



Universidad Nacional Mayor de San Marcos

Universidad del Perú. Decana de América

Facultad de Medicina

Escuela Profesional de Enfermería

**Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor
para la prevención del deterioro cognitivo leve en un
centro de salud de Lima Metropolitana, 2020**

TESIS

Para optar el Título Profesional de Licenciado en Enfermería

AUTOR

Mario David ESPINOZA QUISPE

ASESOR

Luisa Hortensia RIVAS DIAZ

Lima, Perú

2022



Reconocimiento - No Comercial - Compartir Igual - Sin restricciones adicionales

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>

Usted puede distribuir, remezclar, retocar, y crear a partir del documento original de modo no comercial, siempre y cuando se dé crédito al autor del documento y se licencien las nuevas creaciones bajo las mismas condiciones. No se permite aplicar términos legales o medidas tecnológicas que restrinjan legalmente a otros a hacer cualquier cosa que permita esta licencia.

Referencia bibliográfica

Espinoza M. Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve en un centro de salud de Lima Metropolitana, 2020 [Tesis de pregrado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Facultad de Medicina, Escuela Profesional de Enfermería; 2022.

Metadatos complementarios: Mario David Espinoza Quispe/Dra. Luisa Hortensia Rivas Diaz

Datos de autor	
Nombres y apellidos	Mario David Espinoza Quispe
Tipo de documento de identidad	DNI
DNI	76509699
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0002-8680-3810
Datos de asesor	
Nombres y apellidos	Luisa Hortensia Rivas Diaz
Tipo de documento de identidad	DNI
DNI	06629916
URL de ORCID	https://orcid.org/0000-0003-3540-8156
Datos del jurado	
Presidente del jurado	
Nombres y apellidos	Luzmila Vilma Figueroa Ames
Tipo de documento	DNI
DNI	09372096
Miembro del jurado 1	
Nombres y apellidos	Carmen Lucia de los Santos Ríos
Tipo de documento	DNI
DNI	09267358
Miembro del jurado 2	
Nombres y apellidos	Néstor Alejandro Cuadros Valer
Tipo de documento	DNI
DNI	09009240
Datos de investigación	
Línea de investigación	B.1 Medicina Humana
Grupo de investigación	INNOVA SALUD
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	País: Perú Departamento: Lima Provincia: Lima Distrito: Independencia Latitud: -11.97833 Altitud: -77.05317
Año o rango de años en que se realizó la investigación	2019
URL de disciplinas OCDE	Enfermería http://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS EN MODALIDAD VIRTUAL
OPARA OPTAR EL TÍTULO LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

1. FECHA DE LA SUSTENTACIÓN 15/03/2022

HORA INICIO : 09:00 Hrs .

HORA TÉRMINO : 10:10 Hs.

2. MIEMBROS DEL JURADO

PRESIDENTE : Mg. Figueroa Ames Luzmila Vilma

MIEMBRO : Lic. Cuadros Valer Néstor Alejandro

MIEMBRO : Lic. De los Santos Rios Carmen Lucía

ASESOR : Dra. Rivas Diaz Luisa Hortensia

3. DATOS DEL TESISISTA

APELLIDOS Y NOMBRES : Espinoza Quispe Mario David

CODIGO : 13010490

R.R. DE GRADO DE BACHILLER NÚMERO: RR-008134-2021-R/UNMSM (11/08/2021)

TÍTULO DE LA TESIS:

“Medidas de Autocuidado que practica el Adulto Mayor para la Prevención del Deterioro Cognitivo Leve en un Centro de Salud de Lima Metropolitana, 2020”

4. RECOMENDACIONES

Datos de la plataforma virtual institucional del acto de sustentación:

<https://us02web.zoom.us/j/83148095766?pwd=ZFR1Nk94NlB0T0Y2Z2JKbkrZaGFwQT09>

ID: 831 4809 5766

Grabación archivada en: Escuela Profesional de Enfermería





UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



5. NOTA OBTENIDA: 17, Diecisiete

6. PÚBLICO ASISTENTE: (Nombre, apellidos)

- | | |
|--------------------------------------|--------------|
| - Albina Angela Blas Gutierrez | DNI 74549132 |
| - María Jesús Sánchez de Quispe | DNI 21855460 |
| - Mario Eugenio Quispe Tipian | DNI 21855461 |
| - María del Carmen Quispe Sánchez | DNI 10393076 |
| - Mariella Yvone Quispe Sánchez | DNI 10392733 |
| - Karlos Mario Quispe Sánchez | DNI 42121869 |
| - Diana Suica Achaniza | DNI 44686699 |
| - Guillermo Javier Muñoz Sánchez | DNI 43538314 |
| - María Isabel Bernal Mariche | DNI 43151406 |
| - Estefania Celeste Rodríguez Cruz | DNI 70490635 |
| - Roxana Abrego Vargas | DNI 74528286 |
| - Andres Jesus Vasconcelos Hernandez | DNI 75844523 |

7. FIRMAS DE LOS MIEMBROS DEL JURAD

 Firma	 Firma
Mg. Figueroa Ames Luzmila Vilma DNI 09372096	Lic. Cuadros Valer Néstor Alejandro DNI 9009240
PRESIDENTA	MIEMBRO

 Firma	 Firma
Lic. De los Santos Ríos Carmen Lucía DNI 09267358	Dra. Rivas Diaz Luisa Hortensia DNI 06629916
MIEMBRO	ASESOR(A)

RESUMEN

Objetivo: Determinar las medidas de autocuidado que practican los adultos mayores para la prevención del deterioro cognitivo leve en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo.

Material y Método: El estudio fue de enfoque cuantitativo, nivel aplicativo, tipo descriptivo y de corte transversal, la población estuvo conformada por 45 adultos mayores del programa del adulto mayor del CMI Tahuantinsuyo Bajo. La técnica fue la entrevista y el instrumento el cuestionario.

Resultados: Se encontró que del 100% de adultos mayores el 70% y 58% no practica medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en las dimensiones alimentación y actividad física y mental respectivamente y el 82% si práctica medidas para un entorno socioafectivo favorable. El 70% no consumen pescados y 66% frutas. Respecto a las actividades físicas y mentales (refuerzos cognitivos) el 75% y 67% no las practica. Asimismo, en la dimensión entorno socioafectivo el 58% practica una comunicación afectiva y autoestima favorable, sin embargo, el 53% no practica medidas para controlar el estrés.

Conclusiones: Los adultos mayores no practican medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en las dimensiones alimentación y actividad física – mental, y en relación a la dimensión entorno socioafectivo las practican mayoritariamente.

Palabras clave: Medidas de autocuidado, prevención, deterioro cognitivo leve, adulto mayor.

SUMMARY

Objective: To determine the self – care measures practiced by older adults for the prevention of mild cognitive impairment at the Tahuantinsuyo Bajo Maternal and Child Center.

Material and Method: The study had a quantitative approach, application level, descriptive and cross – sectional type, the population was made up of 45 older adults from the older adult program of the CMI Tahuantinsuyo Bajo. The technique was the interview and the instrument the questionnaire.

Results: It was found that of 100% of older adults, 70% and 58% do not practice self – care measures for the prevention of mild cognitive impairment in the dimensions of nutrition and physical and mental activity, respectively, and 82% do practice measures for a socio – affective environment favorable. 70% do not consume fish and 66% fruit. Regarding physical and mental activities (cognitive reinforcements), 75% and 67% do not practice them. Likewise, in the socio – affective environment dimension, 58% practice affective communication and favorable self – esteem, however, 53% do not practice stress control.

Conclusions: Older adults do not practice self – care measures for the prevention of mild cognitive impairment in the dimensions of nutrition and physical – mental, and in relation to the socio – affective environment dimension they practice them mostly.

Key Word: Self – care, measures, prevention, mild cognitive Impairment, older adult

DEDICATORIA

A Dios por permitirme llegar hasta donde estoy hoy en día, por apoyarme en los momentos que más necesitaba y mostrarme siempre el camino correcto.

A mi familia que siempre ha estado conmigo en las buenas y las malas y me han visto crecer desde que inicie este camino, en especial a mi madre por ser un ejemplo de superación, a mis abuelos los cuales me dieron la base de mis estudios y a todos los integrantes de mi familia por siempre darme su apoyo en todos mis actos

A mí compañera incondicional A.A.B.G por llegar en el momento exacto a mi vida y ayudarme en cada obstáculo que vengo superando.

A mi profesora la Dra. Luisa Rivas Díaz, quien me ha brindado su apoyo, paciencia, durante toda esta etapa, para que la tesis pueda salir adelante, la cual estaré siempre agradecido.

INDICE

RESUMEN	ii
SUMARY	iii
I. INTRODUCCIÓN	1
1.1 Planteamiento del problema: determinación y formulación del problema	3
1.2 Objetivos:	6
1.3 Importancia y alcance de la investigación:	7
II. REVISIÓN DE LITERATURA	9
2.1.- Antecedentes del estudio	9
2.2 Base teórica	15
2.2.1 Situación General del Adulto mayor en el Perú	15
2.2.2 Situación de salud del adulto mayor	19
2.2.2.1 La salud mental en el adulto mayor.	20
2.2.2.2 Deterioro Cognitivo Leve	22
2.2.2.2.1 Definición	22
2.2.2.2.2 Clasificación del deterioro cognitivo leve	23
2.2.2.2.3 Factores de riesgo del deterioro cognitivo leve	24
2.2.2.2.4 Sintomatología	25
2.2.2.2.5 Intervenciones terapéuticas	27
2.2.3 Autocuidado del Adulto Mayor en la prevención del deterioro cognitivo leve	31
2.2.3.1 Definición de Autocuidado	31
2.2.3.2 Medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en el adulto mayor	34
2.2.3.2.1 Alimentación	34
2.2.3.2.2 Actividad física y mental:	36
2.2.3.2.3 Entorno socioafectivo	37
2.2.4 Rol de enfermería en la prevención del deterioro cognitivo leve en el adulto mayor	38
2.3 Definición operacional de términos	40
III. HIPOTESIS Y VARIABLES	41
3.1 Hipótesis:	41
3.2 Variables:	41
IV. MATERIALES Y METODOS	42
4.1 Tipo y método de investigación	42

4.2	Diseño de investigación	42
4.3	Sede de estudio	42
4.4	Población, muestra y muestreo	42
4.5	Técnicas e instrumentos de recolección de datos.	43
4.6	Procedimientos de recolección y procesamiento de datos	44
4.7	Análisis estadístico	45
4.8	Consideraciones éticas	45
V.	RESULTADOS	47
5.1	Presentación de tablas y/o gráficos y descripción de los resultados	47
VI.	DISCUSIÓN	51
VII.	CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	55
VIII.	REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA	57

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es la etapa en la cual las personas atraviesan diferentes cambios a nivel estructural, funcional y psicológico. En los últimos años el envejecimiento poblacional se ha convertido en un fenómeno que ha emergido con rapidez e involucra políticas nacionales e internacionales debido al aumento de esperanza de vida y a la disminución de la tasa de fecundidad considerándose por ello un reto para la sociedad y para la salud pública.

La mayoría de adultos mayores afrontan una serie de problemas de salud físicas y mentales propios de su edad o como un problema agregado, los cuales en muchas ocasiones no son detectadas a tiempo, generando un impacto negativo en su calidad de vida, dentro de ellos, el deterioro cognitivo leve, la cual es una enfermedad que genera déficit para recordar sucesos recientes, con cierto grado de dificultad psicomotora y limitación para la resolución de problemas, problema que de no ser identificado y tratado oportunamente puede generar dependencia para su cuidado y por consiguiente repercutir negativamente en la calidad de vida del adulto mayor.

En este sentido, la familia constituye uno de los recursos más importantes de la población adulta mayor ya que es la encargada de prestar atención directa, compartir sus actividades y es la más idónea para proporcionar seguridad, sentimientos de capacidad, utilidad, autoestima, confianza y apoyo social; es así que los familiares influyen significativamente en el cuidado del adulto mayor, en el retraso u oportunidad para la detección de diversos problemas como el deterioro cognitivo leve, lo que promoverá una atención sanitaria oportuna de ser necesaria.¹

El profesional de enfermería, como parte del equipo de salud, asume un rol muy importante en la prevención y detección oportuna, así como en la atención y cuidado integral de los adultos mayores y sus familias basándose

en las necesidades básicas y en su propia idiosincrasia, priorizando las actividades de la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. En este sentido es importante la teoría del autocuidado definida como “la capacidad que tiene el adulto mayor frente a la actividad física y cognoscitiva para aprender técnicas nuevas, practicarlas y transmitirlo a los demás”.²

El presente estudio titulado “Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve” tiene como propósito brindar evidencias científicas sobre esta variable a las autoridades del establecimiento de salud para promover el desarrollo de actividades preventivo – promocionales orientadas al envejecimiento saludable de la población.

El informe presenta la siguiente estructura. Capítulo I: **Introducción** donde se redacta el planteamiento del problema, objetivos la importancia y alcance de la investigación; Capítulo II: **Revisión de la literatura**, que comprende los antecedentes del estudio, bases teóricas y definición operacional de términos; el Capítulo III: **Hipótesis y variables**; Capítulo IV: **Materiales y métodos**; en el que se detalla el tipo y método de investigación, diseño, sede de estudio, población, muestra y muestreo, técnicas e instrumento de recolección de datos, validez y confiabilidad, procesamiento de recolección y procesamiento de datos, análisis estadístico y las consideraciones éticas; Capítulo V: **Resultados** donde se presenta las tablas y gráficos correspondientes; Capítulo VI: **Discusión** en el cual se interpretó los principales hallazgos de la investigación; en el Capítulo VII se describen las **Conclusiones y Recomendaciones**; en el Capítulo VIII se presentan las **Referencias Bibliográficas** y por último **los Anexos**.

1.1 Planteamiento del problema: determinación y formulación del problema

En las últimas décadas, a nivel mundial se ha visto un cambio acelerado en relación a las tasas demográficas de mortalidad y natalidad,³obteniendo como resultado el aumento de la población adulta mayor, convirtiéndose así en la base de la pirámide poblacional. Al respecto, la OMS menciona que para el año 2050, este grupo poblacional incrementará de un 12% a 22%,⁴sobre todo en los países con ingresos económicos bajos, por ello, es necesario hacer énfasis en el compromiso por mejorar el sistema sanitario para otorgar y facilitar una mejor calidad de vida a estas personas. En Perú, el INEI, señala aumento de esta población de un 5.7% en 1950 a 13,0% en 2021.⁵

El envejecimiento es un fenómeno que trae consigo diversos cambios a nivel económico, social, político y sanitario, acrecentando enfermedades crónicas (diabetes, problemas cardiovasculares, renales, respiratorias, cáncer) y degenerativas (la osteoporosis, osteoartritis, el Alzheimer)³ frecuentes en esta población peruana, frente a ello, el Ministerio de Salud, en el 2006, publicó los “Lineamientos para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores” con el objetivo de atender de manera holística a este grupo etéreo satisfacer sus necesidades y favorecer un envejecimiento saludable,⁶ello implica una atención óptima a nivel fisiológico, social, espiritual, emocional y mental, siendo este último el mayor problema de salud pública, debido a que de no ser atendido oportunamente y con calidad, conlleva a deterioro cognitivo leve y demencia.⁷

El Deterioro cognitivo leve, se define como un estadio de transición entre los cambios a nivel intelectual durante la etapa del envejecimiento normal y la primera fase de la demencia.⁸En los últimos años se reporta que el 60% a 70% de los casos de Alzheimer⁹ iniciaron con deterioro cognitivo leve lo cual no fue detectado a tiempo por el paciente ni su familia. Al respecto un estudio realizado por Livia J¹⁰ en establecimientos de salud de Lima en el 2017, reveló que la salud mental va de la mano con el bienestar emocional del adulto mayor

y que existe prevalencia del deterioro cognitivo leve del 6% en personas cuya media de edad fue 67.3 años, por su parte Chávez J¹¹ en el año 2018 realizó un estudio en Lima, encontrando que a nivel general los adultos mayores reportan un 8% en un nivel de deterioro cognitivo leve, un 40% de deterioro cognitivo moderado y un 2% de deterioro cognitivo severo.

