



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO  
COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
ALIANZA AZÁNGARO 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. RUBILICIA VILCA VILCAPAZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**JULIACA – PERÚ**

**2024**



**UNIVERSIDAD ANDINA**

**NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**

**ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO  
COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES  
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD  
ALIANZA AZÁNGARO 2024**

**TESIS PRESENTADA POR:**

**Bach. RUBILICIA VILCA VILCAPAZA**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**APROBADA POR EL JURADO REVISOR:**

**PRESIDENTE**

**:**

  
Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA

**PRIMER MIEMBRO**

**:**

  
Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE

**SEGUNDO MIEMBRO**

**:**

  
Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA

**ASESOR DE TESIS**

**:**

  
Dra. INGRÍD LIZ QUISPE TICONA

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

**:**

SALUD PÚBLICA - P07

**"NÉSTOR CÁCERES VELÁSQUEZ"****RESOLUCIÓN DECANAL N° 1795-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 31 diciembre del 2024

**Vistos:** El Expediente N° 2024-CU-19412 en el cual solicita fecha y hora para Sustentación de Tesis y el Dictamen de Aprobación, emitido por el Jurado Evaluador del trabajo de investigación titulado **PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**

**CONSIDERANDO**

Que es necesario dar cumplimiento a la Ley 30220, al Estatuto Universitario y al Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad y de la Facultad de Ciencias de la Salud, para la fijación de fecha y hora para la sustentación de tesis.

En uso de las atribuciones conferidas a la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud y, estando al informe de la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad.

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** Ratificar a los jurados para la Sustentación de Tesis para optar el Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** del (la) bachiller: **VILCA VILCAPAZA RUBILICIA**; habiéndose designado por sorteo a los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : Dra. **MARYLUZ CRUZ COLCA**
- \* **1er. Miembro** : Dra. **GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- \* **2do. Miembro** : Dra. **SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
  
- \* **Asesor (a)** : Dra. **INGRID LIZ QUISPE TICONA**

**SEGUNDO:** Fijar la programación de Sustentación de Tesis para el:

**DIA** : **JUEVES 02 DE ENERO DEL 2025**  
**HORA** : **10:00 HORAS**  
**LOCAL** : **Salón de Grados de la Facultad de Ciencias de la Salud**

**TERCERO:** Realizado la Sustentación, el Jurado levantará el Acta en el libro respectivo, donde indicará el resultado obtenido por el Bachiller sustentante.

**CUARTO:** La Dirección de la Escuela Profesional de Enfermería, la Comisión de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud y el jurado, quedan encargados de dar cumplimiento a la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese y Cúmplase.

**DISTRIBUCIÓN:**  
- Jurados (3)  
- Interesado (1)  
- Asesor de Tesis (1)  
- Archivo FCS 2024(1)



**RESOLUCIÓN DECANAL N°1619-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 05 de diciembre del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 156-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, de fecha 03 de diciembre del egresado (a) **VILCA VILCAPAZA RUBILICIA** quien solicita la aprobación del Informe Final Titulado: **PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024** conducente para optar el título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA**

**CONSIDERANDO**

**Que**, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV y con la aprobación del informe final por los siguientes miembros de jurado y asesor:

- \* **Presidente** : **Dra. MARYLUZ CRUZ COLCA**
- \* **1er. Miembro** : **Dra. GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
  
- \* **Asesor (a)** : **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

Estando la opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento interno de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria N° 24661 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.- APROBAR**, el **INFORME FINAL** de **INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado (a) **VILCA VILCAPAZA RUBILICIA** para optar el Título Profesional de **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA** Con la Tesis Titulado **PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024** correspondiente a la Línea de investigación **SALUD PUBLICA P07**

**ARTICULO SEGUNDO.- DISPONER** que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y secretaria académica de la facultad de ciencias de la salud, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.

  
Universidad Andina "Néstor Cáceres Velásquez"  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
  
Dra. ELIZABETH VARGAS ONOFFRE  
COP 2034  
DECANA

Distribución: Decanato, EP. Enfermería secretaria Académica, Archivo.

**RESOLUCIÓN DECANAL N° 245-2024-D-FCS-UANCV**

Juliaca, 09 de abril del 2024

**VISTOS:**

El Informe N° 020-2024-UI-FCS-UANCV-J emitido por la Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, y la copia del acta de Registro de Propuesta de Investigación de fecha 26 de marzo de la E.P. Enfermería, folio 000033;

**CONSIDERANDO:**

Que, el (la) egresado (a) **VILCA VILCAPAZA RUBILICIA** ha presentado y solicitado la aprobación de la propuesta de Investigación titulado: **PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024** correspondiente a la línea de investigación: **SALUD PÚBLICA**;

Que, la Dirección de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud en cumplimiento a la Resolución N° 102-2023-CF-FCS-UANCV comunico que el **Comité de Investigación** para la evaluación de la propuesta de Investigación está conformado por los siguientes docentes:

- \* **Presidente** : **Dra. MARIA AMPARO DEL PILAR CHAMBI CATAORA**
- \* **1er. Miembro** : **M.Sc. MARIA ANTONIETA LOAYZA LOPEZ**
- \* **2do. Miembro** : **Dra. SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA**
- \*

Que, la Directora de la Unidad de Investigación ha emitido la Opinión Técnica N° 078 2024-UANCV-FCS-UI-CI sobre la evaluación de la propuesta de investigación, emitiendo opinión favorable para que se emita la resolución de aprobación de la propuesta de investigación;

Estando opinión técnica favorable de la Unidad de Investigación, en concordancia con el Reglamento de la Unidad de Investigación de Ciencias de la Salud y en uso de las atribuciones que le confiere la Ley Universitaria N° 30220, Ley de Creación de la UANCV N° 23738 y modificatoria, Resolución de Institucionalización 1287-92-NAR. D.L. N° 739 y el estatuto de la UANCV, la Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**SE RESUELVE:**

**ARTICULO PRIMERO.-** APROBAR, la **PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN**, presentado por el (la) egresado(a) **VILCA VILCAPAZA RUBILICIA** para optar el Título Profesional de **LICENCIADA EN ENFERMERÍA** : titulado **PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024**

La Propuesta de Investigación deberá **ejecutarse** de acuerdo a lo establecido en el Reglamento de la Unidad de Investigación con fines de obtención de Grados Académicos y Títulos Profesionales, y el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud.

**ARTICULO SEGUNDO.-** RECONOCER, como **ASESOR(A) DE LA PROPUESTA DE INVESTIGACIÓN** al(la) Docente Ordinario(a) de la Facultad de Ciencias de la Salud, **Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA**

**ARTICULO TERCERO.-** DISPONER que, La Directora de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud y la Directora de la Escuela Profesional de Enfermería a, quedan encargados del cumplimiento de la presente Resolución.

Regístrese, Comuníquese, Archívese.



**Distribución:** Decanato, EP: ENFERMERÍA, Secretaría Académica, Archivo.



## PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024

### INFORME DE ORIGINALIDAD

22%

INDICE DE SIMILITUD

19%

FUENTES DE INTERNET

6%

PUBLICACIONES

19%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

### FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Andina Nestor Caceres Velasquez Trabajo del estudiante	16%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	2%
3	repositorio.uancv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	<1%
5	repositorio.uwiener.edu.pe Fuente de Internet	<1%
6	1library.co Fuente de Internet	<1%
7	repositorio.unc.edu.pe Fuente de Internet	<1%
8	repositorio.upla.edu.pe	



### Metadatos Complementarios

<b>Título de la Tesis</b>	
<b>PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024</b>	
<b>Datos de autor</b>	
Nombres y apellidos	RUBILICIA VILCA VILCAPAZA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	46280286
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0009-0003-7200-0739">https://orcid.org/0009-0003-7200-0739</a>
<b>Datos de asesor</b>	
Nombres y apellidos	INGRID LIZ QUISPE TICONA
Tipo de documento de identidad	DNI
Número de documento de identidad	02449475
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-7619-9592">https://orcid.org/0000-0002-7619-9592</a>
<b>Datos del jurado</b>	
<b>Presidente del jurado</b>	
Nombres y apellidos	MARYLUZ CRUZ COLCA
Tipo de documento	DNI. 29590767
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-4379-558X">https://orcid.org/0000-0003-4379-558X</a>
<b>Miembro del jurado 1</b>	
Nombres y apellidos	GABRIELA BETTY ARIAS LUQUE
Tipo de documento	DNI. 29344129
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0002-4559-141X">https://orcid.org/0000-0002-4559-141X</a>
<b>Miembro del jurado 2</b>	
Nombres y apellidos	SONIA BENITA FERNANDEZ TAPIA
Tipo de documento	DNI. 01297921
URL de ORCID	<a href="https://orcid.org/0000-0003-2232-6653">https://orcid.org/0000-0003-2232-6653</a>

<b>Datos de investigación</b>	
Línea de investigación	Salud Pública – P07
Grupo de investigación	No aplica.
Agencia de financiamiento	Sin financiamiento
Ubicación geográfica de la investigación	<p><b>País:</b> Perú  <b>Departamento:</b> Puno  <b>Provincia:</b> Azángaro  <b>Distrito:</b> Azángaro  Centro de Salud Alianza Azángaro  <b>Coordenadas:</b>  <b>Longitud:</b> -14.90596  <b>Latitud:</b> -70.19209</p> <p><b>URL Maps</b>  <a href="https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1N3d-0w6-3OnjVhKthfeZXZwfvKpR31w&amp;usp=sharing">https://www.google.com/maps/d/edit?mid=1N3d-0w6-3OnjVhKthfeZXZwfvKpR31w&amp;usp=sharing</a></p> 
Año o rango de años en que se realizó la investigación	Abril 2024 – Diciembre 2024
URL de disciplinas OCDE <a href="https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html">https://concytec-pe.github.io/Peru-CRIS/vocabularios/ocde_ford.html</a> - Librería	<p><b>Enfermería</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.03</a></p> <p><b>Salud Pública</b>  <a href="https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05">https://purl.org/pe-repo/ocde/ford#3.03.05</a></p>

UNIVERSIDAD ANDRINA NESTOR CACERES VELASQUEZ  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

*[Firma]*

Dr. María Amparo del Pilar Chambi Catacora  
DIRECTORA  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

DIRECCIÓN  
UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS

## DECLARACIÓN DE AUTENTICIDAD Y RESPONSABILIDAD

Yo RUBILICIA VILCA VILCAPAZA, identificado con DNI  
Nro. 46280286, en mi condición de egresado de:

- Escuela Profesional**  
 **Programa de Segunda Especialidad,**  
 **Programa de Maestría o Doctorado**

ENFERMERÍA

informo que he elaborado el/la  Tesis o  Trabajo de Investigación,  Trabajo Académico  
denominada:

PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS  
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024

Asesorado por: Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Es un tema original.

Declaro que el presente trabajo de tesis es elaborado por mi persona y **no existe plagio/copia** de ninguna naturaleza, en especial de otro documento de investigación (tesis, revista, texto, congreso, o similar) presentado por persona natural o jurídica alguna ante instituciones académicas, profesionales, de investigación o similares, en el país o en el extranjero.

Dejo constancia que las citas de otros autores han sido debidamente identificadas en el trabajo de investigación, por lo que no asumiré como tuyas las opiniones vertidas por terceros, ya sea de fuentes encontradas en medios escritos, digitales o Internet.

Asimismo, ratifico que soy plenamente consciente de todo el contenido de la tesis y asumo la responsabilidad de cualquier error u omisión en el documento, así como de las connotaciones éticas y legales involucradas.

El incumplimiento de lo declarado da lugar a responsabilidad del declarante, en consecuencia; a través del presente documento asumo frente a terceros, la Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez y/o la Administración Pública toda responsabilidad que pueda derivarse por el trabajo final presentado. Lo señalado incluye responsabilidad pecuniaria incluido el pago de multas u otros por los daños y perjuicios que se ocasionen.

Juliaca 10 de Enero del 2025



Firma del Asesor  
(obligatoria)



Firma del Estudiante  
(obligatoria)



Huella



## DEDICATORIA

Gracias a mi mamá por su amor inquebrantable, su apoyo inquebrantable y por todos los esfuerzos que han hecho para ayudarme a convertirme en profesional.



## AGRADECIMIENTO

A mis queridos docentes, les agradezco los conocimientos que han compartido conmigo y que me han permitido convertirme en un profesional de éxito.

A todos los adultos mayores que fueron parte de mi estudio.



## ÍNDICE GENERAL

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO .....	iv
ÍNDICE GENERAL.....	v
ÍNDICE DE TABLAS .....	vii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN .....	xi

## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
- Problema general.....	4
- Problemas específicos.....	5
1.2. OBJETIVOS .....	5
- Objetivo general.....	5
- Objetivos específicos.....	5
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	6
- Justificación teórica.....	6
- Justificación practica.....	6
- Justificación metodológica .....	7
1.4. HIPÓTESIS .....	7
- Hipótesis general .....	7



- Hipótesis específicas .....	7
1.5. VARIABLES.....	8
1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES .....	9

## **CAPÍTULO II**

### **MARCO TEÓRICO**

2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN .....	11
- A nivel internacional.....	11
- A nivel nacional.....	15
- A nivel regional .....	19
2.2. MARCO TEÓRICO .....	21
2.3. MARCO CONCEPTUAL.....	32

## **CAPÍTULO III**

### **PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN**

3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN.....	34
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN .....	34
3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN .....	34
3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	34
- Población .....	34
- Muestra.....	35
3.5. TÉCNICAS .....	35
- Técnicas .....	35
- Instrumentos .....	35



3.6	PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS .....	37
3.7.	CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS .....	37
3.8.	VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO.....	38

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1.	RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....	39
4.2.	CONCLUSIONES.....	66
4.3.	RECOMENDACIONES.....	68
4.4.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	70
A N E X O S.....		77
ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS .....		78
ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA .....		86
ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO .....		90
ANEXO 4: INSTRUMENTOS.....		91
ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO; <b>Error! Marcador no definido.</b>		
ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO; <b>Error! Marcador no definido.</b>		



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Edad asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. .... 40

Tabla 2. Genero asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. .... 42

Tabla 3. Estado civil asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. .... 44

Tabla 4. Nivel educativo asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. .... 46

Tabla 5. Ocupación asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro De Salud Alianza Azángaro 2024. .... 48

Tabla 6. Categorías del adulto mayor asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. .... 50

Tabla 7. Sensación de soledad asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. .... 52

Tabla 8. Sensación de ser útil en el hogar asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024. .... 54



Tabla 9.	Sensación de incapacidad asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	56
Tabla 10.	Sensación de preocupación asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	58
Tabla 11.	Sensación de maltrato en el hogar asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	60
Tabla 12.	Apoyo económico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	62
Tabla 13.	Estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.....	64



## RESUMEN

**Objetivo:** Analizar el perfil demográfico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza. **Metodología:** Estudio no experimental, con una población total de 165 adultos mayores, se empleó como instrumentos, una guía de entrevista sobre el perfil sociodemográfico y un cuestionario según escala de Pfiffer. Para el análisis estadístico se utilizó el Chi cuadrado **Resultados:** Las características personales asociados al estado cognitivo de los adultos mayores son: el 35,2% tienen de 70 – 80 años, el 35,2% son del género masculino, el 26,7% su estado civil es conviviente, el 24,8% tienen secundaria completa y el 26,7% tienen de ocupación solo están en casa. Las características biológicas asociados al estado cognitivo son: El 34,5% tienen una categoría de persona adulta mayor activa saludable. Las características psicológicas asociados al estado cognitivo son: El 43,6% no tienen una sensación de soledad, el 53,9% si tienen una sensación se ser útil en el hogar, el 43,6% no tienen sensación de incapacidad, el 40,6% si tienen una sensación de preocupación, el 53,9% no tienen una sensación de maltrato en el hogar y el 30,3% no tienen un apoyo económico. El estado cognitivo de los adultos mayores, es el 53,9% no tienen un deterioro cognitivo el 41,8% tienen un deterioro cognitivo leve y el 4,2% es moderado. **Conclusión:** El perfil demográfico está asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.

