

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO

FACULTAD DE ENFERMERIA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA



TESIS

**DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE
RECIBEN ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD DE TTIO, CUSCO 2024**

PRESENTADO POR:

Br. RUTH ISABEL RAMOS GONGORA

Br. JUDITH FANY TOLEDO PUCA

**PARA OPTAR AL TITULO PROFESIONAL
DE LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

ASESORA:

**Dra. MARTHA HERMENEGILDA
GONZALES SOTA**

CUSCO – PERU

2025

INFORME DE ORIGINALIDAD

(Aprobado por Resolución Nro.CU-303-2020-UNSAAC)

El que suscribe, Asesor del trabajo de investigación/tesis titulada: Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida en Adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Tío, Cusco 2024

presentado por: Ruth Isabel Ramos Gongora con DNI Nro.: 72888878

presentado por: Judith Fany Toledo Puca con DNI Nro.: 76553768

para optar el título profesional/grado académico de licenciada en Enfermería

Informo que el trabajo de investigación ha sido sometido a revisión por 2 veces, mediante el Software Antiplagio, conforme al Art. 6° del **Reglamento para Uso de Sistema Antiplagio de la UNSAAC** y de la evaluación de originalidad se tiene un porcentaje de 9%.

Evaluación y acciones del reporte de coincidencia para trabajos de investigación conducentes a grado académico o título profesional, tesis

Porcentaje	Evaluación y Acciones	Marque con una (X)
Del 1 al 10%	No se considera plagio.	X
Del 11 al 30 %	Devolver al usuario para las correcciones.	
Mayor a 31%	El responsable de la revisión del documento emite un informe al inmediato jerárquico, quien a su vez eleva el informe a la autoridad académica para que tome las acciones correspondientes. Sin perjuicio de las sanciones administrativas que correspondan de acuerdo a Ley.	

Por tanto, en mi condición de asesor, firmo el presente informe en señal de conformidad y adjunto la primera página del reporte del Sistema Antiplagio.

Cusco, 29 de Mayo de 2025

M.G.S.
Firma
Post firma Martha Hermenegilda Gonzales Soto

Nro. de DNI 23872363

ORCID del Asesor 0000 - 0003 - 0889 - 6553

Se adjunta:

1. Reporte generado por el Sistema Antiplagio.
2. Enlace del Reporte Generado por el Sistema Antiplagio: trn:oid::27259:463029268 ✓

RAMOS GÓNGORA RUTH ISABEL TOLEDO PUCA JU...

TESIS FANY RUTH 2025.1.pdf

 Universidad Nacional San Antonio Abad del Cusco

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::27259:463029268

Fecha de entrega

29 may 2025, 7:32 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

29 may 2025, 7:38 a.m. GMT-5

Nombre de archivo

TESIS FANY RUTH 2025.1.pdf

Tamaño de archivo

1.0 MB

105 Páginas

28.389 Palabras

154.746 Caracteres

9% Overall Similarity

The combined total of all matches, including overlapping sources, for each database.

Filtered from the Report

- Bibliography
- Quoted Text
- Cited Text
- Small Matches (less than 8 words)

Top Sources

- 5%  Internet sources
- 0%  Publications
- 8%  Submitted works (Student Papers)

Integrity Flags

0 Integrity Flags for Review

No suspicious text manipulations found.

Our system's algorithms look deeply at a document for any inconsistencies that would set it apart from a normal submission. If we notice something strange, we flag it for you to review.

A Flag is not necessarily an indicator of a problem. However, we'd recommend you focus your attention there for further review.

PRESENTACION

SEÑOR RECTOR DE LA TRICENTENARIA UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN ANTONIO ABAD DEL CUSCO Y SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA.

En cumplimiento al reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería para optar al título profesional de Licenciada en Enfermería se pone en consideración la tesis de investigación “DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE TTIO, CUSCO 2024” esperando que los resultados obtenidos sirvan como aporte, evidencia científica positiva y base para futuras investigaciones relacionadas al tema.

Br. Ramos Gongora, Ruth Isabel

Br. Toledo Puca, Judith Fany

AGRADECIMIENTOS

A nuestra alma mater la tricentenaria casa de estudios Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco, Facultad de Enfermería, Escuela profesional de Enfermería, por acogernos en sus cálidas aulas y brindarnos conocimientos durante nuestra formación profesional.

A los docentes de la Facultad de Enfermería quienes fueron grandes transmisores de conocimientos y experiencias formándonos con valores íntegros y ética profesional.

A nuestra asesora Dra. Martha Hermenegilda Gonzales Sota por orientarnos y motivarnos; sus aportes, sugerencias, tiempo, dedicación y experiencia han sido de gran valor para la culminación de la investigación.

A nuestras dictaminantes, Dra. Ricardina Silvia Pacheco Nina y Maricela Paullo Nina por sus aportes y sugerencias para mejorar el contenido de la investigación.

Al Centro de Salud de Ttio por brindarnos acceso a la información y las facilidades para la ejecución de la investigación, mención especial a la Dra. Elizabeth Quispe Cazorla por el apoyo y respaldo durante el proceso.

Isabel y Fany

DEDICATORIA

A Dios porque en su infinita misericordia me dio la oportunidad de vivir una vez más, por darme sabiduría, fuerzas, por guía mi camino y permitirme cumplir mis objetivos.

A mis padres Simeon e Isabel por su incansable apoyo, por su gran amor, comprensión y motivación. Ustedes son mi principal inspiración y ejemplo, siempre les estaré agradecida.

A mis hermanas Elizabeth y Ana Cecilia por animarme y motivarme siempre, son parte importante de mi vida.

A la memoria de mi abuelita Simeona (†) aunque ya no estés físicamente conmigo tus recuerdos me motivan a seguir luchando por mis sueños, gracias por ser mi ejemplo de fortaleza y por enseñarme a nunca rendirme.

A Fany por su paciencia, comprensión y compañía en el transcurso de mi carrera universitaria hasta el culmino de la tesis, mil gracias por tu amistad sincera y leal.

Ruth Isabel

DEDICATORIA

A mi señor Dios por darme salud, vida, sabiduría y por ser mi guía y fortaleza en cada momento de mi vida y por brindarme la fuerza necesaria para seguir adelante y cumplir mis metas.

A mis queridos padres Teodosio Toledo y Basilia Puca, los dedico con mucho amor por brindarme su incansable apoyo y amor incondicional durante mi formación como profesional, por inculcarme valores, fe y por haber confiado en mí y en mis deseos de superarme, gracias por el sacrificio que dieron para cumplir mis estudios.

A mis hermanos por motivarme, brindarme su cariño, apoyo, compañía y por haber confiado en mí.

A la memoria de mi abuela Valentina (†) por su apoyo, por enseñarme valores, fortaleza y valentía cuando aún estabas en vida, gracias por todo.

A Isabel por tenerme paciencia, comprensión, por su compañía durante mi etapa universitaria hasta el culmino de la tesis, gracias por tu bonita y sincera amistad.

A mi novio Ocran, por su amor, su tiempo, su apoyo y su presencia alentadora. Gracias por ser luz en los momentos de duda y por motivarme a seguir adelante. Tu compañía fue fundamental para culminar esta etapa y crecer como persona y profesional.

Judith Fany

INDICE

	Pág.
Presentacion	ii
Agradecimientos	iii
Dedicatoria	iv
Resumen.....	xi
Abstract.....	xii
Introduccion.....	xiii
CAPITULO I	1
PROBLEMA DE INVESTIGACION.....	1
1.1 Caracterización del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	5
1.2.1 Problema general.....	5
1.2.2 Problemas específicos.....	5
1.3 Objetivos de la investigación	5
1.3.1 Objetivo general.....	5
1.3.2 Objetivos específicos	5
1.4 Hipótesis de la investigación	6
1.4.1 Hipótesis general	6
1.4.2 Hipótesis específicas	6
1.5 Variables de estudio.....	7
1.6 Justificación del estudio.....	8
CAPITULO II	10
MARCO TEORICO	10
2.1 Antecedentes de la investigación	10
2.1.1 Antecedentes internacionales.....	10
2.1.2 Antecedentes Nacionales:.....	12

	Pág.
2.1.3 Antecedentes Locales	15
2.2 Base teórica.....	16
2.2.1 Envejecimiento en el adulto mayor	16
2.2.2 Características del envejecimiento	17
2.2.3 Tipos de envejecimiento	17
2.2.4 Cambios biológicos asociados al envejecimiento.....	18
2.2.5 Envejecimiento cerebral.....	19
2.2.6 Funciones cognitivas	20
2.2.7 Estado de las funciones cognitivas durante el envejecimiento.....	20
2.2.8 Deterioro cognitivo.....	21
2.2.9 Trastornos cognitivos.....	22
2.2.10 Grados de deterioro cognitivo.....	23
2.2.11 Envejecimiento cognitivo.....	24
2.2.12 Teorías del envejecimiento cognitivo	24
2.2.13 Evaluación del deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	25
2.2.14 Instrumentos de evaluación de deterioro cognitivo en el adulto mayor.....	26
2.2.15 Calidad de vida	27
2.2.16 Calidad de vida relacionado con la salud.....	28
2.2.17 Dimensiones de la calidad de vida en salud.....	28
2.2.18 Teoría de las necesidades de Maslow	29
2.2.19 Teoría del déficit de autocuidado	30
2.2.20 Calidad de vida en el envejecimiento.....	32
2.2.21 Escalas de evaluación de calidad de vida en el adulto mayor	32
2.3 Definición de términos	33
2.4 Operacionalización de variables.....	34

	Pag.
CAPÍTULO III.....	37
DISEÑO METODOLÓGICO.....	37
3.1 Tipo de estudio.....	37
3.2 Unidad de análisis	37
3.3 Población.....	37
3.4 Muestra	37
3.5 Criterios de selección	38
3.6 Técnicas e instrumentos	39
3.6.1 Técnicas:	39
3.6.2 Instrumentos	39
3.7 Validez	42
3.8 Confiabilidad	43
3.9 Recolección de datos	43
3.10 Plan de análisis de datos.....	44
CAPÍTULO IV	45
RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	45
Conclusiones.....	67
Sugerencias	68
Anexo 1: Carta de consentimiento informado	82
Anexo 2: Mini Mental State Examination (MMSE).....	83
Anexo 3: Cuestionario de salud SF - 36.....	84
Anexo 4: Matriz de consistencia.....	88

INDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	45
Tabla 2: Grado de deterioro cognitivo de adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	48
Tabla 3: Grado de deterioro cognitivo según dimensiones de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	49
Tabla 4: Calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	51
Tabla 5: Calidad de vida según dimensiones de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	52
Tabla 6: Grado de deterioro cognitivo según características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	55
Tabla 7: Grado de deterioro cognitivo según dimensión función física de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	57
Tabla 8: Grado de deterioro cognitivo según dimensión rol físico de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	58
Tabla 9: Grado de deterioro cognitivo según dimensión dolor corporal de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	59
Tabla 10: Grado de deterioro cognitivo según dimensión salud general de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	60
Tabla 11: Grado de deterioro cognitivo según dimensión vitalidad de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	61

Tabla 12: Grado de deterioro cognitivo según dimensión función social de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.....	62
Tabla 13: Grado de deterioro cognitivo según dimensión rol emocional de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.....	63
Tabla 14: Grado de deterioro cognitivo según dimensión salud mental de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.....	64
Tabla 15: Grado de deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.	65

RESUMEN

El ser humano durante la última etapa de la vida experimenta grandes cambios degenerativos, el deterioro cognitivo es un proceso inevitable que se caracteriza por la pérdida de funciones cognitivas que puede limitar a los adultos mayores en las actividades de la vida diaria, intervenir en la calidad de vida e incluso en la salud, por ello la presente investigación tiene como objetivo determinar la relación que existe entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024. Metodología: el estudio fue descriptivo, correlacional y transversal con una muestra 272 adultos mayores, los instrumentos utilizados fueron el test Mini Mental de Folstein y SF-36, para el análisis de datos se utilizó el programa Excel, el software estadístico SPSS versión 26 y la prueba estadística de Rho de Spearman. Resultados: el 66,9% son de sexo femenino, 59,2% tienen de 60 a 74 años, 61,8% provienen de Cusco, 37,1% tienen estudios primarios, 82% no trabajan, 54% viven en compañía de familiares, 66,2% acuden al Centro de Salud solos, 69,6% presentan deterioro cognitivo leve, sin embargo las dimensiones más afectadas son: orientación, fijación, atención y calculo con deterioro cognitivo severo, 48,2% presentan regular calidad de vida, las dimensiones más afectadas son el rol emocional, función social, dolor corporal y salud mental, con calidad de vida mala; el deterioro cognitivo guarda relación significativa principalmente con las características sociodemográficas edad, grado de instrucción y situación laboral, con respecto a la relación con las dimensiones de la calidad de vida se ha encontrado relaciones significativas negativas en todas las dimensiones siendo las más relevantes salud mental, rol emocional, función física y vitalidad, Conclusión: existe una relación altamente significativa inversa entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024 ($Rho = -0.890$ y $p 0.000$).

Palabras claves: deterioro cognitivo, calidad de vida, adulto mayor.

ABSTRACT

The human being during the last stage of life experiences great degenerative changes, cognitive deterioration is an inevitable process characterized by the loss of cognitive functions that can limit older adults in the activities of daily living, intervene in the quality of life and even in health, therefore the present investigation aims to determine the relationship that exists between cognitive deterioration and quality of life in older adults who receive care at the Ttio Health Center, Cusco 2024. Methodology: the study was descriptive, correlational and cross-sectional with a sample of 272 older adults, the instruments used were the Folstein Mini Mental test and SF-36, for data analysis the Excel program, the SPSS statistical software version 26 and the Spearman's Rho statistical test were used. Results: 66.9% are female, 59.2% are between 60 and 74 years old, 61.8% come from Cusco, 37.1% have primary education, 82% do not work, 54% live with relatives, 66.2% go to the Health Center alone, 69.6% have mild cognitive impairment, however the most affected dimensions are: orientation, fixation, attention and calculation with severe cognitive impairment, 48.2% have regular quality of life, the most affected dimensions are the emotional role, social function, body pain and mental health, with poor quality of life; Cognitive impairment is significantly related primarily to sociodemographic characteristics (age, educational level, and employment status). Regarding the relationship with the dimensions of quality of life, significant negative relationships were found in all dimensions, the most relevant being mental health, emotional role, physical function, and vitality. Conclusion: There is a highly significant inverse relationship between cognitive impairment and quality of life in older adults receiving care at the Ttio Health Center, Cusco 2024 ($Rho = - 0.890$ and $p 0.000$).

Keywords: cognitive impairment, quality of life, older adult.

INTRODUCCION

Se considera a los adultos mayores como un grupo en situación de vulnerabilidad. debido a que en esta etapa experimentan cambios físicos, mentales, emocionales y sociales que interfieren en el desarrollo de sus actividades cotidianas y la calidad de vida, por lo tanto, evaluar al adulto mayor en todos estos aspectos es de vital importancia.

En el año 2021 la población a nivel mundial de adultos mayores estuvo constituida por 747 millones y se estima que para el año 2030 una de cada 6 personas en el mundo tendrá más de 60 años. En Perú existen aproximadamente 4 millones de adultos mayores que representan el 13% de la población total. En Cusco viven más de 94 mil personas mayores de 60 años, siendo Cusco la provincia con más adultos mayores, así mismo la provincia de Cusco cuenta con establecimientos de salud en cada uno de sus distritos los mismo que brindan atención al adulto mayor y población en general. El Centro de Salud de Ttio es un establecimiento que atiende a los adultos mayores del distrito de Wanchaq, zonas aledañas y provenientes de otros lugares.

La calidad de vida de las personas de la tercera edad se puede ver deteriorada por cambios propios de la edad dentro de las cuales se encuentra el deterioro cognitivo lo que influye directamente en las actividades cotidianas de la persona y en la percepción que cada uno de ellos tiene de sí mismo. El presente estudio fue desarrollado con el objetivo de determinar la relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024. El informe final de tesis estructuralmente presenta cuatro capítulos:

Capítulo I: Describe la caracterización y formulación de problemas, objetivos, hipótesis, variables de estudio y justificación.

Capítulo II: Contiene el marco teórico, estudios previos, base teórica que sustenta la investigación y definición de términos.

Capítulo III: Comprende el diseño metodológico, tipo de estudio, población, muestra, operacionalización de variables, técnicas e instrumentos, validez, confiabilidad, recolección y procesamiento de datos, plan de análisis de datos.

Capítulo IV: Muestra los resultados, análisis e interpretación de la investigación.

Se presentan las conclusiones, sugerencias, referencias bibliográficas y anexos.

CAPITULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACION

1.1 Caracterización del problema

A lo largo de los siglos la vejez ha sido vista como un símbolo de sabiduría y experiencia, pero el cuidado y respeto hacia los adultos mayores ha sido desigual debido a la pérdida de capacidades cognitivas y funcionales. Las enfermedades relacionadas con el envejecimiento y la atención sanitaria se convirtieron en temas de preocupación y estudio. En el siglo XIX, con el incremento de la esperanza de vida se reconoció la importancia de atender las necesidades de las personas mayores, lo que llevó a un incremento en las iniciativas benéficas para garantizarles un trato digno, ya en el siglo XX, la atención a los adultos mayores se consolidó en diversos ámbitos intelectuales y desarrollo de la gerontología y geriatría como especialidad médica comenzó a abordar estos desafíos de manera más efectiva y positiva (1).

Los adultos mayores son un grupo de gran vulnerabilidad a nivel mundial, en esta etapa ocurren cambios físicos, mentales, emocionales y sociales que se dan en forma progresiva a través del paso de los años. El deterioro de las capacidades es un proceso inevitable que puede limitar a los adultos mayores en actividades de la vida cotidiana, intervenir en la calidad de vida e incluso en la salud.

Según la OMS (organización mundial de la salud) el envejecimiento es el descenso gradual de las capacidades físicas, emocionales, mentales y sociales que conlleva a un mayor riesgo de enfermedades y finalmente la muerte, este proceso es resultado de la acumulación de gran variedad de daños moleculares al largo del tiempo (2).

Campos, señala que el envejecimiento humano es el proceso de múltiples dimensiones que inicia con la concepción del ser vivo, se desarrolla durante el curso de la vida y termina en la muerte, es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, cultural, económica y ecológica de las comunidades durante el transcurso del tiempo (3).

El deterioro cognitivo es un síndrome geriátrico que produce la disminución y carencia de funciones mentales superiores como el lenguaje, pensamiento, procesamiento de información y memoria involucrando dominios conductuales y neuropsicológicos.

Estos cambios se produce a lo largo de los años limitando al adulto mayor en su desenvolvimiento y afectando su calidad de vida (4).

Arce, indica que la calidad de vida depende de la adaptación del adulto mayor a su medio biológico y psicosocial que es cambiante y se da de forma diferente e individual, esta adaptación influye en la independencia de la persona, salud física e incluso las funciones mentales (5).

En el año 2021 los adultos mayores de 60 años representaban el 9.5% de la población total mundial, no obstante, todos los países están presenciando un incremento de adultos mayores en cantidad y proporción, se proyecta que para el año 2030, 1 de cada 6 personas en el mundo tendrá 60 años o más (6,7).

En Perú, se considera al adulto mayor a toda persona que tiene de 60 años a más y según cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática existen 4 millones 598 mil personas de 60 años a más que presentan el 13.6% de la población. Se conoce que 52.4% son mujeres (2 millones 412 mil), 4.0% tienen de 60 a 64 años y 2.1% de los adultos mayores tienen de 80 a más años de edad (8,9).

En Cusco, según el censo poblacional del año 2021 la cantidad de adultos mayores fue de 142 555 personas, lo que equivale al 10.6% del total de la población; de este grupo el 47.3% son mujeres y el 52.7% son varones, además de acuerdo con las estadísticas del Ministerio de Desarrollo e Inclusión Social, la provincia con mayor cantidad de adultos mayores es Cusco, seguida por las provincias de La Convención y Canchis (10,11).

El deterioro cognitivo representa uno de los principales factores vinculados al envejecimiento, según datos proporcionados por la OMS, esta condición afecta a aproximadamente 50 millones de personas en todo el mundo. Además, se estima que entre el 5% y el 8% de la población de adulta mayor de 60 años desarrolla algún grado de deterioro cognitivo en el transcurso de su vejez, por otro lado, el Ministerio de Salud señala que más de 200 000 adultos mayores desarrollan enfermedades que provocan la pérdida de funciones mentales lo que resulta en un deterioro cognitivo progresivo (12,13).

