

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

FACULTAD DE ENFERMERÍA



**INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD
FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA
JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR,
AREQUIPA, 2016.**

Tesis presentada por las Bachilleres:

**ROSELLÓ FLORES Claudia Verónica
SOTO LINARES Alessandra Emperatriz**

Para optar el Grado Académico de:
LICENCIADAS EN ENFERMERÍA

**AREQUIPA – PERÚ
2016**

PRESENTACIÓN

SEÑORA DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTA MARÍA.

S.D

De conformidad con lo establecido en la Facultad de Enfermería que Ud. dignamente dirige, presento a su consideración y a las señoras miembros del jurado del presente trabajo de investigación: **INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016.**, requisito indispensable para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

Espero que el presente trabajo sea de conformidad y que cumpla con los requisitos académicos y técnicos correspondientes.

Arequipa, Julio del 2016

Claudia Verónica Roselló Flores

Alessandra Emperatriz Soto Linares



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

De : Jurado Dictaminador

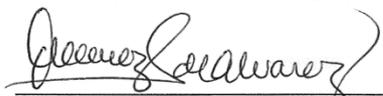
Asunto : Dictamen del Borrador de Tesis:
**INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE
LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA
CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016.**

Autoras : **ROSELLÓ FLORES** Claudia Verónica
SOTO LINARES Alessandra Emperatriz

Fecha : Arequipa, 25 de Julio del 2016

Subsanadas las observaciones hechos por los miembros del Jurado Dictaminador, la tesis puede pasar a sustentación de acuerdo al Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María.

Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Álvarez


Dra. Gloria Núñez de Pinto


Mgter. Rosemary Zapana Begazo



INFORME DE ASESORIA DE TESIS

A: Dra. Sonia Nuñez Chavez
Decana de la Facultad de Enfermería de la U.C.S.M.

DE: Lic. Marcia Huerta Wilson
Asesora de la Investigación

ASUNTO: Informe de Asesoría de Tesis
**“INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD
FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA
JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR,
AREQUIPA, 2016.”**
INVESTIGADORAS: Srta. Claudia Verónica Roselló Flores
Srta. Alessandra Emperatriz Soto Linares

FECHA: Arequipa 14 de Julio del 2016

Antecedentes: La asesoría del tema investigado se llevó a cabo durante los meses de Mayo a Julio del 2016 en 8 sesiones de trabajo, en las que se procedió con la revisión del proyecto aprobado. Se revisó el planteamiento teórico haciendo algunos reajustes y modificaciones, se amplió el rol de enfermería. En el planteamiento operacional se revisó y corrigió algunas tablas, orientando así la presentación de resultados, elaboración de conclusiones y recomendaciones.

Apreciación Personal: La investigación cumple con los pasos del diseño metodológico. Los resultados conducen a tomar acciones preventivo-promocionales para una detección temprana del deterioro cognitivo, por lo que la investigación constituye un aporte a la profesión de enfermería en lo relacionado a la prevención primaria. Las investigadoras han demostrado interés y responsabilidad en todo momento.

Atentamente.



Lic. Marcia Huerta Wilson
Asesora del Trabajo de Investigación



UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

DICTAMEN DE PROYECTO DE TESIS

A : Dra. Sonia Núñez Chávez

De : Dra. Delia Núñez de Álvarez
Dra. Gloria Núñez Pinto
Miembros del Jurado Dictaminador

Tesis : Dictamen de Proyecto de Tesis:
**INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD
FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA
JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO LIBERADOR PORVENIR,
AREQUIPA, 2016.**

Autoras : ROSELLÓ FLORES, Claudia Verónica
SOTO LINARES, Alessandra Emperatriz

Fecha : Arequipa, 02 de Junio del 2016

Reunido el Jurado Dictaminador y absueltas las observaciones, el Proyecto de Investigación puede pasar a la Fase de Ejecución.

Atentamente,


Dra. Delia Núñez de Álvarez
Jurado Dictaminador


Dra. Gloria Núñez Pinto
Jurado Dictaminador

Nuestro profundo agradecimiento:

- ❖ *A Dios nuestro Padre por su eterno amor.*
- ❖ *A la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa por la Formación académica recibida.*
- ❖ *A nuestros padres por el apoyo recibido durante todos estos años.*
- ❖ *A los adultos mayores del Club Teresa Journet de la parroquia Cristo Obrero Porvenir.*
- ❖ *A la hermana Patricia Gotte.*
- ❖ *A la Dra. Dominga Vargas Flores.*

***“MUCHAS GRACIAS POR TODA SU COLABORACION
INCONDICIONAL”***

CLAUDIA Y ALESSANDRA

Con todo mi amor y cariño:

A Dios por permitirme dar este gran paso, por ponerme en este hermoso camino y regalarme la oportunidad de cuidar de quien más lo necesita.

A mi mamá ESTHER FLORES GUILLÉN por su sacrificio y esfuerzo, por su infinito amor y comprensión, por guiar mis pasos siempre, corregir mis errores, enseñarme a no rendirme nunca, por ser mi principal motivación y ejemplo a seguir. Gracias por creer en mí.

A mi hermano LUIS, quien es mi fortaleza, por estar siempre a mi lado, ser mi principal apoyo, mi mejor amigo y mi compañero durante este camino.

A mis tías y primos por apoyarme siempre con su aliento y ayudarme cuando lo necesitaba. A todas las personas que conocí durante estos años; al Voluntariado de Santa María, por acrecentar cada día mi vocación y ayudarme a encontrar el verdadero sentido a mi carrera. A quienes confiaron en mí y me enseñaron muchas cosas, mis AMIGAS, con quienes viví grandes momentos, por todo su cariño y comprensión, porque alegraron mis días.

CLAUDIA

Con amor eterno y profundo agradecimiento:

A Dios por permitir lograr este maravilloso sueño hecho realidad y permitir culminar esta etapa de mi vida profesional.

A mis queridos padres JULIA y GUILLERMO a quienes les debo lo que soy y lo que tengo y a quienes estaré profundamente agradecida por todo el apoyo a mi querida hermana JULISSA por brindarme su alegría y fortaleza.

A mis queridos padrinos, abuelos y familia por todo el apoyo incondicional, por enseñarme y guiarme a conseguir mis sueños para salir adelante en mi carrera profesional.

A todas la personas que me han acompañado y Guiado pero una en especial que me brindo su cariño y apoyo durante estos años enseñándome que nada es imposible todo se puede lograr con esfuerzo, entusiasmo y dedicación.

ALESSANDRA

ÍNDICE

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES	11
RESUMEN	12
ABSTRACT	12
INTRODUCCIÓN	13

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA	14
1.1. Enunciado del Problema	14
1.2. Descripción del Problema	14
1.2.1. Campo, Área y Línea	14
1.2.2. Operacionalización de Variables	14
1.2.3. Interrogantes Básicas	15
1.2.4. Tipo y Nivel del Problema	15
1.3. Justificación	16
2. OBJETIVOS	17
3. MARCO TEÓRICO	18
4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS	45
5. HIPÓTESIS	48

CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTO DE VERIFICACIÓN	49
1.1. Técnica	49
1.2. Instrumento	49
2. CAMPO DE VERIFICACIÓN	50
2.1. Ubicación Espacial	50
2.2. Ubicación Temporal	50

2.3. Unidades de estudio	50
3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS	51

CAPÍTULO III

RESULTADOS

PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	54
CONCLUSIONES	66
RECOMENDACIONES	67
BIBLIOGRAFÍA	68
ANEXOS	70



INDICE DE ILUSTRACIONES

1. ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	56
2. ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	57
3. ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	58
4. ADULTOS MAYORES SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. EDAD CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	59
5. ADULTOS MAYORES SEGÚN COMORBILIDAD ACTUAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	60
6. ADULTOS MAYORES SEGÚN DETERIORO COGNITIVO. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	61
7. ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD PERSONAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	62
8. ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD CULTURAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	63
9. ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD SOCIAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	64
10. ADULTOS MAYORES SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL POR GRADO DE DEPENDENCIA POR GÉNERO. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	65
11. ADULTOS MAYORES SEGÚN INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016	66

RESUMEN

INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016.

INFLUENCE OF COGNITIVE IMPAIRMENT IN FUNCTIONAL CAPACITY OF THE ELDERLY CLUB TERESA JOURNET PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016 .

Claudia Verónica Roselló Flores¹
Alessandra Emperatriz Soto Linares²

El presente estudio tiene como principal objetivo descubrir el tipo de influencia del deterioro cognitivo en la capacidad funcional de un grupo de adultos mayores. Como instrumento se usó el cuestionario de preguntas a través de las Escalas de Pfeiffer y Lawton y Brody aplicados a 35 adultos mayores seleccionados con la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión. Los resultados obtenidos fueron La tercera parte de los adultos mayores presentan deterioro cognitivo normal, el 40% leve y el 23% presenta deterioro cognitivo moderado. Los adultos mayores, demuestran buena capacidad funcional, ya que el 37 % realizan sus actividades diarias con independencia funcional tanto los varones como las mujeres. El deterioro cognitivo que es moderado a normal en los adultos mayores tiene influencia significativa en la capacidad funcional ya que habiéndose realizado el análisis estadístico con el x^2 se encontró relación entre las dos variables.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, capacidad funcional, adultos mayores.

ABSTRACT

The research study main objective is identify influence of cognitive impairment in the functional capacity a group of elderly. As an instrument the questionnaire by Pfeiffer Scales and Lawton and Brody was applied to 35 seniors selected. The results were: The third of part of seniors have normal cognitive impairment, the 40 % level cognitive impairment and the 23% have moderate cognitive impairment. The elderly shows good functional capacity and perform their daily activities with functional independence both men and women. The cognitive impairment that is moderate to normal in elderly have significant influence in the functional capacity as statistical analysis with the x^2 having made relationship between the two variables.

Keywords: Cognitive impairment, functional capacity, older adults.

¹ Bachiller en Enfermería. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada. Calle Londres 312 Urb. Sta. Rosa Mariano Melgar Cel: 997942697. clauch_72@hotmail.com

² Bachiller en Enfermería. Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada. Calle Mariano Melgar 301-A Urb. La Libertad Cerro Colorado. Cel: 931852924. alessita_75@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento muestra cambios sistémicos en el organismo, estos cambios no son casuales, están programadas genéticamente en atención a la edad con carácter universal en las especies. Estos cambios son externos e internos, los internos se dan por el envejecimiento celular y de tejidos – órganos, disminuyendo la capacidad funcional de cada uno de ellos; el envejecimiento externo se da por influencia y/o agresión externa como contaminación ambiental, contacto con agentes infecciosos, traumáticos, químicos, etc., produciendo en ellos enfermedades infecciosas degenerativas y/o traumáticas que aceleran el envejecimiento interno.

Los cambios orgánicos en la etapa de la vejez deterioran y deforman la apariencia personal y reducen y/o anulan la función biofísica de la persona.

De los cambios en general, el del Sistema nervioso es determinante en la persona adulta mayor por la muerte progresiva de neuronas y con esto la disminución progresiva de la muerte cerebral. Este fenómeno reduce la síntesis y el metabolismo de los neurotransmisores principales haciendo que los impulsos nerviosos sean conducido en forma lenta; es por ello, que los adultos mayores se demoran para reaccionar y responder: si a esto se suma el estado nervioso autónomo que por su menor eficiencia produce hipotensión postural y los cambios sensoriales en el oído, el olfato, el tacto y el gusto, hacen que dichas personas tengan menos orientación y por lo tanto, el funcionamiento de la persona es menos satisfactoria desde el punto de vista físico llevándolo al sedentarismo.

Estas deficiencias neurológicas consideradas como deterioro cognitivo pueden repercutir negativamente en la capacidad funcional de los adultos mayores, hecho que va a tentar contra su calidad de vida. De ahí la necesidad de realizar la presente investigación a fin de medir dicha repercusión y/o influencia y en atención al resultado posponer soluciones que disminuyen el problema y así mejorar la calidad de vida de los adultos mayores.

El contenido del informe de investigación se organizará en tres capítulos, el primero contiene el marco teórico; el segundo, le operacional y el tercero, los resultados, conclusiones y recomendaciones.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado

INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016.

1.2. Descripción del Problema

1.2.1. Área del Conocimiento

Campo : Ciencias de la Salud

Área : Enfermería

Línea : Enfermería en la Salud del Adulto Mayor

1.2.2. Operacionalización de Variables

El estudio tiene dos variables:

Independiente : Deterioro cognitivo

Dependiente : Capacidad funcional de los adultos mayores.

VARIABLES	INDICADORES	SUB-INDICADORES
Independiente Deterioro Cognitivo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Identidad personal 2. Identidad social 3. Cultural 	<ul style="list-style-type: none"> • Deterioro leve • Deterioro moderado • Deterioro severo
Dependiente Capacidad Funcional del adulto mayor	<ol style="list-style-type: none"> 1. Uso del teléfono 2. Hacer compras 3. Preparación de la comida. 4. Cuidado de la casa 5. Lavado de ropa 6. Uso de medios de transporte 7. Responsabilidad respecto a su medicina. 8. Manejo de sus asuntos económicos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Dependencia total • Dependencia grave • Dependencia Moderada • Dependencia leve • Independencia

1.2.3 Interrogantes Básicas

- A. ¿Cuál es el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa?
- B. ¿Cuál es la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa?
- C. ¿Cómo influye el deterioro cognitivo en la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir en su capacidad funcional?

1.2.4 Tipo y Nivel del Problema

Tipo : De campo

Nivel : Explicativo de corte transversal

1.3. Justificación del Problema

El presente estudio justifica analizarlo y estudiarlo, en razón a que los adultos mayores constituyen un grupo poblacional cada vez mayor, que presenta cambios estructurales y funcionales en forma rápida, sin embargo la expectativa de vida que cada vez es más alta, aunque que se evidencie en ellos deterioro de las funciones físicas, cognoscitivas, psicológicas y motoras, y por consiguiente, exista disminución funcional sistémica, que determine su dependencia para realizar las actividades diarias e instrumentales.

“El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informó que al 2015, la población adulta mayor (60 y más años de edad) en el Perú asciende a 3 millones 11 mil 50 personas que representan el 9,7% de la población. De este total, 1 millón 606 mil 76 son mujeres (53,3%) y 1 millón 404 mil 974 son varones (46,6%). Estas cifras confirman que en el Perú, como en todo el mundo, se vive el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, que significa que las mujeres viven más años que los hombres, en la medida que avanzan en edad.³

El envejecimiento trae consigo la disminución cognitiva y fisiológica causando aislamiento y la pérdida de autonomía e independencia, porque el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones. La pérdida de memoria a corto plazo y la incapacidad para realizar cálculo son indicadores sensibles de la reducción de estas funciones, por lo tanto, se presentan situaciones que aumentan la fragilidad del adulto mayor, como caídas,

³ INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA E INFORMATICA, datos de la población 2015, pág. 1

quemaduras, desorientaciones, etc., vulnerabilidad producto de una inadecuada capacidad funcional de los distintos órganos y sistemas.