En países desarrollados, la enfermedad del Alzheimer es la tercera enfermedad en costos sociales, después de las enfermedades cardíacas y el cáncer, pero el mayor costo de este problema es el humano es decir el impacto de la enfermedad en la familia, generalmente se produce una ruptura en el ambiente familiar sobre todo en el confort y la seguridad, apareciendo la incertidumbre, negatividad, emociones intensas lo que origina un cambio en sus vidas enfrentando dos puntos importantes: Conseguir el bienestar de la persona enferma, donde la familia acepta y entiende la enfermedad para luego ayudar y actuar sobre la persona enferma y seguir con su vida personal, familiar y social.¹²

Es por ello la importancia de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud, se debe actuar desde el primer nivel de atención de salud, fomentando actividades educativas dirigidas principalmente al autocuidado del adulto mayor como una forma de que se responsabilice de su propio bienestar; así mismo actividades orientadas a su familia y a los adultos en etapas de vida más tempranas, haciendo énfasis en la práctica de estilos de vida saludable como la buena alimentación, ejercicios físicos y mentales, control del estrés y socialización entre otros,¹³ enfatizando en la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencia que generalmente se obvian.

En el Perú, el MINSA tiene establecido el programa del adulto mayor con el objetivo de cautelar por la calidad de vida de la persona en esta etapa, si bien sus actividades están orientadas a la atención integral, aún las estrategias para identificar y tratar oportunamente el deterioro cognitivo leve no están muy desarrolladas, por tal motivo, expertos en el tema recomiendan incluir mejoras en su detección precoz, y precisan que es necesario promover estilos de vida

saludable, capacitar a los profesionales de salud que trabajan en el primer nivel de atención para una buena y oportuna detección y manejo adecuado de la demencia.¹⁴

Esto implica mayor participación por parte de todo el equipo de salud sobre todo del personal de enfermería, debido a que su rol está orientado en el primer nivel, a la promoción de la salud y prevención de enfermedades, proporcionando información necesaria para lograr un óptimo autocuidado, fortaleciendo las capacidades autónomas de la persona, contribuyendo así a disminuir la prevalencia de comorbilidades y mejorar su estilo de vida e incluyendo a la familia como parte importante y soporte en la vida del adulto mayor.

Al respecto, durante las prácticas comunitarias en centros de salud, al dialogar con los adultos mayores y preguntarles sobre la fecha, dirección de su casa y otros aspectos referían “no recuerdo la fecha actual, ni el día en el que estamos, ni la dirección completa de mi casa” al preguntarles sobre operaciones matemáticas como restar de 3 en 3 desde el número 30, algunos referían: “es muy complicado esas restas” por otro lado un grupo refieren “no se leer ni escribir”.

Al conversar con los familiares que los acompañaban, manifestaban: “mi papá no hace actividades en casa, solo ve tele, ni el periódico agarran” “mi mamá se olvida algunas cosas me hace buscar varias veces su llave cuando ella lo tiene guardado o me hace revisar si la cocina esta prendida” “mi papá desde que amanece me pide que lo traiga al centro de salud para que asista al programa pero luego llega a casa y duerme todo el día”; posterior a ello se le pregunta a la familia si conocen sobre los cuidados que debería tener su familiar ante el deterioro cognitivo leve referían: “joven no conozco esa enfermedad que es eso” “la verdad es que no se mucho sobre ese tema”

Por lo planteado anteriormente, surge las siguientes interrogantes: Los adultos mayores saben ¿Qué es el deterioro cognitivo leve? ¿Qué medidas están aplicando para prevenir el deterioro cognitivo leve? ¿Qué actividades

practican para la prevención del deterioro cognitivo leve? ¿Qué alimentos consumirá el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve? ¿Tiene el apoyo emocional de su familia para prevenir el deterioro cognitivo leve? ¿Le han informado sobre la importancia de prevenir el deterioro cognitivo leve? ¿quiénes?

Formulación del problema de investigación:

De lo anteriormente mencionado se procede a formular el siguiente problema de investigación:

¿Cuáles son las medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve en un centro de salud, 2020?

1.2 Objetivos:

Los objetivos del presente estudio son:

OBJETIVO GENERAL:

Determinar las medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para prevenir el deterioro cognitivo leve en el Centro Materno Infantil “Tahuantinsuyo Bajo”, 2020.

OBJETIVOS ESPECIFICOS:

- Describir las medidas de autocuidado en la dimensión alimentación que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve
- Describir las medidas de autocuidado en la dimensión actividad física y mental que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve
- Describir las medidas de autocuidado en la dimensión entorno socioafectivo que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve

1.3 Importancia y alcance de la investigación:

La OMS, considera población adulta mayor, a toda persona de 60 años a más, etapa de vida en la que se dan una serie de cambios biológicos, fisiológicos que incluyen la salud mental de los mismos. Estimándose que para el año 2025 habrá 1200 millones de adultos mayores y para el año 2050 esta cifra se duplicaría,⁷ todo ello, lleva consigo un mayor desafío para el sistema de salud nacional.

Uno de los grandes problemas que aqueja a esta población es el deterioro cognitivo leve afectando a nivel mundial a unos 50 millones de personas de las cuales, 60% viven en países de ingresos económicos bajos y medios. Cada año se registra cerca de 10 millones de nuevos casos y se prevé que se alcance los 82 millones para el año 2030 y para el año 2050 esta cifra se duplicaría. Es por ello la importancia de intervenir desde la promoción y prevención de la enfermedad a fin de retardar la aparición temprana de este problema que conlleva a deterioro de la calidad de vida del adulto mayor y de su familia.

El profesional de enfermería tiene como objetivo principal de su quehacer el cuidado integral de la persona en todas las etapas de vida, en especial cuando se trata del adulto y adulto mayor ya que se requiere mayor información, orientación sobre la forma de prevenir enfermedades en general y en especial de aquellas a las que se expone el adulto con mayor frecuencia que en general pueden conllevar a la cronicidad de las mismas o a complicaciones, la atención de salud no solo debe ser dirigida hacia el paciente sino también a la persona que lo cuida, enfermería vela también por la armonía y equilibrio familiar en cuanto a la salud mental de todo el entorno del paciente.

En este sentido el autocuidado es importante porque le permite al adulto mayor asumir la responsabilidad de su bienestar, desarrollar su aptitudes, habilidades y conocimientos que le permitan fortalecer su autonomía, mantener su independencia funcional, los procesos vitales, prevenir enfermedades y sentir satisfacción y bienestar en la vida, generando un

ambiente seguro para una mejor calidad de vida y lograr un envejecimiento pleno y saludable.

Asimismo, los resultados están orientados a proporcionar información actualizada y confiable a las autoridades de los centros de salud que atienden adultos mayores y en especial al profesional de enfermería responsable del Programa del Adulto Mayor para que puedan retroalimentar las actividades educativas dirigidas a este grupo poblacional, mejorar y/o reincorporar otras estrategias de mejora integral incluyendo a la familia.

II. REVISIÓN DE LITERATURA

2.1.- Antecedentes del estudio

En relación al problema de investigación, se realizó la revisión de la literatura, recopilando información de interés para la elaboración del marco teórico, a nivel nacional e internacional

Antecedentes Internacionales.

Barrera J, en Ecuador, año 2017, realizó un estudio sobre “Deterioro Cognitivo y su influencia en la calidad de vida del Adulto Mayor”: El método de estudio fue cuantitativo correlacional, la población estuvo constituida por 35 adultos mayores. La técnica fue la encuesta y el instrumento un test “Mini Examen Cognitivo” para evaluar el deterioro cognitivo y la Escala Gencat para determinar la calidad de vida. La autora llegó entre otras a la siguiente conclusión:

“La mayoría de los adultos mayores evaluados presentan un discreto déficit cognitivo, por ello, su calidad de vida no es muy afectada, pero con el tiempo presentarán alteraciones en sus funciones cognitivas “. ¹⁵

Campo E, Laguado E, Martin M, Camargo K, en Colombia, año 2018, realizaron un estudio sobre “Funcionamiento Cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado”. El método fue cuantitativo, descriptivo, de corte transversal. La población fue de 62 adultos mayores y la muestra de 37 personas, la técnica utilizada fue la encuesta, el instrumento fue el Minimental State Examination, Escala de valoración de la autonomía para el autocuidado y escala de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria – Barthel Escala Global de Deterioro. Los autores llegaron entre otras a la siguiente conclusión:

“La mayoría de los adultos mayores son analfabetos, en relación a su autocuidado la mayoría presenta actividades autónomas e independientes en sus actividades básicas diarias y en su funcionalidad cognitiva presentan un deterioro significativo”. ¹⁶

Sanhueza M, Castro M y Merino J, en Chile en el año 2012, realizaron un estudio sobre “Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado” el método de estudio fue de tipo experimental, cuantitativo, con una población de 6029 y la muestra fue de 30 adultos mayores, dividiéndolo en 15 personas para el grupo control y experimental. La técnica fue la entrevista y el instrumento aplicado fue Escala de valoración de la autonomía funcional y short mental portable status de Pfeiffer. Los autores entre otras llegaron a la siguiente conclusión:

“El programa aplicado favorece la independencia en necesidades básicas de la vida diaria, mejorando sus funciones mentales y su autopercepción de salud”¹⁷

Castro R, en Ecuador, año 2019, realizó un estudio sobre: “Estilos y calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad patuco, cantón Céllica entre 2018 –2019” el método de estudio fue cuantitativo, descriptivo de corte transversal, la población estuvo constituida por 30 adultos mayores, la técnica aplicada fue la entrevista y el instrumento fue una encuesta estructurada para determinar: datos sociodemográficos, estilos y calidad de vida, la autora llegó a la siguiente conclusión:

“El estilo de vida que llevan los adultos mayores en relación a su alimentación, actividad física, ocio, consumo de sustancias psicoactivas y sueño en su mayoría son saludables”¹⁸

Antecedentes Nacionales.

Moncada E y Mogollón M, en Trujillo, año 2018, realizó un estudio sobre: “Deterioro Cognitivo y Estilo de vida del adulto mayor del hospital Walter Cruz Vilca de Miramar” el método de estudio fue cuantitativo, descriptivo correlacional, la población estuvo constituida por 42 personas, la técnica aplicada fue la entrevista y los instrumentos fueron: Test de Evaluación Cognitiva Montreal y el Cuestionario de Estilo de vida los autores llegaron entre otras a la siguiente conclusión:

“un porcentaje bajo de la población presenta deterioro cognitivo leve y más de la mitad presenta un estilo de vida no saludable, por lo cual el deterioro cognitivo se relaciona con el estilo de vida del adulto mayor”¹⁹

Garcilazo M en el año 2015, realizó un estudio “Capacidad de autocuidado del Adulto mayor para realizar las actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de San Juan de Miraflores” la metodología fue de tipo cuantitativo descriptivo y de corte transversal, la población estudiada fue de 74 adultos mayores, la técnica fue la entrevista y los instrumentos aplicados fueron Instrumento de la vida diaria de Lawton y Brody, y el cuestionario de PFFEIFER, el autor llega entre otras a la siguiente conclusión:

La capacidad de autocuidado del adulto mayor para realizar sus actividades diarias es dependiente y en su dimensión cognitiva prevalece el deterioro cognitivo leve siendo el más comprometido: la memoria a largo plazo y cálculo matemático simple”.²⁰

Cabrera E y Camacho P en el año 2020 realizaron un estudio sobre “Estilo de vida y nivel cognitivo del adulto mayor”, la metodología fue de tipo cuantitativa de corte transversal, descriptivo correlacional, la población fue de 52, la técnica fue la entrevista y el instrumento fue la Escala del estilo de vida de promotor de salud y el Test Mini Prueba del Estado Mental. Las autoras llegaron entre otras a la siguiente conclusión:

“la gran mayoría de adultos mayores no presenta un estilo de vida saludable, así mismo la mayoría presenta un deterioro cognitivo leve existiendo así una relación significativa entre ambas variables.”²¹

Basilio K, Chávez C, Llanos L, en el año 2017 realizaron un estudio sobre: “Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, centro de salud Potracancha, Huánuco 2017” la metodología fue de tipo cuantitativo, descriptivo correlacional y de corte transversal, la población fue de 48 adultos mayores hipertensos, la técnica fue la entrevista y el instrumento fue la escala Pfeiffer y una escala de autocuidado en hipertensión arterial. Los autores llegaron a la siguiente conclusión:

“sé evidencio que una parte de la población presenta deterioro cognitivo leve y moderado, así mismo hay una relación significativa entre el deterioro cognitivo y el autocuidado en los adultos mayores hipertensos”²²

En relación a las dimensiones se encontraron los siguientes trabajos:

Ramírez D, en México, año 2014, realizó un estudio sobre “Asociación de elementos de dieta y deterioro cognitivo leve en el adulto igual o mayor a 65 años”. El método de estudio fue cuantitativo, transversal, se trabajó con una muestra de 90 adultos mayores. La técnica fue la entrevista y los instrumentos utilizados fueron el Mini Mental State Examination de Folstein, Cuestionario de Frecuencia de consumo de alimentos, el Mini Nutritional Assessment, cuestionario de comorbilidad, escala de Yesavage de depresión versión corta y preguntas sobre reserva cognitiva, la autora llega entre otras a la siguiente conclusión:

“La población estudiada consume omega 3 por debajo de lo normal, por ello, tienen riesgo de presentar deterioro cognitivo, así mismo, la desnutrición es un factor de riesgo importante para el desarrollo de esta enfermedad”²³

Gutiérrez M, en España, año 2019, realizó un estudio sobre “Efectos de la actividad física sobre las funciones cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve, Barcelona, 2019”. El método de estudio fue cuantitativo, descriptivo correlacional, experimental, longitudinal, se trabajó con una muestra de 50 personas, la técnica fue la entrevista y los instrumentos fueron: Instrumentos para las variables cognitivas, psicoafectivas y físicas, llegando entre otras a la siguiente conclusión:

“Las intervenciones físicas basados en el aprendizaje motor de coreografías da mayores beneficios en personas mayores con deterioro cognitivo leve y se recomienda seguir promoviendo la aplicación de deportes o actividades aeróbicas como el Taichí”.²⁴

Mayta T y Roncal R, en el año 2013 realizaron un estudio sobre “Estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor. La Tullpuna Cajamarca, 2013”, la metodología del estudio fue de tipo cuantitativo, no experimental con diseño descriptivo correlacional y de corte transversal, la técnica fue la encuesta y el instrumento para la recolección de datos estuvo compuesto en 3 partes las cuales fueron datos generales, estilos de vida y enfermedades crónico – degenerativas los autores llegaron entre otras a la siguiente conclusión

“la población estudiada un alto porcentaje nunca practican actividades físicas y son sedentarios, lo cual influenciaría en su estilo de vida y posteriormente consecuencias en su salud y recomiendan implementar más actividades recreacionales en el adulto mayor”²⁵

Caldas S y Correa M en el año 2019, realizaron un estudio “Depresión y Deterioro Cognitivo en personas adultas mayores de una residencia Geriátrica – lima, Perú”, la metodología fue de tipo cuantitativa de corte transversal, descriptivo correlacional, la población fue de 30 personas, 19 mujeres y 11 varones, la técnica fue la entrevista y el instrumento fue la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage y el Mini Examen del Estado Mental. La autora llega entre otras a la siguiente recomendación:

“la población estudiada mantiene buenas relaciones interpersonal por lo tanto no existe una relación significativa entre la depresión y el deterioro cognitivo leve sin embargo se debe hacer evaluaciones psicológicas continuas.”²⁶

Por lo expuesto anteriormente en cada uno de los antecedentes nacionales e internacionales, el deterioro cognitivo leve es un tema relevante para la salud del adulto mayor, sin embargo, la literatura aún es escasa cuando se trata de autocuidado para deterioro cognitivo leve en adultos mayores. Con lo mencionado resulta necesario seguir realizando estudios de investigación en relación a las acciones de primer nivel de atención de salud para ampliar el conocimiento del personal de salud para mejorar las intervenciones y promover un mejor proceso de envejecimiento.

2.2 Base teórica

2.2.1 Situación General del Adulto mayor en el Perú

Según la Organización de las Naciones Unidas en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones, calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas.

En Latinoamérica y el Caribe en los próximos 15 años la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores es de un 71%, siendo la más alta a nivel mundial, seguida por Asia (66%), África (64%), Oceanía (47%), Norte América (41%) y Europa (23%).²⁷

En Perú, según el censo 2018 el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa que hay 3 345 552 habitantes adultos mayores lo cual representa el 10.4% de la población total, estimándose que para el año 2020 la población aumentó a 3 593 054 personas.

Se tiene elaborado el Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores (PROMUDEH) para regular las políticas, planes, programas y proyectos a favor de las personas adultas mayores. Este documento es el único sustento para ejercer la protección y promoción de los derechos civiles, políticos y sociales de las personas adultas mayores.

Algunos de los principios del documento son:

- El envejecimiento es un proceso que dura toda la vida, sobre la cual existe diversidad de factores que exige la consideración de un enfoque de atención multidisciplinario, integral y dinámico, que transforme el proceso de envejecimiento en un factor de desarrollo para el adulto mayor.

