (Gálvez & Padial, 2012).

### **2.1.5 Afecciones comunes asociadas con el envejecimiento.**

Rodríguez (2011) afirmó que entre las afecciones comunes de la vejez cabe citar la pérdida de audición, cataratas y errores de refracción, dolores de espalda y cuello y osteoartritis, neumopatías obstructivas crónicas, diabetes, depresión y demencia. Es más, a medida que se envejece aumenta la probabilidad de experimentar varias afecciones al mismo tiempo.

La vejez se caracteriza también por la aparición de varios estados de salud complejos que suelen presentarse solo en las últimas etapas de la vida y que no se enmarcan en categorías de morbilidad específicas. Esos estados de salud se denominan normalmente síndromes geriátricos. Por lo general, son consecuencia de múltiples factores subyacentes que incluyen, entre otros, los siguientes: fragilidad, incontinencia urinaria, caídas, estados delirantes y úlceras por presión. Los síndromes geriátricos parecen predecir mejor la muerte que la presencia o el número de enfermedades específicas. Ahora bien, puesto que no son específicos de una disciplina médica, con frecuencia se dejan de lado en los servicios de salud de estructura tradicional y en la investigación epidemiológica (Basilio et al., 2007).

#### **2.1.5.1 Cambios en la piel.**

Se da de forma general una pérdida de elasticidad y una pérdida de agua intracelular. A esto se le puede sumar un adelgazamiento de la piel, una disminución en la producción de ácido hialurónico que, una menor vascularización y una dificultad en la producción de colágeno. Estos cambios fisiológicos originan alteraciones morfológicas como la aparición de arrugas, la flacidez y la sequedad así como cambios funcionales cuando la piel cumple pero su función barrera. Existe también cambios en las uñas, que se vuelven en las manos más quebradizas y sin embargo más gruesas en los pies. También hay cambios en el pelo con pérdida de melanina y aparición por tanto de canas, así como mayor caída en algunas personas o un pelo más quebradizo (Belando, 2012).

#### **2.1.5.2 Sistema musculoesquelético.**

En lo referente al sistema óseo, se produce una descalcificación y un adelgazamiento, pudiendo aumentar el riesgo de fracturas especialmente en las zonas del hueso próximas a la articulación. En la columna vertebral, esto es más llamativo con un adelgazamiento de las vértebras así como de los discos intervertebrales (por pérdida de agua y otros cambios)

dando lugar a cambios en la estructura corporal (disminución de la altura, etc). La masa muscular también disminuye pudiendo aparecer una pérdida fuerza en parte también por cambios en el sistema nervioso tales como adelgazamiento de nervios, pérdida de funcionalidad en la transmisión, etc. (García & Hayflick, 2009).

#### *2.1.5.3 Cambios en los órganos de los sentidos.*

Noriega, García y Torres (2013) señalaron que existen cambios físicos en los órganos (una mayor atrofia, desgaste) dan lugar a cambios en la función con lo que hay pérdidas de visión, oído, capacidad de tacto, etc.

#### *2.1.5.4 Cambios en el sistema cardiovascular.*

Los cambios anatómicos cardíacos más destacados son la hipertrofia miocárdica, áreas de fibrosis, aumento del contenido de colágeno en el endocardio, reducción del número de fibras miocárdicas e hipertrofia de las residuales, engrosamiento y rigidez de las válvulas cardíacas.

A nivel vascular, las paredes arteriales se hacen más rígidas, incrementan la relación colágena/elastina de aorta y grandes vasos y disminuye la elasticidad de las fibras de colágeno (Lamm & Cuéllar, 2008).

### **2.1.6 Recomendaciones para mantener un buen estado físico.**

#### *2.1.6.1 Actividad física.*

El ejercicio físico es útil para mantener un buen estado físico, mejorar el estado emocional y la movilidad, la coordinación y el equilibrio, el control de algunas enfermedades como la diabetes, la hipertensión arterial, la obesidad, y los problemas de colesterol, prevenir la osteoporosis y conservar más ágiles y atentos los sentidos (Guadalajara, 2010). Además, el autor refiere algunas consideraciones en la actividad física:

Antes de comenzar con una rutina de ejercicios, se recomienda hacer una visita al médico, y asegurarse que puede realizarlo sin riesgo.

Tener presente que hacer poco ejercicio es mejor que no hacer ninguno.

La actividad física debe realizarse de manera gradual, progresiva, con un precalentamiento inicial de 3 a 5 minutos, con el objetivo de adaptar el organismo al ejercicio.

El ejercicio físico no debe ser excesivo: debe durar al menos 30 minutos y practicarse tres veces a la semana, si es bien tolerado.

No realizar ejercicios inmediatamente después de haber comido.

Considerar el uso de ropa adecuada, acorde con la temperatura ambiente, un calzado cómodo y un buen amigo de compañía.

Al hacer cualquier actividad física, tomar bastante líquido.

Si al realizar ejercicios siente algún dolor o molestia, suspenderlo y consultar al médico.

Entre las actividades recomendadas está la natación aunque solo sea jugar en el agua y las caminatas.

#### *2.1.6.2 Prevención de caídas.*

Los ancianos son quienes corren mayor riesgo de muerte o lesión grave por caídas, y el riesgo aumenta con la edad Villaseca y Figueroa (2013). Considera que dentro de la prevención se debe tener en cuenta:

Distribuir los muebles con amplitud suficiente que permita caminar.

Asegurarse de que las alfombras estén fijadas a los pisos y escaleras

Mantener dentro y fuera de casa los pasillos, el piso y las escaleras libres de obstáculos tales como alfombras inseguras, juguetes de niños o cosas desordenadas.

Colocar un pasamano fuerte en las escaleras y en escalones.

Mantener las habitaciones y escaleras iluminadas.

Colocar lámparas fáciles de encender cerca de las camas.

Colocar luces nocturnas en los pasillos y el baño para facilitar el acceso al mismo en caso de que el adulto mayor necesite ir al baño de noche.

Colocar barras de apoyo en las bañaderas y cerca de los servicios sanitarios.

Ayudar a la persona a levantarse de la cama lentamente para evitar el mareo.

Ofrecer instrumentos de apoyo como bastón o caminador para que la movilidad sea segura.

### *2.1.6.3 Prevención de quemaduras.*

Se debe tener las siguientes consideraciones:

Evitar que el adulto mayor fume en la cama o cuando se encuentre somnoliento.

Revisar la temperatura del agua del baño y de las bolsas calientes antes de aplicárselas al adulto mayor.

Mantener los equipos eléctricos en buen estado.

### *2.1.6.4 Prevención de Accidentes Peatonales.*

Para evitar estos accidentes se debe tener en cuenta las siguientes recomendaciones:

Pedir al adulto mayor que mire a ambos lados de la calle antes de cruzar.

Procurar que atraviese la calle por el camino peatonal (cebra) o con la luz del semáforo cuando esto sea posible.

### *2.1.6.5 Alimentación saludable.*

Una alimentación saludable es uno de los factores más importantes para disminuir el riesgo de presentar enfermedades cardiovasculares u osteoporosis y lograr una vejez con mejor calidad de vida y autonomía (Serrano, Cervera, López, Ribera & Gallego, 2010).

Es importante consumir una alimentación balanceada durante este período, privilegiando el consumo de:

Productos lácteos bajos en grasa o sin grasa.

Cereales y granos enteros.

Frutas y vegetales.

Pescado y pollo.

Productos ricos en calcio y fibra.

Moderar el consumo de sal para prevenir la hipertensión. Muchos alimentos envasados contienen un exceso de sal.

Moderar el consumo de azúcar para prevenir la diabetes y no subir de peso.

Incrementar la ingesta de frutas, verduras y legumbres ya que así incrementará el consumo de fibra que favorece la digestión y contienen un alto valor vitamínico y de nutrientes indispensables para el buen funcionamiento del organismo.

Disminuir el consumo de grasa (carnes rojas, vísceras, mariscos, frituras, leche entera) para evitar un incremento del colesterol y prevenir la arteriosclerosis.

Priorizar las carnes blancas (pavo, pollo o pescado) ya que son más bajas en grasa que las carnes rojas.

Aumentar la ingesta de calcio a través de productos lácteos, de preferencia descremados para prevenir la osteoporosis.

#### *2.1.6.6 Descanso y Sueño.*

El sueño es una necesidad básica de todo ser humano y presenta ciertas modificaciones a lo largo del ciclo vital. La cantidad de horas de sueño que necesitan las personas varía enormemente, siendo el promedio de entre 7 y 8 horas por noche. Las alteraciones y quejas relacionadas con el sueño son frecuentes en los adultos mayores. Al avanzar la edad, la cantidad total de sueño tiende a disminuir (las horas de descanso alcanzan cerca de 6 horas), las personas tienden a despertarse varias veces por noche o muy temprano en la madrugada (Pando, Beltrán, Aldrete, Roaf & Estrada, 2007).

En caso de problemas reiterados (insomnio, dormir interrumpido, etc.) es recomendable acudir a un médico o consultorio de salud ya que se debe revisar el historial de enfermedades de la persona para descartar algún estado de depresión, evaluar la lista de medicamentos que está ingiriendo y, por último, analizar los hábitos previos al irse a dormir. En general, muchos adultos mayores tienen el hábito de tomar siesta por lo tanto, no es extraño que una persona que duerme después de almuerzo, despierte más temprano en las mañanas o quede más propensa a despertarse en las noches (Jané & Gabilondo, 2008).

### **3.2 Salud Mental en el Adulto Mayor.**

#### **3.2.1 Definición.**

Según la OMS (2014), la salud mental se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades. Puede afrontar las tensiones normales

de la vida. Puede trabajar de forma productiva, y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad.

La salud mental es una dimensión inseparable de la salud integral, es el núcleo de un desarrollo equilibrado de toda la vida, que desempeña una función importante en las relaciones interpersonales, la vida familiar y la integración social. Es un factor clave para la inclusión social y la plena participación en la comunidad.

### ***3.2.2 Factores que afectan la salud mental de las personas adultas mayores.***

Dentro de los factores se encuentra la pobreza, la inseguridad, la falta de servicios especializados, inadecuada preparación para un envejecimiento saludable y activo, los estilos de vida inadecuados, la escasa participación ciudadana, escasa solidaridad familiar e intergeneracional, vulnerabilidad ante el cambio climático y los desastres naturales, la incidencia de cuadros de ansiedad, depresión y demencias, también existen casos de violencia intrafamiliar y finalmente el desconocimiento de sus derechos (Romero, 2006).

#### ***3.2.2.1 Violencia y maltrato hacia las personas adultas mayores***

Las personas adultas mayores y particularmente las mujeres, son una población altamente vulnerable frente al maltrato, especialmente en aquellas sociedades en transición demográfica que no están lo suficientemente preparadas para envejecer. Según el Programa Nacional contra la Violencia Familiar y Sexual, del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP), los hijos ejercen la mayor parte de la violencia psicológica que sufren los adultos mayores en el país.

En los 226 Centros Emergencia de la Mujer que el Ministerio Salud tiene en todo el país, se registraron 2.191 denuncias de violencia sobre adultos mayores. De ese total, el 27% (597) correspondió a violencia física (golpes), y el 71% (1.555) a violencia psicológica. El 44% de la violencia psicológica fue ejercida por los hijos o las hijas, mientras que ambos causaron el 24% de los casos de violencia física (CEM, 2014).