Circunstancias que van a hacer presentar la necesidad de atención médica y especialmente de **enfermería** sobre todo en actividades preventivas promocionales.

Este estudio, es relevante porque intenta descubrir cómo influye el deterioro cognitivo en la funcionalidad de los adultos mayores para mejorar la realización de sus actividades diarias. Asimismo, es científicamente relevante porque el producto o resultado obtenido contribuirá a fortalecer la importancia que tiene el aspecto socio familiar en la pérdida gradual de sus capacidades motrices y cognoscitivas conforme a la avanza la edad de este grupo poblacional.

2. OBJETIVOS

- a. Determinar el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa.
- b. Determinar la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa.
- c. Precisar la influencia del deterioro cognitivo en la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. ENVEJECIMIENTO

3.1.1. Definición

El envejecimiento es un proceso progresivo intrínseco que forma parte del ciclo biológico natural que acontece en todo ser vivo con el paso de los años, por lo que el ser humano se encuentra inmerso en el mismo. La dinámica de la población de los últimos años ha experimentado cambios como el aumento significativo de adultos mayores, al cual ha influido la combinación de la esperanza de vida cada vez mayor con el continuo descenso de la fecundidad.⁴

La Organización Panamericana de la Salud y la Organización Mundial de la Salud definen el envejecimiento individual como “el proceso de integración entre un individuo que envejece y una realidad contextual en proceso de cambio permanente, siendo el estado funcional el mejor indicador de salud en la población adulta mayor”.⁵

La funcionalidad física del adulto mayor constituye la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades. La dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se relaciona con aumento en la mortalidad de los adultos mayores. El proceso funcional geriátrico comienza cuando un adulto mayor independiente desarrolla limitación en su reserva funcional, manifestada por un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad.⁶

⁴ Zúñiga-Herrera E, García JE. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. Horizontes. 2008(13):93- 100. [En línea] <http://portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>. [Consultada 04/03/2014]

⁵ Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Segunda edición. Washington D. C.: OPS/OMS; 2002. [En línea] <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf> [Consultada 04/03/2014].

⁶ Ávila-Fermat FM, Montaña-Álvarez M. Funcionalidad. En: García Peña MC, Gutiérrez-Robledo LM, Arango-Lopera VE, Pérez-Zepeda MU. Geriátria para el médico familiar. México: Manual Moderno; 2012. p. 2-3

3.1.2. Envejecimiento Biológico Normal

3.1.2.1. Envejecimiento intrínseco y extrínseco

El envejecimiento intrínseco (del interior de la persona) denota los cambios que ocasiona el proceso normal de envejecimiento; se encuentran programados genéticamente y son en esencia de carácter universal en las especies. La universalidad es el criterio principal que se utiliza para diferenciar el envejecimiento normal del anormal. Los cambios extrínsecos del envejecimiento obedecen a influencias externas, como trastornos y enfermedades, contaminación del aire y exposición a la luz solar, que acelera dicho proceso. Estos factores que contribuyen al envejecimiento anormal se eliminan o disminuyen mediante intervenciones eficaces de cuidados a la salud.

A. Cambios celulares, hísticos y orgánicos relacionados con la edad.

Los cambios celulares y extracelulares en la etapa de la vejez deterioran la apariencia y la función física. Existen cambios medibles en la forma y composición del cuerpo. Las personas ancianas se encogen, disminuyendo el ancho de su espalda y aumentando la circunferencia torácica, el abdomen y el diámetro pélvico. La piel se torna delgada y arrugada. La masa corporal de apoyo disminuye y la masa de grasa aumenta. La grasa (tejido adiposo) se redistribuye desde los tejidos subcutáneos y las extremidades al tronco.

La capacidad del cuerpo para preservar la homeostasis o constancia disminuye progresivamente con el envejecimiento celular. Los sistemas orgánicos no funcionan con toda su eficacia debido al déficit celular y de los tejidos. Las células resultan menos capaces de reemplazarse a sí mismas. Acumulan un pigmento conocido como lipofuscina. Dentro del tejido conectivo, la degradación de elastina y colágena ocasiona que los tejidos se hagan rígidos y menos elásticos.

B. Cambios de los sistemas y aparatos relacionados con el envejecimiento: fomento de la salud.

El bienestar general de los adultos mayores depende de factores físicos, mentales, sociales y ambientales. La evaluación completa del estado de salud abarca los sistemas y aparatos corporales principales, estado mental y situación social, así como la capacidad para funcionar como persona independiente, no obstante la presencia de enfermedades crónicas. Para la valoración e intervenciones de enfermería en los cambios de los sistemas y aparatos corporales relacionados con la edad).

3.1.2.2. Cambios cardiovasculares

Las cardiopatías son la causa principal de muerte en todos los grupos de edad, incluidos los adultos mayores. La tasa de mortalidad por trastornos cardiovascular también aumenta con la edad. Los cambios estructurales que son normales con el envejecimiento del aparato circulatorio, reducen la capacidad de funcionamiento de éste, válvulas cardíacas se vuelven más gruesas y rígidas; el corazón y las arterias pierden elasticidad. Además, las arterias dilatan, se vuelven tortuosas y se acumulan depósito: calcio y grasas en la cara interna de sus paredes.

Aunque normalmente se mantiene el funcionamiento aparato circulatorio, sí disminuyen su reserva y capacidad de respuesta al estrés. El gasto cardíaco en reposo (frecuencia cardíaca por volumen sistólico) disminuye en un año hasta llegar cerca de 1% después de los 20 años. En condiciones estrés, tanto el gasto cardíaco máximo como la frecuencia cardíaca máxima disminuyen anualmente.

Anteriormente se pensaba que la hipertensión sistólica era parte del proceso normal de la vejez. La hipertensión que a menudo se le llama presión alta, aun cuando no universal, es un problema común en las poblaciones adultas mayores. Por tanto, es un proceso patológico. Se ha mostrado que la hipertensión es un factor de riesgo mayor de trastornos

cardiovasculares en todos los grupos de edad. Los adultos mayores con presión sanguínea menor de 140/90 mmHg viven más que quienes tienen valores más altos. Un diagnóstico de hipertensión sólo debe hacerse después de que se ha confirmado al menos dos lecturas subsecuentes.

En las personas ancianas, el diagnóstico de hipertensión se clasifica como:

1. Hipertensión sistólica aislada en la cual la lectura sistólica excede de 160 mmHg, con una medición diastólica normal o cerca de lo normal (menor a 90 mmHg).
2. Hipertensión esencial en la que la presión diastólica es mayor o igual a 90, independientemente de la presión sistólica.
3. Hipertensión o hipertensión secundaria que puede atribuirse a una causa subyacente.

La **disfunción cardiovascular** interfiere con actividad normal de la vida cotidiana. Los cambios normales del envejecimiento, los factores genéticos y el estilo de vida contribuyen a producir trastornos mayores como disritmias cardíacas, insuficiencia cardíaca congestiva, arteriopatía coronaria, arterioesclerosis, hipertensión, claudicación intermitente (dolor que surge en la pierna al caminar), infarto (miocardio), vasculopatía periférica y accidentes cerebrovasculares (apoplejías).

La salud cardiovascular en adultos mayores se fomenta mediante ejercicio constante, dieta adecuada, control de peso, revisiones periódicas de la presión arterial, prevención del estrés, erradicación del cigarro. Los parámetros de valoración adicional incluyen estar atento a las reacciones a medicamentos, como hipotensión ortostática, desequilibrio electrolítico, confusión y depresión.

Para evitar mareos, desmayos y posibles caídas a consecuencia de hipotensión ortostática se aconseja al paciente sentarse despacio a partir de una posición horizontal y después incorporarse a una postura erguida.

3.1.2.3. Cambios respiratorios

Los cambios del aparato respiratorio relacionados con el envejecimiento que afectan la capacidad y la función pulmonares abarcan: aumento del diámetro torácico anteroposterior; colapso osteoporótico de vértebras y la cifosis resultante, calcificación de cartílagos costales y disminución de los movimientos de las propias costillas; reducción de la eficacia de los músculos auxiliares de la respiración, aumento de la rigidez pulmonar y disminución del área de superficie alveolar. El aumento de la rigidez o la pérdida del rebote elástico hacen que se incremente el volumen residual y disminuya la capacidad vital. Esto mengua la capacidad de intercambio y difusión de los gases respiratorios.

Las reducciones de la eficacia de la tos y de la actividad ciliar, así como el aumento del espacio muerto, hacen que el viejo sea más susceptible a infecciones respiratorias. La función respiratoria de los adultos mayores es suficiente para las actividades cotidianas, pero se reduce la capacidad ventilatoria. Esto hace que también sea menor la tolerancia al ejercicio sostenido y que se requieran periodos breves de reposo durante actividades prolongadas.

Las actividades para el fomento de la salud que ayudan a que el adulto mayor mantenga un funcionamiento respiratorio adecuado incluye ejercicios periódicos, consumo adecuado de líquidos, inmunizaciones anuales contra la influenza, no fumar y prevenir infecciones respiratorias.⁷

⁷ Arroyo Rueda M. La Vejez Avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales. México: Universidad Juárez del Estado de Durango; 2011

3.1.2.4. Cambios Tegumentarios

Entre las funciones de la piel se cuentan las de protección, regulación de la temperatura, recepción de estímulos sensoriales y excreción. El envejecimiento se acompaña de cambios intrínsecos y extrínsecos que afectan la función y el aspecto de la piel. La epidermis y la dermis se adelgazan, disminuye el número de fibras elásticas y el colágeno se vuelve más rígido. También se reduce la cantidad de grasa subcutánea, sobre todo en las extremidades. La pérdida de capilares de la piel origina un menor riego sanguíneo. Todos estos cambios hacen que la piel tenga menos elasticidad y que se arrugue y cuelgue. También disminuye la pigmentación del pelo, que encanece. La piel se reseca y se vuelve susceptible de irritaciones, a raíz de disminución en la actividad de las glándulas sebáceas y sudoríparas. Los pigmentos cutáneos se distribuyen en forma irregular y a manera de manchas, particularmente en áreas expuestas con anterioridad a la luz solar. Estos cambios tegumentarios reducen la tolerancia a las temperaturas extremas y a la luz solar. La sequedad de la piel hace que la persona sea susceptible a la comezón y la irritación de la piel.

Los puntos didácticos para fomentar la función de la piel saludable comprenden evitar la exposición al sol, utilizar ropa adecuada para proteger la piel, mantener una temperatura adecuada en interiores, usar una crema dérmica lubricante y evitar baños de tina prolongados.

3.1.2.5. Cambios reproductivos

La producción ovárica de estrógenos y progesterona cesa con la menopausia. Los cambios que ocurren en los órganos reproductivos de la mujer incluyen adelgazamiento de la pared vaginal, con angostamiento de la vagina y disminución de su elasticidad; reducción de las secreciones vaginales, que origina sequedad, escozor y menor acidez vaginales; involución (atrofia) uterina y ovárica, y disminución del tono de los músculos del perineo, que produce incontinencia de esfuerzo y micción

urgente. Estos cambios contribuyen a las hemorragias y coito doloroso (dispareunia). En el hombre se reduce el tamaño del pene y los testículos, al igual que las concentraciones de andrógenos.

Los impulsos y la actividad sexuales se reducen, pero no desaparecen, tampoco se deben desalentar. La sociedad con frecuencia considera en forma errónea que los adultos mayores son seres asexuados. **La enfermera** puede explicarles que la actividad sexual varía de una persona a otra y guarda relación con la conducta sexual en etapas previas. Si se requiere asesoría ulterior, sugiérase el tratamiento con un profesionalista capacitado. Entre las recomendaciones adicionales se incluye el uso de un lubricante vaginal o la obtención de información sobre tratamiento para el reemplazo de estrógeno.

3.1.2.6. Cambios genitourinarios

El sistema genitourinario continúa funcionando en las personas ancianas, aunque disminuye la masa renal, principalmente a causa de pérdida de nefronas. Los cambios de la función renal abarcan reducción del índice de filtración glomerular y de la función de los túbulos renales, con menor eficacia en la reabsorción y la concentración de la orina, y restauración más lenta del equilibrio ácido básico en respuesta al estrés. También disminuye el tono muscular de los uréteres, vejiga y uretra. Ocurre lo mismo con la capacidad de la vejiga, de modo que los adultos mayores no siempre pueden vaciarla por completo. La retención de orina aumenta el riesgo de infecciones. También son problemas comunes la micción frecuente y urgente, así como la incontinencia. En mujeres, suele haber disminución del tono de los músculos del perineo, que origina incontinencia de esfuerzo y micción urgente. La hipertrofia prostática benigna (agrandamiento de la próstata) es un hallazgo común en varones adultos mayores; causa retención crónica de orina, micción frecuente e incontinencia urinaria.

La ingestión adecuada de líquidos es necesaria para prevenir las infecciones vesicales y conservar el balance hídrico. La incontinencia urinaria y la micción frecuente se reducen si el anciano:

- a. Tiene fácil acceso a instalaciones sanitarias
- b. Orina con regularidad
- c. Practica ejercicios de los músculos perineales

Los ejercicios de los músculos perineales, descritos por Kegel, son muy útiles en la reducción de los síntomas de incontinencia urinaria de esfuerzo, en especial en mujeres. La mejoría del control muscular se logra sólo al cabo de varios meses, de modo que se debe alentar al paciente para que persista en la práctica regular de los ejercicios. Para mostrar al paciente la forma en que deben realizarse, se comienza con la identificación del músculo pubococcígeo. Se le hace saber que este músculo es el mismo que se utiliza para retener flatos o retener voluntariamente el flujo de orina. El abdomen, los músculos y los glúteos se mantienen relajados.

El músculo pubococcígeo es el primero en tensionarse y luego se relaja, cada 10 segundos. Estos dos ejercicios deben alternarse y repetirse diez veces en cuatro a seis sesiones diarias. Pueden practicarse de pie, sentado o acostado. La enfermera sugerirá al sujeto que los practique de manera simultánea con otras actividades cotidianas, ya que pasan desapercibidos para otras personas. También se recomiendan para varones que padecen goteo urinario relacionado con operaciones de la próstata. Se indica al paciente que tense el esfínter externo del ano hasta que se retraiga el pene. La repetición frecuente de este ejercicio hará que se produzca el tono muscular necesario.