Para contrarrestar este y otros problemas relacionados al envejecimiento se está impulsando la atención integral del adulto mayor en los diferentes establecimientos

de salud a nivel nacional y se busca promover un envejecimiento activo a través del bienestar físico, social y mental para reducir la dependencia y el deterioro de la salud en esta etapa de la vida. Además, se pretende identificar y diagnosticar problemas de salud para proporcionar el tratamiento adecuado, garantizando así una mejor calidad de vida (14).

El Centro de Salud de Ttio pertenece a la red de servicios Cusco Norte y se ubica en el distrito de Wanchaq, los servicios que ofrece son: Diagnóstico por imágenes, farmacia, laboratorio clínico, consulta externa en medicina general, atención del adulto, obstetricia, odontología, psicología, atención del niño y del adolescente, estrategias sanitarias nacional de inmunizaciones, estrategia nacional de prevención y control de daños no transmisibles del adulto mayor, prevención y control de infecciones de transmisión sexual y VIH/SIDA, estrategia sanitaria nacional de prevención y control de tuberculosis.

La mayoría de los adultos mayores atendidos en este Centro de Salud tienen SIS activo y provienen de diversas provincias del Cusco, otras regiones de Perú y hasta del extranjero, para recibir atención de salud realizan largas filas desde la madrugada y debido a la alta demanda muchos no son atendidos, las principales razones de consulta en este grupo etario son hipertensión arterial, diabetes, infecciones respiratorias, problemas de visión y audición, no obstante se ha observado que algunos tienen dificultades para entender las indicaciones médicas por lo que requieren la compañía de un familiar o cuidador, sin embargo muchos de ellos asisten a la consulta solos.

Con respecto al deterioro de las funciones cognitivas se ha observado que algunos adultos mayores se encuentran desorientados en tiempo y espacio y al ser interrogados muestran dificultades para responder a preguntas simples, otros no responden a ninguna pregunta, así mismo manifiestan experiencias de olvidos involuntarios y desubicación geográfica. También se ha visto que en su mayoría presentan problemas para realizar actividades que requieren del recuerdo inmediato, concentración, atención y uso de memoria para retener palabras, efectuar cálculos matemáticos simples o memorizar secuencias.

En cuanto al lenguaje un grupo reducido no logran pronunciar adecuadamente algunas palabras, no reconocen algunos objetos y no consiguen comprender frases

u oraciones, también se ha visto que muchos siguen ordenes correctamente y otros no obedecen ordenes sencillas. La capacidad para reproducir figuras, también se halló alterada ya que algunos no logran replicar dibujos simples que se les había mostrado previamente.

Con referencia a la calidad de vida, durante la entrevista muchos refieren que no pueden realizar actividades que requieren el uso de la fuerza y que presentan limitaciones para realizar actividades que implican esfuerzo moderado como levantar objetos, subir escaleras, caminar varias cuadras, también dan conocer que han dejado de realizar actividades que en el pasado solían hacer. El dolor se presenta en la mayoría y con respecto a esto, manifiestan sentir dolores musculares y articulares la mayor parte del tiempo limitando sus actividades cotidianas, un grupo reducido menciona que necesita de ayuda para bañarse y vestirse.

En cuanto a salud general manifiestan que su salud está empeorando, que hace un año se sentían mejor sin embargo refieren que ahora se sienten agotados, de manera más específica indican que poco a poco su vista se va deteriorando y relatan que ya no pueden leer ni observar a cortas y largas distancias como antes. Un grupo minoritario menciona que presentan problemas auditivos y verbalizan frases como “no te escucho, ¿puedes hablas más fuerte?” generando dificultades para percibir el sonido, procesar información y emitir una respuesta, otro grupo refiere que no diferencian el sabor de los alimentos, esto sumado a la carencia de piezas dentarias dan como resultado una alimentación inadecuada, un grupo reducido relata que en algún momento perdieron la capacidad de diferenciar olores y con respecto al tacto manifiestan que sienten calor y frio en forma excesiva.

Así mismo gran cantidad de adultos mayores refieren que han dejado de participar en actividades sociales y se sienten excluidos, pero existen un grupo reducido que siguen participando de dichas actividades algunos por exigencia y otros por contar con el apoyo y confianza de sus familiares, en términos de salud mental la mayoría manifiesta sentirse desanimados y deprimidos.

Para la salud publica el deterioro cognitivo es un problema porque altera la calidad de vida de quien la presenta, así mismo afecta a la familia mayor o menor medida y en la sociedad, ocasionando consecuencias médicas, psicológicas y socioeconómicas para el adulto mayor y su entorno.

1.2 Formulación del problema

1.2.1 Problema general

¿Existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024?

1.2.2 Problemas específicos

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024?
- ¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo general y por dimensiones (orientación, fijación, atención y cálculo, memoria, lenguaje y construcción) en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco, durante el año 2024?
- ¿Cómo es la calidad de vida general y por dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco, durante el año 2024?
- ¿Cómo es el grado de deterioro cognitivo según las características sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, situación laboral) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024?
- ¿Cómo es la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la calidad de vida según dimensiones de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024?

1.3 Objetivos de la investigación

1.3.1 Objetivo general

Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

1.3.2 Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

- Establecer el grado de deterioro cognitivo general y según dimensiones (orientación, fijación, atención y calculo, memoria, lenguaje y construcción) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.
- Evaluar la calidad de vida general y según dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.
- Describir el grado de deterioro cognitivo según las características sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción y situación laboral) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.
- Describir el grado de deterioro cognitivo y la calidad de vida según sus dimensiones de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

1.4 Hipótesis de la investigación

1.4.1 Hipótesis general

Existe una relación significativa inversa entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

1.4.2 Hipótesis específicas

- El grado de deterioro cognitivo en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024 es leve y según dimensiones va de moderado a severo.
- La calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024 es regular y según dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, salud general, función social, rol emocional, salud mental) va de regular a mala.

1.5 Variables de estudio

Deterioro cognitivo

- Orientación
- Fijación
- Calculo y atención
- Memoria
- Lenguaje y construcción

Calidad de vida

- Función física
- Rol físico
- Dolor corporal
- Salud general
- Vitalidad
- Función social
- Rol emocional
- Salud mental

Características sociodemográficas

- Sexo
- Edad
- Procedencia
- Grado de instrucción
- Situación laboral
- Vive con
- Viene al centro de salud con:

1.6 Justificación del estudio

Los adultos mayores son considerados como un grupo importante dentro de la sociedad por ser transmisores de sabiduría, conocimiento y experiencias, al mismo tiempo son vulnerables al desarrollo de múltiples síndromes y enfermedades debido al avance de la edad. Es fundamental comprender como envejecen las personas más allá de los aspectos físicos o clínicos; valorar el bienestar emocional, autonomía, relaciones sociales y la satisfacción con la vida son factores clave para un envejecimiento digno y saludable. Sin embargo, este grupo etario continúa siendo uno de los menos favorecidos en términos de acceso a atención, evaluación y cuidados especializados por lo que es indispensable proporcionar atención integral, oportuna y adecuada.

En la actualidad la población de adultos mayores continúa en aumento lo cual conlleva un incremento de casos de deterioro cognitivo, situación que exige un diagnóstico oportuno para una adecuada intervención y tratamiento. Estudiar este problema permite identificar signos tempranos que facilitan intervenciones oportunas para retrasar o incluso prevenir el avance hacia la demencia, a su vez permite identificar las condiciones que favorecen o limitan una buena calidad de vida.

Desde una perspectiva social, esta investigación adquiere relevancia por los múltiples factores que inciden directamente en la salud pública y el bienestar colectivo. El deterioro de las funciones cognitivas no solo afecta la autonomía y funcionalidad de la persona mayor, sino que también genera una creciente carga emocional, física y económica para los cuidadores, las familias y el sistema de salud.

El declive de las capacidades cognitivas afecta funciones esenciales como la memoria, atención, lenguaje y capacidad para realizar actividades cotidianas generando dependencia, es por ello que la presente investigación hace énfasis en como el deterioro cognitivo puede interferir sobre la calidad de vida de las personas a partir de los 60 años a más.

La realización de este estudio resulta pertinente ya que permite visibilizar la problemática que enfrentan los adultos mayores en la sociedad actual e identificar oportunamente los signos de pérdida de funciones cognitivas con el objetivo de promover intervenciones orientadas a su bienestar, fundamentadas en un enfoque

humanístico y holístico, de tal manera se pueda ralentizar su progresión y mejorar la calidad de vida de quienes lo padecen.

La investigación sirve como base para futuras investigaciones relacionadas con deterioro cognitivo y la calidad de vida en el adulto mayor, es relevante porque proporciona una fuente de conocimiento e información que permite la comprensión más profunda de la problemática.

De igual manera, los resultados obtenidos serán útiles para proporcionar información que podrá ser utilizada por el personal encargado de implementar actividades preventivas y promocionales, así como estrategias efectivas para el diagnóstico precoz en la etapa de la vejez. Además, será de gran apoyo para el personal de salud responsable de la atención y monitoreo de los adultos mayores en este sector, promover estilos de vida activos, prevenir el aislamiento y fomentar la participación social y comunitaria.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

2.1 Antecedentes de la investigación

2.1.1 Antecedentes internacionales

Poblete F. et al; realizaron un estudio en Chile 2019, con el objetivo de relacionar las variables deterioro cognitivo y percepción sobre la calidad de vida en adultos mayores activos, se empleó un enfoque cuantitativo de tipo observacional, correlacional y no experimental, con diseño transversal, la muestra fue de 160 adultos mayores de los cuales 8 pertenecen al sexo masculino y 152 al sexo femenino, se usó los instrumentos Mini Mental State Examination (MMSE) para evaluar el deterioro cognitivo y el cuestionario SF-36 para calidad de vida. Resultados: el 95% presentó una calidad de vida optima, respecto al parámetro de deterioro cognitivo 88.8% presentaba algún déficit y 11, 2% pertenecieron a la categoría normal. Conclusión: existe una relación significativa entre la variable calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores (15).

Leyva E, et al. Llevaron a cabo un estudio en Cuba, con la finalidad de determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores con diagnóstico de insuficiencia renal crónica y tratamiento sustitutivo de la función renal con relación a la calidad de vida, el estudio fue analítico, transversal y observacional con una muestra formada por 30 pacientes de 60 años a más, se empleó la prueba de Mini Mental para evaluar el deterioro cognitivo y el índice de Karnofsky para valorar la calidad de vida. Resultados: el 16% presentó deterioro cognitivo y de los mismos el 80% calidad de vida pobre con un riesgo relativo de 2.5 que nos indica que aquellos pacientes con deterioro cognitivo tiene 2.5 veces más de presentar calidad de vida pobre, en conclusión, existe una elevada prevalencia de deterioro cognitivo en el grupo de pacientes estudiados el cual va relacionado con una pésima calidad de vida (16).

Díaz P. Martínez L, et al. realizaron un estudio en México 2023, con el objetivo de establecer la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del adulto mayor con polifarmacia del servicio gerontológico del ISSSTE, la investigación fue de tipo prospectivo, analítico, cuantitativo, transversal, correlacional y observacional, con una muestra no probabilística de 40 adultos mayores, se utilizó el instrumento Mini Mental

para medir el deterioro cognitivo y la escala FUMAT para evaluar la calidad de vida. Resultados: el 80% tenían calidad de vida buena, 20% calidad de vida pésima, respecto al deterioro cognitivo el 20% presentaban algún grado de deterioro cognitivo y el 80% no tuvieron deterioro, de esta forma el estudio concluye negando la existencia de una relación entre ambas variables, así mismo se destacó que los adultos mayores que presentaron deterioro cognitivo viven con una persona que les brinda cuidado lo cual beneficia la calidad de vida (17).

Saputri N, Susanto T, et al. realizaron una investigación en Indonesia 2020, el objetivo fue evaluar el estado de las funciones cognitivas y el nivel de calidad de vida de adultos mayores, el estudio fue analítico, correlacional y transversal, la muestra estuvo conformada por 82 adultos mayores y se usaron los instrumentos cuestionario breve y portátil sobre el estado mental (SPMSQ) y la escala WHOQOL BREF. Resultado: el 43,9% tuvieron el funcionamiento intelectual intacto, 2,4% deterioro cognitivo severo, el 70,7% moderada calidad de vida y 8,5% baja calidad de vida, por otro lado, las personas de edad avanzada con una función cognitiva intacta evitaron la disminución de la calidad de vida OR = 0.210, IC del 95%, se concluye afirmando la existencia de una relación estrecha entre ambas variables, sin embargo se puede desarrollar programas de promoción de la salud y actividad física en el hogar de ancianos para mejorar la función cognitiva y la calidad de vida de los mismos (18).

Gómez N y Panchi J. desarrollaron un estudio en Ecuador con el objetivo de analizar el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Hospital General de Puyo 2022, el estudio fue transversal, cuantitativo, correlacional con una muestra de 125 expedientes clínicos de pacientes de 65 a 99 años, se utilizó el instrumento Mini Examen del Estado Mental para evaluar y determinar el deterioro cognitivo y GENCAT para identificar la calidad de vida. Resultados: el 54,4% presentó deterioro cognitivo y 66% baja calidad de vida, las dimensiones más afectadas fueron salud emocional, físico y material. En conclusión, el deterioro cognitivo y la calidad de vida establece una relación positiva donde señala que en cuanto más se mantienen las funciones cognitivas la calidad de vida se conserva o si las funciones cognitivas disminuyen se evidencia una pésima calidad de vida (19).

Cullakay K. y Márquez C. realizaron una investigación en Ecuador 2022, con la finalidad de identificar el deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores que

asisten a la residencia Casa Hogar Betania 2021-2022, el estudio fue cuantitativo, descriptivo, correlacional, transversal, no experimental con una muestra de 21 adultos mayores de ambos sexos con edades de 66 a 98 años, se utilizó el instrumento Mini Examen Cognoscitivo para evaluar el grado de deterioro cognitivo y CUBRECAVI para evaluar calidad de vida. Resultados: el 71% presentaba algún grado de deterioro cognitivo, 14,3% signos de demencia, y solo el 4,8% mantenía un rendimiento cognitivo normal, en cuanto a la calidad de vida se observaron distintos niveles de funcionamiento en las diversas subescalas evaluadas; en la subescala salud el 61,9% presentó un nivel alto, integración social el 33% nivel muy alto, actividad y ocio 38,1% muy bajo; calidad ambiental 76,2% muy alto y satisfacción con la vida 47,6% muy alto. En conclusión: existe gran porcentaje de deterioro cognitivo y déficit en las áreas de actividad y ocio, actividades funcionales que afecta la calidad de vida de los adultos mayores (20).

2.1.2 Antecedentes Nacionales:

Chuquipul P. e Izaguirre C. realizaron un estudio en Lima con el objetivo de determinar la relación existente entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del adulto mayor de una organización social en Ventanilla 2018, el análisis se diseñó con enfoque correlacional, cuantitativo y transversal con una muestra de 50 adultos mayores, como instrumentos se utilizó el test Mini Mental para deterioro cognitivo y SF-36 para medir la calidad de vida. Resultados: el 70% presentaron deterioro cognitivo moderado, además, se detectó deterioro cognitivo moderado en las siguientes áreas: un 58% en orientación espacial, el 84% en orientación temporal y un 46% en lenguaje y nominación, en cuanto a la dimensión de atención y cálculo, el 28% presentaron deterioro cognitivo severo, con respecto a la calidad de vida el 88% tuvo calidad de vida promedio y de acuerdo a sus dimensiones se reportaron niveles promedio en varias de ellas: dolor corporal 80%, salud general 60%, vitalidad 86%, función social 70% y salud mental 78%, por otro lado, el 74% reportó calidad de vida baja en la dimensión función física y el 100% niveles muy bajos en rol físico y rol emocional. El estudio concluye negando la existencia de relación significativa entre las variables estudiadas y considerando que se presenta deterioro cognitivo moderado y calidad de vida media (21).

Avalos M. realizó una investigación en Trujillo 2021, con la finalidad de identificar la relación entre el grado de dependencia funcional y deterioro cognitivo en usuarios geriátricos de Pensión 65, la investigación fue de tipo no experimental, observacional, analítico y transversal con una muestra de 294 adultos mayores, se utilizó los instrumentos MMSE para determinar el grado de deterioro cognitivo y el índice de Barthel para evaluar la capacidad funcional. Resultados: el 81% presentaron dependencia moderada de los cuales 59,2% son del sexo femenino, por otro lado, el 65,3% presentaron deterioro cognitivo moderado, la prueba de Rho de Spearman fue de 0.09 y el valor de $p=0.112$. El estudio concluye negando la existencia de relación entre ambas variables (22).

Luna Y, Vargas H realizaron una investigación en Lima 2019 con la finalidad de identificar los factores asociados al deterioro cognitivo y funcional sospechosos de demencia en adultos mayores que residen en Lima Metropolitana y Callao, el estudio fue transversal de tipo analítico y epidemiológico con una muestra de 1290 adultos mayores de 60 años a más, se hizo uso del instrumento Mini Mental State Examination y el cuestionario de Pfeiffer. Resultados: el 17% presentaron deterioro cognitivo, el 14,7% tuvieron pérdida de habilidades instrumentales pero al asociar las dos escalas solo el 6,7% presentaron deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia, el autocuidado ($OR=0,59$ y $p<0.001$) y funcionamiento ocupacional ($OR=0,73$ y $p=0.001$) el estudio concluye afirmando la existencia de factores vinculados con el deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia que incita la necesidad de elaborar y aplicar programas preventivo- promocional con la finalidad de lograr estilos de vida saludable (23).

Bazalar G. realizó un estudio en Lima 2021 que tuvo como finalidad identificar la relación existente entre el deterioro cognitivo y el desempeño en las actividades de la vida diaria en personas adultas mayores que asisten al servicio de terapia ocupacional de una clínica, se trató de una investigación de tipo cuantitativo, correlacional, trasversal, analítico y retrospectivo, los instrumentos utilizados fueron el índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y MMSE, la muestra fue de 50 adultos mayores. Resultados: el 60% son de sexo femenino, 40% presentaron deterioro cognitivo moderado, de los cuales el 12% son varones y el 28% mujeres, el 40% presentaron dependencia moderada en la realización de actividades básicas de la vida diaria y de ellos el 16% son varones y 24% mujeres, finalmente el 50% presentaron dependencia

grave en relación a las actividades instrumentales de la vida diaria, de ellos el 32% son mujeres. En conclusión, el deterioro cognitivo guarda estrecha relación con el desempeño de las actividades básicas de la vida diaria ($p=0.018$) mientras que el desempeño de las actividades instrumentales de la vida diaria no presenta ninguna relación con el deterioro cognitivo (24).

Alvarez L. y Tarazona Y. desarrollaron una investigación en Lima 2019 que tuvo como objetivo determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores del Hospital Militar Geriátrico de Chorrillos, el estudio empleó un diseño metodológico de tipo descriptivo, correlacional y no experimental, la muestra estuvo conformada por 108 adultos mayores cuya edad oscila entre 60 a 69 años de ambos sexos, se usó los instrumentos Mini Mental State Examination y SF-36. Resultados: el 43,5% presentó deterioro cognitivo leve, 9,3% deterioro moderado y 6,5% deterioro severo, en cuanto a la calidad de vida percibida el 87% refirieron tener calidad de vida muy alta, 6,5% calidad de vida alta y promedio, se usó la prueba no paramétrica Rho de Spearman para determinar la relación entre ambas variables ($Rho=-0.784$ y $p=0.00<0.05$) se concluye afirmando la existencia de una relación inversa significativa y alta (25).

Carrión D. y Gómez C. realizaron un estudio en Huancayo con la finalidad de identificar los factores relacionados con el deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el puesto de salud de Xauxa durante el periodo 2017-2021. Se trató de un estudio de enfoque analítico, observacional y correlacional bajo un diseño de casos y controles, la muestra estuvo conformada por 156 adultos mayores distribuidos en 52 casos y 104 controles, como instrumento se usó el Test de Pfeiffer para evaluar el deterioro cognitivo. Resultados: de acuerdo al análisis multivariado son factores de riesgo para el deterioro cognitivo, edad >75 años ($ORa=3.15$ IC 95%), estar desempleado ($ORa=1.152$, IC 95%), instrucción básica < 8 años ($ORa= 2,142$ IC 95%) dependencia en las actividades básicas de la vida ($ORa=2.851$ IC 95%) desarrollar actividad física ha sido un factor protector ($ORa= 0.210$ IC 95%). En conclusión, los adultos mayores con grado de instrucción bajo, que no tienen empleo y que son dependientes en cuanto a actividades básicas de la vida tiene mayor tendencia a desarrollar deterioro cognitivo, caso contrario ocurre con el grupo de adultos mayores que realizan actividad física puesto que se promueve buena salud mental (26).