**Palabras clave:** Demográfico, cognitivo, adultos mayores.



## ABSTRACT

**Objective:** To analyze the demographic profile associated with the cognitive status of older adults treated at the Alianza Health Center. **Methodology:** Non-experimental study, with a sample of 165 older adults, used as instruments, an interview guide on the sociodemographic profile and a questionnaire according to the Pfiffer scale. **Results:** The personal characteristics associated with the cognitive status of older adults are: 35.2% are 70 - 80 years old, 35.2% are male, 26.7% have a cohabiting marital status, 24.8% have completed secondary school and 26.7% are home-based. The biological characteristics associated with cognitive status are: 34.5% have a category of healthy active older adult. The psychological characteristics associated with the cognitive status are: 43.6% do not have a feeling of loneliness, 53.9% do have a feeling of being useful at home, 43.6% do not have a feeling of incapacity, 40.6% do have a feeling of worry, 53.9% do not have a feeling of abuse at home and 30.3% do not have financial support. The cognitive status of older adults is: 53.9% do not have cognitive impairment, 41.8% have mild cognitive impairment and 4.2% is moderate. **Conclusion:** The demographic profile is associated with the cognitive status of older adults cared for at the Alianza Azángaro 2024 Health Center. **Keywords:** Demographic, cognitive, older adults.



## INTRODUCCIÓN

Las Naciones Unidas afirmaron que las personas de 60 años o más aumente un 56% en el 2015 y 2030, pasando de 901 millones a 1.400 millones. también estimaron que el año 2050, aumentará más del doble en comparación con 2015, alcanzando aproximadamente los 2.100 millones. En los quince años siguientes, se prevé que aumente un 71% en Latinoamérica y el Caribe, hay alta tasa de crecimiento del mundo. (1) Desde hace mucho tiempo el bienestar psicológico se conoce como la capacidad de la persona tiene para desarrollarse y adecuarse a su entorno social, donde el aprendizaje, fortalezas y habilidades que una persona adquiere durante toda la vida causa efecto en su calidad de vida, bienestar psicológico y satisfacción personal; es así que el bienestar psicológico depende mucho del entorno en el que se desenvuelve la personas, además, de las actividades que realiza, sus hábitos y sus necesidades. (2)

Al hablar del envejecimiento en el Perú varios autores coinciden que es una práctica universal y continua, que se caracteriza por la disminución constante de talentos funcionales del organismo como la pérdida de la capacidad homeostática. Además, a lo largo de la vida, el cerebro humano es responsable de realizar funciones cognitivas. Si alguna de estas funciones falla, el individuo experimentará inmediatamente limitaciones y/o conflictos en su vida cotidiana. (3)

Según el reglamento el trabajo está organizado en 4 capítulos. Capítulo I, los aspectos generales esta la problemática, formulación del problema y justificación, se consignan también los objetivos y las variables. En el capítulo II se observa los antecedentes, el marco teórico y conceptual. En el capítulo III



procedimiento metodológico, se observa el diseño, tipo, métodos, población, muestra, técnicas e instrumentos, la contrastación de hipótesis y la validez y confiabilidad. El capítulo IV esta los resultados, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.



## CAPÍTULO I

### ASPECTOS GENERALES

#### 1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El estudio en adultos mayores es un campo que cada vez más relevancia en todo el mundo. Esto se debe a que la población de este grupo está creciendo a un ritmo mayor que nunca. (4) El envejecimiento tiene un significado social; es decir, se trata de un concepto socialmente construido que hace referencia a las conductas y actitudes propios de la edad, las opiniones subjetivas que los individuos que alcanzan una determinada edad tienen de sí mismos, así como de los demás individuos que no viven ese momento (jóvenes y adultos) con los que interactúan, aunque hay una serie de indicadores que contribuyen a su formación, como la clase social, el nivel académico, cultura, el sexo o la salud, el componente de la edad es el que lleva a concentrarse en una determinada «etapa» que todos los individuos tienen tendencia a experimentar: la vejez. (5)

##### 1.1.1. Descripción del problema

###### A nivel internacional

A nivel mundial, se incrementarán de 900 millones a más de 1.400 millones entre el 2015 y 2030 en el mundo la población de 60 años. Con



un aumento del 64% en poco más de 15 años, crece a mayor velocidad. En términos de proporción, la población de sesenta años o más aumente del 12,3% en el año 2015 al 16,4% en el año 2030. El proceso de envejecimiento se está produciendo más rápidamente en nuestra zona, ya que la cantidad de personas mayores se ha disparado de 70 millones a 119 millones en el mismo tiempo, lo que representa un aumento del 59%. Y ello a pesar de que la situación en las regiones es muy diferente, y de que Europa es y seguirá siendo el continente con la media de edad más elevada. (6)

En los adultos mayores (20% en la salud mental), con distintos grados de gravedad, como indican numerosos estudios epidemiológicos realizados en todo el mundo. El declive de la función cognitiva está inextricablemente ligado al declive del déficit de control emocional y del comportamiento social. Por el contrario, se ha determinado que el 6,7% de las personas mayores padecen demencia, evidenciada por discapacidad cognitiva o funcional presente en el individuo. (6)

En los problemas de salud mental, no se identifican fácilmente, lo que significa que no tienen un diagnóstico o no se tratan adecuadamente. La formación académica de expertos en este campo es esencial para prevenir y tratar estos problemas de forma adecuada. Es fundamental contar con estrategias, rutinas y áreas especializadas relacionadas con la mente en la forma de vida y la de sus familiares en su mejora. (6)



## A nivel nacional

En Perú, hay datos preocupantes. El 82,6% de la población femenina adulta padece una enfermedad crónica, que incluye diversas afecciones como asma, hipertensión y artritis, entre otras, mientras que el 69,9% de la población masculina sufre la misma afección. Además, los miembros de la población de las PAM que viven en áreas metropolitanas son los más afectados por estos problemas de salud. Además, es importante destacar que el 45,1% son personas con discapacidad. Del igual modo, la mayoría de mujeres afectadas por algún tipo de deficiencia tienen una edad más avanzada, a diferencia de lo que ocurre con los varones. (7)

El deterioro cognitivo se caracteriza por una alteración cognitiva que no progresa a demencia. Sin embargo, sí repercute en ciertos elementos neuropsicológicos del individuo, incluyendo la memoria y otros dominios cognitivos. Esta deficiencia puede estar relacionada con diversos problemas relacionados con la salud mental, ambiental o física. (7)

Dados estos hechos, exigen la aplicación de reformas sociales, económicas y políticas, la mayoría de las cuales afectan al sistema sanitario. La prevención de patologías crónicas y la preservación de objetivos geriátricos saludables gozan de gran consideración. La capacidad de sobrevivir hasta cierta edad, de ser autosuficiente en las acciones cotidianas. No tener una enfermedad persistente, tiene trabajo y posee puntos fuertes o débiles mentales. (7)



## A nivel local

En el centro de salud Simón Bolívar en Puno en una investigación realizada en el establecimiento determinaron que los adultos mayores que el 67,5% tiene un nivel funcional independiente. El estado cognitivo del 55% se clasifica como deterioro cognitivo moderado y la capacidad de cálculo es la indicación más afectado. (8)

En Juliaca se evidencia las características personales, biológicas y psicológicas provocar el abandono de la persona mayor, por desgaste del cuidador o de toda la familia. El personal del Centro de Salud Alianza, contribuye en resolver la problemática determinando el perfil demográfico asociado al apoyo familiar de los adultos mayores.

Se han encontrado pocas investigaciones a nivel de la ciudad de Azángaro dedicadas a evaluar el factor de deterioro cognitivo. Además, las guías para la prevención de caídas en instituciones no incluyen ninguna sugerencia para las personas afectadas por deterioro cognitivo. Esto puede deberse a que no se conoce bien la influencia subyacente de este problema en la población de Perú. En mejorar el estado cognitivo que se realizó este trabajo de investigación que será difundido a la comunidad científica.

### 1.1.2. Formulación del problema

#### - Problema general

**PG.** ¿El perfil demográfico está asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024?



## - Problemas específicos

- PE1.** ¿Cuáles son las características personales asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?
- PE2.** ¿Cuáles son las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?
- PE3.** ¿Cuáles son las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?
- PE4.** ¿Cuál es la valoración del estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?

## 1.2. OBJETIVOS

### - Objetivo general

- OG.** Analizar el perfil demográfico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.

### - Objetivos específicos

- OE1.** Identificar las características personales asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.
- OE2.** Describir las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.



**OE3.** Describir las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.

**OE4.** Valorar el estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.

### 1.3. JUSTIFICACIÓN

#### - **Justificación teórica**

Aportará información objetiva y actualizada sobre el deterioro de las capacidades cognitivas y de la calidad de vida que experimenta los adultos mayores, según datos, ha ido en aumento. Por ello, se seleccionó a la Asociación Organización Social del Adulto Mayor Villa los Reyes. Esto debido a que se carecía de información sobre la característica cognitiva.

(9)

#### - **Justificación practica**

Ofrecerá a las personas mayores organizada en otras asociaciones y a la comunidad la oportunidad de identificar los aspectos que contribuyen al deterioro cognitivo y, en consecuencia, ofrecer una mayor calidad de vida mediante un tratamiento a la vez holístico y humanizado. Del mismo modo, intentamos ampliar el alcance de los hechos y datos pertinentes para redefinir la perspectiva de la etapa senil.

Esta investigación permite acercarse a los adultos mayores y facilita la comprensión de sus necesidades desde una perspectiva biopsicosocial.

Tomando en cuenta que el bienestar de un ser humano no depende



únicamente de la satisfacción de necesidades fundamentales o de un ingreso económico, es fundamental entender que los adultos mayores perciben el envejecimiento y cómo les impacta en su vida cotidiana.

#### - **Justificación metodológica**

La investigación puede utilizarse como datos actualizados y servir de referencia a los profesionales de salud, que están en los instrumentos que se usaron en este trabajo.

El estudio es técnicamente viable debido a que las personas mayores estaban dispuestas a participar en la formulación del estudio y eran accesibles para participar. Debido a que el trabajo se basa en emplear instrumentos validados, que son los más utilizados en las unidades geriátricas, permitiendo una evaluación rápida del deterioro cognitivo, y a que los datos recogidos serán proporcionados con los datos del programa del Centro de Salud Alianza.

### 1.4. HIPÓTESIS

#### - **Hipótesis general**

**HG.** El perfil demográfico está asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.

#### - **Hipótesis específicas**

**HE1.** Las características personales asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza son: La edad, genero, nivel educativo y la ocupación.



- HE2.** Las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza son: Los cambios evidenciados en el cuerpo.
- HE3.** Las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza son: La sensación de soledad, de ser útil en el hogar, sensación de incapacidad y preocupación, maltrato en el hogar y apoyo económico.
- HE4.** La valoración del estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza tiene como resultado en mayor porcentaje deterioro cognitivo leve.

## 1.5. VARIABLES

**Variable1:** Perfil demográfico.

**Variable 2:** Estado cognitivo.



## 1.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES
<b>Variable 1</b>  1. Perfil demográfico	1.1 Características personales	1.1.1 Edad	a) 60-69 años b) 70-80 años c) 81 a más
		1.1.2 Genero	a) Femenino b) Masculino
		1.1.3 Estado civil	a) Soltero (a) b) Casado (a) c) Viudo (a) d) Conviviente e) Divorciado (a)
		1.1.4 Nivel educativo	a) Analfabeto b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria Completa f) Superior no universitaria g) Superior universitaria
		1.1.5 Ocupación	a) Su casa b) Comerciante puesto ambulante c) Comerciante puesto formal d) Otros
	1.2 Características biológicas	1.2.1 Categorías del adulto mayor	a) Persona adulto mayor activa saludable b) Persona adulta mayor enferma c) Persona adulta mayor frágil
	1.3 Características psicológicas	1.3.1 Sensación de soledad	a) SI ¿Por qué? - Vive solo - No recibe visitas b) NO ¿Por qué? - Tiene familia cercana - Vive con su esposo(a)
		1.3.2 Sensación de ser útil en el hogar	a) SI ¿Por qué? - Independencia para hacer sus actividades - Su familia lo apoya b) NO ¿Por qué? - Sensación de cansancio - Sensación de no ser útil



		1.3.3 Sensación de incapacidad	a) SI ¿Por qué? - Olvida con facilidad b) NO ¿Por qué? - Sensación de bienestar
		1.3.4 Sensación de preocupación	a) SI ¿Por qué? - Temor a morir - Desmejora la salud b) NO ¿Por qué? - Cuenta con apoyo familiar - Asume el envejecimiento con tranquilidad
		1.3.5 Sensación de maltrato en el hogar	a) Si b) No
		1.3.6 Apoyo económico	a) Si b) No
	<b>Variable 2</b> Estado cognitivo	2.1 Valoración	No deterioro cognitivo: ≤ 2 E Deterioro cognitivo leve: 3 a 4E Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 E Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 E



## CAPÍTULO II

### MARCO TEÓRICO

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### - A nivel internacional

**Parada y Muñoz (2) en su artículo científico sobre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años, Ecuador 2022. Objetivo:** Analizar la relación entre depresión y deterioro cognitivo en los adultos mayores. **Resultados:** Las investigaciones en Scopus, ScienceDirect, Elsevier y PubMed que se examinaron demostraron que existe una conexión entre la depresión y la deficiencia, que puede ser directa o indirecta. Además, los estudios también demostraron que existen variables vinculadas que comparten ambas formas de depresión y deficiencia, como la edad, los trastornos concurrentes, los factores psicosociales y biológicos. El bienestar de los ancianos se ve afectado negativamente por todos estos factores y, de momento, estamos trabajando para aminorar el impacto de estos factores poniendo en marcha programas de protección y ayuda.



**Bustamante y Maldonado (10) en su investigación Deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar Ecuador 2022. Objetivo:** Determinar el deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar. **Métodos:** método cuali -cuantitativo y un diseño transversal. La población mayor de 65 años o más del barrio Pataín, con 141 participantes. Se utilizó el Photo Test para el deterioro cognitivo y el Family Functioning Perception Test para la funcionalidad familiar. **Resultados:** Se descubrió que el treinta por ciento tenía deterioro cognitivo, el dos por ciento demencia, el treinta y seis por ciento familias disfuncionales y el once por ciento hogares muy disfuncionales, existe una asociación significativa con un  $p < 0.005$  entre las variables, por otra parte, se demostró que características demográficas; la edad y el nivel educativo estaban relacionadas con el deterioro cognitivo.