El estreñimiento es uno de los principales factores que contribuyen a producir incontinencia urinaria. La enfermera anima al paciente a que coma una dieta alta en fibra, beba una cantidad adecuada de líquidos y aumente su movilidad para promover una función intestinal regular.

3.1.2.7. Cambios gastrointestinales

El funcionamiento del aparato digestivo continúa siendo más o menos adecuado a lo largo del ciclo vital. No obstante, muchos adultos mayores padecen síntomas relacionados con desaceleración del tránsito de los alimentos o hipomotilidad gastrointestinal. Casi la mitad de la población ha perdido los dientes hacia los 60 años. Esto no es una consecuencia inevitable del envejecimiento; pero la enfermedad periodontal es común; origina aflojamiento y caída de los dientes. También disminuye la salivación, con lo que se suele experimentar sequedad de la boca.

El peristaltismo esofágico es menos eficaz. Además, el cardias a veces presenta disfunción y no se relaja, lo que origina demora del vaciado esofágico y dilatación de la porción inferior del esófago. Los síntomas principales con frecuencia son la sensación de plenitud, pirosis e indigestión. La motilidad gástrica suele disminuir, lo que provoca retraso en el vaciado del contenido gástrico. Además, la hiposecreción de ácido clorhídrico y pepsina reduce la absorción de hierro, calcio y vitamina B₁₂.

La absorción de nutrientes en el intestino delgado parece disminuir, pero sigue siendo adecuada. Por lo general también se mantiene el funcionamiento del hígado, vesícula biliar y páncreas, aunque con ciertas deficiencias en la absorción de grasas y la tolerancia a las mismas. La incidencia de cálculos biliares y del conducto colédoco aumenta en forma progresiva en la edad avanzada. Las personas de 60 o más años se someten a más operaciones abdominales como consecuencia de cálculos biliares que de cualquier otro trastorno.

El estreñimiento está entre los trastornos más frecuentes en adultos mayores. Cuando es moderado, está acompañado por síntomas como los de dolor abdominal y flatulencia. Sin embargo, tiene consecuencias más graves, como las heces impactadas, que contribuyen a las evacuaciones diarreicas cuando la materia fecal logra llegar más allá del sitio de impacción, además de la incontinencia fecal y la obstrucción intestinal.

Entre los factores que predisponen al estreñimiento se incluyen las dietas con baja cantidad de fibra, uso crónico de laxantes, inhibición de la defecación, efectos adversos de medicamentos, trastornos emocionales, Inactividad, ingestión deficiente de líquidos y exceso de grasas en la dieta.

Es posible fomentar el funcionamiento gastrointestinal en personas de edad avanzada en base a prácticas saludables como limpieza dental y utilización del hilo dental todos los días, recibir cuidados odontológicos periódicos; consumir comidas frecuentes y poco abundantes; evitar actividades extenuantes después de comer; ingerir una dieta rica en fibras y baja en grasas; beber cantidades adecuadas de líquidos; establecer hábitos intestinales periódicos y evitar el uso de laxantes y antiácidos.

Las funciones social, psicológica y fisiológica de la alimentación influyen en los hábitos dietéticos de los adultos mayores. La disminución de sus actividades físicas y de la intensidad de su metabolismo reduce el número de calorías necesarias para mantener el peso normal. Aunque es conveniente que ingieran menos calorías, continúan necesitando los mismos nutrientes. La apatía, falta de actividades, depresión, soledad, pobreza, ignorancia, enfermedades bucales y carencia de discriminación gustativa contribuyen a hábitos alimentarios desaconsejables. Las calorías innecesarias e inútiles corresponden principalmente a alimentos con contenidos altos de grasas, colesterol y azúcar.

La enseñanza para el fomento de la salud incluye alentar; la ingestión de una dieta con bajo contenido de sodio y grasas saturadas, destacando la ingestión de verduras, frutas y carne de pescado. El viejo requiere una amplia variedad de alimentos para mantener una nutrición equilibrada. Las grasas, y en particular las saturadas, deben evitarse por su alto contenido de calorías y su contribución a la aterosclerosis.

También debe tenerse en mente que la obesidad guarda relación con los trastornos cardiovasculares. No más de 20 a 25% de las calorías de la

dieta deben corresponder a grasas. Además, se ha demostrado que la reducción en la ingestión de sodio disminuye los valores de la hipertensión.

La ingestión de proteínas debe permanecer sin cambio en la ancianidad. Los frijoles y guisantes secos son fuentes excelentes y baratas de proteínas y fibras. La carne roja, leche entera, huevos y queso deben reemplazarse con carnes de pollo y pescado, así como con productos lácteos de bajo contenido en grasas, para que la ingestión de proteínas sea adecuada y la de grasas se reduzca.

Los carbohidratos, fuente importante de energía, deben aportar 55 a 60% de las calorías diarias de la dieta. Han de evitarse los azúcares simples, con fomento de la ingestión de carbohidratos complejos. Las papas, los cereales de grano entero, el arroz no pulimentado y las frutas aportan minerales, vitaminas y fibras; debe fomentarse su ingestión, aunque es más difícil prepararlos y masticarlos. Los alimentos industrializados con frecuencia tienen contenidos altos de sodio y bajo de otros nutrimentos, en proporción al número de calorías que aportan.

El consumo deficiente de agua origina deshidratación y estreñimiento, trastornos comunes en el anciano. El balance hídrico es necesario para mantener el peristaltismo y el gasto urinario, además de que las secreciones se vuelven menos viscosas y abundantes. Se recomienda la ingestión de ocho vasos diarios de agua, a menos que ello esté contraindicado por trastornos médicos.

3.1.2.8. Cambios musculo esqueléticos

La disminución progresiva y lenta de la masa ósea se inicia antes de los 40 años. La pérdida excesiva de la densidad de los huesos da por resultado la osteoporosis. Este trastorno es más evidente en posmenopáusicas y se relaciona con inactividad, ingestión deficiente de calcio e Interrupción de la secreción de estrógeno. Su incidencia es más alta en nativos del norte

de Europa y otras personas de ascendencia caucásica, al igual que en chinos y japoneses. Incluye resorción ósea, con riesgo de fracturas, en especial de vértebras, hombros, muñecas, cuello y diáfisis femorales y tibia. En la edad avanzada disminuye la estatura por acortamiento del tronco derivado de cambios osteoporóticos de la columna vertebral, cifosis (curvatura anormal de la porción torácica de la columna vertebral) y flexión de caderas y rodillas. Estos cambios afectan de manera adversa la movilidad, el equilibrio y el funcionamiento de los órganos internos.

Los músculos, consistentes en células posmitóticas, presentan disminución de su tamaño, fuerza, flexibilidad y resistencia a causa de la actividad física escasa y la edad avanzada. La dorsalgia es común. Desde la edad madura, los cartílagos articulares se deterioran en forma progresiva. La artropatía degenerativa (osteoartritis) afecta a todos los adultos mayores de más de 70 años.

La osteoporosis es un problema común en las mujeres ancianas. La desmineralización osteoporótica se acelera con la carencia de estrógenos y la ingestión de dietas con contenidos bajo de calcio y alto de fósforo.

La enfermera puede recomendar:

1. Ingestión alta de calcio (los productos lácteos y las verduras de hoja verde son fuentes excelentes, al igual que sopas y caldos, en cuya elaboración se incluyen huesos y vinagre, para separar el calcio de éstos)
2. Dieta con bajo contenido de fósforo (lo ideal es que la ingestión de este elemento sea igual a la del calcio; deben evitarse las carnes magras, bebidas de cola y alimentos industrializados con contenidos bajo de calcio y alto de fósforo)
3. La práctica regular de ejercicio físico (la tracción de las inserciones musculares en los huesos largos los fortalece y demora la absorción de calcio)

Los complementos de calcio, vitamina D, fluoruro y estrógenos se prescriben con frecuencia a las personas con alto riesgo de padecer osteoporosis o que ya la sufren. Aunque este trastorno no es reversible, es previsible y controlable.

Los programas de ejercicio regular duran, en ocasiones, toda la vida o se inician en etapas tardías de la misma. El concepto de que lo que no se usa se atrofia es muy pertinente cuando se considera la capacidad física del viejo. Una barrera importante para que practique ejercicios físicos es la actitud de la sociedad en general y la propia actitud negativa; se supone que la gente de edad avanzada es frágil y físicamente no apta. Muchos opinan que necesitan menos ejercicio, que las actividades intensas tienen demasiados riesgos y que su capacidad para la práctica del ejercicio físico es limitada. Tienden a permanecer en casa y, con frecuencia, carecen de la motivación necesaria para comenzar o continuar actividades físicas.

La enfermera desempeña la importante función de alentar y estimular a las personas ancianas para que participen en un programa de ejercicios regulares. Las investigaciones muestran que el ejercicio aumenta la eficacia cardiovascular y respiratoria; de manera específica, incrementa la fuerza y frecuencia de las contracciones cardiacas, así como la captación de oxígeno por parte de las células del miocardio y los músculos estriados. También se ha demostrado que reduce la fatiga, aumenta la energía y disminuye los factores de riesgo cardiovasculares. La resistencia, fuerza y flexibilidad musculares son resultado de la práctica regular de ejercicio y ayudan a fomentar la independencia y el bienestar psicológico. Los ejercicios aeróbicos son la base de los programas de acondicionamiento cardiovascular de resistencia.

Cabe mencionar que los adultos mayores deben tener también una actitud sensata respecto del ejercicio. Es necesaria la realización de un examen físico médico antes de iniciar un programa de ejercicios. Este se basa en el estado actual de salud y las actividades que el paciente acostumbraba realizar, con periodos de calentamiento y enfriamiento antes y después

de los ejercicios. Los adultos mayores deben ejercitarse con moderación, intercalando periodos breves de reposo para evitar la fatiga excesiva. La natación y la caminata acelerada se recomiendan con frecuencia, dada la facilidad para realizarlas.

3.1.2.9. Cambios en el sistema nervioso

La estructura y el funcionamiento del sistema nervioso disminuyen con la edad avanzada. La disminución progresiva de la masa cerebral se atribuye a la muerte de neuronas, células que no se reproducen. Existe una reducción en la síntesis y metabolismo de los neurotransmisores principales. Los impulsos nerviosos son conducidos más lentamente y, por tanto, las personas ancianas toman más tiempo para responder y reaccionar. El sistema nervioso autónomo trabaja de manera menos eficiente y presenta hipotensión postural. La isquemia cerebral con aturdimientos relacionados puede interferir con la movilidad y la seguridad. La homeostasis es más difícil de mantener, pero en ausencia de cambios patológicos las personas ancianas funcionan de manera adecuada y conservan sus capacidades cognitivas e intelectuales. Junto con los cambios en el sistema nervioso, se presenta una reducción del flujo sanguíneo cerebral. Sin embargo, en condiciones normales, es adecuado el suministro de oxígeno y glucosa.

El aumento en el tiempo de reacción hace que los adultos mayores estén en riesgo de sufrir accidentes y lesiones. La pérdida de la conciencia o una sensación de desfallecimiento se presentan cuando la persona se incorpora rápidamente de una posición ya sea sentada o recostada. La enfermera recomienda a la persona que deje pasar más tiempo para responder a un estímulo y moverse con más libertad. La función mental es amenazada por la tensión física o emocional. Una manifestación súbita de confusión suele ser el primer síntoma de una infección o cambio en la condición física (neumonía, infección de las vías urinarias, interacciones medicamentosas, deshidratación u otros), o de algunas enfermedades neurológicas como la Demencia Senil y el Alzheimer.

3.1.2.10. Cambios sensoriales

Los órganos de los sentidos de visión, audición, gusto, tacto y olfato permiten estar en contacto con el medio externo. Los mensajes que se reciben de éste mantienen orientado, interesado y satisfecho al individuo. El déficit sensorial común en la edad avanzada afecta a todos los órganos de los sentidos y ponen en entredicho tal interacción. Se trata de una etapa en que la persona funciona menos satisfactoriamente desde el punto de vista físico y es sedentaria. El déficit sensorial tiene efectos negativos en quienes no pueden leer o ver programas de televisión, escuchar conversaciones en la medida necesaria para participar en ellas ni tienen discriminación gustatoria suficiente para disfrutar los alimentos.

La disminución en el funcionamiento de los órganos de los sentidos origina déficits sensoriales que con frecuencia se compensan mediante dispositivos, como anteojos o prótesis auditivas. La privación sensorial es la ausencia de estímulos en el medio o la incapacidad para interpretar los estímulos presentes (quizá como resultado de un déficit sensorial). Esta privación origina aburrimiento, confusión, inestabilidad, desorientación y ansiedad. La estimulación social significativa dada al anciano a menudo es útil para corregir este problema. Todos los viejos tienen déficits sensoriales y como resultado de esto, están en alto riesgo de sufrir privaciones sensoriales; aunque éstas no les afectan a todos. Es posible que alguno de los sentidos sustituya a otro en la recepción e interpretación de estímulos. Para aumentar la estimulación sensorial se utilizan colores, cuadros, texturas, sabores, olores y sonidos. Los estímulos tienen más significado cuando se interpretan para el anciano y si cambian con frecuencia. Las personas confundidas responden al tacto y a las canciones que les son familiares.

- **Visión**

Se forman nuevas células alrededor del borde externo de cristalino y originan la acumulación de células viejas. El cristalino se vuelve

amarillento, rígido y opaco. Así, sólo la porción externa del mismo tiene elasticidad suficiente para cambiar de forma (acomodación) y enfocar la vista en objetos distantes y cercanos. Al progresar la pérdida de flexibilidad del cristalino, el punto de enfoque para la visión cercana se aleja. Este padecimiento, la presbiopía, suele iniciarse en el quinto decenio de vida. Con él, se requieren anteojos para la lectura y la ampliación de objetos. Además, el cristalino amarillento y opaco causa la dispersión de la luz y, por consiguiente, hace que la persona de edad avanzada se deslumbre con facilidad. La capacidad para diferenciar el verde del azul disminuye, al tiempo que la pupila se dilata menos y más despacio por el aumento de la rigidez de los músculos ciliares. A las personas mayores les toma más tiempo ajustarse cuando van o vienen de algún ambiente o sitio oscuro a uno iluminado, y necesitan una luz más brillante para enfocar la visión. Aun cuando las condiciones visuales patológicas no son parte de una vejez normal, existe una mayor frecuencia de enfermedades oculares en las personas ancianas. Entre las que se encuentran con mayor frecuencia son: cataratas, glaucoma, degeneración macular senil y retinopatía diabética.