Barrientos H. y Pongo E. desarrollaron un estudio en Huancayo 2023 con el objetivo de establecer la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores del centro geriátrico Edad de Oro, la investigación fue de tipo básico, correlacional, no experimental y transversal, los instrumentos utilizados fueron el MMSE y SF-36, la muestra estuvo conformada por 54 adultos mayores. Resultados: 35,2% tuvieron deterioro severo y regular calidad de vida, 14,8% deterioro moderado y regular calidad de vida, 13% deterioro leve y deficiente calidad de vida, 9,3% deterioro leve y regular calidad de vida, adicionalmente el 9,3% mostró deterioro severo, pero con una buena calidad de vida. Se concluye dando a conocer la existencia de una relación positiva moderada entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del centro geriátrico Edad de Oro Huancayo (27)

2.1.3 Antecedentes Locales

Nina A. realizó un estudio en Ocongate Cusco 2020 con la finalidad de identificar la relación existente entre el estilo de vida y el deterioro cognitivo en adultos mayores, el estudio fue de tipo cuantitativo, descriptivo, correlacional no experimental, la muestra fue de 226 adultos mayores y se usó los instrumentos Test Fantástico de Douglas M. C. para evaluar el estilo de vida y el Mini Mental State Examination para determinar el grado de deterioro cognitivo. Resultados: se aplicó la prueba estadística Rho de Spearman y se obtuvo como valor de $p = -0,62$ de esta forma se concluye afirmando la existencia de relación significativa entre ambas variables es decir a mayor practica de estilo de vida saludable es menor el deterioro cognitivo (28).

Cáceres V, y Vásquez J. desarrollaron un estudio en Cusco 2020 que tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud de San Jerónimo, el diseño fue cuantitativo, descriptivo, no experimental y transversal, la muestra estuvo conformada por 87 adultos mayores de 60 años y se utilizó el instrumento SF-36 para evaluar la calidad de vida. Los resultados indican que 41.4% presentó una calidad de vida deficiente, 36,8% calidad de vida buena, 21,8% regular calidad de vida. El estudio concluye afirmando que la calidad de vida de los adultos mayores es deficiente en su mayoría y de manera regular en su minoría (29).

Huamán R. realizó una investigación en Cusco 2019, cuya finalidad fue identificar la calidad de vida del adulto mayor beneficiario y no beneficiario del programa pensión 65 del centro poblado de Kcauri, el estudio fue descriptivo y comparativo con una

muestra de 94 adultos mayores, el instrumento utilizado fue la escala FUMAT. Resultados: el 56,4% tuvieron de 70 a 79 años, 57,4% son de sexo femenino, 66% sin instrucción, 60,6% son viudos, 53,2% refirieron que su ingreso económico es de 125 soles, 57,7% se benefician del programa pensión 65, 63% se benefician más de dos años, el 50% de beneficiados y el 52,5% de no beneficiados presentaron mala calidad de vida, el 51% del total presentan mala calidad de vida. El estudio concluye confirmando que los adultos mayores del Centro Poblado de Kcauri beneficiados y no beneficiados tienen mala calidad de vida (30).

Mormontoy A. y Pacheco K. realizaron un estudio en Cusco 2023 con el propósito de determinar la relación existente entre la actividad física y el deterioro cognitivo en el adulto mayor del Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco. Metodología: estudio descriptivo, correlacional, transversal y no experimental, la muestra estuvo conformada por 141 pacientes, los resultados indican que el 60% de adultos mayores que practicaban actividad física no presentaron deterioro cognitivo, sin embargo, se presentó 33.18 veces más probabilidad de presentar deterioro cognitivo y el resultado es estadísticamente significativo (OR=33.18 IC 95%, p=0.000). Se concluye afirmando la existencia de relación significativa entre la actividad física y el deterioro cognitivo (31).

2.2 Base teórica

2.2.1 Envejecimiento en el adulto mayor

Según la OMS, la expresión adulto mayor hace referencia a personas a partir de los 60 años en adelante clasificándolo de la siguiente manera: de 60 a 74 años, edad avanzada; 75 a 90 años, ancianos o viejos; mayores de 90 años, grandes viejos o longevos, esta determinación ha sido reconocida por otras instituciones y organizaciones a nivel internacional. Del mismo modo la ONU ha determinado catalogar como adultos mayores a personas de 60 años a más en países que se encuentran en vías de desarrollo como sería el caso de Perú (32).

El adulto mayor es considerado como persona que se encuentra en el periodo de la vida humana, cuyo camino se fija comúnmente en los sesenta años y se caracteriza por la declinación de todas las facultades (8).

En nuestro país según legislación vigente se consideran adultos mayores a las personas que tienen más de 60 años, en este grupo etario existen situaciones de riesgo que afectan a sus derechos como personas, por lo tanto, son considerados como población vulnerable (33).

El envejecimiento constituye un proceso multifacético, gradual e irreversible que implica diversas modificaciones psicosociales a lo largo del ciclo vital que no se manifiesta de manera homogénea ni siguen un patrón lineal, pero se asocian con la edad de forma relativa, estas modificaciones están condicionadas por factores epigenéticos y decisiones de la persona. Las condiciones económicas, socio ambientales, políticas y de entorno permiten pronosticar el bienestar y adecuado funcionamiento físico y mental del individuo o el desarrollo de enfermedades (7).

Desde el enfoque biológico el envejecimiento es producto de gran diversidad de daños a nivel celular y molecular acumulados a lo largo del tiempo que conlleva a la disminución gradual de capacidades mentales y físicas, aumento del riesgo de enfermedades agudas y crónicas, finalmente la muerte (2).

2.2.2 Características del envejecimiento

El proceso del envejecimiento se produce por un conjunto secuencial de factores endógenos y exógenos que interfieren sobre el individuo a través del paso de los años dando como resultado el debilitamiento del organismo de las personas. Se considera que el envejecimiento es universal, irreversible, heterogéneo, individual, intrínseco y personal (34).

2.2.3 Tipos de envejecimiento

Se consideran lo siguiente:

- Psicológico: Hace referencia a los aspectos cognitivos, la personalidad del adulto mayor y cómo reacciona al llegar a esta etapa, es el resultado de la acción del tiempo vivido y percibido sobre su personalidad (35).
- Poblacional: Da a conocer el número de adultos mayores que radican en una población y en cierta forma compara datos a través del tiempo, es consecuencia de la evolución de los componentes del cambio demográficos (fecundidad y mortalidad) (36)

- Individual: Se define como un proceso que todos los seres humanos experimentan a lo largo del tiempo, es de tipo irreversible (37).

2.2.4 Cambios biológicos asociados al envejecimiento

En el sistema nervioso el cerebro disminuye su peso en un 10%, ocurre atrofia cerebral, reducción de la sustancia blanca, reducción de la síntesis e hidrólisis de neurotransmisores acetilcolina, norepinefrina y dopamina, así mismo la disminución de receptores post sinápticos. En el sentido de la visión ocurren cambios degenerativos en músculos que acomodan iris, retina y coroides, estenosis del conducto lacrimal, sequedad de conjuntiva y disminución de la elasticidad del cristalino. En la audición y equilibrio se degenera el órgano de Corti, existe pérdida de neuronas en la cóclea y corteza temporal, degeneración de la membrana basilar, disminución de la producción de endolinfa. En el olfato, gusto y fonación se produce degeneración neuronal, atrofia de mucosas, pérdida de la elasticidad de músculos y cartílagos laríngeos. En el sistema locomotor los músculos, huesos y articulaciones se ven afectados por la disminución de los impulsos nerviosos que mantienen el tono muscular y ocurren cambios degenerativos en ligamentos y cartílagos. También se produce la disminución de la respuesta inmunológica, disminución de tolerancia a la glucosa, actividad funcional tiroidea deficiente y alteración de la secreción de la hormona antidiurética (38).

Con respecto a los aparatos:

- Digestivo: Ocurren cambios en la mucosa oral, atrofia de encías, mucosa gástrica, intestinal, reducción del tamaño del hígado, disminución de la velocidad del tránsito intestinal (38).
- Respiratorio: Degeneración de epitelio bronquial y glándulas mucosas, esclerosis bronquial y de tejidos de soporte, debilidad de los músculos respiratorios (38).
- Circulatorio: Incompetencia valvular venosa, disminución de la elasticidad arterial, rigidez en la paredes venosas, fibrosis en el miocardio, deterioro de la microcirculación (38).

- Genitourinario: Degeneración de túbulos, reducción de números de nefronas, atrofia de mucosa vaginal, músculos prostáticos, laxitud de músculos perineales (38)

En cuanto a la piel, se atrofia la epidermis, glándulas sudoríparas y folículos pilosos, se produce hiperqueratosis epidérmica, degeneración de fibras elásticas y colágeno, reducción de grasa subcutánea (38).

2.2.5 Envejecimiento cerebral

El cerebro muestra cambios característicos que plantean la cuestión de si representan aspectos menores del envejecimiento que no afectan considerablemente a su función o si son precursores de trastornos neurodegenerativos (39)

El envejecimiento se produce de manera asincrónica entre sus diferentes áreas por ende parece ser dependiente del sustrato celular y molecular de cada área cerebral (40).

Para Cohen el envejecimiento cerebral es la pérdida aguda o crónica de la capacidad de adaptación a cualquier cambio y necesaria para una vida de relación óptima. Así mismo se entiende como un proceso involutivo – adaptativo, es decir que no existe reemplazamiento de las neuronas porque son células postmitóticas incapaces de separarse (41).

Se consideran dos tipos:

- Normal o fisiológico: Proceso donde se tiene alteraciones leves en algunas áreas cognoscitivas como en cálculo, memoria, etc. sin embargo no se presenta cuadro de demencia, pero presenta alteraciones morfo funcionales involutivas (42).

En el envejecimiento cerebral normal ocurren varios cambios como por ejemplo la disminución del peso y volumen cerebral, atrofia cortical, pérdida de neuronas corticales y algunos núcleos subcorticales, aumento de gránulos de lipofusina en neuronas y glía, sin embargo los cambios involutivos en la morfología de los hemisferios cerebrales siguen de manera paralela (43).

- Patológico: Ocurre de manera progresiva las alteraciones de la mayoría de las áreas cognoscitivas y se llega a presentar cuadros de demencia que van acompañadas con alteraciones graves comportamentales, sensitivas y

motoras que repercute de manera trascendente en la vida de un adulto mayor y hace que se vuelva dependiente (42).

2.2.6 Funciones cognitivas

Se consideran mecanismos mentales que le permiten al individuo desempeñar tareas de manera activa, hacen posible que el sujeto adopte un rol participativo en los procesos de recepción, selección, transformación, almacenamiento, elaboración y recuperación de la información, lo que le permite desenvolverse en el mundo que le rodea. Estos procesos son fundamentales e implica atención, coordinación de movimientos, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas como el razonamiento, flexibilidad mental, etc. También implica las funciones cognitivas adquiridas como la lectura, escritura y calculo que se aprenden con el tiempo (44).

Las funciones cognitivas varían y evolucionan durante el transcurso de la vida como consecuencias del envejecimiento y las características individuales de cada persona.

2.2.7 Estado de las funciones cognitivas durante el envejecimiento

- Orientación: Competencia de la persona de poseer conocimiento de su posición en el espacio y percepción integrada del entorno en relación del pasado, presente y futuro. En el proceso de envejecimiento primeramente se altera la orientación temporal seguido de orientación espacial y finalmente la orientación personal, en términos generales, cuanto mayor es la desorientación, mayor es el grado de deterioro de la memoria (19).
- Atención: Facultad que permite al individuo orientar voluntariamente su atención hacia un objeto específico, actuando como un mecanismo clave para la activación de otros procesos mentales complejos como la percepción, el lenguaje, la memoria y la concentración. En la etapa de la vejez ocurre la disminución de la atención voluntaria y el aumento de la distracción, factores que afectan negativamente tanto la concentración como la atención selectiva (19).
- Cálculo: Capacidad encargada de ejecutar operaciones numéricas, facilitando la lectura, escritura, comprensión y realización de cálculos matemáticos. En adultos mayores se presentan la dificultad para resolver ejercicios matemáticos implicados en las actividades de la vida cotidiana (19,45)

- Memoria: Conjunto de habilidades mentales que le permite al cerebro almacenar información e integrar el funcionamiento de procesos como registrar, almacenar, consolidar y evocar todo tipo de información. En la vejez, la memoria se ve afectada por fallas en la consolidación de recuerdos, lo que provoca olvidos frecuentes y dificultad para recordar hechos cotidianos (46,47).
- Lenguaje: Facultad esencial que posibilita la comunicación con el entorno mediante signos lingüísticos, esta capacidad permite al individuo comprender la realidad externa, describir acontecimientos, categorizar experiencias y construir significados, siendo fundamental para la interacción social y el desarrollo del pensamiento. En la etapa de la vejez se presentan dificultades para organizar ideas o discurso, reduciendo la capacidad de comprender el orden y la escritura sintáctica, lo que puede llevar a la anomia léxica (19,45)
- Praxias: Capacidad de realizar ciertos movimientos en diferentes regiones del cuerpo, como la región buco facial y extremidades superiores. La principal alteración es la apraxia constructiva, que implica dificultades en el proceso viso espacial y motor, afectando la capacidad para coordinar y realizar gráficos, dibujos o imágenes simples (45,48).
- Gnosias: Capacidad de percibir, reconocer y almacenar información que ingresa por los sentidos para elaborar, interpretar y asignar un significado a la información captada, en el adulto mayor pueden existir alteraciones de tipo visual cuando existe dificultad para reconocer objetos o personas, auditivo cuando no reconoce sonidos a pesar de no presentar problemas auditivos (46,49).

2.2.8 Deterioro cognitivo

Se conceptualiza como la pérdida de funciones cognitivas, influenciado por agentes psicológicos y ambientales, es de tipo variable en cada persona. En el caso de los adultos mayores se consideran como un síndrome geriátrico que implica la pérdida de funciones cognitivas como la memoria, atención y procesamiento de información obstaculizando de manera significativa las actividades cotidianas (50).

Este proceso degenerativo tiene diversos orígenes, siendo los más conocidos los factores genéticos y el consumo excesivo de sustancias tóxicas, sin embargo, la

edad se considera como un factor importante porque se da con el paso de los años. Este problema afecta a la mayor parte de la población adulta mayor, pero no todos lo desarrollan con los mismos síntomas ni características (51).

2.2.9 Trastornos cognitivos

Demencia

Etimológicamente significa “pérdida de la mente”, es un síndrome adquirido principalmente caracterizado por deterioro persistente de funciones cognitivas, pérdida de las capacidades cognitivas, alteración del estado mental y del comportamiento social que obstaculizan las actividades cotidianas, el trabajo e incluso la interacción social. También denominado trastorno neurocognitivo, es un término general que sirve para dar a conocer el deterioro de la salud mental, el inicio del mismo se presenta como olvidos, se diagnostica mediante una exploración neurológica, evaluación neuropsicológica y cumplimiento de criterios dentro de los cuales se encuentra la evaluación cognitiva (52).

Tipos de demencia

- Alzheimer: Enfermedad neurodegenerativa que produce muerte neuronal y provoca disfunción cerebral, es la causa más común de demencia en adultos mayores a nivel mundial, los pacientes que presentan deterioro cognitivo leve tienen tendencia a desarrollar Alzheimer (53)
- Demencia por cuerpos de Lewy: Enfermedad degenerativa producida por la acumulación anormal de la proteína alfa sinucleína en los cuerpos de Lewy, segunda causa más frecuente de demencia, se caracteriza por alteraciones cognitivas, alucinaciones visuales, síndrome parkinsoniano primario, trastornos a nivel atencional y ejecutivo (53).
- Demencia vascular: Se produce por cambios en el flujo de sangre en el cerebro en enfermedades como derrame cerebral o arterioesclerosis, se considera demencia de rápida evolución (53)
- Demencia frontotemporal: Fue descrito por neurólogo Arnold Pick, abarca un conjunto de síndromes degenerativos de los lóbulos cerebrales frontal y temporal que hacen evidentes el deterioro de la personalidad, conducta social y la cognición (54).

- Demencia mixta: Es la combinación patogénica o enfermedades neurodegenerativas de al menos dos tipos de diferentes demencias, sin embargo la más predominante es la combinación entre la enfermedad de Alzheimer con la demencia vascular donde existe mayor producción de proteínas TAU y la Beta amiloide que provocan Alzheimer y al mismo tiempo hay daños en los vasos sanguíneos que provocan micro infartos (55).

Otros tipos de demencia

- Infeccioso: Por infecciones producidas por bacterias o virus como la encefalitis.
- Traumático: Por accidentes que dejan diversos grados de secuelas.
- Tóxico: El alcoholismo produce deterioro cognitivo progresivo, el consumo de medicamentos sedantes y benzodiacepinas en exceso produce confusión y deterioro rápido, así mismo la intoxicación por monóxido de carbono y el abuso de drogas producen deterioro cognitivo.
- Autoinmune: Por el ataque del propio organismo al sistema nervioso central en enfermedades como: encefalitis límbica, de tronco, cerebelitis.
- Metabólico: Por disfunción renal y hepática, así mismo por fallos en la producción de hormonas tiroideas o déficit vitamínicos.
- Neoplásico: Por tumores en el sistema nervioso central o metástasis de cáncer de pulmón, mama, melanoma o prostática, produciendo demencia rápidamente evolutiva (53).

Síndrome de confusión agudo o delirium:

Se produce por la disfunción global de la corteza cerebral y es de aparición brusca, el adulto mayor presenta alteraciones cognitivas y desorganización del pensamiento, así mismo agitación y apatía, es potencialmente reversible. El comienzo agudo y el curso fluctuante son fundamentales para diferenciar el síndrome confusional agudo de otras alteraciones relacionadas con deterioro cognitivo como la demencia, que a diferencia del SCA es lento y de curso sostenido (56).

2.2.10 Grados de deterioro cognitivo

- **Leve:** Se produce la reducción discreta en el funcionamiento de áreas que no interfieren de manera significativa en el desarrollo de actividades cotidianas,

tampoco generan incapacidad social ni laboral. En el proceso de envejecimiento cerebral las personas pueden experimentar deterioro cognitivo leve (20).

- **Moderado:** Se refiere a la pérdida de habilidades sociales y comunicativas, se produce sedentarismo y aislamiento, la persona pierde la percepción de su entorno, no recuerda hechos del pasado y evade la situación actual (20).
- **Severo:** La persona se encuentra desconectada de su entorno, ha perdido las habilidades para realizar actividades de la vida diaria, se encuentra aislada de la sociedad y requiere de un cuidado de especialistas permanente (20).

2.2.11 Envejecimiento cognitivo

Es parte del envejecimiento mas no una enfermedad, las neuronas permanecen relativamente estables sin embargo el funcionamiento neuronal puede decaer. Este proceso comienza con el nacimiento y continúa a través de la vida, existe gran variabilidad de acuerdo a la persona y cambia a medida que envejece afectando su independencia y la capacidad de participación en actividades cotidianas aumentando el aislamiento de identidad (57).

2.2.12 Teorías del envejecimiento cognitivo

- **Enlentecimiento:** Declinación en el desempeño cognitivo o velocidad de transmisión neural, se indica que el desempeño es mejor en jóvenes que en adultos mayores, sin embargo, en tiempo de lectura es más alto en adultos mayores que en jóvenes, por lo tanto, la velocidad motora y perceptiva comparte mucha varianza y se asocia a la edad. Se considera que el enlentecimiento es un signo que indica alteraciones en el sistema nervioso, es una característica del deterioro cognitivo que se produce en el envejecimiento (58).
- **Déficit inhibitorio:** Indica que el envejecimiento debilita los procesos inhibitorios que regula la atención de la memoria operativa, afecta una amplia gama de actuaciones como la comprensión y o producción del lenguaje. Según esta teoría la memoria activa, procesa datos y filtra los contenidos para evitar interferencia y confusión, por ello se operan dos funciones como: función de acceso que restringe el ingreso de información irrelevante a la memoria operativa; la función de supresión que elimina la información que ha dejado de

ser útil o a la que pertenecía al estado de latencia y como finalidad no ha sido utilizada, a nivel de adultos mayores esto se ve afectado por factores distractores (59)

- **Disminución de la capacidad de la memoria operativa:** Esta teoría explica que como consecuencia del envejecimiento la memoria operativa ha sido entendida como un sistema de memoria de recursos limitados, al mismo tiempo tiene la capacidad de almacenar y manipular información, de esta forma se predice la disminución de habilidades para el procesamiento sintáctico (59).
- **Déficit de transmisión:** Se basa en un modelo conexionista que está organizado en subsistema fonológico y semántico, los cambios cognitivos en el envejecimiento debilitan las conexiones de la memoria y conexiones fonológicas que son singulares y vulnerables a los déficit de transmisión incitando a una falla fonológica al momento de pronunciar alguna palabra (59).
- **Déficit sensorio-perceptivo:** La declinación de los procesos sensoriales y perceptivos están asociados al envejecimiento por lo general en la audición y visión, como consecuencia de esa falla se produce un daño en el proceso de selección léxica. Por otro lado, las declinaciones en los procesos de percepción influyen de manera drástica en la comprensión y producción del lenguaje (59).
- **Modelo de procesamiento autorregulado de lenguaje:** La autorregulación es la habilidad para monitorear y controlar los propios procesos cognitivos como el conocimiento, memoria, aprendizaje, comprensión de lenguaje y logro de objetivos. El componente más importante es la percepción personal del individuo sobre sus propias capacidades, sin embargo la carencia de esta capacidad es frecuente en los adultos mayores (59).