**Fierros y Gallegos et al. (11) en su artículo sobre el estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado, México 2020. Método:** Con la participación de treinta y dos personas mayores de ambos sexos, investigación descriptiva **transversal**. Se utilizaron las medidas Mini-Mental de Folstein y el Índice de Barthel, previa autorización informada del paciente. **Resultados:** Las mujeres constituían el 56,2% del total ( $n=18$ ), mientras que los varones representaban el 43,75% ( $n=14$ ). La edad media es de  $80,5 \pm 8,97$  años. Según el IB, sólo el 12,5% de las variables ( $n=4$ ) se consideraban independientes, mientras que el 87,5% de las variables ( $n=28$ ) presentaban algún grado de dependencia funcional. El 6,2% de los



participantes ( $n=2$ ) se consideraron normales, mientras que los otros 30 participantes ( $n=30$ ) presentaban algún deterioro cognitivo. Se demostró que no había diferencias significativas entre los sexos en cuanto a deterioro cognitivo ( $p=0,85$ ) o funcionamiento ( $p=0,45$ ). La correlación de Spearman resultó ser de 0,66, y el valor  $p$  fue de 0,0001.

**Cruz (12) en su investigación para determinar el perfil epidemiológico, clínico y cognitivo en pacientes adultos mayores con Síndrome de miedo a caer del Hospital General Regional Querétaro 2024. Metodología:** La investigación se realizó de forma transversal, observacional y retrospectiva. Investigadores del Instituto Mexicano del Seguro Social realizaron un estudio con 252 pacientes que padecían el síndrome. Mediante el uso de escalas de valoración para cada uno de los factores, se examinaron los aspectos epidemiológicos, clínicos y cognitivos de estos individuos. El análisis fue con el SPSS, que se utilizó para describir las variables cuantitativas en términos de medianas y rangos intercuartílicos, así como las variables cualitativas en frecuencias y porcentajes. **Resultados:** El 93,6% presentaba un miedo grave a las caídas. Entre los factores sociodemográficos, era de 76,5 años la edad media, la mayoría eran mujeres, estaban viudas o casadas, tenían hijos y presentaban un bajo nivel educativo. Los factores clínicos que estaban presentes en estos individuos con una dependencia, una autopercepción regular de la salud, síntomas de tristeza, dolor crónico, presencia de múltiples morbilidades, una deficiencia sensorial, una dificultad para andar y el uso de una ayuda para caminar. La fragilidad era un fenotipo que presentaban, y tenían una alta probabilidad de



sarcopenia, riesgo de malnutrición, antecedentes de caídas y tomaban muchos medicamentos. La mayoría de los encuestados (74%) no presentaba ningún deterioro.

**Schade y Medina et al. (13) en su artículo sobre la detección temprana de deterioro cognitivo leve en personas mayores durante la pandemia. Chile 2022.** El **objetivo**; Explorar la posibilidad de utilizar una metodología de cribado online para el diagnóstico precoz del deterioro cognitivo leve. **Métodos**: Es cuali - cuantitativo. La muestra es de 22 personas de las comunas de Coronel y Lota. Fueron muchos los componentes que conformaron el procedimiento, incluyendo el Cuestionario Sociodemográfico, el Test del Reloj Versión Cacho, de Chile de Mocha, la Escala de Depresión de Yesavage y el Test de Acentuación de Palabras. **Resultados**: La mayoría no mostraban signos de deterioro cognitivo, sino más bien de depresión. Nuestra discusión concluye con un análisis de la implementación de un proceso de diagnóstico en línea en individuos mayores, así como de los signos de depresión que puede suministrar la actual crisis pandémica.

**López y Salinas et al. (14) en el artículo sobre “Características demográficas, de salud y apoyo familiar de adultos mayores en el Programa de Cuidado Diurnos de Jacaleapa, El Paraíso, Honduras, 2020”** **Objetivo** es describir las características de los participantes en un programa de atención diurna que reciben servicios de salud y recreación social. **Metodología**: La investigación fue de carácter descriptivo y consistió en una encuesta transversal con 302 participantes que eran adultos mayores y 302 familiares que los acompañaban. **Resultados**: La

mayoría de los individuos eran mujeres (76,5%), tenían entre 60 y 69 años (70,19%) y menos de 60 años. El 68,9% de las personas mayores sólo había terminado la escuela primaria, y el 73,8% había pasado la mayor parte de su vida realizando tareas en el hogar. El (98%) declararon padecer la enfermedad. La influencia que se consideraba que tenían los familiares era bastante favorable.

- **A nivel nacional**

**Muñico (15) en su investigación Perfil epidemiológico del deterioro cognitivo en adultos mayores de una clínica geriátrica de Huancayo 2021. Métodos:** Es observacional, descriptivo, transversal y analizaron las historias clínicas de 140 ancianos. El muestreo fue no probabilístico y se realizó seleccionando a los participantes. **Resultados:** El intervalo de confianza del 95% el deterioro cognitivo moderado se situó entre el 5,8% y el 11,01%, (57 %) eran mujeres con una edad media de 74,49 años, de 71-80 años (40,7%), educación secundaria (42,9%) y con un empleo previo de ama de casa (33,6%). La polifarmacia estaba presente en el 37,9% de los casos, siendo el periodo de enfermedad más frecuente inferior a un año (50,7%), la dependencia parcial para las acciones diarias (18,6%) y la dependencia leve para las actividades instrumentales diarias (18,5%). En el 79% de los casos hubo polifarmacia, siendo la duración más frecuente de la enfermedad inferior a un año (cincuenta y siete por ciento), el deterioro cognitivo amnésico (setenta y uno por ciento) la forma más frecuente de deterioro cognitivo, la dependencia parcial (18,6%) y la leve (18,5%).



**Carrión y Gómez (16) en su investigación Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores del Puesto de Salud Xauxa Huancayo enero 2017 a diciembre 2021. Objetivo**

determinar los factores asociados a deterioro cognitivo. La **metodología**

Se utilizó el método de selección no probabilística para elegir la muestra

final, que constaba de 156 individuos mayores que incluían 52 casos y

104 controles. Se utilizó la prueba de Pfeiffer para localizar los casos de

deterioro cognitivo. En los **resultados**, A continuación, se enumeran las

variables de riesgo que se descubrieron mediante el uso de análisis

multivariante: edad (>75 años)  $p = 0,016$ ; educación básica (<8 años)  $p =$

$0,026$ ; no tener trabajo  $p = 0,044$ ; dependencia en las actividades  $p =$

$0,041$ . La participación en actividades físicas demostró ser un factor

protector con una odds ratio de  $0,210$  (IC95%)  $:(0,09-0,48)$  ( $p = 0,039$ ).

**Quispe (17) en su estudio de Factores asociados de la comorbilidad y el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor en el Hospital Regional del Cusco 2019. Material y métodos:**

230 pacientes en una

investigación no experimental, descriptiva analítica, transversal,

prospectiva y correlacional. Para completar los datos, se realizó una

entrevista. Los datos se rellenaron con el test de Montreal y el Mini Cog.

**Resultados:** No hubo diferencias en cuanto al sexo en el grupo de edad

en el que se relacionaron las variables en edades comprendidas entre 76

y 80 años (23,0% - 7%), lo que sugiere un mayor deterioro cognitivo. El

grupo de edad en el que se asociaron estos factores fue el mayor. El

periodo de comorbilidad con 10 años presentaba DC y la prevalencia de

DC era mayor en las personas mayores viudas, 13,9% ( $p < 0,05$ ). Otros



factores del estilo de vida que contribuyen al deterioro son no comer frutas y verduras, lo que aumenta el deterioro entre un 21,7% y un 82%; realizar actividad física durante un máximo de 30 minutos aumenta el riesgo hasta un 7,8%. Hay diferencias entre las pruebas de Montreal y Mini Cog, ya que la primera detectó un mayor número de casos de deficiencia. El Montreal demostró un 91,7% de casos con deterioro, mientras que el Mini Cog sólo detectó un 27%. Las comorbilidades que se asocian con los tests de Montreal y Mini Cog son la artrosis (25,7%-7,8%), la DM (25,3%-10,9%), la HTA (21,3% - 4,8%) y la obesidad (19,6% - 3,5%).

**Cabrera y Lescano (18) en su investigación Deterioro cognitivo en adultos mayores de un hospital de las fuerzas armadas Lima 2020.**

**Metodología:** para conocer los niveles de deterioro cognitivo se tuvo una muestra adquirida por 201 personas mayores, el 40% eran hombres y el 60% mujeres de 60 a 97 años. Además, se tuvieron en cuenta los años de educación comprendidos entre un año y catorce años de tipo descriptivo. Como consecuencia de que utilizamos un cuestionario, de NEUROPSI, la técnica es una encuesta, y el diseño descriptivo-correlacional. **Resultados:** El deterioro cognitivo normal hay mayor frecuencia, en los 73 y 90 años; en el género, no se encontraron diferencias, en el nivel de estudios.

**Torres y Ventura (19) en su tesis sobre perfil sociodemográfico y violencia en el adulto mayor que asiste al programa “club del adulto mayor” de un establecimiento de salud Lima 2019”.** Resultados: El 70,4% son mujeres, 64,8% con primaria completa, 68,5% son de la sierra, 27,8% son casados, 77,8% sin ingresos, 85,1% tienen SIS, 81,5% eran



católicos, 5,6% tenían alguna enfermedad y 64,8% no tenían empleo. En cuanto al tema de la violencia, el 22,2% de las víctimas fueron víctimas de maltrato psicológico, mientras que sólo el 3,8% fueron víctimas de violencia sexual. Conclusiones: Si se comparan con los perfiles demográficos de los ancianos de investigaciones anteriores, los perfiles de los ancianos de este estudio no muestran diferencias significativas. Además, los porcentajes de ancianos víctimas de violencia variaban de un estudio a otro.

**Vásquez (20) en su tesis sobre “Apoyo familiar asociado a la depresión en adultos mayores Centro Poblado Champaccocha Andahuaylas 2022” Metodología:** Este estudio es cuantitativa, no experimental y transversal. La validez se determinó mediante las opiniones de especialistas. La prueba piloto se utilizó para determinar la fiabilidad, y analizaron con el alfa de Cronbach, que arrojó un valor de 0,78 (el valor más alto posible). Cuarenta y cinco personas mayores constituyeron la población. Los **resultados**, El 65,0% de los hombres mayores que sufren depresión cree que recibe apoyo emocional de su familia sólo a veces, el 15,0% algo, el 10% a menudo y el 10% siempre. El 70,0% de los hombres mayores que sufren depresión cree que recibe ayuda familiar para su salud sólo en contadas ocasiones, el 15,0% de forma moderada, el 5% de forma regular y el 10,0% de forma constante. El 42,9% de las mujeres mayores que sufren depresión cree que recibe apoyo emocional de su familia muy a veces, el 37,1% cree que lo recibe de forma moderada, el 8,6% cree que lo recibe de forma regular y el 11,4% cree que lo recibe de forma constante. Las mujeres mayores que

sufren depresión, el 42,9% de ellas tiene la percepción de que recibe ayuda familiar para su salud muy a veces, el 34,3% de forma moderada, el 11,4% regularmente y el 11,4% constantemente.

- **A nivel regional**

**Mamani (21) en su investigación Valoración socio familiar asociado al estado mental cognitivo en adultos mayores atendidos en el Hospital Antonio Barrionuevo Lampa 2023. Objetivo:** Relacionar la valoración socio familiar del adulto mayor. **Metodología:** Es de tipo básico de nivel correlacional. **Resultados:** En cuanto al componente de evaluación personal, tenemos lo siguiente: El 54,1% de las personas tienen entre 60 y 64 años, el 31,9% son viudas y el 43,0% perciben una pensión de 65 años más ingresos irregulares. En la valoración social, el 87,4% de las personas participan en eventos que se celebran en la comunidad, el 85,5% de las personas comparten con toda su familia, el 78,7% de las personas reciben regularmente visitas de amigos y el 81,2% de las personas están contentas con su seguro médico. En cuanto al componente de evaluación familiar, el 34,8% viven con su cónyuge, el 90,8% de las personas afirman que a veces tienen disputas familiares y el 82,1% de las personas siempre reciben ayuda de otros miembros de su familia.

**Flores (22) en su investigación Afrontamiento del duelo y su influencia en el estado cognitivo de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Vallecito, Puno 2023. Resultados:** Las impresiones de perspectiva que se producen durante el proceso de duelo son las siguientes: en el indicativo del tipo de relación que mantenían con el



fallecido, el 31,8% se identificaron como personas que mantenían una relación cercana con el fallecido; en el indicativo del tipo de relación que mantenían con el fallecido, el 27,3% percibieron sentimientos de angustia y desánimo; y en el tipo de relación que mantenían con el individuo fallecido, el 37,9% informaron que eran benevolentes. Cuando analizamos los aspectos específicos de la cadena de apoyo típica y de los socios, descubrimos que el 62,1% de las personas consideran que su vínculo les proporciona apoyo. Por otro lado, cuando se trata del apoyo de los compañeros cercanos, el 54,5% de las personas han expresado que les parece bien asistir a reuniones y recibir apoyo. En cuanto al apoyo mental, el 48,5% de las personas han expresado que han recibido apoyo en múltiples ocasiones. El punto de vista último consiste en las actividades y/o funciones en la vida cotidiana. 62% han añadido recientemente labores a su existencia, y cincuenta y nueve por ciento son conscientes de cómo han cambiado su poder y su capacidad para llevar a cabo labores como consecuencia de la ausencia del tema estimado. No hay pruebas de que los veteranos mayores estén experimentando un deterioro mental, como demuestra el hecho de que el 51,5% de ellos acude a templos y al 31,8% le gusta ir de excursión. Finalmente, el 72,7% de los participantes no experimentó ningún deterioro mental, el 19,7% experimentó un deterioro leve y el 7,6% experimentó un deterioro mental prudente.

**Tejada (23) en su tesis sobre “Screening de deterioro cognitivo en el Consultorio de Medicina del Hospital “Manuel Nuñez Butron” Puno 2019”. Objetivo:** Analizar dicha evaluación tomando en consideración los



aspectos clínicos y epidemiológicos que pueden tener influencia sobre los pacientes. Durante los meses de mayo y junio se recogió una muestra de doscientos pacientes de entre 65 y 80 años. Se les someterá a una prueba denominada «prueba del reloj». Esto permitirá examinar y cuantificar las capacidades cognitivas de los pacientes, identificar los probables trastornos cognitivos. **Conclusiones:** Como se cree que el deterioro cognitivo de una persona debería aumentar con la edad, se prevé que habrá una gran asociación directa entre los factores que se están estudiando.