- Se debe propiciar que las personas adultas mayores mantengan actividad intelectual, afectiva, física y social por lo que es indispensable que puedan tener acceso a los servicios de salud y seguridad social, recreación y cultura.

Asimismo, la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores” tiene como finalidad mejorar la atención integral de salud de las personas adultas mayores que se brinda en los establecimientos de salud, bajo un marco de respeto de derechos, equidad de género, interculturalidad y calidad, contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable.

Asimismo, crea las acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedades con la participación del adulto mayor, familia y comunidad, definiendo los criterios de intervención a desarrollar en los componentes de organización, provisión, gestión y financiamiento para la atención integral del adulto mayor, también, precisa la importancia de la Valoración Clínica del Adulto Mayor para realizar evaluación del estado de salud holística del adulto mayor y elaborar así un plan de intervención priorizando sus necesidades.

Por ello, la atención integral de salud del adulto mayor comprende estrategias, intervenciones y actividades de promoción, prevención, recuperación rehabilitación que el equipo multidisciplinario de salud debe realizar siempre de manera integral para que el adulto mayor reciba una atención óptima.²⁸

Definición del adulto mayor

Debido a los cambios demográficos a nivel mundial, al aumento de la población en edad avanzada, en el año 1982, se realizó la 1era Asamblea Mundial en Viena (Austria) donde el tema a tratar fue el “envejecimiento”, elaborando la formulación y ejecución de políticas, para considerar las consecuencias del proceso de envejecimiento e impacto para el desarrollo de los adultos mayores, siendo este el punto de partida para indicar que todo aquel individuo mayor de 60 años se denominará adulto mayor.²⁹

Posterior a ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 1984, estableció el término “adulto mayor” para evitar denominaciones como “viejo”, “anciano”, entre otras.

En toda la etapa del adulto mayor ocurren modificaciones biológicas, psicológicas y sociales a consecuencia de los cambios celulares entre otras, a continuación, se describirá estas modificaciones:³⁰

Biológicas: Se consideran los cambios fisiológicos, a nivel celular y tisular, que suceden por cambios químicos y fisiológicos, causando una declinación funcional del adulto mayor. Esto se ve reflejado en cambios como la temperatura corporal, el acortamiento del ciclo sueño – vigilia, disminuye la capacidad de variar la frecuencia cardíaca y presión arterial ante un evento estresante, los cambios en la piel alteran la flora bacteriana exponiéndose a infecciones cutáneas, tienen menos sensación de sed por lo que fácilmente se deshidratan, entre otros cambios.

Psicológicas: Comprenden las modificaciones sobre la percepción de sí mismo a consecuencia de los cambios en el proceso del envejecimiento, que influyen en el rendimiento intelectual, disminuyendo con la edad, comienza la lejanía o muerte de los familiares más cercanos o amigos próximos, dejándolo en la soledad,

todo ello conlleva al adulto mayor a sufrir cambios emocionales algunos se muestran tristes, pasivos, pesimistas ocasionando vulnerabilidad en su estado mental.

Social: A medida que el adulto mayor envejece, se ve obligado a aprender nuevas formas de superar actividades y demandas de su vida diaria, la presencia de enfermedades en su vida diaria hacen que resulten más difícil la adaptación del envejecimiento ocasionando actitudes depresivas, disminuyendo la capacidad de interactuar con su círculo familiar o amistades, así mismo influye la actitud de indecisión sobre su futuro es por ello que muchos buscan conversaciones de tiempos pasados experiencias vividas como estimulación positiva para su futuro.

Clasificación Funcional del Adulto Mayor

El proceso del envejecimiento en el adulto mayor se puede clasificar en dos, el envejecimiento normal, refiriéndose a los cambios propios con el tiempo y el envejecimiento secundario, caracterizado por la presencia de enfermedades ligado a los cambios propios de esta etapa. Esto tiene una relación directa con la clasificación desde el punto de vista funcional donde se puede dividir al adulto mayor en cuatro grupos: Autovalente, frágil, dependiente y postrado o terminal:³¹

- a) **Autovalente:** Es el adulto mayor que puede realizar todas sus actividades rutinarias diarias para su autocuidado, por ejemplo, comer, vestirse, caminar, aseo personal, control de sus esfínteres y ejecutar acciones instrumentales en su vida como cocinar, ir de compras, usar equipos tecnológicos, manejo de cuentas bancarias y actividades fuera del hogar.
- b) **Frágil:** Es el adulto mayor que presenta una reducción en su función biológica relacionándolo con el incremento de ser

vulnerable a presentar alguna discapacidad o riesgo de ser dependiente.

- c) **Dependiente:** Es aquel adulto mayor que presenta limitación física o funcional ocasionando el impedimento de sus actividades rutinarias diarias en su autocuidado.
- d) **Postrada o terminal:** Es aquel adulto mayor que tiene restricciones tanto físicas o mentales y es incapaz de realizar sus actividades básicas.

2.2.2 Situación de salud del adulto mayor

La salud en la etapa adulta mayor es más vulnerable y se experimentan cambios a nivel fisiológico, apareciendo enfermedades, trastornos y/o patologías que afectan su calidad de vida. A continuación, se mencionará las enfermedades más comunes en los adultos mayores

- Artritis y artrosis: enfermedades más comunes en la tercera edad, donde la artritis es la inflamación e hinchazón de las articulaciones, mientras que la artrosis es la degeneración del cartílago generado por la edad.
- Osteoporosis: se trata de la disminución de la cantidad de minerales en los huesos con riesgo a sufrir alguna fractura
- Diabetes: enfermedad que casi todos los adultos mayores la padecen, siendo las principales causas el estrés, malos hábitos alimenticios y la inactividad.
- Obesidad y desnutrición: esto se debe al desequilibrio en la alimentación de los adultos mayores esto puede conllevarlos a enfermedades más graves
- Enfermedades respiratorias: tales como la gripe y neumonía lo cual puede conllevar a hospitalizaciones constantes debido a la debilitación en su organismo por el virus que lo produce

- Enfermedades cardiovasculares: Los infartos están considerados como una de las primeras causas de muerte en los adultos mayores, que son consecuencia del tabaquismo, obesidad, hipertensión, colesterol y diabetes.
- Trastornos del sueño: es una de las enfermedades mentales más comunes en la vejez, ya que suelen tener un sueño más ligero y profundo.
- Problemas auditivos y visuales: se da por los mismos cambios anatómicos en la vejez
- Soledad y depresión: esto se ha convertido en un problema grave para las personas mayores los cuales puede conllevarlos al aislamiento social y provocar tristeza o miedo esto genera la aparición de enfermedades neurodegenerativas.
- Enfermedades neurodegenerativas: está influenciado por el estado de ánimo, pensamientos, sentimientos y acciones en el día a día, esto ocasiona alteraciones cognitivas y funcionales dependiendo de la enfermedad, las más comunes son: Alzheimer, Demencia, Parkinson.³¹

2.2.2.1 La salud mental en el adulto mayor.

La OMS define a la salud mental como un estado de bienestar donde la persona es consciente de sus capacidades, afrontando las situaciones adversas de la vida, trabajando de forma productiva para contribuir a su comunidad.²⁸ La salud mental incluye bienestar emocional, psicológico y social; afecta la forma en la que se piensa y en las acciones de la vida cotidiana; ayuda a determinar cómo manejar el estrés, el manejo de las relaciones interpersonales y en la toma de decisiones, esto es importante en todas las etapas de vida desde la niñez hasta la adultez. ³²

Cuando la salud mental es alterada suceden cambios en el pensamiento, el estado de ánimo y la conducta, llamándose a este conjunto en trastornos

mentales, lo cual es un síndrome que se caracteriza por cambios significativos en el estado cognitivo, el manejo de las emociones y la conducta del individuo. Provocando el rechazo, la exclusión o aislamiento hacia la persona dificultando así su forma de adaptarse al entorno familiar y social.³⁴

Los trastornos mentales son bastantes frecuentes en las personas con edad avanzada en comparación con la población joven, siendo muchos de estos no diagnosticados a tiempo como también el tratamiento no es el adecuado trayendo como consecuencia un envejecimiento no saludable, estos trastornos son difíciles de reconocer y se confunde muchas veces con dolencias o enfermedades físicas, donde la familia es participe en la negación afirmando que es una parte normal del envejecimiento.³⁵

Estos se pueden dividir en: trastornos afectivos, del sueño y neurocognitivos mayores.³⁶

Trastornos afectivos: siendo los más comunes la depresión y la ansiedad; donde la depresión ataca al 7% de la población,³⁷ la cual es definida como la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer en casi todas las cosas, irritabilidad, pesimismo al futuro, ideas de muerte o suicidio, pérdida de confianza en sí mismo y los demás, disminución de la concentración y la memoria, intranquilidad, alteración del sueño, disminución del apetito y fatiga crónica o dolor de cabeza, trayendo consigo disfuncionamiento y carga económica en la familia,³⁸ esto ocurre por el desequilibrio del neurotransmisor serotonina ocasionando dichas características.³⁹

Por otro lado, la ansiedad que ataca al 3.8% de la población,³⁷ definiéndose como la presencia de intranquilidad, insomnio y tensión muscular, activándose ante un peligro o amenaza, presenta las siguientes características temores excesivos, expectativas de acontecimientos adversos, tensión emocional, dificultades respiratorias, mareos, temor a las caídas.⁴⁰

Trastornos del sueño: considerado como un problema de salud pública, donde prevalece el insomnio y somnolencia diurna, el no dormir bien está asociado con el crecimiento de la edad, la perturbación del sueño afecta la presión arterial, el ritmo cardíaco, la atención y memoria de corto plazo.⁴⁰

Trastornos neurocognitivos: representan un deterioro de la cognición que no ha estado presente desde el nacimiento o en el periodo de la vida del ser humano, ocurre con mayor frecuencia en adultos mayores, incluye problemas con la atención compleja, el funcionamiento ejecutivo, el aprendizaje, la memoria, el lenguaje expresivo, habilidades perceptivas y motoras existen diversos tipos como la enfermedad del Parkinson, Huntington, demencia y Alzheimer (EA), siendo esta última un problema de salud pública debido a los aumentos en los últimos años, los cuales inician con un deterioro leve de no haber a una intervención oportuna ocasionaría las sintomatologías de esta enfermedad.⁴¹

2.2.2.2 Deterioro Cognitivo Leve

2.2.2.2.1 Definición

El deterioro cognitivo leve es definido como un cambio entre el deterioro cognitivo esperado normalmente con la edad y el deterioro grave de la demencia, implica el lenguaje, el pensamiento y el juicio racional que son los cambios más significativos en el envejecimiento y que influyen de manera negativa en la vida cotidiana de los adultos mayores.⁴²

Hoy en día se tiene propuesto varios criterios, pero los del International Working Group on Mind Cognitive Impairment, son los más utilizados, las cuales son:

- ✓ problema de memoria corroborados por un informante

- ✓ déficit de memoria verificado mediante una evaluación neuropsicológica
- ✓ preservación de la función cognitiva
- ✓ conservación de las actividades de la vida diaria
- ✓ ausencia de demencia⁸

2.2.2.2.2 Clasificación del deterioro cognitivo leve

Según Petersen lo divide en los siguientes subtipos⁸:

- **Deterioro Cognitivo Leve amnésico:** Paciente con deterioro significativo de la memoria, dentro de los cuales esta olvidar información importante que antes recordaba con facilidad como nombres, conversaciones o eventos recientes. Actualmente se considera este tipo como el tipo más frecuente y un precursor de la Enfermedad del Alzheimer.
- **Deterioro Cognitivo Leve con déficit cognitivos múltiples:** Paciente con molestias y con un disfuncionamiento múltiple a nivel cognitivo y conductual, pudiendo comprometer el lenguaje, a veces, progresan hasta cumplir los criterios de la Enfermedad del Alzheimer.
- **Deterioro Cognitivo Leve no amnésico:** Paciente con un deterioro diferente al dominio cognitivo distinto de la memoria, como el lenguaje y habilidades viso espaciales. Estos pacientes pueden avanzar a otras enfermedades como afasia progresiva primaria y demencia fronto temporal.

2.2.2.2.3 Factores de riesgo del deterioro cognitivo leve

Los factores de riesgo que existen para el desarrollo del deterioro cognitivo leve son⁴³:

Edad, sexo y nivel de estudios: la prevalencia aumenta con el paso de los años, así mismo se evidencia la prevalencia del Deterioro Cognitivo Leve en mujeres relativamente independiente de la edad, aunque en la actualidad no está bien definido. El riesgo de desarrollar el DCL por el nivel de estudio es controversial y es inversamente proporcional.

Genética: se encuentra fuertemente asociada al alelo E4 del gen, en el cromosoma 19, de un gen llamado Apolipoproteína E (ApoE), este se puede presentar de tres formas; ApoE2, ApoE3, ApoE4, siendo el más estudiado el ApoE4, ya que su transmisión aumentaría el riesgo de desarrollar deterioro cognitivo leve y la probabilidad de la conversión a la Enfermedad del Alzheimer

Factores Vasculares: Todas las enfermedades asociadas a enfermedades del corazón y accidentes cerebro vasculares, tales como la hipertensión y el colesterol alto, pueden incrementar el riesgo de desarrollar el Deterioro Cognitivo leve, ya que la presión alta puede dañar los vasos sanguíneos del cerebro, modificando las regiones más importantes en la toma de decisiones, la memoria y la habilidad verbal, por otro lado, el colesterol alto influenciara en la acumulación de placas en las arterias bloqueando un flujo sanguíneo en el cerebro causando un derrame cerebral siendo este una de las causas más comunes en el deterioro cognitivo.

Diabetes Tipo 2: En la diabetes mellitus Tipo 2, la insulina no funciona de manera eficaz para transformar el azúcar de la sangre, en energía, esta ineficiencia se ve reflejada en la mayor

producción de insulina y glucosa, perjudicando así al cerebro ocasionando lesiones vasculares, afectando los niveles de acetilcolina, norepinefrina y dopamina los cuales desarrollan un papel importante para el proceso del funcionamiento cognitivo.

Uso del Tabaco: existe un riesgo de deterioro cognitivo en aquellas personas que fuman continuamente, esto debido a que el humo del tabaco es la exposición del ser humano a sustancias químicas tóxicas asociándose al incremento de la morbilidad y mortalidad de enfermedades cardiovasculares y pulmonares, el exceso de nicotina afecta principalmente en la reducción de antioxidantes para la eliminación de radicales libres y disminuye el flujo sanguíneo cerebral y su metabolismo.

2.2.2.2.4 Sintomatología

Uno de los puntos más importantes para identificar a una persona con deterioro cognitivo leve es la no afectación en sus actividades diarias, ante la sospecha de esta enfermedad se debe realizar una valoración integral incluyendo una historia clínica detallada que contenga: el comienzo y evolución de la sintomatología, datos sobre los medicamentos utilizados, comorbilidades, exploración clínica y neurológica, valoración cognitiva, mental y funcional.

A continuación, se detallará la sintomatología de la enfermedad⁸:

- **Deterioro de la memoria:** Durante el desarrollo de la enfermedad las personas con deterioro cognitivo leve manifiestan principalmente el deterioro de la memoria sobre todo la memoria episódica, es decir, empiezan a olvidarse recuerdos significativos en su vida, lugares, emociones y algunos detalles de su vida.

- **Trastorno del lenguaje:** muchos de los adultos mayores que presentan esta enfermedad, tienen dificultad para encontrar la palabra deseada, es decir, se les complica poder expresar lo que sienten.
- **Atención:** se evidencia en los pacientes una menor capacidad de generar, mantener y dirigir un proceso correcto de la información, generando cambios en su capacidad de respuesta, esto puede verse reflejado al momento de seguir o centrarse en una conversación o realizar actividades recreacionales que requieran concentración como sudoku, juegos de memoria, pupiletras, entre otros.
- **Habilidades viso – espaciales:** se refiere a todas las capacidades del ser humano para representar, analizar y manipular objetos mentalmente, gracias a ello, podemos realizar las siguientes acciones: controlar la distancia entre objetos, imaginar un sitio que detallan en una conversación, entre otras.⁴⁰ durante la enfermedad del DCL el adulto mayor pierde estas habilidades por lo cual genera cambios psicológicos y conductuales en su entorno social.
- **Cambios psicológicos y conductuales:** estos cambios incluyen alteraciones en la conducta, en las muestras de afecto y síntomas psicóticos, esto, genera una disminución en la calidad de vida, aumentando el desgaste del cuidador. Se observa, también, una disminución de la motivación, alteraciones afectivas como ansiedad, irritabilidad, euforia, hay conductas sociales inapropiadas y percepciones anormales como ilusiones y alucinaciones.