2.2.13 Evaluación del deterioro cognitivo en el adulto mayor

Es necesario la identificación de aspectos como dificultad para aprender y retener información, dificultad al realizar tareas que implican planificaciones, capacidad de razonamiento, orientación, lenguaje, comportamiento.

Según el instrumento Mini mental State Examination (MMSE) se consideran 5 dimensiones y 11 categorías o áreas de evaluación:

- Orientación temporal: Se evalúa mediante interrogatorios sencillos del tiempo como el año, épocas del año, mes, día en el que nos encontramos en ese momento (60).
- Orientación espacial: Se valora mediante preguntas sencillas acerca de coordenadas espaciales como país, ciudad, pueblo, establecimiento y piso donde se encuentra el adulto mayor (60).
- Fijación: También denominado recuerdo inmediato, se examina la capacidad para retener palabras no relacionadas a corto plazo (60).
- Atención y calculo: Evaluación de la capacidad para realizar operaciones matemáticas básicas y deletreo de palabras (60).
- Memoria: Evalúa la capacidad para recordar palabras a corto plazo, va conjuntamente con la capacidad de fijación (60).
- Nominación: Evalúa la capacidad de identificar objetos y nombrarlos (60).
- Repetición: Valoración de la capacidad para repetir con claridad y determinación una frase complicada (60).
- Comprensión: Se evalúa la capacidad de atender, comprender y ejecutar una orden compleja en tres pasos (60).
- Lectura: Esta categoría evalúa la capacidad de leer y comprender una frase u oración sencilla (60).
- Escritura: Evalúa la capacidad de escribir una frase u oración coherente (60).
- Dibujo: Mediante esta categoría se evalúa la capacidad visoespacial para reproducir figuras geométricas o un dibujo antes mostrado (60).

Algunas veces las causas de deterioro cognitivo se relacionan con enfermedades, por esta razón es importante realizar la exploración física en la que se podrá evaluar aspectos como nivel de atención, colaboración, evaluación de sentidos principalmente la audición y visión, así como también se debe evaluar el tono muscular y movimientos anormales, reflejos, anormalidades en la marcha o postura que podrían indicar patologías cerebrales o vasculares (61).

2.2.14 Instrumentos de evaluación de deterioro cognitivo en el adulto mayor

- **Test Mini Mental State Examination (MMSE):** También conocida en español como Mini Examen del Estado Mental, evalúa el estado mental para medir grados de deterioro cognitivo en poblaciones como adultos mayores, está

diseñado para descartar o confirmar deterioro cognitivo de forma rápida y estandarizada, consta de 30 ítems (62).

- **Cuestionario PFEIFFER:** Valora funciones como: Orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo. Es un instrumento que fue desarrollado por Pfeiffer en año 1975 y es de aplicación rápida, no requiere una preparación especial. Consta de 10 ítems, es breve, objetiva, cuantitativa y útil netamente para adultos mayores (63).
- **Test de reloj:** Evalúa la salud cognitiva del adulto mayor, es la más reconocida y utilizada por neurólogos y psiquiatras, mide el deterioro cognitivo y funcional, consiste en una prueba rápida que evalúa a nivel neuropsicológico, este tipo de prueba es más utilizada en ámbito médico y clínico (64).

2.2.15 Calidad de vida

Es resultado de la interacción constante de factores económicos, sociales, necesidades individuales, libertad emocional, entornos ecológicos y condiciones de salud - enfermedad de forma individual y social (65).

Para la OMS es la percepción que tiene una persona de su lugar de vivencia, contexto, cultura y sistema de valores con el que vive en relación a sus metas, normas y sus preocupaciones, por ello la calidad de vida combina elementos objetivos y subjetivos del bienestar social que están basadas en las experiencias individuales y sociales (8).

Definición de calidad de vida según autores:

- Ferrans (1990), es el bienestar personal procedente de la satisfacción o insatisfacción en forma general (66)
- Hornquist (1982), es la satisfacción de necesidades en los aspectos físicos, psicológico, social y de actividades materiales y estructurales (66).
- Lawton (2001), evaluación multidimensional que considera criterios intrapersonales y socio-normativos, puede ser de sistema personal o ambiental (66).
- Haas (1999), evaluación multidimensional de circunstancias individuales de vida en contexto cultural (66).

- Calman (1987), define como satisfacción, alegría, realización y habilidad de afrontar, esperanza, expectativas, experiencia individual (66).

La calidad de vida está conformada por una serie de aspectos los cuales son:

- **Objetivos:** Tiene que ver con las condiciones materiales del adulto mayor como vivienda, alimentación, nivel de ingreso, vestimenta y seguridad, ya que son parte de los derechos de las necesidades básicas de cada persona (67).
- **Subjetivos:** Los elementos psíquicos como autoestima, autoconcepto, expresión emocional, intimidad y la salud que perciben, son esenciales para cada persona, se construye a partir de una apreciación y valoración de sí mismos como un proyecto de vida y su lugar en el mundo (67)
- **Sociales:** Este tipo de aspectos más se integran por la políticas públicas, programas sociales, servicios institucionales, entre otros servicios que son proporcionados por el gobierno mediante instituciones para satisfacer de manera integral las diversas necesidades de los adultos mayores (67).

2.2.16 Calidad de vida relacionado con la salud

Conjunto de múltiples componentes asociados a la calidad de vida que influyen en la salud en forma directa o indirecta. Estos aspectos pueden incluir síntomas de enfermedad, reacciones adversas a medicamentos, grado de satisfacción después de un tratamiento, función física y bienestar, función social y satisfacción con la vida, salud mental, bienestar emocional y funcionamiento cognitivo. Evalúa subjetivamente las situaciones que modifica los cuidados, el estado de salud actual y promoción de la salud sobre la capacidad de un individuo para conservar su funcionamiento y permitir el desarrollo de sus actividades esenciales generando el bienestar de la persona (68).

También se define como el grado de satisfacción que tiene una persona sobre su estado físico, emocional, vida familiar y amorosa, así como el sentido que le da a su vida, este concepto es subjetivo y multidimensional (69).

2.2.17 Dimensiones de la calidad de vida en salud

Según el instrumento SF – 36 se considera lo siguiente:

- **Función física:** Grado de limitación de la salud física sobre actividades como caminar, subir escaleras, levantar objetivos o hacer algún esfuerzo (70).
- **Rol físico:** Medida en que la salud física interfiere en el trabajo y actividades cotidianas lo que implica bajo rendimiento, limitación y dificultad en la realización de actividades de distintos tipos (70).
- **Dolor corporal:** La intensidad del dolor y su efecto en el trabajo habitual, tanto fuera como dentro de su domicilio (70).
- **Salud general:** Evaluación personal de la situación de salud personal actual y percepción sobre el futuro, así como la resistencia a padecer enfermedades (70).
- **Vitalidad:** Es la sensación de vitalidad y energía en contraposición al sentimiento de fatiga y desgaste (70).
- **Función social:** Grado en que la vida social normal de la persona se ve afectado por problemas de salud física o emocional (70).
- **Rol emocional:** Grado en que las situaciones que implican emociones interfieren en las actividades cotidianas (70).
- **Salud mental:** Implica el estudio de enfermedades mentales tales como depresión, ansiedad, control de la conducta o estado de bienestar general (70).

2.2.18 Teoría de las necesidades de Maslow

El ser humano tiende a satisfacer un conjunto de necesidades estructuradas en distintos niveles, que comienzan por las más esenciales y progresan hacia el logro de su realización personal y crecimiento integral. Maslow considera lo siguiente:

- **Necesidades fisiológicas:** Refleja al ser humano en su dimensión biológica y están vinculadas con la preservación de la vida, incluyendo aspectos como la alimentación, descanso, salud y actividad física.
- **Necesidades de seguridad:** Está relacionada con el deseo de sentirse protegido y seguro, incluye elementos como vivienda adecuada, mantener una salud optima y vivir en un entorno libre de riesgos.
- **Necesidad de pertenencia-social:** Es el establecimiento de vínculos interpersonales armoniosos donde debe prevalecer el afecto, amor, compañía y el intercambio emocional a través de relaciones cercanas con familia y amigos.

- **Necesidad de estima-reconocimiento:** Implica la percepción de sí mismo como valiosa y merecedora de respeto, abarca aspectos como autoestima, autonomía, independencia y la capacidad de ejercer control sobre su propia vida.
- **Necesidad de autorrealización:** Se refiere al deseo de alcanzar el desarrollo pleno como persona lo que implica encontrar un propósito en la vida y sentir que contribuye de manera significativa al entorno y a los demás (71).

2.2.19 Teoría del déficit de autocuidado

Fue desarrollada por Dorothea Orem, considera al ser humano de manera integral ubicando el cuidado básico como el eje central para lograr que la persona viva feliz y por mucho más tiempo, en este enfoque el objetivo de los cuidados es favorecer la calidad de vida entendida como el bienestar físico, psicológico y social del individuo. La teoría se basa en la premisa de que todas las personas tienen la capacidad y necesidad de cuidar de sí mismos y que enfermería interviene cuando esta capacidad está comprometida (72).

Esta teoría es relevante para el cuidado de los adultos mayores debido a que en esta etapa desarrollan limitaciones físicas, cognitivas y emocionales producto del envejecimiento afectando su capacidad para cuidar de si mismos. En este grupo poblacional el déficit de autocuidado suele estar relacionado con factores como enfermedades crónicas, deterioro cognitivo, limitaciones económicas o falta de apoyo social y puede manifestarse en diversas áreas:

- Nutrición: dificultades para preparar alimentos adecuados o mantener una dieta equilibrada
- Higiene personal: problemas para realizar actividades como bañarse o vestirse debido a limitaciones físicas.
- Movilidad: reducción en la capacidad para desplazarse, lo que puede llevar al aislamiento social.
- Manejo de la salud: dificultades para adherirse a tratamientos médicos o gestionar enfermedades crónicas.

Metaparadigmas:

- **Persona:** considerado como un ser racional y biológico dotado de pensamiento, dinámico, con la habilidad de conocerse a sí mismo, reflexionar sobre sus vivencias y tomar decisiones orientadas al autocuidado.
- **Salud:** se entiende como la integridad física, estructural y funcional del ser humano, así como la percepción subjetiva de bienestar, la salud implica la ausencia de condiciones que pueden deteriorar la funcionalidad o la integridad del individuo.
- **Enfermería:** se define como un servicio humano que se ofrece cuando la persona no puede satisfacer sus propias necesidades de cuidado por diferentes motivos, su propósito es conservar la salud, preservar la vida y el bienestar (72).

Componentes del déficit de autocuidado como teoría general:

- **Teoría del autocuidado:** el autocuidado es una conducta aprendida y orientada a metas que se manifiesta en contextos concretos de la vida cotidiana, esta práctica puede dirigirse hacia uno mismo, otras personas o hacia el entorno con el objetivo de regular los factores que inciden en el desarrollo, la funcionalidad y salud del individuo.
- **Teoría del déficit de autocuidado:** representa el núcleo del modelo y describe la relación entre la capacidad de acción del individuo para generar su propio autocuidado y las demandas de cuidado terapéutico o acciones necesarias para cubrir estos requerimientos, cuando la capacidad de la persona no es la adecuada para afrontar la demanda surge el déficit de autocuidado.
- **Teoría de los sistemas de enfermería:** Propone que cuando las necesidades del autocuidado supera las capacidades del individuo es necesaria la intervención de enfermería organizadas en 3 tipos de sistemas (72).
 - Completamente compensatorio: cuando el adulto mayor no puede realizar ninguna acción por sí mismo, el profesional de enfermería asume el cuidado en su totalidad, por ejemplo: adulto mayor con demencia o postrado.
 - Parcialmente compensatorio: el adulto mayor conserva cierta capacidad para realizar actividades por sí mismo, pero requiere la asistencia del

profesional de enfermería en aquellas que no puede llevar a cabo de manera independiente, por ejemplo: adulto mayor con movilidad reducida que necesita ayuda para bañarse, pero es capaz de alimentarse por sí solo.

- **Apoyo educación:** el adulto mayor puede cuidar de sí mismo, pero necesita orientación o enseñanza, en este caso el profesional de enfermería enseña a realizar actividades de autocuidado, por ejemplo: adulto mayor que necesita aprender a manejar su diabetes o hipertensión arterial.

Esta teoría plantea la promoción de la máxima independencia posible, en adultos mayores estimula la autonomía adaptando actividades según sus capacidades, así mismo resalta la importancia del autocuidado como estrategia preventiva orientada a reducir el riesgo de caídas, complicaciones asociadas a enfermedades crónicas y hospitalizaciones evitables.

2.2.20 Calidad de vida en el envejecimiento

Según Vera, es producto de la interrelación de características para la subsistencia humana estos son: alimentación, vivienda, vestido, libertad y educación, cada uno de estos puntos aporta de manera diferente para un estado de bienestar óptimo. Considerando el curso del envejecimiento, la adaptación del anciano a su entorno biológico y psicosocial es variable y se manifiesta de manera individual y única ya que está condicionada por múltiples factores que inciden en su salud física y en sus funciones cognitivas. Esta adaptación puede generar sentimientos de temor al abandono, aumento de la dependencia e incluso angustia ante la idea de la muerte, a su vez la calidad de vida en el anciano se produce progresivamente por medio de la adquisición de conocimientos a partir de relaciones sociales, de esta forma el adulto mayor podrá experimentar la vejez de forma positiva o como una fase de decaimiento funcional y apartamiento social (73).

2.2.21 Escalas de evaluación de calidad de vida en el adulto mayor

- **Escala GENCAT:** Utilizada en usuarios de programas sociales y de ayuda para evaluar la calidad de vida, tiene 69 ítems para ocho dimensiones y se basa en la observación de la persona. La construcción y validación de esta escala se ha llevado a partir de modelo multidimensional, ha sido utilizado en múltiples estudios donde se midió la calidad de vida de los adultos mayores (74).

- **Escala FUMAT:** Tiene la finalidad de evaluar la calidad de vida en personas mayores de 50 años y con discapacidad a partir de 18 años que deben ser usuarios de servicios sociales (75).
- **World Health Organization Quality of Life Questionnaire (WHOQOL):** Instrumento que evalúa la percepción subjetiva del individuo con respecto a la calidad de vida. Este instrumento tiene dos versiones el WHOQOL – 100: World Health compuesto por cien interrogantes y seis dimensiones; el WHOQOL – BREF: World Health con 26 preguntas y 4 dimensiones, utilizado para evaluar la percepción de la calidad de vida en adultos mayores (76).
- **Escala SF – 36:** Evalúa la calidad de vida relacionada con la salud tanto en población general como en subgrupos específicos así mismo contrasta cargas en distintas enfermedades y detecta beneficios en la salud debido a tratamientos, también sirve para evaluar la situación y estado de la salud de pacientes en forma individual. Este instrumento cuenta con 36 ítems divididos en 8 dimensiones (70).

2.3 Definición de términos

Deterioro cognitivo: Es un síndrome que se caracteriza por la disminución y pérdida de funciones cognitivas que dependen de agentes fisiológicos y ambientales (77).

Cognición: Es la capacidad de obtener información del entorno, procesar, interpretar y dar un significado. En este sentido los procesos cognitivos dependen tanto de las capacidades sensoriales como del sistema nervioso central (78).

Calidad de vida: Conjunto de factores que favorecen una vida placentera y significativa o el nivel de felicidad o satisfacción experimentado por una persona particularmente en lo relacionado con la salud y sus diferentes aspectos (79).

Salud: Condición de bienestar integral que abarca los aspectos físicos, mental y social (80).

2.4 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	CATEGORÍA	ESCALA
Grado de deterioro cognitivo	Síndrome clínico determinado por la reducción y posterior ausencia de funciones cognitivas y mentales en sus diferentes dominios conductuales y neuropsicológico	- Orientación temporal - Orientación espacial - Fijación - Cálculo y atención - Memoria - Lenguaje y construcción	- Día, semana, mes, época del año - País, provincia, ciudad, lugar - Nombrar objetos - Cálculo de operaciones: resta - Deletreo - Repetir listas de objetos - Descripción de objetos - Repetir palabras - Obedecer órdenes	Test Mini Mental State Examination - 27 – 30 sin deterioro - 21 – 26 deterioro cognitivo leve - 11 – 20 deterioro cognitivo moderado - Menor a 10 deterioro cognitivo severo	Ordinal
Calidad de vida	Es producto de la interrelación de las características para la presencia humana, cada una contribuye de forma diferenciada al logro y sostenimiento de un estado de bienestar integral para una mejor satisfacción de sus necesidades del adulto mayor de tal forma que viva en paz y armonía.	- Función física - Rol físico	- Esfuerzos intensos - Esfuerzos moderados - Coger o llevar objetos - Subir varios pisos - Subir un piso - Agacharse, arrodillarse - Caminar 1km - Caminar varias manzanas - Caminar una manzana - Bañarse y vestirse solos - Reducción de tiempo - Actividades no deseadas	Cuestionario de salud SF – 36 - De 68 – 100 buena calidad de vida - De 67 – 34 Regular calidad de vida - De 0 – 33 mala calidad de vida	Ordinal

		- Dolor corporal - Salud general - Vitalidad - Función social - Rol emocional - Salud mental	- Tareas pendientes - Existencia de dificultad - Aparición de dolor - Interferencia en las actividades - Salud en general - Frecuencia de enfermedades - Sensación de estar sano - Salud deteriorada - Salud excelente - Lleno de vitalidad - Nivel de energía - Sensación de agotamiento - Sensación de cansancio - Social-intensidad - Social-frecuencia - Reducción de actividades - Sensación de no querer desarrollar actividades - Nivel de cuidado - Nervioso - Bajo de moral - Calmado - Desanimado - Feliz		
Características sociodemográficas	Características biológicas, sociales, culturales que se		- Sexo	- Masculino - Femenino	Nominal

	encuentran presentes en todos los adultos mayores atendidos en el centro de salud de Ttio.		- Edad	- 60 a 74 años - 75 a 90 años - Mayores de 90 años	Intervalar
			- Procedencia	- Cusco - Provincias de cusco - Otros	Nominal
			- Grado de instrucción	- Sin instrucción - Primaria - Secundaria - Superior	Ordinal
			- Ocupación	- Trabaja - Trabaja eventualmente - No trabaja	Nominal
			- Vive con:	- Solo (a) - Conyugue, pareja y/o hijos - Otros	Nominal
			- Viene al centro de salud con:	- Solo (a) - Acompañado (a)	Nominal

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Tipo de estudio

- **Descriptivo**, permitió describir las variables deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.
- **Correlacional**, estableció la relación entre las variables de estudio: deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.
- **Transversal**, el instrumento se aplicó en un solo momento y tiempo determinado a los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

3.2 Unidad de análisis

Adulto mayor que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024, con SIS vigente.

3.3 Población

Para la presente investigación la población estuvo conformada por todos los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, cuyo SIS se encuentra vigente, siendo un total de 935 de acuerdo con los registros estadísticos del Centro de Salud de Ttio.

3.4 Muestra

El muestro fue probabilístico y se calculó por la fórmula de poblaciones finitas obteniendo como resultado 272 adultos mayores:

$$n = \frac{Z^2 * N * p * q}{E^2(N - 1) + Z^2 * p * q}$$
$$n = \frac{(1.96)^2 * 935 * 0.5 * 0.5}{(0.05)^2(935 - 1) + (1.96)^2 * 0.5 * 0.5}$$
$$n = \frac{3.84 * 935 * 0.25}{0.0025 (934) + 3.84 * 0.25}$$

$$n = \frac{897.6}{2.335 + 0.96}$$

$$n = \frac{897.6}{3.295} = 272.4 = 272$$

Donde:

n = tamaño de muestra

N = tamaño de la población = 935

Z = nivel de confianza para un IC 95% = 1.96

p = probabilidad de éxito = 0.5

q = probabilidad de fracaso = 0.5

E = error aceptable de 5% = 0.05

3.5 Criterios de selección

- Inclusión:

Adultos mayores

- De 60 años a más que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio con SIS vigente.
- Que desean participar voluntariamente del estudio
- Que sepan leer y escribir, al menos de forma sencilla.