## 2.2. MARCO TEÓRICO

### 1. PERFIL DEMOCRÁTICO

Un perfil demográfico es un conjunto de representaciones gráficas, tablas y estimadores que ofrecen un resumen conciso del estado actual de una población y los procesos de crecimiento o decrecimiento que experimenta en la actualidad (también conocidos como dinámica de la población, que incluyen aspectos como la natalidad, la mortalidad, el crecimiento total y la migración).(24)

#### 1.1. Características personales

Las características personales revelan nuestro verdadero yo, nos obligan a enfrentarnos al mundo e informan a los demás de nuestra identidad y de cómo interactuar con nosotros. Las cualidades positivas son cruciales para el desarrollo del éxito y el crecimiento personal. .  
(25)

Denota el conjunto de rasgos intuitivos que determinan el comportamiento de un individuo en situaciones específicas. La idea



comprende la serie de acciones, actitudes, pensamientos y emociones característicos de una persona, así como el repertorio conductual que posee. (25)

### 1.1.1. Edad

Envejecen de diversas maneras, influidas por las experiencias, los acontecimientos críticos y las transiciones que experimentan a lo largo de su vida. Este proceso implica tanto desarrollo como deterioro. En general, un individuo de 60 años o más se considera una persona mayor. (26)

En general, una persona se clasifica como «mayor» al alcanzar la edad de 60-65 años, a parte de su historial médico y sus circunstancias particulares. (1). A pesar de que esta definición puede servir de base para el estudio, es esencial tener en cuenta que la salud de cada mujer es distinta y que la edad por sí sola no debe emplearse para clasificar, diagnosticar o remediar universalmente las enfermedades geriátricas. Para subrayar la importancia de este punto, la edad nunca debe utilizarse como justificación para la discriminación o el trato injusto. (1)

### 1.1.2. Genero

En la investigación sobre enfermedades, salud y calidad de vida, la variable de género es un factor de gran importancia. En consecuencia, en evaluar los efectos de una determinada enfermedad o tratamiento, debemos tener en cuenta el entorno social en relación con el género. Esto se debe a que los retos que la sociedad impone a hombres y mujeres no son los mismos, ni los impactos de estos retos son



realmente similares entre sí. Este es un factor que contribuye a la complejidad de la profesión de salud. (27)

Revela las cualidades, actitudes, roles, actuaciones y manierismos de un individuo, permitiendo así identificar si es hombre o mujer. Este reconocimiento se ve facilitado por el lugar que ocupa el individuo en la sociedad. (27)

El enfoque de género debe aplicarse en los estudios en las mujeres mayores para hacer hincapié en la población anciana, su mayor morbilidad y discapacidad a pesar de su mayor esperanza de vida, y las diversas formas afectadas por la enfermedad y el acceso restringido a la atención sanitaria. Es imperativo que las mujeres mayores participen en el desarrollo de políticas y programas sanitarios que les afecten, ya que esto es necesario para contradecir la percepción en el adulto mayor son incompetentes y para garantizar que las políticas reflejen y respondan a las necesidades. (27)

### **1.1.3. Estado civil**

El estado civil de un adulto mayor puede ser casado, viudo, divorciado, separado o soltero. Muchas mujeres mayores son solteras por haber perdido a un ser querido, por haberse divorciado, por haber sido abandonadas o por no haberse casado nunca. Sus consecuencias para la salud son difíciles de cuantificar; sin embargo, pueden abarcar la indigencia, la melancolía, la falta de movilidad y de recursos. (28)



#### 1.1.4. Ocupación

A pesar de que el sector sanitario y/o las estadísticas laborales no reconocen que la mayoría de las mujeres siguen trabajando hasta morir, el trabajo remunerado para las mujeres latinoamericanas concluye a la edad de 60 o 65 años. Son responsables de las tareas domésticas y, en ocasiones, se encargan del cuidado de sus cónyuges en iguales o peores condiciones y que son mayores. (29)

#### 1.2. Características biológicas

Los aspectos biológicos y psicológicos de un individuo se ven influidos por varios cambios en el envejecimiento. Sin embargo, también se produce un cambio significativo en el papel social que el individuo ha asumido hasta ese momento. Sin duda, los cambios físicos más evidentes durante el proceso de envejecimiento son una continuación del declive que comienza aproximadamente entre los 18 y los 22 años, cuando se alcanza la madurez física. (30)

La involución física comienza a esta edad, al concluir la fase de desarrollo. Sin embargo, no todas las alteraciones se producen simultáneamente ni al mismo ritmo. Actualmente es imposible diferenciar entre los cambios que son consecuencia genuina del envejecimiento y los que son resultado de enfermedades o de diversos factores ambientales y genéticos. A este respecto, las diferencias individuales son tan significativas que resulta difícil sacar conclusiones sobre el tema. Se considera que el adulto mayor es vulnerable debido a que su organismo necesita un periodo prolongado de recuperación de cualquier proceso que altere su estado normal. (30)

### **Cambios evidenciados en su cuerpo**

Sin embargo, las personas mayores desarrollan mecanismos y estrategias de adaptación que compensan las carencias al mismo tiempo que se manifiestan estas «vulnerabilidades». Esto les permite gestionar sus actividades cotidianas con cierto grado de autonomía. Un ejemplo muy significativo es la disminución de la fuerza física. En consecuencia, los individuos que son jóvenes tienden a hacer menos compras a lo largo del mes, ya que son capaces de tolerar cualquier cantidad de peso. Por el contrario, una persona mayor compra numerosos artículos pequeños al mismo tiempo debido a su menor fuerza, lo que le facilita transportar el peso. (30)

Este daño (moleculares y celulares) adopta la forma de una disminución gradual de las capacidades, así como de la exposición a diversas enfermedades y, en última instancia, a la muerte. Cuando un cambio está vinculado a la edad, se considera relativo y no uniforme, independientemente de la naturaleza del cambio. (30)

#### **1.2.1. Categorías del adulto mayor**

**Persona Adulta Mayor Activa Saludable.** El paciente tiene un examen físico normal, ninguno de los signos o síntomas asociadas a enfermedades agudas, subagudas o crónicas, y no existen antecedentes de riesgo asociados al paciente. (31)

**Persona Adulta Mayor Enferma.** Es la que no cumple los requisitos para las categorías de Adulto Mayor Frágil y que tenga una enfermedad aguda, subaguda o crónica, con diferentes grados de gravedad, y en la enfermedad no suele producir discapacidad. (31)



### 1.3. Características psicológicas

Alcanzamos la vejez en la última etapa de nuestro crecimiento vital, y los cambios psicológicos. Sensación de soledad. Este miedo tiene su origen en la noción errónea de que las personas mayores son incapaces de ser productivas, además de los retos que supone hacer frente a la demencia, la melancolía y la enfermedad. En ocasiones, esta perspectiva negativa de la vejez afecta incluso a los propios ancianos, ya que es una creencia impuesta socialmente que se nos ha inculcado desde la infancia. Las personas mayores siguen experimentando dificultades emocionales, como la transición a la jubilación, la pérdida y la soledad. La alteración de las prioridades en sus vidas hace necesaria la adaptación a las nuevas rutinas diarias con las que se encuentran. En consecuencia, en la vejez puede estar presente un proceso depresivo, que está tan normalizado y comprendido como en fases anteriores del desarrollo. Simplemente necesitan tiempo para comprender y aceptar sus nuevas circunstancias. palma(32)

**Depresión:** "Podemos observar la prevalencia de los síntomas depresivos en este grupo de edad cuando examinamos la vida de los mayores. Estos síntomas son algo que a veces no podemos evitar acompañar a nuestros mayores. Entre ellos, podemos destacar los cambios biológicos, que en ocasiones pueden verse afectado por procesos neurodegenerativos o enfermedades físicas que llegan a provocar estados de depresión y dependencia. (32)



### 1.3.1. Sensación de soledad

La experiencia de la soledad se ve facilitada por una sucesión de pérdidas en el envejecimiento. La definición de soledad de V. Madoz, que es la «convicción entristecida, de no tener acceso a interacciones», es la que he seleccionado entre otras definiciones, es un estado de angustia emocional que se produce cuando un individuo experimenta el rechazo o la mala interpretación de los demás.

La soledad y el aislamiento social son más frecuentes entre las personas mayores debido a su mayor susceptibilidad a factores como las dolencias crónicas, la pérdida de audición, la vida en soledad y la pérdida de familiares o conocidos. (33)

**Cambios emocionales:** De un año a otro, sucede una disminución perceptible de la cantidad total de actividad. Es posible que las emociones se interpongan en la función cognitiva. Lo mismo ocurre con los pensamientos negativos, que pueden impedir que uno obtenga buenos resultados en los exámenes cognitivos. (33)

### 1.3.2. Sensación de ser útil en el hogar

La sensación de ser útil en el hogar puede provenir de la satisfacción de ayudar a los demás, de sentirse apreciado y de contribuir a un ambiente agradable. La necesidad de sentirse útil es un impulso psicológico que se manifiesta en la búsqueda de la valoración y aceptación de los demás. La soledad, aunque no lo parezca, es la peor sensación que puede llevar a muertes prematuras se refiere, debido a sus graves causas para la salud. El aislamiento social, la

tristeza y el temor pueden ser consecuencia de la soledad entre las personas mayores. (34)

### 1.3.3. Sensación de incapacidad

Se dice que una persona padece esta enfermedad cuando es incapaz de apreciar actividades, acontecimientos o circunstancias que antes le resultaban gratificantes. El individuo afectado por esta enfermedad presenta una disminución de su interés, sensibilidad y motivación en respuesta a estímulos que antes le resultaban placenteros y le proporcionaban emociones de bienestar y placer. (34)

**Fragilidad:** Persona clasificada como adulto mayor que presenta un deterioro en sus dominios fisiológicos fundamentales y corre el riesgo caídas y fracturas. (34)

### 1.3.4. Sensación de preocupación

Cuando sentimos aprensión por el futuro, surge la preocupación. Busca recursos para personas que sufren ansiedad o preocupación.. Es posible que sienta aprensión por su salud o la de su familia. Además, puede sentir aprensión por el pago de obligaciones, la prestación de cuidados a una persona, su seguridad personal u otras necesidades críticas. (34)

### 1.3.5. Sensación de maltrato en el hogar

Existen numerosos métodos para explotar o maltratar a las personas mayores: El maltrato físico es el acto de golpear, empujar o agredir a una persona mayor con el fin de infligirle daños físicos. En los malos tratos al adulto mayor influyen diversos factores, como las pautas culturales, el trasfondo histórico, el entorno sociocultural y en la vejez.



A lo largo de la historia, este tipo concreto de violencia no ha tenido el mismo efecto contra los niños y mujeres; es de atención pública. (34)

El número de investigaciones realizadas sobre el tema en el país es limitado; no obstante, algunos métodos sugieren una situación preocupante que es necesario sacar a la luz e investigar, teniendo en cuenta que este problema afecta a todas las sociedades en una variedad de circunstancias diferentes. En vista de ello, el objetivo es la visión de las ideas y características fundamentales asociadas al maltrato de las personas mayores, así como proporcionar una descripción del alcance de este fenómeno social en el mundo. (34)

### **1.3.6. Apoyo económico**

En las personas de 65 años o más y han sido categorizados en pobreza por el Sisfoh están protegidos por el Programa de Pensión 65. otorga a estas personas un subsidio económico de S/ 250.00 soles bimestrales. A través de estos ingresos recurrentes, Pensión 65 se esfuerza por cubrir las necesidades fundamentales de sus beneficiarios, fomentar la revalorización social de los mismos y contribuir a la revitalización de las ferias y pequeños mercados locales. (35)

A través de la propiedad de la tierra o de la aportación de su mano de obra, la mayoría de las actividades se circunscriben a la propia tierra, es decir, a la actividad agrícola. Su participación activa, junto con la mano de obra contratada por los varones, representa la columna vertebral de la economía campesina. La participación de las mujeres es activa ha sido muy relevante. Es importante señalar que ninguna



de las actividades agrícolas a las que se dedican les proporciona ningún tipo de ventajas sociales; por eso la población rural se encuentra en una posición vulnerable cuando llega a la tercera edad. No existe la jubilación para los que viven en las regiones rurales; siguen trabajando hasta una edad muy avanzada. (35)

## 2. ESTADO COGNITIVO

Se entiende por estado cognitivo el grupo de varias funciones que permiten a los seres humanos llevar a cabo sus tareas cotidianas. En su composición se incluyen distintas aptitudes, especialmente las relativas a las interacciones sociales y familiares, tienen riesgo de deteriorarse en las personas mayores, que forman una categoría de riesgo. (36)

“Este término hace referencia al rasgo que suele asociarse a la vejez, presentan síntomas de olvido y retraso en el proceso de la información como consecuencia de la pérdida de sus funciones cerebrales. (37)

**Tipos de deterioro cognitivo:** Tenemos:

- **Deterioro cognitivo leve:** El diagnóstico de demencia no es aplicable porque se caracteriza por una variedad de alteraciones de la memoria, pero es compatible con un funcionamiento diario adecuado. Por el contrario, es necesario aportar pruebas de que las alteraciones de la memoria se adquieren mediante el testimonio de un informador honesto o el apoyo de diversas investigaciones. (37)
- **Deterioro cognitivo moderado:** hay dificultades en realizar actividades complejas como la organización de eventos como la personal y económica. (37)



- **Daño cognitivo severo:** Además de graves problemas de movilidad, comportamiento y comunicación, el paciente experimenta la pérdida de memoria. En esta fase, es posible que sea incapaz de identificar lugares familiares o personas de su entorno. Debido a este nivel de deterioro cognitivo, serán incapaces de gestionar de forma independiente sus necesidades fundamentales, como la alimentación, la higiene o la movilidad. Además, serán susceptibles de contraer infecciones, incluida la neumonía. (37)

### **Deterioro cognitivo**

El deterioro gradual de la memoria es uno de los síntomas iniciales. Posteriormente, se inicia la fase de deterioro cognitivo propiamente dicho, que puede comenzar de forma muy leve o progresivo, el Alzheimer es el estadio más grave de la demencia, que corresponde a la demencia senil. Es el tipo de demencia más conocido y se caracteriza por un deterioro cognitivo significativo. Al mismo tiempo, provoca una pérdida de la capacidad de realizar funciones fundamentales para la autonomía, como ir al baño, comer y otras actividades. Cuando el deterioro cognitivo alcanza una segunda fase, puede detectarse mediante diversas pruebas neuropsiquiátricas, como el razonamiento verbal y numérico. Es importante señalar que este tipo de deterioro cognitivo puede identificarse. La evaluación de la memoria será factible con los instrumentos. Como resultado, la amnesia puede caracterizarse como deterioro cognitivo grave, moderado o leve, dependiendo del grado de daño que provoque la pérdida de recuerdos. (38)



En general, se acepta que el proceso de envejecimiento es tardía en el progreso de un organismo; los autores citados creen que es un proceso natural e inevitable y no un conjunto de enfermedades, a pesar de que a menudo se relacionan con determinadas enfermedades debido a que afectan a los órganos del cuerpo, incluido el SNC. (38)

## 2.3. MARCO CONCEPTUAL

### **Adulto mayor**

Este periodo llega después de la madurez y está precedido por la muerte. El cuerpo y varias capacidades cognitivas de los individuos comienzan a declinar. Los individuos que superan los setenta años se incluyen en esta categoría. (39)

### **Estado cognitivo.**

La capacidad intelectual que permite a una persona mayor relacionarse con el entorno en el que vive es lo que suele denominarse funcionamiento cognitivo. (34)

### **Deterioro cognitivo:**

Todas las personas mayores muestran signos de amnesia y lentitud en el procesamiento de la información como consecuencia del deterioro neurológico. Los indicios más conspicuos de deterioro cognitivo son los trastornos de la memoria. (40)

### **Perfil sociodemográfico:**

Son características que describen a una población. Se trata de variables estadísticas que se utilizan para explicar las características sociales, demográficas y económicas de una zona. (40)



## **Proceso de Envejecimiento**

La idea de vejez no es una frase que acabe de surgir. En la actualidad, la definición de la vejez viene determinada por la edad cronológica, ya que este método se considera más conveniente para la categorización y los fines estadísticos. Esto se debe a que es más posible en el momento en que se realizan estos estudios. Lo mismo ocurre con la edad cronológica, que se utiliza para determinar los rangos de cada etapa de la vida. (1)

## **Vida emocional**

Porque es una sensación que tiene todo ser humano, es la razón por la que somos capaces de exhibir emociones como la felicidad, la tristeza, la agonía, etc. (41)

## **Vida familiar**

Una familia es el conjunto de individuos que establece a lo largo de su vida. (41)

## **Vida social**

Son las interacciones que mantenemos con los demás a lo largo de nuestra existencia. (41)

## **Vida espiritual**

Es un método mediante el cual las personas mayores intentan alcanzar la calma interior y exterior durante esta fase de su existencia. (41)



## CAPÍTULO III

### PROCEDIMIENTO METODOLÓGICO DE LA INVESTIGACIÓN

#### 3.1. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Estudio es no experimental, sino que se ven los sucesos tal y como ocurrieron en su entorno, y luego se analizaron. (42)

#### 3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

De tipo básico porque se centra en ampliar el conocimiento teórico y científico sobre un área determinada y de nivel correlacional medirá la relación de las variables, Su objetivo es investigar en qué medida están correlacionadas; por consiguiente, trata de averiguar la forma en que una variable varía en respuesta a la otra. (42)

#### 3.3. MÉTODOS APLICADOS A LA INVESTIGACIÓN

Se usó el método hipotético, deductivo con enfoque cuantitativo.