2.2.2.2.5 Intervenciones terapéuticas

Las terapias no farmacológicas pueden ser definidas como cualquier intervención no química, que está teóricamente sustentada, realizada sobre el paciente o el cuidador capaz de obtener un beneficio relevante. A continuación, se detallará algunas terapias recomendadas ⁴⁵

Las terapias no farmacológicas, han demostrado que pueden ser muy efectivas hasta incluso mejor que el uso de fármacos, debido a la influencia en la calidad de vida de las personas con enfermedades neurodegenerativas y en sus cuidadores, dando los siguientes beneficios:

- ✓ Estimula, mantiene y potencia las capacidades preservadas por el paciente
- ✓ Evita la desconexión con su entorno y fortalece las relaciones sociales
- ✓ Da seguridad y aumenta la independencia del paciente en sus actividades diarias
- ✓ Minimiza el estrés y evita reacciones psicológicas anormales
- ✓ Retrasa la evolución de la enfermedad mejorando su rendimiento cognitivo y funcional ⁴⁶

Para obtener todos estos beneficios, se realiza las siguientes actividades:

1. **Estimulación cognitiva:** El ser humano es un ser integral, requiere de estimulación para aumentar sus potencialidades y así disminuir deficiencias que puede presentar en el momento, es por ello que los adultos mayores requieren de esta terapia para no permitir el avance cognitivo y/o físico que puede presentar, dentro de los beneficios de esta estimulación es la mejora en la calidad de vida; ya que, se

ha comprobado que existe una capacidad cognitiva de reserva en el organismo durante la vejez que es entrenable y potenciabile, esto quiere decir una posible rehabilitación y prevención del deterioro cognitivo.

Dentro de la terapia se refuerza las siguientes áreas:

1. Orientación y atención
2. Memoria
3. Lenguaje
4. Calculo
5. Praxias ⁴⁷

En esta terapia, se desarrolla las siguientes actividades ⁴⁸:

Lectura y escritura, donde se hacen ejercicios de lectura, cálculo y dibujo con el objetivo de mantener activo la función cognitiva del adulto mayor y estimular la memoria, atención y cálculo, a través de, los ejercicios propuestos.

Actividades sensoriales, están diseñadas para trabajar con los 5 sentidos, dentro de los cuales, se hace las acciones de escuchar y reconocer sonidos a través de melodías musicales mejorando así su capacidad auditiva, también, se trabaja con imágenes para mejorar su capacidad visual, todo ello con la finalidad de mejorar la atención.

Actividades artísticas, estos ejercicios están diseñados para motivar la autoestima del adulto mayor, dentro de los cuales está el dibujar, colorear con pintura en los dedos o lápices de colores, otra actividad es el crear un álbum de fotografías personal en donde se detalle las historias de cada fotografía. Esto se realiza con la finalidad de mejorar la memoria y el lenguaje.

Destrezas motoras finas, esta actividad está diseñada para la estimulación de destrezas motoras finas, donde se busca la mejora de la coordinación del movimiento, dentro de los cuales esta tejer o hacer bordados, caligrafía y actividades sencillas en el hogar como preparar la mesa, ordenar su ropa, vestirse solo, entre otras.

Juegos cognitivos y de mesa, los juegos tienen la función de mejorar el razonamiento, atención, memoria y lenguaje; en actividades como ajedrez, cartas, pupiletras, sudoku, entre otras. Todas estas, mejoran la capacidad cognitiva del adulto mayor.

2. **Terapia de la Reminiscencia**, es el proceso de recuperación de eventos ocurridos personalmente en el pasado, especialmente en las que fueron de gran aceptación, esta terapia fortalece la autoestima y el lenguaje del adulto mayor beneficiándolo en desarrollar y mantener su sentido de identidad, así mismo ayuda en el funcionamiento social y psicológico disminuyendo cambios conductuales en la persona.⁴⁹

3. **Ejercicio físico**, tiene muchos beneficios para la salud física como mental, así mismo, otorga beneficios para el funcionamiento cognitivo, con realizar de 30 a 60 minutos de actividad física ya sea correr, caminar, deportes, taichí, logran obtener los siguientes beneficios:

- conservar la capacidad del pensamiento, razonamiento y aprendizaje
- mejora la memoria, juicio y capacidad de pensamiento
- retrasa el inicio de la enfermedad del Alzheimer
- Mantiene un adecuado flujo sanguíneo aumentando las sustancias químicas que protegen al cerebro.

- Estabilizan el estado de ánimo y reduce los síntomas depresivos

49

- **TERAPIA FARMACOLÓGICA**

El tratamiento farmacológico, va a estar direccionado con las sintomatologías de la enfermedad, no pretende curar, pero si aumentar la calidad de vida retardando el disfuncionamiento cognitivo, ante ello, es importante un diagnóstico claro del DCL y mantener un control estricto de la enfermedad.

A continuación, se detallan algunas indicaciones farmacológicas frecuentes⁵⁰:

- 1. Medicamentos Nootropicos:** llamados también como estimulantes de la memoria o potenciadores cognitivos, este nombre proviene del vocablo griego: noos (mente) y tropos (dirección) estos actúan directamente en el telencéfalo, facilitando las actividades cerebrales cognitivas. Algunos de estos medicamentos son el piracetam, oxiracetam, etiracetam, entre otros.
- 2. Antioxidantes:** son compuestos químicos que interactúan con los radicales libres y los neutralizan, lo cual impide que puedan causar daño al organismo, en el DCL, el estrés oxidativo se ha asociado a la muerte neuronal en áreas del Lóbulo Temporal Medio. Dentro de los usados esta la Vitamina E que retrasa la progresión de la Enfermedad del Alzheimer.
- 3. Inhibidores del acetil colinesterasa:** Estos fármacos retrasan la degradación de la acetilcolina reforzando la neurotransmisión, algunos medicamentos han demostrado mejorar la memoria y retrasar el deterioro cognitivo son el donezepilo, rivastigmina y galantamina.

- 4. Citicolina:** es un compuesto endógeno que actúa como intermediario en la transformación de la colina en fosfatidilcolina, lo cual es importante para la membrana neuronal, se ha observado en algunos pacientes que este medicamento mejora la memoria y otras funciones cognitivas.

2.2.3 Autocuidado del Adulto Mayor en la prevención del deterioro cognitivo leve

Para mantener una vida saludable es necesario que el ser humano aprenda a autocuidarse de manera holística, la práctica del autocuidado debe ser estimulado por el equipo de salud, en especial por el profesional de enfermería, quien debe inculcar en los adultos mayores medios teóricos y prácticos para que puedan obtener una calidad de vida adecuada. Siendo la mejor herramienta para el enfermero, la educación, ya que es una acción que tiende a producir cambios de conducta en las personas y grupos para lograr mejores niveles de salud.⁵¹

2.2.3.1 Definición de Autocuidado

La Organización Mundial de la Salud, define el autocuidado como actividades de la vida cotidiana realizadas por una persona, familia o grupo y las decisiones tomadas sobre ellas para cuidar su salud sin el apoyo de atención médica. Reconociendo al autocuidado como fundamental en el sistema de atención de salud, debido a que representa una estrategia para prevenir enfermedades y proteger la salud.⁵²

El Ministerio de Salud del Perú refiere que el autocuidado es la “capacidad de las personas de asumir en forma voluntaria el cuidado y mantenimiento de su salud” y enfatiza su concepto en promoción de la salud (prácticas que conllevan el bienestar físico, mental y espiritual), prevención de enfermedades y

riesgos, detección y manejo temprano de signos y síntomas de enfermedades.⁵³

La teoría del autocuidado es desarrollada por Dorothea Orem definiéndolo como la responsabilidad que tiene un individuo para el fomento, conservación y cuidado de su propia salud, es un conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior.⁵⁴

Así mismo describe sobre los requisitos de autocuidado las cuales son necesarias para regular el funcionamiento y desarrollo del ser humano de forma continua, dentro de las cuales se tiene:

- Requisitos de autocuidado universal: se refiere a los autocuidados comunes del ser humano en las cuales se encuentra mantenimiento del aporte de aire, agua y alimentos; proceso de eliminación; mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el descanso; mantenimiento del equilibrio entre la interacción social y la soledad; prevención de los peligros para la vida.
- Requisitos de autocuidado de desarrollo: está relacionado a aquellos autocuidados que se da en las distintas etapas de vida.
- Requisitos de autocuidado ante la desviación de salud: este requisito es el objetivo de las acciones de autocuidado que realiza el paciente con alguna incapacidad o enfermedad crónica, lo cual requiere una

intervención sanitaria en momentos concretos o a lo largo del proceso de la enfermedad

Ante ello Orem plantea que cuando la capacidad individual de la persona no es adecuada surge el déficit de autocuidado, ante ello propone la intervención sanitaria es decir el profesional de enfermería quien solo tiene lugar cuando el ser humano no puede cubrir por sí solo todas sus necesidades diarias, ante ello nace los cuidados de enfermería que lo explica en 3 sistemas: Compensación total, compensación parcial y sistema educativo y de apoyo.

- Sistema de compensación total: describe el accionar de enfermería en hacerse cargo de satisfacer los requisitos de autocuidado universal de la persona hasta que pueda reanudar su propio cuidado o cuando haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.
- Sistema de compensación parcial: este sistema es muy diferente a la anterior ya que el profesional de enfermería no requiere la misma intensidad en la intervención debido a que la persona está más implicada en su propio cuidado.
- Sistema Educativo y de apoyo: en este sistema el profesional de enfermería regula el accionar y desarrollo del autocuidado de la persona ya que el individuo es capaz de realizar sus acciones de manera independiente adaptándose a diversas situaciones, pero necesita el apoyo del enfermero para la comunicación de nuevos conocimientos y habilidades.

La teoría de Dorothea Orem es un punto de partida que ofrece al profesional de enfermería herramientas para brindar una calidad de atención adecuada, en las diferentes etapas de vida del ser humano promoviendo un cuidado sano para una mejor calidad de vida.

2.2.3.2 Medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en el adulto mayor

Las medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve son:

2.2.3.2.1 Alimentación

Diversos estudios demuestran que el uso de una dieta mediterránea disminuye la incidencia de adultos mayores con Deterioro cognitivo leve y así mismo reduce la probabilidad de desarrollar la enfermedad del Alzheimer, los efectos de esta dieta se debe a los antioxidantes de las frutas y verduras, el omega 3 del pescado, sin embargo; se sugiere que independiente de la alimentación que se lleva, es necesario mejorar el estilo de vida del adulto mayor para una mayor protección cognitiva y evitar a largo plazo las consecuencias de la enfermedad. A continuación, se detallará algunos alimentos que pueden desempeñar el rol de prevención.⁵⁵

Alimentos con Vitamina B: Juega un papel importante como la Vitamina B6 (piridoxina), ya que participa en el metabolismo de aminoácidos y es determinante para la producción de neurotransmisores como la dopamina (que influye en la actividad motora y lo cognitivo), la serotonina (regula el estado de ánimo, la memoria).

La Vitamina B9 (fólico) y la B12 (cobalamina) presentan efectos protectores sobre el envejecimiento cognitivo, estas ayudan a

regular la homocisteína, reduciéndolo en el torrente sanguíneo, ayuda a prevenir daños en el tejido cerebral.

La ingesta adecuada de ácido fólico en adultos mayores debe ser diaria una cantidad de 400 microgramos, debido a los siguientes beneficios: mejora la función cognitiva del cerebro y por lo tanto mejora la memoria, impide también la pérdida de audición y visión, estos alimentos se encuentran en lentejas, palta, garbanzos, espinacas, brócoli, hígado, yema de huevo y lechuga⁵⁶

Frutas y verduras: La inflamación neural y el daño oxidativo son claves en el desarrollo de demencia. El estrés oxidativo daña directamente a las células, resultando en daño de la sinapsis y muerte de la célula nerviosa, los antioxidantes actúan en contra de la neurodegeneración, limitando la producción de sustancias tóxicas y reduciendo el daño producido por los radicales libres, esto incluye a las Vitaminas C y E.

Alimentos como las fresas, arándanos, manzana, uvas, naranjas, frenan el deterioro cognitivo y es beneficioso para el cerebro se recomienda beber un vaso de zumo cada dos días o comer dos frutas a diario.⁵⁷

Pescados: El consumo frecuente de pescado tiene un efecto favorable en la función cognitiva debido al aporte de la omega, ya que son constituyentes esenciales de la dieta para el cerebro, más del 22% de la corteza cerebral y materia blanca están hechas de fosfolípidos y la función de la membrana celular neuronal, está modulada por la composición de sus ácidos grasos. Este, se encuentra implicado en el crecimiento neuronal e influye en la información sináptica, también, en vías vasculares, inflamatorias y amiloideas de demencia, por lo tanto, son potencialmente importantes en demencia vascular y enfermedades neurodegenerativas

Esto se puede encontrar en alimentos como los pescados: atún, bonito, caballa, se recomienda comer 2 veces por semana o más, ayuda a desacelerar el deterioro cognitivo en un 10 por ciento y mejora la resistencia entre conexiones nerviosas.⁵⁷

2.2.3.2.2 Actividad física y mental:

El ejercicio físico es importante para todas las edades, sobre todo en el adulto mayor, ya que, disminuirá el riesgo de diferentes enfermedades como el deterioro cognitivo leve y favorecerá un mejor flujo sanguíneo debido a que más sangre mayor oxígeno, nutriendo así al cerebro, su actividad cognitiva, mejora el estado de ánimo y reduce el estrés.

Las actividades que se recomiendan diariamente en un tiempo de 150 minutos a la semana como mínimo⁵⁸son:

Actividad física

- ✓ Aeróbicos como pasear, nadar, jugar futbol o trabajos de campo es la modalidad de actividad física que ayuda a un mejor funcionamiento cognitivo ya que estas actividades influyen en el aumento.
- ✓ Actividades como bailar, yoga, taichí, o pequeñas acciones en casa rutinarias esto favorece a las funciones cognitivas como la concentración, memoria, coordinación.

Refuerzo cognitivo

- ✓ Trabajos de memoria a largo plazo, leer a menudo novelas, periódicos, cortar una revista, escribir, con estas actividades se trabaja la concentración, memoria, entendimiento, atención e imaginación, mejorando el funcionamiento cognitivo.

- ✓ Juegos como crucigramas, sopa de letras, sudokus o rompecabezas, ejercita al cerebro estimulando el aprendizaje, memoria y entendimiento.

2.2.3.2.3 Entorno socioafectivo

En la vida del adulto mayor establece vínculos sociales con su entorno, ya sea familia, amigos, vecinos, etc. Mantener relación con los demás favorece el bienestar y actividad activa de la mente, sin embargo; el aislamiento social se hace presente conforme se van haciendo mayores, la pérdida de los seres queridos contribuye a una disminución de las relaciones sociales, a pesar de ello, esta etapa es fundamental establecer relaciones sociales con otras personas.

Por lo cual, es importante que el adulto mayor realice las siguientes acciones⁵⁹

- ✓ **Mantener una comunicación afectiva** con su entorno, ya sea familiares o amistades, debido a que, al dialogar con otras personas, se mantiene activo áreas específicas en el cerebro como el giro de Heschl, el Área de Wernicke y Broca donde, a través de un proceso interno, dan lugar al diálogo.
- ✓ **Control del estrés**, cuando un adulto mayor está en un estado de tensión por mucho tiempo implica mayor presencia de cortisol teniendo en cuenta la debilitación de las células cerebrales, llegando a su destrucción, perjudicando áreas como la corteza prefrontal, la amígdala e hipocampo, dañando áreas como la regulación emocional, memoria y aprendizaje. Para manejar el estrés, el adulto mayor debe descansar lo necesario (7 a 8 horas al día), ya que, cuando el cerebro está descansando, la producción de hormonas está equilibrada, esto ayuda a que la

memoria funcione a la perfección y, por último, no preocuparse por cosas pequeñas para mantener un estado de ánimo óptimo.

- ✓ **Mantener un autoestima favorable o positiva** es recomendable que el adulto mayor se encuentre feliz, alegre, mantenga una ilusión por vivir, disfrutar de la compañía de sus familiares o amistades, de no ser así, el adulto mayor está expuesto a disminuir su estado afectivo e interés propio y se predispone a desarrollar depresión, la cual, es una de las causas principales del deterioro cognitivo leve por sus lesiones neuronales en el hipocampo ocasionando un déficit de los neurotransmisores como la noradrenalina y la serotonina.

