

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL CHOTA



TESIS

**DETERIORO COGNITIVO Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO
MAYOR ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA –
CHOTA, 2021**

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Autor: Bach. Enf. Lucy Magaly Bautista Guevara

Asesora: Dra. Norma Bertha Campos Chávez

CHOTA – PERÚ

2022

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL CHOTA



TESIS

**DETERIORO COGNITIVO Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO
MAYOR ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA –
CHOTA, 2021**

Para optar el Título Profesional de:

Licenciada en Enfermería

Autor: Bach. Enf. Lucy Magaly Bautista Guevara

Asesora: Dra. Norma Bertha Campos Chávez

CHOTA – PERÚ

2022

COPYRIGHT © 2021
LUCY MAGALY BAUTISTA GUEVARA
Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

BAUTISTA L. 2022. Deterioro cognitivo y autocuidado en el Adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca-Chota 2021. 95 páginas.

ASESORA: Dra. Norma Bertha Campos Chávez

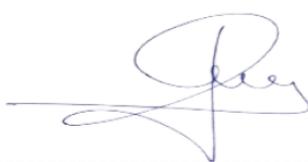
Disertación académica para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería UNC-Filial Chota, 2022.

**DETERIORO COGNITIVO Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR
ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA-CHOTA 2021**

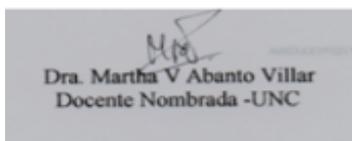
AUTOR: LUCY MAGALY BAUTISTA GUEVARA

ASESORA: DRA. NORMA BERTHA CAMPOS CHÁVEZ

JURADO EVALUADOR



Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez
Presidenta Jurado Evaluador



Dra. Martha V Abanto Villar
Docente Nombrada -UNC

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar
Secretaria Jurado Evaluador



M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro
Vocal Jurado Evaluador



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUAL, BASADO EN EL REGLAMENTO DE SUSTENTACIÓN DE TESIS VIRTUALES RESOLUCIÓN 944-2020 ARTICULO 8

Siendo las **3:00pm** del día **22** de abril del año **2022** se procedió a iniciar la sustentación virtual de la tesis titulada: **DETERIORO COGNITIVO Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA – CHOTA, 2021** presentada por el(la) Bachiller en: Enfermería

Nombres y Apellidos: Lucy Magaly Bautista Guevara

El Jurado Evaluador está integrado por:

Presidenta: Dra. Carmen Yrene Yupanqui Vásquez

Secretaria: Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

Vocal: M.Cs. Rosa Ricardina Chávez Farro

Asesora: Dra. Norma Bertha Campos Chávez

Terminado el tiempo de sustentación estipulado en el Reglamento.

El(la) tesista ha obtenido el siguiente calificativo: letras Diecisiete números (17).

Siendo las 4:30pm del día 22 mes abril del año 2022 se dio por concluido el proceso de Sustentación Virtual de Tesis.

Presidenta

Dra. Carmen Yrene. Yupanqui Vásquez

Vocal

MCs. Rosa Ricardina Chávez Farro

secretaria

Dra. Martha Vicenta Abanto Villar

Asesora

Dra. Norma Bertha Campos Chávez

Tesista

Bach. Lucy Magaly Bautista Guevara

DEDICATORIA

Este trabajo va dedicado principalmente a mi Dios por ser mi guía y mi compañero espiritual, por darme su amor, protección, fortaleza, sabiduría y una buena salud para ser mejor cada día y superar los obstáculos y dificultades que se presentaron a largo de mi vida y de mi formación profesional.

A mis padres por ser los pilares fundamentales de superación, por su apoyo incondicional en todo lo que me he propuesto y gracias a sus esfuerzos y sacrificios dieron todo para que durante mi formación no me faltara nada, por eso estoy muy orgullosa y feliz de tenerlos a mí lado con buena salud y así poder dedicarles las metas, objetivos y logros que cada día se cumplen gracias a ellos.

Lucy

AGRADECIMIENTO

A mi Dios por haberme permitido culminar mis estudios satisfactoriamente, a pesar de las adversidades que se presentaron, él me ayudó a superarlas y seguir luchando para cumplir la meta propuesta.

Agradezco infinitamente a mis padres porque me brindaron un apoyo incondicional durante mi vida profesional, con sus buenos consejos me han enseñado a luchar por mis metas y objetivos trazados, y no rendirme ante nada, ni nadie y ser un ejemplo de vida para la sociedad.

A mis hermanos por su apoyo incondicional, orientación, paciencia y su motivación que han sido fundamentales para poder cumplir mis metas trazadas. Mi más sincero agradecimiento, estima y admiración a la Dra. Norma Bertha Campos Chávez; también por su valioso tiempo, asesoramiento, dedicación, comprensión y ayuda brindada para culminar con éxito esta investigación.

A los docentes y a la Universidad Nacional de Cajamarca – Filial Chota, por haberme abierto sus puertas y permitirme adquirir buenos conocimientos científicos, actualizados a través de los docentes, los cuales tienen la capacidad de velar por el bienestar de los alumnos y así poder desarrollarse como un profesional competente cuando ejerza mi profesión, impartieron la ética que es lo más importante en un profesional de enfermería.

ÍNDICE DE CONTENIDO

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
LISTA DE TABLAS.....	vii
LISTA DE ANEXOS	viii
GLOSARIO DE ABREVIATURAS.....	ix
RESUMEN.....	x
ABSTRACT.....	xi
INTRODUCCIÓN.....	xii
CAPÍTULO I.....	14
PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	14
1.1. Definición y delimitación del problema.....	14
1.2. Formulación del problema.....	18
1.3. Justificación.....	18
1.4. Objetivos.....	19
CAPÍTULO II.....	20
MARCO TEÓRICO.....	20
2.1. Antecedentes del problema.....	20
2.2. Bases teóricas.....	24
2.3. Bases conceptuales.....	24
2.4. Marco legal.....	38
2.5. Características sociodemográficas.....	41
2.6. Hipótesis.....	42
2.7. Variables de estudio.....	42
2.8. Operacionalización de las variables.....	43
CAPÍTULO III.....	46
MARCO METODOLÓGICO.....	46
3.1. Diseño y tipo de estudio.....	46
3.2. Área de estudio.....	47
3.3. Población de estudio.....	47
3.4. Criterios de inclusión y exclusión.....	47
3.5. Unidad de análisis.....	47

3.6. Marco muestral.....	47
3.7. Muestra o tamaño muestral.....	47
3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	48
3.9. Validez y confiabilidad del instrumento.....	50
3.10. Procesamiento y análisis de datos.....	51
3.11. Principios éticos.....	52
CAPÍTULO IV	53
RESULTADO Y ANÁLISIS	53
4.1. Presentación y análisis de resultados.....	53
CONCLUSIONES	75
RECOMENDACIONES	76
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	77
ANEXOS	86

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca, Chota 2021	53
Tabla 2: Estado Cognitivo de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca, Chota 2021.	58
Tabla 3: Autocuidado de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca, Chota 2021	60
Tabla 4: Dimensiones del autocuidado de los adultos mayores que acude al puesto de salud Cuyumalca, Chota 2021	62
Tabla 5: Relación entre el estado cognitivo y autocuidado de los adultos mayores que acude al puesto de salud Cuyumalca-Chota 2021	72

LISTA DE ANEXOS

		Pág.
ANEXO N° 01	Consentimiento Informado	87
ANEXO N° 02	Cuestionario estado cognitivo (PFEIFFER)	88
ANEXO N° 03	Test de CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor.	89
ANEXO N° 04	Prueba de confiabilidad Alfa de Cronbach	92
ANEXO N° 05	Reporte de Urkund	93
ANEXO N° 06	Constancia de originalidad de tesis	95

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

AIVD: Actividades instrumentales de la vida diaria.

AVD: Actividades de la vida diaria.

BID: Banco Internacional de Desarrollo.

CYPAC-AM: Tes de capacidad y percepción del autocuidado del adulto mayor.

DCL: Deterioro cognitivo leve.

INS: Instituto Nacional de Salud.

MINSA: Ministerio de Salud.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

VACAM: Valoración clínica del adulto mayor.

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021. De enfoque cuantitativo tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental y corte transversal; se trabajó con 72 adultos mayores. **Resultados:** el 63,9% presentó deterioro cognitivo leve y el 12,5% deterioro cognitivo moderado; para el autocuidado el 58,3% autocuidado inadecuado, el 6,9% sin capacidad de autocuidado, el 22,2% con déficit de autocuidado total; respecto a los factores sociodemográficos; el sexo prevalente femenino con un 59,7%, la edad oscila de 75 a 89 años 55,6%, grado de instrucción iletrados 77,8%, ocupación amas de casa 55,6% y el 36,1% agricultores; estado civil solteros 56,9%. Existe relación entre las dos variables: adultos mayores con autocuidado parcialmente adecuado el (57,1%) presentan un estado cognitivo normal y el (42,9%) presentan deterioro cognitivo leve; autocuidado inadecuado el (31,0%) presentan un estado cognitivo normal, el (69,0%) presentan un deterioro cognitivo leve; sin capacidad de autocuidado el (80,0 %) presenta un deterioro cognitivo leve y el (20,0%) presenta un deterioro cognitivo moderado; con déficit de autocuidado total el (50,0%) presenta deterioro cognitivo leve y el (50,0%) presenta un deterioro cognitivo moderado. **Resultado:** De lo cual se puede decir que si existe relación entre el autocuidado y el estadocognitivo del adulto mayor (valor $p < 0.05$)

Palabras Claves: Estado cognitivo, autocuidado, adulto mayor.

ABSTRACT

The main objective of this research was to determine the relationship between cognitive impairment and self-care in older adults treated at the Cuyumalca - Chota health post, 2021. Of quantitative approach descriptive correlational type, non-experimental design and cross-sectional cut; we worked with 72 older adults. Results: Cognitive status 63.9% mild cognitive impairment and 12.5% moderate cognitive impairment; for self-care 58.3% inadequate self-care, 6.9% without self-care capacity, 22.2% with total self-care deficit; with respect to sociodemographic factors, the prevalent sex was female with 59.7%, age ranged from 75 to 89 years (55.6%), level of education 77.8% illiterate, occupation housewife (55.6%) and 36.1% farmer; marital status single (56.9%). There is a relationship between the two variables: older adults with partially adequate self-care (57.1%) have normal cognitive status and (42.9%) have mild cognitive impairment; inadequate self-care (31.0%) have normal cognitive status, (69.0%) have mild cognitive impairment; without self-care capacity (80.0%) present mild cognitive impairment and (20.0%) present moderate cognitive impairment; with total self-care deficit (50.0%) present mild cognitive impairment and (50.0%) present moderate cognitive impairment. Result: From which it can be said that there is a relationship between self-care and the cognitive status of the elderly (p -value <0.05).

Key Words: cognitive status, self-care, elderly.

INTRODUCCIÓN

El adulto mayor en la actualidad es uno de los más vulnerables en todos los aspectos tanto psicológico, social, recreación y espirituales debido a que esta etapa constituye un proceso multidimensional y complejo de cambios biológicos y psicológicos, durante el transcurso del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas, psicológicas y sobre todo en su estructura cognitiva; produciendo un deterioro cognitivo, el cual puede repercutir en sus actividades cotidianas de los adultos mayores, de los cuales hay un alto porcentaje que presentan deterioro cognitivo y autocuidado a nivel mundial se estima que para el 2050 esta población aumentará en un alto porcentaje, a nivel nacional, regional y local (1).

El deterioro cognitivo es la pérdida o deterioro de las funciones mentales, como la memoria, la orientación, el lenguaje, el reconocimiento visual, el comportamiento, que interfiere con el funcionamiento y las interacciones sociales de la persona afectada. El deterioro cognitivo y la demencia son conceptos similares, que difieren solo en el grado de deterioro, y los términos se usarán indistintamente en este capítulo siempre que no se haga una distinción específica. Del mismo modo, también podemos hablar de trastornos cognitivos demenciales y no demenciales (2).

El autocuidado es una forma de incentivar a las personas a cuidarse a sí mismas para lograr y mantener un estado de salud y bienestar completo. En este sentido, el equipo médico juega un papel muy importante como facilitador del aprendizaje y al difundir los conceptos básicos de la salud, hace que la persona sea autónoma en estos aspectos (3).

La presente investigación: Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021, tuvo como principal objetivo determinar, la relación entre deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor. Este estudio fue de enfoque cuantitativo de nivel relacional, de diseño no experimental y corte transversal; se trabajó con 72 adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca. Los instrumentos que se utilizaron son: la Escala de Pfeiffer y la prueba de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM).

El estudio está estructurado de la siguiente manera; en el capítulo I, detalla el problema de investigación, justificación y la formulación de los objetivos; capítulo II, aborda el marco teórico, donde se desarrollan los antecedentes del estudio, la definición de términos que nos sirven para fundamentar el trabajo, la hipótesis, las variables y su operacionalización; capítulo III, presenta la metodología de la investigación, tipo y ámbito de estudio, población y muestra, recursos, métodos, técnicas e instrumentos para la recolección de datos, procesamiento, análisis y presentación de datos. Capítulo IV, presenta los resultados de la investigación en tablas con su respectiva interpretación y discusión. Finalizando con las conclusiones, recomendaciones, referencias y anexos.

CAPÍTULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema

Las personas mayores de hoy se encuentran entre los más vulnerables en todos los aspectos, psicológico, social, recreativa y espiritualmente debido a que esta etapa constituye un proceso multidimensional y complejo de cambios biológicos y psicológicos, durante el transcurso del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas, psicológicas y sobre todo en su estructura cognitiva; produciendo un deterioro cognitivo, el cual puede repercutir en sus actividades cotidianas de los adultos mayores, de los cuales hay un alto porcentaje que presentan deterioro cognitivo y autocuidado a nivel mundial para el 2050 esta población aumentará en un alto porcentaje, a nivel nacional, regional y local (4).

Con la edad, las capacidades cognitivas disminuyen hasta cierto punto. En esta dinámica, es muy importante distinguir los procesos normales relacionados con el envejecimiento o las pérdidas de los procesos relacionados con la enfermedad para poder implementar intervenciones (4).

Si bien es importante en cada etapa de la vida, el autocuidado en los ancianos es esencial porque a medida que envejecemos, es más probable que experimentemos complicaciones de salud. Implica adoptar una serie de acciones encaminadas a garantizar la salud tanto física como mental, que en conjunto nos permitan llevar una vida más sana y plena (4).

En las últimas décadas, la mayoría de los países del mundo se encuentran atravesando por un proceso de transición demográfica, debido a disminución de la fecundidad, reducción de la proporción de la población joven y una esperanza de vida más larga, traducida en un aumento de la población envejecida (5).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), actualmente existe 125 millones de adultos mayores a nivel mundial, y se espera que para el año 2050 estas cifras llegaran a duplicarse, de los cuales el 80% de adultos mayores procederán de países de ingresos bajos y medios (5).

Este envejecimiento constituye un proceso multidimensional y complejo de cambios biológicos y psicológicos, durante el transcurso del tiempo, lo que lleva a un descenso gradual de las capacidades físicas, psicológicas y sobre todo en su estructura cognitiva; produciendo un deterioro cognitivo, el cual puede repercutir en sus actividades cotidianas (6).

Según la OMS, el deterioro cognitivo es la disminución de la capacidad para procesar el pensamiento, y suele ir acompañado, por deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación (7); se estima que entre un 25% y un 30% de adultos mayores padecen de cierto grado de deterioro cognitivo (8). En el África, la prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor varía del 6,3% en Nigeria, al 25% en la República Centroafricana (9).

Un estudio en España muestra que la prevalencia de deterioro cognitivo en el adulto mayor fue de 18,5%, siendo más frecuente en mujeres. Además, fue más prevalente a partir de los 85 años, con 45,3% (10). Por otro lado, diversos estudios muestran que la prevalencia de deterioro cognitivo está relacionada con factores de riesgo asociados al estilo de vida, como la inactividad física, el consumo de tabaco, la alimentación poco saludable, el consumo nocivo de alcohol y enfermedades crónicas como la hipertensión, la diabetes, el hipercolesterolemia, la obesidad y la depresión, las cuales conllevan a un mayor riesgo de contraer demencia (11).

En los países latinoamericanos, la pandemia de la COVID-19 ha teniendo repercusiones directas en la salud mental de los adultos mayores; afectando su estado cognitivo, que en lo posterior podría incrementar las demandas de atención sanitaria, mayores costes para el estado y para la familia (12). En Argentina, la prevalencia de deterioro oscila entre 16,9% y 18,3% en los adultos mayores (13); y en Colombia, el 41,7% de los adultos mayores presentaron deterioro cognitivo grave (14).

Según el Ministerio de Salud del Perú, los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo, les resulta más difícil entender las medidas de protección por la COVID-19, por lo que limita su capacidad para fijar y evocar la información nueva en su memoria (15). Un estudio en Lima muestra que el 40% de personas mayores

presentan deterioro cognitivo moderado, 8% deterioro cognitivo leve y el 2% deterioro cognitivo severo (16).

En Chiclayo según estudios, el 18% presentó demencia y el 32% deterioro cognitivo leve-moderado (17); y en Cajamarca, un estudio muestra que el 46,6% de los adultos mayores presentó un nivel de deterioro cognitivo asociado demencia senil moderada; mientras que en Chota no existe estudios sobre deterioro cognitivo en este grupo etario (18).

Se sabe que el deterioro cognitivo repercute en el autocuidado del adulto mayor; por ello, es necesario fomentar actividades de estimulación cognitiva con la finalidad de lograr el mantenimiento de su salud. Según la OMS, el autocuidado consiste en una serie actividades realizadas por las personas para promover, mantener y tratar su salud y cuidar de sí mismas, así como participar en las decisiones sobre su salud (19).

Según la OMS, debido a la pandemia por la COVID-19, se está poniendo énfasis en el autocuidado, sobre todo en los adultos mayores, a través de la higiene de manos, etiqueta respiratoria y el distanciamiento físico; por lo que, más del 95% de ellos están en sus hogares solo con el cuidado personal, ya sea para protegerse a sí mismos o para proteger a su familia (20).

En Europa, específicamente en Estados Unidos, los adultos mayores de sexo femenino son las que asumen en mayor medida los cuidados no profesionales (12,8%), ya sea en su mismo hogar o en un hogar diferente. El porcentaje de hombres que solo brinda atención domiciliaria asciende al 6,1% entre los hombres mayores de 75 años y de 4,9% en el caso de las mujeres (21); y en México, un estudio sobre autocuidado encontró que el 22.4% de los adultos mayores tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad de autocuidado (22).

Según el Banco Internacional de Desarrollo (BID), la necesidad de autocuidado del adulto mayor en América Latina y el Caribe, es del 17% en estos países (23). En Colombia, un estudio sobre autocuidado muestra que el 51% de los adultos mayores, presentan un déficit de autocuidado, y el 49% autocuidado adecuado (24).