- Exclusión:

Adultos mayores

- Con patologías como: demencia delirium, depresión, enfermedad de Parkinson, atrofia muscular y espinal. Otras enfermedades neurodegenerativas diagnosticadas.
- Con medicación que altere el estado de conciencia.
- No saben leer ni escribir.
- No desean participar en el estudio.

3.6 Técnicas e instrumentos

3.6.1 Técnicas:

- **Encuesta:** Sirvió para recaudar información completa y específica de la persona entrevistada.
- **Entrevista:** Permitió obtener datos más detallados del adulto mayor como la edad, donde vive, con quien vive y a que se dedica, etc.
- **Observación:** Sirvió para obtener información completa, clara y detallada mediante la visualización.

3.6.2 Instrumentos

Instrumento Mini Mental State Examination (MMSE)

El Mini Examen del Estado Mental (MMSE) ha sido construida por Folstein y McHugh en el año 1975, es una herramienta que se puede utilizar para sistematizar y evaluar minuciosamente el estado mental (62).

El objetivo de este instrumento es medir el deterioro cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Ttio, el MMSE se caracteriza por evaluar un déficit cognitivo múltiple que puede interferir en diferentes niveles de la actividad del individuo, este instrumento está construido con un total de 30 Ítems dicotómicos agrupados en 11 categorías y 5 dimensiones que miden el rendimiento en orientación, fijación, memoria, atención y cálculo, lenguaje y construcción

- Orientación: cuenta con 10 ítems
 - Orientación temporal: 5 ítems
 - Orientación espacial: 5 ítems
- Fijación: cuenta con 3 ítems
- Cálculo y atención: cuenta con 5 ítems
- Memoria: cuenta con 3 ítems
- Lenguaje y construcción: cuenta con 9 ítems

La prueba se encuentra limitada si el adulto mayor presenta:

- Estado de depresión
- Consumo de algún fármaco
- Presencia de algún tipo de problema metabólico
- Deprivación de tipo ambiental

- Casos de alcoholismo
- Algunas infecciones como la encefalitis
- Problemas nutricionales como los bajos niveles de vitaminas B6 y B12
- Presencia de hemorragia subaracnoidea
- Minusvalía (81).

Para la calificación de instrumento otorgar un punto en caso la respuesta sea correcta, esto se aplica en todos los ítems, el adulto mayor podrá obtener un máximo de 30 puntos. Luego de obtener los resultados el test se interpreta de la siguiente manera:

- De 27 a 30 puntos: no presenta deterioro cognitivo
- De 21 a 26 puntos: deterioro cognitivo leve
- De 11 a 20 puntos: deterioro cognitivo moderado
- Menor a 10 puntos: deterioro cognitivo severo.(82)

Interpretación del resultado considerando la escolaridad y edad del adulto mayor:

En el caso de que el test haya sido aplicado en adultos mayores que saben leer y escribir de forma sencilla o tienen un bajo nivel de escolaridad, se realiza la corrección del puntaje obtenido inicialmente tomando en cuenta el nivel de su escolaridad y la edad como se detalla a continuación:

Cuadro Nro. 01: Puntaje según escolaridad y edad

ESCOLARIDAD	MENOR O IGUAL A 75 AÑOS	MAYOR O IGUAL A 75 AÑOS
Menor o igual a 8 años	+1	+ 2
De 9 a 17 años	0	+1
Mayor a 17 años	-1	0

Fuente: Manual de uso MMSE (83).

La escolaridad hace referencia a la edad en que finalizó sus estudios, no a los años que fue al colegio, en estos casos se considera la puntuación total y se suma o resta los valores indicados en la tabla tomando en cuenta la edad y el nivel de estudios o escolaridad de la persona adulta mayor, finalmente se procede a comparar este resultado con las puntuaciones de referencia (83).

Cuestionario Short-Form Health Survey (SF-36):

El objetivo de este instrumento es medir la calidad de vida de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Ttío, puede ser autoadministrado, a través de una llamada telefónica o en una entrevista.

El instrumento cuenta con un total de 36 ítems distribuidos de la siguiente manera:

- Función física: 10 ítems
- Rol físico: 4 ítems
- Dolor corporal: 2 ítems
- Salud general: 5 ítems
- Vitalidad: 4 ítems
- Función social: 2 ítems
- Rol emocional: 3 ítems
- Salud mental: 5 ítems

Adicionalmente, el instrumento incorpora un ítem de transición que explora la percepción del cambio en el estado general de salud en comparación con el año anterior. Si bien este ítem no se considera en el cálculo de las puntuaciones de las escalas sin embargo proporciona información relevante sobre la evolución subjetiva de la salud durante el periodo previo a la aplicación del SF-36.

Para la calificación del instrumento es necesario conocer las puntuaciones de las escalas crudas y las dimensiones máximas, existiendo un valor respectivamente para cada dimensión. Seguidamente se debe transformar las puntuaciones obtenidas en una escala valorativa que va desde cero hasta cien, mediante la siguiente fórmula.

$$\text{Escala transformada} = \frac{\text{Puntuación cruda} - \text{Puntuación cruda más baja posible}}{\text{Máximo recorrido posible de la puntuación cruda}} \times 100$$

Los valores necesarios a conocer se detallan en el siguiente cuadro:

Cuadro Nro. 02: Puntuaciones de escalas crudas y distancias máximas.

Escala	Suma final de los valores de los ítems	Puntuación cruda mínima y máxima posible	Máximo recorrido posible de la puntuación cruda
Función física	3a+3b+3c+ed+3e+3f+3g+3h+3i+3j	10,30	20
Rol físico	4a+4b+4c+4d	4,8	4
Dolor corporal	7+8	1,12	10
Salud general	1+11a+11b+11c+1d	5,25	20
Vitalidad	9a+9e+9g+9i	4,24	20
Función social	6+10	2,10	8
Rol emocional	5a+5b+5c	3,6	3
Salud mental	9b+9c+9d+9f+9h	5,30	25

Fuente: Manual de uso de instrumento SF-36 (84).

La interpretación, posterior a la calificación de los ítems se da a conocer en una escala desde 0 (ninguna dificultad) hasta 100 (dificultad extrema).

El instrumento se interpreta de la siguiente manera:

- Buena calidad de vida: de 100 a 67 puntos
- Regular calidad de vida: de 67 a 34 puntos
- Mala calidad de vida: de 33 a 0 puntos (70).

3.7 Validez

La validez del test “Mini Mental State Examination (MMSE)” ha sido calculada sobre la base de las correlaciones encontradas por The Cambridge Mental Disorders of Elderly Examination (CAMCOG) para encontrar correlaciones positivas entre los puntajes de ambas escalas ya que miden dimensiones similares. Efectivamente el puntaje total de MMSE estuvo positivamente correlacionado con el puntaje total en el CAMCOG ($r = 0.40$, $p < .001$)(85).

El instrumento “Cuestionario Short-Form Health Survey (SF-36)” ha sido elaborado por Alonso, Anto y Prieto en 1995 y validado en Perú por Bernabé E. y Salazar F. en el año 2012. Este instrumento es de gran utilidad para evaluar la calidad de vida

relacionado con la salud en población general y diferentes subgrupos, también sirve para realizar comparaciones de cargas producidas por diferentes enfermedades, descubrir beneficios para la salud a partir de diferentes tratamientos y valorar en forma individual el estado de salud (86).

En el Perú, el instrumento se utilizó en múltiples estudios relacionado con la salud y en diferentes grupos etarios para medir la calidad de vida relacionado con la salud, por lo tanto, para el presente estudio el SF – 36 se considera como un instrumento útil y valido.

3.8 Confiabilidad

La confiabilidad del test “Mini Mental State Examination (MMSE)” como prueba total presenta una correlación por coeficiente de Pearson con un valor de 0.887 donde indica que en las pruebas realizadas el coeficiente de Rho de Spearman no varía significativamente, tiene coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach 0.72 indicando que todas las correlaciones ítem – total superaron el 0.30 por ende no se observaron ítems que podrían variar la confiabilidad del test. Estos resultados confirman que el MMSE es un instrumento confiable para medir el grado de deterioro (85,87)

La confiabilidad del “Cuestionario Shor-Form Health Survey (SF-36)” presenta un coeficiente de alfa de Cronbach con valores que oscilan entre 0.74 a 0.93, por tanto el instrumento SF – 36 es confiable para evaluar la calidad de vida de los adultos mayores, conforme a los criterios de evaluaciones del instrumento del Medical Outcome Trist 16, donde se recolectó los datos de fiabilidad para un test y retest para el alfa de Cronbach se estableció el valor de 0.7 como punto de corte mínimo para realizar comparación de ambos grupos y 0.9 para comparaciones individuales, por lo tanto para la presente investigación el instrumento es confiable (88).

3.9 Recolección de datos

Se realizó de la siguiente manera:

- Se solicitó los permisos necesarios a la Escuela Profesional de Enfermería
- Se solicitó permiso al Centro de Salud de Ttio para acceder a información acerca de adultos mayores de 60 años a más que son atendidos en este centro de salud.

- Una vez obtenida la información se procedió a ubicar a los adultos mayores en las instalaciones del Centro de Salud de Ttio.
- Antes de la aplicación de los instrumentos se informó sobre los objetivos de la investigación de tal forma que los evaluados aceptaron y confirmaron su participación.
- Se aplicaron los instrumentos cuando el adulto mayor estuvo disponible y en condiciones de responder a las preguntas.
- El primer test que se aplicó fue el Mini Mental State Examination. De acuerdo con el puntaje obtenido se determinó la modalidad de aplicación del instrumento SF-36: si el puntaje fue igual o superior a 21 puntos, el cuestionario fue autoadministrado; en cambio, si fue inferior a 21 puntos, se aplicó mediante entrevista.
- Se observó a cada adulto mayor la actividad o ejercicio que realizó, la actitud, el movimiento y el comportamiento que presentó durante la aplicación de los instrumentos de tal forma se obtuvo una mejor información.

3.10 Plan de análisis de datos

La información obtenida fue sistematizada en el programa Excel posteriormente introducida en el software estadístico SPSS versión 26, luego se relacionaron las variables para obtener los resultados en forma didáctica, los resultados fueron expresados en tablas con ayuda de la estadística descriptiva, estadística no paramétrica y el coeficiente de correlación de Rho de Spearman.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS DE LA INVESTIGACIÓN

Tabla 1

Características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Características	Categorías	Total	
		n = 272	(%) = 100
Sexo	Masculino	90	33,1
	Femenino	182	66,9
Edad	60 – 74	161	59,2
	75 – 89	103	37,9
	90 a mas	8	2,9
Lugar de procedencia	Cusco	168	61,8
	Provincias de Cusco	60	22,1
	Otros	44	16,2
Grado de instrucción	Sin estudios	22	8,1
	Primaria	101	37,1
	Secundaria	95	34,9
	Superior	54	19,9
Situación laboral	Trabaja	14	5,1
	Trabaja eventualmente	35	12,9
	No trabaja	223	82,0
Vive con:	Solo (a)	95	35,0
	Pareja y/o hijos, nietos	30	11,0
	Otros familiares	147	54,0
Viene a centro salud con:	Solo (a)	180	66,2
	Acompañado (a)	92	33,8

Fuente: Ficha de recolección de datos

Análisis e interpretación

La tabla 1 muestra las características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024, se observa que el 66.9% son mujeres y el 33,1% varones, respecto a la edad el 59,2% tiene de 60 a 74 años, un 37,9% de 75 a 89 años y el 2,9% tienen 90 años a más. En cuanto al lugar de procedencia, el 61,8% provienen de la ciudad del Cusco, un 22,1% de provincias de Cusco y el 16,2% de otros departamentos incluso del extranjero. En relación con el

grado de instrucción, el 37,1% tienen estudios primarios, el 34,9% secundarios, un 19,9% educación superior y el 8,1% sin grado de instrucción, respecto a la situación laboral, el 82% no trabaja, el 12,9% trabaja eventualmente y solo el 5,1% trabajan. En cuanto a la convivencia el 35% viven solos, el 11% con pareja y/o hijos, nietos y 54% con otros familiares; con respecto a la compañía durante la atención en el Centro de Salud el 66,2% no cuentan con el acompañamiento de un familiar o cuidador es decir vienen solos, mientras que 33,8% asisten al Centro de Salud con la presencia de un familiar o cuidador.

Según hallazgos de Bazalar G. (24) el 60% de adultos mayores son de sexo femenino, coincidiendo con los resultados de Chuquipul P. (21) donde 70% son de sexo femenino, el mismo autor menciona que el 90% de adultos mayores tienen de 65 a 75 años dando a conocer que sus estudios coinciden con el informe de la OMS que indica que la esperanza de vida de las mujeres es de 79 años mientras que de los varones es de 74 años. En el estudio de Cáceres V. (29) se encontró que 46% de adultos mayores tienen estudios secundarios. 28,7% tienen estudios primarios y 23,5% estudios superiores, situación que se asemeja a los resultados obtenidos en la presente investigación, sin embargo, los resultados de Avalos M. (22) demostraron que 58,2% cuentan con estudios primarios. Así mismo el estudio de Human R. (30) demostró que 66% no cuentan con estudios, resaltando que la educación en décadas pasadas era poco accesible en zonas rurales por factores como la falta de economía y las largas distancias a los centros educativos, cabe resaltar que el manejo de las políticas educativas es deficiente en estos lugares. En la investigación de Diaz P. (17) se demostró que 67,5% de adultos mayores no trabajan, 20% trabajan de forma continua y 12,5% trabajan eventualmente, así mismo coincide con el estudio de Mormontoy A. (31) donde 17,8% trabajan, 29,1% trabajan eventualmente, 53,2% no trabajan, estos resultados reflejan que los adultos mayores en su mayoría ya no generan ingreso económicos, por haber cumplido con su vida laboral útil y por convertirse en personas poco productivas económicamente, por esta razón se encuentran realizando actividades de acuerdo a sus posibilidades, situación contraria se muestra en el estudio de Saputri N. (18) donde 43,2% todavía trabajan debido a la existencia de necesidades y abandono familiar. Diaz P. (17) manifiesta que 82,5% viven con familiares, 12,5% viven solos y 5% vive con algún conocido, de la misma forma en los resultados obtenidos por Carrión (26) se observa que 47,5% viven con

al menos un familiar, 22,6% viven con conocidos y 19,9% viven solos, estos resultados son semejantes a la presente investigación y revelan que convivir con un hijo o familiar no es sinónimo de calidad de vida puesto que aun viviendo en compañía algunos adultos mayores sufren abandono.

De los resultados obtenidos se infiere que gran parte de adultos mayores son de sexo femenino con edades que oscilan entre los 60 a 74 años, los mismos que reciben atención sin importar el lugar de procedencia a su vez gran porcentaje de adultos mayores concluyeron sus estudios primarios y secundarios, muchos de ellos continuaron con la educación superior determinando así, que la educación fue importante para estos pacientes. Así mismo la mayoría de adultos mayores no se encuentran trabajando, pero existe un pequeño porcentaje que se encuentran trabajando continua y eventualmente para mantenerse activos económicamente y subsistir. Finalmente, gran porcentaje de adultos mayores viven en compañía de familiares directos u otros familiares, sin embargo, asisten a recibir atención de salud solos, situación que refleja el abandono por parte de la familia.

Tabla 2

Grado de deterioro cognitivo de adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Total	
	n = 272	(%) = 100
Leve	190	69,9
Moderado	78	28,7
Severo	4	1,5

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 2 presenta el grado de deterioro cognitivo de adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, observándose que 69,9% presentan deterioro cognitivo leve, un 28,7% deterioro cognitivo moderado y 1.5% deterioro severo.

Estos hallazgos guardan relación con el estudio de Alvares L. (25) donde 43,5% presentan deterioro cognitivo leve, 40,7% sin deterioro, 9,3% deterioro moderado y 6,5% deterioro severo. Para Gómez N. (19) 54,5% tienen deterioro cognitivo leve demostrando que esta edad existen alteraciones de las funciones cognitivas tales como memoria, contracción, atención, orientación, lenguaje y comprensión que pueden interferir en las actividades del adulto mayor, así mismo refiere que la conservación de las funciones cognitivas depende del estilo de vida que lleva cada adulto mayor. El estudio de Poblete F. (15) revela que 88,8% presenta algún grado de deterioro y esto se debe al envejecimiento normal del individuo.

De los resultados obtenidos podemos inferir que el deterioro cognitivo en la mayoría de adultos mayores es leve debido a los cambios degenerativos a nivel del cerebro como parte del envejecimiento natural y a la poca actividad a nivel cognitivo, sin embargo, la existencia de deterioro cognitivo moderado podría indicar la presencia de enfermedades mentales y del sistema nervioso.

Tabla 3

Grado de deterioro cognitivo según dimensiones de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Dimensiones	Deterioro cognitivo							
	Leve		Moderado		Severo		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Orientación	57	21	89	32,7	126	46,3	272	100
Fijación	20	7,4	28	10,3	224	82,4	272	100
Atención y Calculo	20	7,4	28	10,3	224	82,4	272	100
Memoria	117	43	122	44,9	33	12,1	272	100
Lenguaje y construcción	117	43	122	44,9	33	12,1	272	100

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La Tabla 3 muestra el grado de deterioro cognitivo, según sus distintas dimensiones, en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, donde se observa que el 46,3 % presenta deterioro cognitivo severo en la dimensión de orientación, en las dimensiones fijación, atención y cálculo, el 82,4 % muestra deterioro cognitivo severo, asimismo, el 44,9 % presenta deterioro moderado en las dimensiones de memoria, lenguaje y construcción.

El estudio es similar a lo encontrado por Chuquipul P. (21) donde el 46% presentó deterioro moderado en la dimensión lenguaje y construcción, sin embargo, el 84% reportaron deterioro moderado en la dimensión orientación, el 28% y 46% deterioro cognitivo leve en las dimensiones memoria y fijación, finalmente el 28% deterioro severo en atención y calculo.

A partir de los resultados obtenidos, se puede inferir que las dimensiones cognitivas más afectadas en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio son: orientación, fijación, atención y cálculo, mientras que las dimensiones de memoria, lenguaje y construcción presentan un menor grado de deterioro, esto sugiere que el área cognitiva de orientación tiende a deteriorarse en las etapas iniciales de la vejez, seguida por un deterioro paralelo en las funciones de fijación, atención y cálculo, por último, las áreas de memoria, lenguaje y construcción

muestran un deterioro más lento en comparación con las anteriores. El patrón observado muestra que la falta de estimulación cognitiva contribuye significativamente al deterioro acelerado de las funciones mentales.

Tabla 4

Calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Calidad de vida	Total	
	n = 272	(%) = 100
Buena calidad de vida	19	7
Regular calidad de vida	131	48,2
Mala calidad de vida	122	44,9

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 4 presenta la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, evidenciándose que el 48,2% presenta una calidad de vida regular, el 44,9% mala calidad de vida y solo el 7% calidad de vida buena.

El estudio guarda similitud con la investigación de Cáceres V. (29) donde el 41% presentan calidad de vida deficiente y 28,1% calidad de vida regular, de esta forma el autor indica que existe deficiencias importantes en la calidad de vida del adulto mayor. Así mismo el estudio de Huamán R. (30) realizado en una zona rural revela que 93,6% presentan una mala calidad de vida, 5,3% calidad de vida regular y solo 1,1% calidad de vida buena, según el autor estos resultados se deben a que los adultos mayores de zonas rurales se dedican a actividades como la agricultura y ganadería por tal motivo no pueden satisfacer sus necesidades básicas además de sufrir abandono.

Los resultados obtenidos reflejan una realidad preocupante ya que más del 90% de los adultos mayores tienen una percepción de su calidad de vida que oscila entre regular y mala a pesar de contar con servicios básicos para la satisfacción sus de necesidades, acceso a la salud y convenios con la municipalidad de Wanchaq para el desarrollo de actividades, cuya finalidad es el mantenimiento físico, mental y social.