2.2.4 Rol de enfermería en la prevención del deterioro cognitivo leve en el adulto mayor

La Organización Panamericana de la Salud, considera a la educación como un elemento importante para la influencia de mejorar conductas con el fin de que sean duraderas a la persona en la promoción, recuperación y rehabilitación. Es por ello que uno de los problemas más importantes para el profesional de salud es como proporcionar una adecuada educación a la persona, familia y comunidad para mejorar su salud.⁶⁰

Ante ello, el profesional de enfermería asume esa responsabilidad en la educación de la persona en sus diferentes necesidades que requiera, es importante que esta intervención se realice desde el inicio del problema hasta su evolución favorable, ya que se ha demostrado que, ante una mayor información del paciente sobre su estado de salud, más eficaz es su recuperación y rehabilitación.

El rol del profesional de enfermería se relaciona con los comportamientos y acciones que abarcan conocimientos, valores, habilidad y actitudes en el sentido de favorecer las potencialidades de la persona con el objetivo de mantener o mejorar la vida de la

persona durante el proceso de vivir o morir. Se considera que el enfermero es quien debe brindar un cuidado humanizado, fortaleciendo los lazos de comunicación entre paciente y el resto del equipo de salud, buscando un cuidado integral para una mejor atención y cumplimiento de necesidades del paciente.⁶¹

Ante el manejo de las demencias, el papel del enfermero es fundamental porque interviene de manera simultánea a ambas partes implicadas tanto el paciente como la familia, actúa en base a estos 8 principios:

1. Conocer las señales tempranas de la demencia
2. Brindar información oportuna, apoyo y tratamiento en la fase inicial de la enfermedad
3. Comunicarse de manera afectiva
4. Promover la independencia y fomentar la actividad
5. Apoyar de manera psicológica en momentos de angustia, confusión y/o ansiedad ante los síntomas que tenga el paciente
6. Brindar apoyo y respeto a los miembros de la familia brindándoles consejería para el cuidado
7. Capacitación sobre intervenciones oportunas para satisfacer las necesidades de las personas con demencia
8. Trabajar con el equipo multidisciplinario para apoyar a las personas con demencia⁷

Por lo tanto, el profesional de enfermería ante la enfermedad de la demencia juega un rol importante como facilitador entre la familia y el paciente resolviendo las dudas que puedan tener, así mismo, lidera el equipo de salud ante la prevención de la enfermedad brindando sesiones educativas, campañas promoviendo el estilo de vida saludable, actividad física – mentales y reducción del estrés.

2.3 Definición operacional de términos

Medidas de autocuidado: Conjunto de acciones que refiere practicar el adulto mayor para prevenir el deterioro cognitivo leve.

Deterioro cognitivo leve: es un estadio intermedio entre el deterioro cognitivo normal y la demencia que se puede producir durante la etapa del envejecimiento.

Prevención del deterioro cognitivo leve: Acciones realizadas por los adultos mayores en relación a la alimentación, actividad física y mental y entorno socioafectivo para prevenir el deterioro cognitivo leve.

Adulto mayor: Personas con edad de 60 años a más que asisten al Programa del adulto mayor en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo.

III. HIPOTESIS Y VARIABLES

3.1 Hipótesis:

No aplica

3.2 Variables:

Identificación de la variable: Medidas de Autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve

Tipo de variable: Variable cualitativa.

IV. MATERIALES Y METODOS

4.1 Tipo y método de investigación

El presente estudio es de tipo cuantitativo porque la variable es medible y permitió analizarla estadísticamente, de nivel aplicativo, ya que sus resultados orientaran las acciones de enfermería para la prevención de la enfermedad por medio de estrategias a fin de mejorar la calidad de vida del adulto mayor. De tipo descriptivo y de corte transversal; ya que permitió narrar los hechos relacionados con el autocuidado, tal y como se presentan en un tiempo y espacio determinado.⁶⁴

4.2 Diseño de investigación

El diseño es no experimental ya que no se realizó ninguna manipulación deliberada de la variable, solo se buscó observar directamente el fenómeno de estudio en un solo momento, para posteriormente ser analizado y así determinar las características de lo evaluado.

4.3 Sede de estudio

Esta investigación se desarrolló en el “Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo”, categoría I – 4, que corresponde a la DIRIS LIMA NORTE ubicada en Av. Chinchaysuyo 371, distrito de Independencia 15332. La institución ofrece diversos servicios a la comunidad dentro de los cuales se encuentra el Programa del Adulto Mayor que atiende dos veces a la semana los martes y viernes desde las 2 pm hasta las 6 pm. Las actividades que generalmente se desarrollan en el programa son: actividades físicas, manuales y cognitivas.

4.4 Población, muestra y muestreo

La población considerada para el presente trabajo de investigación fue 45 adultos mayores que asisten al Programa del adulto mayor que respondieron a los siguientes criterios:

Criterios de Inclusión:

- ✓ Adulto mayor varón o mujer que asista al programa del adulto mayor del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo
- ✓ Que tenga la edad de 60 años a mas
- ✓ Que acepte participar de la investigación a través del consentimiento informado
- ✓ Que este lucido en tiempo, espacio y persona

Criterios de Exclusión

- ✓ Adulto mayor que presenten patologías físicas o mentales
- ✓ Que no acepte participar de la investigación

MUESTRA

En el presente estudio de investigación no se tomó muestra ya que se trabajó con toda la población.

4.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

La técnica que se empleó fue la entrevista, el instrumento un cuestionario que tuvo como objetivo recolectar datos sobre las medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve.

El instrumento estuvo estructurado de la siguiente manera: la introducción, instrucciones, datos generales y contenido propiamente dicho, que estuvo compuesto por 43 ítems divididos según dimensiones, 21 ítems para la dimensión alimentación, 13 para la actividad física y mental y 7 respecto al entorno socioafectivo. (Ver Anexo B)

El contenido del instrumento fue validado a través del juicio de expertos, conformado por 8 docentes de la Escuela Profesional de Enfermería, de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, que laboran en el área de Salud Mental y Psiquiatría, Enfermería en Salud Comunitaria e Investigación en enfermería; las mismas que brindaron sugerencias para mejorar la estructura

del instrumento y en base a ello fue mejorado. Luego se aplicó la prueba binomial obteniendo el valor final de 0.008 lo que indica que el instrumento es válido. (Ver anexo C)

Para la confiabilidad se realizó la prueba piloto con 12 adultos mayores de otro centro de salud y con características similares a la población de estudio posteriormente se aplicó la prueba Kuder - Richardson, obteniéndose como resultado 0.77 lo que indica que el instrumento es confiable.⁶⁴ (Ver anexo D)

4.6 Procedimientos de recolección y procesamiento de datos

Para la recolección de datos se realizó las siguientes acciones:

1. Solicitud de carta de presentación a la directora de la Escuela Profesional de Enfermería ante la enfermera encargada del Programa del Adulto Mayor del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, obteniéndose la autorización para el desarrollo de la investigación.
- 2.- Solicitud de permiso al médico y enfermera jefa del programa adulto mayor del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo.
- 3.- Entrevista con las autoridades del centro para dar a conocer los objetivos de la investigación y el cronograma de actividades.
- 4.- Coordinación con la enfermera responsable del programa adulto mayor en el Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo para precisar las fechas y horas de la recolección de datos, realizándose entre los meses de octubre, noviembre y diciembre.
- 5.- Previo a la aplicación del instrumento se coordinaba con el adulto mayor y su familiar en el caso venga acompañado. Luego se procedió a explicar en forma clara y concisa el objetivo de la investigación, se solicitó su participación voluntaria y la firma del consentimiento informado.
- 6.- La aplicación del instrumento fue mediante la entrevista durando aproximadamente de 15 a 20 minutos, posterior a ello se agradecía a cada

adulto mayor y se le orientaba sobre los cuidados que debía tener para la prevención del deterioro cognitivo leve.

Los datos se procesaron de forma manual previo a ello se preparó el libro de códigos (ver anexo F) y la matriz de datos. los intervalos para los valores finales se determinaron a través de la prueba estadística de máximos y mínimos, obteniendo para el valor final practica <43 – 22> y para el valor no practica <0-22> (ver Anexo E).

Así mismo, para los valores finales de las dimensiones se realizó la prueba estadística de máximos y mínimos (Ver Anexo E)

DIMENSION	VALOR FINAL	
	Practica	No Practica
Alimentación	<13 – 23>	<0 – 13>
Actividad física mental	<7 – 11>	<0 – 6>
Entorno socio afectivo	<6 – 9>	<0 – 5>

Una vez procesado los datos se procedió a elaborar las tablas y gráficos, correspondientes

4.7 Análisis estadístico

El análisis se basó en la estadística descriptiva: frecuencias y promedios lo cual permitió interpretar los hallazgos de la presente investigación

4.8 Consideraciones éticas

Para el presente estudio se tomaron en cuenta las siguientes consideraciones:

Autonomía: implica la capacidad de libre elección hacia la autodeterminación de la persona para decidir y esto se evidencia en el consentimiento informado, es por ello que en el presente estudio se respetó la decisión de los adultos mayores pudieran brindar o negar su participación en la investigación.

Confidencialidad: es el acuerdo con el participante acerca de cómo se manejará, administrará y difundirá la información previa de identificación.

V. RESULTADOS

5.1 Presentación de tablas y/o gráficos y descripción de los resultados

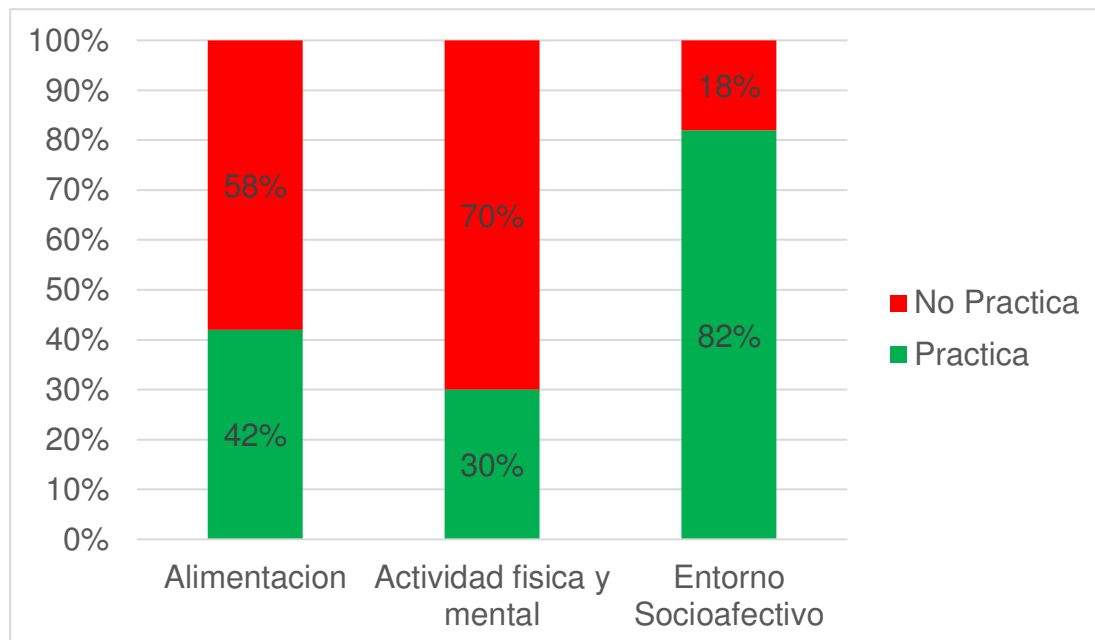
A continuación, se presentan los resultados de la presente investigación

Datos generales.

En el presente trabajo de investigación participaron 45 adultos mayores (100%) que asistían al programa del adulto mayor del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo, de los cuales la mayoría 84% (36) fueron de sexo femenino, con edades entre 66 a 70 años 56% (25) y 44% (20) entre 60 a 65 años de edad.

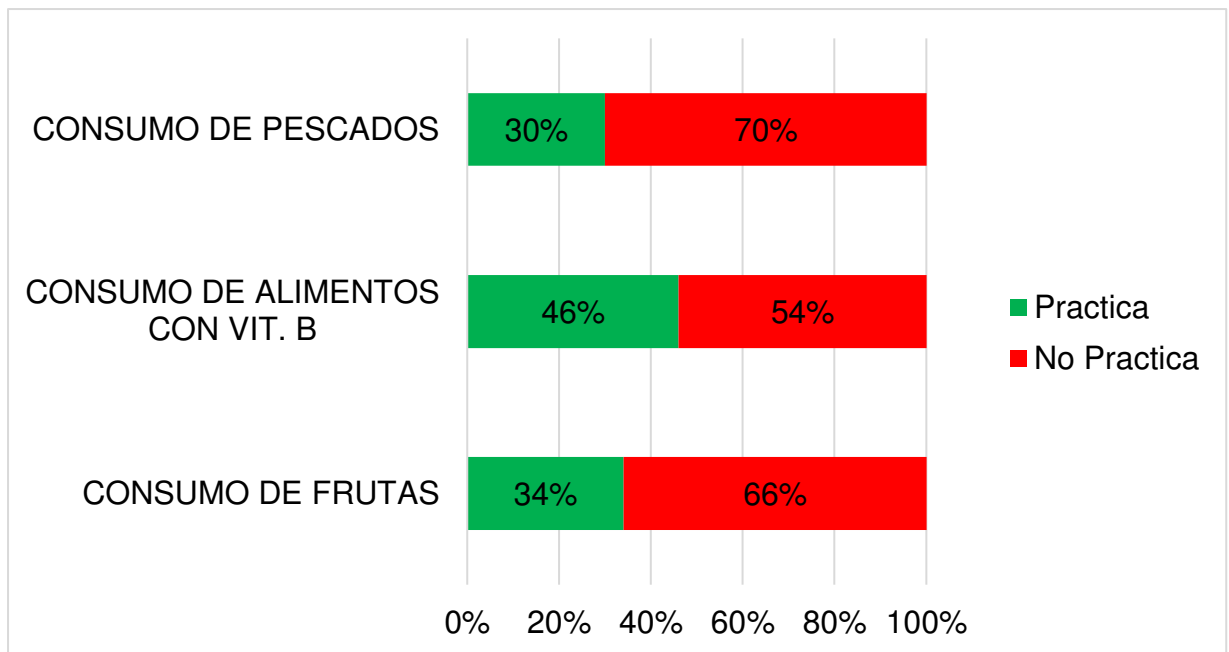
Datos específicos

GRAFICO 1. Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve



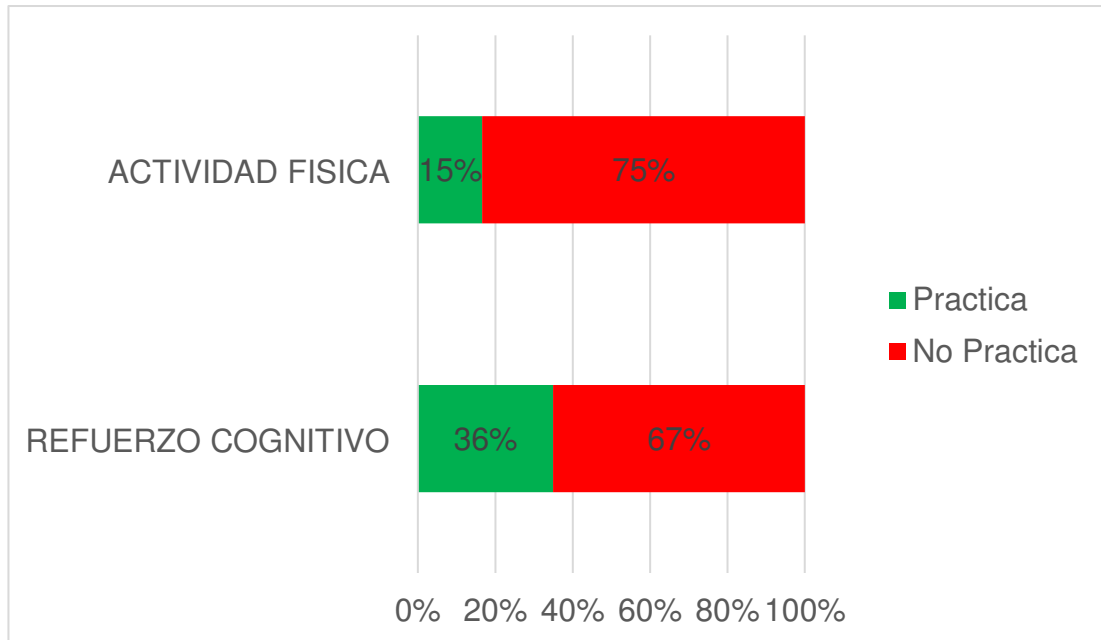
En el gráfico 1 se observa que del 100% de adultos mayores (45), el 70% y 58% no practica medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en las dimensiones alimentación y actividad física y mental respectivamente, sin embargo, 82% si practica el mantener un entorno socioafectivo favorable.