Un estudio en Lima muestra que el 70% de adultos mayores presentaron un autocuidado adecuado; mientras que 44% de ellos con capacidad funcional independiente presentó autocuidado adecuado (25); igualmente en Tarapoto, el 40% de adultos mayores, tienen inadecuados autocuidados, 28,89% déficit de autocuidado, el 17,78% autocuidado parcialmente adecuado y 13,33% autocuidado adecuado (26).

En Chimbote, un estudio sobre autocuidado muestra que el 51.9% de adultos mayores presentan nivel inadecuado de autocuidado y el 48.1% nivel adecuado de autocuidado (27), y en Chiclayo, un estudio muestra que la mayoría de los adultos mayores presentaron un nivel de autocuidado medio, cuyo porcentaje alcanzado en las tres dimensiones fue en varones 94% y mujeres 76% (28).

En Cajamarca, el 86,7 % de los adultos mayores tienen nivel medio de conocimientos sobre autocuidado, el 8.9% bajo y solo el 4,4% alto (29); mientras que, en Chota, no existe estudios sobre autocuidado en el adulto mayor, de allí la relevancia del presente estudio de investigación.

El Ministerio de Salud del Perú, frente a este problema, ha establecido la “Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores”, el cual está enfocado a mejorar la atención integral de salud que se brinda a las personas adultas mayores, en el marco de respeto a los derechos, la interculturalidad y el autocuidado de las personas mayores, todas ellas contribuyendo a un envejecimiento activo y saludable (30); asimismo, ha instituido el “Plan Nacional para las Personas Adultas Mayores 2013 - 2017”, con el objetivo de garantizar una mejor calidad de vida y autocuidado; sin embargo, su implementación ha sido pausada debido a que no cuenta con un presupuesto suficiente para cumplir con las actividades y mejorar las condiciones de vida de esta población. Además, no hay resultados de dicho plan y tampoco existe actualmente un plan actualizado (31).

En Chota, en el centro poblado de Cuyumalca, durante el internado, se ha podido constatar a través de la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAN) que muchos adultos mayores tienen problemas para realizar sus actividades básicas de la vida diaria, las cuales dificultan su capacidad de autocuidado y también ocasionar

problemas en el procesamiento de información, y por consiguiente el deterioro de su capacidad cognitiva. Además, se ha podido observar, que en el Centro de Salud no se realizan actividades preventivas y de promoción en este grupo etario, por lo que son más vulnerables y de mayor riesgo de presentar síndromes y/o complicaciones graves. Por lo tanto, es fundamental que el personal de salud realice actividades educativas, recreativas y visitas domiciliarias al adulto mayor, enfocadas a promover el bienestar físico, mental y espiritual.

1.2. Formulación del problema de investigación

¿Existe relación entre deterioro cognitivo y el autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021?

1.3. Justificación del estudio

Este estudio justifica contribuir con el adulto mayor en su proceso de envejecimiento para que pueda tener un conocimiento, sobre deterioro cognitivo y autocuidado en su vida diaria. Los resultados servirán como antecedente para investigaciones futuras en el área; que permita diseñar intervención y promoción de salud para los adultos mayores con el fin de mejorar el deterioro cognitivo y autocuidado, además de brindar a las autoridades y al equipo del puesto de salud de Cuyumalca, una información precisa y concisa sobre el deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor en su autocuidado.

Teóricamente el estudio se justifica porque contribuirá al conocimiento sobre deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor, es decir permitirá determinar si existe relación entre las variables de estudio, puesto que el deterioro cognitivo repercute en su capacidad de autocuidado, de allí la importancia el fomentar y educar sobre prácticas de autocuidado, con la finalidad de contribuir su calidad de vida.

La relevancia social del estudio es que, al conocer los resultados, los adultos mayores pondrán énfasis en intervenciones de autocuidado, con la finalidad de mantenerse activos y de mitigar el deterioro cognitivo. Además, los resultados serán un referente para que directivos de las instituciones de salud puedan implementar actividades preventivo–promocionales dirigidas a mantener la autonomía del adulto

mayor, mediante la realización de actividades básica e instrumentales de la vida diaria.

El valor teórico de la investigación es que los resultados permitirán dar inicio a nuevos estudios sobre el tema. Además, el estudio aportará a la carrera de Enfermería, para que los profesionales de la salud fomenten el autocuidado en el adulto mayor, por ello brindar una mejor calidad de vida de forma holística y humanizado, para lograr la independencia, la autonomía de cada uno de estos.

Asimismo, mediante esta investigación se buscó incrementar la información suficiente y datos estadísticos relevantes que renueven el punto de vista de la etapa senil por parte del establecimiento de salud y de la comunidad en general.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre deterioro cognitivo y el autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021.

1.4.2. Objetivos específicos

- Describir las características sociales y demográficas de los adultos mayores atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021.
- Determinar el grado de deterioro cognitivo en el adulto mayor atendido en el puesto de Salud Cuyumalca – Chota, 2021.
- Describir la capacidad de autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de Salud Cuyumalca – Chota, 2021.
- Analizar y describir las dimensiones del autocuidado del adulto mayor que acude al puesto de salud Cuyumalca– Chota, 2021.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

2.1.1. A nivel internacional

Marines, L. Brasil (2016) realizó el estudio capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil y tuvo como objetivo evaluar la capacidad funcional y la función cognitiva de los ancianos residentes en el área urbana de una ciudad de Rio Grande de Brasil. Su estudio fue de corte transversal, cuantitativo y de tipo descriptivo correlacional. Resultados: En cuanto a la capacidad funcional, el 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y el 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria (AVD). Se concluye que, existe relación entre la variable independiente y la variable dependiente (32).

Becerra, J. Ecuador (2017), en su estudio deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor; su estudio descriptivo correlacional, y de diseño transversal. Resultados el deterioro cognitivo se presentan de la siguiente manera déficit de deterioro con un 51%, el deterioro cognitivo leve se encuentra en un 29%, el deterioro cognitivo moderado 17%, y de manera normal el 3% de los adultos mayores. Se concluye que existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del adulto mayor (33).

Hernández, E. Lewis, A. Cuba (2017), investigaron sobre evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado en adultos mayores, policlínico Leonilda Tamayo Matos. Isla de la juventud. 2016- 2017, tuvo como objetivo la evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado en adultos mayores, policlínico “Leonilda Tamayo Matos”. Isla de la juventud, es un estudio cuantitativo, de nivel descriptivo correlacional, y de corte transversal. Resultados: el 46,7% presentó un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo, el 9,8% déficit parcial y 5,6% déficit total. Donde se concluye que si existe relación entre las dos variables (34).

Alvares, M. Ávila, C. Ecuador (2022), realizaron un estudio sobre deterioro cognitivo y actividades de la vida diaria en adultos mayores del centro geriátrico hogar Cristo Rey, estudio investigación de corte transversal, de tipo descriptiva y correlacional. Resultados se obtuvo que el 55% de los participantes tienen una posible demencia grave, 25% demencia leve, el 15% deterioro cognitivo leve y el 5% no tiene alteraciones cognitivas. Para las actividades diarias, se tiene el 40% son independientes, el 20% independientes menos en una actividad, 30% independiente parcial y 10% dependiente. Se concluye que no hay relación entre las variables (35).

2.1.2. A nivel nacional

Basilio, K. et al Huánuco (2017), realizaron un estudio deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en adultos mayores hipertensos, en el centro de salud PatracanCHA. Tuvo un enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional. Resultados: El 52,1% de evaluados no tuvieron deterioro cognitivo, mientras que el 39,6% presentaron deterioro cognitivo leve y 8,3% deterioro cognitivo moderado; en cuanto a la variable autocuidado, el 68,8% tuvieron autocuidado adecuado y el 31,2% autocuidado inadecuado. Conclusión: El deterioro cognitivo se relaciona con el autocuidado en los adultos mayores hipertensos (36).

Pardave, F. Huánuco (2017), realizó un estudio titulado capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de SantaMaría del Valle el cual tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la capacidad de autocuidado y la percepción del estado de salud en los adultos mayores de la localidad de Santa María del Valle, fue un estudio analítico relacional en 72 adultos mayores. Resultados: Respecto a la capacidad de autocuidado; el 38,9% de adultos mayores presentó un autocuidado parcialmente adecuado, el 29,2% autocuidado inadecuado, el 16,7% con deficit en el autocuidado y el 15,3% autocuidado adecuado. Encuanto, a la percepción del estado de salud, el 69,4% de encuestados percibió que su estado de salud era no saludable y el 30,6% adecuado (37).

Muñoz, Y. Chujandama, G. Tarapoto (2018), en el trabajo de investigación: Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del AA. HH Satélite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018, tuvo como objetivo: Determinar los trastornos emocionales relacionados al autocuidado en el adulto mayor, estudio de tipo no experimental-cuantitativo, descriptivo correlacional. Resultados; se evidencia que el 55.56% adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 a 65 años de edad, el 64.44% sexo masculino, el 48.89% no presentan grado de instrucción, 46.67% viudos, el 71.11% padecen de alguna enfermedad. El 53.33% con depresión severa; el 24.44% sin depresión y el 22.22% con depresión leve. El 28.89% con déficit en su autocuidado, el 17.78% autocuidado parcialmente adecuado y solo un 13.33% con autocuidado adecuados. Conclusiones; existe relación significativa (38).

Chuquipul, P. Izaguirre, C. Lima (2018), en su investigación sobre deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018, estudio cuantitativo y el diseño de estudio correlacional y de corte transversal. Resultados: El 70% tiene deterioro cognitivo moderado; en cuanto a sus dimensiones en la orientación en el tiempo presenta un 84%, en el espacio 58%, lenguaje 46% y atención 46%; de acuerdo a la calidad de vida es el promedio con un 88%, en relación a sus dimensiones la actividad física presentó un 74%. Donde se concluye que no existe relación entre las dos variables (39).

Cabanilla, K. Lima, (2019) en su estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la capacidad funcional y el autocuidado de salud del adulto mayor. Fue cuantitativo, de enfoque descriptivo correlacional y corte transversal. Estuvo constituida por 50 adultos mayores. Resultados: El 44% de los adultos mayores con capacidad funcional independiente tienen un autocuidado de la salud medianamente adecuado; el 56% de los adultos mayores tienen una capacidad funcional independiente y el 44% son dependientes; 70% presentan un autocuidado de la salud medianamente adecuado (40).

Torres, O. Jaén (2019), el estudio tuvo como objetivo general determinar la influencia que existe entre el nivel de conocimiento y las prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial en el Centro de Salud Morro Solar. Fue de tipo descriptiva correlacional y de diseño transversal. Los resultados encontrados fueron el 52,6% presento un alto nivel de conocimiento, el 38,2 % nivel de conocimiento medio y el 9,2 % presentó un nivel de conocimiento bajo. El 93,4 % presentó prácticas de autocuidado adecuadas y solo el 6,6 % presentan prácticas de autocuidado inadecuadas. Se concluye que el nivel de conocimiento influye significativamente en las prácticas de autocuidado de los adultos mayores con hipertensión arterial (41).

Fernández, W. Lima (2021), realizó su estudio sobre capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E. Bernales Comas año 2019, investigación cuantitativa, transversal no experimental, correlacional, la muestra estuvo constituida por 51 pacientes adultos mayores. Resultados: El 25% de adultos mayores presentaron deterioro cognitivo leve, y 20% deterioro cognitivo severo. Así mismo, se observa que el 59% presentaron dependientes a la capacidad funcional, y el 41% de pacientes presentaron una capacidad funcional independiente. Conclusión: No existe una relación significativa entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores (42).

Romero, I. Lima, (2021), estudió el sobre: Capacidad de autocuidado del adulto mayor del programa integral nacional para el bienestar familiar – octubre 2020, tuvo como objetivo determinar la capacidad de autocuidado del adulto mayor, estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal prospectivo. La muestra estuvo conformada por 50 adultos mayores, como instrumento se utilizó un cuestionario titulado “Test de CYPACAM. Resultados: El 64% de adultos mayores presentan un autocuidado inadecuado, y el 36% autocuidado parcialmente adecuado (43).

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Modelo de promoción de la salud

El sustento teórico de la presente investigación es la teoría de Nola Pender (46), la teoría de aprendizaje social (Albert Bandura), quien establece 4 requisitos que interviene en el aprendizaje y el comportamiento: atención, retención, reproducción y motivación. Mientras que el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana (Feather), establece que el componente motivacional clave para conseguir un logro es la intencionalidad (44).

Este modelo se adapta a la investigación, puesto parte de experiencias individuales de los adultos mayores (conductas previas y factores personales) los cuales son determinantes de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y éstos dan como resultado una apropiada conducta promotora de la salud, es decir mantener un buen estado cognitivo y autocuidado, los cuales son esenciales para mejorar sus condiciones de vida. Este modelo es el adecuado para los enfermeros, puesto que determina los comportamientos del adulto mayor, y a su vez, nos orienta hacia la generación de conductas saludables (44).

2.3. Bases conceptuales

2.3.1. Deterioro cognitivo

2.3.1.1. Definición

Es el declive de una o más funciones cognitivas superiores, las cuales incluye la memoria, la orientación, la percepción, el lenguaje, el pensamiento, el cálculo y la capacidad para resolver problemas (45).

El deterioro cognitivo tiene una forma de presentación muy diversa, pudiendo presentarse con deterioro de una sola función cognitiva, mientras que en otros hay deterioro de múltiples funciones, puede aparecer de forma brusca, y puede ser

reversible o irreversible, por ello, cuando afirmamos que un paciente presenta deterioro cognitivo, es conveniente especificar qué funciones tiene deterioradas, de qué síndrome se trata (demencia, síndrome confusional agudo, etc.) y cuál es la causa del síndrome que produce el deterioro (45).

En general, las funciones intelectivas se mantienen en la vejez, excepto aquellas capacidades que requieren un tiempo de reacción corto o una rápida velocidad de actuación. La inteligencia relacionada con las habilidades aprendidas permanece estable, mientras que la inteligencia que refleja la habilidad para procesar y manipular nueva información disminuye con la edad; sin embargo, a pesar de ello, los adultos mayores mantienen la capacidad para aprender nuevas experiencias (45).

2.3.1.2. Funciones cognitivas superiores

Entre ellas tenemos (45):

- **Atención**

Es la capacidad para concentrarse en una tarea determinada, esta habilidad se mantiene hasta los 80 años, luego empieza a declinarse.

- **Memoria**

Producto del envejecimiento, se produce una disminución de la memoria sensitiva y de fijación, mientras que se mantiene la memoria inmediata, remota, semántica y de procedimiento. Por lo que los problemas de memoria suelen ser un motivo de preocupación para los ancianos y familiares, por lo que cualquier cambio genera ansiedad.

- **Lenguaje**

Con el envejecimiento, la comprensión de lenguaje permanece relativamente intacta a lo largo de la vida; sin

embargo, existe disminución en la fluidez verbal, repeticiones de palabras, y mayor empleo de pronombres y de otras palabras vagas.

2.3.1.3. Causas

Las causas son múltiples: Demencia, depresión, alteración por la edad, accidentes o procesos cerebrovasculares, alcoholismo, daño cerebral traumático, cirugía del cerebro, etc. (46)

2.3.1.4. Tipos de deterioro cognitivo

a. Deterioro cognitivo leve

Es la disminución de la función cognitiva mayor de la esperada para la edad y nivel educativo del individuo, pero que no interfiere de forma significativa en las actividades de la vida diaria (45).

Entre los criterios para la identificación del deterioro cognitivo leve, tenemos (45):

- El paciente o sus familiares refieren quejas sobre la función cognitiva.
- El paciente o sus familiares refieren un deterioro de la función cognitiva a lo largo del último año.
- La evaluación clínica evidencia la existencia de deterioro cognitivo (deterioro de la memoria o de la percepción, pensamiento, lenguaje, cálculo, etc.).
- El deterioro no repercute significativamente en el desarrollo de las actividades diarias.
- El paciente no presenta demencia.

➤ **Tipos del deterioro cognitivo leve**

DCL de tipo amnésico

El síntoma principal es la pérdida de memoria, si evoluciona a demencia lo más probable es que lo haga hacia Enfermedad de Alzheimer (EA) (46)

DCL con múltiples funciones alteradas sin que se requiera afectación de la memoria: Si evoluciona a demencia puede hacerlo hacia EA, demencia vascular u otras demencias (46).

DCL con una sola función alterada distinta de la memoria: Este tipo podría evolucionar a otros tipos de demencias: frontotemporal, cuerpos de Lewy, vascular, afasia primaria progresiva, etc. (46).

b. Deterioro cognitivo moderado

El deterioro cognitivo moderado presenta dificultades y/o inconvenientes también en las actividades básicas de la vida diaria, relacionadas con el cuidado personal y la movilidad; como higiene, nutrición, control de esfínteres, función de movilidad, entre otros problemas neurológicos en el adulto mayor (35).

c. Deterioro cognitivo severo

En el caso del deterioro cognitivo severo, los adultos mayores experimentaron problemas importantes con la memoria, la comunicación, el movimiento y el comportamiento. Es posible que no pueda identificar a su ser querido, amigo cercano o antiguo lugar de reunión. A medida que la enfermedad avanzó hasta este punto, ancianos se volvieron más dependientes, aun cuando satisfacían necesidades diarias como aseo, alimentación y regreso a la misma habitación (42).

2.3.1.5. Efectos del envejecimiento

El envejecimiento, produce numerosos cambios que en realidad son patológicos. Por ello, creemos conveniente repasar cuáles son los cambios de la función cognitiva que pueden considerarse normales en el anciano (45)

La evaluación neuropsicológica ha demostrado que con el envejecimiento se producen una serie de cambios en determinadas funciones cognitivas. En primer lugar, los cambios observados se producen dentro de la normalidad y consisten en la obtención de puntuaciones más bajas, pero dentro de lo que se considera normal en determinadas pruebas que evalúan funciones concretas como la memoria, velocidad de reacción, etc. (45)

En segundo lugar, se trata de comparaciones entre grupos de sujetos, por lo que, no debe presuponerse que los individuos de cada grupo ofrezcan resultados homogéneos en las pruebas de evaluación, sino que existe una gran variabilidad, y, en tercer lugar, todos los cambios que a continuación describimos no tienen por qué aparecer de forma simultánea en un anciano; habrá ancianos en los que se adviertan cambios en una sola función y otros en los que aparezcan en todas las funciones (45).