#### ***3.2.2.2 Pérdida de roles sociales.***

Estudiosos explican que las disminuciones de las actividades en esta edad reducen paulatinamente las relaciones sociales de los adultos mayores debido a la desvinculación

con su entorno, al cambio de rol, tanto en el ámbito individual como en la sociedad (Zapata, 2010).

### *3.2.2.3 Pérdida de familiares, amigos, conyugue, etc.*

El adulto mayor tiene que enfrentar una serie de pérdidas, además del trabajo, pérdidas de amigos, compañeros de estudios y pérdida de la pareja, enfrentar su nuevo rol de viudo o viuda, sabemos que existen más viudas que viudos, atravesar esta etapa significa desesperación, llanto, recuperación y enfrentar la soledad, estudios demuestran que son las mujeres las que se adaptan mucho mejor que los hombres siendo la familia el apoyo más importante en este proceso, después de los amigos y vecinos (Rojas & Rodríguez, 2015).

### *3.2.2.4 Sentimientos de soledad.*

Los adultos mayores son los más vulnerables a la soledad. Sequeira (2011) mostró a la soledad en forma de “U” que se percibe alta en la juventud, baja en la adultez y nuevamente alta en la vejez. En otro estudio hecho en Suecia, en 2010, con personas entre 85 y 103 años, se evidenció que estas se sentían y vivían solas porque habían muerto cónyuges, hermanos, vecinos, colegas o amigos y, además, que los extrañaban. A menudo, son la última persona de su generación. Algunos de los más ancianos expresaron el deseo de morir.

### *3.2.2.5 La inadaptación a la jubilación y la sensación de inactividad.*

La jubilación es a lo que el adulto mayor tiene que enfrentarse, sin importar su capacidad o experiencia adquirida a lo largo del tiempo, tampoco importa sus deseos de seguir aprendiendo y transmitiendo sus conocimientos a los más jóvenes. Por lo que esta etapa es percibida muchas veces por el adulto mayor como un “apartarlo por no ser útil”, se siente relegado por la sociedad pasando a un segundo plano. Es un cambio muy importante, ya que supone pérdida de su identidad profesional, estatus social, relación con sus compañeros de trabajo y el cambio en su rutina de trabajo cotidiano, si este cambio se da a pedido de la persona la repercusión es menor, pero si es por cumplimiento de normas o leyes, puede tener gran impacto en la vida del adulto mayor si no ha previsto anteriormente o no ha planificado llegado este momento (Pérez, 2015).

### **3.2.3 Deterioro Cognitivo.**

Se entiende por “deterioro cognitivo” a la alteración de las facultades intelectuales de la persona, entre las que destaca el deterioro de la orientación, de la memoria recién, del razonamiento, del cálculo, del lenguaje, de la capacidad de realizar tareas complejas y de la capacidad de programación, entre otras (Valverde, 2012).

Con el envejecimiento se produce un declive de las funciones intelectuales, especialmente, de los mecanismos de procesamiento de la memoria y de la capacidad de respuesta a tareas complejas, que corresponda a un fenómeno natural y no constituye enfermedad. La situación de deterioro cognitivo engloba, por el contrario, la afección de varias funciones cognitivas en un grado superior al esperado para la edad, nivel de salud general y nivel culturales de la persona (Barzola, 2012).

Según Casanova y Casavona (2006), tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común. Se ha sugerido que es un fenómeno normal en los ancianos más que una etapa inicial de una demencia u otra enfermedad. Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión. La relativa facilidad de su diagnóstico por métodos clínicos, neuropsicológicos y de imagen hace que pueda ser una herramienta eficaz en manos de los médicos de familia, para el control del adulto mayor en sus comunidades. Así también Sánchez y Martínez (2008) señalaron que el deterioro cognoscitivo sin demencia constituye una condición de alto riesgo para la aparición de la demencia, si se considera que la probabilidad que tiene un individuo de desarrollarla es de 10 a 15% anual, en comparación con sujetos de controles sanos, donde la conversión a demencia es de 1 a 2% anual.

El deterioro cognitivo, por tanto, es un estado clínico que se sitúa en un punto intermedio que va desde la normalidad cognitiva hasta la pérdida completa de las funciones intelectuales, tal y como ocurre en las fases avanzadas de las demencias (Monchiatti, Lombardo, Sánchez, y Krzemien, 2010).

#### **3.1.3.1 Causas**

Según Robalino (2012), estudios más recientes a través de neuroimagen revelan que los trastornos cognitivos son el resultado de deficiencias funcionales de la corteza prefrontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración, no obstante un porcentaje variable de adultos mayores con deterioro cognitivo leve no muestran cambios estructurales específicos.

La mayoría de los trastornos cognitivos se manifiestan con dificultades transitorias para evocar o recordar sucesos recientes, nombres de personas y cosas, enlentecimiento del pensamiento, disminución de la capacidad de atención y concentración

### *3.2.3.2 Clasificación.*

El deterioro cognitivo según Sosa (2016) se clasifica de la siguiente manera:

#### Deterioro Cognitivo Leve

Déficit en tareas ocupacionales y sociales complejas tales como: haberse perdido en un lugar no familiar, evidencia de rendimiento laboral pobre, dificultad para recordar palabras y nombres, retención de escasa información luego de una lectura y que generalmente lo observan familiares y amigos.

#### Deterioro Cognitivo Moderado

Déficits observables en tareas complejas como el control de los aspectos económicos personales o planificación para eventos sociales.

#### Deterioro Cognitivo Severo

Disminución de la habilidad para realizar actividades cotidianas tales como realizar la higiene personal, vestirse, por otro lado, puede olvidar el nombre de su cónyuge, retiene algunos datos del pasado, desorientación en tiempo y espacio.

### *3.2.3.3 Manifestaciones clínicas.*

Según Alcántar et al. (2011), este deterioro puede ser focal y limitado; afecta a una determinada operación cognitiva aislada o a un conjunto de funciones cognitivas relativamente relacionadas entre sí (funcional o estructuralmente). También puede ser difuso, múltiple y global; afecta a una amplia gama de capacidades mentales. En los síndromes focales, según la topografía cerebral específicamente lesionada, pueden aparecer distintos tipos de afasia (el paciente es incapaz de hablar o entender), apraxia (no es capaz, por ejemplo, de vestirse), agnosia (no reconoce objetos), amnesia (no recuerda acontecimientos) o síndromes disejecutivos (no es capaz de dirigir su propia actividad ni tomar decisiones). En los síndromes difusos, existe una variada constelación de síntomas cognitivos, como alteraciones de la memoria, del juicio y del razonamiento abstracto, entre otros. Debe tenerse

muy en cuenta el impacto negativo de los síndromes focales o difusos en las actividades de la vida diaria (comer, vestirse, deambular, razonar, etcétera).

#### *3.2.3.4 Evaluación.*

Pinto, López y Olmo (2010) refirieron que el deterioro cognitivo de la persona, ya sea primario o secundario a otra patología, se puede identificar y cuantificar con instrumentos de medida como el Mini Mental State Studio (MMSE) que contrastado y validado se usa en estudios epidemiológicos internacionales y en la práctica clínica para objetivar la presencia de déficit cognitivo. Esta escala, también llamada Mini mental State de Folstein, ha sido validada ampliamente y se considera que tiene una sensibilidad y especificidad superiores al 90%. Es una prueba de lápiz y papel que se llega a administrar en unos 5-10 minutos.

#### *3.2.3.5 Diagnóstico.*

Para poder llegar al diagnóstico es necesaria la integración de los datos obtenidos en la entrevista clínica (incluye anamnesis y aplicación del Minimental State de Folstein).

Durante la entrevista clínica de orientación diagnóstica se debe observar el nivel de atención, concentración y el estado de conciencia, el grado de interés, participación y colaboración con el interrogatorio. De igual manera, debe prestarse especial interés a la capacidad para relatar las quejas, la percepción de la enfermedad, la comunicación verbal y no verbal (expresión facial, postura, gestos, movimientos corporales, contacto visual), así como la imagen global del paciente, su apariencia y conducta (Glass, 2009).

Valladares (2010) refirió que, para identificar factores de riesgo de demencia vascular, es decir, la presencia de hipertensión arterial sistémica, diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular, cardiopatías, hipercolesterolemia, poliglobulia, tabaquismo y alcoholismo. A través de los exámenes físicos se buscan signos de enfermedades con causas tratables que puedan estar relacionados con el deterioro cognitivo.

#### **3.2.4 Recomendaciones para mantener un buen estado mental.**

Según Hernández (2006), estas son las consideraciones que se deben tener en cuenta en la persona adulta mayor:

Las actividades de grupo con propósitos educativos y prácticos son efectivas para promover entre las personas mayores la inclusión social (por ejemplo, las que contribuyan al aprendizaje o los cursos de capacitación).

Los entornos físicos, en el campo y en la ciudad, deben ser seguros y atractivos para las personas mayores para favorecer su salud mental y bienestar. Estar en un entorno natural puede tener efectos positivos para el estado de ánimo de las personas, aparentemente incluso a aquellos que sufren de problemas psíquicos de salud, como el estrés o la fatiga psicológica.

Ayudar a los adultos mayores a planificar la jubilación, de manera oportuna y a nivel local.

Es importante proporcionar opciones adecuadas de trabajo para los mayores, para que puedan mantener su productividad y retrasen el proceso de la jubilación.

Se ha descubierto que participar en actividades positivas aumenta el bienestar y mejora la salud mental de los mayores. Aprender es de todos sabido que es un elemento clave en el campo de la promoción de la salud, y para las personas de todas las edades, aunque hay pruebas factuales que demuestran que la participación en actividades educativas decrece con la edad.

El ejercicio, que normalmente se recomienda a la población de personas mayores, es una ayuda para mejorar la salud física, el bienestar, el estado psicológico y reducir los síntomas depresivos.

### **3.3 Modelo teórico de enfermería.**

Dorothea Orem “Teoría General de la Enfermería”

Orem denomina a su propuesta, Teoría del Déficit de Autocuidado. Es una teoría general compuesta por tres teorías relacionadas: la teoría del autocuidado, que describe el por qué y cómo las personas cuidan de sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, que describe y explica cómo la enfermería puede ayudar a las personas en esos cuidados; y la teoría de sistemas enfermeros, que explica las relaciones que hay que mantener para que se produzca la enfermería (Calero, 2011).

Así mismo Orem refirió que su teoría consiste en la práctica de las actividades que la persona madura lleva a cabo por sí misma para mantener un funcionamiento vivo y sano y continuar su desarrollo personal y su bienestar (Orem, 1993). En su teoría contempla

requisitos de autocuidado en caso de situaciones de desviación de la salud y necesidades de cuidado terapéutico. Ambos conceptos están relacionados con las necesidades que presenta una persona durante un cierto tiempo cuando falla la salud. Por este motivo, su teoría presenta elementos adaptables al autocuidado de los adultos mayores en casas de reposo.

Modelo V. Henderson (1955).

Henderson, en sus obras, utilizaba el término de salud como sinónimo de independencia. Consideraba que la salud dependía de la capacidad de la persona para satisfacer por sí misma las necesidades básicas sin ayuda (Henderson, 1978).