#### 3.4. POBLACIÓN Y MUESTRA

##### - Población

Constituida por 165 adultos mayores que se atendieron en el Centro de Salud Alianza, Azángaro.

## - **Muestra**

No se utilizó muestra porque se trabajó con la totalidad de paciente adultos mayores siendo un total de 165.

### **Criterios de inclusión:**

- Adultos mayores que asisten al centro de salud de 60 años a más de ambos sexos.
- Que firmen consentimiento informado

### **Criterios de exclusión:**

- Adultos que no se atienden en el centro de salud.
- A los adultos que invalidaron los instrumentos.
- Adultos con necesidades especiales.
- A los que no firmen el consentimiento.

## **3.5. TÉCNICAS**

### - **Técnicas**

**variable 1:** Entrevista.

**variable2:** Encuesta.

### - **Instrumentos**

**Variable 1:** Se utilizó una guía de entrevista sobre perfil demográfico, biológico, psicológico del adulto mayor. Este instrumento ya fue previamente aplicado en la tesis sobre características biológicas, psicológicas y sociales que influyen en la autoestima del adulto mayor, Red Asistencial II, Essalud.

### **Ficha técnica**

**Nombre original:** Se usó una guía de entrevista sobre perfil demográfico en adultos mayores.



**Autor:** Valencia Cerna D. 2015

**Administración:** Individual.

**Tiempo de aplicación:** (30 minutos).

**Aplicación:** Adultos mayores.

**Variable 2:** Se utilizo el instrumento el cuestionario según la Escala de Pfeiffer para medir el estado cognitivo posteriormente, para detectar el grado de deterioro cognitivo, con 10 preguntas.

### **Ficha técnica**

**Nombre:** Escala de Pfeiffer

**Autores:** Ysenck, Hans Jürgen (1916-1997)

**Aplicación:** Individual

**Población objetivo:** Adultos mayores

Para la evaluación según Pfeiffer, Esta escala evalúa las funciones fundamentales; la memoria, la orientación y la atención. Es importante señalar que es incapaz de detectar cambios minúsculos o alteraciones sutiles que puedan producirse durante la evolución. Tiene diez preguntas y debe puntuarse con un punto por cada incorrecta (E) y con cero puntos por cada correcta. La evaluación cognitiva se realiza sumando el número total de preguntas incorrectas seguido de lo siguiente:  $\leq 2$  E: No deterioro cognitivo. De 5 a 7 E: Moderado De 3 a 4 E: Leve De 8 a 10 E: Grave.

Nota: A las personas analfabetas y que sólo hayan completado una parte de sus estudios primarios se les restará 1 punto de la suma total y serán evaluadas de acuerdo con la evaluación específica.

### 3.6 PLAN DE RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO DE DATOS

Se hizo una solicitud al jefe del establecimiento.

Seguidamente la coordinación con la enfermera a cargo del adulto mayor para la aplicación del cuestionario, previa firma del consentimiento informado.

**Todo el proceso tendrá los siguientes pasos:**

Para clasificar, cuantificar y analizar los datos, primero se organizaron y luego en una base creada en el SPSS. A continuación, y elaboraron tablas estadísticas.

Los resultados se compararon con la información de partida que se facilitó para el estudio y con la base teórica que se revisó para analizar y discutir los datos. Emplearemos un confianza (IC) del 95%, considerándose significativo con  $p < 0,05$ . después se emplearon en tablas de doble entrada para el análisis y la comprensión.

### 3.7. CONTRASTACIÓN DE HIPÓTESIS

Para facilitar el tratamiento y el examen de los datos, cada instrumento se introdujo en el SPSS. La prueba estadística fue la de chi-cuadrado, el análisis de las variables si hay asociaciones entre ellas.

Formula:

$$\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$$

Donde:

$\chi^2$ : Chi cuadrado

$e_i$ : frecuencia esperada

$o_i$ : frecuencia observada



### 3.8. VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

#### **Validez**

Los instrumentos de la investigación fueron validados por 3 expertos. Este proceso es una validación de contenido que tiene como objetivo evaluar y analizar los descriptores de la escala inducida y verificar los ítems que miden.

#### **Confiabilidad**

Se empleo el alfa de Cronbach, con un resultado de 0,842 es confiable el instrumento y se puede utilizar en la recolección de datos.



## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El objetivo general es: Analizar el perfil demográfico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024, se presenta 13 tablas estadísticas.

Se descubrió la asociación entre las variables en relación con los resultados, como se indica a continuación:

**TABLA 1. EDAD ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Edad	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
60 – 69 años	72	43,6	11	6,7	0	0,0	83	50,3
70 – 80 años	17	10,3	58	35,2	3	1,8	78	47,3
81 a más	0	0,0	0	0,0	4	2,4	4	2,4
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=161,286$$

$$P=0,000$$

**ES SIGNIFICATIVA**

$$X^2_{tab}=9,488$$

$$Gf=4$$



Nuestro primer objetivo específico: Identificar las características personales asociados al estado cognitivo de los adultos mayores, con 5 tablas.

La tabla 1: Edad asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, se halló el 50,3% es de 60 – 69 años, el 47,3% tienen entre 70 – 80 años y el 2,4% tienen entre 81 a más.

Los adultos mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 43,6% tienen de 60 a 69 años. Mientras tanto el otro grupo con un deterioro cognitivo leve el 35,2% tienen entre 70 a 80 años.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=161,286$  es mayor  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gl=4$  y  $P=0,000$ , es significativa.

Según Bustamante y Maldonado en su investigación han concluido que los adultos de 65 años el 30% presentaba un deterioro cognitivo, y la edad está relacionada al deterioro cognitivo (10) En nuestra investigación encontramos relación significativa con los autores dado que en nuestro estudio también la edad está asociado al estado cognitivo.

**TABLA 2. GENERO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Genero	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Femenino	56	33,9	11	6,7	3	1,8	70	42,4
Masculino	33	20,0	58	35,2	4	2,4	95	57,6
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=35,120$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gl=2$$



La tabla 2: Genero asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, el 57,6% son del género masculino y el 42,4% es femenino.

Los adultos mayores con un deterioro cognitivo leve el 35,2% son del género masculino. Del mismo modo del otro grupo que no tienen un deterioro cognitivo el 33,9% son del género femenino.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=35,120$  es mayor  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,000$ , es significativa.

Según Fierros y Gallegos en su investigación han concluido que no había diferencias significativas entre el sexo en cuanto al deterioro cognitivo o funcionamiento, hallaron que el 56.2% fueron mujeres y el 43.75% son hombres.(11) En nuestra investigación encontramos resultados similares a los autores en donde el 57,6% son hombres y el 42,4% son mujeres de las cuales en un mayor porcentaje las mujeres no tienen un deterioro cognitivo.

**TABLA 3. ESTADO CIVIL ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Estado civil	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Soltero (a)	17	10,3	0	0,0	0	0,0	17	10,3
Casado (a)	28	17,0	5	3,0	0	0,0	33	20,0
Viudo (a)	0	0,0	37	22,4	7	4,2	44	26,7
Conviviente	44	26,7	19	11,5	0	0,0	63	38,2
Divorciado (a)	0	0,0	8	4,8	0	0,0	8	4,8
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{caI}=102,830$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=15,507$$

$$Gf=8$$



En la tabla 3: Estado civil asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, el 38,2% son convivientes, el 26,7% son viudos, el 20,0% son casados, el 10,3% son solteros y el 4,8% son divorciados.

Los adultos mayores que no tiene un deterioro cognitivo el 26,7% son convivientes. De igual manera el otro grupo que tienen un deterioro cognitivo leve el 22,4% son viudos.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=102,830$  es mayor  $X^2_{tab}=15,507$ , con  $Gl=8$  y  $P=0,000$ , es significativa.

Según Quispe. en su estudio ha concluido el periodo de comorbilidad con 10 años presentaba DC y la prevalencia de DC era mayor en las personas mayores viudas, 13,9% ( $p<0,05$ ). (17) En nuestra investigación, encontramos relación con el autor dado que descubrimos un resultado similar el 22,4% también presentan un estado cognitivo de deterioro leve.

**TABLA 4. NIVEL EDUCATIVO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Nivel educativo	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Primaria incompleta	0	0,0	0	0,0	1	0,6	1	0,6
Primaria completa	0	0,0	17	10,3	1	0,6	18	10,9
Secundaria incompleta	28	17,0	26	15,8	5	3,5	59	35,8
Secundaria completa	41	24,8	18	10,9	0	0,0	59	35,8
Superior no universitaria	14	8,5	8	4,8	0	0,0	22	13,3
Superior universitaria	6	3,6	0	0,0	0	0,0	6	3,6
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=60,847$$

$$P=0,000$$

**ES SIGNIFICATIVA**

$$X^2_{tab}=18,307$$

$$Gf=10$$



La tabla 4: Nivel educativo asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, el 35,8% tienen secundaria incompleta, el 35,8% tienen secundaria completa, el 13,3% tienen superior no universitaria, el 10,9% tienen primaria completa, el 3,6% tienen superior universitaria y el 0,6% tienen primaria incompleta.

Los adultos mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 24,8% tienen secundaria completa y el 10,9% tienen un deterioro cognitivo leve. De la misma manera el otro grupo que no tienen deterioro cognitivo el 17,0% tienen secundaria incompleta.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=60,847$  es mayor  $X^2_{tab}=18,307$ , con  $Gl=10$  y  $P=0,000$ , es significativa.

Según López y Salinas en su artículo sobre características demográficas, de salud y apoyo familiar concluye que el 68,9% de la población adultos mayores tienen primaria. La influencia que se consideraba que tenían los familiares era bastante favorable. (14) En nuestra investigación encontramos un resultado que difiere con los autores dado que hallamos un porcentaje mayor en el nivel secundaria incompleta.

**TABLA 5. OCUPACIÓN ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Ocupación	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Su casa	17	10,3	44	26,7	7	4,2	68	41,2
Comerciante puesto de ambulante	13	7,9	11	6,7	0	0,0	24	14,5
Comerciante puesto formal	31	18,8	0	0,0	0	0,0	31	18,8
Otros	28	17,0	14	8,5	0	0,0	42	25,5
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=56,295$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=12,592$$

$$Gf=6$$



La tabla 5: Ocupación, se halló el 41,2% solo en su casa, el 25,5% otros, el 18,8% son comerciante con un puesto formal y 14,5% son comerciantes con un puesto ambulante.

Los adultos mayores con un deterioro cognitivo leve el 26,7% solo están en casa. De igual manera el otro grupo que no tienen un deterioro cognitivo el 18,8% son comerciantes con puesto formal y el 17,0% otros.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=56,295$  es mayor  $X^2_{tab}=12,592$ , con  $Gl=6$  y  $P=0,000$ , es significativa.

Según Muñico en su investigación de perfil demográfico del deterioro cognitivo en los adultos mayores concluyo que el 42,9% tienen una ocupación anterior a ama de casa. En 57%, el deterioro cognitivo amnésico 61% la forma más frecuente de deterioro cognitivo, la dependencia fue leve (18,5%). (15) En nuestra investigación encontramos relación con los resultados del autor dado que el 41,2% de adultos mayores también son amas de casa y presentan un deterioro cognitivo leve al igual que el estudio del autor.

**TABLA 6. CATEGORÍAS DEL ADULTO MAYOR ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Categorías del adulto mayor	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Persona adulto mayor activa saludable	57	34,5	0	0,0	0	0,0	57	34,5
Persona adulto mayor enferma	32	19,4	69	41,8	0	0,0	101	61,2
Persona adulto mayor frágil	0	0,0	0	0,0	7	4,2	7	4,2
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=237,193$$

$$X^2_{tab}=9,488$$

$$P=0,000$$

$$Gf=4$$

**ES SIGNIFICATIVA**



El segundo objetivo específico: Describir las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores, con 1 tabla.

Observando la tabla 6: Categorías del adulto mayor, se halló el 61,2% son una persona adulta mayor enferma, el 34,5% es activa saludable y el 4,2% es frágil.

Los adultos mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 34,5% son una persona adulto mayor activa saludable y el 19,4% son una persona adulta mayor enferma. De igual manera el otro grupo con un deterioro cognitivo leve el 41,8% son una persona adulto mayor enferma.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=237,193$  es mayor  $X^2_{tab}=9,488$ , con  $Gl=4$  y  $P=0,000$ , es significativo.

Según Carrion y Gómez en su investigación sobre los factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores indican que tienen un riesgo de deterioro cognitivo, la participación en actividades físicas demostró ser un factor protector con una odds ratio de 0,210 (IC95%) : (0,09-0,48) ( $p = 0,039$ ). (16) en nuestra investigación diferimos con los autores dado que en nuestro estudio los adultos mayores el 41,8% se encuentra enferma y presenta un deterioro leve.