2.3.2. Autocuidado en el adulto mayor

2.3.2.1. Autocuidado

a. Definición

Es cuidar nuestra salud con responsabilidad, aprendiendo a practicar estilos de vida saludables para mantenernos sanos y activos, y hacer más difícil la aparición de una enfermedad o discapacidad; para ello, es necesario conocernos, querernos y aprender a cuidarnos (47)

El autocuidado incluye comprender todas las acciones y decisiones que toma una persona para mantener y mejorar su

salud para prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad; y decidir utilizar los sistemas de apoyo de salud formales e informales. (48)

Es la práctica de actividades que una persona inicia y realiza por su propia voluntad para mantener la vida, la salud y el bienestar”. Para Orem, el autocuidado es una conducta que se aprende y surge de combinaciones de experiencias cognitivas y sociales (48).

b. Componentes

Los componentes del autocuidado son 3 (48)

- **La autoestima:** Es la valoración que tiene la persona de sí misma, la misma, que es indispensable para un adecuado autocuidado.
- **El autoconcepto:** Es el conjunto de pensamientos, ideas, creencias, opiniones y percepciones sobre uno mismo basados en la autoobservación o autocomprensión de uno mismo sobre los componentes orgánicos, psicológicos, sociales y psicológicos y espiritual de cada uno de los adultos mayores.
- **La autodeterminación:** Se refiere a las decisiones a nivel individual en todos los aspectos de la vida. Implica alcanzar metas en muchos ámbitos del adulto mayor desde el autoanálisis y la autoafirmación y promover su transformación y crecimiento personal desde el disfrute de su condición humana.

c. Dimensiones del autocuidado

Entre ellas tenemos:

➤ **Actividad física**

Esta dimensión incluye actividades como: Nadar, correr, hacer ciclismo, ir al gimnasio u otros, los mismos que favorecen la conservación de la salud de las personas y para una mejor integración, autonomía, funcionalidad e independencia del adulto mayor (49).

➤ **Alimentación**

El adulto mayor, necesita ingerir una variedad de alimentos con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, y por ende disminuyendo la frecuencia de las enfermedades crónicas degenerativas (50).

➤ **Eliminación**

Los adultos mayores que controlen la eliminación tienen que tener en cuenta la regularidad, principalmente en la piel de la zona genital, la cual debe mantenerse limpia y seca, con la finalidad de evitar cualquier alteración de estas funciones que perjudican su salud (51).

➤ **Descanso y sueño**

El ciclo del sueño del anciano se caracteriza por una disminución de la duración total del sueño nocturno, un marcado aumento del número y duración de los despertares nocturnos, un inicio más temprano de la primera fase REM y una disminución paulatina del sueño lento y aumento de la somnolencia y fatiga diurna.

Con la edad, la retención del sueño disminuye, cuesta más retener el sueño de forma interrumpida y disminuye la capacidad de mantener el estado de alerta, es decir cuesta más mantenerse despierto. Es evidente que con la edad disminuye el tiempo que pasa durmiendo y se mantiene estable o aumenta el tiempo que pasa en la cama, por lo que la eficiencia del sueño es menor en los ancianos. Típicamente, los adultos duermen todas las horas en la cama, mientras que los ancianos pasan muchas horas despiertos (52).

➤ **Higiene y confort**

Es el conjunto de actividades encaminadas a proporcionar, aseo personal y confort al paciente; son determinantes de la higiene, limpieza corporal y mucosas externas; lo cual ayudara a mejorar la salud general del adulto mayor (53).

➤ **Medicación**

El adulto mayor tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento establecido; por lo que debe estar claro con respecto a las indicaciones médicas, ya que cualquier mal entendimiento, puede producir efectos negativos en el proceso de conservar la salud (54)

➤ **Estado de salud**

La comprensión de las relaciones entre salud y comportamiento en la vejez determina la existencia o potencia los factores de riesgo; por lo que, el cuidado de la salud implica cuidarla o hacer cuanto esté al alcance para prevenir las enfermedades y mantener un buen estado de salud del adulto mayor (55).

➤ **Adicciones y hábitos nocivos**

La protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del consumo de adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas) constituye una prioridad de

salud pública; por lo que, la formulación y aplicación de políticas a todos los niveles, deben estar concertadas en intervenciones eficaces (56).

➤ **Importancia del autocuidado**

- Mantener una salud adecuada, prevenir y diagnosticar a corto plazo la enfermedad y determinar su recuperación integral de la salud.
- Los adultos mayores deben estar comprometidos, en el cuidado de su salud, puesto que hay consecuencias si no aplicamos estrategias para evitar enfermarse.
- Reconocer que una conducta inadecuada, conlleva a la enfermedad.
- Establecer estrategias que conllevan a un bienestar físico, mental y espiritual.
- Promover la vacunación, a seleccionar de alimentos bajos en grasa para prevenir problemas cardiovasculares.
- Detección temprana de signos y síntomas de enfermedades.
- Cumplimiento del tratamiento farmacológico indicado por el médico (57).

➤ **Autocuidado de su alimentación**

- Conocer y acceder a los alimentos saludables.
- Brindar una dieta en su alimentación balanceada: Frutas, verduras, legumbres y cereales son necesarios consumir.
- Brindar una dieta a base de pescado fresco, aves.
- El agua debe consumirse frecuentemente.
- Comer despacio y en bocados pequeños para evitar atragantarse y/o aspirar alimento.
- Consumir comida variada, con sabor, olor y buena presentación a la vista.
- Evitar el exceso de azúcar y sal en los alimentos (58).

➤ **Autocuidado de la piel**

- Baño diario con agua fresca o adecuada a la temporada.
- Evitar agua muy caliente o muy fría.
- Secarse con toalla de forma suave, todo el cuerpo, sin dejar zonas húmedas, cuidado con las zonas interdigitales y pliegues para evitar micosis (hongos).
- Lavarse el cabello 2 o 3 veces a la semana.
- Cuidar a los adultos mayores para evitar golpes, cortes y heridas en el cuerpo (59).

➤ **Autocuidado de vista**

- Se debe brindar una iluminación adecuada en el hogar.
- No se debe realizar cambio cuando este oscuro a la iluminación intensa.
- Se debe lavar las manos antes de tener contacto con los ojos, evitar aplicar medicina que no hayan sido prescritas por el médico.
- Si el adulto mayor utiliza anteojos tiene que ser para todas las actividades diarias.
- Se debe llevar a su control anualmente al oftalmólogo (60).

➤ **Autocuidado del oído**

- Evitar introducir algunos objetos extraños a los oídos.
- No exponerse continuamente a los ruidos fuertes.
- Ir al control con el especialista anualmente.
- Evitar la aplicación de medicamento a los oídos sin prescripción médica (58).

➤ **Autocuidado del gusto y olfato**

- El adulto mayor no se debe exponer a sustancias irritantes.
- La ingesta de las comidas debe ser temperadas.
- Se debe mantener siempre el aseo de la nariz y la boca y no se debe introducir objetos extraños (58).

➤ **Autocuidado del tacto**

- Se debe administrar cremas hidratantes y suavizantes, si estos presentan los recursos económicos adecuados.
- Se debe vigilar a los adultos mayores para evitar las quemaduras y cortes en los dedos y piel (58).

➤ **Autocuidado de la boca**

- Se debe cepillar los dientes y/o la prótesis con crema dental o bicarbonato después de cada comida.
- Se debe utilizar un cepillo con cerdas suaves, para evitar laceraciones de las encías de los adultos mayores.
- Deben acudir al dentista una vez al año o cuando presente alguna laceración (58).

➤ **Autocuidado de los pies**

- Se debe hacer el lavado de los pies y secar con toalla suave.
- Prevenir lesiones en la planta de los pies y evitar caminar descalzo.
- Usar zapatos adecuados de acuerdo al clima y a la labor que realiza.
- El corte de las uñas debe ser realizado por un miembro de la familia teniendo cuidado de no lastimar la piel (58).

➤ **Autocuidado de salud mental**

- Mantenerse activo en la parte psíquica, mental, social y cultural.
- Visite y converse con familiares, amigos, vecinos, colegas, etc.
- Deben leer periódicos, revistas y otros textos informativos dialogando temas de actualidad.
- Desarrollar actividades que faciliten un buen estado anímico.
- Reconocer cualidades y desarrollarlas más (58).

➤ **Autocuidado y aprendizaje en el adulto mayor**

El autocuidado y aprendizaje son dos actividades inherentes, puesto que es a través de un proceso educativo que los adultos mayores, desarrollan capacidades para promover su autocuidado, con la finalidad de satisfacer sus necesidades básicas. El autocuidado no solo se fomenta en el adulto mayor, sino que éste, se promueve desde edades tempranas. Además, es fundamental adaptar estilos de vida saludable, con el propósito de lograr un envejecimiento activo y saludable (59).

d. El envejecimiento

El envejecimiento es un proceso fisiológico natural, que se produce desde que nacemos, y se mantiene a lo largo del ciclo de la vida. Durante este proceso el organismo sufre una serie de cambios a un ritmo diferenciado, en el cual influyen factores genéticos, ambientales, así como el entorno rural en el cual vive (57).

➤ **Características del envejecimiento**

- **Es universal:** Es característico de todo ser vivo.
- **Paulatino:** Porque es un proceso acumulativo.
- **Continuo:** Se define como comienzo y término.
- **Dinámico:** Se define como el cambio continuo.
- **Irreversible:** No se puede revertir, por lo que es decisivo y terminante.
- **Declinante:** Se dañan de manera progresiva hacia su defunción las funciones del organismo.
- **Intrínseco:** Se produce dentro del organismo, y no por influencia del entorno.
- **Heteróclito y unipersonal:** Cada grupo posee una peculiaridad en esta etapa y cambia considerablemente de órgano a órgano y de individuo a individuo, interiormente de la misma persona (60).

➤ **Materiales y métodos**

Para el análisis del concepto de envejecimiento, se utilizó la propuesta original de Wilson, quien afirma que el análisis de conceptos brinda la capacidad de explicar y describir fenómenos que interactúan, cuyas características y los atributos definatorios el concepto a aprobar y ayudar a decidir qué fenómeno es un buen ejemplo lo cual este método incluye ocho etapas:

- La selección del concepto.
- Propósitos u objetivos del análisis.
- Identificar los usos del concepto.
- La identificación de las características o atributos.
- La identificación del caso modelo.
- Identificación de otros casos.
- Identificación de antecedentes y consecuencias.
- La definición de los indicadores empíricos (61).

e. Clasificación del adulto mayor

Según el MINSA, existe 4 grupos los cuales son (62)

➤ **Persona adulta mayor activa saludable**

Persona sin antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas atribuibles a patologías agudas, subagudas o crónicas y con examen físico normal.

➤ **Persona adulta mayor enferma**

Persona que presenta alguna afección aguda, subaguda o crónica, en diferente grado de gravedad, habitualmente no invalidante.

➤ **Persona adulta mayor frágil**

Es aquella persona que cumple 2 o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.

- Dependencia parcial, según Valoración Funcional del Índice de Katz.
- Deterioro cognitivo leve o moderado, según Valoración Cognitiva Test de Pfeiffer.
- Manifestaciones depresivas, según Valoración del Estado Afectivo Escala abreviada de Yesavage.
- Riesgo social, según la Escala de Valoración Socio - familiar.
- Caídas: Una caída en el último mes o más de una caída en el año.
- Pluripatología: Tres o más enfermedades crónicas.
- Polifarmacia: Toma más de tres fármacos por patologías crónicas y por más de 6 semanas.
- Hospitalización en los últimos 12 meses. Índice de Masa Corporal (IMC) menor de 23 o mayor de 28.

➤ **Paciente geriátrico complejo**

Es aquella persona que cumple con tres o más de las siguientes condiciones:

- Edad: 80 años a más.
- Pluripatología: Diversas enfermedades crónicas.
- Deterioro cognitivo severo: Problema social en relación con el estado de salud, según la Escala de Valoración Sociofamiliar.
- Paciente con enfermedad terminal.

f. Cambios durante el envejecimiento

➤ **Cambios físicos**

Como por ejemplo la pérdida de masa muscular, la disminución de la capacidad para movilizar huesos y articulaciones, etc. por lo cual, uno se debe adaptar los cambios naturales que adquirimos con el paso del tiempo; ya que, a pesar de ello, siguen siendo uno mismos (57).

➤ **Cambios psicológicos**

Estos disminuyen algunas facultades mentales como la memoria; el estado de ánimo de los adultos mayores varia, por cual es importante fortalecer la valoración de uno mismo y de las familias. Es común que puedan enfrentar procesos de duelo y sufrir por la pérdida de familiares con las que se crearon lazos fuertes tanto emocionales y afectivos.

➤ **Cambios sociales**

Los adultos mayores enfrenten soledad y en algunos casos abandono (57).

g. Acciones para un envejecimiento saludable

- Se deben adaptar y aceptar cambios biológicos, sociales, psicológicos y familiares; conservando la funcionalidad y la satisfacción personal.
- Mantenerse activo, productivo y saludable en la parte biopsicosocial.
- Desarrollar y planificar actividades placenteras en la casa, en el trabajo y en la comunidad, empleando su tiempo libre.
- Asumir con responsabilidad su autocuidado, compartiendo sabiduría y experiencia personal (58).

2.4. Marco legal

2.4.1. Ley de la persona adulta mayor (Ley N.º 30947)

Los principios generales, son los siguientes (63):

a. Promoción y protección de los derechos de las personas adultas mayores

Cualquier acción pública o privada para promover y proteger la dignidad, independencia, protección, autonomía y realización de las personas mayores, así como sus valores, papel en la sociedad y su contribución a su desarrollo.

b. Seguridad física, económica y social

Toda medida dirigida a las personas mayores debe tener en cuenta su integridad, así como su seguridad económica y social.

c. Protección familiar y comunitaria

El Estado es el encargado de promover el fortalecimiento de la protección de la persona adulta mayor por parte de la familia y la comunidad.

d. Atención de la salud centrada en la persona adulta mayor

Todas las acciones para las personas mayores se enmarcan en una perspectiva psicosocial que promueve decisiones compartidas entre los profesionales de la salud y las personas mayores.

2.4.2. Lineamientos para la atención de la persona adulta mayor

Entre ellos, tenemos (63):

a. Atención en salud

Toda persona adulta mayor tiene derecho a la atención integral en salud, siendo población prioritaria respecto de dicha atención.

b. Atención en materia previsional, de seguridad social y empleo

El gobierno promueve una cultura de seguridad social que tiene como objetivo que los adultos mayores accedan gradualmente a la seguridad social y a las pensiones, en el marco de lo establecido en los distintos sistemas de seguridad social. Asimismo, promueve las oportunidades de empleo y el autoempleo formal y productivo, lo que contribuye a mayores ingresos y, en consecuencia, al mejoramiento de la calidad de vida de los adultos mayores.

c. Atención en educación

El estado promueve el acceso, continuidad y calidad de la educación de las personas adultas mayores, así como su participación en los programas existentes para compartir sus conocimientos y experiencias con todas las generaciones.

d. Atención en turismo, cultura, recreación y deporte

El estado, diseña, promueve y ejecuta políticas, planes, programas, proyectos, servicios e intervenciones dirigidos a la participación de la persona adulta mayor en actividades turísticas, artísticas, culturales, recreativas, de esparcimiento y deportivas.

e. Participación y organización

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) promueve la participación y organización de las personas adultas mayores a nivel nacional.

f. Accesibilidad

El estado, a través de los tres órdenes de gobierno, garantiza el derecho a un ambiente físico inclusivo, seguro, accesible, funcional y adaptativo para las personas adultas mayores, asegurándoles una vida saludable.

g. Protección social

El Estado, a través de sus órganos competentes, brinda protección social a la persona adulta mayor que se encuentre en las siguientes situaciones de riesgo: Pobreza o pobreza extrema, dependencia o fragilidad y cuando son víctimas de cualquier tipo de violencia.

h. Medidas de protección temporal

El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, en el marco de sus competencias, dicta medidas de protección temporal a favor de la persona adulta mayor que se encuentre en las situaciones de riesgo (63).

2.4.3. Ley N° 30947 de la Salud Mental

a. Artículo 1. Objeto de la Ley

El Gobierno del Perú promulgó esta ley que tiene como finalidad garantizar el acceso a los servicios de promoción, prevención,

tratamiento y rehabilitación, como condición para el pleno derecho a la salud y el bienestar mental de la persona adulta; el cual está relacionado con la interrelación entre el entorno y el despliegue de las diversas capacidades humanas, tanto de los individuos como de los grupos y colectivos que forman la sociedad (64).

b. Artículo 3. Principios y enfoques transversales

Entre los más importantes, tenemos (63):

- **Accesibilidad:** Se refiere al acceso a todas las personas adultas, sin discriminación alguna.
- **Calidad:** El gobierno debe garantizar los servicios en salud mental.
- **Cobertura sanitaria universal:** Toda persona adulta con problemas de salud mental debe tener acceso a dichos servicios.
- **Confidencialidad:** Se garantiza la confidencialidad en la atención en salud mental.
- **Equidad:** El Estado presta especial atención a la satisfacción de acuerdo a sus necesidades.
- **Inclusión social:** Determina el cuidado, atención y tratamiento de un problema de salud mental tiene como objetivos incluir a la persona en su familia y en la comunidad que pertenece.
- **Interculturalidad:** Se brinda la atención en salud mental, respetando su cultura (63).

2.5. Características sociodemográficas

Entre estas características tenemos (64):

- a. Edad:** Es el tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento hasta la actualidad.
- b. Sexo:** Es las características biológicas físicas y psicológicas que distinguen a un hombre de una mujer.
- c. Ocupación:** Es la actividad o profesión, en la que se desempeña de tiempo parcial o completo. Puede ser ama de casa, agricultor, comerciantes, etc.

- d. Grado de instrucción:** Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad. Puede ser iletrado, primaria, secundaria y superior.
- e. Estado civil:** Situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad; se trata básicamente del estado de familia en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil.

2.6. Hipótesis

- **H1:** Si existe relación entre deterioro cognitivo y el autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de Salud Cuyumalca – Chota, 2021.
- **H0:** No existe relación entre deterioro cognitivo y el autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de Salud Cuyumalca – Chota, 2021.

2.7. Variables de estudio

- **Variable independiente:** Deterioro cognitivo.
- **Variable dependiente:** Autocuidado en el adulto mayor.