- **Audición**

La disminución de la capacidad para escuchar los tonos agudos tiene lugar durante la edad madura. Este déficit auditivo relacionado con la edad, la presbiacusia, se atribuye a cambios irreversibles del oído interno. A menudo, el viejo no entiende el sentido de las conversaciones porque escucha consonantes agudas (p. ej., f, s, ch, b, t, p) de la misma manera. Al no poder comunicarse, se siente aislado y se retrae de las actividades sociales. Cuando haya razones para suponer trastornos de la audición, deben evaluarse ésta y el estado de los oídos. La acumulación de cerumen u otros problemas corregibles suelen causar algunas dificultades auditivas de importancia. Las prótesis auditivas prescritas y de ajuste adecuado son útiles para reducir los déficit auditivos.

La pérdida de audición es motivo para que el anciano responda inapropiadamente, entienda mal durante una conversación y evite el contacto social. Esta conducta en ocasiones se interpreta como confusa o "senil".

- **Tacto**

El sentido del tacto transmite los mensajes más íntimos y de más fácil interpretación. Cuando disminuye la agudeza de otros sentidos, el tacto reduce el estado de aislamiento y da una sensación de bienestar. Aunque los receptores del tacto se vuelven menos sensibles con la edad avanzada, la sensibilidad no desaparece. Los viejos desean tocar a los demás y ser tocados. Sus oportunidades para hacerlo a menudo disminuyen a causa de la reducción de su movilidad y de sus interacciones sociales. Es posible incrementar el contacto táctil mediante masajes dorsales y del pie, o el contacto suave. Las mascotas también pueden ser de utilidad como centro de atención emocional, pues proporcionan a los adultos mayores cariño, calor y estimulación táctil, todo lo cual mejora en forma considerable la calidad de su vida.

- **Gusto y olfato**

Los cuatro sabores básicos son dulce, amargo, salado y agrio. Los adultos mayores pierden la sensibilidad a los sabores dulces. Esto explica su tendencia al consumo excesivo de caramelos. La disminución de la sensibilidad gustativa también podría contribuir a su preferencia por los alimentos salados y 45 muy sazonados. Las especias, la cebolla, el ajo y el limón se recomiendan como sustitutos de la sal para condimentar los alimentos.

- **Promoción de la salud para los trastornos sensoriales**

Las estrategias de fomento de la salud para preservar el funcionamiento sensorial son las que se describieron para cada uno de los sentidos.

3.2. DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR

3.2.2. Fisiopatología

Tanto en el envejecimiento normal como en el patológico, la disfunción amnésica es la alteración cognoscitiva más común. El disturbio de la memoria causa alteración significativa en el funcionamiento social o laboral pues ella es esencial para todos los aspectos de la vida diaria y su anormalidad afecta el aprendizaje y el recuerdo.

El Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad es un trastorno relativamente benigno que puede ser bastante común por el hecho de estar vinculado con el envejecimiento normal y el evidente incremento de la expectativa de vida en el ámbito mundial y nacional, con una mayor población de personas de la tercera edad y el consecuente aumento de enfermedades crónicas, propias de este segmento poblacional. En particular, las demencias y los trastornos cognitivos se han convertido en un problema importante de salud, por su frecuencia en la práctica comunitaria y por su transcendencia en la calidad de vida de los adultos mayores.⁸

A pesar de las diversas causas capaces de producir deterioros cognoscitivos, su cuadro sintomático es muy común, lo cual facilita, en cierto sentido, su diagnóstico por métodos clínicos y neuropsicológicos con relativa certeza y lo hace asequible al nivel de la atención de salud básica. El hecho de que el síntoma subjetivo de pérdida amnésica sea un requisito indispensable para establecer el diagnóstico del Deterioro de la Memoria Asociado con la Edad origina reservas en considerar tales manifestaciones, muy comunes en los adultos mayores, como predictores de trastornos amnésicos reales. Por el contrario, se ha señalado que muy pocos estiman una memoria pobre como una alerta de una posible entidad que pudiera tener graves implicaciones para la

⁸ Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina Iglesias MT, Yáñez Fernández B, González Zaldívar A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med 2003; 42 (1):12-7.

salud. De aquí, lo indispensable de la detección precoz de los trastornos de la memoria como forma inicial de las demencias.⁹

3.2.3. Importancia del Deterioro de la memoria asociada con la Edad

Actualmente existe una gran confusión sobre la individualidad del deterioro de la memoria como entidad clínica. Esto se debe al empleo de diversas denominaciones para designar procesos diferentes, surgidos de estudios con distintas metodologías y concepciones diagnósticas e interpretativas.

Entre los numerosos términos existentes, el de deterioro de la memoria asociado con la edad (DEMAE) considerado conceptualmente como un estado clínico caracterizado por una declinación de la función amnésica vinculada con el envejecimiento en personas con 60 y más años de edad, con sensación subjetiva de pérdida de memoria en una intensidad de por debajo del promedio para adultos jóvenes en los patrones de mediciones de función de memoria sin sufrir de demencia y sin otra condición médica o psiquiátrica que explique su causa.¹⁰

Los trastornos cognitivos vinculados con la edad se han convertido en un problema importante de salud. En el ámbito nacional, los trabajos realizados con respecto al deterioro cognitivo han mostrado cifras de prevalencia en la comunidad de 4,2 a 19,6 %. Cuando se incluyen personas desde los 50 años, el promedio general puede ser más bajo en comparación con los grupos a partir de 65 años.¹¹

En general, existe una tendencia al incremento de los casos en función de la edad. Sin embargo, hay autores con resultados totalmente contradictorios en que la prevalencia del deterioro de la memoria asociado con la edad decrecía más bien con los años, un hallazgo contrario a lo esperado. Esto puede deberse al procedimiento usado en la evaluación psicológica y de la influencia de la

⁹ Bayarre Vea H, Fernández Fente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del Municipio Playa, 1996. Rev Cubana Salud Pública 1999; 25 (1):30-8.

¹⁰ Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina Iglesias MT, Yáñez Fernández B, González Zaldívar A. Op. Cit. pp. 56-58

¹¹ Ídem 4

educación, entre otros factores. No obstante, es evidente el papel de la edad como factor de riesgo para su origen sobre todo entre 80 y 89 años.

3.2.4. Factores de riesgo del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor

Se ha destacado la mayor frecuencia del deterioro con el factor género, predominante en el femenino. En realidad no se conocen sus causas. Hay autores que lo explican por ser las mujeres prevalentes en el grupo de 80 y más años, lo cual posibilita que sean más afectadas.

También se ha mencionado como factores de riesgo el estrés, el hábito de fumar, la hipertensión arterial, la ingestión de bebidas alcohólicas, el antecedente de trauma craneal, la enfermedad tiroidea, el uso de drogas y el bajo nivel de educación, entre otros.

Un factor de riesgo que debe siempre considerarse es la depresión pues existe una estrecha asociación de ella con el deterioro cognitivo. Se ha señalado, que en el deterioro hay una fuerte asociación con la ansiedad y la depresión más que con un deterioro funcional en las pruebas de memoria objetivas. Las quejas de declinación de la memoria parecen estar más fuertemente correlacionadas con el afecto y la personalidad que con las actuales mediciones o estimaciones de su rendimiento.

3.2.5. Diagnóstico

A pesar de que los defectos conductuales asociados con el deterioro cognitivo son fenómenos cognitivos relativamente moderados y leves en comparación con los observados en las demencias, ellos pueden ser molestos y difíciles para muchos adultos de la mediana y tercera edad con labores que demandan actividad intelectual.¹²

Se señala es un fenómeno del envejecimiento normal, aunque el término “normal” es dudoso por el hecho de que hay adultos mayores que no presentan

¹² Gómez Juanola M, Jesús Machín Díaz M, Roque Acanda Kenia, Hernández Medina G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):468-72

el trastorno. Por lo tanto, no es correcto identificar el deterioro cognitivo como una consecuencia natural del envejecimiento. La opinión que prevalece actualmente es que no se debe considerar el olvido como inevitable y propio de la edad avanzada, pues puede ser consecuencia de entidades que van desde problemas ligeros hasta tan devastadores como la enfermedad de Alzheimer (EA). Se debe desmitificar la idea de que los trastornos de la memoria son normales en la tercera edad. Todo el que los presente debe acudir a consulta y someterse a un diagnóstico de su posible causa.

Por otra parte, la posibilidad de que existan adultos mayores sanos ha suscitado amplios debates en la actualidad, pues los cambios que acompañan al proceso de envejecimiento provocan insuficiencias funcionales, a veces múltiples, en su organismo. Esto entorpece como es natural su desenvolvimiento físico y social, lo que hace difícil hablar de "ausencia de enfermedad" o "pleno bienestar"

Sin embargo, los límites entre las alteraciones cognitivas del envejecimiento "normal" y el patológico son muy sutiles y, en ocasiones, difíciles de definir. La pérdida de memoria aparece en el envejecimiento y en las demencias, pero los patrones clínicos son cualitativamente y cuantitativamente diferentes. En las demencias el deterioro neuropsicológico es más global y abarca a las llamadas funciones cerebrales superiores.¹³

Se ha sugerido la existencia de una continuidad entre el envejecimiento normal y la demencia y que su definición depende únicamente de la severidad del proceso. Ello no implica que la EA o la demencia senil sea simplemente un envejecimiento prematuro o exagerado, pero es difícil si no imposible, distinguir en ocasiones, entre la demencia muy temprana y la declinación del envejecimiento normal.

Los estudios epidemiológicos realizados demuestran que los individuos con deterioro cognitivo, por lo general, con manifestaciones clínicas ligeras, tienen

¹³ Llibre Rodríguez JJ, Guerra Hernández M. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Rev Cubana Med 1999; 38 (2):134-42.

un mayor riesgo de EA y, probablemente de otra forma de demencia. Es posible que dicho deterioro pueda presentarse como un pródromo de demencia vascular o de EA. Sin embargo, no pocos investigadores consideran que aún es imposible predecir con certeza la prevalencia o el pronóstico de los adultos mayores con deterioro cognitivo ligero.¹⁴

Es dudoso que el DEMAE sea una condición precedente de una futura demencia senil o de otra enfermedad como se ha señalado y no debe ser confundido con la demencia pues los problemas amnésicos del envejecimiento normal no tienen una repercusión tan grave y puede ser bastante común. La mayor parte de los investigadores propone que el DEMAE se reconozca como una entidad nosológica individualizada para describir una involución de la memoria propia de la edad sin otra causa y para la cual se han ensayado esquemas terapéuticos.

Las bases fundamentales del diagnóstico son la confección por parte del médico de una anamnesis adecuada, la realización de un examen físico completo, incluidos el neurológico, la evaluación neuropsicológica y estudios complementarios. Se ha estimado que esta conducta facilitaría el diagnóstico clínico del deterioro cognitivo con más del 80 % de seguridad.

Un primer paso en el proceso de reconocer al trastorno es demostrar la presencia de un síndrome amnésico.

En la actualidad se emplean múltiples baterías de pruebas psicológicas y psicofisiológicas en el diagnóstico de los pacientes de referencia. Se ha señalado que los mejores discriminantes para determinar el posible desarrollo de demencia son las pruebas de memoria y de fluidez verbal. Una de las evaluaciones psicológicas más empleadas y de fácil manejo por los médicos de la comunidad es el miniexamen del estado mental de Folstein.

A la hora de extraer conclusiones acerca del rendimiento del paciente en las diferentes pruebas, el examinador deberá contemplar los posibles fallas

¹⁴ Libre Rodríguez JJ, Guerra Hernández M. Op. cit. Pp. 71-74

extracognitivos que pudieran estar contaminando el desempeño. Por ejemplo, los trastornos visuales pueden provocar fallas en tareas de atención o memoria visual, sin que sea estrictamente un trastorno de la atención o de la memoria.

Un criterio importante y uno de los más fiables es el tiempo, pues es raro que la causa se mantenga dudosa a los 2 años de la primera consulta, pues los casos que van a evolucionar a una demencia, pasado ese intervalo de tiempo ya presentan manifestaciones, aunque leves, típicas de la enfermedad en la mayoría de las ocasiones. Para poder realizar el diagnóstico etiológico lo más precozmente posible es necesario contar con recursos técnicos modernos, de eficacia probada, pero muy caros

La documentación objetiva de la declinación de la memoria en el curso del tiempo puede permitir separar la forma estática del deterioro cognitivo de su trastorno progresivo, esto último más estrechamente ligado con los procesos neurodegenerativos. Además, definir la declinación en el tiempo del rendimiento funcional puede ser útil para identificar a los sujetos altamente funcionales, cuyos rendimientos al mismo tiempo que declinan permanecen dentro de límites normales mediante los estudios repetidos.

Se ha destacado que marcadores de la EA como las lesiones patológicas (placas seniles y ovillos neurofibrilares) se encuentran también en un gran número de cerebros de personas ancianas normales y que la EA es tanto cualitativa como cuantitativamente diferente de la declinación normal de la senectud.

El desarrollo de marcadores particulares de la demencia será obviamente un paso de avance en la identificación de sujetos de riesgo. Cambios en el volumen del hipocampo se han sugerido como un indicador sensitivo de la demencia temprana y puede ser actualmente medido *in vivo* mediante la resonancia magnética. Los marcadores electrofisiológicos han tenido un modesto éxito en la identificación de formas tempranas de demencia. No obstante, no está esclarecido cuán frecuentemente estos resultados anormales ocurren en casos

con deterioro cognitivo ligero. Hay autores que destacan la ausencia de anomalías en los potenciales evocados y en el electroencefalograma.¹⁵

3.3. CAPACIDAD FUNCIONAL

3.3.2. Significado

La capacidad humana en relación con muchas funciones - tales como la capacidad de ventilación, la fuerza muscular, el rendimiento cardiovascular - aumentan desde la niñez y alcanzan un punto máximo en la edad adulta temprana. Tal punto es seguido eventualmente por una declinación. Sin embargo, la pendiente de la declinación a lo largo del curso de la vida está determinada en gran parte por factores externos - tales como el fumar, la nutrición poco adecuada o la falta de actividad física - por mencionar sólo algunos de los factores relacionados a los comportamientos individuales. La declinación natural en la función cardíaca, por ejemplo, puede acelerarse a causa del hábito de fumar, dejando al individuo a un nivel de capacidad funcional más bajo de lo que se esperaría normalmente para la edad de la persona. Sin embargo, la aceleración en la declinación puede ser reversible a cualquier edad. El dejar de fumar y los pequeños aumentos en la actividad física, por ejemplo, reducen el riesgo de desarrollar enfermedad coronaria del corazón.

La declinación también puede acelerarse a causa de factores externos y ambientales, tales como la contaminación ambiental, la pobreza, la falta de educación, etcétera; sobre los cuales el individuo puede tener poca o ninguna influencia. Ambos pueden ser influenciados mediante políticas e intervenciones dirigidas.