Gráfico 2. Medidas de autocuidado en la dimensión alimentación que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve



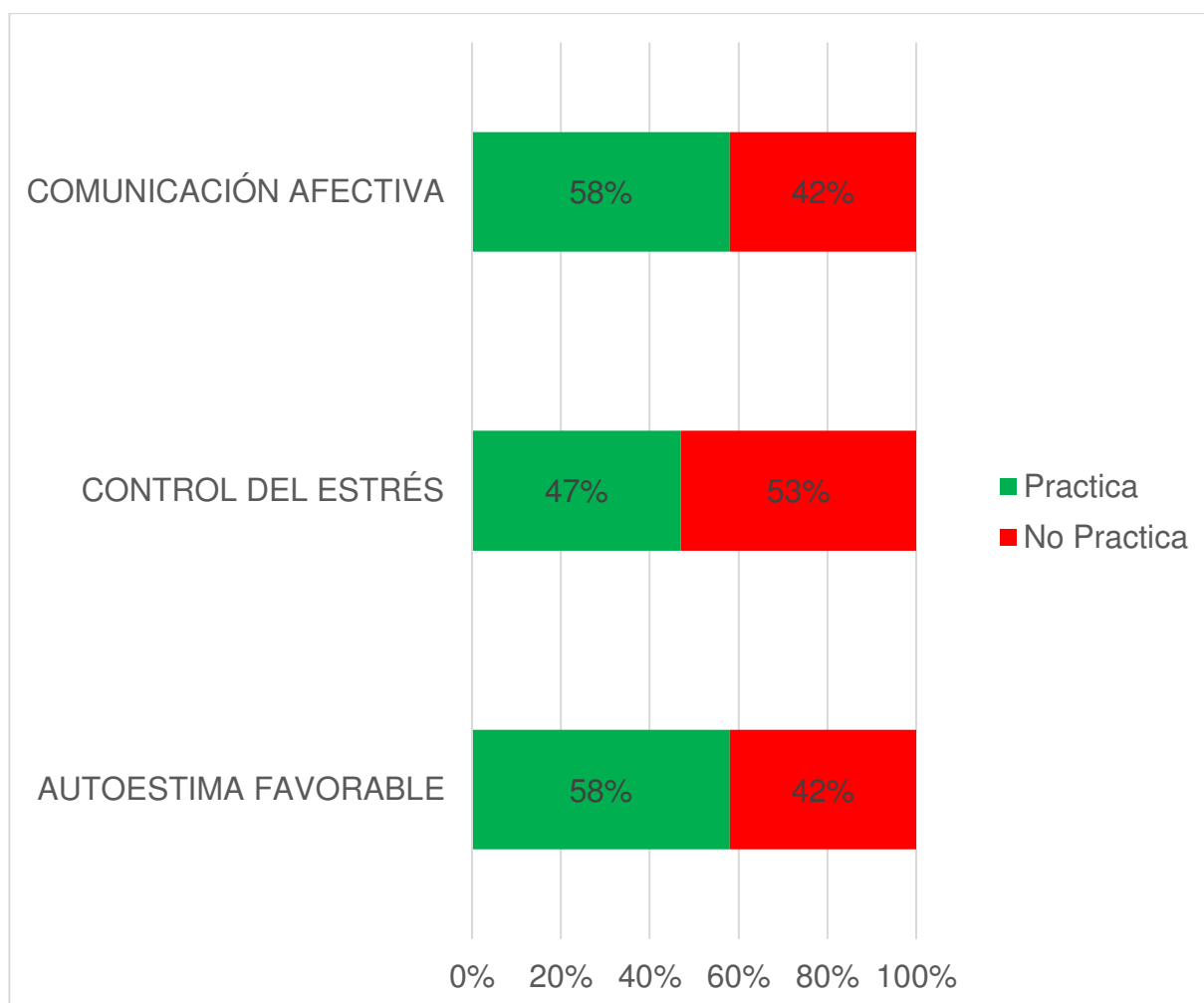
En el gráfico 2 respecto a los alimentos que consume el adulto mayor para el deterioro cognitivo leve se observa que del 100% (45%) de adultos mayores, el 70% y 66% no consumen pescados y frutas respectivamente.

GRAFICO 3. Medidas de autocuidado en la dimensión actividad física y mental que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve



En el grafico 3 respecto a actividades físicas y mentales que practica el adulto mayor para prevenir el deterioro cognitivo leve se observa que del 100% (45) adultos mayores, el 75% y 67% no practica actividades físicas ni refuerzos cognitivos respectivamente.

GRAFICO 4. Medidas de autocuidado en la dimensión entorno socioafectivo el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve



En el gráfico 4 con respecto al entorno socioafectivo del adulto mayor para prevenir el deterioro cognitivo leve se observa que del 100% (45) adultos mayores, el 58% practica una comunicación afectiva y una autoestima favorable, sin embargo, el 53% no practica el control del estrés.

VI. DISCUSIÓN

Según la Organización de las Naciones Unidas en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones, calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas.²⁷

El adulto mayor es un ser humano vulnerable debido a que presenta diversos cambios físicos, psicológicos y sociales relacionados al proceso del envejecimiento, lo que le genera exposición a diferentes enfermedades físicas, cognitivas y mentales; una de ellas el deterioro cognitivo leve (DCL).

En estas personas con DCL no hay demencia ni afección significativa de otras funciones cognitivas, sino un cuadro que difiere de la simple pérdida de memoria asociada a la edad, que suele ser lenta, por ello el adulto mayor presenta problemas como: recordar sucesos y personas, reducción de su capacidad de atención y concentración, así como también del proceso del pensamiento, lo que incluye deterioro en las actividades instrumentales de la vida diaria, conduciendo a una posible dependencia funcional, generando baja calidad de vida familiar y social ⁴²

Esta enfermedad no tiene tratamiento farmacológico que limite su aparición, la prevención dependerá exclusivamente de los hábitos de vida de cada persona, que en general se orientan a buena alimentación, actividad física y entorno afectivo saludable, además de la prevención de otras enfermedades como hipercolesterolemia, diabetes, hipertensión arterial entre otras.

Los profesionales de enfermería, sobre todo en el nivel primario de atención en la comunidad, juegan un papel importante en la detección, seguimiento e intervención sobre el deterioro cognitivo leve. Se debe comenzar con una

buena anamnesis, en el paciente y sus cuidadores, donde se valoren los cambios que se han producido en la vida diaria, familiar y social del paciente a través de patrones funcionales. Es necesario prestar especial atención a la presencia de síntomas afectivos o depresivos, déficits sensoriales, polifarmacia, factores de riesgo cardiovascular descompensados o un rápido deterioro funcional, dada su especial influencia sobre el cuadro de deterioro cognitivo leve.

Es decir que el rol del enfermero está basado en la detección precoz de la enfermedad, promoviendo un envejecimiento saludable, a través de campañas preventivas sobre alimentación saludable, actividad física, salud mental, los cuales son importantes para la prevención del disfuncionamiento cognitivo,⁶² además de promover el autocuidado en los adultos mayores y sus familiares ya que a través de ello se promueve la autorresponsabilidad, el desarrollo de habilidades y conocimientos que ayudan a mantener la independencia, prevenir o reducir algunas enfermedades, mejorar la salud, y sentir un mayor bienestar. El autocuidado es importante porque permite alcanzar una mejor calidad de vida, a través del fortalecimiento del potencial de autonomía y de la responsabilidad en sí mismos, indispensables para tener un envejecimiento pleno y saludable.⁶⁶

En relación a ello, respondiendo al objetivo general de la presente investigación, se encontró que la mayoría de los adultos mayores no practica medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve, resultados que coinciden con los de Garcilazo M²⁰ quien halló que los adultos mayores tienen en un 59,5% deterioro cognitivo leve; sin embargo difieren con el de Becerra C¹⁵, Campo E, Laguado E, Martín M, Camargo K¹⁶, Castro R¹⁹ quienes demostraron que la mayoría de los adultos mayores mantienen un estilo de vida adecuada y un estado cognitivo discreto que inciden en su calidad de vida con implicancias negativas para sus familiares.

Respondiendo a los objetivos específicos, en la dimensión alimentación, se evidencia que la mayoría de los adultos mayores no practica el consumo de alimentos recomendados para la prevención del deterioro cognitivo leve como la vitamina B, frutas y pescados, lo que refleja la exclusión de su dieta diaria de antioxidantes y omega 3, pudiendo generar retardo en el crecimiento neuronal e influir en la deficiente información sináptica, origen de la demencia senil y de otras enfermedades neurodegenerativas, predisponiéndolos al disfuncionamiento cognitivo. Resultados que coinciden con Ramírez D²³ donde evidencio que la población estudiada consumía omega 3 por debajo de lo normal poniendo en riesgo su estado cognitivo.

Respecto a la dimensión actividades físicas y mentales; se encontró que la mayoría no practica actividades recomendadas para la prevención del deterioro cognitivo leve como actividad física (bailar, correr, taichi, caminatas), y refuerzos cognitivos (crucigramas, sopa de letras, sudokus, pintar) lo que genera disminución del flujo sanguíneo a nivel corporal, por lo que limita la irrigación a nivel cerebral disminuyendo las funciones como la concentración, memoria, atención e imaginación, necesaria en toda persona y sobre todo en el adulto mayor para realizar efectivamente de forma coordinada sus actividades diarias por lo que es⁶¹ importante estimular en el adulto mayor su capacidad cognitiva, intelecto a través de los refuerzos antes mencionados y donde asume un rol muy importante la familia cuyos miembros orientan y guían las actividades para promover el autocuidado del adulto mayor. Resultados que coinciden con Mayta T y Roncal R ²⁵ donde evidenciaron que su población estudiada no realizaba actividades físicas aumentando su riesgo de sedentarismo pudiendo influenciar en su estado cognitivo.

En cuanto a la dimensión entorno socioafectivo, se encontró que la mayoría de los adultos mayores practican la comunicación afectiva y mantiene una autoestima favorable lo que brinda al adulto mayor seguridad con su entorno manteniendo buenas relaciones interpersonales, sin embargo, es importante mencionar que no practican medidas para controlar el estrés lo cual es

preocupante porque pudiera derivarse en actitudes hostiles a sí mismo y en sus familiares. Resultados que concuerdan con Caldas S y Correa M²⁶ donde encontró que su población mantiene un estado mental adecuado sin riesgo al deterioro cognitivo.

Es por ello la importancia de fomentar un autocuidado óptimo ya que es una forma sencilla de asumir actividades que incrementan la esperanza de vida y afecta no solo a los adultos mayores sino también a aquellos que sufren patología leves o crónicas e incluye a sus familias. En tal sentido el rol del enfermero es importante ya que se orienta a la prevención y promoción de la salud, en todos los niveles de atención especialmente en el primer nivel de atención primaria, debiendo incidir en la modificación de estilos de vida, alimentación, ejercicio, higiene, hábitos de sueño entre otros para fomentar el desarrollo del autocuidado, a fin de que controlen, conozcan y se responsabilicen de su propia vida y salud. La clave de ello es hacer que el adulto mayor y su familia entiendan el impacto de esta enfermedad y los costes que puede generar.

Por todo lo anteriormente mencionado se puede deducir que los adultos mayores no practican medidas de autocuidado para la prevención del DCL especialmente en las dimensiones alimentación y actividad física y cognitiva, respecto a la dimensión entorno socio-afectivo si lo hacen, pero es necesario abordar y trabajar con la familia como miembro importante que acompaña el proceso de envejecimiento del adulto mayor.

VII. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

7.1 Conclusiones

1. Los adultos mayores que asisten al programa adulto mayor del Centro Materno Infantil Tahuantinsuyo Bajo no practican medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en la dimensión alimentación y actividad física – mental, pero si practican en relación a la dimensión entorno socioafectivo.
2. La mayoría de adultos mayores no practican medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en relación a la dimensión alimentación ya que no consumen alimentos con Vitamina B, pescados y frutas lo que les pone en mayor riesgo a padecer la enfermedad ya que su carencia genera poco crecimiento neuronal e influye en la demencia vascular y enfermedades neurodegenerativas.
3. La mayoría de adultos mayores no practican medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en relación a la dimensión actividad física y mental en actividades como: actividad física y refuerzo cognitivo lo que interfiere en la capacidad para conservar el pensamiento, razonamiento y aprendizaje
4. La mayoría de adultos mayores si practican medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve en relación a la dimensión entorno socioafectivo como mantener una comunicación afectiva y una autoestima favorable

7.2 Recomendaciones

- Que profesional de enfermería del centro de salud a cargo del programa del adulto mayor, planifique y ejecute programas de estimulación integral dirigidas al adulto mayor y su familia que incluya actividades cognitivas, que se promuevan estilos de vida saludable para fomentar un envejecimiento saludable
- Que el personal de salud liderado por la enfermera realice actividades promocionales de la salud integral dirigidas al adulto desde los 50 años a fin de promover el autocuidado responsable.
- Proponer a los directivos del centro de salud, realizar campañas de salud dirigidas a evaluar la esfera cognitiva del adulto mayor.
- Realizar investigaciones de tipo cualitativo para conocer los sentimientos, emociones o las vivencias del adulto mayor en este proceso de envejecimiento que conlleven a proponer mejoras en los estilos de vida de los mismos.

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFIA

1. Daniel B. Kaplan y Barbara J. Berkman. Cuidado del anciano por parte de su familia. 2019 [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en: <https://www.msmanuals.com/es/mx/professional/geriatr%C3%ADa/aspectos-sociales-en-los-ancianos/cuidado-del-anciano-por-parte-de-su-familia>
2. Ingrid Julieth Celis Larrota, Cindy Adriana Pabón Rodríguez, Karen Julieth Villanova Villanova. Intervenciones de enfermería para la dimensión cognitiva en el adulto mayor Institucionalizado. Universidad cooperativa de Colombia. 2015 [Internet] [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en: <https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/273/1/INFORME%20FINAL.pdf>
3. Organización Panamericana de la salud. Serie recursos humanos para la salud – Enseñanza de la enfermería en salud del adulto mayor. [Internet]. Washington D.C abril 2012. [Consultado 20 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-salud-adulto-mayor-2012-spa.pdf>
4. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [Internet]. 4 de octubre del 2021. [Consultado 17 de octubre del 2020] Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor. [Internet]. Junio 2020. [Consultado 20 de marzo del 2019] Disponible en:

<https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor.pdf>

6. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. [Internet]. 2006. [Consultado 20 de marzo del 2019] Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/DGSP/922_DGSP197.pdf
7. Organización Mundial de Salud. Demencia: una prioridad de salud pública. [Internet]. Washington D.C 2013. [Consultado el 21 de marzo del 2019] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/98377/9789275318256_spa.pdf;jsessionid=6F4CF68297A9F7243C5CD2E3B8E66D44?sequence=1
8. Nilton Custodio, Eder Herrera, David Lira, Rosa Montesinos, Ulio Linares, Liliana Bendezu. Deterioro cognitivo leve ¿Dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? [Internet]. Lima. Diciembre del 2012. [Consultado el 21 de marzo del 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832012000400009
9. Organización Mundial de Salud. Demencia. [Internet]. 21 de setiembre del 2020. [Consultado el 21 de marzo del 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
10. Jose Livia Segovia, Vilma Zegarra Martinez, Jeanette Vasquez, Mafalda Ortiz Moran, Obdulla Camacho, Daniel Herrera Pino y Maria Flores. Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que acuden a la consulta de atención primaria de la salud. [Internet] 13 de diciembre del 2017 [Consultado el 10 de diciembre del 2021]. Disponible en: <https://revistas.unfv.edu.pe/CVFP/article/view/320/1031>