2.8. Operacionalización de las variables

VARIABLE INDEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	CATEGORIAS	RANGOS
Estado cognitivo	Es una disminución en una o más de las funciones cognitivas superiores, incluida la memoria, la orientación, la percepción, el lenguaje, el pensamiento, el cálculo y la resolución de problemas. (45).	Es la expresión del cuestionario estado cognitivo de Pfeiffer.	<ul style="list-style-type: none"> - Recuerda datos y fechas. - Recuerda sucesos actuales. - Recuerda sucesos pasados. - Orientación en tiempo. - Orientación en espacio. - Capacidad de razonamiento. - Realiza operaciones matemáticas. 	Ordinal	<p>Sin deterioro cognitivo</p> <p>Deterioro cognitivo leve</p> <p>Deterioro cognitivo moderado</p> <p>Deterioro cognitivo severo</p>	<p>Menos de 2 errores</p> <p>De 3 a 4 errores</p> <p>De 5 a 7 errores</p> <p>De 8 a 10 errores</p>

VARIABLE DEPENDIENTE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL	RANGOS
Autocuidado	Se trata de cuidar nuestra salud de forma responsable, aprender a llevar estilos de vida saludables para mantenernos sanos y activos, y dificultar el desarrollo de una enfermedad o discapacidad (47).	Se determinará a través del Test Capacidad del autocuidado del adulto mayor.	Actividad Física	Puede movilizarse sin ayuda. Participa en grupos. Práctica ejercicios físicos. Camina.	ORDINAL	Autocuidado adecuado	De 21 a 24 puntos
			Alimentación	Prepara alimentos y sin ayuda. Tiene establecido horario. Prefiere alimentos sancochados que fríos. Consume dieta adecuada.			
			Eliminación	controlar sus esfínteres y realizar sus deposiciones sin ayuda. Patrón intestinal diario regular. Mira sus deposiciones. Ingiere agua entre las comidas.			
			Descanso y sueño	Controla su periodo de descanso y sueño. Descansa sin dormir después. Se va a la cama en un horario fijo. Duerme horas necesarias.			
			Higiene y confort	Realiza higiene y mantiene confort. Se baña diariamente y horario establecido. Se lava las manos antes y después de comer. Usa toalla independiente.			
			Medicación	Consumo de sus medicamentos. Cumple tratamiento. Toma medicamento indicado por el médico. Consulta antes de tomar medicamento.			
			Control de la salud	Tiene control sobre su salud. Controla su peso. Conoce la frecuencia de sus consultas. Realiza autochequeos periódicos en casa.			
			Adicciones hábitos tóxicos	Puede mantenerse sin hábitos tóxico. Controlar la cantidad del tóxico que consume. Tiene hábito tóxico, pero intenta deshacerse. Tiene más de un hábito tóxico, pero intenta dejarlos.			
					Autocuidado parcialmente adecuado	De 16 a 20 puntos	
					Autocuidado inadecuado	Con 15 o < puntos.	
					Sin capacidad de autocuidado	Con 15 puntos o <, pero con al menos 1 dimensión evaluada de 0.	
					Déficit de autocuidado total	Con 0 en +4 dimensiones evaluadas.	

Características sociodemográficas del adulto mayor

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORÍA	TIPO DE VARIABLE	NIVEL DEL MEDICIÓN
Edad	Tiempo que ha vivido una persona contando desde su nacimiento hasta la actualidad (64).	Cuestionario de características sociodemográficas en el adulto mayor.	<ul style="list-style-type: none"> ➤ 60 a 74 años ➤ 75 a 89 años ➤ 90 a 99 años ➤ ≥ 100 años 	Cuantitativa	Intervalo
Sexo	Características biológicas físicas y psicológicas que distinguen a un hombre de una mujer (64).		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Hombre ➤ Mujer 	Cualitativa	Nominal
Ocupación	Es la actividad o profesión, en la que se desempeña de tiempo parcial o completo (64).		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Agricultor ➤ Ama de casa ➤ Comerciante ➤ Otros 	Cualitativa	
Grado de instrucción	Es el curso de un proceso educativo adquirido por una persona logrando el más alto nivel de escolaridad (64).		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Iltrado/a ➤ Primaria ➤ Secundaria ➤ Superior 	Cualitativa	
Estado Civil	Estado civil: situación jurídica de un individuo en la familia y en la sociedad; se trata básicamente del estado de familia en cuanto es la situación de un sujeto en la familia la que determina su estado civil (64).		<ul style="list-style-type: none"> ➤ Casado ➤ Conviviente ➤ Soltero ➤ Viudo 	Cualitativa	

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y diseño de estudio

El presente estudio fue de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo correlacional de diseño no experimental de corte transversal, porque estableció la relación entre deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor (65).

- **Transversal:** Los sujetos que intervengan en la investigación serán estudiados en un solo momento (39)
- **De diseño no experimental:** No se manipularon las variables de estudio (39).
- **Correlacional:** Se estableció la relación existente entre la variable independiente (Deterioro cognitivo) y la variable dependiente (autocuidado) (39).
- **Descriptivo:** Estableciéndose para ello la descripción de las dos variables de estudio (39).

3.2. Área de estudio

El estudio se desarrolló en la provincia de Chota, quien se encuentra ubicado en la parte central de la provincia, en la región andina norte del Perú. En el departamento de Cajamarca (66).

El escenario de estudio fue el centro poblado de Cuyumalca, el cual está conformado por las diferentes comunidades; se desarrolló en el puesto de salud de Cuyumalca, el cual es de categoría I-2, ubicado en la misma comunidad de Cuyumalca, el cual brinda atención a la población de 8:00 a.m. a 5:00 p.m de lunes a sábado; cuenta con los siguientes trabajadores de salud: 01 Médico, 02 Licenciados en Enfermería, 02 Técnicos en Enfermería, 01 Odontólogo y 01 Obstetra (67).

3.3. Población

La población estuvo constituida por 72 adultos mayores atendidos en el puesto de salud de Cuyumalca a diciembre del 2021.

3.4. Criterio de inclusión y exclusión

3.4.1. Criterios de inclusión

- Adultos mayores atendidos en el puesto de Salud Cuyumalca.
- Adultos mayores que acepten participar voluntariamente del estudio mediante la firma del consentimiento informado.

3.4.2. Criterios de exclusión.

- Adultos mayores que no deseen participar en el trabajo de investigación.
- Adultos mayores que tienen imposibilitados física o psicológicamente para responder las preguntas planteadas en los instrumentos de investigación.
- Adultos mayores que tienen un cuidador exclusivo en el apoyo del cuidado de su salud.

3.5. Unidad de análisis

Lo constituyeron cada uno de los adultos mayores atendidos en el puesto de salud de Cuyumalca, que participaron en el estudio y firmaron el consentimiento informado.

3.6. Marco muestral

El marco muestral se obtuvo de los inscritos en el padrón del puesto de salud de Cuyumalca del programa adulto mayor.

3.7. Muestra o tamaño muestral

La presente investigación fue realizada con la totalidad de la población que estuvo constituida por 72 adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca-Chota, 2021.

3.8. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

3.8.1. Técnica

La técnica que se utilizó fue la entrevista, teniendo en cuenta la edad de cada participante y su procedencia, que nos permitió obtener la información sobre deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor.

3.8.2. Instrumentos

Los instrumentos para la recolección de datos fueron dos los cuales se detallan a continuación:

El primer instrumento que se utilizó fue validado y estandarizado por la Organización Mundial de la salud y el Ministerio de Salud respectivamente (**Anexo 02**); consta de 11 preguntas, para determinar si tiene o no deterioro cognitivo los adultos mayores. La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la respuesta identificada como correcta o incorrecta, asignándole 1 punto por cada respuesta errada y de 0 puntos por cada respuesta correcta.

La medición de la variable deterioro cognitivo se realizó de la siguiente manera:

Sin deterioro cognitivo = menos de 2 respuestas erradas

Deterioro cognitivo leve = 3 a 4 respuestas erradas; deterioro cognitivo moderado = 5 a 7 respuestas erradas; y deterioro cognitivo severo = 8 a 10 respuestas erradas.

El segundo instrumento: Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) (68), tiene como autor original a Millán, I. (2010), dicho cuestionario de 8 categorías (**Anexo 03**) ordenadas de las letras A a la H, y son: actividad física, alimentación, eliminación, descanso, sueño, higiene, confort, medicación, control de salud y adicciones y hábitos tóxicos. Cada categoría está conformada por 4 ítems; el ítem 1 de cada categoría se forma por 2 incisos y los ítems 2, 3 y 4 por 3 incisos, con un valor máximo de 24 puntos y un valor mínimo de 0.

La Norma de evaluación del instrumento es el ítem 1 de cada categoría y determina el nivel de independencia o no para realizar esa actividad.

- Si la respuesta es negativa, la persona es dependiente y se colocará el valor cero en esa dimensión.
- Si la respuesta es positiva, la persona es independiente para esa actividad y se miden los otros indicadores.
- Si hay tres respuestas positivas se considera el autocuidado para esa dimensión como adecuado y se le da una puntuación de 3. Si hay dos o más respuestas positivas y ninguna respuesta negativa, se considera el autocuidado para esa dimensión como adecuado y se le da una puntuación de 3 (dos respuestas positivas y una intermedia).
- Si hay dos o más respuestas intermedias (a veces), se considera el autocuidado para esa dimensión parcialmente adecuado y se le da una puntuación de 2 (Dos respuestas intermedias con una positiva o una negativa).
- Si hay de una a más respuestas negativas (con respuestas negativas o positivas), se considera el autocuidado para esa dimensión como inadecuado y se le da una puntuación de 1.

Los rangos de interpretación son los siguientes:

- Entre 21 y 24 puntos: Autocuidado adecuado; entre 16 y 20 puntos: Autocuidado parcialmente adecuado; con 15 puntos o menos, sin ninguna dimensión evaluada de 0: Autocuidado inadecuado.
- Con 15 puntos o menos, pero con al menos una dimensión evaluada de 0: Sin capacidad de autocuidado, o con déficit parcial para esa categoría; con 0 en más de cuatro categorías evaluadas: Con déficit de autocuidado total.

3.8.3. Proceso para la recolección de información

- Se solicitó la autorización correspondiente al responsable del puesto de salud de Cuyumalca.

- Luego, se programó una reunión con los 72 adultos mayores partícipes del estudio, para indicarles la finalidad del estudio.
- Se fijó una fecha, para poder aplicar los instrumentos del estudio.
- Se realizó por grupos de 7 adultos mayores diariamente para poder evitar el contagio por COVID-19.
- Los adultos mayores partícipes del estudio firmaron el consentimiento informado.
- La aplicación de los instrumentos se realizó en 12 días, la duración fue de 20 minutos por cada adulto mayor.
- Se realizó seguimiento a los adultos mayores que no acudieron al centro de salud para ser evaluados en su totalidad.
- Para recabar la información, se puso en prácticas las medidas de bioseguridad para la prevención de la COVID-19, como: El distanciamiento físico, lavado de manos y el uso de equipos de protección personal (doble mascarilla, y guantes).
 - ✓ Antes de iniciar con la ejecución del estudio la investigadora se realizó una prueba de descarte de COVID -19.
 - ✓ En la reunión se sugirió que tanto al acompañante como al adulto mayor al momento de evaluación portar doble mascarilla.
 - ✓ Se hizo respetar el distanciamiento social obligatorio de 1.5 mts brindado por el Ministerio de Salud para evitar el contagio por el COVID-19.
 - ✓ Se instaló un lavadero, un balde con grifo y una tina, jabón y toalla, para que todos los participantes, puedan realizar el lavado de manos antes de ingresar al puesto de salud de Cuyumalca.
 - ✓ Durante todo el procedimiento la investigadora uso el EPP (Mandilón, doble mascarilla, protector facial).

3.9. Validez y Confiabilidad

3.9.1. Prueba piloto

Para determinar la confiabilidad de los instrumentos antes mencionados, se realizó una prueba piloto al 10% del total de la población, es decir a 10 adultos mayores del puesto de salud Cañafisto, con características similares a la población de estudio, se realizó una reunión con los 10 adultos mayores

que acuden al puesto de salud Cañafisto, para poder recoger la información necesaria, haciendo uso de todos los protocolos de bioseguridad para poder evitar el contagio por el COVID-19, tanto el adulto mayor como el investigador; luego se procedió a evaluar la confiabilidad del instrumento, mediante el alfa de Cronbach, el cual tuvo como resultado 0,904 donde tiene una confiabilidad alta de acuerdo a la interpretación de la escala de confiabilidad; por tanto esta prueba nos permitió verificar el instrumento empleado, recoger la información necesaria y adecuada, para la aplicación a nuestro grupo objeto de estudio, y poder determinar las variables de acuerdo a los instrumentos aplicados. Por lo cual, no se ha modificado ninguna pregunta.

- ✓ El primer instrumento que se utilizó fue validado y estandarizado por la Organización Mundial de la Salud y el Ministerio de Salud.
- ✓ Para el instrumento aplicado Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC-AM) (68), se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,904, lo cual nos permite decir de acuerdo a la escala tienen una confiabilidad alta.
- ✓ Para el instrumento aplicado cuestionario estado cognitivo de (PFEIFFER), se obtuvo un alfa de Cronbach de 0,715, lo cual nos permite decir de acuerdo a la escala una confiabilidad alta.
- ✓ Anteriormente este instrumento fue validado originalmente por Millán, I. (2010) aplicado Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del adulto mayor.

3.10. Procesamiento y análisis de datos

Luego de la aplicación del instrumento, las encuestas fueron revisadas minuciosamente, se procedió a la codificación de las preguntas del instrumento Test de Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (CYPAC- AM).

Una vez recolectado todos los datos, estos fueron codificados e ingresados en una base de datos en Microsoft Excel 2019, para luego ser exportados al paquete estadístico IBM SPSS estadístico V.26.

Para el análisis de datos univariado se usó la distribución de frecuencias en donde se mostró las frecuencias absolutas y relativas del deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor.

Para determinar la relación entre variables se usó la prueba estadística chi cuadrado y se aceptó la hipótesis nula si el valor p es mayor de 0,05 y en caso de lo contrario se validará la hipótesis alternativa. Los resultados serán presentados en tablas simples y de doble entrada de acuerdo a los resultados obtenidos mediante la prueba chi-cuadrado de Pearson.

3.11. Principios éticos

Los principios éticos, son (69):

a. Principio de autonomía

Este principio hace referencia al valor de las opiniones y elecciones de las personas, es decir en este estudio la participación del adulto mayor es de manera voluntaria.

b. Principio de no maleficencia

Hace referencia a no provocar algún daño al adulto mayor; es decir se tendrá en cuenta los beneficios. Además, no existe riesgo de poder causar daño, puesto que no se realizará manipulación de las variables de estudio.

c. Principio de justicia

Este principio hace referencia que haya equidad en el estudio, es decir cada adulto mayor tendrán la posibilidad de ser partícipe del estudio.

d. Principio de la beneficencia

Este principio hace referencia al máximo grado de bienestar; puesto que los resultados beneficiarán a los adultos mayores, puesto que permitirá determinar si existe relación entre deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor, y de esta manera poder adecuarlos, con la finalidad de tener mejores condiciones de vida.

CAPITULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Presentación de resultados y discusión

A continuación, se presenta los resultados del deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca-Chota 2021.

Tabla 01: Características sociodemográficas de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca-Chota 2021

Características sociales y demográficas	N°	%
Sexo		
Hombre	29	40,3%
Mujer	43	59,7%
Edad del adulto mayor		
De 60 a 74 años	21	29,2%
De 75 a 89 años	40	55,6%
De 90 a 99 años	11	15,3%
Estado civil		
Soltero	30	41,7%
Casado	41	56,9%
Viudo	01	1,4%
Grado de instrucción		
Iltrado	56	77,8%
Primaria completa	07	9,7%
Primaria incompleta	08	11,1%
Secundaria completa	01	1,4%
Ocupación		
Ama de casa	40	55,5%
Agricultor	26	36,1%
Otros	06	8,4%
Percepción del estado de salud		
Saludables	40	55,5%
No saludables	32	44,5%
Total	72	100%

De la tabla 1, según factores sociodemográficos de los adultos mayores, según el sexo mujer el 59,7%, hombre el 40,3%; estos datos son similares a los encontrados por Cabanilla, K. En Lima, 2019, quien indica en relación al sexo que el 96% son de sexo femenino, mientras que el 4% del sexo masculino (40).

Los resultados obtenidos se deben a que en la mayoría de adultos mayores encuestados son de sexo femenino, lo cual es una tendencia a nivel mundial, puesto que el sexo femenino prevalece más que el masculino, ya que en diversas investigaciones realizadas predomina el sexo femenino.

Según Echevarría, J. Solano, E. aseveraron que el sexo predominante en los adultos mayores fue el femenino, lo que podría inferir que la población femenina era mayor; Esto puede deberse a que, según lo informado por la OMS (2016), la esperanza de vida promedio de la población mundial es de 72 años. Pero cuando dividimos esta media entre hombres y mujeres, el promedio de las mujeres es de 72 años y dos meses en comparación con los 69 años y ocho meses de los hombres. En otras palabras, la esperanza de vida promedio de las mujeres es mayor que la de los hombres, una razón puede ser porque los cromosomas que determinan nuestro sexo juegan un papel. Las mujeres tienen cromosomas XX y los hombres XY. Otras posibles causas son que las mujeres de todo el mundo viven, años más que los hombres en un promedio de, años, también porque las mujeres van al médico con más frecuencia y, en general, cuidan mejor su salud (73).

Respecto a la edad que presenta los adultos mayores, en la tabla observamos que, el 55,6% oscila entre 75 a 89 años, el 29,2% de estos oscila entre 60 a 74 años y el 15,3% oscila entre 90 a 99 años. Estos datos difieren a los encontrados por Cabanilla, K. En Lima, 2019, quien indica que el 40% de los adultos mayores tienen entre 70 y 79 años, 34% entre 60 y 69 años de edad y el 26% tienen 80 años a más (40).

Según los datos el mayor porcentaje tiene entre las edades de 75 a 89 años, ya que es una tendencia a nivel mundial que la mayoría de los adultos mayores se encuentren entre estas edades, la calidad de vida es lo más importante en esta etapa, estar satisfecho y que haya cumplido satisfactoriamente sus metas y objetivos durante su vida, es de suma importancia para que el adulto mayor este tranquilo.

Al contrastar con la literatura Echevarría, J. Solano, E. (2019), afirma que las etapas de Erikson (2000) la edad de la vejez es una de las ocho etapas dentro del ciclo vital. Dentro de su teoría psicosocial, lleva a cabo la descripción de los conflictos de desarrollo a lo largo de la vida de una persona. Esta etapa se denomina “Integridad/desesperación”. Se considera como la etapa final del ciclo de la vida, se establece partiendo de los 60 años y llega hasta la muerte, la cual indica que dentro de esta etapa se considera un sentido de inutilidad de la biología, debido a que el cuerpo ya no cuenta con la misma resistencia, en la adultez tardía, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza, de igual forma, en cuanto a la identificación de los factores de riesgos sociodemográficos relacionados con el deterioro cognitivo de los adultos mayores su relación con la edad es necesaria, observándose en las edades comprendidas entre 65-74 años, niveles significativamente bajos de DCL en comparación con los sujetos de mayor edad (73).

Asimismo, el estado civil que presentan los adultos mayores es que el 56,9% son casado 41,7 son solteros, y el 1,4% son viudo. Datos encontrados por Cabanilla, K. (Lima, 2019) difieren que el 38% son casados; 14% son viudos y el 12% son solteros (40).