Según el modelo de Henderson, el nivel de capacidad funcional para realizar actividades específicas, encaminadas a satisfacer necesidades fundamentales, es un parámetro importante pero no el único a tener en cuenta en la valoración de enfermería.

Otro término utilizado por Henderson es la “independencia”. Con este término Henderson hace referencia a las acciones que la persona lleva a cabo para conseguir el máximo estado de bienestar y de salud, desarrollando sus competencias reales y potenciales.

En enfermería geriátrica esta idea implicaría conseguir el máximo grado posible de independencia en la satisfacción de las necesidades fundamentales, teniendo en cuenta la edad y el estado de salud en que se encuentra la persona anciana, por medio de acciones que ella misma lleva a cabo, o bien la capacidad de su entorno para satisfacerlas de forma adecuada. La gran mayoría de ancianos padecen de múltiples problemas de salud y frecuentemente acompañados de manifestaciones de dependencia funcional, requieren una valoración específica buscando, no solo los signos de dependencia, sino también los signos de independencia que conserva la persona, denominadas en Geriátrica capacidades residuales (Fernandez y Navarro, 1996).

La persona anciana es muy vulnerable a cambios externos e internos, y el internamiento a una casa hogar o salida de la misma predispone que se produzcan ambos. Por ello, en esta situación las manifestaciones de dependencia son siempre multicausales. Cuando detectamos una manifestación de dependencia en la satisfacción de una necesidad fundamental, se han de relacionar riesgos potenciales específicos que comprometen y/o alteren la satisfacción de otras necesidades (Lauzon, 2001).

#### **4. Definiciones de términos**

Discapacidad: es la objetivación de la deficiencia en la persona y con una repercusión directa en su capacidad para realizar actividades normales para cualquier sujeto de sus características, es decir, es la restricción de la capacidad para realizar actividades. (Bayarre, Pérez, & Menéndez, 2008).

Salud mental: se define como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad. OMS (2014).

Dependencia: es la inadecuación y/o insuficiencia, real o potencial, de las acciones que la persona lleva a cabo por sí misma, para satisfacer las necesidades básicas, teniendo en cuenta la edad, sexo, etapa de desarrollo y situación de salud en la que se encuentra, por lo que necesita ayuda o suplencia por parte de otra persona para cubrir sus necesidades básicas y realizar actividades básicas para su vida diaria (Calero, 2011).

Salud física: se define como la condición en la que se encuentra el cuerpo. Cuando el cuerpo funciona de la forma para la cual fue diseñado, está en buena salud física, desde el punto de vista biológico (Martínez, 2008).

Envejecimiento es la consecuencia de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas y mentales, un aumento del riesgo de enfermedad, y finalmente a la muerte (OMS, 2014).

Adulto mayor: son el grupo etáreo de personas que tienen entre 65 – 74 años de edad. Por lo general, se considera adultos mayores, solo por haber alcanzada este rango de edad (Sánchez & Martínez, 2008).

## **Capítulo III**

### **Materiales y métodos**

#### **1. Diseño y tipo de investigación**

El trabajo de investigación es de enfoque cuantitativo por tener como objetivo generar datos numéricos que sean extrapolables a un amplio universo; de tipo no experimental por ser una búsqueda sistemática empírica, en la cual el científico, no tiene control directo sobre las variables independientes (López, 2006); con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal por la recolección de datos en un solo momento, en un tiempo único (Monje, 2011). Su propósito es describir variables y analizar su incidencia e interrelación en un momento dado. Los cuestionarios se aplicarán en un periodo de tiempo específico (Sampieri, Fernández y Baptista, 2008).

#### **2. Variables de la investigación**

##### **2.1 Definición de dependencia física.**

La dependencia se define como la necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida cotidiana, como consecuencia de la pérdida de autonomía física (Arana et al., 2013).

##### **2.2 Definición de deterioro cognitivo.**

Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Barzola, 2012).

## 2. 3 Operacionalización de variables.

Variables	Definición conceptual	Definición operacional	Indicadores	Escala
Dependencia física	<p>La dependencia se define como la necesidad de ayuda o asistencia importante para poder realizar las actividades de la vida diaria, como consecuencia de la pérdida de autonomía física (Arana et al., 2013). El índice de Barthel (Actividades de la vida diaria) fue creado en 1955 por Mahoney y Barthel, se utiliza para asignar a cada persona una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. En 1979 índice de Barthel fue modificado por Granger.</p>	<p>Los puntajes obtenidos en el Índice de Barthel – Modificado por Granger Et Alt. (Actividades de la vida diaria).</p> <p>La puntuación total de máxima independencia es de 100 y la de máxima dependencia de 0. Los criterios de puntuación son:</p> <p>Independiente: 100 (95 en silla de ruedas).</p> <p>Dependiente leve: 91-99</p> <p>Dependiente moderado: 61-90</p> <p>Dependiente grave: 21-60</p> <p>Dependiente total: 0-20:</p>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Comer (del ítem 1 al ítem 3).</li> <li>2. Vestirse (del ítem 4 al ítem 6).</li> <li>3. Arreglarse (del ítem 7 al ítem 8).</li> <li>4. Deposición (del ítem 9 al ítem 11).</li> <li>5. Micción (del ítem 12 al ítem 14).</li> <li>6. Ir al baño (del ítem 15 al ítem 17).</li> <li>7. Traslado Sillón-cama (del ítem 18 al ítem 21).</li> <li>8. De ambulación (del ítem 22 al ítem 25).</li> <li>9. Subir y bajar escaleras (del ítem 26 al ítem 28).</li> </ol>	<p>Nominal</p> <p>Independiente.</p> <p>Necesita ayuda.</p> <p>Independiente con silla de ruedas.</p> <p>Dependiente.</p>

<p>Deterioro cognitivo</p>	<p>Es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de las funciones mentales en distintos dominios conductuales y neuropsicológicos, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad (Barzola, 2012). El deterioro cognitivo fue evaluado con el Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés), es una herramienta utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación,</p>	<p>Los puntajes obtenidos en el cuestionario de Evaluación cognitiva (MMSE) Modificado por Icaza.</p> <p>La clasificación según Sánchez (2014) es de la siguiente manera:</p> <p>Deterioro cognitivo leve = 14 - 19</p> <p>Deterioro cognitivo moderado = 7 - 13</p> <p>Deterioro cognitivo severo = 0 - 6</p>		<p>Numérico</p>
----------------------------	--	--	--	-----------------

	registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El instrumento lleva sólo 5 minutos en aplicarse.			
--	---	--	--	--

### 3. Hipótesis de la investigación

#### 3.1 Hipótesis general.

H<sub>0</sub>: No existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

H<sub>a</sub>: Existe relación entre la dependencia física y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

#### 3.2 Hipótesis específicas.

H<sub>0</sub>: No existe relación entre el género y la dependencia física en el adulto mayor de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

H<sub>a</sub>: Existe relación entre el género y la dependencia física en el adulto mayor de una Casa Hogar de Lima Metropolitana

H<sub>0</sub>: No existe relación entre la edad y la dependencia física en los adultos mayores de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

H<sub>a</sub>: Existe relación entre la edad y la dependencia física en los adultos mayores de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

H<sub>0</sub>: No existe relación entre la edad y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

H<sub>a</sub>: Existe relación entre la edad y el deterioro cognitivo en los adultos mayores de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

H<sub>0</sub>: No existe relación entre el género y el deterioro cognitivo en el adulto mayor de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

H<sub>a</sub>: Existe relación entre el género y el deterioro cognitivo en el adulto mayor de una Casa Hogar de Lima Metropolitana.

#### **4. Delimitación geográfica y temporal**

El estudio se llevó a cabo en la Casa Hogar “Misioneros de amor”, la cual está ubicada en la región Lima, provincia de Lima, distrito de Chaclacayo, calle La Floresta 511.

La Casa Hogar “Misioneros de amor” es un centro amplio que cuenta con un total de 250 adultos mayores. Tiene áreas verdes en los cuales los adultos mayores pueden realizar distintas actividades recreacionales durante el día dirigidas por el personal técnico. También cuentan con talleres, los cuales son: dibujo y pintura, tejido, repostería y decoración del hogar. También cuenta con un personal especializado, conformado por tres médicos, 12 enfermeras y 20 enfermeras técnicas y 5 fisioterapeutas. En cuanto a las terapias, los profesionales de Psicología acuden dos veces por semana a la casa hogar a realizarlas.

#### **5. Participantes**

##### **5.1 Población.**

La población estuvo constituida por 250 adultos mayores de la Casa Hogar “Misioneros de amor”.

##### **5.2 Muestra.**

La muestra se seleccionó mediante el muestreo no probabilístico, tomando en cuenta criterios de inclusión y exclusión.

La muestra está conformada por 200 adultos mayores.

### **5.2.1 Criterios de inclusión y exclusión.**

Criterios de inclusión.

Adultos mayores de 65 años.

Adultos mayores que firmaron el consentimiento informado.

Adultos mayores de ambos géneros

Adultos mayores pertenecientes a la Casa Hogar "Misioneros de amor".

Criterios de exclusión

Adultos menores de 65 años.

Adultos mayores que no completaron la encuesta.

Adultos con estadía menor a 1 mes

### **5.2.2 Características de la muestra.**

La población en estudio se caracteriza porque se observa que el 44,5% de la población pertenece al género femenino y el 55,5, al sexo masculino; por otro lado, en cuanto a la procedencia, el mayor porcentaje pertenece a la Costa, 55.5 %; en cuanto a la clasificación por edades, se encontró que el 57 % son adultos mayores maduros, el 29%, adultos mayores y el 14%, nonagenarios (Tabla 1).

Tabla 1

*Característica demográfica de la población*

Variable	n	%
<i>Género</i>		
Femenino	89	44,5
Masculino	111	55,5
<i>Procedencia</i>		
Costa	111	55,5
Sierra	74	37
Selva	15	7,5
<i>Grado de Instrucción</i>		
Primaria		
Completa	28	14
Secundaria Incompleta	41	20,5
Secundaria Completa	50	25
Superior Incompleta	3	1,5
Superior Completa	78	39
<i>Ocupación</i>		
Profesionales	61	30,5
No Profesionales	139	69,5
<i>Edad</i>		
Adulto mayor maduro	114	57
Adulto mayor Nonagenario	58	29
Nonagenario	28	14
Total	200	100

## 6. Técnica e instrumentos de recolección de datos

El instrumento que se usará para la recolección de datos será dos encuestas de Enfermería: Índice de Barthel, la Mini Prueba del Estado Mental (MMSE) Modificado por Icaza.

## **6.1 Índice de Barthel.**

En cuanto a la evaluación de la dependencia física, se utilizó el Índice de Barthel (1955) modificado por Granger Et Alt. (Actividades de la vida diaria) que consta de 28 preguntas. Las AVD incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas), subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10, y 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente). Los criterios de puntuación son: Independiente: 100 (95 en silla de ruedas). Dependiente leve: 91-99, dependiente moderado: 61-90, dependiente grave: 21-60, dependiente total: 0-20 (Ruzafa y Damián, 2007). De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,972. El Índice de Barthel ha sido validado en América, Latinoamérica y utilizado en diversos países, tales como, Chile, Estados Unidos, Colombia, España y en nuestro país (Trigás, Ferreira y Meijide, 2011).