**TABLA 7. SENSACIÓN DE SOLEDAD ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Sensación de soledad	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Si Vive solo No recibe visitas	17	10,3	45	27,3	7	4,2	69	41,8
No Tiene familia cercana Vive con su esposo (a)	72	43,6	24	14,5	0	0,0	96	58,2
<b>Total</b>	<b>89</b>	<b>53,9</b>	<b>69</b>	<b>41,8</b>	<b>7</b>	<b>4,2</b>	<b>165</b>	<b>100,0</b>

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=44,144$$

$$P=0,000$$

ES SIGNIFICATIVA

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gf=2$$



El tercer objetivo específico: Describir las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores, con 6 tablas

La tabla 7: Sensación de soledad asociado al estado cognitivo, el 58,2% indican que no y el 41,8% refieren que si.

Los adultos mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 43,6% indicaron que no tienen una sensación de soledad. Del mismo modo el otro grupo que tienen un deterioro cognitivo leve el 27,3% indicaron que si tienen una sensación de soledad.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=44,144$  es mayor  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,008$ , es significativo.

Según Flores. En su estudio sobre el afrontamiento del duelo y su influencia al estado cognitivo, concluyeron que el 27,3% sienten soledad y perciben emociones de angustia y desaliento. (22) En nuestra investigación difiere con el autor dado que en nuestro estudio el 58,2% no presentan sensación de soledad y no presentan un deterioro cognitivo.

**TABLA 8. SENSACIÓN DE SER ÚTIL EN EL HOGAR ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Sensación de ser útil en el hogar	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si Independencia para hacer sus actividades y su familia lo apoya	89	53,9	24	14,5	0	0,0	113	68,5
No Sensación de cansancio Sensación de no ser útil	0	0,0	45	27,3	7	4,2	52	31,5
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=92,480$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gf=2$$



la tabla 8: Sensación de ser útil en el hogar asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, el 68,5% indican que si y el 31,5% no.

Los adultos mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 53,9% indicaron que si tienen una sensación de ser útil en el hogar. De igual modo el otro grupo que tienen un deterioro cognitivo leve el 27,3% indicaron que no tienen la sensación de ser útil en el hogar.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=92,480$  es mayor  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,001$ , es significativo.

Según Parada y Muñoz (2) han concluido el bienestar de los ancianos se ve afectado negativamente por todos estos factores la depresión y deficiencia, como la edad, los trastornos concurrentes, los factores psicosociales y biológicos. En nuestra investigación encontramos similitud con los autores dado que todos los factores conllevan a que el adulto mayor no se siente útil en su hogar y que afecta a su bienestar.

**TABLA 9. SENSACIÓN DE INCAPACIDAD ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Sensación de incapacidad	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	17	10,3	57	34,5	7	4,2	81	49,1
Olvida con facilidad	72	43,6	12	7,3	0	0,0	84	50,9
No								
Sensación de bienestar								
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=70,305$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gf=2$$



La tabla 9: Sensación de incapacidad asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, se halló el 50,9% indicaron que no y el 49,1% indicaron que si.

Los adultos de mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 43,6% indicaron que no tienen una sensación de incapacidad. De igual modo el otro grupo que tienen un deterioro cognitivo leve el 34,5% indicaron que si tienen una sensación de incapacidad.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=70,305$  es mayor  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,000$ , es significativo.

Según Vásquez (20) en su estudio de apoyo familiar asociado a la depresión han concluido que el 65% de los adultos mayores reciben rara vez ayuda de sus familiares de las cuales se sienten deprimidos por la sensación de incapacidad y no tener su dependencia. En nuestro estudio encontramos un resultado similar al autor dado que el 34,5% indicaron que si tienen una sensación de incapacidad.

**TABLA 10. SENSACIÓN DE PREOCUPACIÓN ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Sensación de preocupación	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si Temor a morir Desmejora la salud	42	25,5	67	40,6	7	4,2	116	70,3
No Cuenta con apoyo familiar Asume el envejecimiento con tranquilidad	47	28,5	2	1,2	0	0,0	49	29,7
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{caI}=49,462$$

$$P=0,000$$

*ES SIGNIFICATIVA*

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gf=2$$



La tabla 10: Sensación de preocupación asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, el 70,3% indicaron que si y el 29,7% indicaron que no.

Los adultos mayores con un deterioro cognitivo leve el 40,6% refieren que si tienen una sensación de preocupación. De igual manera el otro grupo que no tienen un deterioro cognitivo el 28,5% indicaron que no sienten una sensación de preocupación.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=49,462$  es mayor  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,000$ , es significativo.

Según Vásquez (20) en su estudio de apoyo familiar asociado a la depresión han indican que los adultos mayores presentaban sensación de preocupación lo cual lo conlleva a tener depresión. En nuestra investigación encontramos una similitud con los resultados del autor dado que el 70,3% de adultos mayores también tienen una sensación de preocupación lo cual presentan un deterioro cognitivo leve.

**TABLA 11. SENSACIÓN DE MALTRATO EN EL HOGAR ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Sensación de maltrato en el hogar	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	0	0,0	19	11,5	0	0,0	19	11,5
No	89	53,9	50	30,3	7	4,2	146	88,5
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=29,875$$

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$P=0,000$$

$$Gf=2$$

*ES SIGNIFICATIVA*



La tabla 11: Sensación de maltrato en el hogar asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, el 88,5% indicaron que no y el 11,5% indicaron que si.

Los adultos mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 53,9% refieren que no tienen una sensación de maltrato en el hogar. De igual manera el otro grupo que tienen un deterioro cognitivo leve el 11,5% indicaron que no sienten una sensación de maltrato en el hogar.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=29,875$  es mayor  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,000$ , es significativo.

Según Torres y Ventura en su investigación indican que los porcentajes de ancianos víctimas de violencia variaban de un estudio a otro, en su estudio indican que el 22,2% son víctimas de violencia psicológica.(19) En nuestra investigación encontramos relación con los autores dado que también el 11,5% sufrió algún maltrato en el hogar.

**TABLA 12. APOYO ECONÓMICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

Apoyo económico	Estado cognitivo						Total	
	No deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado			
	fi	%	fi	%	fi	%	fi	%
Si	47	28,5	19	11,5	0	0,0	66	40,0
No	42	25,5	50	30,3	7	4,2	99	60,0
Total	89	53,9	69	41,8	7	4,2	165	100,0

Fuente: Guía de entrevista.

$$X^2_{cal}=15,217$$

$$P=0,000$$

**ES SIGNIFICATIVA**

$$X^2_{tab}=5,991$$

$$Gf=2$$



Observando la tabla 12: Apoyo económico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores, el 60,0% indicaron que no y el 40,0% indicaron que si.

Los adultos mayores que no tienen un deterioro cognitivo el 28,5% refieren que si tienen apoyo económico. El otro grupo que tienen un deterioro cognitivo leve el 30,3% indicaron que no tienen un apoyo económico.

Al análisis de las estadísticas, la  $X^2_{cal}=15,217$  es mayor  $X^2_{tab}=5,991$ , con  $Gl=2$  y  $P=0,000$ , es significativo.

Según Torres y Ventura (19) en su investigación han concluido que si se comparan con los perfiles demográficos de los ancianos de investigaciones anteriores, los perfiles de los ancianos de este estudio no muestran diferencias significativas, indicando que el 77,8% no tienen un apoyo económico. En nuestro estudio encontramos un resultado similar lo que determinaron los autores dado que el 60,0% de los adultos mayores tampoco tienen un apoyo económico en donde presentan un deterioro cognitivo leve.



**TABLA 13. ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.**

	fi	%
No deterioro cognitivo	89	53,9
Deterioro cognitivo leve	69	41,8
Deterioro cognitivo moderado	7	4,2
Total	165	100,0

Fuente: Cuestionario



En el cuarto objetivo específico: Valorar el estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza

El estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza, el 53,9% no tienen un deterioro cognitivo el 41,8% tienen un deterioro cognitivo leve y el 4,2% es moderado.

Según Cabrera y Lescano. (18) en su investigación deterioro cognitivo en adultos mayores han concluido que el grado de deterioro cognitivo presentan un deterioro Normal. En nuestro estudio encontramos un resultado similar a los autores ya que en nuestro análisis de resultados el 53,9% no tienen un deterioro cognitivo.

## 4.2. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Se analizó el perfil demográfico está asociado significativamente al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024, Se aceptan las hipótesis propuestas, ya que todos los indicadores son significativos con  $p < 0,05$ . (Tabla del 1 - 13)

**SEGUNDA:** Se identificó las características personales asociados al estado cognitivo de los adultos mayores son: el 35,2% tienen de 70 – 80 años, el 35,2% son del género masculino, el 26,7% su estado civil es conviviente, el 24,8% tiene secundaria completa y el 26,7% tienen de ocupación solo están en casa. Los datos son significativos, afirmando la hipótesis. (Tabla 1 – 5)

**TERCERA:** Se describió las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores son: El 34,5% tienen una categoría de persona adulta mayor activa saludable. El indicador es estadísticamente significativo, aceptando las hipótesis planteada. (Tabla 6)

**CUARTA:** Se describió las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores son: El 43,6% no tienen una sensación de soledad, el 53,9% si tienen una sensación de ser útil en el hogar, el 43,6% no tienen sensación de incapacidad, el 40,6% si tienen una sensación de preocupación, el 53,9% no tienen una sensación de maltrato en el hogar y el 30,3% no tienen un apoyo



económico. Todos los indicadores son significativos aceptando la suposición. (Tabla 7- 12)

**QUINTA:** Se valoró el estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza, el 53,9% no tienen un deterioro cognitivo el 41,8% tienen un deterioro cognitivo leve y el 4,2% es moderado.



## 4.3. RECOMENDACIONES

**PRIMERA:** Al jefe del centro de salud Alianza Azángaro en coordinación con los profesionales de salud realizar una campaña integral a los adultos mayores para la evaluación del estado cognitivo y realizar diagnósticos oportunos, como también todas las evaluaciones según norma técnica del adulto mayor.

**SEGUNDA:** A las licenciadas a cargo del área de promoción de la salud realizar campañas, sesiones y talleres educativas para prevenir, diagnosticar a los adultos mayores emplear actividades de acuerdo a sus edades, según sus costumbres y tradiciones que sea entendible.

**TERCERA:** A las licenciadas de enfermería de la estrategia del cuidado del adulto mayor, seguir con las evaluaciones indicadas en la norma técnica del adulto mayor para identificar oportunamente a en que categoría de la persona adulta mayor pertenece y así poder emplear las actividades adecuadas para su mejoría.

**CUARTA:** A la licenciada de enfermería de la estrategia del adulto mayor y de promoción de la salud, los profesionales de psicología y medicina realizar campañas integrales para los adultos mayores y dar a conocer el estado cognitivo.

**QUINTA:** A la licenciada a cargo de la estrategia del adulto mayor y los profesionales de psicología, realizar actividades adecuadas al adulto mayor que fortalezcan el estado cognitivo como también realizar periodos de evaluación del deterioro cognitivo para



prevenir futuros diagnósticos como también mejorar la calidad de vida del adulto mayor para una vida digna.



## 4.4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Huenchuan S. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible: perspectiva regional y de derechos humanos [Internet]. Comisión Económica para América Latina y el Caribe y las Naciones Unidas; 2018 [citado 7 de enero de 2025]. Disponible en: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/44369-envejecimiento-personas-mayores-agenda-2030-desarrollo-sostenible-perspectiva>
2. Parada K, Guapizaca J, Bueno G. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años. Rev Científica UISRAEL. agosto de 2022;9(2):77-93.
3. Luna Y, Vargas H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuro-Psiquiatr. enero de 2018;81(1):9-19.
4. Rozas M, Ruz O. Construcción de la identidad de género de los adultos mayores que participan en el club de adulto mayor San Francisco de Asís de Conchalí [Internet]. Universidad Academia de Humanismo Cristiano; 2014 [citado 7 de enero de 2025]. Disponible en: <http://bibliotecadigital.academia.cl/xmlui/handle/123456789/1879>
5. González D, Reboiras L, Sosa Z. Las dimensiones del envejecimiento y los derechos de las personas mayores en América Latina y el Caribe. Textos seleccionados 2009-2020 [Internet]. Publicaciones de la CEPAL, Naciones Unidas. 2022 [citado 7 de enero de 2025]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/entities/publication/9868326e-783e-434d-88e2-a23d4330048a>



6. Fonte T, Santos D. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Rev Cuba Med [Internet]. marzo de 2020 [citado 7 de enero de 2025];59(1). Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0034-75232020000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0034-75232020000100002&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
7. Varela L. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Soc Peru Med Interna. 2019;
8. Pacompia A. Calidad de vida del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno, 2014. Univ Nac Altiplano. 30 de enero de 2015;81.
9. Chuquipul P, Izaguirre C. Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. 29 de noviembre de 2018;86.
10. Bustamante D. Deterioro cognitivo en el adulto mayor y su relación con la funcionalidad familiar [Internet] [masterThesis]. Universidad Técnica de Ambato/Facultad de Ciencias de la Salud/Centro de Posgrados; 2022 [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/34892>
11. Flores A, Fierros A, Gallegos V, Ordaz G, Velasco R, Pérez M. Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor institucionalizado. Rev Cuid [Internet]. 12 de febrero de 2020 [citado 22 de julio de 2024];9(17). Disponible en: <https://revistas.unam.mx/index.php/cuidarte/article/view/72760>
12. Cruz D. Perfil epidemiológico, clínico y cognitivo en pacientes adultos mayores con Síndrome de miedo a caer del Hospital General Regional no. 1



Querétaro. 1 de febrero de 2024 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en:  
<https://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/10313>

13. Schade N, Medina F, Ramírez R, Sanchez A, De La Torre L. Detección temprana de Deterioro Cognitivo Leve en personas mayores durante la pandemia: protocolo cribado online. Rev Chil Neuro-Psiquiatr. diciembre de 2022;60(4):403-12.
14. López D, Salinas A, Mendoza M. Características demográficas, de salud y apoyo familiar de adultos mayores en el Programa de Cuidado Diurnos de Jacaleapa, El Paraíso, Honduras, 2020 [Internet]. [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <http://portal.amelica.org/ameli/journal/387/3872816006/html/>
15. Muñico M. Perfil epidemiológico del deterioro cognitivo en adultos mayores de una clínica geriátrica de Huancayo. Univ Peru Los Andes [Internet]. 3 de noviembre de 2021 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/2880>
16. Carrión D, Gómez C. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores del Puesto de Salud Xauxa, periodo 2017-2021. Univ Cont [Internet]. 2022 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/11297>
17. Quispe R. Factores asociados de la comorbilidad y el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor en el Hospital Regional del Cusco 2019. Univ Andina Cusco [Internet]. 27 de abril de 2020 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en: <http://repositorio.uandina.edu.pe/handle/20.500.12557/3377>
18. Cabrera V, Lescano A. Deterioro cognitivo en adultos mayores de un hospital de las fuerzas armadas. Repos Inst - URP [Internet]. 2020 [citado 21 de julio