Datos se debe a que antiguamente el matrimonio era considerado como un requisito fundamental para cada una de las parejas se puedan unir y formar una familia, ya que eran muy exigentes al momento de comprometerse una pareja, lo que no sucede en la actualidad, con el pasar del tiempo se ha ido perdiendo estas costumbres; el matrimonio es muy importante para poder tener una familia con valores y principios.

Asimismo, Saldaña, H. (2015), refiere que el estado civil ocurre de una simbiosis donde se estrechan los lazos afectivos, tanto en la realización de las actividades domésticas como en el sentirse acompañados, mientras que la discapacidad o la muerte los separa. Obviamente el cónyuge es la compañía que más satisface al adulto mayor y es explicable basándose en los lazos afectivos y de comprensión que representa tantos años juntos, además de la facilidad de comunicación entre las personas de la misma generación, influyendo los cambios de vida moderna y el interés de mantenerse atendido (74).

Respecto al grado de instrucción se observa: el 77,8% es iletrado, el 11,1% primaria incompleta, el 9,7% primaria completa, el 1,4% secundaria completa. Cabanilla, K. En

Lima, 2019 donde difiere que el 60% educación primaria, 28% cuentan con educación secundaria y el 10% son analfabetos (40).

Lo cual se debe a que a la mayoría de los adultos mayores no acudieron a una institución educativa, ya sea por el desconocimiento de sus padres, o por falta de economía, puesto que anteriormente no se le tomaba importancia a la educación los padres tenían conceptos diferentes, y mayormente se dedicaban a otras labores del hogar, los cuales mencionaron que antes cuando eran niños sus padres se resistían a enviarles a las escuelas para que ellos puedan estudiar, por lo cual la mayoría de los adultos mayores no se pueden desenvolver por si solos ya que la educación es un pilar fundamental para la vida diaria.

Según Echevarría, J. Solano, E. determinan que el grado de instrucción es el nivel educacional que alcance un individuo a lo largo de su vida le permitirá contar con una mayor posibilidad de resistencia a los cambios cerebrales que se producen con el paso de los años que son los que se asocian al deterioro cognitivo y autocuidado de ellos. Es decir, contará con recursos protectores que le permitirán afrontar los cambios por los que todo adulto mayor va a atravesar a lo largo de su existencia (73).

En relación a la ocupación del adulto mayor, el 55,3% son amas de casa, 36,1% son agricultores y otros 8,4%. Asimismo, para Torres, O. En Jaén en 2019 difiere que el 51,5% son amas de casa y el 9,37% son agricultores (41).

Esto se debe a que la mayoría de las personas no cursaron estudios, por lo que tienen que dedicarse a su hogar en caso de las mujeres y a la agricultura los varones, lo cual se ve reflejado en la investigación que la mayoría de los adultos mayores son iletrados, lo que dificulta tener una economía adecuada para poder solventar sus gastos y dificulta la sobrevivencia de los adultos mayores los cuales son abandonados por sus familiares o en otros casos son maltratados por los mismos.

Al contrastar con la literatura Saldaña, H. (2015), afirma que, en la etapa de vida de una persona adulta mayor, es difícil lidiar con las dificultades de encontrar un trabajo en el sector formal de la economía de fondo, así como la suya. disminución de la productividad e ingresos, que pueden apartarlos definitivamente de las actividades profesionales y hacerlos completamente dependientes del sistema de seguridad social (jubilación o

salud), haciéndolos sentir inútiles para la sociedad, afectando su identidad personal y autoestima (74).

Respecto a la percepción del estado de salud de los adultos mayores, el 55,5% son saludables y el 44,5% no saludables. Difiere los encontrados por Pardavé, F. en Huánuco en 2017, donde el 69,4% la percepción era no saludable y el 30,6% saludable (37).

Por lo tanto se debe a que la mayoría de las familias del campo refieren que no se suelen enfermarse, debido a que consumen una alimentación saludable, pero cuando presentan alguna molestia dentro de su organismo van al médico, hay un porcentaje elevado que su percepción de su salud es no saludable esto pueda deberse que los adultos mayores necesitan ayuda de algún familiar o de otra persona para realizar sus actividades diarias, como también puede englobar otros factores que puede influir en su salud, como el medio ambiente, factores sociales y físicos, los estilos de vida y atenciones por parte de los profesionales de salud.

Según Razo, G. Díaz. C, (2018) afirma que la OMS enfatiza que la calidad de vida es la percepción que tiene un individuo del lugar que ocupa en la vida en el contexto de los sistemas culturales y de valores en los que vive y la relación con sus objetivos, expectativas, normas e intereses. De igual forma, en cuanto al desempeño, la calidad de vida se dividirá en aspectos físicos, psicológicos, sociales y ambientales, la percepción de la calidad de vida de una persona es diferente, dependiendo de la condición de vida o del período crítico en el que se encuentre los adultos mayores, ya que la posición de vida y las expectativas pueden cambiar con el tiempo y a lo largo de la vida (71).

Tabla 02: Estado de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca-Chota 2021

Estado cognitivo	N	%
Normal	17	23,6
Deterioro cognitivo leve	46	63,9
Deterioro cognitivo moderado	9	12,5
Total	72	100,0

En la tabla 2, se observa que en el puesto de salud Cuyumalca Chota, el 63,9% de los adultos mayores tiene un deterioro cognitivo leve, el 23,6 % de los adultos mayores tienen un estado cognitivo normal, y el 12,5 % presentan un deterioro cognitivo moderado estos resultados son similares de los de Becerra, J. En Ecuador, del 2017, en su estudio difiere que el 26,0 % presentaron deterioro cognitivo leve, así mismo es casi similar al deterioro cognitivo moderado 17,0% y difiere un 3% en su estado cognitivo normal (33).

Estos resultados difieren a los encontrados por Basilio K, en Huánuco, en el 2017, donde el 52,1% de evaluados no tuvieron deterioro cognitivo, mientras que el 39,6% presentaron deterioro cognitivo leve y 8,3% deterioro cognitivo moderado (36).

Debido a esto se puede decir que, durante esta etapa se produce cambios atribuibles normales, donde el adulto mayor puede hacer su vida de forma independiente, pero también se pueden presentar otros factores determinantes para producirse un deterioro cognitivo, lo cual puede ocurrir por diversos cambios que pueden afectar la funciones cognitivas, habilidades y pérdida de memoria y puede afectar al adulto mayor al momento de realizar sus actividades diarias puesto que no se encuentra orientado en tiempo espacio y persona.

Resultados que probablemente se deban a que, durante esta etapa se produce cambios atribuibles normales, y el adulto mayor puede hacer su vida independiente, pero también se pueden presentar otros factores determinantes para que el adulto mayor presente un deterioro cognitivo, lo cual puede ocurrir por diversos cambios que pueden afectar la funciones cognitivas, habilidades y pérdida de memoria lo cual puede afectar al adulto mayor al momento de realizar sus actividades diarias ya que no se encuentra orientado en tiempo espacio y persona.

Si no se detectan de manera efectiva y oportuna, se pueden agravar y tendrán complicaciones en el funcionamiento y calidad de vida de los adultos mayores, es importante potenciar las habilidades físicas, psicológicas y sociales que les permitan tener la capacidad funcional óptima; es claro que los adultos mayores necesitan aprender lecciones para modificar su estilo de vida y poder tener un enfoque de gestión en el control de las enfermedades que padecen y que muchas veces pueden ser corregidas y reducir el número de enfermedades asociadas a ellas; esto se puede lograr a través de intervenciones como talleres educativos y demostraciones que permitan a los adultos mayores tomar conciencia sobre su salud e incidir en la toma de decisiones. Se busca construir su independencia y capacidad para mejorar sus pensamientos negativos sobre sí mismos.

Para Aristizábal, G. Blanco, D. afirman que el deterioro cognitivo tiene una forma de presentación muy diversa, pudiendo presentarse con deterioro de una sola función cognitiva, mientras que en otros hay deterioro de múltiples funciones, puede aparecer de forma brusca, y puede ser reversible o irreversible, por ello, cuando afirmamos que un paciente presenta deterioro cognitivo, es conveniente especificar qué funciones tiene deterioradas, de qué síndrome se trata (demencia, síndrome confusional agudo, etc.) y cuál es la causa del síndrome que produce el deterioro (45).

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), la organización afirma que las personas mayores de 60 años hacen contribuciones valiosas a la sociedad como miembros activos de la familia, voluntarios y que participan activamente en el mercado laboral. Aunque la mayoría de las personas mayores son mentalmente sanas, muchas corren el riesgo de sufrir trastornos mentales, enfermedades neurológicas o problemas de abuso de sustancias, entre otras afecciones. Los trabajadores de la salud y los propios adultos mayores no ven los problemas de salud mental como realmente son, y el estigma que rodea a las enfermedades mentales hace que las personas sean aún más renuentes a buscar ayuda (70).

Más de un 20% las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6 % la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso. Estos trastornos suponen el 17% de los años de vida con discapacidad en las personas mayores. La demencia y la depresión son los trastornos neuropsiquiátricos más comunes en este grupo de edad (70).

Tabla 03: Autocuidado de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca-Chota, 2021

Autocuidado	N	%
Autocuidado adecuado	2	2,8
Autocuidado parcialmente adecuado	7	9,7
Autocuidado inadecuado	42	58,3
Sin capacidad de autocuidado	5	6,9
Con déficit de autocuidado total	16	22,2
Total	72	100,0

Esta tabla 3; nos muestra la capacidad de autocuidado del adulto mayor en el puesto de salud Cuyumalca Chota que el 58,3% de adultos mayores tienen un autocuidado inadecuado, el 22,2% presenta déficit de autocuidado total, el 6,9% sin capacidad de autocuidado y un 2,8% presenta autocuidado adecuado. Estos datos son similares a los encontrados por Romero, I. En Lima, 2021, quien encontró que el 64,0% de adultos mayores presentan un autocuidado inadecuado, y difieren el 36% autocuidado parcialmente adecuado (43).

Estos resultados difieren de los encontrados por Hernández, E. Lewis. En Cuba del 2017, donde el 46,7% presentó un déficit de autocuidado cognoscitivo-perceptivo, el 9,8% déficit parcial y 5,6% déficit total (34).

Lo cual se debe a que hay adultos mayores que no cumplen con su autocuidado adecuadamente durante esta etapa de vida, los cuales dependen de una persona dentro de su hogar para realizar sus actividades diarias, la compañía del adulto mayor depende mucho de lazo familiar que tenga el hogar para así poder tener paciencia con ellos, puesto que algunos miembros de la familia al ver en este estado a los adultos mayores tienden a abandonarles en su hogar, el autocuidado que se debe brindar a este, tiene que ser adecuado ya que es una persona vulnerable a diversas enfermedades, porque su sistema inmunológico está disminuido y puede conllevarle a la muerte.

El adulto mayor presenta diversos cambios que afectan el correcto desarrollo del autocuidado, ya que se ven limitados al momento de la realización de las actividades de la vida diaria de acuerdo a su estilo de vida o incluso se retrasan y los conducen a la

asistencia de terceros, por lo que se producen cambios en su autoestima y por ende sufren trastornos emocionales como depresión y dependencia emocional.

Montenegro, M. Montenegro, P. se refieren a que el autocuidado “incluye comprender todas las acciones y decisiones que toma una persona con el fin de mantener y mejorar su salud con el fin de prevenir, diagnosticar y tratar su enfermedad y decidir utilizar sistemas de apoyo de salud formales e informales "que una persona inicia e implementa voluntariamente para mantener la vida, la salud y el bienestar. Para Orem, el autocuidado es un comportamiento aprendido que resulta de una combinación de experiencias cognitivas y sociales. Durante el envejecimiento, los ancianos son capaces de realizar actividades básicas de la vida diaria (comer, vestirse, caminar, bañarse) y actividades específicas de la vida diaria (cocinar, limpiar, tareas domésticas o fuera de casa) (48).

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) 2020, indica que, a lo largo de la vida, muchos factores sociales, psicológicos y biológicos determinan la salud mental y el autocuidado en los adultos mayores. Además de las causas comunes de estrés experimentadas por todos, muchas personas mayores ya no pueden vivir de forma independiente debido a dificultades de movilidad, dolor crónico, enfermedad u otros problemas mentales o físicos, por lo que necesitan atención a largo plazo. Además, debido a algunas discapacidades, puede provocar aislamiento, pérdida de autocontrol, soledad y ansiedad.

Como ha demostrado la OMS 2020, las personas mayores también son vulnerables al abuso, ya sea físico, sexual, psicológico, emocional, económico o material; abandonado; debido a la falta de atención y a la grave pérdida de dignidad y respeto, el maltrato a los ancianos no se limita a lesiones físicas, sino que también provoca graves problemas psicológicos crónicos, como depresión y ansiedad (70).

Tabla 04: Dimensiones del autocuidado del adulto mayor que acude al puesto de salud Cuyumalca, Chota 2021

Dimensiones	Persona dependiente		Autocuidado inadecuado		Autocuidado parcialmente adecuado		Autocuidado adecuado		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Actividad física	16	22,2	51	70,8	3	4,2	2	2,8	72	100,0
Alimentación	19	26,4	12	16,7	39	54,2	2	2,8	72	100,0
Eliminación	15	20,8	25	34,7	30	41,7	2	2,8	72	100,0
Descanso y sueño	18	25,0	20	27,8	24	33,3	10	13,9	72	100,0
Higiene y confort	12	16,7	23	31,9	31	43,1	6	8,3	72	100,0
Medicación	17	23,6	2	2,8	31	43,1	22	30,6	72	100,0
Control de salud	22	30,6	18	25,0	30	41,7	2	2,8	72	100,0
Adicciones o hábitos tóxicos	0	0	0	0	0	0	72	100,0	72	100,0
Total									72	100,0

La tabla 4, nos muestra las dimensiones de autocuidado de los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca donde para la dimensión, actividad física; el 70,8% tienen un autocuidado inadecuado, el 22,2% son personas dependientes; 4,2% tienen un cuidado parcialmente adecuado y 2,8% tienen un cuidado adecuado. Estos datos son similares a los de Romero I en Lima 2021, donde reporta que 80% presenta un autocuidado inadecuado; difiere que el 10% tiene un autocuidado parcialmente adecuado y el 10% autocuidado adecuado (43).

Datos que probablemente se deban a que tenemos adultos mayores dependientes un gran porcentaje, los cuales se encuentran en un estado de vulnerabilidad, porque necesitan apoyo para poder ejercer sus derechos, poder acceder a bienes sociales y recibir cuidados para que puedan realizar las actividades más importantes de la vida diaria, también presentan un autocuidado inadecuado en adultos mayores presenta un porcentaje elevado lo cual se puede decir que las familias lo tienen descuidados y no promueven su salud para ellos; a menudo, los factores externos o ambientales a nivel social, como desigualdad, sesgo y prejuicio entre otros; afectan en la toma de decisión de cambiar y luchar contra un estilo de vida poco saludable y perjudicial para tu salud. Los conocimientos que tienen las personas mayores, así como sus creencias, cultura y religión.

Estos determinantes afectan la capacidad de participar en la actividad física, por lo tanto, al no hacer cambios en los hábitos saludables, se crea una vida sedentaria, la cual acelera el proceso de envejecimiento, lo que resulta en una disminución de la función de los órganos o sistemas. Cabe señalar que los adultos mayores se diferencian de otros, de ahí la importancia de identificar y categorizar las necesidades y habilidades para realizar una actividad, físicamente sin estrés indebido.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2021), se hace referencia a que la actividad física regular ayuda a prevenir y controlar las enfermedades no transmisibles (ENT), como las cardiopatías, los accidentes cerebrovasculares y los accidentes cerebrovasculares, la diabetes y diferentes tipos de cáncer. También ayuda a prevenir la presión arterial alta, a mantener un peso corporal saludable y puede mejorar la salud mental, la calidad de vida y el bienestar. Los niveles más altos de inactividad física tienen efectos negativos en los sistemas de salud, el medio ambiente, el desarrollo económico, el bienestar de la comunidad y la calidad de vida (72).

Castiblanco, M. Fajardo, E.; mencionó que la actividad física en adultos mayores incluye actividades recreativas o de ocio, viajes (por ejemplo, caminar o andar en bicicleta), actividades ocupacionales (cuando la persona no está en el trabajo), tareas programadas, juegos, deportes, o ejercicio como parte de las actividades diarias, familiares y comunitarias; con los objetivos de reducir el riesgo de depresión y deterioro cognitivo, mejorar la función respiratoria, del músculo cardíaco y función de los huesos (52).

Asimismo, para la alimentación, indica que el 54,2% tienen un autocuidado parcialmente adecuado, el 26,4% son personas dependientes, 16,7% tienen un autocuidado inadecuado, y el 2,8 tienen un cuidado adecuado; estos resultados son similares a los de Romero, I. En Lima 2021, donde el 48% presentan autocuidado inadecuado, así como difiere el 42% autocuidado adecuado y el 10% autocuidado parcialmente adecuado (43).

Es importante que las personas mayores obtengan la ingesta nutricional adecuada, para que de esta manera el organismo pueda funcionar de manera óptima, y así, el cuerpo humano goce de suficiente salud y fortalece el sistema inmunológico para prevenir enfermedades.

Datos se deben a que las personas mayores casi siempre dependen de otra persona para poder satisfacer sus necesidades nutricionales, puesto que ellos no preparan sus propios alimentos, y eso dificulta para tener una alimentación adecuada, para lograr la tolerancia alimentaria en los adultos mayores, es importante proporcionar una alimentación saludable, porque así podemos lograr un cambio de ideas y actitudes que contribuyan a tomar decisiones de manejo adecuadas para su salud, se debe establecer un seguimiento y establecer un horario fijo de consumo alimentos, se debe enseñar preferencias por alimentos al vapor, frutas y las verduras ya que es de suma importancia para que los adultos mayores tengan un autocuidado adecuado sobre su alimentación y así poder tener una buena inmunidad en su organismo y no se enfermen rápidamente.

Santana, C. Bello, D. afirman que, en la alimentación, lo más resaltante es que la mayoría de los adultos mayores son dependientes y presentan un autocuidado inadecuado y parcialmente adecuado. El adulto mayor, necesita ingerir una variedad de alimentos con un adecuado contenido de nutrientes para promover y mantener la salud, retrasando algunos cambios del envejecimiento, y por ende disminuyendo la frecuencia de las enfermedades crónicas degenerativas (50).

Castiblanco, M. Fajardo, E. refiere que la buena alimentación es fundamental en todas las etapas de la vida, desde la niñez hasta la vejez. Los conceptos básicos de la dieta son los mismos durante toda la vida, pero las necesidades nutricionales individuales cambian a medida que las personas envejecen, cuando se necesitan unas 600 calorías por día. Además, la correcta absorción de los alimentos puede verse afectada por una serie de enfermedades, razón por la cual los adultos mayores necesitan más nutrientes (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales) (52).