Ruzafa y Damián (2007) informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas). En cuanto a la confiabilidad tiene un Alfa de Cronbach de 0.92. En la validez de constructo Barrero, Arriola y Manzano (2008), encontraron una puntuación de 0.90.

En el estudio se aplicó la prueba de confiabilidad a través de Alfa de Cronbach obteniéndose una puntuación de 0.940.

## **6.2 Test Mini Prueba del Estado Mental (MMSE).**

El Mini Examen de Estado Mental (MMSE por sus siglas en inglés) es una herramienta que puede ser utilizada para evaluar el estado cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 11 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación, registro, atención, cálculo, memoria y lenguaje. La clasificación según Sánchez (2014) es de la siguiente manera: deterioro cognitivo leve = 14 - 19; deterioro cognitivo moderado = 7 - 13 y deterioro cognitivo severo = 0 - 6. El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile en 1999. El instrumento lleva solo 5 minutos para administrarse y por lo tanto, es práctico utilizarlo. El MMSE Modificado por Icaza, El MMSE, ha sido validado y

utilizado extensamente, tanto en la práctica como en la investigación clínica desde su creación en 1975. En América Latina, el MMSE se modificó y validó en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999 (González, Aguilar, Oporto, Araneda y Von Bernhardt, 2009).

En cuanto a su valor de confiabilidad, tiene un Alfa de Cronbach de 0.81 y una validez de criterio concurrente de 0.8906 y el corregido tiene una validez de 0.8903.

En el estudio se aplicó la prueba de confiabilidad a través de Alfa de Cronbach obteniéndose una puntuación de 0.808.

## **7. Proceso de recolección de datos**

Se informó a la Directora de la casa hogar “Misioneros de amor” en qué consiste el contenido del instrumento, teniendo en cuenta el consentimiento informado que cada adulto mayor o familiar tenía que firmar antes de proceder con la aplicación del instrumento.

Después de haber obtenido el permiso, se seleccionó a la población de estudio tomando en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. A continuación, se informó a la Directora de la casa hogar “Misioneros de amor” en qué consiste el contenido del instrumento, teniendo en cuenta el consentimiento informado que cada adulto mayor tendrá que firmar antes de proceder con la aplicación del instrumento.

Las encargadas de realizar la encuesta fueron las investigadoras a los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, se realizó en setiembre y constó en un tiempo de 30 minutos.

Al finalizar, se procedió con el vaciado de datos al Excel.

## **8. Procesamiento y análisis de datos**

Se utilizó el programa estadístico SPSS (versión 20) con el fin de organizar toda la información en una base de datos, para luego realizar el procesamiento estadístico.

Se realizó la descripción de ambas variables mediante tablas con el propósito de responder a las hipótesis establecidas, empleando el coeficiente de correlación de Tau de Kendall que determinará asociaciones negativas o positivas respectivamente. La tau-b de Kendall es una medida no paramétrica de asociación para los datos ordinales. Los datos ordinales son variables categóricas que tienen tres o más niveles con un orden natural

(Salinas, 2009). Al realizar la prueba de normalidad mediante el Kolmogórov se obtuvo un p-valor de 0,000, lo que indica que no hay normalidad; por tanto, se eligió una prueba no paramétrica, siendo que ambas variables (deterioro cognitivo y dependencia física) de estudio son de categoría ordinal se optó por el estadístico Tau de Kendall.

Al realizar la prueba de normalidad mediante el Kolmogórov, se obtuvo un p-valor de 0,000 lo que indica que no hay normalidad, por lo que se procedió a elegir una prueba no paramétrica siendo que las variables (deterioro cognitivo y dependencia física) son de categoría ordinal y las variables (Clasificación de edad y género) son de categoría nominal se optó por el estadístico de chi-cuadrado.

## **9. Consideraciones éticas**

A fin de certificar, que el proceso de dicha investigación cumpla con los principios éticos, se elaboró un consentimiento informado, que cada adulto mayor debía firmar antes de proceder con la aplicación del instrumento, en caso de que el adulto mayor se encuentre desorientado, este consentimiento procedía a ser firmado por el familiar, demostrando así que estaba de acuerdo con la participación, dejando en claro la protección de la integridad del participante así como, los objetivos y los pasos que se seguirán en este estudio.

Para la elaboración de dicho consentimiento se tuvo en cuenta los principios de autonomía, voluntariedad y confidencialidad de los datos.

## CAPÍTULO IV

### Resultados y discusión

#### 1. Resultados

Tabla 2

*Relación entre dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", Chaclacayo, Lima-2016*

Dependencia física	Deterioro Leve		Deterioro cognitivo				Total	
			Deterioro moderado		Deterioro Severo			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Dependencia grave	0	0	0	0	1	0,5	1	0,5
Dependencia moderada	2	1	20	10	71	35,5	93	46,5
Dependencia leve	2	1	19	9,5	85	42,5	106	53
Total	4	2	39	19,5	157	78,5	200	100

\*  $t=,040$ ;  $p=,567$

En la tabla 2 se observa que el 42,5% presentó un deterioro cognitivo severo con una dependencia física moderada, el 0,5% indicó un deterioro cognitivo severo con una dependencia física grave. Con respecto a la relación entre las variables salud mental y física en los *adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor"*, Chaclacayo, se encontró que no existe relación ( $p= 0,567$ ).

Tabla 3

*Dependencia física y género en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*

Género	Dependencia física						Total	
	Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve			
	n	%	n	%	n	%	n	%
Femenino	1	0,5	43	21,5	45	22,5	89	44,5
Masculino	0	0	50	25	61	30,5	111	55,5
Total	1	0,5	93	46,5	106	53	200	100

\* $X^2 = 1,541$ ;  $gl=2$ ;  $0.468$

En la tabla 3 se observa que del 100% de los encuestados, el 25 % del sexo masculino y el 21,5 % del sexo femenino presentaron una dependencia física moderada; por otro lado, solo el 30,5 % de los varones y el 22,5 % de las mujeres, una dependencia física moderada.

Con respecto a la relación entre variables, se observa que la prueba de Chi - cuadrado evidencia un coeficiente de correlación de 0,468, siendo este mayor a 0,05, quedando demostrado que no existe relación entre el género y la salud física *adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*.

Tabla 4

*Dependencia física y edad en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*

Edad	Dependencia física						Total	
	Dependencia grave		Dependencia moderada		Dependencia leve			
	n	%	n	%	N	%	n	%
Nonagenario (86-95)	0	0	54	27	60	30	114	57
Adulto Mayor (75-85)	0	0	26	13	40	20	66	33
Adulto Mayor Maduro (65-74)	1	0,5	6	3	13	6	20	10
Total	1	0,5	86	43	113	56,5	200	100

\* $X^2 = 13,927^a$ ;  $gl=4$ ;  $p=.0,03$

En la tabla 4 se observa que del 100% de los encuestados el 30% de los nonagenarios, el 20 % de los adultos mayores y el 6.5 % de los adultos mayores maduros, presentan una

dependencia leve; por otro lado, solo el 0,5 % adultos mayores maduros, presentan una dependencia grave.

Con respecto a la relación entre variables, se observa que el estadístico Tau b de Kendall evidencia un un p - valor de 0,03, siendo este menor a 0,05, lo que permite aceptar la  $H_a$  y rechazar la  $H_0$ , quedando demostrado que sí existe relación entre la edad y la salud física en los *adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*.

**Tabla 5**  
*Deterioro cognitivo y edad en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*

Edad	Deterioro cognitivo						Total	
	Deterioro leve		Deterioro moderado		Deterioro severo		n	%
	n	%	n	%	N	%	n	%
Adulto mayor maduro (65-74)	4	2	36	18	74	37	114	57
Adulto mayor (75 – 85)	0	0	3	1,5	63	31	66	33
Nonagenarios (86 – 95)	0	0	0	0	20	10	20	10
Total	4	2	39	19,5	157	78	200	100

\* $\chi^2 = 29,292^a$  ; gl= 4; p=0.000

En la tabla 5 se observa que del 100% de los encuestados, el 37% adultos mayores maduros, el 31,5 % de los adultos mayores y el 10 % de los de los nonagenarios, presentan un deterioro cognitivo severo; por otro lado, sólo el 2 % de adultos mayores maduros, presentan un deterioro cognitivo leve. Con respecto a la relación entre variables, se observa que la prueba de Chi - cuadrado evidencia un coeficiente de correlación de 0,000 siendo este menor a 0,05 quedando demostrado que sí existe relación entre la edad y la salud mental en los *adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*.

Tabla 6

*Deterioro cognitivo y género en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*

Género	Deterioro cognitivo						Total	
	Deterioro leve		Deterioro moderado		Deterioro severo		n	%
	n	%	n	%	N	%	n	%
Femenino	1	0,5	15	7,5	73	36,5	89	44,5
Masculino	3	1,5	24	12	84	42	111	55,5
Total	4	2	39	19,5	157	78,50	200	100

\* $\chi^2 = 1,445$ ;  $gl=2$ ;  $.0,038$

En la tabla 6 se observa que del 100% de los encuestados el 42% del sexo masculino y el 36,5 % del sexo femenino presentaron deterioro cognitivo severo; por otro lado, solo el 0,5 % de las mujeres y el 1,5 % de los varones, presentaron deterioro mental leve.

Con respecto a la relación entre variables se observa que la prueba de Chi - cuadrado evidencia un p-valor de 0,038 ( $p < 0,05$ ), quedando demostrado que sí existe relación entre el género y la salud mental en los *adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, Lima-2016*.

## 2. Discusión

El envejecimiento humano es un fenómeno universal e inevitable. La esperanza media de vida ha mejorado en el último siglo. Actualmente, alrededor del 7 % de la población mundial es de 65 años y más de edad. En los países desarrollados, este porcentaje es aún mayor (15 %) y continúa creciendo (Martinez, 2008).

De acuerdo a la OMS (2015), más de mil millones de personas viven en todo el mundo con alguna forma de discapacidad; de ellas, casi 200 millones experimentan dificultades considerables en su funcionamiento. Ello se debe a que la población está envejeciendo y el riesgo de discapacidad es superior entre los adultos mayores, y también el deterioro cognitivo.

En cuanto a la salud mental en adultos mayores, la OMS (2016) manifiesta que aunque la mayoría de las personas mayores tienen una buena salud mental, muchas corren el riesgo de presentar deterioro cognitivo, enfermedades neurológicas, más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario

se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. Mientras que Sánchez & Martínez (2008) afirmó que el envejecimiento en los seres humanos se asocia con una pérdida de la función neuromuscular y del rendimiento, en parte relacionadas con la reducción de la fuerza y la potencia muscular, causada por una pérdida de la masa de los músculos esqueléticos.

Por otro lado, en la actualidad la mayoría de las personas prefieren enviar a los adultos mayores a los asilos. El Instituto Nacional Sobre el Envejecimiento (2013) refirió que los asilos de ancianos, conocidos también como establecimientos de cuidados especializados, son lugares para personas que no necesitan estar en un hospital pero ya no pueden ser cuidadas en su propio hogar. Cuando las personas envejecen y no pueden valerse por sí mismos o sus familiares no pueden hacerse responsables de ellos y dedicarles el tiempo necesario, una alternativa más común es internarlos en un asilo; sin embargo, los ancianos casi nunca están de acuerdo con esta idea y, en algunos casos, sufren una sensación muy parecida al abandono. Muchas de las familias piensan que las casas hogar son buen sitio para aprender artes y oficios, practicar deportes, así como para desarrollar la creatividad, destreza o conocimientos de manera colectiva y en convivencia con gente de la misma edad. Sin embargo, existe otro grupo que internan a sus familiares en los asilos con el fin de evadir responsabilidades, por falta de tiempo, paciencia y porque estos representan una carga para sus familiares por las necesidades que presentan (Luján, 2014).