Asimismo, para aquellos que pierden su autonomía, la provisión de rehabilitación y las adaptaciones del entorno físico pueden disminuir en gran medida el umbral de discapacidad y así reducir el nivel de deterioro. Mediante

¹⁵ Casanova Carrillo P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):309-15.

intervenciones dirigidas, una persona discapacitada puede ganar al menos parte de la función perdida. Puede bajarse el umbral de discapacidad mediante adaptaciones ambientales apropiadas, tales como: transporte público accesible y adecuado en ambientes urbanos, la disponibilidad de rampas y los dispositivos simples de asistencia, como ayudas para caminar, utensilios de cocina adaptados, un asiento de inodoro con rieles, entre otros.

Las necesidades básicas, tales como asegurar el acceso fácil a recursos de agua limpia dentro del entorno inmediato, pueden hacer toda la diferencia para que las personas mayores puedan mantenerse independientes. En los ambientes de escasos recursos, un desafío especial es adaptar el entorno a las necesidades de las personas mayores discapacitadas y proveer dispositivos simples de asistencia. El mantener la calidad de vida para las personas mayores es una consideración principal, especialmente para aquellos cuya capacidad funcional ya no puede recuperarse. Existen muchas intervenciones específicas que pueden ayudar a las personas mayores a mejorar su capacidad funcional y de este modo su calidad de vida.

Un enfoque de curso de vida hacia el envejecimiento saludable y activo, está basado por lo tanto, en comportamientos individuales, así como en las políticas que influyen esos comportamientos y que determinan el entorno en el cual viven las personas.

3.3.3. Estado Funcional en el Adulto Mayor a través del tiempo

Niñez y adolescencia: Desarrollar máxima capacidad funcional y desarrollo.

Vida adulta: Promover el nivel de funcionamiento más alto posible y prevenir la discapacidad.

Edad mayor: Promover la actividad física y mental. Prevenir, detectar y actuar sobre los factores de riesgo para la discapacidad.

Gama de funcionamiento: Cambios en el entorno y apoyos técnicos para promover la actividad y participación.

Umbral de discapacidad: Rehabilitación para recuperar o mantener la capacidad funcional. Umbral de discapacidad.

3.3.4. La Evaluación de la capacidad funcional en el Adulto Mayor

Los cambios normales a causa del envejecimiento y los problemas de salud de los adultos mayores, a menudo se manifiestan como declinaciones en el estado funcional. Estos problemas de salud condicionantes de deterioro funcional en los adultos mayores de no ser tratados pueden conducir a situaciones de incapacidad severa (inmovilidad, inestabilidad, deterioro intelectual) y ponen al individuo en riesgo de iatrogenia. Una de las mejores maneras de evaluar el estado funcional de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al personal de salud intervenir de forma apropiada.

Se evalúan las actividades básicas de la vida diaria y las actividades instrumentales de la vida diaria.

3.4. ROL DE LA ENFERMERA EN EL ADULTO MAYOR

El rol de la enfermera en la atención de pacientes adultos mayores en los establecimientos de salud comunitarios y hospitalarios está consignado de la siguiente manera:

3.4.2. Rol educativo:

La educación como un componente determinante en la promoción y en la prevención de la salud fundamentalmente primaria, juega un papel importante en la atención de las personas, en este caso los adultos mayores.

La educación como se dijo anteriormente está constituyendo un aspecto que enmarca la promoción y la prevención; esto en razón a través de la información, orientación, guía y educación propiamente dicha detecta en los adultos mayores alteraciones propias del envejecimiento; al detectarlos los hace en un tiempo oportuno para usar el recurso de rehabilitación de dichos trastornos por ejemplo en este caso del deterioro cognitivo que nosotras palabras vendría a ser la pérdida y disminución de la memoria. Podría ser la

perdida de la función sensorial como la visión y audición fundamentalmente.

¿Cómo educar al adulto mayor en cuanto deterioro cognitivo?

- A. Sesiones educativas con una selección temática relacionada a la conservación y mantenimiento de la memoria.
- B. Sesiones de ejercitación práctica, mental, sumas, restas y resolución de adivinanzas, juegos de acomodación física (rompecabezas y crucigramas).
- C. Evocación de hechos trascendentales vividos a nivel familiar y entorno social.
- D. Prácticas de orientación en el tiempo y espacio.

3.4.3. Rol Asistencial:

- A. Coordinación con el recurso médico especializado geriatra, neurólogo, psicólogo, oftalmólogo y otorrinolaringólogo con la finalidad de llevar a cabo un monitoreo físico, sensorial, neurológico, oftalmológico partiendo de un diagnóstico integrado el que debe ser sustentado en cuanto a la conservación de la capacidad funcional en algunos casos y en otros a la disminución de la incapacidad funcional.
- B. El cuidado integral de enfermería que apoye las acciones enunciadas en el rubro. Así como la práctica de estilos de vida saludable recreación, reposo, sueño, alimentación, respiración y eliminación.

3.4.4. Rol Administrativo

Tanto la educación como lo asistencial de enfermería a los adultos mayores en cualquier establecimiento de salud deben ser practicadas o realizadas a través de la gestión de cuidado de enfermería que comprende la organización, la planificación, la ejecución y la evaluación tomando como

Ejes integradores el liderazgo de enfermería y el proceso del cuidado de enfermería.

3.4.5. Rol Investigativo

La investigación es un componente muy importante y significativo por los que “es **necesario y fundamental que realice investigaciones de campo en la línea de adulto mayor**”.

Investigación que debe ser fortalecida en la investigación académica tipo tesis realizadas en las instituciones educativas formadoras del recurso humano enfermera.

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Locales

- a. Vera Amezcua, Yuliana Juana (2012) **Relación entre la perdida sensorial y la capacidad funcional de los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2012** **Objetivos:** Determinar el nivel de pérdida sensorial visual y auditiva en los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Determinar la capacidad funcional de los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Establecer la relación entre la perdida sensorial y la capacidad funcional de los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

Conclusiones: La pérdida sensorial visual afecta al 62,50% de adultos mayores y la pérdida auditiva afecta al 57,50% de los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz. La capacidad funcional de los adultos mayores esta alterada, por cuanto el 50% son dependientes parciales y 10% son dependientes totales. Existe relación estadísticamente significativa entre la perdida sensorial visual y auditiva y la capacidad funcional de los adultos mayores por cuanto se

observó que el 88% de adultos mayores con alteración del nivel sensorial visual tienen dependencia parcial o total ($p < 0,05$). Asimismo 91.31% de adultos mayores con alteración del nivel sensorial auditivo tienen dependencia parcial o total ($p < 0,05$).

4.2. Nacionales

- a. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional** **Objetivo:** Determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos. **Método:** En base a la información del estudio «Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional (Perú)», se incluyeron a 312 pacientes de 60 años o más. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo; y se comparó estos resultados con los principales síndromes y problemas geriátricos. **Resultados:** Se encontró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. Se encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, deprivación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional. La presencia de insomnio y deprivación visual no tuvo presentación asociativa significativa. **Conclusiones:** La frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada. Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos.

4.3. Internacionales

- a. Avila Oliva, Marcia (Cuba 2007) Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor,** Aborda el infradiagnóstico de demencia y escaso uso de instrumentos que evalúan esfera cognitiva con el objetivo de caracterizar pacientes con deterioro cognitivo según edad, sexo, escolaridad, factores de riesgo asociados, esfera cognitiva afectada, evaluar severidad de la misma. Se realizó estudio observacional con 129 pacientes con deterioro cognitivo del

policlínico "Alcides Pino". Se utilizaron los tests para evaluar esfera cognitiva y encuesta. La mayoría estuvo entre 75 a 79 años, el 57.4% fue del sexo femenino, predominó el nivel primario, la orientación, memoria inmediata, atención y cálculo fueron las más afectadas y el deterioro cognitivo leve con 65 pacientes. Se recomienda usar estos instrumentos por el Médico de Familia.

b. Marines, Tambara Leite (2015). **Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil.**

Objetivo: Evaluar la capacidad funcional y la función cognitiva de los adultos mayores residentes en el área urbana de una ciudad de Rio Grande do Sul/Brasil. **Método:** Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, en el cual participaron 368 adultos mayores. Para la colecta de los datos se utilizaron: Cuestionario de identificación, Mini Mental, Índice de Katz y Escala de Lawton. La estadística descriptiva y test exacto fueron utilizados en el Análisis. **Resultados:** Hubo predominio de mujeres (64,9%), de 60 - 70 años (43,8%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria (AVD). **Conclusión:** El estudio revela un significativo porcentual de adultos mayores independientes para la realización de las AVD, sin embargo necesitan de ayuda para las AIVD.

c. Giraldo, Clara (Colombia 2008) **Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidado al adulto mayor.**

En este estudio participaron 40 personas de 65 y más años con dependencia funcional, cuidados por familiar, a todos los adultos mayores se les valoró la capacidad funcional con el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody; el estudio llegó a las siguientes conclusiones: La población entre 67 y 98 años tuvo un edad promedio de 84.08 años, 82.5% fueron mujeres. Los sistemas orgánicos más afectados son: el cardiovascular, osteomuscular y neurológico. Las actividades básicas estaban afectadas en el 67,5%, y el 55% de los adultos mayores requería ayuda.

5. HIPÓTESIS

Dado que, el envejecimiento es un proceso continuo, universal e irreversible en el cual las personas están atravesando una etapa de cambios en las esferas físico, mental y social; que afecta el área cognitiva, generando una pérdida de funciones, específicamente la memoria, la atención, velocidad del procesamiento de la información y sensoriales que atentan su capacidad funcional.

Es probable que haya influencia del deterioro cognitivo en la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa de Journet de la parroquia Cristo Obrero Porvenir, Arequipa 2016.



CAPITULO II

PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnica

La técnica a usar es el cuestionario para obtener información de ambas variables.

1.2. Instrumento

El instrumento que se utilizó para la primera variable: Deterioro cognitivo el formulario de preguntas según la escala de Pfeiffer que consta de 10 ítems, los cuales evalúan funciones de orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo los valores oscilan de 0-2 normal, 3-4 deterioro cognitivo leve, 5-7 deterioro cognitivo moderado, más de 8 deterioro cognitivo grave.

Para la segunda variable: Capacidad funcional se utilizó también el formulario de preguntas usando la escala de Lawton y Brody, para las actividades instrumentales de la vida diaria, los valores oscilan entre 8 y 0 para mujeres y entre 5 y 0 para los hombres y la puntuación lineal varía entre 8 y 31 puntos; 8 puntos máxima dependencia; entre 8 y 20 precisa ayuda para la realización de las tareas, y más de 20 dependientes para las AIV.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación Espacial

El presente estudio se llevó a cabo en la Parroquia Cristo Obrero Porvenir, específicamente, en el Club Teresa Journet, el cual está ubicado en una de las instalaciones de la Parroquia.

La parroquia está ubicada en la Av. Bolognesi N°800, El Porvenir en el distrito de Miraflores en la provincia y departamento de Arequipa.

2.2. Ubicación Temporal

El estudio se ejecutó entre los meses de Marzo a Junio del año 2016.

2.3. Unidades de estudio

Las unidades de estudio la conforman los adultos mayores del Club Teresa de Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa.

2.3.1. Universo

Adultos Mayores en número de 50 asistentes al Club Teresa Journet de la parroquia Cristo Obrero Porvenir, la población accesible se determina a través de los criterios de inclusión y exclusión.

- Criterios de Inclusión

- Adultos mayores de 60 a 80 años que asisten al club.
- Adultos mayores de ambos géneros
- Adultos mayores de asistencia regular al club
- Adultos que aceptaron participar de la investigación firmando el consentimiento informado.

- **Criterios de Exclusión**

- Adultos mayores que no deseen participar en la investigación no firmando el acta de consentimiento informado.
- Adultos mayores que no tienen la capacidad para la aplicación de los instrumentos.

2.3.2. Muestra

Quedo conformada por 35 adultos mayores según la aplicación de los criterios de inclusión y exclusión.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización y Ejecución

- Aprobado el proyecto se realizó el trámite administrativo a nivel de la Facultad de Enfermería de la UCSM de Arequipa y de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir para la obtención del documento de autorización del estudio.
- Coordinó con la asesora del club y de la parroquia para asistir a las reuniones semanales los cuales se realizan los días martes de 3-5pm.
- Identificación de la población para familiarizarnos con sus rutinas de grupo.
- Aplicación de los Formularios de Preguntas en fechas y horas coordinadas con el personal responsable del club.
- Se programó y ejecuto charlas informativas sobre la investigación a realizar.
- Se solicitó el Consentimiento informado a cada uno de los integrantes que asisten regularmente al club.
- Se procedió a la recolección de datos a través de la aplicación de la encuesta, individualmente (dos encuestas por persona), se aplicaron individualmente por parte de las investigadoras y con la ayuda de la asesora del club.
- Posteriormente se enseñaran y aplicaron participativas en un tiempo de cuatro meses, todos los martes por semana, un martes por cada tema: Deterioro cognitivo y Capacidad Funcional y algunos martes por cada técnica empezando por la técnica de sesiones educativas, luego de los juegos

de memoria y finalmente ejercicios físicos, en los que se logró la participación activa y satisfactoria de los adultos investigados.

- Una vez obtenidos los datos, se programó estrategias educativas las cuales fueron impartidas a los adultos mayores en relación al deterioro cognitivo y capacidad funcional las sesiones educativas fueron expositivas y tuvieron una duración de 25 minutos y posteriormente se les realizaba preguntas y respuestas del tema y viceversa.
- Concluida la recolección de datos se procede a la tabulación, análisis e interpretación de los mismos.

3.2. Estrategia para el Manejo de Resultados

3.2.1. Plan de Procesamiento

- **Tipo de procesamiento**
Computarizada
- **Plan de operaciones**
 - a. **Clasificación**
A través de una matriz de datos
 - b. **Codificación**
Según variables e indicadores: Escala de PFEIFFER (Deterioro Cognitivo) y LAWTON BRODY (capacidad Funcional).
 - c. **Tabulación**
Se elaborará tablas de simple y doble entrada
 - d. **Graficación**
En base a su respectiva tabla

3.2.2. Plan de Análisis de datos

3.2.2.1. Tipo

Cuali-cuantitativo, enriquecida por estadística descriptiva e inferencial y resultados de estudios previos relacionados al problema a investigar.