Tabla 5

Calidad de vida según dimensiones de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Dimensiones	Calidad de vida							
	Buena		Regular		Mala		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Función física	54	19,9	154	56,6	64	23,5	272	100
Rol físico	10	3,7	187	68,8	75	27,6	272	100
Dolor corporal	17	6,3	126	46,3	129	47,4	272	100
Salud general	40	14,4	147	54	85	31,3	272	100
Vitalidad	52	19,1	102	37,5	118	43,4	272	100
Función social	25	9,2	97	35,7	150	55,2	272	100
Rol emocional	14	5,1	92	33,8	166	61,3	272	100
Salud mental	74	17,3	96	35,3	129	47,4	272	100

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 5 evidencia la calidad de vida según dimensiones de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024, según diferentes dimensiones, en la dimensión física el 56,6% de adultos mayores presentan regular calidad de vida, mientras que un 23,5% tienen una calidad mala y solo el 19,9% muestra una calidad buena. Respecto al rol físico el 68,8% mantienen una calidad regular y el 27,6% calidad mala, siendo la calidad buena poco frecuente (3,7%). En cuanto al dolor corporal el 47,4% evidencia calidad de vida mala, un 46,3% calidad regular y solo 6,3% buena calidad. Para la dimensión salud general el 54% refleja calidad regular, mientras que un 31,3% tiene mala calidad. En vitalidad el 43,4% tiene calidad mala y el 37,5% calidad regular, siendo buena apenas el 19,1%, en la dimensión función social destaca la calidad de vida mala (55,2%) frente al 35,7% de calidad regular. La dimensión rol emocional muestra una notable prevalencia de calidad mala (61,3%), seguido por calidad regular (33,8%). Finalmente, en salud mental, el 47,4% muestra calidad mala y el 35,3% calidad regular.

El estudio de Chuquipul P. (21) muestra que las dimensiones salud general (60% calidad promedio), función social (70% calidad promedio) y salud mental (78% calidad promedio) se asemejan a la calidad regular identificada en el presente estudio, no obstante, se evidencian diferencias marcadas en función física y rol físico, donde Chuquipul señala alta prevalencia de calidad baja (74% y 100%), mientras que en el estudio actual predominan valores más equilibrados entre calidad mala y regular. Cáceres V. (29) también identificó una prevalencia significativa de calidad de vida deficiente en dimensiones como rol emocional (46%) y salud mental (48,3%). Sin embargo, existen discrepancias en dimensiones como función física, donde Cáceres reportó calidad deficiente en un 37,9%, mientras que el presente estudio muestra un porcentaje menor (23,5%). En dolor corporal Cáceres identificó un 44,8% de calidad buena, contrastando con resultados actuales, donde predomina la mala calidad (47,4%).

Los resultados encontrados revelan que los adultos mayores presentan regular y mala calidad de vida en todas las dimensiones. La función física se ve deteriorada debido a que ya no realizan esfuerzos intensos y pocas veces realizan esfuerzos moderados indicando que presentan grandes y medianas limitaciones en actividades como, subir escaleras, caminar largas distancias y agacharse o arrodillarse porque generan dolor, cansancio y riesgo a sufrir accidentes como caídas, luxaciones y en algunos casos fracturas, sin embargo, un pequeño porcentaje se mantienen activos considerando que realizar actividades físicas permite la adecuada conservación de la fuerza. En la dimensión rol físico gran porcentaje presentan regular calidad y consideran que siempre y casi siempre experimentaron disminución de fuerza, capacidad y funcionalidad al momento de realizar sus actividades cotidianas, lo que genera en ellos sentimientos de inutilidad y dependencia. A nivel del dolor corporal gran parte presentan mala y regular calidad por la presencia de dolor en forma regular y de intensidad moderada a fuerte, debido a problemas de salud propios de la edad. En cuanto a salud general tienen regular calidad y manifiestan estar en desacuerdo con la afirmación de que se enferman con mayor facilidad que otras personas, también consideran que su salud no empeorará siempre que cuiden de ellos mismos y lleven una vida saludable. A nivel de vitalidad tienen deseos de realizar muchas actividades y vivir plenamente, pero al mismo tiempo se sienten agotados y cansados, esto se debe a que el adulto mayor a lo largo de su vida a adquirido conocimientos que le ha

permitido aumentar su experiencia, sin embargo, el proceso de la vejez implica el deterioro de funciones y bienestar emocional, lo que es limitante para el adulto mayor. Con lo que respecta a función social gran porcentaje tiene mala calidad de vida debido a las limitaciones para participar de actividades familiares y sociales. En la dimensión rol emocional y salud mental los adultos mayores presentan mala calidad por la existencia de problemas emocionales, sentimientos de tristeza, nerviosismo e intranquilidad, por lo tanto, se deduce que la atención a nivel psicológico es deficiente y se demuestra el abandono emocional y psicológico del adulto mayor.

Tabla 6

Grado de deterioro cognitivo según características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Características sociodemográficas		Deterioro cognitivo						Total	Rho	p-valor	
		Leve		Moderado		Severo					
		n	%	n	%	n	%				
Edad	60 a 74 años	127	46,7	32	11,8	2	0,7	161	59,2	0.261	0.0000
	75 a 89 años	58	21,3	43	15,8	2	0,7	103	37,8		
	90 a más años	5	1,9	3	1,1	0	0	8	3		
Total		190	69,9	78	28,7	4	1,4	272	100		
Sexo	Femenino	127	46,7	52	19,1	3	1,1	182	66,9	0.610	0.0000
	Masculino	63	23,2	26	9,6	1	0,3	90	33,1		
Total		190	69,9	78	28,7	4	1,4	272	100		
Grado de instrucción	Sin instrucción	5	1,8	17	6,3	0	0	22	8,1	-0.407	0.0000
	Primaria	57	21	42	15,4	2	0,7	101	37,1		
	Secundaria	80	29,4	15	5,5	0	0	95	34,9		
	Superior	48	17,7	4	1,5	2	0,7	54	19,9		
Total		190	69,9	78	28,7	4	1,4	272	100		
Situación laboral	No trabajan	159	58,5	60	22,1	4	1,4	223	82	0.507	0.0043
	Trabaja eventual	20	7,4	15	5,5	0	0	35	12,9		
	Trabaja	11	4	3	1,1	0	0	14	5,1		
Total		190	69,9	78	28,7	4	1,4	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 6 presenta el grado de deterioro cognitivo según las características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024. Se observa que en el grupo de 60 a 74 años el 46,7% presenta deterioro leve y el 11,8% deterioro moderado, en el grupo de 75 a 89 años el deterioro moderado alcanza el 15,8% con respecto al sexo el 46,7% de mujeres presenta deterioro cognitivo leve, en cuanto al grado de instrucción presenta deterioro cognitivo moderado el 6,3% de adultos mayores no tienen instrucción y el 15,4% tienen estudios primarios, con referencia a situación laboral del total de adultos mayores que no trabajan el 58,5% presentan deterioro leve y el 22,1% deterioro

moderado. Se encontró una correlación significativa en las variables edad (0,261), grado de instrucción (-0,407) y situación laboral (0,507), lo que evidencia una fuerte asociación entre las características sociodemográficas mencionadas y el estado cognitivo.

El estudio de Mormontoy (31) el 100% de adultos mayores a partir de los 81 años presentaron deterioro cognitivo en sus diferentes grados. Poblete F. et al (15) señala que la mayoría de su muestra eran mujeres y presentaban algún tipo de deterioro cognitivo, reflejo de la mayor parte de esperanza de vida en el sexo femenino. Carrión D. y Gómez C. (26) identificaron la baja escolaridad como un factor de riesgo significativo para el deterioro cognitivo. Avalos M. (22) mencionó que la dependencia funcional y la inactividad se relaciona con un mayor grado de deterioro cognitivo. Estos estudios guardan similitud con la presente investigación.

Los resultados obtenidos sugieren que el deterioro cognitivo leve afecta a adultos mayores entre los 60 a 74 años, mientras que el deterioro moderado es más común en aquellos que tienen de 75 a 89 años lo que indica que a medida que la edad aumenta el deterioro cognitivo es mayor. Además, este problema se presenta con mayor frecuencia en el sexo femenino debido a las características de la muestra y la esperanza de vida, el grado de instrucción desempeñó un papel fundamental en el desarrollo de deterioro cognitivo puesto que los que tienen estudios secundarios muestran deterioro leve y los que tienen estudios primarios tienden a presentar deterioro moderado, lo que sugiere que a menor nivel educativo mayor es el grado de deterioro cognitivo. Por otro lado, quienes no trabajan presentan mayores porcentajes de deterioro cognitivo leve, moderado y severo lo que podría indicar que la falta de actividad laboral favorece el desarrollo de deterioro cognitivo.

Tabla 7

Grado de deterioro cognitivo según dimensión función física de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Función física								Rho	p- valor
	Buena		Regular		Mala		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Leve	44	16,2	109	40,1	37	13,6	190	69,9		
Moderado	9	3,3	44	16,2	25	9,2	78	28,7	-0.583	0.002
Severo	1	0,4	1	0,4	2	0,7	4	1,5		
Total	54	19,9	154	56,7	64	23,5	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En la tabla 7 se observa el grado de deterioro cognitivo según la dimensión función física de calidad de vida de adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, donde el 40,1% presenta deterioro cognitivo leve y regular calidad de vida, mientras que 9,2% presenta deterioro moderado y mala calidad de vida. Se observa una correlación negativa significativa ($Rho = -0,583$, $p = 0,002$), lo que indica que a mayor deterioro cognitivo es menor la función física.

Según Castro L. y Galviz C. (89) realizar actividades físicas es un método que sirve para prevenir o desacelerar el deterioro cognitivo, este estudio señala que la población que realiza actividad física de manera moderada tiende a conservar conocimientos mejor que aquellos que no realizan actividad física, del mismo modo a conocer que la actividad física contribuye a detener el deterioro cognitivo otorgando cambios a nivel corporal, emocional, social y de conducta, por lo tanto a mayor actividad física el deterioro cognitivo será menor.

En el Centro de Salud de Ttio, la mayoría de los adultos mayores presentan un deterioro cognitivo leve y una calidad de vida regular, lo cual puede estar relacionado con la escasa actividad cognitiva y la disminución de la actividad física. Sin embargo, debido a la presencia de deterioro cognitivo leve y buena calidad de vida, mientras o deterioro moderado y calidad de vida regular, se puede deducir que la conservación de la función física contribuye a reducir el deterioro cognitivo.

Tabla 8

Grado de deterioro cognitivo según dimensión rol físico de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Rol físico								Rho	p-valor
	Buena		Regular		Mala		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Leve	8	2,9	137	50,4	45	16,5	190	69,9		
Moderado	2	0,7	48	17,7	28	10,3	78	28,7	-0.860	0.050
Severo	0	0	2	0,7	2	0,7	4	1,4		
Total	10	3,6	187	68,8	75	27,5	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 8 evidencia el grado de deterioro cognitivo según la dimensión rol físico de la calidad de vida de los adultos mayores del Centro de Salud de Ttio, donde 50,4% presentan deterioro leve y regular calidad de vida en la dimensión rol físico, 17,7% deterioro moderado y regular calidad, un 10,3% reportan deterioro moderado y mala calidad. Se presenta una correlación negativa alta ($Rho = -0.860$, $p = 0.050$), que indica que, a mayor deterioro cognitivo, menor conservación de rol físico.

Esta tendencia coincide con Chuquipul P. (21) quien señala que el rol físico tiende a deteriorarse con el avance del deterioro cognitivo afectando la independencia y las actividades diarias. Del mismo modo Borda M. y Sánchez C. (90) indicaron que las actividades más afectadas en adultos mayores con deterioro cognitivo son aquellas que implican mayor capacidad de abstracción y planeación como administrar dinero, uso del celular, consumir alimentos, realizar actividades en hogar.

Este hallazgo sugiere que los adultos mayores presentan deterioro leve y calidad regular lo cual puede atribuirse a los cambios propios del envejecimiento, que tienen como consecuencia la pérdida progresiva de habilidades para el adecuado desempeño de actividades diarias, esto también implica la reducción de tiempo dedicado al trabajo y las dificultades para la realización de actividades cotidianas.

Tabla 9

Grado de deterioro cognitivo según dimensión dolor corporal de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Dolor corporal						Total	Rho	p-valor	
	Buena		Regular		Mala					
	n	%	n	%	n	%				
Leve	11	4	84	30,9	95	34,9	190	69,9	-0.574	0.0003
Moderado	6	2,2	42	15,4	30	11	78	28,7		
Severo	0	0	0	0	4	1,4	4	1,4		
Total	17	6,2	126	46,3	129	47,4	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En la tabla 9 se presenta la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la dimensión dolor corporal de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, donde 34,9% presentan deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida, 30,9% deterioro cognitivo leve y regular calidad de vida, un 1,5% deterioro cognitivo severo y mala calidad de vida. Se encontró una correlación significativa ($Rho = -0.574$, $p = 0.003$) que indica que, a mayor deterioro cognitivo, la capacidad para percibir y expresar adecuadamente el dolor tiende a disminuir.

Gómez N. y Panchi J. (19), indicaron que el dolor corporal y físico se intensifican en adultos con déficit cognitivo. A su vez Singh A (91) mencionó que la disminución de funciones cognitivas se relaciona con la alteración de la percepción del dolor crónico. En pacientes con deterioro cognitivo la capacidad de percibir el dolor se ve afectado y surgen dificultades para expresar y comunicar dolor.

Los resultados obtenidos indican que el dolor influye negativamente en la calidad de vida y que los adultos mayores con deterioro cognitivo leve sienten el dolor la mayor parte del tiempo interfiriendo en el desarrollo de actividades diarias, así mismo los adultos mayores que presentan deterioro moderado tienen calidad de vida regular a mala, puesto que perciben el dolor en forma excesiva o tardía.

Tabla 10

Grado de deterioro cognitivo según dimensión salud general de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Salud general						Total	Rho	p-valor	
	Buena		Regular		Mala					
	n	%	n	%	n	%				
Leve	32	11,8	92	33,8	66	24,3	190	69,9		
Moderado	6	2,2	35	19,5	19	7	78	28,7	-0.574	0.0003
Severo	2	0,7	2	0.7	0	0	4	1,4		
Total	40	14,7	147	54	85	31,3	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 10 da a conocer el grado de deterioro cognitivo según la dimensión salud general de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio donde el 33,8% presentan deterioro cognitivo leve y regular estado de salud, 24,3% deterioro cognitivo leve y mala calidad, 7% deterioro cognitivo moderado y mala calidad. El coeficiente $Rho = -0.574$ y $p = 0.0003$ indican que, a menor deterioro cognitivo, es mayor la percepción de salud general y tiende a aumentar moderadamente.

Este patrón reafirma lo encontrado por Leyva E. et al. (16) donde el deterioro cognitivo impacta la percepción global de bienestar y salud. Valera L. (92) mencionó que el deterioro cognitivo se encuentra asociado a un gran número de síndromes y problemas geriátricos que en los inicios presentan síntomas que pasan por desapercibidos y que como consecuencia se altera la capacidad de juicio y percepción.

En el Centro de Salud de Ttio los adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve y regular calidad de vida, en este contexto tienden a percibir y valorar su salud de forma óptima, sin embargo, el hecho de presentar deterioro cognitivo en sus diferentes grados tiene como consecuencia la disociación con el entorno de tal forma que ya no son conscientes de su situación de salud real.

Tabla 11

Grado de deterioro cognitivo según dimensión vitalidad de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Vitalidad						Total	Rho	p-valor	
	Buena		Regular		Mala					
	n	%	n	%	n	%				
Leve	37	13,6	68	25	85	31,2	190	69,9		
Moderado	15	5,5	31	11,4	32	11,8	78	28,7	-0,631	0,0023
Severo	0	0	3	1,1	1	0,3	4	1,4		
Total	52	19,1	102	37,5	118	43,4	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

En la tabla 11 se muestra la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la dimensión vitalidad de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio donde el 31,2% presentan deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida, 25% deterioro cognitivo leve y regular calidad de vida, 11,8% deterioro cognitivo moderado y calidad de vida mala. El coeficiente de Rho de -0.631 ($p = 0.0023$) indica que, a mayor deterioro cognitivo, disminuye la vitalidad.

Los resultados obtenidos coinciden con los hallazgos de Saputri N. et al (18) quienes identificaron una relación estrecha entre deterioro cognitivo y disminución de nivel energético y vital. Tello T. y Alarcón R. (93) dieron a conocer que las alteraciones neurocognitivas reducen el rendimiento general del adulto mayor por ende la vitalidad genera la necesidad de ayuda y dependencia.

A partir de los resultados se puede deducir que la mayoría de adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve y regular calidad de vida debido a que aún realizan actividades que requieren de motivación, esfuerzo y valentía puesto que todavía tienen responsabilidades sintiéndose útiles para su familia y sociedad, sin embargo, refieren sentir cansancio y agotamiento continuo generando dificultad en el desarrollo de sus actividades.

Tabla 12

Grado de deterioro cognitivo según dimensión función social de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Función social						Total	Rho	p-valor	
	Buena		Regular		Mala					
	n	%	n	%	n	%				
Leve	14	5,2	76	27,9	100	36,8	190	69,9	-0.361	0.002
Moderado	10	3,7	19	7	49	18	78	28,7		
Severo	1	0,4	2	0,7	1	0,4	4	1,4		
Total	25	9,3	97	35,6	150	55,2	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación:

La tabla 12 indica el grado de deterioro cognitivo según la dimensión función social de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio donde el 36,8% presentan deterioro cognitivo leve y calidad de vida mala, 27,9% deterioro cognitivo leve y regular calidad de vida, 18% deterioro cognitivo moderado y calidad de vida mala. El coeficiente de Rho = -0.361 ($p = 0.002$), indica que, a mayor deterioro cognitivo, menor desarrollo de la función social.

Este vínculo ha sido explorado por Cullacay K. y Márquez C. (20) quienes señalaron que el deterioro cognitivo limita la interacción social y la capacidad de integración comunitaria. En el estudio de Soto A. y Mosquera S. (94) se encontró que el aislamiento social está relacionado con un funcionamiento cognitivo deficiente que afecta a dominios como orientación, atención y memoria, a su vez el aislamiento es un factor para el desarrollo de estrés crónico disminuyendo la actividad cortical y aumentando los niveles de cortisol.

En el centro de salud de Ttio la gran mayoría de adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve y calidad de vida mala, esto indica que tienen escasa participación social o nula, debido a la falta de vínculos con otras personas y la sociedad en general se encuentra propensos a ser excluidos y aislados a su vez esto podría causar estrés, depresión y rápida disminución de funciones cognitivas.

Tabla 13

Grado de deterioro cognitivo según dimensión rol emocional de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Rol emocional								Rho	p-valor
	Buena		Regular		Mala		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%		
Leve	9	3,3	67	24,6	114	41,9	190	69,9	-0.786	0.004
Moderado	4	1,5	23	8,5	51	18,7	78	28,7		
Severo	1	0,4	2	0,7	1	0,4	4	1,4		
Total	14	5,2	92	33,8	166	61	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 13 expone el grado de deterioro cognitivo según dimensión rol emocional de calidad de vida de adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio donde el 41,9% presentan deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida, 24,6% deterioro cognitivo leve y regular estado de salud, 18,7% deterioro cognitivo moderado y calidad de vida mala. El coeficiente de correlación ($Rho = -0.786$, $p = 0.004$) indica que, a mayor deterioro cognitivo, menor gestión emocional.

Estos datos son consistentes con lo reportado por Barrientos H. y Pongo E. (27) quienes demostraron que la dimensión emocional es una de las más afectadas por el deterioro cognitivo. Navas D. y Gaibor J. (95) dieron a conocer que existe relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad de identificar y comprender las emociones, es decir a mayor deterioro cognitivo existe mayor dificultad para identificar y comprender las emociones.

De estos resultados se infiere que en este establecimiento los adultos mayores atendidos presentan deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida, presentando dificultades para expresar emociones de manera saludable y efectiva. Presentar deterioro cognitivo es un factor de riesgo para desarrollar alteraciones conductuales y percibir emociones de formas mucho más intensas puesto que se pierden la capacidad de regulación.

Tabla 14

Grado de deterioro cognitivo según dimensión salud mental de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Salud mental						Total	Rho	p-valor	
	Buena		Regular		Mala					
	n	%	n	%	n	%				
Leve	37	13,6	67	24,6	86	31,6	190	69,9		
Moderado	10	3,7	27	10	41	15,1	78	28,7	-0.850	0.001
Severo	0	0	2	0,7	2	0,7	4	1,4		
Total	47	17,3	96	35,3	129	47,4	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 14 presenta el grado de deterioro cognitivo según la dimensión salud mental de la calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio donde el 31,6% presentan deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida, 24,6% deterioro cognitivo leve y regular calidad de vida, 15,1% deterioro cognitivo moderado y calidad de vida mala. El coeficiente de correlación de (Rho = - 0.850, p = 0.001) indica que a mayor deterioro cognitivo disminuye el bienestar psicológico.