La investigación tuvo como propósito determinar la relación de la dependencia física y deterioro cognitivo de los adultos mayores en la Casa Hogar “Misioneros de amor”, asimismo, se examinó estas dos variables en relación a la edad y género.

La investigación demuestra que el 42,5% presentó un deterioro cognitivo severo con una dependencia física moderada, el 0,5% indicó un deterioro cognitivo severo con una dependencia física grave. Con respecto a la relación entre las variables deterioro cognitivo y dependencia física en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor” de Chacacayo, se encontró que no existe relación ( $p= 0,567$ ). Los resultados del estudio son contrarios a lo encontrado por Cáceres (2002), quien desarrolló una investigación sobre “Estado de salud físico y mental en los adultos mayores del área rural de Costa Rica, 2000”, quien si encontró relación entre las variables deterioro cognitivo y dependencia física, refirió que el porcentaje de personas dependencia física, es mayor entre quienes presentan deterioro cognitivo severo; además evidenció que el 63.4 % tienen una dependencia física

alta, el 20.8 % intermedia y el 15.8 % baja. En cuanto al deterioro cognitivo, el 16.4 % de las personas presentaron un deterioro cognitivo severo, 44.2 % moderado y el 39.3 % leve. Así mismo, en otros estudios como el de Barrantes et al. (2007) sobre "Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos", se encontró que sí existe relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia física, debido a que la variable de deterioro cognitivo resultó asociada de manera significativa con dependencia física en el grado severo; también se evidenció que el 12.5% presenta dependencia severa y 10.5%, dependencia leve, en referencia al deterioro cognitivo concluyeron que el 9.8% presentaba un deterioro cognitivo.

Otro estudio realizado por Sánchez & Martínez (2008) sobre "Determinación del funcionamiento cognitivo y físico en los adultos mayores", señala que existe relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia física, observó que el 62.2% presentan dependencia física y 37.8 % no la presentaron y el 16% presentan deterioro cognitivo leve.

La relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia física en los ancianos de la Casa Hogar "Misioneros de amor" en comparación a las investigaciones ya mencionadas, fue rechazada debido a que se trata de poblaciones diferentes, dado que en este estudio fue realizado en una Casa Hogar, el cual es una institución que brinda protección física y mental a las personas de la tercera edad; proporcionándoles casa, alimentación, vestido y una serie de programas enfocados a su salud, bienestar y recreación, siempre coordinados por personal calificado, cuyo trabajo es velar por la salud integral del usuario durante las 24 horas, cabe resaltar también que en su mayoría, los encuestados, tenían estudios superiores y un nivel socioeconómico medio-alto (Calero, 2011).

Por otro lado, los estudios mencionados anteriormente se realizaron en una población rural, el cual es diferente, porque en su mayoría los encuestados no tuvieron estudios superiores y contaban con un nivel socio económico bajo. En las zonas rurales, las personas adultas mayores por necesidad deben ser independientes, autosuficientes y por lo general están a cargo de la producción agraria, en particular en estas áreas donde los esquemas de seguridad social no son ampliamente desarrollados, el trabajo para esta población continúa hasta el final, ya que deben cubrir sus necesidades por sí mismo (Quintanar, 2010).

Cabe señalar que, es en el área rural donde los adultos mayores poseen mejores posibilidades de ser productivos, porque acumulan un patrimonio de conocimiento de su oficio que es transmitido, en muchos casos de generación en generación (CEPAL, 2004).

Por otro lado, algunos autores mencionan que no solo la dependencia cognitiva interviene en la dependencia física, puesto que también existen otros factores que influyen en gran manera.

Calero (2011) afirmó que la pérdida o disminución de la capacidad funcional del individuo también está asociada a una serie de consecuencias negativas, como son la disminución de autoestima, autoconcepto y de bienestar subjetivo. La autoevaluación del estado de salud tiene una influencia directa en el curso de la enfermedad. Asimismo, el deterioro de algunos o varios de los sistemas biológicos del organismo (cardiovascular, respiratorio, muscular, etc.) provocan un deterioro de la fuerza física, movilidad, equilibrio, resistencia, etc. que se asocia a una disminución de la ejecución de actividades básicas de la vida diaria, como son: comer, vestirse, arreglarse, ir al baño, subir y bajar escaleras, entre otras.

Otro aspecto a considerar sería respecto al instrumento utilizado en las investigaciones mencionadas, el estudio utiliza el test Mini Mental, que es una escala psicométrica breve para evaluar el estado cognitivo de las personas, mientras que en los anteriores estudios se aplicó el test llamado Pfeiffer que valora el deterioro cognitivo, valorando criterios de demencia.

En cuanto a la dependencia física y género en los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", no existe relación ( $p=0,468$ ). Además, se observó que el 25 % del sexo masculino y el 21,5 % del sexo femenino presentaron una dependencia física moderada, mientras que el 30,5 % de los varones y el 22,5 % de las mujeres, una dependencia física leve.

El resultado de la investigación difiere con el estudio realizado por Mejía & Jaimes (2007) sobre "Estado de salud físico y mental en los adultos mayores", quien concluyó que sí existe relación entre la salud física y el género. Refirió que la dependencia física se presentó en un 54.85% del total de la población, donde el sexo femenino fue más dependiente (31.23%); en cuanto a la clasificación de la dependencia física, la leve tuvo mayor porcentaje (45.99 %). Así también, otro estudio realizado por Bayarre et al. (2008) sobre "Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2004", refirió que sí existe relación entre la salud física y el género, refiere que la discapacidad física osciló entre 13,9 % en la provincia de Holguín y 36,6 % en Granma y es predominante en el sexo femenino con tasas que alcanzaron el 40 % y se genera por pérdida de actividades que demandan mayor desplazamiento.

Cabe resaltar que en este estudio, el sexo masculino fue predominante en la dependencia física, a diferencia de los estudios ya referidos, en los que se concluye que el sexo sobresaliente en cuanto a la dependencia física es el femenino.

Con respecto a la dependencia física en varones, Calero (2011) refirió que los varones también son portadores de enfermedades crónicas y de discapacidades, pero son menos propensos a la atención médica.

En muchas ocasiones los varones padecen de alguna situación agudizada en su enfermedad crónica y no lo comunican, ya sea por prejuicios, temor por perder el vínculo laboral, o la oportunidad de salir del hogar a resolver necesidades económicas de la familia, también permanecen mayor tiempo fuera del hogar y tienen vinculación laboral más riesgosa, por lo que son más vulnerables a los accidentes peridomésticos y accidentes de trabajo que pueden ocasionar las discapacidades físicas y motoras (Castañeda, 2013).

Los varones, a su vez, son descritos como reacios a consultar, ir a controles o preocuparse de tomar sus medicamentos. Ciertos elementos respecto a estas dificultades se relacionan con la complejidad de hacer frente a la sensación de vulnerabilidad, en contraposición a la invulnerabilidad percibida en etapas previas de la vida, ligada a la identidad masculina y a la de no expresar quejas; esto podría explicar la incomodidad y temor que las mujeres percibían en los hombres, al tener que hacer frente a los problemas de salud (Nora & Muños, 2007).

Respecto a la dependencia física y edad en los adultos mayores en la población en estudio, se demostró que el 30% de los nonagenarios, el 20 % de los adultos mayores y el 6.5 % de los adultos mayores maduros, presentan una dependencia leve; por otro lado, solo el 0,5 % adultos mayores maduros, presentan una dependencia grave. Entre las variables mencionadas se evidencio que existe relación significativa ( $p=0,03$ ).

Los resultados del estudio se encuentran en congruencia con lo encontrado por

Bayarre et al., (2008) sobre "Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas" quien encontró que existe relación entre las variables edad y salud física, refirió, además, en relación con la dependencia física según grupos de edades y provincias de estudio, se apreció un incremento a medida que aumenta la edad, que se hizo más marcado en la población geriátrica de Camagüey y Las Tunas. En la población de Camaguaey el 17,1 %, de los adultos mayores jóvenes presentan una dependencia física moderada y el 82,1 % de los centenarios presentan una dependencia física grave; mientras

que en la segunda ciudad esta varió el 18,1 % de los adultos jóvenes presentaban una dependencia física leve y el 83,0 % de los adultos mayores maduros, presentaron una dependencia física moderada. Asimismo, un estudio realizado por Hidalgo y (Hidalgo, 2012) sobre “Dependencia en el adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria” encontraron que existe relación entre las variables edad y salud física, refieren, además, que el 39.54% de los adultos mayores tienen dependencia física leve y el 1.68% de los nonagenarios presentan una dependencia física severa.

La dependencia física está muy relacionado con la edad del adulto mayor, a mayor edad hay más probabilidades de tener múltiples limitaciones, es decir, que simultáneamente se vea afectado la visión, audición y se presenta problemas de boca y/o dentadura (Cáceres, 2002).

Carbonel (2009) agregó que se produce un deterioro biológico en el ser humano a medida que pasan los años, especialmente a partir de la tercera década. Dicho deterioro es consecuencia de la pérdida de la estructura y funcionalidad orgánica, la cual puede ser medida a través de la condición física en general o las capacidades físicas en particular. En este apartado se analizará qué ocurre en cada una de las capacidades físicas con el paso de los años y, sobre todo, en las últimas décadas de la vida

El estudio revela referente al deterioro cognitivo y edad en los adultos mayores que existe relación muy significativa ( $p=0,000$ ). Asimismo, revela que 37% adultos mayores maduros, el 31,5 % de los adultos mayores y el 10 % de los de los nonagenarios, presentan un deterioro cognitivo severo, mientras que solo el 2 % adultos mayores maduros, presentan un deterioro cognitivo leve.

Estudios realizados por Bayarre et al. (2008) sobre “Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba”, concuerda con la investigación, pues demostró que la prevalencia de discapacidad mental, según edad y provincia, se incrementó a medida que aumentó la edad. Refiere que el nivel de discapacidad en Ciudad de La Habana, fue de 5,2 % en los adultos mayores maduros, y 51,2 % en los adultos mayores; en Camagüey el 4,8 % en los adultos mayores maduros presentaban dependencia mental y en los adultos mayores el 50,0 % . Del mismo, modo la investigación realizada por Mías (2008) sobre “Quejas subjetivas, memoria, depresión en la normalidad y el deterioro cognitivo leve” encontró que existe relación entre la edad y la salud mental, expone que los adultos mayores maduros presentan deterioro cognitivo con un  $OR= 1$ ; los adultos mayores, un

deterioro cognitivo con un OR= 0.83 y los nonagenarios, un deterioro cognitivo con un OR= 1.37.