3.3. Recursos

3.3.1. Humanos

Las investigadoras: Srta. Claudia Verónica Rosello Flores
Srta. Alessandra Emperatriz Soto Linares

3.3.2. Institucionales

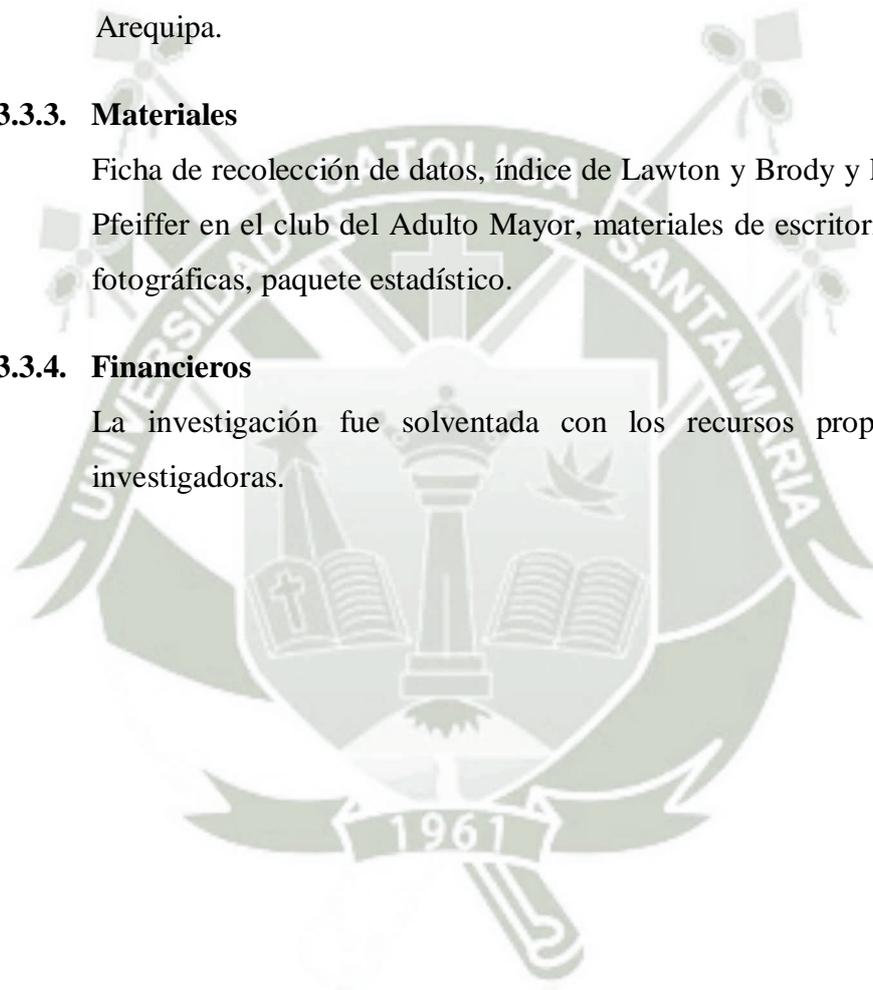
Universidad Católica De Santa María Facultad de Enfermería.
La infraestructura del Club de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa.

3.3.3. Materiales

Ficha de recolección de datos, índice de Lawton y Brody y la escala de Pfeiffer en el club del Adulto Mayor, materiales de escritorio, cámaras fotográficas, paquete estadístico.

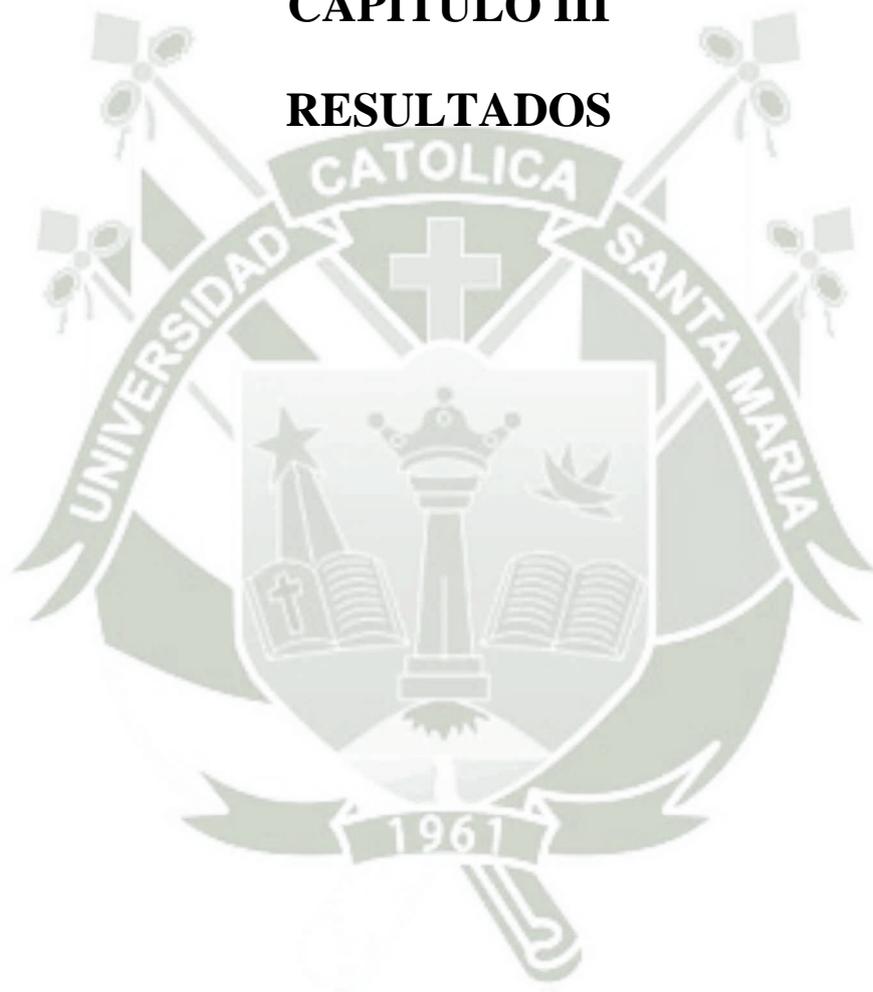
3.3.4. Financieros

La investigación fue solventada con los recursos propios de las investigadoras.



CAPITULO III

RESULTADOS



I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS

TABLA N° 1

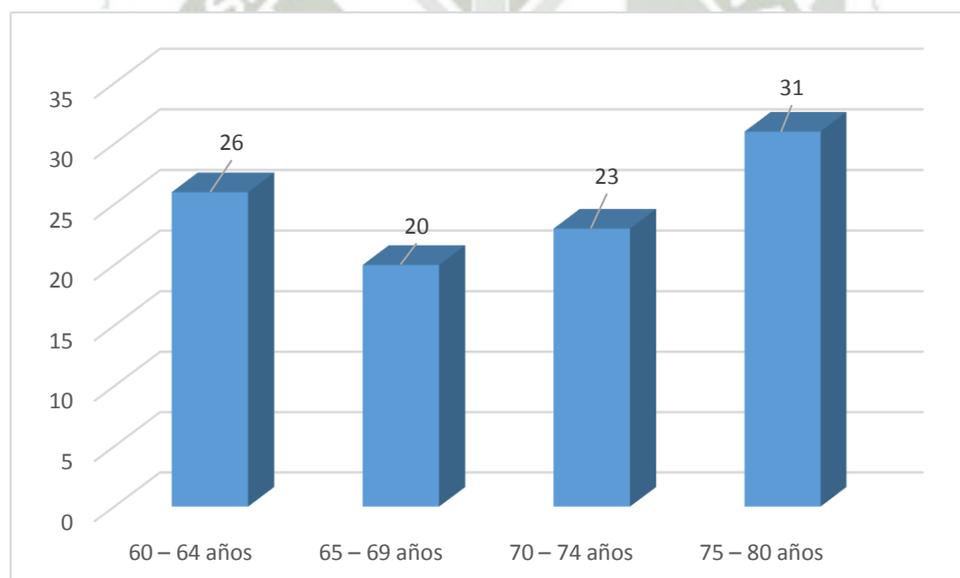
ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016

Edad	N°	%
60 – 64 años	9	26
65 – 69 años	7	20
70 – 74 años	8	23
75 – 80 años	11	31
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 1

ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD.



En la tabla y gráfico N° 1 se observa que los adultos mayores asistentes al Club Teresa Journet en porcentajes muy semejantes tiene edades de 60 – 64, 65 – 69 y 70 y 74 años, les corresponden porcentajes similares. El 31% tiene de 75 a 80 años de edad.

Analizando los datos obtenidos de la población de estudio se observa que hay un mayor número de personas en edades de 75 a 80 años de edad; lo que corrobora que la esperanza de vida cada vez es mayor.

TABLA N° 2

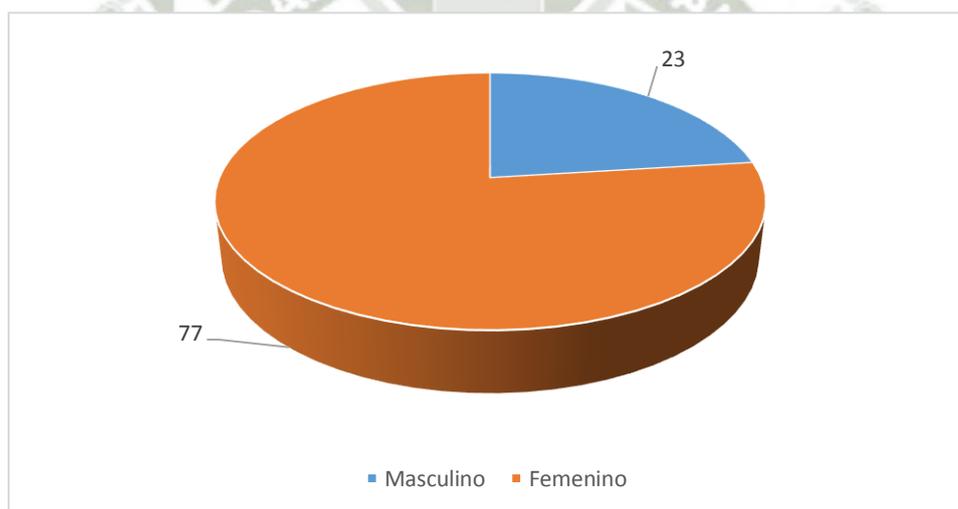
ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016

Genero	N°	%
Masculino	8	23
Femenino	27	77
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 2

ADULTOS MAYORES SEGÚN GÉNERO



Según la tabla y grafica N° 2 se tiene que de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero el 77 % pertenece al género femenino, solo el 23% pertenecen al género masculino.

Los adultos mayores, según el género, tienen características propias y reacciones a los estímulos internos y externos diferentes que los caracterizan en cuanto a comportamientos y actitudes. Se cumple así el fenómeno conocido como feminización del envejecimiento, mencionado en la justificación de este trabajo.

TABLA N° 3

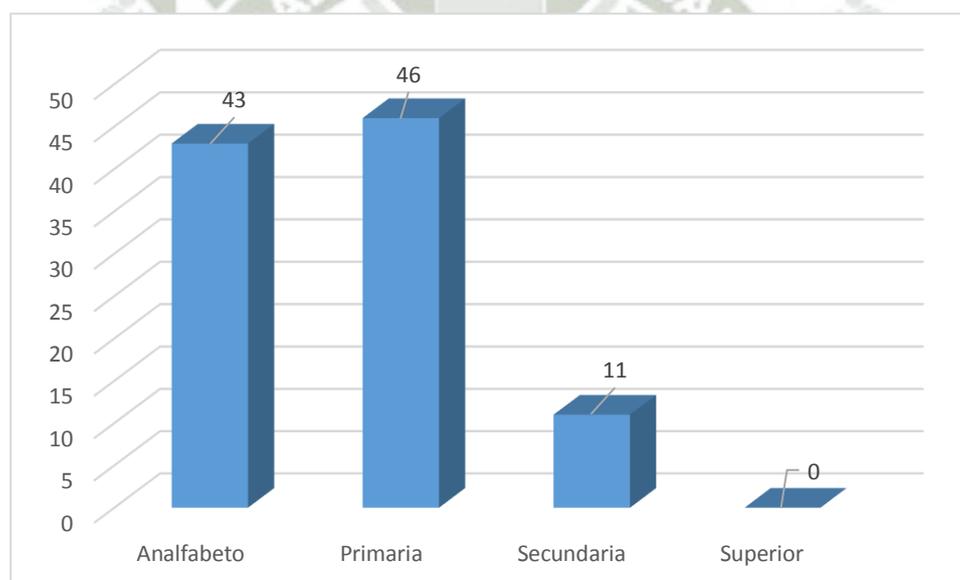
**ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CLUB TERESA
JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR.
AREQUIPA, 2016**

Nivel de Instrucción	N°	%
Analfabeto	15	43
Primaria	16	46
Secundaria	4	11
Superior	0	0
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 3

ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN



Tanto la tabla como el grafico N° 3 muestra resultados referentes al nivel de escolaridad que presentan los adultos mayores investigados. Es sorprendente encontrar en este grupo poblacional el 43% que no tienen estudios escolarizados, así como el 46%, que solo tienen nivel primario. El 11 % tienen secundaria y ninguno nivel superior.

Esta es una condición social desfavorable para ellos, ya que puede influir en el acceso a los servicios de salud, participación social y oportunidades en la comprensión de su tratamiento y cuidados personales, entre otros.

TABLA N° 4

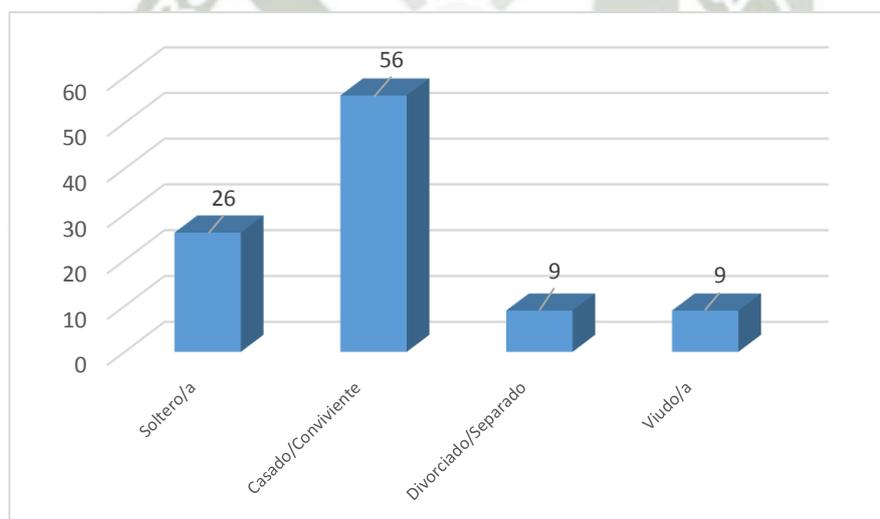
**ADULTOS MAYORES SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL. EDAD CLUB
TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO
PORVENIR. AREQUIPA, 2016**

Situación Conyugal	N°	%
Soltero/a	9	26
Casado/Conviviente	20	56
Divorciado/Separado	3	9
Viudo/a	3	9
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 4

ADULTOS MAYORES SEGÚN SITUACIÓN CONYUGAL



Los resultados de la tabla y grafico N° 4 se observa que la situación conyugal que mas predomina es el de casado y/o conviviente. En este caso, este grupo está representado por el 56%. Solo el 18% acumulado son separados y/o viudos.