- de 2024]; Disponible en:  
<https://repositorio.urp.edu.pe/handle/20.500.14138/3453>
19. Torres L, Ventura F. Perfil sociodemográfico y violencia en el adulto mayor que asiste al Programa "Club del Adulto Mayor" de un establecimiento de salud, abril- diciembre, 2019. 2020 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8490>
20. Vasquez H. Apoyo familiar asociado a la depresión en adultos mayores Centro Poblado Champacocha Andahuaylas 2022. 2022 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en:  
<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3371802>
21. Mamani C. Valoración socio familiar asociado al estado mental cognitivo en adultos mayores atendidos en el Hospital Antonio Barrionuevo Lampa 2023. 20 de mayo de 2024 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en:  
<https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/1190>
22. Florez D. Afrontamiento del duelo y su influencia en el estado cognitivo de adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Vallecito, Puno 2023. 4 de marzo de 2024 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en:  
<https://repositorio.uancv.edu.pe/handle/UANCV/656>
23. Tejada E. Screening de deterioro cognitivo en el Consultorio de Medicina del Hospital "Manuel Nuñez Butron" Puno. Univ Nac Altiplano [Internet]. 30 de mayo de 2019 [citado 7 de enero de 2025]; Disponible en:  
<https://repositorio.unap.edu.pe/handle/20.500.14082/11442>
24. Fonseca M. Perfil demografico y expectativa de vida. Repos Unal. 2022;



25. Banda A, Morales M. Las características personales y los valores sociales de una población urbana relacionados con la participación social. *Psicol Desde El Caribe*. agosto de 2015;32(2):218-34.
26. Varela F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. abril de 2016;33(2):199-201.
27. Barrantes M. Género, vejes y salud. *Acta Bioethica*. 2006;12(2):193-7.
28. Gallego G, Villegas G. El estado civil como determinante del crecimiento de los hogares unipersonales en Colombia. *Papeles Poblac*. diciembre de 2015;21(86):219-51.
29. Schliebener M. La ocupación como objeto y herramienta: ¿cuándo la ocupación está viva? *ResearchGate [Internet]*. 22 de octubre de 2024 [citado 7 de enero de 2025]; Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/343782670\\_La\\_ocupacion\\_como\\_objeto\\_y\\_herramienta\\_cuando\\_la\\_ocupacion\\_esta\\_viva](https://www.researchgate.net/publication/343782670_La_ocupacion_como_objeto_y_herramienta_cuando_la_ocupacion_esta_viva)
30. Alvarado A. Análisis del concepto de envejecimiento [Internet]. [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: [https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2014000200002](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002)
31. Norma técnica de salud para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. *Minist Salud [Internet]*. Disponible en: <https://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
32. Bitran M, Zúñiga D, Lafuente M, Viviani P, Mena B. Características psicológicas y estilos cognitivos de estudiantes de medicina y de otras



- carreras de la Pontificia Universidad Católica de Chile. Rev Médica Chile. julio de 2004;132(7):809-15.
33. Palma E, Escarabajal M. Efectos de la soledad en la salud de las personas mayores. Gerokomos. 2021;32(1):22-5.
34. Miranda J. Soledad en personas mayores: ¿cómo afecta a su salud? [Internet]. Cuideo® | Cuidado de personas mayores y ancianos a domicilio. 2022 [citado 7 de enero de 2025]. Disponible en: <https://cuideo.com/blog/soledad-como-afecta-salud-personas-mayores/>
35. Sentirse útil, vital para la tercera edad [Internet]. 2016 [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://msolucionamoncloa.com/sentirse-util-vital-para-la-tercera-edad/>
36. Rodriguez M, Guapisaca J. Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso: Centro del Adulto Mayor de la Acción Social Municipal, Cuenca 2021. Polo Conoc Rev Científico - Prof. 2022;7(2):1.
37. Espinoza N, Seminario B. Estado nutricional y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro integral de atención al adulto mayor Chulucanas – 2022. 2023 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.ucss.edu.pe/handle/20.500.14095/1971>
38. Gomez A. Deterioro cognitivo y depresión en pacientes adultos mayores del área de medicina del Hospital de Barranca 2022. Repos Inst-Wien [Internet]. 25 de septiembre de 2022 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/20.500.13053/7342>



39. Labrador A, Prieto J, Rincón L. Análisis descriptivo del estado cognitivo de adultos mayores institucionalizados en un Hogar Geriátrico de Agua de Dios Cundinamarca. [Internet] [Thesis]. Corporación Universitaria Minuto de Dios; 2020 [citado 21 de julio de 2024]. Disponible en: <https://repository.uniminuto.edu/handle/10656/11731>
40. Villavicencio J. Perfil socio demografico y deterioro cognitivo del adulto mayor, hospital regional de Huacho- 2018. 15 de septiembre de 2021 [citado 21 de julio de 2024]; Disponible en: <https://repositorio.unjfsc.edu.pe/handle/20.500.14067/5304>
41. Perez T. National Institute on Aging. [citado 7 de enero de 2025]. Salud cognitiva y los adultos mayores. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/cerebro-salud/salud-cognitiva-adultos-mayores>
42. Vallejo M. El diseño de investigación: una breve revisión metodológica. Arch Cardiol México. marzo de 2002;72(1):08-12.



# ANEXOS



### ANEXO 1: MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categoriasdultomayor	sensacionsoledad	sensacionserutilenohogar	sensacionincapacidad	sensacionreocupacion	sensacionmaltratohogar	apoyoeconomico	estadocognitivo	var
1	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
2	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
3	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
4	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
5	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
6	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
7	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
8	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
9	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
10	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
11	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
12	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
13	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	
14	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
15	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
16	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
17	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
18	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
19	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
20	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
21	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
22	1,00	1,00	2,00	4,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categoriasdultomayor	sensacionsoleidad	sensacionerutilenelhogar	sensacionincapacidad	sensacionreocupacion	sensacionmaltratohogar	apoyoeconomico	estadocognitivo	var
22	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
23	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
24	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
25	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
26	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
27	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
28	1,00	1,00	2,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
29	1,00	1,00	4,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
30	1,00	1,00	4,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
31	1,00	1,00	4,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
32	1,00	1,00	4,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
33	1,00	1,00	4,00	4,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
34	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
35	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
36	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
37	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
38	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
39	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
40	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
41	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
42	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
43	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categoriasdultomayor	sensacionsoledad	sensacionserutilenlhogar	sensacionincapacidad	sensacionreocupacion	sensacionmaltratohogar	apoyoeconomico	estadocognitivo	var
43	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
44	1,00	1,00	4,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
45	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
46	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
47	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
48	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
49	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
50	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
51	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
52	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
53	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
54	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
55	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
56	1,00	1,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
57	1,00	2,00	4,00	3,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
58	1,00	2,00	1,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
59	1,00	2,00	1,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
60	1,00	2,00	1,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
61	1,00	2,00	1,00	3,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
62	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
63	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
64	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categoriasadultomayor	sensacionsoledad	sensacionserutilenlhogar	sensacionincapacidad	sensacionpreocupacion	sensacionmaltratohogar	apoyoeconomico	estadocognitivo	var
64	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
65	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
66	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
67	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
68	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
69	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
70	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
71	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
72	1,00	2,00	1,00	5,00	4,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	1,00	
73	2,00	2,00	1,00	5,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
74	2,00	2,00	1,00	5,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
75	2,00	2,00	4,00	5,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
76	2,00	2,00	4,00	6,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
77	2,00	2,00	4,00	6,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
78	2,00	2,00	4,00	6,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
79	2,00	2,00	4,00	6,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
80	2,00	2,00	4,00	6,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
81	2,00	2,00	4,00	6,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
82	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	
83	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
84	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
85	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categoriasadulthoodmayor	sensacionsoledad	sensacionserutinelhogar	sensacionincapacidad	sensacionpreocupacion	sensacionmaltratohogar	apoyoeconomico	estadocognitivo	var
85	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
86	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
87	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
88	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
89	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	1,00	1,00	
90	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
91	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	2,00	
92	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
93	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
94	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
95	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
96	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
97	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
98	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
99	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
100	1,00	1,00	3,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
101	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
102	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
103	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
104	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
105	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
106	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categorias dultomayor	sensacions oledad	sensacions erutilenlhogar	sensacioni ncapacidad	sensacionp reocupacion	sensacion maltratohogar	apoyoecon omico	estadocogn itivo	var
106	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
107	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
108	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
109	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
110	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
111	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
112	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
113	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
114	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
115	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
116	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
117	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
118	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
119	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
120	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
121	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
122	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
123	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
124	2,00	2,00	3,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
125	2,00	2,00	5,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
126	2,00	2,00	5,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
127	2,00	2,00	5,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categoriasadulthood	sensacionsoledad	sensacionserutilenlhogar	sensacionincapacidad	sensacionreocupacion	sensacionmaltratohogar	apoyoeconomico	estadocognitivo	var
127	2,00	2,00	5,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
128	2,00	2,00	5,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
129	2,00	2,00	5,00	3,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
130	2,00	2,00	5,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
131	2,00	2,00	5,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
132	2,00	2,00	5,00	4,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
133	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	2,00	2,00	
134	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	
135	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	
136	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	
137	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	
138	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	
139	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	
140	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
141	2,00	2,00	4,00	4,00	1,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
142	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
143	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
144	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
145	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
146	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
147	2,00	2,00	4,00	4,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
148	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON



\*BASE DE DATOS RUBILICIA.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

Visible: 13 de 13 variables

	edad	genero	estadocivil	niveleducativo	ocupacion	categoriasdultomayor	sensacionsoledad	sensacionerutilenelhogar	sensacionincapacidad	sensacionreocupacion	sensacionmaltratohogar	apoyoeconomico	estadocognitivo	var
148	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
149	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
150	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
151	2,00	2,00	4,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
152	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	
153	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	
154	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	
155	2,00	2,00	2,00	5,00	4,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	
156	2,00	2,00	2,00	2,00	1,00	2,00	2,00	1,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	
157	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	
158	2,00	2,00	3,00	2,00	1,00	2,00	1,00	2,00	1,00	1,00	1,00	2,00	2,00	
159	2,00	1,00	3,00	2,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	
160	2,00	1,00	3,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	
161	2,00	1,00	3,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	
162	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	
163	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	
164	3,00	2,00	3,00	3,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	
165	3,00	2,00	3,00	1,00	1,00	3,00	1,00	2,00	1,00	1,00	2,00	2,00	3,00	
166														
167														
168														
169														

Vista de datos Vista de variables

IBM SPSS Statistics Processor está listo Unicode:ON

**ANEXO 2: MATRIZ DE CONSISTENCIA**

**TITULO:** ESTILO DE VIDA ASOCIADO A LA ACTIVIDAD FÍSICA DE LOS ADOLESCENTES ASISTENTES A CURSOS VACACIONALES EN LA INSTITUCIÓN EDUCATIVA SECUNDARIA JOSÉ DOMINGO CHOQUEHUANCA AZÁNGARO 2024

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE VALORES	METODOLOGIA
<p><b>PROBLEMA GENERAL</b></p> <p>PG. ¿El perfil demográfico está asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024?</p> <p><b>PROBLEMAS ESPECÍFICOS</b></p> <p>PE1. ¿Cuáles son las características personales asociados al estado cognitivo de</p>	<p><b>OBJETIVO GENERAL</b></p> <p>OG. Analizar el perfil demográfico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.</p> <p><b>OBJETIVOS ESPECÍFICOS</b></p> <p>OE1. Identificar las características personales asociados al estado</p>	<p><b>HIPÓTESIS GENERAL</b></p> <p>HG. El perfil demográfico está asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024.</p> <p><b>HIPÓTESIS ESPECIFICAS</b></p> <p>HE1. Las características personales asociados al estado cognitivo de los adultos mayores</p>	<p><b>Variable 1</b></p> <p>1. Perfil Demográfico</p>	<p>1.1 Características Personales</p>	<p>1.1.1 Edad</p> <p>1.1.2 Genero</p> <p>1.1.3 Estado civil</p> <p>1.1.4 Nivel educativo</p>	<p>a) 60-69 años b) 70-80 años c) 81 a más</p> <p>a) Femenino b) Masculino</p> <p>a) Soltero (a) b) Casado (a) c) Viudo (a) d) Conviviente e) Divorciado (a)</p> <p>a) Analfabeto b) Primaria incompleta c) Primaria completa d) Secundaria incompleta e) Secundaria Completa f) Superior no universitaria g) Superior universitaria</p>	<p><b>Diseño:</b> No experimental de corte transversal.</p> <p><b>Tipo de investigación</b> Descriptiva, correlacional y de enfoque cuantitativo. Métodos aplicados a la investigación</p> <p>Se aplicó el método lógico deductivo, en una serie de juicios, los principios descubiertos se aplican a casos concretos.</p> <p><b>Población:</b> 165 adultos mayores</p>



<p>los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?</p> <p>PE2. ¿Cuáles son las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?</p> <p>PE3. ¿Cuáles son las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?</p>	<p>cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.</p> <p>OE2. Describir las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.</p> <p>OE3. Describir las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.</p>	<p>atendidos en el Centro de Salud Alianza son: La edad, genero, nivel educativo y la ocupación.</p> <p>HE2. Las características biológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza son: Los cambios evidenciados en el cuerpo.</p> <p>HE3. Las características psicológicas asociados al estado cognitivo de los adultos mayores</p>		1.1.5 Ocupación	<p>a) Su casa</p> <p>b) Comerciante puesto ambulante</p> <p>c) Comerciante puesto formal</p> <p>d) Otros</p>	<p><b>Muestra:</b> se trabajó con el total de la población</p> <p><b>Técnicas:</b></p> <p><b>Para la variable 1</b> cuestionario</p> <p><b>Para la variable 2</b> encuesta</p> <p><b>Instrumentos</b></p> <p><b>Para la variable 1</b> se usó un cuestionario.</p> <p><b>Para la variable 2:</b> Se utilizó un cuestionario según la escala de Pfeiffer.</p> <p>Prueba de hipótesis</p> <p>Se uso Chi<sup>2</sup></p> $\chi^2 = \sum \frac{(o_i - e_i)^2}{e_i}$
			1.2 Características Biológicas	1.2.1 categorías del adulto mayor	<p>a) Persona adulto mayor activa saludable</p> <p>b) Persona adulto mayor enferma</p> <p>c) Persona adulto mayor fragil</p>	
				1.3.1 Sensación de soledad	<p>a) SI ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- No vivo con mis hijos</li> <li>- Murió mi pareja</li> <li>- Mis hijos están lejos</li> </ul> <p>b) NO ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tengo familia, amigos</li> <li>- Vivo con mis hijos</li> <li>- Vivo con mi esposo(a)</li> </ul>	
		1.3.2 Sensación de ser útil en el hogar	<p>a) SI ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aún puedo hacer mis cosas</li> <li>- Mi familia me hace sentir útil</li> </ul> <p>b) NO ¿Por qué?</p>			



<p>PE4. ¿Cuál es la valoración del estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza?</p>	<p>OE4. Valorar el estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza.</p>	<p>atendidos en el Centro de Salud Alianza son: La sensación de soledad, de ser útil en el hogar, sensación de incapacidad y preocupación, maltrato en el hogar y apoyo económico.</p>				<ul style="list-style-type: none"> <li>- Me canso con facilidad</li> <li>- No sirvo para nada</li> </ul>		
						<p>1.3.3 Sensación de incapacidad</p>		<p>a) SI ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Siento que mi cuerpo no me hace caso</li> <li>- Me olvido de las cosas</li> </ul> <p>b) NO ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Hago lo que puedo</li> <li>- Aún estoy fuerte</li> </ul>
						<p>1.3.4 Sensación de preocupación</p>		<p>a) SI ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- En algún momento llegará la muerte</li> <li>- Que mi salud empeore</li> <li>- Quién se hará cargo de mí</li> </ul> <p>b) NO ¿Por qué?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Tengo familia quien me cuida</li> <li>- Ye he vivido</li> <li>- Todos llegamos a esta etapa</li> </ul>
		<p>HE4. La valoración del estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza tiene como resultado en mayor porcentaje deterioro cognitivo leve.</p>				<p>1.3.5 Sensación de maltrato en el hogar</p>	<p>a) Si</p> <p>b) No</p>	



					1.3.6 Apoyo económico	a) Si De quién: - De mis hijos - Mi pensión b) No	
--	--	--	--	--	-----------------------	---	--

VARIABLE 2	INDICADOR	ESCALA DE VALORES
2. Estado cognitivo	2.1 Valoración	No deterioro cognitivo: ≤ 2 E Deterioro cognitivo leve: 3 a 4E Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 E Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 E

### ANEXO 3: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, a través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada "Perfil demográfico asociados al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Alianza Azángaro 2024", autorizando a la señorita Bach. Rubilicia Vilca Vilcapaza, egresada de la Escuela de Enfermería - Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez, para la realización de 2 cuestionarios para la recolección de datos. Al firmar este documento reconozco que he leído el material y de que se me ha proporcionado información exhaustiva sobre los objetivos del proyecto de investigación. He leído la información y estoy dispuesto a participar en el estudio.