Se entiende por deterioro cognitivo a la alteración de las facultades intelectuales de la persona, entre las que destaca el deterioro de la orientación, de la memoria reciente, del razonamiento, del cálculo, del lenguaje, de la capacidad de realizar tareas complejas y de la capacidad de programación, entre otras. Con el envejecimiento, se produce un declive de las funciones intelectuales, especialmente de los mecanismos de procesamiento de la memoria y de la capacidad de respuesta a tareas complejas, que corresponde a un fenómeno natural y no constituye enfermedad. La situación de deterioro cognitivo engloba, por el contrario, la afectación de varias funciones cognitivas en un grado superior al esperado para la edad (A. Pérez, 2016).

De igual manera, Valverde (2012) afirmó que existe un incremento del riesgo de discapacidad mental con la edad, plantea que con los años se altera la percepción, el razonamiento inductivo, la simbolización, así como la inteligencia verbal y el coeficiente de inteligencia va declinando. También hace referencia a los cambios que se producen en la memoria con el incremento de la edad. Es de suponer la declinación de las capacidades mentales con la edad, debido a que el envejecimiento provoca deterioro biológico y funcional del individuo.

Respecto a la dependencia física y género en los adultos mayores, se demostró que existe relación muy significativa ( $p=0,038$ ). Asimismo, revela que el 42% del sexo masculino y el 36,5 % del sexo femenino presentaron deterioro mental severo, por otro lado solo el 0,5 % de las mujeres y el 1,5 % de los varones, presentaron deterioro mental leve.

Estudios similares como el de Barrera, Froufe, & Moreno (2015) sobre “Factores de riesgo asociado al deterioro cognitivo” revelaron que existe relación entre el género y la salud mental, obtuvieron que la influencia del sexo en la presencia del deterioro cognitivo es más marcada en el sexo femenino, 22 % , frente al 11 % en hombres, con una diferencia estadísticamente significativa, obteniendo un OR en hombres frente a mujeres de 0,28 (0,22-0,35 IC 95 %) ( $p>0,001$ ). De igual forma, un estudio realizado por León (2007) sobre “Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor”, encontró que existe relación entre el género y la salud mental, así el sexo masculino (42 %) presentó un deterioro cognitivo leve; el 11 %, moderado y el 3%, severo; en cuanto al sexo femenino, el 49 %, presentó un deterioro cognitivo leve; el 18 %, moderado y el 4%, severo, con lo cual se concluye que hay predominio en el sexo femenino.

Dentro de los factores asociados significativamente al deterioro cognitivo, se encuentra el género femenino, pero esto puede estar influenciado por factores socioculturales y porque la mujer es más longeva (Pérez, 2007).

En tanto, en comparación con las mujeres, los hombres tienen una salud mental deficiente, mayor aislamiento emocional, vínculos más débiles con la familia y no es tan probable que tenga una persona de confianza. Las diferencias en salud mental suelen estar asociadas a características socioeconómicas (estado civil, nivel económico, clase social, padecer enfermedades, apoyo social, etc.), sin embargo, la progresión del deterioro de la salud mental es mucho más pronunciada en hombres que en mujeres (Quintanar, 2010).

Targa y Vila (2007) agregó que la falta de descanso en los hombres puede ser la razón de la vulnerabilidad que presentan al padecimiento de enfermedades crónicas y a discapacidades mentales, dado su deterioro anátomo-fisiológico.

## Capítulo V

### Conclusiones y recomendaciones

#### 1. Conclusiones

Dentro de las conclusiones, el estudio evidenció que:

No existe relación significativa entre el deterioro cognitivo y dependencia física en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, con un p-valor de 0,567 mediante el estadístico chi cuadrado. El 42,5% presentó un deterioro cognitivo severo con una dependencia física moderada, el 0,5% indicó un deterioro cognitivo severo con una dependencia física grave.

No existe relación significativa entre la dependencia física y el género en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, con un p-valor de 0,468 mediante el estadístico chi cuadrado. El 25 % del sexo masculino y el 21,5 % del sexo femenino presentaron una dependencia física moderada, mientras que el 30,5 % de los varones y el 22,5 % de las mujeres, una dependencia física moderada.

Existe relación significativa entre la dependencia física y la edad en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, con un p-valor de 0,03 mediante el estadístico chi cuadrado. El 30% de los nonagenarios, el 20 % de los adultos mayores y el 6.5 % de los adultos mayores maduros, presentan una dependencia leve; por otro lado, solo el 0,5 % adultos mayores maduros presentan una dependencia grave.

Existe relación significativa entre la deterioro cognitivo y la edad en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, con un p-valor de 0,000. El 37% adultos mayores maduros, el 31,5 % de los adultos mayores y el 10 % de los de los nonagenarios, presentan un deterioro cognitivo severo, mientras que solo el 2 % adultos mayores maduros, presentan un deterioro cognitivo leve.

Existe relación significativa entre la deterioro cognitivo y el género en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”, Chaclacayo, con un p-valor de 0,038. El 42% del sexo masculino y el 36,5 % del sexo femenino presentaron deterioro mental severo, por otro lado solo el 0,5 % de las mujeres y el 1,5 % de los varones, presentaron deterioro mental leve.

## **2. Recomendaciones**

Frente al desarrollo de la investigación, se sugieren algunas recomendaciones que pueden ser consideradas.

A las autoridades competentes de la escuela académico profesional de Enfermería de la Universidad Peruana Unión, quienes realizan la malla curricular, deberían ampliar y profundizar temas específicos de geriatría en base a la gerontología, debido a que los alumnos de pregrado tienen mayores oportunidades de interrelacionarse con la comunidad por su mayor estancia en la universidad.

A la directora de la Casa Hogar, realizar una evaluación a la población adulta mayor, principalmente en el ingreso, con la finalidad de identificar la capacidad funcional de la persona y así determinar las posibles necesidades personales para garantizar protección y quizás diferenciar efectos de un proceso de rehabilitación en aras de un seguimiento, ya que los hogares geriátricos tienen el reto de incorporar los resultados de investigación para priorizar las acciones en función de la capacidad funcional de las personas. El personal que brinda atención dentro de la Casa Hogar debe tomar al adulto mayor en su forma holística.

A los profesionales de Enfermería, realizar estudios de caracterización sociológica en el adulto mayor para crear redes de apoyo entre la población en general con el fin de brindarles cuidado, realizando un plan entre el personal que labora en las instituciones y personal de enfermería para atender a cada paciente de una manera digna e identificar las principales necesidades con el fin de evitar confusiones entre salud y enfermedad. Asimismo, realizar charlas educativas acerca de las necesidades más comunes de los adultos mayores, hábitos saludables, recreación y actividad física. Implementar programas preventivos dirigidos a la comunidad para que el adulto mayor no sea excluido de la sociedad y forme parte de nuestro convivir. Utilizar las guías, normas y protocolos planteados por el Ministerio de Salud para entender y adaptar los nuevos modelos de atención al adulto mayor.

## Referencias Bibliográficas

Alcántar, E., Díaz, B., Medina, R., Topete, N., Janeth, L., García, A., Mojarro, V. (2011). Trastornos cognitivos en personas entre los 45 - 94 años de edad , solicitantes del Seguro Popular en Tepic , Nayarit, 2(5), 69–79.

Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/waxapa/wax-2011/wax115a.pdf>

Arana, B., García, L., Cárdenas, L., Hernández, Y., & Aguilar, D. (2013). Actividades Básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública., 38. Recuperado de: [https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49677/3502\(1\).pdf?sequence=3&isAllowed=y](https://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49677/3502(1).pdf?sequence=3&isAllowed=y)

Aranibar, P. (2006). Acercamiento conceptual a la situación del adulto mayor en América Latina, 1–70. [https://doi.org/ISSN: 1680-8991](https://doi.org/ISSN:1680-8991)

Barrantes, M., García, E., & Gutiérrez, L. (2007, September). Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. *Salud Pública de México*, 49, 459–466.

Barrero, C., Arriola, S., & Manzano, A. (2008). Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Plasticidad y Restauración*, 4, 1–6. Recuperado de: [http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051\\_2l.pdf](http://www.medigraphic.com/pdfs/plasticidad/prn-2005/prn051_2l.pdf)

Barzola, R. (2012). Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro cognitivo en al Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. *Catalogo Maestro De Guis De Practicas Clinicas*, 1, 8–18. Recuperado de:

[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144\\_GPC\\_DEMENCIA\\_A M/IMSS\\_144\\_08\\_EyR\\_DEMENCIA\\_AM.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/144_GPC_DEMENCIA_A M/IMSS_144_08_EyR_DEMENCIA_AM.pdf)

Basilio, A., Suárez, J. L., Hernández, L., Santana, Á., Morales, C., & Rodríguez, J. (2007). Vejez saludable e incapacidad funcional en la población anciana de Canarias. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 171.

Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/resp/v71n2/vejez.pdf>

Bayarre, D., Pérez, J., & Menéndez, J. (2008, March). Prevalencia de discapacidad mental en adultos mayores en cinco provincias de Cuba, 2000-2004. *Revista Cubana de Salud*

*Pública*, 34(3), 47.

- Bayarre, H., Piñerol, Julia, Menéndez, J., Garrido, T., Morejón, A., Carralero, D., & Marrero, A. (2004). Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas , Cuba 2000-2004 Prevalence of physical disability in elders from selected, 16. Recuperado de: <http://www.scielosp.org/pdf/rcsp/v34n2/v34n2a02.pdf>
- Belando, M. (2012). Cambios físicos y funcionales en el proceso de envejecimiento., 1, 53. Recuperado de: <https://idus.us.es/xmlui/handle/11441/22096>
- Caceres, I. (2006). *Estado de salud, físico y mental de los adultos mayores, del área rural de Costa Rica, 2006*. Universidad de Costa Rica. Recuperado de: [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg\\_rcaceres.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2002/tfg_rcaceres.pdf)
- Cáceres, R. (2002). *Estado de salud , físico y mental de los adultos mayores del área Rural de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica.
- Calero, J. (2011). *Incidencia del deterioro cognitivo y dependencia funcional en mayores de 65*. Universidad de Jaén.
- Carbonel, A. (2009, June). Efectos del envejecimiento en las capacidades físicas: implicaciones Efectos del envejecimiento en las capacidades físicas: implicaciones en las recomendaciones de ejercicio físico en personas mayores., 17–23.
- Casanova, P., & Casavona, C. (2006). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5–6), 0–0.
- CEPAL (2016). Recuperado de: <http://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento>
- Recuperado de: [http://bvs.insp.mx/articulos/5/2/Rev\\_Cubana\\_Med\\_Gen\\_Integr.pdf](http://bvs.insp.mx/articulos/5/2/Rev_Cubana_Med_Gen_Integr.pdf)
- Castañeda, M. (2013). Los hombres en México, una mirada a los estudios de género. In J. Ramírez & J. Cervantes (Eds.) (1st ed., pp. 25–55). Habana.
- Dias, E. G., Andrade, F. B. de, Duarte, Y. A. de O., Santos, J. L. F., & Lebrão, M. L. (2015). Advanced activities of daily living and incidence of cognitive decline in the elderly: the SABE Study. *Cadernos de Saude Publica*, 31(8), 1623–35. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00125014>
- Dorantes, G., Ávila, J. A., Mejía, S., & Gutiérrez, L. M. (2007). Factores asociados con la

dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 22(1), 1–11. <https://doi.org/10.1590/S1020-49892007000600001>

ESBAM (2012). Recuperado de:

[http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/Resultados\\_de\\_la\\_ESBAM.pdf](http://www.midis.gob.pe/dgsye/evaluacion/documentos/Resultados_de_la_ESBAM.pdf)