Esto denota que la familia también se configura como una organización importante para los adultos mayores ser casado/conviviente es beneficioso para ellos, en el sentido de constituir una pareja que compartan vivencias, alegrías, sobre todo apoyo.

TABLA N° 5

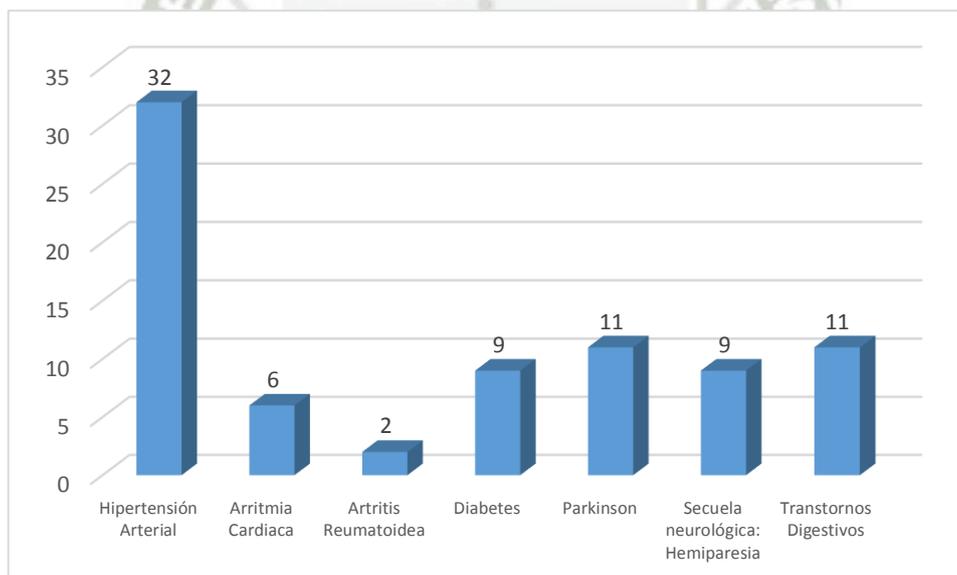
**ADULTOS MAYORES SEGÚN COMORBILIDAD ACTUAL. CLUB TERESA
JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR.
AREQUIPA, 2016**

Comorbilidad Actual	N°	%
Hipertensión Arterial	11	32
Arritmia Cardíaca	2	6
Artritis Reumatoidea	8	2
Diabetes	3	9
Parkinson	4	11
Secuela neurológica: Hemiparesia	3	9
Transtornos Digestivos	4	11
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 5

ADULTOS MAYORES SEGÚN COMORBILIDAD ACTUAL



En la tabla y grafico N° 5 se observa que la totalidad de los adultos mayores presentan enfermedades propias de la vejez, predominando las coronarias y neurológica con el 38% y 20% respectivamente.

Esta comorbilidad influye en el proceso del envejecimiento, aumentando en mayor o menor proporción el deterioro cognitivo y la incapacidad funcional.

II. DETERIORO COGNITIVO

TABLA N° 6

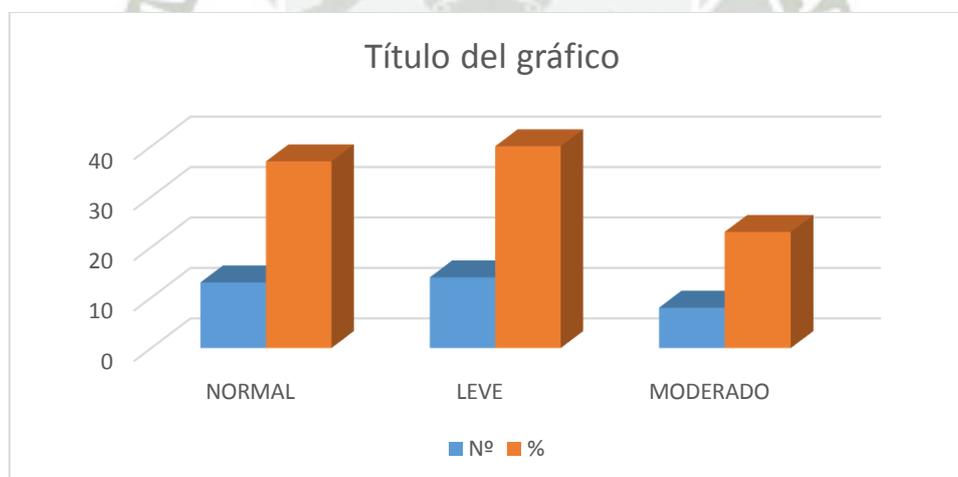
**ADULTOS MAYORES SEGÚN DETERIORO COGNITIVO CLUB TERESA
JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR.
AREQUIPA, 2016**

Deterioro Cognitivo	N°	%
Normal	13	37
Leve	14	40
Moderado	8	23
Severo	0	0
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 6

ADULTOS MAYORES SEGÚN DETERIORO COGNITIVO.



Aplicando la Escala de Pfeiffer que evalúa los estados de orientación, memoria de evocación, comunicación y cálculo de valores, los que permiten identificar o determinar la identidad personal, cultural y social, los adultos mayores en estudio no presentaron deterioro cognitivo severo, el 40% evidenció un deterioro cognitivo leve y un 37 % presenta un deterioro cognitivo normal.

TABLA N° 7

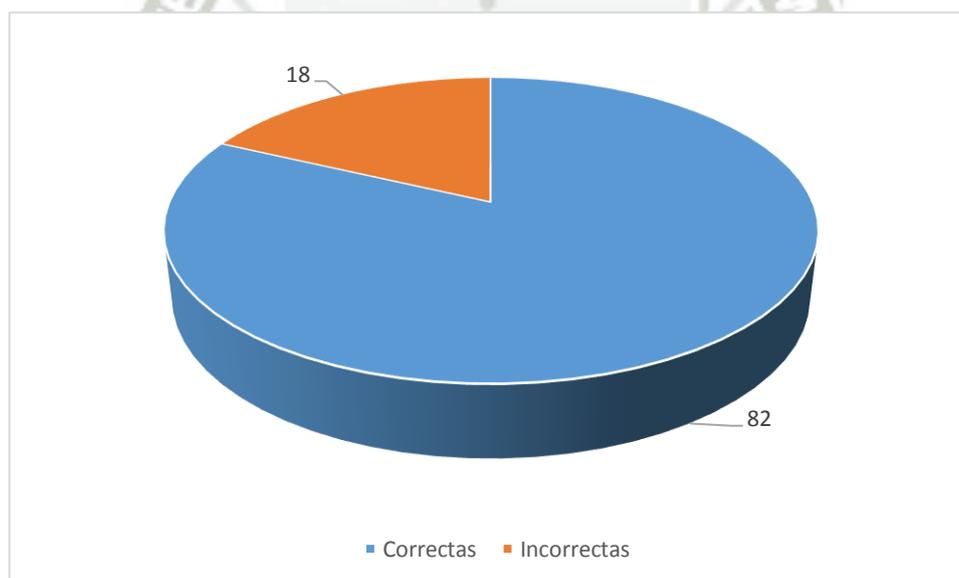
**ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD
PERSONAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO
OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016**

Respuestas	N°	%
Correctas	29	82
Incorrectas	6	18
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 7

**ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD
PERSONAL**



Los adultos mayores en el 82% contestaron correctamente las preguntas referentes a la identidad personal: edad, fecha completa de nacimiento y el segundo apellido o apellido materno.

El 18% restante, tuvo dificultades en responder las preguntas básicas sobre la identidad personal, por lo que se evidenciaría que presentan deterioro cognitivo leve.

TABLA N° 8

ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD CULTURAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016

Respuestas	N°	%
Correctas	12	34
Incorrectas	23	66
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 8

ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD CULTURAL



Como se puede ver en la tabla y grafico N° 8, los adultos mayores investigados solo en el 34% respondieron correctamente las cuestiones que tipifican su identidad cultural como el nombre de las autoridades y de razonamiento matemático simple. La diferencia porcentual la constituye el 66% que respondieron incorrectamente las cuestiones antes mencionadas. Esta situación nos da un indicio de deterioro cognitivo en la población investigada.

TABLA N° 9

ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD SOCIAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016

Respuestas	N°	%
Correctas	22	63
Incorrectas	13	27
Total	35	100

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

GRAFICO N° 9

ADULTOS MAYORES SEGÚN RESPUESTAS SOBRE SU IDENTIDAD SOCIAL.



En el aspecto social, los adultos mayores en el 63% responden correctamente las preguntas que dan referencia, tienen información sobre ubicación en el tiempo y espacio y forma de comunicarlo. El 27% restante respondió en forma incorrecta.

Analizando los datos en la presente tabla, se tiene que alrededor de la cuarta parte, al no responder las preguntas básicas que indican su ubicación espacial y temporal están en riesgo o iniciando un desgaste cognitivo.

III. CAPACIDAD FUNCIONAL

TABLA N° 10

**ADULTOS MAYORES SEGÚN CAPACIDAD FUNCIONAL POR GRADO DE
DEPENDENCIA POR GÉNERO. CLUB TERESA JOURNET DE LA
PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016**

Capacidad Funcional	Genero		Femenino		Masculino		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- Dependencia total	2	6	1	3	3	8		
- Dependencia Severa	0	0	0	0	0	0		
- Dependencia Moderada	8	23	2	6	10	29		
- Dependencia Leve	10	28	2	6	12	34		
- Independencia funcional	7	20	3	8	10	29		
Total	27	77	8	23	35	100		

Fuente. Elaboración propia. Arequipa, 2016

Chi2: 0,783

GL: 3

p: 0,853

Al aplicar la prueba estadística de χ^2 , se encuentra que las diferencias son no significativas, lo que nos indica que la capacidad funcional actúa en forma independiente con el género.

En las mujeres predomina la dependencia leve con un 28 %, seguida de la dependencia moderada con el 23 %. En los varones es importante señalar que, el 8% tienen buena capacidad funcional, ya que realizan sus actividades diarias con independencia funcional; seguido de dependencia moderada y leve ambos con el 6 %.

TABLA N° 11

**ADULTOS MAYORES SEGÚN INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO
EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL. CLUB TERESA JOURNET DE LA
PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR. AREQUIPA, 2016**

Deterioro Cognitivo Capacidad Funcional	Normal		Leve		Moderada		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
- Dependencia total	0	0	1	3	2	6	3	9
- Dependencia Severa	0	0	0	0	0	0	0	0
- Dependencia Moderada	1	3	5	14	4	11	10	28
- Dependencia Leve	4	11	6	17	2	6	12	34
- Independencia funcional	8	23	2	6	0	0	10	29
Total	13	37	14	40	8	23	35	100

Fuente. Tabla N° 6 y 10. Arequipa, 2016

Chi2: 15,965

GL: 6

p: 0,014

En atención a los resultados obtenidos mediante la prueba estadística de χ^2 , se tiene que la influencia del estado cognitivo en la capacidad funcional de los adultos mayores investigados es significativa; lo que nos indica que la capacidad funcional depende del deterioro cognitivo habiendo una influencia directa.

El 29 % de nuestra población de adultos mayores es independiente de sus funciones, un 23 % de este porcentaje evidencia deterioro cognitivo normal y el 6 % deterioro cognitivo leve.

CONCLUSIONES

- PRIMERA** : Que la tercera parte de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa, presentan un deterioro cognitivo normal el 40% deterioro leve y el 23% presenta deterioro cognitivo moderado.
- SEGUNDA** : Los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa, demuestran buena capacidad funcional, ya que el 29 % realizan sus actividades diarias con independencia funcional tanto los varones como las mujeres.
- TERCERA** : El deterioro cognitivo que es moderado a normal tiene influencia significativa en la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir de Arequipa.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA** : A la hermana asesora del club Teresa Journet de la parroquia Cristo Obrero Porvenir se recomienda brindar orientación, guía, enseñanza y supervisión a los adultos mayores en cuanto a actividades físicas a realizar dentro y fuera del hogar.
- SEGUNDA** : Coordinar con la hermana asesora del club Teresa Journet de la parroquia Cristo Obrero Porvenir para los controles médicos geriátricos periódicos a los adultos mayores enfatizando en el área neurológica a fin de detectar oportunamente su deterioro cognitivo.
- TERCERA** : Coordinar con el personal de psicología a fin de realizar actividades para prevenir el deterioro cognitivo.
- CUARTA** : A la Facultad de Enfermería de la Universidad Católica de Santa María, que incentive al estudiantado a realizar trabajos de investigación sobre este grupo etareo del adulto mayor por constituir un grupo poblacional cada vez mayor.

BIBLIOGRAFÍA

1. Arroyo Rueda M. La Vejez Avanzada y sus cuidados. Historias, subjetividad y significados sociales. Mexico: Universidad Juárez del Estado de Durango; 2011
2. Ávila-Fermat FM, Montaña-Álvarez M. Funcionalidad. En: García Peña MC, Gutiérrez-Robledo LM, Arango-Lopera VE, Pérez-Zepeda MU. Geriátría para el médico familiar. México: Manual Moderno; 2012. p. 2-3
3. Bayarre Vea H, Fernández Fente A, Trujillo Gras O, Menéndez Jiménez J. Prevalencia de discapacidad mental en ancianos del Municipio Playa, 1996. Rev Cubana Salud Pública 1999; 25 (1):30-8.
4. Casanova Carrillo P. Estudio clínico de las principales causas de trastornos cognoscitivos en la atención primaria. Rev Cubana Med Gen Integr 2001; 17(4):309-15.
5. Gómez Juanola M, Jesús Machín Díaz M, Roque Acanda Kenia, Hernández Medina G. Consideraciones acerca del paciente geriátrico. Rev Cubana Med Gen Integr 2001;17(5):468-72
6. Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina Iglesias MT, Yánez Fernández B, González Zaldívar A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. Rev Cubana Med 2003; 42 (1):12-7.
7. Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina Iglesias MT, Yánez Fernández B, González Zaldívar A. Op. Cit. pp. 56-58
8. Llibre Rodríguez JJ, Guerra Hernández M. Enfermedad de Alzheimer. Situación actual y estrategias terapéuticas. Rev Cubana Med 1999; 38 (2):134-42.