Respecto a la eliminación, el 41,7% tienen un autocuidado parcialmente adecuado; 34,7% tienen un autocuidado inadecuado, 20,8% son personas dependientes y 2,8% tienen un cuidado adecuado. Romero, I. En Lima 2021 difiere el 74% presentan autocuidado inadecuado, el 22% presentan autocuidado adecuado y el 04% autocuidado parcialmente adecuado (43).

Estos datos se deben a que la mayoría de los adultos mayores se encuentran en una etapa final de la vida, esto hace que dependan de una tercera persona, ya que ellos mismos no pueden realizar sus necesidades básicas de eliminación por lo cual tienen un cuidado

inadecuado, es fundamental que las familias deben tener un baño accesible, para que el adulto mayor no sufra ningún daño, además establecer estrategias para ayudar a identificar cuando sus funciones comienzan a deteriorarse; por tanto, determinar horarios del patrón de eliminación que puede ser al despertar, después de una comida, antes de acostarse y después de la actividad física, así como consumir la cantidad de agua necesaria.

También se debe enseñar que no defecar durante uno o dos días no significa que esté estreñido, sino que todos tienen diferentes hábitos intestinales, lo importante es simplemente adherirse a un examen intestinal. De esta forma tendremos un perfecto control y podremos identificar cambios en esta función y actuar en el momento oportuno, sobre todo ante cualquier momento que requieran.

Castiblanco, M. Fajardo, E. argumenta que la eliminación es un aspecto relevante en el adulto mayor que es la eliminación de los desechos del organismo a través de las heces y la orina, procesos de eliminación intestinal y eliminación, respectivamente, excepto vesical. En los ancianos, la incontinencia urinaria frecuente o incontinencia urinaria es uno de los síndromes más frecuentes, provocando grandes molestias, problemas de higiene, depresión, ansiedad y aislamiento; se asocia con un impacto social y psicológico significativo, y puede afectar gravemente la forma de vida de los adultos (52).

Respecto al descanso y sueño la tabla nos muestra que el 33,3 % tienen un autocuidado parcialmente adecuado, 27,8 % tienen un autocuidado inadecuado, 25,0% son personas dependientes, y el 13,9% presentan un autocuidado adecuado; a través de su estudio Romero, I. En Lima 2021 difiere que el 46% presentan autocuidado adecuado, el 46% presentan autocuidado inadecuado, y el 8% un autocuidado parcialmente adecuado (43).

Los resultados se pueden deber a que en esta edad los adultos mayores tienden a que el sueño es más ligero que en las etapas anteriores por lo que tienen dificultad para conciliar el sueño, lo que mencionaron los adultos mayores fue que no tienen un autocuidado adecuado del sueño es porque tienen molestias o están enfermos, como también algunos tenían dolor de cabeza y vivían cerca de la carretera, lo cual los vehículos que pasan hacen mucho ruido, duermen en el día, lo que no permite tener un descanso adecuado. Para obtener un descanso adecuado lo mejor, es distribuir las diferentes actividades según intereses y preferencias como talleres de dibujo, pintura, costura, manualidades, canto y

baile, entre otras cosas; para mantenerlos activos y mejorar su capacidad funcional, al estar activo durante el día, evite las siestas durante el día para que el sueño sea largo, prolongado y no interrumpido por la noche; de esta forma, las personas mayores pueden obtener un descanso óptimo y reducir el riesgo de deterioro del rendimiento. A través de estas actividades y estrategias, los adultos mayores se sienten satisfechos de alguna manera, suficiente para su comodidad y sueño y alcance la capacidad funcional óptima.

Asimismo, Castiblanco, M. Fajardo, E. afirma que el ciclo sueño-vigilia del anciano se caracteriza por una disminución de la duración total del sueño nocturno, y un marcado aumento en la cantidad y duración de la vigilia. Sueño nocturno, progresión de la primera fase REM, disminuye durante el sueño de ondas lentas y aumenta con la somnolencia diurna y la fatiga. Parece que con la edad disminuye la capacidad de mantener el sueño, cuesta más dormir de forma ininterrumpida y disminuye la capacidad de mantener el estado de alerta, es decir, cuesta más mantenerse despierto. Es evidente que con la edad disminuye el tiempo que se pasa durmiendo y se mantiene estable o aumenta el tiempo que se pasa en la cama, por lo que la “eficiencia del sueño” es menor en los ancianos que en los adultos. Típicamente, los adultos duermen todas las horas que están postrados en cama, mientras que los ancianos pasan muchas horas despiertos (52).

Respecto a la higiene y confort: el 43,1% tiene un autocuidado parcialmente adecuado, el 31,9% tiene un autocuidado inadecuado, el 16,7 % son personas dependientes, y el 8,3% presenta un autocuidado adecuado. Romero, I. En Lima 2021 a través de su estudio difiere que el 88,0% presentan un autocuidado inadecuado, el 8% autocuidado adecuado y 0,4% autocuidado parcialmente adecuado (43).

Estos resultado se deben a que la mayoría de los adultos mayores son dependientes, además mencionaron que no tenían una higiene diaria (baño) porque en esta zona hacía mucho frío, no están acostumbrados a cepillarse los dientes diariamente, además algunos no pueden hacer estas actividades y no permiten que sus familiares lo ayuden, lo cual dificulta tener un autocuidado adecuado en su higiene, situación que es muy importante para que el adulto mayor se sienta en confort, con el pasar de los años el hábito de limpieza del cuerpo se pierde, debido a factores como la pérdida de masa muscular, que resulta en una menor capacidad de protección de la piel, generando cambios bruscos y severos de temperatura; esto hace que les resulte difícil asearse solos.

En este contexto, el personal de enfermería se encuentra ante la necesidad de buscar asesoramiento para modificar sus hábitos de vida relacionados con la higiene personal y el confort, que le brinden seguridad e independencia en estos cambios, de una manera paulatina hasta obtener resultados positivos; de esta forma los hábitos cambiarán y se integrarán en su vida diaria y la harán propia, en los casos en que los mayores no puedan satisfacer por sí solos estas necesidades, es importante proporcionarles baños de esponja, respetando su intimidad e independencia, contribuyendo así a evitar riesgos de infección que puedan afectar gravemente en su salud.

Castiblanco, M. Fajardo, E. afirma que el baño o la higiene en las personas mayores, no es una actividad cotidiana sin importancia, tiene efectos beneficiosos sobre la salud física y emocional. Los objetivos de la higiene en las personas mayores incluyen: Mantener la piel limpia y ayudar a mantener el bienestar físico y mental como actividad básica importante de la vida diaria (52).

Asimismo, para Boix, C. López, H. afirman que la higiene y confort es el conjunto de actividades dirigidas a proporcionar al aseo personal y comodidad del paciente; incluye los procedimientos de higiene y limpieza corporal y de mucosas externas; favoreciendo la salud general del adulto mayor (53).

Respecto, a la medicación manifiesta que el 43,1% tienen un autocuidado parcialmente adecuado y el 30,6% tienen un autocuidado adecuado, el 23,6% son personas dependientes, el 2,8% tienen un autocuidado inadecuado. Para Romero, I. En Lima 2021 en relación a su estudio difiere que el 56% presenta autocuidado adecuado, el 38% presenta autocuidado inadecuado y el 0,6% autocuidado parcialmente adecuado (43).

Estos datos encontrados se pueden deber a los adultos mayores se responsabilizan con su medicación y pueden controlarlos, cumplen estrictamente con su tratamiento, además consumen medicamentos que brinda un médico, no se automedican, esto debido que hay alguien que le indique sobre la medicación; pero también hay un porcentaje de los cuales no tienen una medicación adecuada y se automedican, no acuden al médico, eso hace que afecte su salud, los cuales son más vulnerables a sufrir otras enfermedades por automedicarse y no tengan un autocuidado adecuado, es necesario que una tercera persona sea la que oriente sobre su medicación ya que los adultos mayores tienen dificultad al

momento de ingerir su medición, pueden causarse daño en su salud y conllevar hasta la muerte.

Las personas mayores muchas veces no pueden cumplir con un control adecuado de los medicamentos, puesto que no pueden responsabilizarse por el tratamiento prescrito, y la falta de cumplimiento de los regímenes de tratamiento puede generar cambios y complicaciones en su salud, se debe enfatizar que este grupo de personas es más sensible a diferentes fármacos y dosis, por lo que la automedicación se considera un riesgo potencial para los adultos mayores.

Para poder tener un adecuado autocuidado con la medicación en el adulto mayor, es necesario modificar cambios en su pensamiento y actuación a través de estrategias para aumentar la conciencia sobre el impacto del incumplimiento y pueda seguir un régimen de tratamiento completo y consultar con el médico antes de tomar cualquier medicamento.

La supervisión de enfermería es otro punto clave de éxito en esta categoría, ya que los adultos mayores revisaron todas las estrategias y se responsabilizaron de su salud, así como también monitorean los efectos positivos que ha tenido en su salud y así mejorar la calidad de vida que cada una de estos muestran en su día a día.

Castiblanco, M. Fajardo, E. afirman que la medicación produce cambios como la disminución de la masa corporal, disminución del agua corporal, incremento de la grasa corporal, disminución de la función renal, disminución de la masa y flujo sanguíneo del hígado, influyen en el proceso de absorción, metabolismo, distribución y eliminación de los medicamentos en el organismo y deben ser considerados al momento de la administración de los mismos. Se ha podido establecer que las personas adultas mayores tienden a tomar más medicamentos por cuenta propia que una persona adulta, para aliviar sus molestias (automedicación), en contraste con el presente estudio en el que se evidencia una adecuada capacidad de autocuidado para la categoría de medicamentos (52).

Velania, A. Rivera, N. afirman que el adulto mayor tiene la capacidad y responsabilidad de seguir con su tratamiento establecido; por lo que debe estar claro con respecto a las indicaciones médicas, ya que cualquier mal entendimiento, puede producir efectos negativos en el proceso de conservar la salud (54).

Respecto al control de la salud, se tiene que el 41,7% tiene un autocuidado parcialmente adecuado, el 30,6% son personas dependientes, el 25% tienen un autocuidado inadecuado; y el 2,8% presenta un autocuidado adecuado; estos resultados difieren a los de Romero I en Lima 2021, donde el 46% presentan autocuidado inadecuado, el 44% autocuidado adecuado y el 10% autocuidado parcialmente adecuado (43).

Estos resultados se deben a que la mayoría de los adultos mayores no pueden responsabilizarse de su salud, controlar su peso y realizar chequeos que puedan evitar diversas enfermedades que afecten su salud, puesto que necesitan de ayuda por parte de una tercera persona y/o familiares para tener un autocuidado adecuado para controlar su salud y tener salud adecuada durante esta etapa final de sus vidas.

Al brindar conocimiento a las personas mayores, las empoderamos para que tomen decisiones de mejora y control de su salud, los involucramos en la planificación de la atención médica y las ayudamos a disfrutar de una mejor salud. Un enfoque más responsable para aceptar y contribuir a los problemas de salud, esto atrae más atención a su salud al mejorar la calidad del proceso de envejecimiento, por lo tanto, la importancia de los exámenes preventivos periódicos para identificar de manera urgente cualquier problema de salud, como implementar estrategias de promoción de la salud para garantizar la seguridad y confianza de los adultos mayores.

Ortiz, M. Ortiz, E. afirman que la comprensión de las relaciones salud y comportamiento en la vejez determina la existencia de los factores de riesgo, puesto que el cuidado de la salud implica cuidarlo a cada uno de ellos, para prevenir las enfermedades y mantener un buen estado de salud del adulto mayor, también se debe promover la adopción de hábitos de vida saludable para la detección, control y disminución de riesgos de presentar enfermedades crónicas no transmisibles. (55)

En cuanto a las adicciones o hábitos tóxicos tenemos el 100% de personas que tienen un autocuidado adecuado. Romero I. en Lima 202, difiere que el 96% presenta autocuidado inadecuado y el 0,4% autocuidado adecuado (43).

Datos probablemente se deban, a que la mayoría de los adultos mayores no tienen ninguna adicción a las bebidas alcohólicas, los cuales pueden mantenerse sin ningún problema sus hábitos tóxicos, eso es muy importante para poder contribuir y tener una comunidad, sin

hábitos y adicciones, lo que conlleva a que su calidad de vida sea adecuada y evitar las diversas enfermedades que pueden producir los malos hábitos tóxicos y adicciones.

Reducir los hábitos tóxicos de consumo de alcohol requiere en primer lugar un cambio de comportamiento, seguido de una correcta relación enfermera-paciente, apoyo emocional y comprensión en todo momento para quienes estén dispuestos a ayudarte a solucionar el problema. Esto, requiere priorizar un equipo de apoyo para que se orienten a cada uno de los adultos mayores, es preciso también fomentar e implementar actividades recreativas que ayuden a mejorar la calidad de vida de estos.

Castiblanco, M. Fajardo, E. refieren que en el envejecimiento los problemas emocionales incluyen cierta depresión y una alteración de la propia estima, a la cual se añaden las presiones sociales derivadas de la jubilación, la dependencia, la muerte de familiares y amigos, la pérdida de la seguridad económica, entre otras. Como se evidencia, existen suficientes condiciones inherentes a la vejez que son factores de riesgo de consumo de sustancias psicoactivas como intentos infructuosos de obtener bienestar (52).

Así mismo; Ramos, F. afirma que la protección de la salud de la población mediante la prevención y la reducción del consumo de adicciones (alcohol, tabaco y otras drogas) constituye una prioridad de salud pública; por lo que, la formulación y aplicación de políticas a todos los niveles, deben estar concertadas en intervenciones eficaces (56).

En los resultados de este estudio, se determinó que la mayoría de los adultos mayores de acuerdo a las dimensiones presentan un autocuidado inadecuado lo que quiere decir que la mayoría de estos dependen de una persona, las teorías aplicadas en la investigación se de acuerdo a las necesidades que presentan cada adulto mayor por parte de los agentes sociales, los profesionales de salud, familia y el cuidador en muchos casos, sería la de Nola Pender, la que sustenta en dos teorías.

Este modelo se adapta a la investigación, puesto que parte de experiencias individuales de los adultos mayores (conductas previas y factores personales) los cuales son determinantes de las cogniciones y afectos relacionados a la conducta y éstos dan como resultado una apropiada conducta promotora de la salud, es decir mantener un buen estado cognitivo y autocuidado, los cuales son esenciales para mejorar sus condiciones de vida. Por otro lado, este modelo es fundamental para los Licenciados en Enfermería, toda vez

que permite comprender los comportamientos del adulto mayor, y a su vez, orienta hacia la generación de conductas saludables (44).

La teoría de aprendizaje social (Albert Bandura), establece 4 requisitos que interviene en el aprendizaje y el comportamiento: Atención, retención, reproducción y motivación, esta teoría se aplicaría para la dimensión de actividad física mediante la motivación, para controlar su salud mediante la atención, la alimentación, descanso y sueño, higiene y confort, adicciones o hábitos tóxicos, eliminación mediante la retención control de esfínteres ya que en esta edad el adulto mayor es más vulnerable a padecer de diversas enfermedades y si no intervenimos de una forma oportuna; mientras que el modelo de valoración de expectativas de la motivación humana (Feather), establece que el componente motivacional clave para conseguir un logro lo cual es muy importante que los adultos mayores hayan cumplido con todo lo propuesto (44).

Tabla 05: Relación entre el estado cognitivo y el autocuidado en el adulto mayor que acude al puesto de salud Cuyumalca-Chota 2021

Autocuidado	Estado cognitivo								Total	
	Normal		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo severo		N°	%
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%		
Autocuidado adecuado	0	0,0	2	100,0	0	0,0	0	0,0	2	100,0
Autocuidado parcialmente adecuado	4	57,1	3	42,9	0	0,0	0	0,0	7	100,0
Autocuidado inadecuado	13	31,0	29	69,0	0	0,0	0	0,0	42	100,0
Sin capacidad de autocuidado	0	0,0	4	80,0	1	20,0	0	0,0	5	100,0
Con déficit de autocuidado total	0	0,0	8	50,0	8	50,0	0	0,0	16	100,0
Total									72	100,0

En la tabla 5, nos muestra la prueba de hipótesis entre el deterioro cognitivo y autocuidado en los adultos mayores que acuden al puesto de salud Cuyumalca; en la cual se tiene lo siguiente: Personas con autocuidado adecuado el (100,0%) presentan un deterioro cognitivo leve, personas con autocuidado parcialmente adecuado el (57,1%) presentan un estado cognitivo normal y el (42,9%) presentan deterioro cognitivo leve; personas con autocuidado inadecuado el (31,0%) presentan un estado cognitivo normal, el (69,0%) presentan un deterioro cognitivo leve, adulto mayores sin capacidad de autocuidado el (80,0%) presenta un deterioro cognitivo leve y el (20,0%) presenta un deterioro cognitivo moderado; adultos mayores con déficit de autocuidado total el (50,0%) presenta deterioro cognitivo leve y el (50,0%) presenta un deterioro cognitivo moderado, este estudio tiene similitud al estudio de Basilio K. (Huánuco 2017) Resultados: el 52,1% de evaluados no tuvieron deterioro cognitivo, mientras que el 39,6% presentaron deterioro cognitivo leve y 8,3% deterioro cognitivo moderado; en cuanto a la variable autocuidado, el 68,8% tuvieron autocuidado adecuado y el 31,2% autocuidado inadecuado, estudio de enfoque cuantitativo de nivel relacional (36).

Al analizar la relación entre autocuidado y el estado cognitivo de los adultos mayores que acuden al puesto de salud de Cuyumalca chota 2021, mediante la prueba chi-cuadrado de

Pearson, se encontró que el valor es de 36.0072 y un (p 0,000); se concluye que la relación es significativa entre estas dos variables, esto permitió rechazar la hipótesis nula y aceptar la hipótesis alternativa, es decir existe evidencia suficiente para afirmar que si existe una relación significativa entre “el autocuidado y el estado cognitivo de los adultos mayores”

Del mismo modo, los adultos mayores con autocuidado parcialmente adecuado también alcanzan un estado cognitivo normal y deterioro cognitivo leve; también los adultos mayores que presentan autocuidado inadecuado, presentan un estado cognitivo normal y deterioro cognitivo leve; para el autocuidado sin capacidad del mismo los adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve y deterioro cognitivo moderado y para el déficit de autocuidado total, presenta un deterioro cognitivo leve y un moderado respectivamente. Se sugiere que las familias de los adultos mayores, deben mejorar en las 8 dimensiones que se han propuesto para mejorar tanto en su autocuidado y estado cognitivo y así poder mejorar la calidad de vida de estos.