ENAH0 (2012). Recuperado de : <http://recap.itcilo.org/fr/documentation/files-activite-4/lima-6>

Espinosa, A., Muñoz, F., & Portillo, J. (2008). Clasificación de las personas mayores. Una visión dinámica. *Medicina de Familia*, 6(3), 167–168. Recuperado de: <http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf>

Fernández, M. (2007). Adulto Mayor: Una Nueva Etapa de Vida. *Guía de Orientación Para La Comprensión Y Atención Psicológica En La Edad Avanzada*, 43. Recuperado de: [http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia\\_adulto\\_mayor\\_una\\_nueva\\_etapa\\_de\\_vida.pdf](http://www.fechac.org/pdf/prodia/guia_adulto_mayor_una_nueva_etapa_de_vida.pdf)

Gálvez, A., & Padial, D. (2012). *Incidencia de la actividad física en la capacidad cognitiva, en mayores de 60 años ingresados en una residencia geriátrica*. Universidad de Granada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/2085951x.pdf>

García, M., & Hayflick, R. (2009). Tema 7: Cambios estructurales y funcionales del envejecimiento fisiológico. *Salud En El Anciano*, 9. Recuperado de:

[http://www.uam.es/personal\\_pdi/elapaz/mmmartin/2\\_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.pdf](http://www.uam.es/personal_pdi/elapaz/mmmartin/2_asignatura/temas/unidad2/7/tema7.pdf)

Glass, R. (2009). Mini examen del estado mental ( MMSE ), 1, 1–4. Recuperado de: <http://www.dgplades.salud.gob.mx/Contenidos/Documentos/MMSE.pdf>

González, J., Aguilar, L., Oporto, S., Araneda, L., & Von Bernhardt, R. (2009). Normalización del Mini-Mental State Examination según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. *Memoriza*, 3, 23–34. Recuperado de:

[http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009\\_3\\_23-34.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009_3_23-34.pdf)

Guadalajara, J. (2010). El Corazón del Anciano. *Cambios En El Envejecimiento*, 2, 12. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2012/un124e.pdf>

Guapisaca, D., Guevara, D., & Toledo, P. (2014). “Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca, 2014.”

- Universidad de Cuenca. Recuperado de:  
<http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/20233/1/TESIS.pdf>
- Gutierrez, R. (2015). El proceso de envejecimiento y los cambios biológicos psicológicos y sociales, 38. Recuperado de: [www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf](http://www.mcgraw-hill.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf)
- Hernández, Z. (2006). La psicoterapia en la vejez. *Revista Intercontinental de Psicología*, 7(2), 79–100. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/802/80270206.pdf>
- Hidalgo, A. (2012). *Dependencia en el adulto mayor para realizar sus actividades de la vida diaria*. universidad veracruzana.
- INEI (2015). Recuperado de: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
- Izquierdo, L. (2011). *Boletín epidemiológico sobre envejecimiento y salud* (Vol. 7). Arequipa. Recuperado de:  
[http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/bole\\_epi/2015/Bolet\\_43.pdf](http://www.saludarequipa.gob.pe/epidemiologia/bole_epi/2015/Bolet_43.pdf)
- Jané, E., & Gabilondo, A. (2008). La salud mental de las personas mayores documento de consenso. *Mental Health*, 1, 35.
- Lamm, L., & Cuéllar, H. (2008). Cambios fisiológicos durante el envejecimiento del sistema reproductor masculino. *Cambios Del Envejecimiento*, 15(4), 10. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/endoc/er-2007/er074d.pdf>
- León, A., Millán, R., Feliciano, E., Calderón, R., & Arévalo, M. (2009). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Hospital General Ciudad de México*, 47(3), 277–284. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2009/im093h.pdf>
- león, G. (2007, March). Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*, 47(3), 277–284.
- López, N. (2006). Métodos y técnicas de investigación cuantitativa y cualitativa. *Universidad de Guadalajara*, 2, 5. Recuperado de:  
<http://www.udgvirtual.udg.mx/dspace/handle/20050101/1103>
- Luján, M. (2014). *Calidad de vida del adulto mayor dentro del asilo*. Universidad Rafael

Landívar.

Macas, G. (2012). *Propuesta de programa psicoeducativo para potenciar la salud mental del adulto mayor con enfermedades crónicas, del Hospital Universitario Motupe de Loja*. Universidad Nacional de Loja. Recuperado de:

[https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6725/1/Macas Macas Gladis Beatriz .pdf](https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6725/1/Macas_Macas_Gladis_Beatriz.pdf)

Marín, J. (2013). Envejecimiento. *Salud Pública Educ Salud.*, 1(1), 33. Recuperado de: <http://mpsp.webs.uvigo.es/rev03-1/envejecimiento-03-1.pdf>

Martinez, M. (2008, October). La vejez como etapa del ciclo vital., 5.

Mejía, S., & Jaimes, M. (2007, September). Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. *Salud Pública de México*, 49, 475–481.

Mías, D. (2008). *Quejas subjetivas, memoria, depresión en la normalidad y el deterioro cognitivo leve*. Universidad nacional de Córdoba.

MINSA (2014). Recuperado de:

<http://www.minsa.gob.pe/portal/servicios/susaludesprimero/adultomayor/adultomayor.asp>

Mohd, S., Rampal, L., & Afifi, M. (2006). Physical and mental health problems of the elderly in a rural community of Sepang, Selangor. *Malaysian Journal of Medical Sciences*, 11(1), 52–59. Recuperado de:

<https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/7529/1/mj04006.pdf>

Monchietti, A., Lombardo, E., Sánchez, M. L., & Krzemien, D. (2010). Funcionamiento Cognitivo En La Vejez. Su Campo Representacional. *Límite*, 5(22), 89–110. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=83617301005>

Monje, C. (2011). *Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica*. Universidad Surcolombiana. Recuperado de:

<http://carmonje.wikispaces.com/file/view/Monje+Carlos+Arturo+-+Guía+didáctica+Metodología+de+la+investigación.pdf>

Murray, C. J. L., & Lopez, A. D. (2007). The global burden of disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from deceases. *Harvard University Press*, 1, 1–35.

<https://doi.org/10.1186/1471-2458-13-863>

- Nolte, E. E., & McKee, M. (2008). Caring for people with chronic conditions : a health system perspective. *European Observatory on Health Systems and Policies Series*, XXI, 259 .  
[https://doi.org/ISBN 978 92 890 4294 9](https://doi.org/ISBN%20978%2092%20890%204294%209)
- Nora, E., & Muños, F. (2007, June). El cuidado en sí, de los adultos jóvenes, 70, 88.
- Noriega, J., García, M., & Torres, P. (2013). Capítulo 2 Proceso De Envejecer : Cambios físicos, psíquicos y sociales. *Salud Y Envejecimiento*, 1, 21. Recuperado de:  
<http://www.seegg.es/Documentos/libros/temas/Cap2.pdf>
- Ocampo, R. (2006). *Vejez y discapacidad: visión comparativa de la población adulta mayor rural del Valle Central de Costa Rica*. Universidad de Costa Rica. Recuperado de:  
[http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg\\_rocampo.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/tfgs2004/tfg_rocampo.pdf)
- OMS (2016). Recuperado de: <http://www.who.int/ageing/publications/world-report-2015/es/>
- Pando, M., Beltrán, C., Aldrete, M., Roaf, P., & Estrada, J. (2007). Prevalencia de los trastornos del sueño en el adulto mayor Prevalence of sleep disorders in the elderly. *Salud Pública*, 17(1), 63–69. Recuperado de:  
<http://www.scielo.br/pdf/csp/v17n1/4061.pdf>
- Patricia, P., Barrera, D., Froufe, M., & Moreno, B. (2015). *Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo*. Universidad autónoma de Madrid.
- Pérez, A. (2016). *Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores que asisten al taller de gimnasia cerebral*. Universidad Técnica de Ambato.
- Pérez, M. (2015). La percepción social de la vejez., 2, 74.  
Recuperado de: [http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La percepción social de la vejez.pdf?sequence=1](http://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/585/La%20percepcion%20social%20de%20la%20vejez.pdf?sequence=1)
- Pérez, V. (2007, June). Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente “Ana Betancourt.” *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 23(2), 8.
- Pinto, A., López, P., & Olmo, G. (2010). La demencia: concepto y epidemiología. *Enfermedad de Alzheimer Y Otras Demencias.*, 4, 29–38. Recuperado de:  
<http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blob>

headername1=Content-

Disposition&blobheadervalue1=filename%3Dt062.pdf&blobkey=id&blobtable=MungoBlobs&blobwhere=1352883643680&ssbinary=true

Quintanar, A. (2010). *Análisis de la calidad de vida de los adultos mayores del municipio de Tetepango Hidalgo a través de un instrumento*. Universidad autónoma del estado de Hidalgo.

Robalino, J. (2012). Deterioro cognitivo en ancianos. Recuperado de:

<https://www.institutoneurociencias.med.ec/categorias-guia/item/848-los-trastornos-cognitivos-en-adultos-mayores>

Rodríguez, D. (2011). Vejez y Envejecimiento, 43. Recuperado de:

[http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3286/Documento 12\\_ARTES FINALES.pdf?sequence=5&isAllowed=y](http://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/3286/Documento%2012_ARTES%20FINALES.pdf?sequence=5&isAllowed=y)

Rojas, E., & Rodríguez, E. (2015). Pérdida, duelo y muerte del Adulto Mayor en dos escenarios diferentes. *Asociación Mexicana de Educación Continua Y Distancia, A.C.*, 2, 35–45. Recuperado de: <http://www.tanatologia-amtac.com/descargas/tesinas/289perdida.pdf>

Romero, T. (2006). Discriminación y adultos mayores: un problema mayor. *El Cotidiano*, 3, 9. Recuperado de: Uno de los atributos que posee la modificación al artículo 1º de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, realizada en el año de 2001, y la posterior promulgación de la Ley Federal para Prevenir y Eliminar la Discriminación, el 11 de juni

Ruelas, E., Graue, E., Mancilla, J., Fajardo, G., & Sarti, E. (2014). *Enevejecimiento y dependencia. Realidades y previsión para los próximos años*. (E. Ruelas, E. Graue, J. Mancilla, G. Fajardo, & E. Sarti, Eds.) (1st ed.). Mexico. Recuperado de: <http://www.anmm.org.mx/publicaciones/CAnivANM150/L11-Envejecimiento-y-dependencia.pdf>

Ruzafa, J., & Damián, J. (2007). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(1), 127–137. <https://doi.org/10.1590/S1135-57271997000200004>