11. Jessica Elizabeth Chávez Ángeles. Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten al CAP III Luis Negreiros Vega – Callao. [Internet] Lima – Perú 2018 [Consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en:
http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2950/TESES_Jessica%20Elizabeth%20Ch%C3%A1vez%20%C3%81ngeles.pdf?sequence=2
12. Petit J, Gaya P, Casals A. (2004). La atención psicológica a la familia en las demencias y en la enfermedad del Alzheimer. [Internet] junio 2020 [consultado el 10 de marzo del 2022] Disponible en:
<https://fisiolution.com/la-importancia-de-la-familia-en-un-deterioro-cognitivo/>
13. Yunier Broche Perez. Dimensiones para la promoción de la salud cognitiva y prevención de demencias. [Internet] marzo 2018 [Consultado el 23 de marzo del 2019] Disponible en:
<https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n1/153-165/es/>
14. Nilton Custodio. Vivir con demencia en Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando la sobrecarga? [Internet] Lima 2016 [Consultado el 23 de marzo del 2019] Disponible en:
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972016000100001
15. Carolina Becerra. “Deterioro Cognitivo y su influencia en la calidad de vida del Adulto Mayor”. [Internet] [Ambato]: Universidad Técnica de Ambato, 2017. [Consultado el 25 de marzo del 2019] Disponible en:
<http://repositorio.uta.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/24676/2/Tesis>

[%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf](#)

16. Etilvia Campo Torregroza, Elveny Laguado Jaimes, Marta Martin Carbonell, Katherine del Consuelo Camargo Hernández. “Funcionamiento Cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado”. [Internet] 2018. [Consultado el 10 de marzo del 2022] Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1640/395>
17. Marcela Isabel del Pilar Sanhueza Parra, Manuel Castro Salas, Jose Manuel Merino Escobar. “Optimizando la funcionalidad del adulto mayor a través de una estrategia de autocuidado”. [Internet] Chile [consultado el 10 de marzo del 2022] disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v30n1/v30n1a03.pdf>
18. Rosa Maria Castro Vivanco. “Estilos y calidad de vida de los adultos mayores de la comunidad Patuco, cantón Celica, en el periodo de septiembre 2018 – Agosto 2019”. [Internet] Ecuador [consultado el 10 de marzo del 2022] disponible en: <https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/22609/1/TESIS%20ROSITA%20Digital.1.pdf>
19. Elizabeth Renee Moncada Ramos y Mariana Julisa Mogollón Rodríguez. Deterioro Cognitivo y Estilo de vida del adulto mayor del Hospital Walter Cruz Vilca de Miramar - 2017. [tesis de Licenciamiento en Internet] [Trujillo]: Universidad Privada Antenor Orrego. [Consultado el 11 de enero del 2022] Disponible en: [https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3749/1/RE EN FE ELIZABETH.MONCADA MARIANA.MOGOLLON_DETERIORO.COGNITIVO_DATOS.PDF](https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3749/1/RE_EN_FE_ELIZABETH.MONCADA_MARIANA.MOGOLLON_DETERIORO.COGNITIVO_DATOS.PDF)

20. Mayuri Esmirna Garcilazo Salazar. Capacidad de Autocuidado del Adulto Mayor para realizar actividades instrumentales de la vida diaria. En un centro de salud de San Juan de Miraflores. [tesis de licenciamiento] [Lima]: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [Consultado el 11 de enero del 2022] https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4131/Garcilazo_sm.pdf?sequence
21. Basilio Espinoza Kemuel, Chavez Lios Cindy y Llanos Jesus Lizbeth. Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, centro de salud Potracancha, Huánuco 2017 [Tesis de Licenciamiento] [Huanuco]: Universidad Nacional Hermilio Valdizan. 2017 [Consultado el 10 de marzo del 2022] Disponible en: <https://repositorio.unheval.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13080/3239/TEN%2001090%20B26.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
22. Oblitas Gonzales A, Carranza Carranza W, Herrera Ortiz J y Sanchez Delgado A. Deterioro cognitivo de adultos mayores en un sector urbano de la ciudad de Chota Perú. Revista Recien [Internet]. 2021 [Consultado el 15 de enero del 2021] 10 (3) disponible en: <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/107/105>
23. Diana Lorena Ramírez Castillo. Asociación de elementos de dieta y deterioro cognitivo leve en el adulto igual o mayor a 65 años. [Internet] [México]: Universidad Nacional Autónoma de México. 2014 [Consultado el 26 de marzo del 2019] Disponible en: <http://132.248.9.195/ptd2014/febrero/0709183/0709183.pdf>
24. Marta Bisbe Gutiérrez. Efectos de la actividad física sobre las funciones cognitivas en personas con deterioro cognitivo leve. [Internet]

[Barcelona]: Universitat Ramon Llull. 2019 [Consultado el 01 de noviembre del 2019] Disponible en: https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/669260/Tesi_Marta_Bisbe.pdf?sequence=2&isAllowed=y

25. María Quispe Mayta y Rosario Ysabel Roncal Rodríguez. Estilos de vida y enfermedades crónico degenerativas del adulto mayor”, Cajamarca. [tesis de Licenciamiento en Internet] [Lima]: Universidad Nacional de Cajamarca. [Consultado el 26 de marzo del 2019] Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/575/T%20618.97%20Q6%202013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

26. Stefany Johana Caldas Rosales, Milagritos Yessenia Correa Cabrera. Depresión y Deterioro Cognitivo en Personas Adultas Mayores de una Residencia Geriátrica. [Tesis de Licenciamiento] [Lima]: Universidad Ricardo Palma. 2019 [Consultado el 01 de noviembre del 2019] Disponible en: <https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/2084/trece%20de%20mayo%202019%20%20%202222.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

27. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet] 2015 [consultado el 01 de mayo del 2019] Disponible en: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf

28. Ministerio de Salud del Perú. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [Internet] 2010 [Consultado el 01 de mayo del 2019] Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>

29. Naciones Unidas. Plan de Acción Internacional de Viena sobre el Envejecimiento. [Internet] 6 de agosto de 1982. [consultado el 01 de mayo del 2019]. Disponible en: https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/Plan_Viena_sobre_Envejecimiento_1982.pdf
30. Clínica los Condes. Cambios anatómicos y fisiológicos asociados al envejecimiento. [Internet] 2013 [consultado el 05 de mayo del 2019] disponible en: <https://www.clinicalascondes.cl/CENTROS-Y-ESPECIALIDADES/Especialidades/Departamento-de-Medicina-Interna/Unidad-de-Geriatria/Cambios-Anatomicos>
31. Cuideo. Enfermedades y patologías en la tercera edad. [Internet] 2021 [consultado el 10 de marzo del 2022] disponible en: <https://cuideo.com/blog-cuideo/enfermedades-y-patologias-en-la-tercera-edad/>
32. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud mental: un estado de bienestar. Diciembre del 2013 [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/facts-in-pictures/detail/mental-health>
33. Medline Plus. Salud mental. [consultado el 12 de marzo del 2022] Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/mentalhealth.html>
34. Ramírez C. Lourdes. Sobre la salud mental. El Comentario. 2017 [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en: <https://elcomentario.ucol.mx/articulo-sobre-la-salud-mental/>
35. Macas M. Gladys. Maestría de salud mental área de la salud humana. [tesis doctoral] Ecuador. 2012 [consultado el 12 de marzo del 2022]

disponible en:
<https://dspace.unl.edu.ec/jspui/bitstream/123456789/6725/1/Macas%20Macas%20Gladis%20Bea>

36. Tania Tello Rodríguez. Renato D. Alarcón y Darwin Vizcarra Escobar. Salud mental en el adulto mayor: Trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Revista peruana medica experimental y salud publica. [Internet] 2016, vol 33 n2 [consultado el 12 de marzo del 2022] pp 342 – 350. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200021
37. Organización Panamericana de Salud. Depresión y demencia son los trastornos mentales que mas afectan a los mayores de 60 años en el mundo. Washington DC. 10 de octubre del 2013. [Internet] [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible: https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9073:2013-depression-dementia-top-mental-disorders-people-over-60&Itemid=1926&lang=es
38. Caro F. Raul. Las cifras de la depresión. EfeSalud. [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en: <https://efesalud.com/las-cifras-de-la-depresion/>
39. Sandoval C, Carlos. Depresion y suicidio en el adulto mayor. Lima [Internet]. RPP. 2014 [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en: <https://rpp.pe/lima/actualidad/depresion-y-suicidio-en-el-adulto-mayor-noticia-718392>
40. Conde S. Josep, Jarne B. Adolfo. Trastornos mentales en la vejez. Barcelona – Madrid. Carne triadó, Feliciano Villar. 2006 [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en:

<https://www.researchgate.net/publication/258995752> Trastornos mentales en la vejez

41. DACER. Trastornos neurocognitivos: síntomas, diagnóstico y tratamiento. [Internet] [consultado el 12 de marzo del 2022] disponible en: <https://www.dacer.org/que-son-los-trastornos-neurocognitivos/>
42. Martha Graciela Segovia Díaz de León, Erika Adriana Torres Hernández. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. [Internet] 2011 [consultado el 01 de mayo del 2019] Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003
43. Juan A. Samper Noa, Juan J Llibre Rodríguez, Carlos Sánchez Catases, Saily Sosa Perez. El Deterioro cognitivo leve. Un paso antes de la enfermedad del Alzheimer. [Internet] 2011 [consultado el 05 de mayo del 2019] Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2011000100006
44. María Teresa Climent Catalá. Factores de Riesgo Asociados al Deterioro Cognitivo. Prevención desde la oficina de Farmacia. [Internet] 2014. [consultad el 10 de mayo del 2019] Disponible en: https://repositorioinstitucional.ceu.es/bitstream/10637/7040/1/Factores%20de%20riesgo%20asociados%20al%20deterioro%20cognitivo_prevenci%C3%B3n%20desde%20la%20oficina%20de%20farmacia_Tesis_Mar%C3%ADa%20Teresa%20Climent%20Catal%C3%A1.pdf
45. Neuronup. Habilidades visoespaciales. [Internet] [consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://www.neuronup.com/areas-de-intervencion/funciones-cognitivas/habilidades-visoespaciales/>

46. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología. Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor – documento de Consenso. [Internet] Madrid 2017. [consultado el 20 de mayo del 2019] disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>
47. Stimulus. Las terapias no Farmacológicas. [Internet] 5 de diciembre del 2018 [consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://stimuluspro.com/blog/las-terapias-no-farmacologicas/>
48. Marisol Jara Madrigal. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. [Internet] [consultado el 17 de junio del 2019] disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
49. Cuidum. Ejercicios de estimulación cognitiva para mayores. [Internet] [consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://www.cuidum.com/blog/ejercicios-de-estimulacion-cognitiva-para-mayores/>
50. Alfonso, Rosa Marina; Duarte Elina; Pereira Henrique; da Graca Esgalhado María. Construcción de un programa de reminiscencia para mayores con demencia residentes en una institución. [Internet] 2010 [Consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3498/349832325067.pdf>
51. Mayo clinic. Enfermedad de Alzheimer ¿Puede el ejercicio prevenir la perdida de la memoria? [Internet] 2021 [consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es-es/diseases-conditions/alzheimers-disease/expert-answers/alzheimers-disease/faq-20057881>

52. Marian Carretero. Tratamiento del deterioro cognitivo leve. [Internet] octubre del 2013 [consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-tratamiento-del-deterioro-cognitivo-leve-13053123>
53. Margarita Poblete Troncoso, Marcelo Piña Moran. Enfermería gerontológica: desafíos para la promoción de los roles sociales en las personas mayores. [Internet] 2017 [consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v30n3/1134-928X-geroko-30-03-130.pdf>
54. Organización Mundial de la Salud. Directrices unificadas sobre intervenciones de Autoasistencia Sanitaria. [Internet] 2019 [Consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325722/WHO-RHR-19.14-spa.pdf?ua=1>
55. Ministerio de Salud del Perú. Modelo de Abordaje para la Promoción de la Salud. [Internet] [consultado el 17 de octubre del 2021] disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf
56. Liana Alicia Prado Solar, Maricela Gonzales Reguera, Noelvis Paz Gómez, Karelía Romero Borges. La teoría déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. [Internet] [consultado el 10 de mayo del 2019] disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
57. Gonzales Rodriguez Liliana Guadalupe, Palmeros Exsome Carolina, Gonzales Martinez Maria Teresa, Perez Avila Maria de la Luz, Gutierrez Lopez Myriam. Factores Dieteticos y Nutricionales en la Prevencion de la Enfermedad del Alzheimer. [Internet] 2016 [Consultado el 20 de

octubre del 2021] disponible en :
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsalpubnut/spn-2016/spn161e.pdf>

58. Senior Suites. El ácido fólico en la tercera edad: cuál es su función y en que alimentos encontrarlo. [Internet] [consultado el 20 de octubre del 2020] disponible en: <https://www.seniorsuites.cl/temas-de-interes/el-acido-folico-en-la-tercera-edad-cual-es-su-funcion-y-en-que-alimentos-encontrarlo/>
59. Sociedad Neurológica de Argentina. Dieta y prevención en enfermedad de Alzheimer. [Internet] 2017 [consultado el 20 de mayo del 2019] disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-dieta-prevencion-enfermedad-alzheimer-S1853002817300940>
60. Cuideo. Actividad física: su importancia en la tercera edad. [internet] 2019 [consultado el 20 de octubre del 2020] disponible en: <https://cuideo.com/blog-cuideo/actividad-fisica-tercera-edad/>
61. Ana Fernanda Rodríguez Uribe, Laura Juliana Valderrama Orbegozo, Juan Máximo Molina Linde. Intervención psicológica en adultos mayores. [Internet] 2010 [consultado el 25 de mayo del 2019] disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106011.pdf>
62. Jaime Sapag, Ilta Lange, Solange Campos, John Piette. Estrategias innovadoras para el cuidado y el autocuidado de personas con enfermedades crónicas en America Latina. [Internet] 2010 [consultado el 20 de octubre del 2021] disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/9573/01.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

63. Paula Alina Juarez Rodriguez, Maria de Lourdes Garcia Campos. La importancia del cuidado de enfermería. 2009. [Internet] [consultado el 20 de noviembre del 2021] disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2009/eim092j.pdf>
64. Hernandez R. Metodologia de la Investigacion. Sexta Edicion. [Internet]. 2014 [consultado el 20 de octubre del 2021] disponible en: <http://observatorio.epacartagena.gov.co/wp-content/uploads/2017/08/metodologia-de-la-investigacion-sexta-edicion.compressed.pdf>
65. Ana Sebastián Hernández, Luis Carlos Arranz Santamaria. Patrones de detección del deterioro cognitivo leve en enfermería. [Internet] 2017 [consultado el 05 de febrero del 2022] disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0211139X18300842>
66. Olga Vega. La importancia del autocuidado. [Internet] 2007 [consultado el 05 de febrero del 2022] disponible en: https://www.osim.com.ar/osim_2016/8_pds/docs/socialmente_activos/articulo_039.pdf

ANEXOS

ANEXOS

ANEXO A.....	Operacionalización de la variable
ANEXO B.....	Cuestionario
ANEXO C.....	Informe de juicio de expertos
ANEXO D.....	Confiabilidad
ANEXO E.....	Calculo del valor final
ANEXO F.....	Libro de códigos
ANEXO G.....	Matriz de datos
ANEXO H.....	Consentimiento informado
ANEXO I.....	tablas y graficos

ANEXO A

OPERACIONALIZACION DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL DE LA VARIABLE	DIMENSIONES	INDICADORES	VALOR FINAL	DEFINICION OPERACIONAL DE LA VARIABLE
Medidas de autocuidado para la prevención del deterioro cognitivo leve	Actividad que realiza una persona de forma voluntaria y continua con el fin de mantener su salud y prevenir la enfermedad o lograr su recuperación los cuales son importantes cuando se trata de la prevención del deterioro cognitivo leve, la cual si no se previene traería consecuencias como problemas de memoria, dificultad para la articulación de palabras y avanza de manera progresiva, por lo que el adulto mayor debe conocer y practicar medidas esenciales tales como entorno socioafectivo.	Alimentación	<p><u>Tipos de Alimentos:</u></p> <p>Alimentos con Vitamina B como hígado de res, pescados como el atún y el bonito, nueces, lentejas, espinaca, col, nabo, brócoli, garbanzo, habas</p> <p>Pescados como caballa, atún, bonito</p> <p>Frutas y verduras fresas, arándanos, ciruela, manzana, naranja, plátanos y uvas</p>	Practica No practica	Son las actividades de autocuidado referidas por los adultos mayores para prevenir el deterioro cognitivo leve través de actividades como la alimentación, actividad física y mental y el entorno Socioafectivo lo cual será medido a través de un cuestionario estructurado y evaluado en práctica y no practica.
		Actividades Físicas y Mentales	<p><u>Tipo de Actividades:</u></p> <p>Actividad física Actividades como natación, caminar, baile, taichí.</p> <p>Refuerzo cognitivo cortar, escribir, crucigrama, sudoku, rompecabezas.</p>		

		Entorno Socioafectivo	<u>Actividades:</u> <u>Mantener una comunicación afectiva</u> (familiares y amigos) <u>Control del estrés</u> (manejo de las emociones descanso y sueño (7 – 8 horas) <u>Mantener un autoestima favorable</u>		
--	--	--------------------------	---	--	--

ANEXO B
CUESTIONARIO

I.- INTRODUCCIÓN

Buenos días señor (a) mi nombre es Mario David Espinoza Quispe, soy interno de Enfermería de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, en esta oportunidad me encuentro realizando un estudio de investigación sobre las actividades que realiza para la prevención del deterioro cognitivo leve. La información que usted proporcione es de carácter ANÓNIMO y permitirá mejorar el programa del adulto mayor. Agradezco su comprensión y colaboración.