Como resultados del estudio surgieron con características especiales relacionadas con el autocuidado y estado cognitivo, lo que ayuda a distinguirlos de los demás. Los procedimientos utilizados, que estudian diferentes poblaciones con diferentes factores que influyen en los eventos psicológicos, sociales y culturales, los cuales parecen mostrar resultados similares en algunos eventos y diferentes en otro, se han informado en encuestas realizadas y pueden ser útiles para otros estudios.

Es conveniente mencionar que los resultados encontrados en este estudio deben ser válidos para la comunidad Cuyumalca y provincia de Chota, región Cajamarca y centro de salud de dicho centro poblado en adultos mayores; no siendo inferenciales a otros grupos poblaciones; por lo que se recomienda que se continúen realizando este tipo de investigaciones en poblaciones y grupos etarios de mayor tamaño muestral y diseños más complejos que permitan establecer la situación real de esta problemática del adulto mayor en la región Cajamarca.

De acuerdo a la relación encontrada entre estas dos variables estos datos probablemente se hayan dado porque la mayoría de adultos mayores presentan deterioro cognitivo leve, moderado en relación con autocuidado inadecuado, sin capacidad de autocuidado y déficit total de autocuidado, lo que hace que tenga una relación directa entre estas dos variables

puesto que, si el adulto mayor tiene un deterioro cognitivo leve, moderado o severo es porque el adulto mayor tiene un autocuidado inadecuado, el cual si no es corregido a tiempo puede traer una serie de complicaciones, como enfermedades crónicas degenerativas, y puede pasar de un deterioro cognitivo leve a un severo lo que es muy perjudicial para que el adulto mayor pueda llevar una vida tranquila en su última etapa de vida, por lo que este estudio servirá como antecedente para que los profesionales de salud, los agentes sociales, familias del centro poblado le tomen en cuenta, debido a que el adulto mayor es una persona vulnerable a los diferentes cambios que pueda ocurrir, a nivel familiar dentro de la sociedad, para poder mejorar la calidad de vida de cada uno de estos, mediante la implementación de estrategias de salud para reducir el riesgo de deterioro cognitivo y mejorar el autocuidado en el adulto mayor.

CONCLUSIONES

A partir de los objetivos planteados y los resultados obtenidos en el presente estudio se plantean las siguientes conclusiones:

1. Las características sociales y demográficas de los adultos mayores son: Más de la mitad mujeres y el resto son hombres. Las tres cuartas partes oscilan entre 60 y 89 años de edad y lo restante entre 90 a 99 años. En su mayoría son casados, lo restante son solteros; con grado de instrucción: Ilustrados y primaria incompleta más de la mitad de ellos. Son amas de casa más de la mitad y menos de la mitad son agricultores. Y la mayoría tienen una percepción saludable y el resto no es saludable.
2. Respecto al grado de deterioro cognitivo en el adulto mayor atendido en el puesto de salud Cuyumalca – Chota, 2021, más de la mitad de los adultos mayores tiene un deterioro cognitivo leve, la décima parte presentan un deterioro cognitivo moderado y lo restante tienen un estado cognitivo normal.
3. Referente al autocuidado en los adultos mayores que acuden al puesto de salud de Cuyumalca más de las tres cuartas partes presentan incapacidad para su autocuidado y los restantes se encuentran en los rangos de un autocuidado normal.
4. De acuerdo a las dimensiones del adulto mayor que acude al centro de salud Cuyumalca en su mayoría presentan un autocuidado parcialmente adecuado, seguido de un autocuidado inadecuado, son dependientes y un porcentaje menor presenta un autocuidado adecuado para todas sus dimensiones.
5. Se concluye que el deterioro cognitivo y el autocuidado en el estudio tiene una relación significativa entre estas dos variables, la cual se determinó la prueba chi-cuadrado de Pearson, con un valor ($p=0,000$).

RECOMENDACIONES

1. A los docentes de la Escuela Académico Profesional de Enfermería

- ✓ A los docentes de la universidad nacional de Cajamarca específicamente del área de salud mental los cuales deben incentivar la investigación sobre los problemas psicológicos del adulto mayor en la provincia de chota, específicamente en el centro poblado Cuyumalca.

2. Al puesto de salud de Cuyumalca

- ✓ Se recomienda brindar capacitación continua y profundizar las actividades de prevención y promover la importancia de la actividad física y la educación permanente sobre alimentación, eliminación, descanso y sueño, higiene y confort, medicación, control de la salud y adicciones o hábitos tóxicos hacia los adultos mayores con un autocuidado inadecuado, utilizando los métodos y estrategias más eficaces, apto para personas adultas mayores para aprender y practicar los conocimientos impartidos.

3. A los agentes de salud del centro poblado de Cuyumalca

- ✓ Planificar y realizar reuniones con las familias de los adultos mayores para que puedan comprender el proceso de envejecimiento, la importancia de sus vivencias y una base estratégica para su cuidado individual.
- ✓ Involucrar con éxito a los líderes de la comunidad para promover activamente el autocuidado para un envejecimiento saludable y una vejes satisfactoria.

4. A los familiares de los pacientes adultos mayores

- ✓ Cuidar activamente la salud de los adultos mayores, verificar las necesidades y problemas de salud que presentan, mejorando los servicios básicos de las viviendas, brindar una calidad de vida del adulto mayor dentro del hogar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [En línea]. Ginebra - Suiza, 2018. [consultado 30 mayo del 2021]. Disponible/ en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud#:~:text=Desde%20un%20punto%20de%20vista,y%20finalmente%20a%20la%20muerte.>
2. Arizaga, R. Deterioro cognitivo y demencias en argentina. Polemos. [En línea]. Argentina, 2012. [consultado 22 abril del 2022]. Disponible/ en URL: <https://www.casadellibro.com/libro-deterioro-cognitivo-y-demencias/9789876490337/1974848>
3. Leitón, Z. Ordoñez Y. Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales. [En línea]. Lima, 2003. [consultado 22 abril del 2022]. Disponible/ en URL: <idoc.pub/documents/manual-de-autocuidado-del-adulto-mayor-1d47zvqezdn2>.
4. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Tendencias de la salud en las Américas. [En línea]. Ginebra - Suiza, 2019. [consultado acceso 31 mayo del 2021]. Disponible/ en URL: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/51543/9789275321287_spa.pdf?sequence=7&isAllowed=y
5. Minsalud. Envejecimiento y vejez. [En línea]. Bogotá - Colombia, 2019. [consultado 30 mayo del 2021]. Disponible/ en URL: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.
6. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [en línea]. Ginebra- Suiza. [consultado 01 junio del 2021]. Disponible/ en URL: <https://www.who.int/topics/dementia/es/#:~:text=La%20demencia%20es%20un%20s%C3%ADndrome,una%20consecuencia%20del%20envejecimiento%20normal.>
7. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Ciclo de vida. Datos interesantes acerca del envejecimiento. [en línea]. Ginebra- Suiza. [consultado 30 mayo del 2021]. Disponible/ en URL: <https://www.who.int/ageing/about/facts/es/#:~:text=La%20poblaci%C3%B3n%20mundial%20est%C3%A1%20envejeciendo,el%20transcurso%20de%20medio%20siglo.>
8. Organización Mundial de la Salud. La prevalencia de la demencia y el deterioro cognitivo en las personas mayores en el África subsahariana: una revisión sistemática. Volumen 91, Número 10. [En línea]. Ginebra- Suiza, 2013. [consultado 30 mayo del 2021]. Pg. 717-796. Disponible en URL: <https://www.who.int/bulletin/volumes/91/10/13-118422-ab/es/>

9. Vega, T. Miralles, M. Mangas, J. Castrillejo, D. Rivas, A. Gil, M. et al. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. Elsevier. [En línea]. España, 2016. [consultado 30 mayo del 2021]. Disponible en URL: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-295-avance-resumen-prevalenciadeterioro-cognitivo-espana-estudio-S0213485316302171>.

10. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. [En línea]. Ginebra - Suiza, 2020. [consultado 22 julio del 2021]. Disponible en URL: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

11. Flores, Y. Gelves, M. Porto, M. Estado cognitivo de adultos mayores latinoamericanos y del caribe durante el confinamiento por la pandemia del Covid19. [En línea]. Universidad de la Costa. Colombia, 2020. [consultado 22 julio del 2021]. Disponible en URL: <https://repositorio.cuc.edu.co/handle/11323/7086>.

12. Bartoloni, L. Deterioro cognitivo. Rev. Diagnosis, Publicación Científica de Fundación PROSAM. [En línea]. Argentina, 2019. [consultado 30 mayo del 2021]. Disponible en URL: <https://www.revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/227>.

13. Camargo, K. Laguado, E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. [Internet]. Colombia, 2017. [consultado 30 mayo del 2021]. Disponible/ en URL: Grado de deterioro cognitivo en adultos mayores.pdf (ucc.edu.co).

14. Ministerio de Salud. Adultos mayores con demencia presentan mayor dificultad para afrontar la nueva convivencia por COVID-19. [En línea]. Lima - Perú, 2020. [consultado 22 julio del 2021]. Disponible en URL: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/303265-adultos-mayores-condemencia-presentan-mayor-dificultad-para-afrontar-la-nueva-convivencia-por-covid19>

15. Chávez, J. Camarena, E. Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten al CAP III Luis Negreiros Vega-Callao. [En línea]. Lima, Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2018. Disponible en URL: http://repositorio.uigv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.11818/2950/TESIS_Jessica%20Elizabeth%20Ch%C3%A1vez%20%20C3%81ngeles.pdf?sequence=2

16. Bobadilla, L. Del Águila, B. Valoración del estado cognitivo-afectivo en asistentes al centro del adulto mayor EsSalud en Chiclayo del 2018. [En línea]. Chiclayo, Perú: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Disponible en URL: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2386/1/TL_BobadillaUbillusLucia_DelAguilaAnguloBilly.pdf

17. Rodríguez, G. Demencia senil y depresión en adultos mayores, casa hogar arzobispo Grosso – Cajamarca, 2017. [En línea]. Cajamarca, Perú: Universidad San Pedro 2019. Disponible en URL: http://repositorio.usanpedro.edu.pe/bitstream/handle/USANPEDRO/13740/Tesis_62_708.pdf?sequence=1&isAllowed=y

18. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud.[En línea]. Ginebra- Suiza, 2015. [consultado 01 junio del 2021]. Disponible en URL: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf?sequence=1

19. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. El cuidado del Adulto Mayor en la atención primaria en salud en tiempos de COVID [En línea]. Ginebra- Suiza, 2021. [consultado 02 junio del 2021]. Disponible en URL: <file:///C:/Users/accer/Downloads/El%20cuidado%20del%20adulto%20mayor%20en%20la%20atencion%20primaria%20en%20salud%20en%20tiempos%20de%20covid-19.pdf>

20. Osakidetza. Envejecimiento en Europa: una mirada a las personas mayores. [En línea]. Estados Unidos, 2020. [consultado 02 junio del 2021]. Disponible en URL: <https://www.osakidetza.euskadi.eus/noticia/2020/envejecimiento-eneuropa-una-mirada-a-las-personas-mayores/ab84-oskcon/es/>.

21. Loredó, M. Gallegos, R. Xequé, A. Palomé, G. Juárez, A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Rev. Elsevier. [En línea]. México, 2016. [consultado 02 junio del 2021]. Disponible en URL: <https://www.elsevier.es/es/revista-enfermeria-universitaria-400-articulo-nivel-dependencia-autocuidado-calidad-vida-S1665706316300197>

22. Banco Internacional de Desarrollo. Panorama de envejecimiento y dependencia en América Latina y el Caribe. [En línea]. Washington - Estados Unidos, 2018. [consultado 02 junio del 2021]. Disponible en URL: <https://fiapam.org/wpcontent/uploads/2019/03/Panorama-de-envejecimiento-y-dependencia-en-AmericaLatina-y-el-Caribe.pdf>

23. Castiblanco, M. Fajardo, E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. 33 (1). [En línea]. Colombia, 2017. [consultado 01 junio del 2021]. Pg. 58-65. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.co/pdf/sun/v33n1/2011-7531-sun-33-01-00058.pdf>

24. Cabanillas, K. Capacidad funcional y su relación con el autocuidado de la salud del adulto mayor en un centro de salud de Independencia, Lima, 2019. [Tesis de Título]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. [En línea]. Lima, 2019. [consultado 05 de julio del 2021]. Disponible en URL: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10345/Cabanillas_k.pdf?sequence=3&isAllowed=y

25. Muñoz, Y. Chujandama, G. Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del AA. HH Satélite Banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018 [En línea]. Tarapoto, Perú: Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, 2019. Disponible en URL: <http://repositorio.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3422/ENFERMERIA%20%20Yashmin%20Mu%c3%b1oz%20Marichin%20%26%20Gloria%20Estefani%20>
26. Pérez, S. Saucedo, K. Nivel de estrés y autocuidado del adulto mayor de familiadisfuncional de la comunidad urbanomarginal San Juan de Dios, del Distrito de Chimbote, 2017. [En línea]. Chimbote, Perú: Universidad Nacional del Santa; 2018. Disponible en URL: [http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3126/47249.pdf?sequence=1&is Allowed=y](http://repositorio.uns.edu.pe/bitstream/handle/UNS/3126/47249.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
27. Condemarín, L. Evangelista, A. Benavides, Y. Nivel de autocuidado de los adultos mayores atendidos en el programa del “adulto mayor” del Centro de Salud de José Leonardo Ortiz. Febrero, 2015. [En línea]. Chiclayo, 2015. [consultado 02 junio del 2021]. Disponible en URL: [file:///C:/Users/accer/Downloads/202-Texto%20del%20art%C3%ADculo-798-1-10-20151115%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/accer/Downloads/202-Texto%20del%20art%C3%ADculo-798-1-10-20151115%20(1).pdf)
28. Calva, Y. Características sociodemográficas y el nivel de conocimiento acerca del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus. Hospital General de Jaén, 2016. [En línea]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Disponible en URL: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4122/Tesis%20Yessica%20Cal va.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4122/Tesis%20Yessica%20Calva.pdf?sequence=1&isAllowed=y).
29. Calva Y. Características sociodemográficas y el nivel de conocimiento acerca del autocuidado en pacientes con diabetes mellitus. Hospital General de Jaén, 2016. [Tesis de Licenciatura]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2018. Disponible en: [https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4122/Tesis%20Yessica%20Cal va.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/UNC/4122/Tesis%20Yessica%20Calva.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
30. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [En línea]. Perú, 2006. [consultado 02 junio del 2021]. Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
31. Ministerio de Salud: Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. [En línea]. Perú, 2013. [consultado 02 junio del 2021]. Disponible en URL: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/archivos/planpam3.pdf>.
32. Marines, L. Daniani, C. Rosane, K. Hildebrandt, L. Capacidad funcional y nivel cognitivode adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Rev. Enferm. glob. vol.14 no.37. [En línea]. Brasil, 2016. [consultado 07 de julio del 2021]. Disponible en URL: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/clinica1.pdf>

33. Becerra, J. Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor 2017. [Tesis de Grado]. Universidad Técnica de Ambato facultad de ciencias de la salud carrera de psicología clínica. [En línea]. Ambato – Ecuador, 2017. [consultado 25 de junio del 2022]. Disponible en URL: <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
34. Hernández, E. Lewis, A. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado en Adultos mayores, Policlínico “Leonilda Tamayo Matos”. Isla de la Juventud. 2016-2017”. Rev. Médica Isla de la Juventud. [En línea]. Cuba, 2017. [consultado 05 julio del 2021]. Disponible en URL: <http://www.remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/196/314>
35. Alvares, M. Ávila. C, Deterioro cognitivo y actividades de la vida diaria en adultos mayores del centro geriátrico hogar Cristo Rey [En línea]. Cuenca - Ecuador, 2022. [consultado 25 de junio del 2022]. Disponible/ en URL: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11603/5/17133.pdf>
36. Basilio, K. Chávez, C. Llanos, L. Deterioro cognitivo y su relación con el autocuidado en Adultos Mayores hipertensos, centro de Salud Patracancha, Huánuco 2017. [En línea]. Huánuco, Perú: Universidad Nacional Hermilio Valdizán; 2017. Disponible en URL: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNHE_936cbbb1ab5489f4b19b1ce577d94d6b/Description#tabnav
37. Pardavé, F. Capacidad de autocuidado y percepción del estado de salud del adulto mayor de la localidad de santa maría del valle [En línea]. Huánuco, Perú 2017: Universidad de Huánuco. [consultado 25 de abril del 2021]. Disponible en URL: [T_047_46824428_T.pdf](http://udh.edu.pe/T_047_46824428_T.pdf) (udh.edu.pe)
38. Muñoz, Y. Chujandama G. Trastornos emocionales y su relación con autocuidado en el adulto mayor del AA. HH satélite banda de Shilcayo. julio - diciembre 2018 [En línea]. Tarapoto – Perú: Universidad Nacional de San Martín; 2019. Disponible en URL: <https://tesis.unsm.edu.pe/bitstream/handle/11458/3422/ENFERMERIA%2020Ya%20shmin%20Mu%C3%B1oz%20Marichin%2026%20Gloria%20Estefani%20Chujandama%20Mego.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
39. 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. [En línea]. Lima, Perú: Universidad Norbert Wiener; 2018. Disponible en URL: http://200.37.135.58/bitstream/handle/123456789/130/T_047_46824428_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y
40. Cabanillas, K. Capacidad funcional y su relación con el autocuidado de la salud del adulto mayor en un centro de salud de Independencia, Lima, 2019 [En línea]. Lima – Perú: Universidad Mayor de San Marcos; 2019. Disponible en URL: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/10345/Cabanillas_ck.pdf?sequence=3&isAllowed=y

41. Torres, O. Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en adultos mayores con hipertensión arterial. centro de salud morro solar – jaén, 2018. [En línea]. Jaén-Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2019. Disponible en URL: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/2914/rocio%20torres.pdf?sequence=5&isAllowed=y>
42. Fernández, W. Capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E. Bernal Comas año 2019. [En línea]. Lima, Perú: Universidad César Vallejos; 2021. Disponible en URL: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60641/Fernandez_AW_A-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
43. Romero, I. Capacidad de autocuidado del adulto mayor del programa integral nacional para el bienestar familiar – octubre 2020. [En línea]. Lima-Perú: Universidad San Martín de Porres; 2021. Disponible en URL: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/7431/Romero%200_%20YTY.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Pender, N. Pender, A. Illness prevention and health promotion services provided by nurse practitioners: predicting potential consumers. *Am J Public Health* [En línea]. 1980. [consultado 25 de abril del 2021]; 70(8):[798-803]. Disponible en URL: <http://1.usa.gov/xPja5I>
45. Aristizábal, G. Blanco, D. Sánchez, A. Ostiguín, R. El modelo de promoción de la salud de Nola Pender. *Enfermería Universitaria ENEO-UNAM*. Vol. 8. No. 4. [En línea]. 2011. [consultado 25 de abril del 2021]. Disponible en URL: <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n4/v8n4a3.pdf>.
46. Guillén, F. Pérez, J. Petidier, R. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. 2º edición. [En línea]. España, 2005 [consultado 23 de abril 2021] Disponible en URL: [Síndromes Y Cuidados En El Paciente Geriátrico - F. Guillén, J. Pérez, R. Petidier - 2º\[d4775q7k9d42\] \(idoc.pub\)](#).
47. Montenegro, M. Montejo, P. Llanero, M. Reinoso, A. Evaluación y diagnóstico del deterioro cognitivo leve. *Revista de Logopedia, Foniatría y Audiología* [En línea]. 2012 [consultado 23 de abril 2021]; 32:47 - 56. Disponible en URL: https://www.researchgate.net/publication/257062821_Evaluacion_y_diagnostico_del_deterioro_cognitivo_leve.
48. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Autocuidado de la salud para las personas adultas mayores de zona rural: Manual para profesionales, técnicos y promotores de la salud. [En línea]. Lima - Perú, 2010. [consultado 09 junio del 2021]. Disponible en URL: <https://fiapam.org/wp-content/uploads/2014/07/Autocuidado- MINDES.pdf>
49. Ministerio de Salud. Autocuidado de la salud para el adulto mayor: Manual de información para profesionales. [En línea]. Lima - Perú, 2003. [consultado 09 junio del 2021]. Disponible en URL: <https://es.slideshare.net/sonita1801/manual->

deinformacion-para-profesionales-autocuidado-de-la-salud-para-el-adulto-mayor.