HEMEROGRAFIA

9. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS). Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Segunda edición. Washington D. C.: OPS/OMS; 2002. [En línea] <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/introduccion.pdf> [Consultada 04/03/2014].
10. Zúñiga-Herrera E, García JE. El envejecimiento demográfico en México. Principales tendencias y características. Horizontes. 2008(13):93- 100. [En línea] <http://portal.conapo.gob.mx/publicaciones/sdm/sdm2008/06.pdf>. [Consultada 04/03/2014]
11. Vera Amezquita, Yuliana Juana. Relación entre la perdida sensorial y la capacidad funcional de los adultos mayores que acuden al Club del Adulto Mayor del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa, 2012
12. Avila Oliva, Marcia. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor, Aborda el infradiagnóstico de demencia y escaso uso de instrumentos que evalúan esfera cognitiva. Cuba: 2007
13. Marines, Tambara Leite Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil; 2015
14. Giraldo, Clara. Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor. Colombia; 2008

INFOGRAFIA

15. <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/clinica1.pdf>

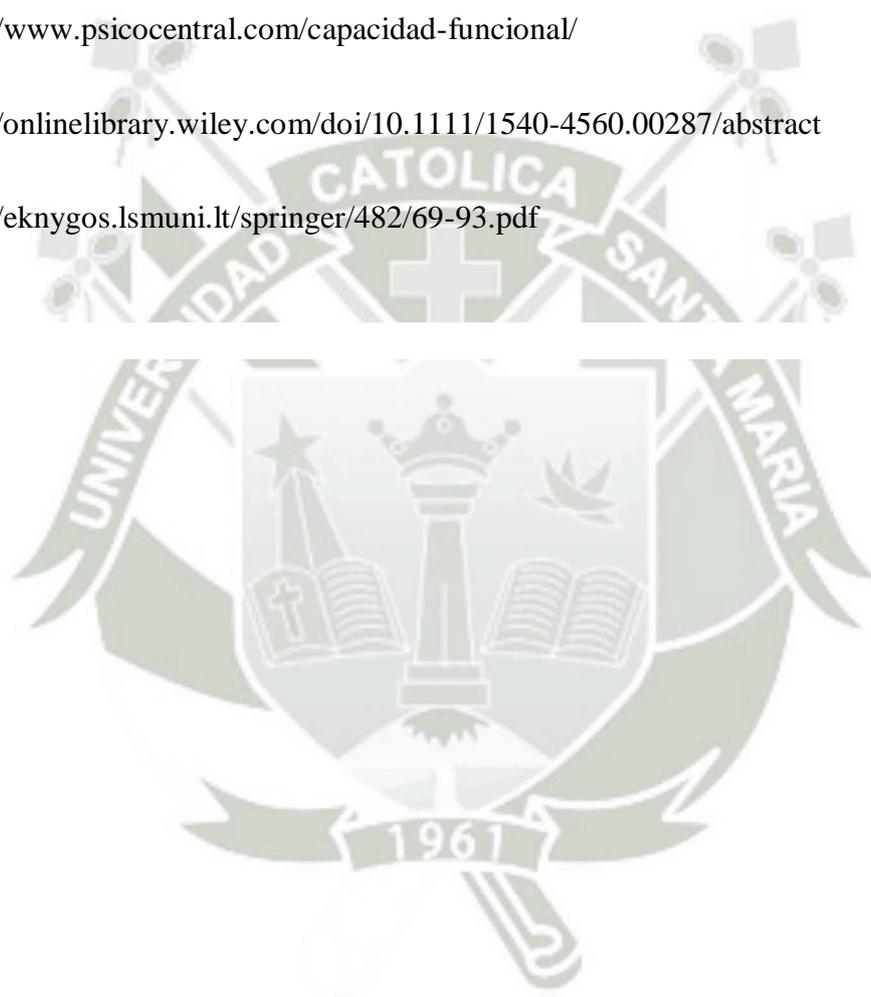
16. <https://www.gse.harvard.edu/~ddl/articlesCopy/AdultDevFinalZY.pdf>

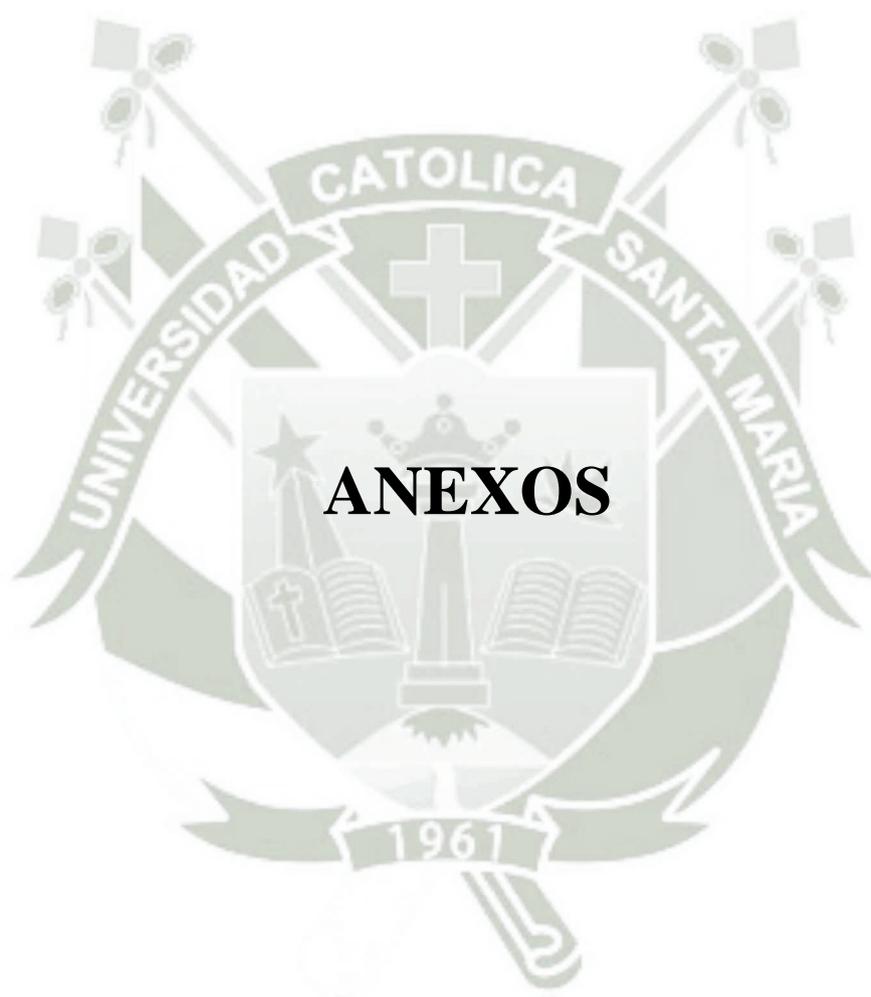
17. <http://www.galiciaclinica.info/PDF/11/225.pdf>

18. <http://www.psicocentral.com/capacidad-funcional/>

19. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1540-4560.00287/abstract>

20. <http://eknygos.lsmuni.lt/springer/482/69-93.pdf>





ANEXO 1

N° DE FOLIO:

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Nombre: _____

Edad: () 60 – 69 () 70 – 79 () 80 – 89 () 90 a más

Género: () Masculino () Femenino

Nivel de instrucción: () Analfabeto () Primaria () Secundaria () Superior

Situación Conyugal: () Soltero (a) () Casado (a)/Conviviente () Viudo (a)
() Separado (a)/Divorciado

Procedencia: _____

Comorbilidades: () Hipertensión arterial () Diabetes mellitus () Cardiopatía
() Asma bronquial () Artritis reumatoide () Osteoartritis () Cáncer
Otras: _____

ANEXO 2

N° DE FOLIO: _____

ESCALA DE PFEIFFER

Nombre: _____

INTRUCCIONES: *Responda las preguntas con la respuesta que más considere adecuada.*

PREGUNTAS	ERRORES
I. Identidad Personal	
1. Qué edad tiene	
2. Cuando nació (día, mes, año)	
3.Cuál era 1° apellido de su madre	
II. Identidad Social	
4. Qué fecha es hoy (día, mes, año)	
5. Que día de la semana	
6. N° teléfono o dirección	
7. Dónde estamos ahora	
III. Cultural	
8. Quien es el presidente del gobierno	
9. Quien era anterior presidente gobierno	
10. Reste de 3 en 3 desde 20 (cualquier error hace respuesta errónea)	
PUNTUACION TOTAL	

INTERPRETACIÓN

Se adjudica un punto por cada error.

- Entre 0-2: se considera normal
- Entre 3-4: deterioro cognitivo leve
- Entre 5-7: deterioro cognitivo moderado
- Más de 8 errores: deterioro cognitivo severo

ANEXO 3

N° DE FOLIO:

“INDICE DE LAWTON - BRODY”

Nombre: _____

INSTRUCCIONES: *Responda las preguntas encerrando en un círculo en la columna que corresponde según sea hombre o mujer una respuesta a cada pregunta.*

CAPACIDAD PARA USAR EL TELEFONO	Mujeres	Hombres
Utilizar el teléfono por iniciativa propia.	1	1
Es capaz de marcar bien algunos números familiares.	1	1
Es capaz de contestar el teléfono pero no marcar.	1	1
No utiliza el teléfono.	0	0
HACER COMPRAS		
Realiza todas las compras necesarias independientemente.	1	1
Realizan pequeña compras independientemente.	0	0
Necesita ir acompañado para realizar cualquier compra.	0	0
Totalmente incapaz de comprar.	0	0
PREPARACIÓN DE LA COMIDA		
Organiza, prepara y sirve las comidas por si solo adecuadamente.	1	--
Prepara adecuadamente las comidas si se le proporcionan los ingredientes.	0	--
Prepara, caliente y sirve las comidas pero no siguen una dieta adecuada.	0	--
Necesita que le preparen y sirvan las comidas.	0	--
CUIDADO DE LA CASA		
Mantiene la casa solo con ayuda ocasional (para trabajos pesados).	1	--
Realiza tareas ligeras, como lavar los platos, o hacer las camas.	1	--
Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza.	1	--
Necesita ayuda en todas las labores de la casa.	1	--
No participa en ninguna labor de la casa.	0	--
LAVADO DE LA ROPA		
Lava por si solo su ropa.	1	--
Lava por si solo pequeñas prendas.	1	--
Todo el lavado de ropa debe ser realizado por otro.	0	--

USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE		
Viaja solo en transporte público o conduce su propio coche.	1	1
Es capaz de tomar un taxi, pero no usa otro medio de transporte.	1	1
Viaja en transporte público cuando va acompañado de otra persona.	1	1
Utiliza el taxi o el automóvil solo con ayuda de otros.	0	0
No viaja en absoluto.	0	0
RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN		
Es capaz de tomar su medicación a la hora y dosis correcta.	1	1
Toma su medicación si la dosis es preparada previamente.	0	0
No es capaz de administrarse su medicación.	0	0
MANEJO DE SUS ASUNTOS ECONÓMICOS		
Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo.	1	1
Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras y en los bancos.	1	1
Incapaz de manejar dinero.	0	0
PUNTAJE OBTENIDO		

Mujeres	Hombres	INTERPRETACIÓN
0-1	0	Dependencia total.
2-3	1	Dependencia severa.
4-5	2-3	Dependencia moderada.
6-7	4	Dependencia leve.
8	5	Independencia

ANEXO 4



Realización de la encuesta a los adultos mayores del club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir.



Realización de la encuesta a los adultos mayores del club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir.

ANEXO 5



Presentación de la dinámica “busca pareja” cuyo objetivo se logró ejercitando la memoria de los adultos mayores del Club Teresa Journet parroquia Cristo Obrero Porvenir.



Realización de la terapia ejercitando nuestro cuerpo para mejorar la capacidad funcional de los adultos mayores del Club Teresa Journet parroquia Cristo Obrero Porvenir.

ANEXO 6



Realización de dinámicas en grupo acerca de relacionando imágenes se llevó acabo en el club Teresa Journet parroquia Cristo Obrero Porvenir.



Realizando dibujos acerca de la autoestima en los adultos mayores del Club Teresa Journet de la Parroquia Cristo Obrero Porvenir.

ANEXO 7



ANEXO 8

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO, acepto en pleno uso de mis facultades mentales participar de forma espontánea y voluntaria en la aplicación de encuesta para un determinado proyecto de tesis titulado: **“INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA JOURNET DE LA APRROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016”**, donde asisto con regularidad al Club de Adulto Mayor, por lo tanto, **AUTORIZO** a las Srtas. Bachilleres en Enfermería Claudia Verónica Roselló Flores y Alessandra Emperatriz Soto Linares apliquen dicha encuesta a mi persona.



ANEXO 9

CONSTANCIA

EL QUE SUSCRIBE HMNA. PATRICIA GOOTEE FANNY ASESORA DEL CLUB DEL ADULTO MAYOR TERESA JOURNET:

DA CONSTANCIA QUE:

Las Señoritas *CLAUDIA VERÓNICA ROSELLÓ FLORES* y *ALESSANDRA EMEPRATRIZ SOTO LINARES* han aplicado encuestas los días 07 y 14 Junio del año en curso en la Parroquia Cristo Obrero Porvenir – Miraflores, como parte de su proyecto de tesis titulado “**INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016**”.

Se otorga la presente a solicitud de las interesadas para los fines que se estime conveniente.

Arequipa, 28 de Junio del 2016



ANEXO N° 10



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax: (51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERU

INFORME N° 0490 -CB- 2016

A : Doctora JOSEFINA SONIA NUÑEZ CHAVEZ
DECANA DE LA FACULTAD DE ENFERMERIA

De : COORDINACIÓN DE BIBLIOTECAS. SECCIÓN PROCESOS TÉCNICOS

Asunto : Evaluación de la Producción Intelectual

Expediente : 2016-0490

Fecha : 15 de julio de 2016

De acuerdo a lo dispuesto, informo a usted que la tesis:

INFLUENCIA DEL DETERIORO COGNITIVO EN LA CAPACIDAD FUNCIONAL DE LOS ADULTOS MAYORES DEL CLUB TERESA JOURNET DE LA PARROQUIA CRISTO OBRERO PORVENIR, AREQUIPA, 2016

Autor(es):

ROSELLO FLORES CLAUDIA VERONICA/SOTO LINARES ALESSANDRA EMPERATRIZ

Ha sido sometida a la plataforma de originalidad Turnitin obteniendo **16 %** en el sumario de coincidencias en el marco teórico pero las citas y referencias, se han hecho correctamente

Es cuanto informo para conocimiento y fines consiguientes

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

PROF. AMÉRICO HERRERA VERA

Coordinación de Bibliotecas, Hemeroteca y Videoteca