Instrucciones:

A continuación, se le plantea una serie de preguntas las cuales usted deberá marcar en uno de los cuatro casilleros con un aspa (X) estos están divididos por N (nunca) AV (a veces) CS (Casi Siempre) y S (Siempre).

II.- DATOS GENERALES

- 1.- Edad: _____ años
 2.- Sexo: Femenino () Masculino ()
 3. Antecedentes: Hipertensión Arterial () Diabetes () Ninguno ()

III. CONTENIDO

1.- Respecto a su alimentación: marque con un aspa (X) la frecuencia con la que consume los siguientes alimentos:

ALIMENTOS	FRECUENCIA			
	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
CARNES Y PESCADOS				
Chanco				
Pollo				
Caballa				
Bonito				
Jurel				
Hígado de res				
VERDURAS				
Lechuga				
Espinaca				
Brócoli				
Col				
Arvejas				
LEGUMBRES, MENESTRAS Y CEREALES				
Habas				
Arroz				
Garbanzos				
Lentejas				
Arroz				
Maíz				
FRUTAS				
Fresas				

Plátanos				
Uvas				
Melón				
Naranja				
Manzana				
Pera				
Palta				
Ciruela				

2.- Respecto a su actividad física y mental, marque con un aspa (X) la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades y el tiempo de duración que le dedica.

ACTIVIDAD QUE REALIZA	FRECUENCIA				TIEMPO	
	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE	- 30MIN	+ 30 MIN
Nadar						
Jugar Fulbito						
Jugar Básquet						
Caminar						
Correr o Trotar						
Bailar						
Cortar figuras u otros con tijeras						
Escribir						
Leer libros o periódicos o revistas						
Resolver Crucigramas						
Resolver sudoku						
Realizar Juegos de Memoria						

3.- Respecto a su entorno socioafectivo, marque con un aspa (X) la frecuencia con la que realiza las siguientes actividades.

ACTIVIDADES	FRECUENCIA			
	NUNCA	A VECES	CASI SIEMPRE	SIEMPRE
Conversa con sus familiares				
Conversa con sus amigos o vecinos				
Se enoja con facilidad				
Discute con sus familiares o amigos				
Se siente solo				
Siente rechazo de su familia				
Siente que no lo comprenden				
Mantiene la calma cuando tiene problemas				

Se preocupa fácilmente por los demás				
Discute cuando no está de acuerdo con los demás				
Le preocupa su futuro				
Me deprimó fácilmente				
Duerme más de 10 horas al día				

Anexo C
PRUEBA BINOMINAL: JUICIO DE EXPERTOS

CRITERIO	N° JUECES							P
	1	2	3	4	5	6	7	
1	1	1	1	1	1	1	1	0.008
2	1	1	1	1	1	1	1	0.008
3	1	1	1	1	1	1	1	0.008
4	1	1	1	1	1	1	1	0.008
5	1	1	1	1	1	1	1	0.008
6	1	1	1	1	1	1	1	0.008
7	1	1	1	1	1	1	1	0.008
8	1	1	1	1	1	1	1	0.008
9	1	1	1	1	1	1	1	0.008

Se ha considerado:

- 0: si la respuesta es negativa
- 1: si la respuesta es positiva

$$P = \frac{\text{suma de valor de "p"}}{9}$$

$$P = \frac{0.008}{9}$$

$$P = 0.008$$

El valor de p es menor a 0.05 por lo tanto, el grado de concordancia es significativa concluyendo así que la validez del instrumento es adecuada

ANEXO D
PRUEBA KUDER RICHARDSON

$$r_{20} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

Donde:

K = Numero de ítems del instrumento

P = porcentaje de personas que responde correctamente cada ítem

q = Porcentaje de personas que responde incorrectamente cada ítem

σ^2 = Varianza total del instrumento

Rangos de confiabilidad	magnitud
0.70 a 1,00	Muy fuerte
0.50 a 0.69	Sustancial
0.30 a 0.49	Moderada
0.10 a 0.29	Baja
0.01 a 0.09	despreciable

Reemplazando valores:

$$r_{20} = \left(\frac{k}{k-1} \right) \left(\frac{\sigma^2 - \sum pq}{\sigma^2} \right)$$

$$r_{20} = \left(\frac{45}{45-1} \right) \left(\frac{26.71 - 6.42}{26.71} \right)$$

$$r_{20} = 0.77$$

ANEXO E

DIMENSION DE LA VARIABLE POR PUNTAJE MAXIMOS Y MINIMOS

Para la Variable: Se calcula el valor final por medio del total de preguntas (43) con su puntuación máximo (1) y mínimo (0) por lo tanto para responder a la Variable:

Valor = Puntaje máximo/puntaje mínimo número de variables

$$\text{Valor} = 43/02$$

$$\text{Valor} = 21,5$$

Por lo tanto los puntajes serian:

Valor Final	Puntaje
Practica	22 – 43
No Practica	0 – 21

Por Dimensiones:

Dimensión Alimentación: Son 23 preguntas

Valor Final	Puntaje
Practica	13 – 23
No Practica	0 – 12

$$\text{Valor} = 23-02$$

$$\text{Valor} = 12,5$$

Dimensión Actividad Física y Mental: Son 11 preguntas

Valor Final	Puntaje
Practica	6 – 11
No Practica	0 – 5

$$\text{Valor} = 11-02$$

$$\text{Valor} = 5,5$$

Dimensión Entorno Socioafectivo: Son 9 preguntas

$$\text{Valor} = 9-02$$

$$\text{Valor} = 4,5$$

Valor Final	Puntaje
Practica	5 – 9
No Practica	0 – 4

ANEXO F
LIBRO DE CODIGOS

N°	ITEM	CODIGO	
DATOS GENERALES		DG	
A	EDAD	60 – 65	1
		66 - 70	2
B	SEXO	Femenino	1
		Masculino	2
DIMENSION ALIMENTACION			
	Chancho	1	
	Pollo	2	
	Caballa	3	
	Bonito	4	
	Jurel	5	
	Hígado de res	6	
	Lechuga	7	
	Espinaca	8	
	Brócoli	9	
	Col	10	
	Arvejas	11	
	Habas	12	
	Arroz	13	
	Garbanzos	14	
	Lentejas	15	
	Maíz	16	
	Fresas	17	
	Plátanos	18	
	Uvas	19	
	Melón	20	
	Naranja	21	
	Pera	22	
	Palta	23	
DIMENSION ACTIVIDAD FISICA Y MENTAL			
	Taichí	1	
	Caminar	2	
	Correr o Trotar	3	
	Bailar	4	
	Cortar figuras	5	
	Escribir	6	
	Leer un libro	7	
	Leer periódicos o revistas	8	
	Resolver crucigramas	9	
	Resolver sudoku	10	

Resolver juegos de memoria	11
DIMENSION ENTORNO SOCIOAFECTIVO	
Conversa con sus familiares	1
Conversa con sus amigos o vecinos	2
Discute con sus familiares o amigos	3
Se siente solo	4
Siente rechazo de su familia	5
Siente que lo comprenden	6
Mantiene la calma cuando tiene problemas	7
Se preocupa fácilmente por los demás	8
Realiza siestas durante el día	9

ANEXO G

MATRIZ DE DATOS

S	DG		DIMENSIONES																									ST	T																							
	A	B	ALIMENTACION																							ACTIVIDAD FISICA Y MENTAL											ENTORNO SOCIOAFECTIVO															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	1	2			3	4	5	6	7	8	9	10	11	1	2	3	4	5	6	7	8	9					
1	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	12	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	21			
2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	11
3	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	0	1	15	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	23				
4	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	12	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4	16	
5	1	1	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	1	11	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	0	1	6	19				
6	2	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	13	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	19				
7	2	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	6	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	0	1	1	0	0	1	6	14					
8	2	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	9	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	18					
9	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	12	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	29				
10	2	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	1	0	1	7	14					
11	1	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	6	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7	16					
12	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	2	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	15					
13	2	1	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	12	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	23				
14	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	16					
15	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	9	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	7	18						
16	1	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	1	10	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	21				
17	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	8	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	18						
18	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	11	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	4	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	21						
19	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	1	9	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	3	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4	16					
20	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	10	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4	1	0	1	1	1	1	0	0	1	6	20					
21	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	9	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	18							

22	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	7	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5	1	1	1	0	1	1	0	0	1	6	18
23	2	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	10	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	5	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	23	
24	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	1	9	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	8	1	0	0	0	0	1	1	1	1	5	22
25	2	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	10	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	3	1	0	1	1	1	1	1	0	1	7	20		
26	1	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	8	0	1	0	1	1	1	0	1	1	0	0	6	0	1	0	0	0	1	1	0	1	4	18		
27	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	16		
28	2	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	4	1	0	0	1	0	0	0	0	1	3	13		
29	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	16		
30	2	1	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	8	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	7	17			
31	2	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	12	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	3	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	21			
32	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	8	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	5	1	0	1	0	1	1	1	0	1	6	19			
33	2	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	8	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	4	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	18			
34	2	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	6	0	0	0	1	1	1	1	0	0	0	4	1	1	1	0	0	0	1	0	0	4	14				
35	1	2	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	12	0	1	0	1	1	1	1	1	0	0	6	1	0	1	1	1	1	0	0	1	6	24			
36	2	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	1	11	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	3	1	0	0	0	1	0	0	0	1	3	17			
37	2	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	0	1	0	1	0	0	9	0	1	1	0	0	0	1	0	1	0	0	4	1	1	1	0	1	1	0	0	1	6	19			
38	1	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	0	8	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	4	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	20			
39	2	2	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	12	1	1	0	0	0	1	1	1	1	1	1	8	1	1	1	1	1	1	1	1	9	29			
40	1	1	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	7	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	2	1	0	1	0	1	0	1	0	1	5	14			
41	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	9	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	0	1	1	1	1	1	1	0	1	7	19		
42	1	2	0	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	9	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	3	1	1	0	1	1	0	0	0	1	5	17		
43	2	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	9	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	5	1	1	1	1	1	0	0	0	1	6	20		
44	1	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	8	16			
45	2	2	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	9	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2	1	0	1	1	1	1	0	1	1	7	18			

ANEXO H
CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, _____

A través del presente documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve

Habiendo sido informado (a) del propósito de la misma, así como de los objetivos, y teniendo la confianza plena de que la información que se vierte en el instrumento será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención, además confió en que el investigador utilizara adecuadamente dicha información asegurándome la máxima confidencialidad.

Firma

ANEXO I

TABLAS y GRAFICOS

TABLA 1 Medidas de autocuidado que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve según dimensiones en el centro materno infantil Tahuantinsuyo bajo. 2020

Medidas de Autocuidado según dimensiones	Total		Adultos Mayores			
			Practica		No Practica	
	N°	%	N°	%	N°	%
Alimentación	45	100%	19	42%	26	58%
Actividad Física y Mental	45	100%	14	30%	31	70%
Entorno Socioafectivo	45	100%	36	82%	9	18%

Gráfico 2. Medidas de autocuidado en la dimensión alimentación que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve

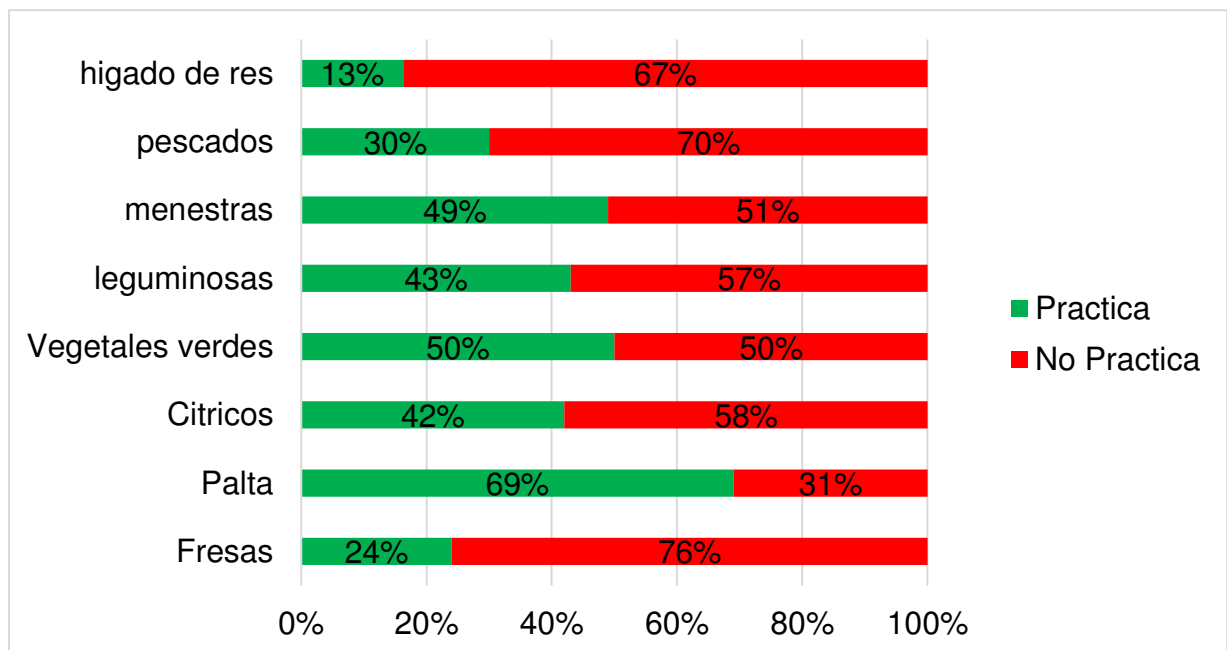


GRAFICO 3. Medidas de autocuidado en la dimensión actividad física y mental que practica el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve

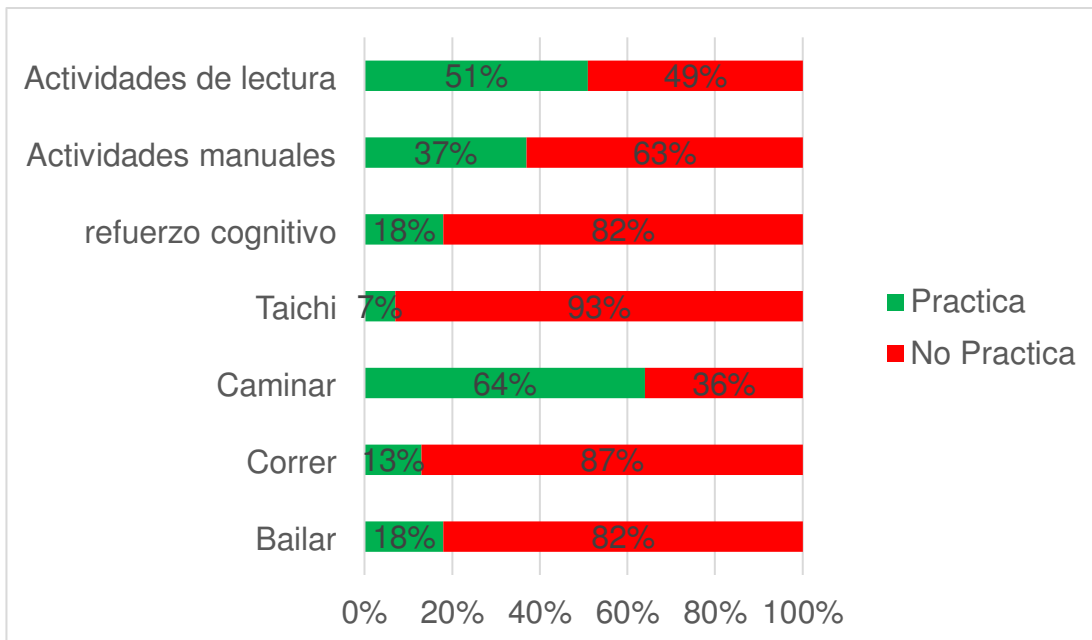


GRAFICO 4. Medidas de autocuidado en la dimensión entorno socioafectivo el adulto mayor para la prevención del deterioro cognitivo leve