50. Santana, C. Bello, D. Del Toro, M. Santana, L. Valdés, V. Influencia del ejercicio físico desde los circuitos de abuelos en senescentes diabéticos. [En línea]. 2012; 16 (3). [consultado 10 junio del 2021]. Pág. 166 – 168. Disponible en URL: <https://www.efdeportes.com/efd166/ejercicio-fisico-en-senescentesdiabeticos.htm>
51. Ofman, S. Pereyra, C. Autocuidado en pacientes hipertensos esenciales en tratamiento. [En línea]. Bol Psicol 2013; 108 (24): 91 – 93. Disponible en URL: <https://www.uv.es/seoane/boletin/previos/N108-6.pdf>
52. Castiblanco, M. Fajardo, E. Capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor del programa Centro día/vida, Ibagué, Colombia. Revista Salud Uninorte, vol. 33, núm. 1, 2017; 16 (3). [En línea]. Colombia, 2017 [consultado 02 febrero del 2022]. Disponible en URL: <https://www.redalyc.org/journal/817/81751405008/html/>
53. Boix, C. López, H. García, D. Villena, A. Párraga, I. Trastornos del sueño y condiciones ambientales en mayores de 65 años. Aten Prim [En línea]. 2009; 4 (10): 564 – 569. [consultado 11 de junio del 2021]. Disponible en URL: <http://www.zl.elsevier.es/es/revista/atencion-primaria27/trastornossue%C3%B1ocondiciones-ambientales-mayores-65a%C3%B1os13141679-originales-2009>.
54. Velandia, A. Rivera, N. Agencia de autocuidado y adherencia al tratamiento en personas con factores de riesgo cardiovascular. [En línea]. Rev. Salud Pública 2009; 11 (4): 538 – 543. Disponible en URL: SciELO - Salud Pública - Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular Agencia de Autocuidado y Adherencia al Tratamiento en Personas con Factores de Riesgo Cardiovascular (scielosp.org).
55. Ortiz M, Ortiz E, Gatica A, Gómez D. Factores psicosociales asociados a la adherencia al tratamiento de la diabetes mellitus tipo 2. Ter Psicol [En línea]. 2011. [consultado 11 de junio del 2021]. Disponible en URL: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S07184808201100001&Ing=s&nrm=iso.ISSN0718.
56. Ramos, F. La salud y calidad de vida en las personas mayores. [En línea]. Salamanca -España, 2000. [consultado 12 junio del 2021]. Disponible en URL: <file:///C:/Users/accer/Downloads/DialnetSaludYCalidadDeVidaEnLasPersonasMayores-743587.pdf>
57. Organización Mundial de la Salud. Estrategia mundial para reducir el uso nocivo del alcohol. [En línea]. Ginebra - Suiza, 2010. [consultado 12 junio del 2021]. Disponible en URL: https://www.who.int/substance_abuse/activities/msbalcstrategies.pdf

- 58.** Ministerio de Salud. Cuidado y autocuidado de la salud: Personas adultas mayores. [En línea]. Lima - Perú, 2009. [consultado 09 junio del 2021]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/02/1021572/rotafolio.pdf>
- 59.** Ministerio de Salud. Cuidado y autocuidado de la salud de las personas adultas mayores. [En línea]. Lima - Perú, 2020. [consultado 10 junio del 2021]. Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/5178.pdf>
- 60.** Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social. Promoción de la salud y el autocuidado de las personas adultas mayores. [En línea]. Lima - Perú, 2008. [consultado 09 junio del 2021]. Disponible en URL: <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/cartillas/cartilla2.pdf>
- 61.** Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y vejez [En línea]. Bogotá, Colombia: Ministerio de Salud y Protección Social; 2021 [consultado 29 de abril 2021]. Disponible en URL: <https://www.minsalud.gov.co/proteccion-social/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx>.
- 62.** Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor [En línea]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [consultado 29 de abril 2021]. Disponible en URL: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
- 63.** Gobierno del Perú. Ley N. 30947 de la salud mental. [En línea]. Lima- Perú, 2019. [consultado 26 julio 2021]. Disponible en URL: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-salud-mental-ley-n-309471772004-1/>.
- 64.** Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Perfil Sociodemográfico, informe nacional: Censos Nacionales 2017: XII de Población, VII de Vivienda y III de Comunidades Indígenas [En línea]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2018 [consultado 03 setiembre del 2021]. Disponible en URL: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1433/index.html
- 65.** Hernández R, Fernández C, Batista M. Metodología de la investigación 6a ed. [En línea]. México: MC Graw Hill; 2018. [consultado 08 de setiembre del 2021]. Disponible en URL: https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf.
- 66.** Municipalidad Provincial de Chota, Ubicación Geográfica. [En línea]. Chota, Perú: Municipalidad provincial de Chota; 2018 [Consultado 06 de mayo 2021]. Disponible en URL: <http://www.munichota.gob.pe/ubicacion-geografica>.
- 67.** Ministerio de Salud. Salud: establecimientos de salud. [En línea]. Lima, Perú: Ministerio de Salud. [Consultado 12 de junio 2021]. Disponible en URL:

<https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimientos-de-salud-gbno-regionalminsa/cuyumalca-chota-263>.

68. Millán, I. Evaluación de la capacidad y percepción de autocuidado del adulto mayor en la comunidad. En *Revista cubana de Enfermería*, 26 (4), 222-234. [En línea]. Cuba, 2010. [Consultado 12 de junio 2021]. Disponible en URL: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192010000400007
69. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo. Principios de ética, bioética y conocimientos del hombre. Primera edición. [En línea]. México; 2011. [Consultado 27 de junio 2021]. Disponible en URL: https://www.uaeh.edu.mx/investigacion/productos/4821/libro_principios_de_etica.pdf.
70. Organización Mundial de la Salud. La salud mental en los adultos mayores. [En línea]. Ginebra- Suiza. [consultado el 12 diciembre del 2021]. Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
71. Razo, G. Díaz, C. López, G. Percepción del estado de salud y la calidad de vida en personas jóvenes, maduras y mayores. *Rev. CONAMED*;23(2):58-65. [En línea]. México, 2018. [Consultado 02 de febrero 2022]. Disponible en URL: <https://www.medigraphic.com/pdfs/conamed/con-2018/con182b.pdf>
72. Organización Mundial de la Salud. Actividad física [En línea]. Ginebra- Suiza. [consultado el 12 de diciembre del 2021]. Disponible en URL: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
73. Echevarría, J. Solano, E. Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019, [En línea]. Huancayo, Perú: Universidad Peruana de los Andes; [consultado 01 de febrero del 2022]; 2019 Disponible en URL: [TESISFINAL.pdf \(upla.edu.pe\)](#).
74. Saldaña, H. Nivel de autoestima del adulto mayor y su relación con los factores biosociales – chota, 2015. [En línea]. Chota, Perú: Universidad nacional de Cajamarca; [consultado 01 de febrero del 2022]. Disponible en URL: [tesis terminada.pdf\(unc.edu.pe\)](#).

ANEXOS

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TÍTULO DE LA INVESTIGACIÓN

“DETERIORO COGNITIVO Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA – CHOTA, 2021”.

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre deterioro cognitivo y el autocuidado en el adulto mayor atendido en el centro de salud Cuyumalca – Chota, 2021.

Yo, identificada con DNI N°....., luego de conocer el propósito de la investigación detallada por la Bachiller en Enfermería Lucy Magaly Bautista Guevara, acepto brindar la información que solicita de manera personal, teniendo en cuenta que será confidencial y que mi identidad no será revelada.

En tal sentido, manifiesto que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, en merito a ello firmo el presente documento.

Cuyumalca.....de.....del 2021.

.....
Firma o huella

ANEXO N° 02

CUESTIONARIO ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)

DATOS GENERALES

Fecha:

Nombre y apellidos.....

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)	
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es el número telefónico? Si no tuviera ¿cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Dígame cuál es el nombre del presidente del Perú?	
¿Dígame cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta.	

Valoración cognitiva

- Normal ()
- Deterioro cognitivo leve ()
- Deterioro cognitivo moderado ()
- Deterioro cognitivo severo ()

Nota: Colocar un punto por cada error, a las personas con primaria incompletas y analfabetas restar un punto a la suma total.

- ✓ Normal: ≥ 2 errores
- ✓ Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores
- ✓ Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores
- ✓ Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores

ANEXO N° 03

Test de CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor (Autor: Millán, IE, 2010)

Estimado señor (a): La presente encuesta se hace con el objetivo de realizar una investigación para medir la capacidad de autocuidado en los adultos mayores, en aras de realizar intervenciones futuras para modificar y mejorar su estado de salud, por lo que necesitamos su cooperación y sinceridad en las respuestas; los datos obtenidos serán confidenciales; expresándole nuestro agradecimiento por su colaboración.

I. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad:

- a) 60 a 74 años (0)
- b) 75 a 89 años (1)
- c) 90 a 99 años (2)
- d) \geq 100 años (3)

2. Sexo:

- a) Hombre (0)
- b) Mujer (1)

3. Ocupación

- a) Ama de casa (0)
- b) Agricultor (2)
- c) Comerciante (3)
- d) Otros (4)

4. Grado de instrucción

- a) Iltrado (0)
- b) Primaria completa (1)
- c) Primaria incompleta (2)
- d) Secundaria completa (3)
- e) Secundaria incompleta (4)
- f) Superior universitaria (5)
- g) Superior no universitaria (6)

5. Estado civil

- a) Soltero/a (0)
- b) Casado/a (1)
- c) Divorciado/a (2)
- d) Viudo/a (3)

6. ¿Como usted percibe o considera su estado de salud?

- a) Saludable (0)
- b) No saludable (1)

II. Test de CYPAC-AM (Capacidad y Percepción de Autocuidado del Adulto Mayor)

N°	CATEGORÍA	SI	A VECES	NO
A.	Actividad física			
1.	Puede movilizarse sin ayuda			
2.	Participa en el círculo de abuelos			
3.	Practica ejercicios físicos sistemáticamente (nadar, correr, montar bicicleta, asistir al gimnasio u otros)			
4.	Camina 10 cuadras (1km) diario y/o sube escaleras			
B.	Alimentación			
1.	Prepara sus alimentos y/o se alimenta sin ayuda			
2.	Tiene establecido un horario fijo para comer			
3.	Prefiere los alimentos sancochados que fritos			
4.	Ingiera la dieta indicada, aunque no le guste			
C.	Eliminación			
1.	Puede controlar sus esfínteres y eliminar sin ayuda			
2.	Tiene un patrón intestinal diario con horario regular			
3.	Tiene como hábito observar sus deposiciones			
4.	Tiene como hábito ingerir agua entre las comidas (más de 6 vasos al día comenzando por la mañana al levantarse)			
D.	Descanso y sueño			
1.	Puede controlar su período de descanso y sueño			
2.	Tiene hábito de descanso sin dormir después de comer			
3.	Tiene el hábito de irse a la cama a un horario fijo			
4.	Procura dormir las horas necesarias diarias (5 horas diariamente sin necesidad de medicamentos)			
E.	Higiene y confort			
1.	Puede mantener su higiene y confort sin ayuda			
2.	Se baña diariamente, y a un horario establecido			
3.	Acostumbra bañarse con agua tibia			
4.	Usa una toallita independiente para secarse los pies			
F.	Medicación			
1.	Se responsabiliza con su medicación y puede controlarla			
2.	Cumple estrictamente con el tratamiento indicado			
3.	Solo toma medicamentos que le indica su médico			
5.	Si necesita algún medicamento lo consulta primero			
G.	Control de salud			
1.	Tiene control y puede responsabilizarse con su salud			
2.	Controla su peso o sabe cuánto debe pesar			
3.	Conoce la frecuencia de sus consultas y asiste a ellas			
4.	Se realiza autochequeos periódicos en la casa (autoexamen de mamas, control de glucosa, inspección de piel y de la boca, medición de temperatura)			
H.	Adicciones o hábitos tóxicos			
1.	Puede mantenerse sin ningún hábito tóxico			
2.	Puede controlar la cantidad del tóxico que consume			
3.	Tiene un hábito tóxico, pero intenta deshacerse de él			
4.	Tiene más de un hábito, pero intenta dejarlos			

Valoración cognitiva

- Autocuidado adecuado
- Autocuidado parcialmente adecuado
- Autocuidado inadecuado
- Sin capacidad de autocuidado
- Con déficit de autocuidado total

Nota:

- | | |
|--------------------------------------|---|
| - Autocuidado adecuado: | entre 21 y 24 puntos |
| - Autocuidado parcialmente adecuado: | entre 16 y 20 puntos |
| - Autocuidado inadecuado: | 15 o < puntos |
| - Sin capacidad de autocuidado: | 15 o < pero con al menos una
dimensión evaluada en 0 |
| - Con déficit de autocuidado total: | con 0 en +4 dimensiones evaluadas |

ANEXO N° 04

**PRUEBA DE CONFIABILIDAD
ALFA DE CONBRACH**

Estadística de confiabilidad	TEST DE CYPAC-AM: Capacidad y Percepción de Autocuidado del AdultoMayor.
Alfa de Cronbach	N de elementos (preguntas)
0,904	8

ANEXO N° 05

REPORTE DE URKUND



Document Information

Analyzed document	TESIS LUCY BAUTISTA GUEVARA.docx (D134744391)
Submitted	2022-04-27T01:21:00.0000000
Submitted by	Norma Bertha Campos Chávez
Submitter email	ncampos@unc.edu.pe
Similarity	14%
Analysis address	ncampos.undc@analysis.orkund.com

Sources included in the report

SA	Universidad Nacional de Cajamarca / TESIS FINAL GILMER BENAVIDES.docx Document TESIS FINAL GILMER BENAVIDES.docx (D132037805) Submitted by: mticllar@unc.edu.pe Receiver: mticllar.undc@analysis.orkund.com	 14
SA	Trabajo de Grado Tafur Mishelle.pdf Document Trabajo de Grado Tafur Mishelle.pdf (D104435608)	 3
W	URL: https://library.co/document/qo53e8ky-deterioro-cognitivo-relacion-autocuidado-adultos-hipertensos-potrakanca-huanuco.html Fetched: 2022-04-27T01:21:51.6030000	 9
W	URL: https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/1984/1/TL_RoqueCaicedoDiana.pdf Fetched: 2022-04-27T01:22:19.3230000	 5
W	URL: http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12773/13049/UPpflikm.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 2022-04-27T01:22:20.7270000	 5
SA	Universidad Nacional de Cajamarca / TESIS NARDELY TARRILLO BUSTAMANTE .doc Document TESIS NARDELY TARRILLO BUSTAMANTE .doc (D131965583) Submitted by: cyupanquiv@unc.edu.pe Receiver: cyupanquiv.undc@analysis.orkund.com	 2
W	URL: https://docplayer.es/167717471-Facultad-de-medicina-humana-y-ciencias-de-la-salud-escuela-profesional-de-enfermeria.html Fetched: 2021-02-08T22:42:48.1630000	 1
SA	vero tesis.docx Document vero tesis.docx (D74257692)	 1
SA	TESIS JENNY LASTRA 09.docx Document TESIS JENNY LASTRA 09.docx (D55853930)	 2
W	URL: https://repositorio.unheval.edu.pe/handle/20.500.13080/3239 Fetched: 2022-04-27T01:21:52.9900000	 2
W	URL: https://docplayer.es/88607976-Universidad-de-huanuco.html Fetched: 2022-04-27T01:21:34.9870000	 10

W	URL: https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/11792/2E517.pdf?sequence=1&isAllowed=y Fetched: 2022-04-27T01:22:43.1730000	 3
SA	Tesis Lic Ruth Alvear.pdf Document Tesis Lic Ruth Alvear.pdf (D12583960)	 7
SA	TESIS-DE-GRADO-YARI-MUENALA-RUIZ.docx Document TESIS-DE-GRADO-YARI-MUENALA-RUIZ.docx (D109871980)	 6
SA	TESIS REVISADA.docx Document TESIS REVISADA.docx (D69383890)	 1
SA	TESIS MIRANDA-PESÁNTEZ.pdf Document TESIS MIRANDA-PESÁNTEZ.pdf (D115634011)	 3
SA	POSSO LÓPEZ GIOVANNA PAULINA formato 2013.docx Document POSSO LÓPEZ GIOVANNA PAULINA formato 2013.docx (D91750347)	 2

ANEXO N° 06

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

Fundada por Ley 14015 del 13 de febrero de 1962

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

Av. Atahualpa 1050 – Pabellón 1I – 101 Teléfono N° 076-599227



CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DE TESIS REVISADA EN EL SOFTWARE ANTIPLAGIO URKUND DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

El director (a) de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de Cajamarca, hace constar que:

La Tesis Titulada: **DETERIORO COGNITIVO Y AUTOCUIDADO EN EL ADULTO MAYOR ATENDIDO EN EL PUESTO DE SALUD CUYUMALCA – CHOTA, 2021**, presentada por la Tesista. **Bach. Enf. Lucy Magaly Bautista Guevara** la misma que ha sido revisada en el Software Antiplagio **URKUND** de la Universidad Nacional de Cajamarca, obteniendo el puntaje del 14% de similitud, considerado dentro de los parámetros. Teniendo como **Asesora. Dra. Norma Bertha Campos Chávez**.

Se expide la presente, a solicitud de la interesada para los fines que estime conveniente.

Cajamarca, 26 de abril del 2022.