---

**Firma**



**Huella digital**



## ANEXO 4: INSTRUMENTOS

### GUÍA DE ENTREVISTA SOBRE EL PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO

(Autor: Valencia Cerna Daniela, año 2015.)

#### Instrucciones

Marque con un (X):

#### A. CARACTERÍSTICAS

1. ¿Cuál es su edad?
  - a) 60-69 años
  - b) 70-80 años
  - c) 81 a más
2. Genero:
  - a) Femenino
  - b) Masculino
3. ¿Cuál es su estado civil?
  - a) Soltero (a)
  - b) Casado (a)
  - c) Viudo (a)
  - d) Conviviente
  - e) Divorciado (a)
4. ¿Cuál es su nivel de estudios?
  - a) Analfabeto
  - b) Primaria incompleta
  - c) Primaria completa
  - d) Secundaria incompleta
  - e) Secundaria Completa
  - f) Superior no universitaria
  - g) Superior universitaria
5. ¿Cuál es su ocupación?
  - a) Su casa
  - b) Comerciante puesto ambulante
  - c) Comerciante puesto formal
  - d) Otros



## B. CARACTERISTICAS BIOLÓGICAS

### 6. Categorías del adulto mayor

#### a. **Persona Adulta Mayor Activa Saludable.**

Es aquella características físicas, funcionales, mentales y sociales concuerdan con su edad. El PAM se caracteriza por un examen físico normal, sin signos ni síntomas de las patologías agudas o crónicas, y sin antecedentes de riesgo. Goza de buena salud y no presenta ninguna patología.

#### b. **Persona Adulta Mayor Enferma**

Es la que no cumple los criterios de anciano frágil o paciente geriátrico, y que padece una enfermedad aguda o crónica de gravedad variable, la mayoría de las cuales no son incapacitantes.

#### c. **Persona Adulta Mayor Frágil.** - Persona que cumple dos o más de los siguientes criterios: Individuos de 80 años o más, con dependencia parcial, deterioro cognitivo leve o moderado, manifestaciones depresivas, riesgo social, caídas y con pluripatología: 3 o más enfermedades crónicas.

### 7. ¿Te has sentido solo últimamente?

#### a) SI ¿Por qué?

- Vive solo

- No recibe visitas

#### b) NO ¿Por qué?

- Tiene familia cercana

- Vive con su esposo(a)

### 8. ¿Te sientes útil en tu hogar?

#### a) SI ¿Por qué?

- Independencia para hacer sus actividades

- Su familia lo apoya

#### b) NO ¿Por qué?



- Sensación de cansancio
- Sensación de no ser útil
- 9. ¿Se siente incapaz cuando no puede realizar sus cosas?
  - a) SI ¿Por qué?
    - Olvida con facilidad
  - b) NO ¿Por qué?
    - Sensación de bienestar
- 10. ¿Sueles sentirte preocupado con frecuencia?
  - a) SI ¿Por qué?
    - Temor a morir
    - Desmejora la salud
  - b) NO ¿Por qué?
    - Cuenta con apoyo familiar
    - Asume el envejecimiento con tranquilidad
- 11. ¿Te has sentido maltratado en tu hogar?
  - a. Si
  - b. No
- 12. ¿Tienes apoyo económico?
  - a) Si
  - b) No

## CUESTIONARIO SEGÚN ESCALA DE PFEIFFER

Ficha: .....

Indicaciones: Este instrumento está diseñado con el propósito de evaluar el apoyo familiar, su opinión será muy valiosa. No necesitamos sus datos personales será confidencial y sólo será utilizada con fines de estudio. Agradecemos su valiosa participación.

II. VALORACIÓN MENTAL	
<b>2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer)</b> Colocar 1 punto por cada error	
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes año)	<input type="text"/>
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>
¿Dónde nació?	<input type="text"/>
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>
Dígame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	<input type="text"/>

  

VALORACION COGNITIVA	
NORMAL	<input type="checkbox"/>
DC LEVE	<input type="checkbox"/>
DC MODERADO	<input type="checkbox"/>
DC SEVERO	<input type="checkbox"/>

DC: Deterioro Cognitivo

**Nota: Colocar un punto por cada error:** A las personas con primaria incompleta y analfabeto restar un punto a la suma total.  
DC = Deterioro cognitivo, E= errores,

- No Deterioro Cognitivo	: ≤2 E
- Deterioro Cognitivo Leve	: 3 a 4 E
- Deterioro Cognitivo Moderado	: 5 a 7 E
- Deterioro Cognitivo Severo	: 8 a 10 E

Fuente: VACAM del adulto mayor de la Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores.

### ANEXO 5: VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO

#### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales Licenciadas en enfermería, certificamos que los 2 instrumentos que se usaran para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "Perfil demográfico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el, centro de salud alianza Azángaro 2024" están aptos para ser usados. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)

  
 Simón M. Cuba Salas  
ENFERMERÍA  
112105

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales Licenciadas en enfermería, certificamos que los 2 instrumentos que se usaran para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "Perfil demográfico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el, centro de salud alianza Azángaro 2024" están aptos para ser usados. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)

  
  
Alicia Robles Paredes  
LIC. ENFERMERÍA  
CEP 112270

### VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO JUICIO DE EXPERTOS

Los abajo firmantes, profesionales Licenciadas en enfermería, certificamos que los 2 instrumentos que se usaran para la recolección de datos del trabajo de investigación titulado "Perfil demográfico asociado al estado cognitivo de los adultos mayores atendidos en el, centro de salud alianza Azángaro 2024" están aptos para ser usados. Consideramos que el instrumento es válido para su uso previsto.

CRITERIOS DE EVALUACIÓN	PUNTAJE
El instrumento recoge información que permite dar respuesta al problema de investigación.	1
El instrumento propuesto corresponde a los objetivos propuestos en el estudio.	1
La estructura del instrumento es el adecuado.	1
Los ítems del instrumento responden a la operacionalización de la variable	1
La secuencia presentada facilita el desarrollo del instrumento.	1
Los ítems son claros y entendibles	1
El número de ítems es adecuado para su aplicación	1
Se debe eliminar algunos ítems	0
<b>TOTAL</b>	<b>7</b>

Se ha considerado como resultado un total de:

- De acuerdo = 1(Si)
- En desacuerdo = 0 (No)

MINISTERIO DE SALUD  
C. S. ALIANZA  
JEFATURA  
ENFERMERIA  
REDES

Mayra D. Hanco Hanco  
LIC. EN ENFERMERIA  
O.E.P. 52442



## ANEXO 6: AUTORIZACIÓN DEL ESTABLECIMIENTO

"Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho"

SOLICITO: AUTORIZACION PARA  
REALIZAR ESTUDIO DE TESIS,

**DR. HENRY AGUILAR BRAVO**

**JEFE DEL ESTABLECIMIENTO DEL CENTRO DE SALUD ALIANZA**

Yo, RUBILICIA VILCA VILCAPAZA,  
Bachiller en Enfermería de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velázquez" de Juliaca, identificado con DNI N° 46280286, con domicilio en el Jr. Simón Bolívar 415 Azángaro, ante Ud. me presento y expongo lo siguiente:

Que mediante el presente documento me dirijo a usted. Señor Jefe del Centro de Salud Alianza, con la finalidad de solicitarle autorización para realizar estudio de TESIS. En el Área de Enfermería Denominado PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024 con el fin de optar mi Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

POR LO ESPUESTO:

Pido a usted Señor Jefe del Centro de Salud Alianza acceder mi petición, por ser justa y legal.

Azángaro, 27 de Mayo del 2024

  
RUBILICIA VILCA VILCAPAZA  
DNI N° : 46280286

  
  
C-S Alianza  
27-05-2024



## AUTORIZACION PARA REALIZAR ESTUDIO DE TESIS

EL JEFE DEL CENTRO DE SALUD ALIANZA - AZÁNGARO

### AUTORIZA

A la Bachiller en Enfermería RUBILICIA VILCA VILCAPAZA de la Universidad Andina "Néstor Cáceres Velázquez" de Juliaca, identificada con DNI N° 46280286, AUTORIZA, realizar encuesta a los adultos mayores del Centro de Salud Alianza para el estudio de TESIS denominado PERFIL DEMOGRIÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOSA ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024.

Azángaro, 27 de mayo del 2024

*Henry A. Aguilar Bravo*  
M.C. HENRY A. AGUILAR BRAVO  
MÉDICO CIRUJANO  
CMP. 72714 - RNA.121108



ANEXO 7: POBLACIÓN DE ESTUDIO



PERFIL DEMOGRAFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA, AZÁNGARO 2024.

EDADES	TOTAL
60 A MAS AÑOS	<b>165</b>

MINISTERIO DE SALUD  
ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA  
Ing. Geny Luis Maman Ochoa



**ANEXO 1**  
**FORMULARIO DE AUTORIZACIÓN**

**AUTORIZACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN DE LOS TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN EN EL REPOSITORIO INSTITUCIONAL UANCV**

Formato digital

Fecha de entrega: 10-01-2025

**1. Datos del autor (es):**

Nombres y Apellidos: RUBILICIA VILCA VILCAPAZA

Dirección: Jr. Simón Bolívar Nro 415 - Azángaro

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: 46280286

Teléfono: 978774399 email: vilcarubi130596@gmail.com

Nombres y Apellidos: \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

DNI/Carné de Extranjería/Pasaporte N°: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_ email: \_\_\_\_\_

Facultad y/o Escuela de Posgrado: CIENCIAS DE LA SALUD

Escuela Profesional o Mención: ENFERMERÍA

Título o Grado Académico a optar: LICENCIADA EN ENFERMERÍA

Asesor: Dra. INGRID LIZ QUISPE TICONA

Esta obra se encuentra dentro de las siguientes denominaciones:

Trabajo de Investigación  Tesis  Trabajo de Suficiencia Profesional  Trabajo Académico

Título: PERFIL DEMOGRÁFICO ASOCIADO AL ESTADO COGNITIVO DE LOS ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD ALIANZA AZÁNGARO 2024

Palabras claves, (3 a 5 términos): Demográfico, cognitivo, adultos mayores.

¿Esta obra se desarrolló en la UANCV <sup>1,2</sup>?

2

<sup>1</sup> Indicar si su producción intelectual ha empleado recursos tales como, instalaciones, laboratorios, insumos, equipos, bases de datos, asesoría técnica por parte del personal de la UANCV, financiamiento, entre otros relacionados.

<sup>2</sup> Si su producción intelectual se desarrolló en la UANCV totalmente o parcialmente, deberá autorizar el depósito en el Repositorio de manera obligatoria.



2. Referencia de tesis:

Bachiller  Título  2da Especialidad  Maestría  Doctorado

3. Licencias:

a) Licencia estándar:

**Bajo los siguientes términos, autorizo el depósito de mi tesis en el Repositorio Digital de la UANCV.**

Con la autorización de depósito de mi producción Intelectual, otorgo a la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” una licencia no exclusiva para reproducir, distribuir, comunicar al público, transformar (únicamente mediante su traducción a otros idiomas) y poner a disposición del público mi producción intelectual (incluido el resumen), en formato físico o digital, en cualquier medio, conocido o por conocerse, a través de los diversos servicios por la Universidad, creados o por crearse, tales como el Repositorio Digital de tesis UANCV, colección de producción intelectual, entre otros, en el Perú y en el extranjero por el tiempo y veces que considere necesarias, y libres de remuneraciones.

En virtud de dicha licencia, la Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” podrá reproducir mi producción intelectual en cualquier tipo de soporte y en más de un ejemplar, sin modificar su contenido, solo con propósitos de seguridad, respaldo y preservación.

Declaro que la producción intelectual es una creación de mi autoría y exclusiva titularidad, coautoría con titularidad compartida, y me encuentro facultado a conceder la presente licencia y, asimismo, garantizo que dicha producción intelectual no infringe derechos de autor de terceras personas.

La Universidad Andina “Néstor Cáceres Velásquez” consignará el nombre del y/o los autor(es) de la producción intelectual, y no le hará ninguna modificación más que la permitida en la licencia.

**Autorizo su publicación (marque con una X)**

- Sí, autorizo que se deposite inmediatamente.
- Sí, autorizo que se deposite a partir de la fecha (d/m/a): \_\_\_\_\_
- No autorizo.

b) Licencia CREATIVE COMMONS 4.0 INTERNACIONAL:

Si usted concede una licencia CREATIVE COMMONS sobre su producción intelectual, mantiene la titularidad de los derechos de autor de esta y, a la vez, permite que otras personas puedan reproducirla, comunicarla al público y distribuir ejemplares de esta, bajo las condiciones siguientes:

**¿Quiere permitir usos comerciales de su producción intelectual?**

**Sí:** significa que usted permite la reproducción, distribución y comunicación pública de la producción intelectual incluso con fines comerciales.

**No:** significa que usted permite la reproducción, y comunicación pública de la producción intelectual, pero sin fines comerciales.

- Sí autorizo
- No autorizo



### Jurisdicción de su Licencia

Todas las licencias CREATIVE COMMONS son de ámbito mundial, sin embargo, usted puede elegir entre la opción "internacional" o una adaptada a su jurisdicción, como para el caso peruano.

La opción "internacional" emplea el lenguaje y la terminología de los tratados internacionales; en cambio, la adaptada a su jurisdicción, recoge las particularidades de la legislación peruana.

En consecuencia, **la opción "internacional" goza de una mayor eficacia a nivel mundial, gracias a que tiene jurisdicción neutral.** Mientras que la opción adaptada a la jurisdicción del Perú goza de una mayor eficacia ante los tribunales peruanos.

Internacional

Nacional

Línea de investigación: SALUD PÚBLICA – P07

Firma de Autor



huella digital

10 - 01 - 2025

Fecha