Estos resultados coinciden con los estudios de Álvarez L. (25) y Gómez N (19) quienes destacaron que la salud mental se deteriora progresivamente en paralelo al compromiso cognitivo. De manera similar Guillen J. y Neira C. (96) resaltaron que la función cognitiva se afecta por los síntomas de la depresión.

En el centro de salud de Ttio los adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve y mala calidad de vida, a partir de estos resultados se infiere que la salud mental está en declive. El hecho de presentar deterioro cognitivo hace que el adulto mayor sea más vulnerable a problemas como la ansiedad, depresión o frustración por esta razón es más fácil que se sientan desanimados y en algunos casos nerviosos y ansiosos.

Tabla 15

Grado de deterioro cognitivo y calidad de vida en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024.

Deterioro cognitivo	Calidad de vida						Total	Rho	p-valor	
	Buena		Regular		Mala					
	n	%	n	%	n	%				
Leve	16	5,9	94	34,6	80	29,4	190	69,6	-0.890	0.000
Moderado	3	1,1	35	12,9	40	14,7	78	28,7		
Severo	0	0	2	0,7	2	0,7	4	1,4		
Total	19	7	131	48,2	122	44,8	272	100		

Fuente: Elaboración propia

Análisis e interpretación

La tabla 15 revela una clara relación inversa entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024, se observa que aquellos con deterioro cognitivo leve presentan en mayor proporción una calidad de vida regular (34,6%) y en menor medida calidad de vida buena (5,9%) mientras que en los adultos con deterioro moderado y severo predominan una mala calidad de vida (14,7% y 0,7% respectivamente). Esta tendencia se ve reforzada por el coeficiente de correlación de Rho de Spearman ($Rho = -0.890$, $p = 0.000$) el cual indica una correlación inversa altamente significativa, es decir a mayor deterioro cognitivo menor calidad de vida.

Los hallazgos coinciden con los estudios de Poblete F. et al (15), Saputri et al. (18) y Gómez N. et al. (19) quienes evidenciaron que los déficits cognitivos repercuten negativamente en el bienestar general del adulto mayor, afectando dimensiones como el estado emocional, funcional y social. Asimismo, se alinea con investigaciones de Álvarez L. (25) y Barrientos H. (27) que confirman la existencia de una relación inversa y significativa entre ambas variables.

De los resultados obtenidos se infiere que la gran mayoría se encuentran poco activos y no realizan actividades que implican el funcionamiento mental y físico, de tal forma que la calidad de vida y el estado de salud se ven deteriorados, así mismo el deterioro

cognitivo es leve con tendencia a ser moderado, mientras que la calidad de vida es regular con tendencia a ser mala. Esto resalta el significativo impacto que el deterioro cognitivo tiene en el bienestar de los adultos mayores, enfatizando la necesidad de implementar evaluaciones y estímulos cognitivos, estas acciones son clave para mejorar la calidad de vida y prevenir un mayor deterioro.

CONCLUSIONES

Primero: Dentro de la población estudiada la mayoría de adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio son mujeres cuya edad oscila entre 60 a 74 años, proveniente de la provincia de Cusco, con grado de instrucción primaria y secundaria, situación laboral no trabajan, viven con familiares, pero asisten solos a consulta.

Segundo: El deterioro cognitivo es leve con tendencia a moderado, lo que indica que una amplia mayoría se encuentra en una etapa inicial favorable para la intervención. Sin embargo, las áreas de orientación, fijación, atención y cálculo muestran un deterioro severo, mientras que memoria, lenguaje y habilidades constructivas presentan un compromiso moderado.

Tercero: La calidad de vida es del regular estado de salud con tendencia a ser mala, situación que refleja una percepción mayormente desfavorable sobre su bienestar general. El análisis por dimensiones revela que las áreas más afectadas que presenta calidad de vida mala son el rol emocional, función social, dolor corporal y salud mental, las dimensiones función física y salud general presentan regular calidad de vida y muestran una situación menos crítica.

Cuarto: Se establece que el deterioro cognitivo guarda relación significativa con edad ($Rho = 0,261$), grado de instrucción ($Rho = -0,407$), situación laboral ($Rho = 0,507$) el deterioro es más frecuente en adultos mayores con mayor edad, desempleados y con baja escolaridad.

Quinto: Los resultados indican correlaciones negativas significativas entre deterioro cognitivo y todas las dimensiones de la calidad de vida, siendo las más relevantes: salud mental ($Rho = -0,850$, $p = 0001$), rol emocional ($Rho = -0,786$, $p = 0,004$), función física ($Rho = -0,583$, $p = 0,002$) y vitalidad ($Rho = -0,631$, $p = 0.002$). Esto significa que, a mayor deterioro cognitivo, mala calidad de vida en cada una de estas áreas.

Sexto: Se confirma una correlación inversa altamente significativa entre deterioro cognitivo y calidad de vida general ($Rho = -0.890$, $p = 0.000$) evidenciando que a medida que se incrementa el deterioro cognitivo, disminuye la calidad de vida. Esta relación reafirma los hallazgos de estudios nacionales e internacionales y confirman la hipótesis planteada.

SUGERENCIAS

A las autoridades del Centro de Salud de Ttio:

Fortalecer la evaluación integral del entorno del adulto mayor, mediante visitas domiciliarias y tamizajes periódicos, para identificar factores de riesgo y realizar campañas de concientización sobre la importancia del cuidado cognitivo, articuladas con gobiernos municipales.

Elaborar un protocolo local de intervención preventiva en deterioro cognitivo, que incluya capacitación continua del personal de salud, trabajo comunitario, y mecanismos de evaluación de impacto.

Promover la atención gerontológica comunitaria, articulados con universidades y programas de voluntariado social

Aumentar los cupos de atención en el servicio de psicología e implementar espacios comunitarios de encuentro y apoyo psicoemocional.

Al personal de salud:

Implementar fichas de tamizaje cognitivo con enfoque sociodemográfico, que orienten la atención prioritaria a adultos mayores y talleres regulares de estimulación cognitiva dirigidos por profesionales capacitados, incorporando actividades lúdicas, artísticas y recreativas.

Al servicio de Psicología:

Desarrollar un plan integral de acompañamiento al adulto mayor, que incluya consejería emocional, actividades grupales y seguimiento de indicadores de bienestar. Ofrecer atención psicológica individual, grupal y realizar campañas de sensibilización sobre la salud emocional del adulto mayor.

Sensibilizar a los miembros de la familia sobre las etapas del envejecimiento y los desafíos físicos y emocionales del adulto mayor.

A la facultad de enfermería:

Incentivar a los estudiantes de pregrado y posgrado a desarrollar tesis, trabajos finales o investigaciones centradas en la población adulta mayor.

Realizar campañas, charlas o talleres para visibilizar la importancia de investigar sobre la vejez, especialmente ante el aumento de la población adulta mayor a nivel global.

A los familiares de los adultos mayores:

Fomentar la cercanía emocional y la comunicación constante, afectuosa y respetuosa, incluso si el adulto mayor no vive en el mismo hogar.

Fomentar la responsabilidad en visitas, acompañamiento a citas médicas y apoyo económico, promover actividades dentro y fuera del hogar donde el adulto mayor pueda interactuar socialmente y facilitar la participación en centros comunitarios, grupos de adultos mayores o actividades religiosas/culturales, según su interés

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. La vejez a través de la historia [Internet]. Saludplay[citado 8 de abril de 2025]. Disponible en: <https://www.saludplay.com/apuntes/geriatria/tema-1-la-vejeza-traves-de-la-historia>
2. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra: OMS, 2022 [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
3. Campos R, Barzuna L. Estudio del Envejecimiento. Rev Médica Hosp Nac Niños Dr Carlos Sáenz Herrera. enero de 2004;39(2):33-47. Disponible en: https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1017-85462004000200004
4. Vilchez J, Soriano A, et al. Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú. Acta Médica Peru. octubre de 2017;34(4):266-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v34n4/a03v34n4.pdf>
5. Arce DT. El concepto de calidad: historia, evolución e importancia para la competitividad María Constanza Cubillos Rodríguez. [citado 29 de agosto de 2024]; Disponible en: https://www.academia.edu/11332900/e_l_concepto_de_calidad_historia_evoluci%C3%93n_e_importancia_para_la_competitividad_mar%C3%ada_constanza_cubillos_rodr%C3%adguez
6. Mena M. [Internet]. Cerca del 10% de la población mundial tiene más de 65 años. Statista Dayli Data. 2022 [citado 25 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://es.statista.com/grafico/23071/poblacion-mayor-de-65-anos-como-porcentaje-de-la-poblacion-mundial-total>
7. Ministerio de Salud Colombia Envejecimiento y Vejez [Internet]. [citado 15 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
8. Varela Pinedo LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Pública. junio de 2016;33:199-201. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocionsocial/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>
9. INEI - Perú: Encuesta Demográfica y de Salud Familiar 2016 - Nacional y Regional [Internet]. [citado 23 de junio de 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html

10. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Cusco estadísticas [Internet]. [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Cusco2.html>
11. Telencuestas. [citado 8 de abril de 2025]. Población Cusco en 2021. Disponible en: <https://telencuestas.com/censos-de-poblacion/peru/2021/cusco>
12. López B, Austria A, et al. Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México. Rev Enferm Neurológica. 2 de diciembre de 2021;20(1):45-8. Disponible en: <https://www.revenferneurolonlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/324/354>
13. Ministerio de salud Perú. Alzheimer afecta a más de 200 mil adultos mayores en Perú [Internet]. [citado 26 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/51175-alzheimerafecta-a-mas-de-200-mil-adu%20ltos-mayores-en-peru>
14. Ministerio de salud Perú. Minsa promueve la atención integral del adulto mayor [Internet]. [citado 3 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14931-minsa-promueve-la-atencion-integral-del-adulto-mayor>
15. Poblete F, Rivera C, et al. Relación entre calidad de vida y deterioro cognitivo en adultos mayores activos. Rev Peru Cienc Act Fis Deporte. 15 de marzo de 2019;6(1):9-9. Disponible en: <https://rpcafd.com/index.php/rpcafd/article/view/28/35>.
16. Leyva C, Laime Z, et al. Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v45n3/mil10316.pdf>
17. Diaz P, Martinez L. Ocronos R. Ocronos - Editorial Científico-Técnica. 2023 [citado 2 de enero de 2024]. ▷ Deterioro cognitivo relacionado con calidad de vida en adultos mayores con polifarmacia. Disponible en: <https://revistamedica.com/deterioro-cognitivo-adultos-mayores-polifarmacia/>
18. Saputri N. Association between Cognitive Function and Quality of Life in Aged People in an Elderly Home. Rev Cuba Enferm. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/enf/v36n2/1561-2961-enf-36-02-e3244.pdf>
19. Gomez N, Panchi J. Deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores Hospital General Puyo 2022. Disponible en: <http://dspace.unach.edu.ec/bitstream/51000/10113/1/G%c3%b3mez%20Cai%20cedo%2c%20N%20y%20Guamangallo%20Pancho%2c%20J%282022%29%20Deterioro%20cognitivo%20y%20calidad%20de%20vida%20en%20adul>

tos%20mayores.%20Hospital%20General.%20Puyo%2c%202022%28Tesis
%20de%20Pregrado%29Universidad%20Nacional%20de%20Chimborazo%
2c%20Riobamba%2c%20Ecuador.pdf

20. Cullacay K, Márquez C. Estudio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania en el periodo 2021-2022 [Internet] [bachelorThesis]. 2022 [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/22470>
21. Chuquipul P, Izaguirre C. Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. Univ Priv Norbert Wien [Internet]. 29 de noviembre de 2018 [citado 26 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/2575>
22. Avalos M, Zegarra V. Relación entre grado de dependencia funcional y deterioro cognitivo en los usuarios geriátricos de Pensión 65. Trujillo.2021. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/87426/Avalos_SMC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
23. Luna Y, Vargas H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuropsiquiatr. 6 de abril de 2018;81(1):9. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a03v81n1.pdf>
24. Bazalar G. Deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores [Internet]. [citado 2 de enero de 2024]. Disponible en: https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:BvugsM58W18J:https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16678/Bazalar_gg.pdf%3Fsequence%3D1%26isAllowed%3Dy&hl=es&gl=pe
25. Alvarez L, Tarazona Y. Deterioro cognitivo y calidad de vida en pacientes adultos mayores del Hospital Militar geriátrico Chorrillos 2019. Univ Priv Telesup - UTELESUP [Internet]. 2019 [citado 21 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.utelesup.edu.pe/handle/UTELESUP/1390>
26. Carrion D, Gomez C. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores del Puesto de Salud Xauxa, periodo 2017-2021 [Internet]. [citado 21 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11297>
27. Barrientos H, Pongo E. Deterioro Cognitivo y Calidad de vida en adultos mayores del centro geriatrico edad de oro, Huancayo 2023. Disponible en: <https://repositorio.uroosevelt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14140/1945/Tesis%20barrientos%20%20pongo%5b1%5d.pdf?sequence=1&isallowed=y>

28. Nina A. Estilos de Vida y Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores del Distrito de Ocongate, Provincia de Quispicanchi, Cusco – 2020. Disponible en: <https://repositorio.unsaac.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12918/6215/253T20210392.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
29. Caceres E. Calidad de vida de los adultos mayores en el Centro de Salud San Jerónimo, Cusco 2020. Repos Inst - UCV [Internet]. 2021 [citado 26 de febrero de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/61876>
30. Huamán R. Calidad de vida de los adultos mayores beneficiarios y no beneficiarios del programa pensión 65 del Centro Poblado de Kcauri, Cusco 2019. Univ Andina Cusco [Internet]. 27 de mayo de 2019 [citado 21 de junio de 2024]; Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/2758/Roxana_Tesis_bachiller_2019.pdf?sequence=1&isAllowed=y
31. Mormontoy A, Pacheco K. Actividad física y deterioro cognitivo en el adulto mayor en el Hospital Nacional Adolfo Guevara Velasco, Cusco 2023. 30 de noviembre de 2023 [citado 21 de junio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uandina.edu.pe/backend/api/core/bitstreams/c2945853-9ad4-4a2a-8669-b0298127a078/content>
32. United Nations; Envejecimiento | Naciones Unidas. [citado 16 de junio de 2024]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing>
33. IDEHPUCP. La situación de la población adulta mayor en el Perú, hallazgos de una investigación del IDEHPUCP para mejorar las políticas públicas [Internet]. Lima: IDEHPUCP; 2018 [citado 26 mayo 2024]. Disponible en: <https://idehpucp.pucp.edu.pe/boletin-eventos/la-situacion-de-la-poblacionadulta-mayor-en-el-peru-hallazgos-de-una-investigacion-del-idehpucp-paramejorar-las-politicas-publicas-18489/>
34. Vélez E, Falcón M, et al. El envejecimiento del adulto mayor y sus principales características. RECIMUNDO Rev Científica Investig El Conoc. 2019;3(1):58-74. Disponible en: <https://www.recimundo.com/index.php/es/article/view/357/pdf>
35. Geriatricarea. Envejecimiento psicológico [Internet]. 2018 [citado 26 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.geriatricarea.com/2018/11/27/el-envejecimiento-psicologico-esel-resultado-de-la-accion-del-tiempo-vivido-y-percibido/>
36. Caribe C. Acerca de Envejecimiento [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe; [citado 26 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/temas/envejecimiento/acerca-envejecimiento>
37. Hechavarría Ávila MM, Ramírez Romaguera M, García Hechavarria H, García Hechavarria A. El envejecimiento. Repercusión social e individual.

- Rev Inf Científica. 2018;97(6 (noviembre-diciembre)):1173-88. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/ric/v97n6/1028-9933-ric-97-06-1173.pdf>
38. Salech M, Jara L, et al. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Rev Médica Clínica Las Condes. 1 de enero de 2012;23(1):19-29. <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-medica-clinicalas-condes-202-pdf-S0716864012702699>
 39. Manchola A, Pardo C, et al. Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>.
 40. McGraw Hill Medical [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2023]. Envejecimiento cerebral. Disponible en: <https://accessmedicina.mhmedical.com/content.aspx?sectionid=134372008&bookid=1858>
 41. Tirro VI. La vejez y el cerebro. Rev Nuevo Humanismo. 2016;4(1):73-80. Disponible en: <https://www.revistas.una.ac.cr/index.php/nuevohumanismo/article/view/7743/10703>.
 42. Toledano A, Alvarez M. Envejecimiento cerebral normal y patológico: continuum fisiopatológico o dualidad de procesos involutivos. An Real Acad Nac Farm. 2014;(3):500-39. Disponible en: https://analesranf.com/wp-content/uploads/2014/80_03/8003_03.pdf
 43. Escobar A. Envejecimiento cerebral normal. Revista Mexicana de Neurociencia; 2001, 2(4): 197-202 Disponible en: <https://previous.revmexneurociencia.com/wpcontent/uploads/2014/07/Nm0014-01.pdf>
 44. Espinoza C, Martella D. Funciones cognitivas y salud mental en personas mayores durante la pandemia por COVID-19, factores de riesgo y factores protectores: una revisión sistemática cualitativa [Internet]. Rev Méd Chile. 2022 jun;150(6):802-810. [citado 2025 may 26]. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872022000600802
 45. Madrigal L. La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. Rev Cupula 2002 Disponible en: <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>
 46. Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires. Funciones Cognitivas. Disponible en: <https://www.fmed.uba.ar/sites/default/files/2020-05/7%20-%20UNIDAD%203%20-%20Funciones%20Cognitivas..pdf>

47. Coreia R. Cambios cognitivos en el envejecimiento normal: influencia de la edad y su relación con el nivel cultural y el sexo [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3392>
48. Carretero PS. La apraxia en personas mayores [Internet]. Fundación Atilano Sánchez Sánchez. 2023 [citado 11 de julio de 2024]. Disponible en: <https://www.fundacionfass.org/general/la-apraxia-en-personas-mayores/>
49. Campos J. Proceso psicológico superior: Análisis de las gnosis en la población adulta. 2020;5. Disponible en: <https://revistas.utb.edu.ec/index.php/magazine/article/view/1140/827>
50. Martínez P. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cuba Med Gen Integral. abril de 2005;21(1-2):0-0. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/mgi/v21n1-2/mgi171-205.pdf>
51. World Health Organization. Risk reduction of cognitive decline and dementia: WHO guidelines [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2019 [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://iris.who.int/handle/10665/312180>
52. ManualResidenteGeriatría-2.pdf [Internet]. [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/Acreditacion%20de%20Calidad%20SEGG/CentrosDia/ManualResidenteGeriatría-2.pdf>
53. Allegri R, Roqué M. Deterioro cognitivo, alzhéimer y otras demencias [Internet]. [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: <https://www.algec.org/biblioteca/Deterioro-cognitivo-Alzheimer.pdf>
54. Cruzado L, Custodio N, et al. Demencia frontotemporal - variante conductual como diagnóstico diferencial de trastornos psiquiátricos primarios. Rev Neuro-Psiquiatr. julio de 2021;84(3):183-204. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v84n3/0034-8597-rnp-84-03-183.pdf>
55. Moreno C, Mimenza A. et al. Factores asociados a la demencia mixta en comparación con demencia tipo Alzheimer en adultos mayores mexicanos. Neurología. 1 de junio de 2017;32(5):309-15. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0503/503_0125_0130.pdf
56. Kaplan R Los grandes síndromes geriátricos [Internet]. [citado 27 de octubre de 2024]. Disponible en: https://sagg.ar/wp-content/uploads/2023/07/Los_grandes_sindromes_geriaticos_Kaplan.pdf
57. National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Envejecimiento cognitivo [Internet]. [citado 28 de diciembre de 2023]. Disponible en: <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:PqOqfuSDPWkJ:>

<https://nap.nationalacademies.org/resource/21693/Action-Guide-forIndividuals-and-Families-ESPANOL.pdf&hl=es&gl=pe>