- Salinas, J. (2009). Metodología de La Investigación Científica. In J. Valenzuela & A. Martinez (Eds.) (3rd ed., p. 13). Lima.
- Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2008). El proceso de investigación y los enfoques cuantitativo y cualitativo: hacia un modelo integral. *Metodología de La Investigación*, 8–25.
- Sánchez, Y., & Martínez, V. (2008). El funcionamiento cognitivo en la vejez: Atención y percepción en el adulto mayor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 24(2), 1–7. Recuperado de: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v24n2/mgi11208.pdf>
- Sánchez Padilla, L. M., González Pérez, U., Alerm González, A., & Bacallao Gallestey, J. (2014). Calidad de vida psíquica y estado de salud física en el adulto mayor. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*, 13(2), 337–349.
- Sequeira, D. (2011). *La Soledad en las personas mayores: Factores protectores y Evidencias empíricas en Adultos Mayores chilenos*. Universidad de Granada. Recuperado de: <http://hera.ugr.es/tesisugr/2075887x.pdf>
- Serrano, M., Cervera, P., López, C., Ribera, J., & Gallego, A. (2010). *Envejecimiento: cambios y consecuencias. Nutrición. Guía de alimentación para personas mayores* (Cedro). Madrid. Recuperado de: <http://www.institutodanone.es/cas/GuiaAlimentacion.pdf#page=20>
- Targa, A., & Vila, M. (2007). *Impacto de la privación del sueño en las funciones cognitivas y las constantes basales*. Escola Europea.
- Trigás, M., Ferreira, L., & Meijide, H. (2011). Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clínica, Sociedad Galega de Medicina Interna*, 72(1), 11–16. Recuperado de: <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>
- Valladares, E. (2010). Caracterización de los pacientes con Enfermedad Cerebrovascular. *Revista Electronica de Portales Médicos*, 1–27. Recuperado de: [http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos\\_academicos/caractccv.pdf](http://www.salamandra.edu.co/fileadmin/documentos/articulos_academicos/caractccv.pdf)
- Valverde, M. (2012, March). Atención Familiar.
- Villaseca, P., & Figueroa, M. (2013). Prevención y manejo de las caídas. *Guía Clínica Para El*

*Adulto Mayor*, 1, 28. Recuperado de: <http://www.enfermeriajw.cl/pdf/premacai.pdf>

Zapata, H. (2010). Adulto Mayor: Participación e Identidad The Elderly Adult: Participation and Identity. *Revista de Psicología de La Universidad de Chile*, 10, 10. Recuperado de: <https://18562-55829-1-pb.pdf>

## **Anexos**

## **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

TITULO DEL PROYECTO: Dependencia física y deterioro cognitivo en el adulto mayor de la Casa Hogar “Misioneros de amor”, 2016.

### **Propósito y procedimiento**

Esta investigación está a cargo de las estudiantes de la Universidad Peruana Unión del quinto año de Enfermería Lessly Karol Velazco Huaranga y Gyna Carrera Luis.

El propósito de este proyecto es Determinar la relación que existe entre la dependencia física y deterioro cognitivo en el adulto mayor de la Casa Hogar “Misioneros de Amor”, 2016. El adulto mayor participará brindando información a través de una encuesta.

### **Beneficios**

Al finalizar el proyecto de investigación servirá de ayuda tanto para las estudiantes de Enfermería como para la población en estudio de modo que brindaremos medidas que servirán de ayuda para mejorar su salud física y mental de manera que puedan tener una mejoría en la calidad de vida.

### **Derechos del participante y confidencialidad**

La participación del adulto mayor en este estudio es completamente voluntaria. Tiene el derecho a aceptar o negarse a participar en el estudio, asimismo, puede terminar su participación en cualquier momento, sin que esto afecte su relación con la investigadora o Facultad/Escuela de Enfermería. Los datos reportados por el participante serán manejados únicamente por la investigadora y para efectos del estudio.

## DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y deseo colaborar voluntariamente con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha: / /

## DECLARACION DE INFORME DE CONSENTIMIENTO

Yo \_\_\_\_\_

He leído el contenido de este documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO dado por las investigadoras, y deseo que mi familiar colabore con este estudio. Por esta razón firmo el documento.

\_\_\_\_\_

Firma

Fecha: / /

Anexo 2: cuestionario de dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “Misioneros de amor”.

## UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

### E.P ENFERMERÍA

#### DEPENDENCIA FÍSICA Y DETERIORO COGNITIVO EN LOS ADULTOS MAYORES DE LA CASA HOGAR “MISIONEROS DE AMOR”, CHACLACAYO, 2016.

Respetados Señores (as), solicitamos su valiosa colaboración, para responder el siguiente cuestionario que tiene por objetivo determinar los factores de riesgo de discapacidad en el adulto mayor. Quisiéramos pedir su ayuda para que contestes algunas preguntas que no demorará mucho tiempo, las respuestas serán confidenciales y anónimas. Agradecemos de antemano su colaboración.

#### **Encuesta para medir la discapacidad física y mental y factores asociados a ésta.**

I. Datos generales.

1. Edad: \_\_\_\_\_ 2. Ocupación: \_\_\_\_\_

3. Lugar de procedencia:

Costa

Sierra

Selva

4. Grado de instrucción

Primaria Incompleta

Primaria Completa

Secundaria Incompleta

Secundaria Completa

Superior Incompleto

Superior Completo

EVALUACIÓN COGNITIVA (MMSE) MODIFICADO POR ICAZA

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

Sondee el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.

Mes \_\_\_\_\_

Día de mes \_\_\_\_\_

Año \_\_\_\_\_

Día de semana \_\_\_\_\_

Total: \_\_\_\_\_

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra cada dos segundos. Si para algún objeto, la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones). Registre el número de repeticiones que debió leer.

Árbol \_\_\_\_\_

Mesa \_\_\_\_\_

Avión \_\_\_\_\_

Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento

Total: \_\_\_\_\_

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se añada, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.

Respuesta Paciente

Respuesta Correcta

Total: \_\_\_\_

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

Entregue el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma papel \_\_\_\_

Dobla \_\_\_\_

Coloca \_\_\_\_

Total \_\_\_\_

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

Anote un punto por cada objeto recordado.

Árbol \_\_\_\_

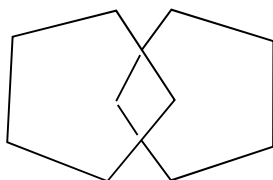
Mesa \_\_\_\_

Avión \_\_\_\_

Total: \_\_\_\_

6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.

Anote un punto si el objeto está dibujado correcto



Correcto: \_\_\_\_

Sume los puntos anotados en los totales de las preguntas del 1 al 6

SUMA TOTAL:

De 0-6 = Deterioro cognitivo leve; 7-13 = deterioro cognitivo moderado; 14 - 19 = deterioro cognitivo severo.

ÍNDICE DE BARTHEL – MODIFICADO POR GRANGER ET ALT. (Actividades de la vida diaria)

COMER		
1. Independiente. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.		10
2. Necesita ayuda para cortar el pan, pero es capaz de comer solo.		5
3. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona		0
VESTIRSE		
4. Independiente. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda.		10
5. Necesita ayuda. Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.		5
6. Dependiente.		0
ARREGLARSE		
7. Independiente. Realiza todas las actividades personales si ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona.		5
8. Independiente.		0
DEPOSICIÓN		
9. Continente. Ningún episodio de incontinencia.		10
10. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios.		5

11. Incontinente.	0
MICCIÓN	
12. Continente. Ningún episodio de incontinencia. Capaza de usar cualquier dispositivo por sí solo.	10
13. Accidente ocasional. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos.	5
14. Incontinente.	0
IR AL BAÑO	
15. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona.	10
16. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
17. Dependiente. Es incapaz de manejarse sin una ayuda mayor.	0
TRASLADO SILLÓN- CAMA	
18. Independiente. No necesita ayuda.	15
19. Mínima ayuda. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física.	10
20. Gran ayuda. Precisa de ayuda de una persona fuerte o entrenada.	5

21. Dependiente. Necesita alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.	0
DEAMBULACIÓN	
22. Independiente. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastó, muletas, excepto andador). Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela solo.	15
23. Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador.	10
24. Independiente (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión.	5
25. Dependiente.	0
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
26. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.	10
27. Necesita ayuda.	5
28. Dependiente. Incapaz de subir escalones	0

< 20 pts: Dependiente total; 20-40 pts: Dependencia grave; 45-50 pts.: Dependencia moderada; 60 a más: Dependencia leve.

Anexo 3: Resultados descriptivos

Tabla 7  
*Dependencia Física en los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", Chaclacayo, 2016*

Dependencia Física	n	%
Dependencia grave	1	0,5
Dependencia moderada	93	46,5
Dependencia leve	106	53
Total	200	100

Tabla 8  
*Deterioro Cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor" Chaclacayo, 2016*

Deterioro Cognitivo	n	%
Deterioro leve	4	2
Deterioro moderado	39	19
Deterioro severo	157	78,5
Total	200	100

Tabla 9  
*Clasificación de adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", Chaclacayo, 2016*

Clasificación	n	%
Adulto mayor maduro	114	57
Adulto mayor	58	29
Nonagenario	28	14
Total	200	100

Tabla 10  
*Prueba de chi-cuadrado entre dependencia física y género de los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", Chaclacayo, 2016*

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,541 <sup>a</sup>	2	0,468

Tabla 11

*Prueba de chi-cuadrado entre dependencia física y edad de los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", Chaclacayo, 2016*

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,927 <sup>a</sup>	4	0,03

Tabla 12

*Prueba de chi-cuadrado entre deterioro cognitivo y edad de los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", Chaclacayo, 2016*

	Valor	Gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	29,292 <sup>a</sup>	4	0

Tabla 13

*Prueba de chi-cuadrado entre deterioro cognitivo y género de los adultos mayores de la casa hogar "Misioneros de amor", Chaclacayo, 2016*

	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,445 <sup>a</sup>	2	0,038

Tabla 14

*Pruebas de normalidad entre dependencia física y deterioro cognitivo*

Dependencia Física		Kolmogorov-Smirnov		
		Estadístico	Gl	Sig.
Deterioro Cognitivo	Dependencia moderada	,465	93	,000
	Dependencia leve	,484	106	,000

Tabla 15  
*Prueba de normalidad entre Dependencia física y edad*

Edad		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Estadístico	gl	Sig.
Dependencia	65	0,363	18	0
Física	66	0,363	18	0
	67	0,332	14	0
	68	0,319	6	0
	69	0,374	12	0
	70	0,47	13	0
	71	0,319	6	0
	72	0,329	10	0
	73	0,385	3	0
	74	0,51	14	0
	75	0,407	6	0
	76	0,435	7	0
	80	0,476	18	0
	81	0,35	15	0
	82	0,473	5	0
	85	0,455	8	0
88	0,333	6	0	
89	0,435	7	0	

Tabla 16  
*Prueba de normalidad entre Dependencia física y género*

Género		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Estadístico	gl	Sig.
Dependencia	Femenino	,338	89	,000
Física	Masculino	,366	111	,000

Tabla 17  
*Prueba de normalidad entre Deterioro cognitivo y sexo*

Sexo de la persona		Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
		Estadístico	gl	Sig.
Deterioro Cognitivo	Femenino	,494	89	,000
	Masculino	,461	111	,000

Tabla 18  
*Prueba de normalidad entre Deterioro cognitivo y edad*

Edad	Kolmogorov-Smirnov <sup>a</sup>		
	Estadístico	gl	Sig.
Deterioro 65	0,372	18	0
Cognitivo 66	0,334	18	0
67	0,443	14	0
68	0,254	6	0
69	0,417	12	0
70	0,532	13	0
73	0,385	3	0
74	0,369	14	0
78	0,385	3	0
80	0,538	18	0
85	0,513	8	0

Tabla 19  
*Estadísticas de fiabilidad del Índice de Barthel*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.940	28

Tabla 20  
*Estadísticas de fiabilidad del MiniMental*

Alfa de Cronbach	N de elementos
0.808	6