58. Amador J, Valdivieso J, et al. Enlentecimiento cognitivo en adultos mayores. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubsaltra/cst-2018/cst182e.pdf>
59. Véliz M, et al. Envejecimiento cognitivo y procesamiento del lenguaje: cuestiones relevantes. RLA Rev Lingüíst Teórica Apl [Internet]. 2010 [citado 28 de diciembre de 2023];48(1). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-48832010000100005&lng=en&nrm=iso&tIng=en
60. Mini Examen Cognoscitivo (MEC) Centros Médicos de Conductores | General ASDE SA [Internet]. [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/>
61. Guijarro A, Gámez J, Pérez F. Deterioro cognitivo leve-Guía de actuación en farmacia comunitaria. Sociedad española de farmacia clínica y familiar 2023. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2023-09/Guia-deteriorocognitivo-leve%20%283%29%20%281%29.pdf>
62. Kurlowicz L, Wallace M. The Mini-Mental State Examination (MMSE). J Gerontol Nurs. mayo de 1999;25(5):8-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10578759/>
63. Angamarca E, González Á, et al. Eficacia del mini mental y PFEIFFER (SPMSQ) para detectar deterioro cognitivo en mayores de 65 años. Rev Vive. 79 26 de marzo de 2021;3(9):149-57. Disponible en: http://www.scielo.org.bo/pdf/vrs/v3n9/v3n9_a05.pdf
64. Press E. El test del reloj para detectar el deterioro cognitivo [Internet]. Europa Press; 2017 [citado 11 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.infosalus.com/mayores/noticia-test-reloj-detectar-deterioro-cognitivo-20171028080002.html>
65. Calidad de vida [Internet]. [citado 2 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.uaeh.edu.mx/scige/boletin/prepa2/n2/m2.html>
66. Urzúa M A, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. Ter Psicológica. abril de 2012;30(1):61-71. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>
67. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. gob.mx. [citado 2 de enero de 2024]. Calidad de vida para un envejecimiento saludable. Disponible en:

<http://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es>

68. Soto M, Failde I. La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Rev Soc Esp Dolor*. diciembre de 2004;11(8):53-62. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/dolor/v11n8/revision2.pdf>
69. Botero de Mejía B, Pico E. Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia Promoc Salud*. noviembre de 2007;12(1):11-24. Disponible en: <https://revistasoj.s.ucaldas.edu.co/index.php/hacialapromociondelasalud/article/view/1944/1860>
70. Vilagut G, Ferrer M, Rajmil L, et al. El Cuestionario de Salud SF-36 español: una década de experiencia y nuevos desarrollos. *Gac Sanit*. abril de 2005;19(2):135-50. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/gs/v19n2/revision1.pdf>
71. Quintero J. Teoría de las necesidades de Maslow. *Paradigmas educativos* 2017 Disponible en: <https://www.sanfelipe.edu.uy/wpcontent/uploads/2017/04/Teor%C3%ADa-de-Maslow-de-EVA-Udelar.pdf>
72. Prado L, González M, Paz N, Romero K. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. *Rev Médica Electrónica*. diciembre de 2014;36(6):835-45. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rme/v36n6/rme040614.pdf>
73. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. *An Fac Med*. 28 de febrero de 2013;68(3):284. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3.pdf>
74. Verdugo MA, Arias B, et al. Escala de Calidad de Vida – GENCAT [Internet]. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; [citado 2024 ene 10]. Disponible en: <https://inico.usal.es/escala-de-calidad-de-vidagencat/>
75. Verdugo MA, Arias B. et al Evaluación de la calidad de vida en personas mayores: La Escala FUMAT [Internet]. Salamanca: Instituto Universitario de Integración en la Comunidad; 2009 [citado 2024 ene 10]. Disponible en: <https://inico.usal.es/evaluacion-de-la-calidad-de-vida-en-personas-mayoresla-escala-fumat/>
76. Cardona-Arias JA, Higueta-Gutiérrez LF. Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Rev Cuba*

- Salud Pública. Disponible en:
<http://scielo.sld.cu/pdf/rcsp/v40n2/spu03214.pdf>
77. Benavides A. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. 2017;(2). Disponible en:
https://www.researchgate.net/publication/318305410_Deterioro_cognitivo_en_el_adulto_mayor
 78. Instituto latinoamericano de estudios de posgrado. ILEP. 2021 [citado 2 de enero de 2024]. COGNICIÓN. Disponible en: <https://www.ilep.mx/post/cognición>
 79. Fernández-López JA, Fernández-Fidalgo M, Cieza A. Los conceptos de calidad de vida, salud y bienestar analizados desde la perspectiva de la Clasificación Internacional del Funcionamiento (CIF). Rev Esp Salud Pública. abril de 2010;84(2):169-84.
 80. Moreno GA. La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud y la interdisciplinariedad. 2008;(1). Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/410/41011135004.pdf>
 81. Folstein M, McHugh P, Folstein. Manual MMSE. Psychological Assessment Resourser. 2002. Disponible en:
https://web.teaediciones.com/Ejemplos/MMSE_Extracto_manual.pdf
 82. Manual de usuario MMSE [Internet]. [citado 3 de enero de 2024]. Disponible en:
https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:_FdnzRwX8HkJ:https://www.generalasde.com/mini-examen-cognoscitivo/mini-examencognoscitivo-manual.pdf&hl=es&gl=pe
 83. Feijoo Calles D, Ginesta Hervás E, Alambiaga-Caravaca AM, Azorín Ruiz M, Córcoles Ferrándiz E, Botella Ripoll J, et al. Potenciar la lectura desde la farmacia comunitaria en personas mayores para protegerlos del deterioro cognitivo. Farm Comunitarios. 1 de abril de 2019;11(1):14-8. Disponible en:
<https://www.farmaceuticoscomunitarios.org/es/journal-article/potenciarlectura-desde-farmacia-comunitaria-personas-mayores-protegerlos-del>
 84. Alonso C. Cuestionario de salud SF-36 Version 2 [Internet]. [citado 23 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://ginvestigaciontmo.com/wp-content/uploads/2018/07/sf-36-cuestionario.pdf>
 85. Castro M, Salazar M. Rendimiento cognitivo de personas mayores que participan en grupos organizados en la provincia de San José. Actual En Psicol. 15 de junio de 2014;28(116):41-53. Disponible en:
<https://www.redalyc.org/pdf/1332/133231276005.pdf>
 86. Ruiz de Velasco I, Quintana JM, Padierna JA, Aróstegui I, Bernal A, Pérez-Izquierdo J, et al. Validez del cuestionario de calidad de vida SF-36 como

- indicador de resultados de procedimientos médicos y quirúrgicos. Rev Calid Asist. 1 de enero de 2002;17(4):206-12. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-calidad-asistencial-256-pdfS1134282X02775064>
87. Folstein et al. - 1975 - "Mini-mental state".pdf [Internet]. [citado 25 de junio de 2024]. Disponible en: https://turkpsikiyatri.org/arsiv/mmse_folstein_mchugh.pdf
88. Confiabilidad del cuestionario calidad de vida SF36 [Internet]. [citado 3 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/120/12024205.pdf>
89. Castro L, Galvis A. Efecto de la actividad física sobre el deterioro cognitivo y la demencia. Rev Cuba Salud Pública. septiembre de 2018;44:e979. Disponible en: https://www.scielosp.org/article/rcsp/2018.v44n3/e979/*
90. Borda M, Ruíz de Sánchez C, et al. Relación entre deterioro cognoscitivo y actividades instrumentales de la vida diaria: Estudio SABE-Bogotá, Colombia. Acta Neurológica Colomb. enero de 2016;32(1):27-34. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v32n1/v32n1a05.pdf>
91. Singh D. Influencia del dolor crónico en el deterioro cognitivo durante el envejecimiento: una revisión sistemática [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: https://dspace.uib.es/xmlui/bitstream/handle/11201/166229/Singh_Deep_Allice.pdf?sequence=1&isAllowed=y
92. Varela P, Chávez J, et al. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: https://medicinainterna.net.pe/revista/revista_17_2_2004/a02.pdf
93. Tello, Alarcón D, Vizcarra D. Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. Rev Peru Med Exp Salud Pública. junio de 2016;33:342-50. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n2/a21v33n2.pdf>
94. Soto A, Mosquera S. Aislamiento social y funciones ejecutivas en adultos: una revisión sistemática. Rev Eugenio Espejo. 2024;18(1):98-111. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/5728/572876500012/html/>
95. Navas D, Gaibor M. Deterioro cognitivo y área emocional en los adultos mayores de la Asociación de jubilados y pensionistas «Manuela Mañizares» del Cantón Babahoyo [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <https://dspace.utb.edu.ec/bitstream/handle/49000/17684/navas%20jimenez%20dayanna%20alexandra%20gaibor%20macias%20jeidy%20elizabeth.pdf?sequence=1&isallowed=y>

96. Guillén A. et al. Asociación entre depresión y deterioro cognitivo e.pdf [Internet]. [citado 17 de marzo de 2025]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/rf/v12n3/2221-2434-rf-12-03-262.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1: CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado:

La presente investigación está siendo realizada por las bachilleres Ruth Isabel Ramos Gongora y Judith Fany Toledo Puca de la Escuela Profesional de Enfermería, Universidad Nacional de San Antonio Abad del Cusco (UNSAAC), la investigación lleva por título “DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN ATENCION EN EL CENTRO DE SALUD DE TTIO, CUSCO 2024” con el objetivo de determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores.

Toda información será confidencial y con fines académicas, su participación es voluntaria y en caso de que usted acepte participar se le aplicará un test de 30 preguntas y un cuestionario de 36 preguntas.

Para aceptar la aplicación de los instrumentos firme en la parte inferior de la hoja.

Agradecemos su participación.

FIRMA DEL PARTICIPANTE

ANEXO 2: MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Características sociodemográficas

Sexo: _____ Grado de instrucción: _____ Viene al centro de salud
 Edad: _____ Situación laboral: _____ con:
 Lugar de procedencia: _____ Con quien vive: _____

MINI – MENTAL STATE EXAMINATION																													
Nombre y apellidos:																													
Fecha de nacimiento:										Estudios:																			
¿A qué edad finalizó los estudios?:										Sabe leer: si – no																			
Profesión:										Sabe escribir: si – no																			
I: ORIENTACION TEMPORAL										II: FIJACIÓN										V: LENGUAJE									
¿En qué año estamos?										Nombrar 3 objetos,										Señalando el lápiz ¿Qué es esto?									
¿Qué día del mes es hoy?										a intervalos de 1 segundo										INC 0 COR 1									
¿En qué mes del año estamos?										BICICLETA, CUCHARA, MANZANA										Señalando el reloj ¿Qué es esto?									
RESPUESTA					REAL					Ahora dígame usted					INC 0 COR 1					0 1 2									
Día	mes	Año	Día	Mes	Año					INC			COR																
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0									
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1									
2	2		2	2	2	2	2		2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2									
3	3		3	3	3	3	3		3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3									
	4		4	4	4		4		4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4									
	5		5	5	5		5		5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5									
	6		6	6	6		6		6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6	6									
	7		7	7	7		7		7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7	7									
	8		8	8	8		8		8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8	8									
	9		9	9	9		9		9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9	9									
¿Qué día de la semana es hoy?										RES		REAL		INC		COR		Y déjelo en el suelo 0 1											
RESPUESTA												93		0		1													
L	M		X		J		V		S		D			86		0						1							
REAL												79		0		1		Haga lo que dice aquí											
L	M		X		J		V		S		D			72		0		1		(mostrar atrás de esta hoja)									
¿En qué estación del año estamos?												65		0		1		“cierra los ojos”											
RESPUESTA					REAL					0 1 2 3 4 5					0 1														
PRIMAVERA					PRIMAVERA					Deletree al revés la palabra					Escriba una frase que tenga														
VERANO					VERANO					MUNDO					Sentido (detrás de esta hoja)														
OTOÑO					OTOÑO					RES		REAL		INC		COR		0 1											
INVIERNO					INVIERNO							O		0		1		Copie este dibujo (detrás de esta											
	0		1		2		3		4		5			D		0		1		Hoja)									
ORIENTACIÓN ESPACIAL												N		0		1		0 1											
¿En qué país estamos?												U		0		1		PUNTUACION TOTAL											
INC		0		COR		1				M		0		1		0 1 2 3 4 5 6 7 8 9													
¿En qué provincia estamos?												0		1		2		3		4 5 6 7 8 9									
INC		0		COR		1		IV: MEMORIA												Puntuación máxima (30)									
¿En qué ciudad estamos?										Dígame el nombre de los tres										EDAD									
INC		0		COR		1		Objetos que le nombre antes										E S C O L											
¿Dónde estamos ahora?												INC		COR		≤ 8 0 +1 +2 9-17 -1 0 +1 >17 -2 -1 0													
INC		0		COR		1		BICICLETA		0		1																	
¿En qué piso / planta estamos?										CUCHARA		0		1															
INC		0		COR		1		MANZANA		0		1		Puntuación corregida															
	0		1		2		3		4		5			0		1		2		3									

ANEXO 3: CUESTUIONARIO DE SALUD SF - 36

MARQUE UNA SOLA RESPUESTA

1.- En general usted diría que su salud es:

- Excelente
- Buena
- Mala
- Muy buena
- Regular

2.- ¿Cómo diría usted que es su salud actual, comparada con lo de hace un año?

- Mucho mejor ahora que hace un año
- Algo mejor ahora que hace un año
- Mas o menos igual que hace un año
- Algo peor ahora que hace un año
- Mucho peor ahora que hace un año

3.- las siguientes preguntas se refieren a actividades o cosas que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual, ¿le limita para hacer esas actividades o cosas? Si es así, ¿Cuándo?

ACTIVIDAD	Si, me limita mucho	Si, me limita un poco	No, no me limita
Esfuerzos intensos tales como correr, levantar objetos pesados o participar en deportes agitados.			
Esfuerzos moderados como mover una mesa, pasar la aspiradora, jugar a los bolos o caminar más de una hora.			
Coger o llevar la bolsa de la compra.			
Subir varios pisos por la escalera			
Subir un solo piso por la escalera			
Agacharse o arrodillarse			
Caminar un kilómetro o mas			
Caminar varios centenares de metros			
Caminar uno 100 metros			
Bañarse o vestirse por sí mismo.			

4.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia a tenido alguna de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas a causa de su salud física?

ACTIVIDAD	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado al trabajo o a sus actividades cotidianas?					
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer?					
¿Tuvo que dejar de hacer algunas tareas en su trabajo o en sus actividades cotidianas?					
¿Tuvo dificultad para hacer su trabajo o sus actividades cotidianas (por ejemplo, le costó más de lo normal)?					

5.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia ha tenido alguno de los siguientes problemas en su trabajo o en sus actividades cotidianas, a causa de algún problema emocional (como estar triste, deprimido o nervioso)?

ACTIVIDAD	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
¿Tuvo que reducir el tiempo dedicado a algún trabajo a sus actividades cotidianas por algún problema emocional?					
¿Hizo menos de lo que hubiera querido hacer por algún problema emocional?					
¿Hizo su trabajo actividades cotidianas menos cuidadosamente que de costumbre por algún problema emocional?					

6.- Durante las últimas 4 semanas, ¿hasta qué punto su salud física o los problemas emocionales ha dificultado sus actividades sociales habituales con la familia, los amigos, los vecinos u otras personas?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

7.- Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las 4 últimas semanas?

- No, ninguno
- Si, moderado
- Si, muchísimo
- Si, muy poco
- Sí, mucho

8.- Durante las 4 últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluido el trabajo fuera de casa y las tareas domésticas)?

- Nada
- Un poco
- Regular
- Bastante
- Mucho

9.- las preguntas que siguen se refieren a como se ha sentido y como le han ido las cosas durante las 4 últimas semanas. En cada pregunta responda lo que se parezca más a como se ha sentido usted. Durante las últimas 4 semanas, ¿con que frecuencia.....

ACTIVIDAD	Siempre	Casi siempre	Algunas veces	Solo algunas veces	Nunca
Se sintió lleno de vitalidad					
Estuvo muy nervioso					
Se sintió tan bajo de moral que nada podía animarle					
Se sintió clamado y tranquilo					
Tuvo mucha energía					
Se sintió desanimado y deprimido					
Se sintió agotado					
Se sintió feliz					
Se sintió cansado					

10.- Durante las 4 últimas semanas, ¿con que frecuencia la salud física o los problemas emocionales el han dificultado sus actividades sociales) como visitar a los amigos o familiares)?

- Siempre
- Casi siempre
- Algunas veces
- Solo algunas veces
- Nunca

11.- Por favor diga si le parece CIERTA O FASLSA cada una de las siguientes frases:

FRASES	Totalmente cierta	Bastante cierta	No lo se	Bastante falsa	Totalmente falsa
Creo que me pongo enfermo más fácilmente que otras personas					
Estoy sano como cualquiera					
Creo que mi salud va empeorar					
Mi salud es excelente					

ANEXO 4: MATRIZ DE CONSISTENCIA

DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN ADULTOS MAYORES QUE RECIBEN ATENCIÓN EN EL CENTRO DE SALUD DE TTIO, CUSCO 2024

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	TIPO DE INVESTIGACIÓN
Problema general: ¿Existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el centro de salud de Ttio, Cusco 2024? Problemas específicos: 1. ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el centro de salud de Ttio, Cusco 2024? 2. ¿Cuál es el grado de deterioro cognitivo general y por dimensiones (orientación, fijación, atención y cálculo, memoria, lenguaje y	Objetivo general: Determinar la relación entre el grado de deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores que reciben atención en el centro de salud de Ttio, cusco 2024. Objetivos específicos: 1. Identificar las características sociodemográficas de los adultos mayores que reciben atención en el centro de salud de Ttio, Cusco 2024. 2. Establecer el grado de deterioro cognitivo general y según dimensiones (orientación, fijación, atención y cálculo, memoria, lenguaje y	Hipótesis general: Existe una relación significativa inversa entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en los adultos mayores que reciben atención en el centro de salud de Ttio, Cusco 2024. Hipótesis específicas: 1. El grado de deterioro cognitivo en adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024 es leve y según	Deterioro cognitivo	- Orientación temporal - Orientación espacial - Fijación - Cálculo y atención - Memoria - Lenguaje y construcción	- Día, semana, mes, estación del año - País, provincia, ciudad, lugar - Nombrar objetos - Cálculo de operación: resta - Deletreo - Repetir lista de objetos - Descripción de objeto - Repetir palabras - Obedecer ordenes - Esfuerzos intensos - Esfuerzos moderados - Coger o llevar objetos	Tipo de estudio Descriptivo: Permite describir las variables Correlacional: establecerá relación entre las variables de estudio. Transversal: se aplicó en un solo momento y tiempo determinado.

construcción) en los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco, durante el año 2024? 3. ¿Cómo es la calidad de vida general y por dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco, durante el año 2024? 4. ¿Cómo es el grado de deterioro cognitivo según las características sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, situación laboral) de los adultos mayores que reciben atención en el centro	construcción) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024. 3. Evaluar la calidad de vida general y según dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, salud general, vitalidad, función social, rol emocional, salud mental) de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024 4. Describir el grado de deterioro cognitivo según las características sociodemográficas (edad, sexo, grado de instrucción, situación laboral) de los adultos mayores que reciben atención en el centro de salud de Ttio, Cusco 2024.	dimensiones va de moderado a severo. 2. La calidad de vida de los adultos mayores que reciben atención en el Centro de Salud de Ttio, Cusco 2024 es regular y según dimensiones (función física, rol físico, dolor corporal, vitalidad, salud general, función social, rol emocional, salud mental) va de regular a mala.	Calidad de vida	- Subir varios pisos - Subir un piso - Agacharse, arrodillarse - Caminar 1km - Caminar varias manzanas - Caminar una manzana - Bañarse y vestirse solo - Reducción de tiempo - Actividades no deseadas - Tareas pendientes - Existencia de dificultad - Aparición de dolor - Interferencia en las actividades - Salud en general - Frecuencia de enfermedades - Sensación de estar sano - Salud deteriorada - Salud excelente - Lleno de vitalidad - Lleno de energía - Sensación de agotamiento	Población: conformada por adultos mayores de 60 años a más que se encuentran en los registros del centro de salud de Ttio, el mismo que ascienden a un total de 935 adultos. Muestra: de acuerdo a la fórmula de poblaciones finitas N = 272 Técnicas de recolección de datos: como técnicas para recopilación de datos se utilizó la encuesta y la entrevista a través de un test para medir el deterioro
---	---	---	-------------------------------	--	--

de salud de Ttio, Cusco 2024?	5. Describir el grado de deterioro cognitivo y la calidad de vida según sus dimensiones, de los adultos mayores que reciben atenciones el centro de salud de Ttio, Cusco 2024.			- Función social - Rol emocional - Salud mental	- Sensación de cansancio - Social-intensidad - Social-frecuencia - Reducción de actividades - Sensación de no querer desarrollar actividades - Nivel de cuidado - Nervioso - Bajo moral - Calmado - Desanimado - Feliz	cognitivo y un cuestionario para medir la calidad de vida. Instrumentos para recolección de datos: - Test Mini Mental State Examination (MMSE) - Short-Form Health Survey (SF – 36)
-------------------------------	--	--	--	---	--	---