

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO
FACULTAD DE CIENCIAS MEDICAS
ESCUELA DE ENFERMERIA

Qué relación existe entre la aparición del deterioro cognitivo y el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes de un servicio de coronaria según edad y sexo durante el segundo semestre de 2021

Por: Verónica Judith Jofré Christener
Director: Lic. Astrada Constanza.
Docente asesor: Prof. Esp. Nores,
Rosana.

Rosario, noviembre de 2020.

Protocolo de Investigación para regularizar la actividad académica Tesina.

Agradecimientos.

A mi querida familia, sobre todo a mis hijos, Jeremías y Tadeo, y a vos Diego.

Resumen:

El deterioro cognitivo se encuentra asociado a la edad, es frecuente en adultos mayores que se encuentran institucionalizados, presentando fallos de memoria, deterioro objetivo de la memoria, problemas para realizar cosas que antes eran sencillas, dificultad para recordar nombres de personas y objetos.

El objetivo de este proyecto es determinar la relación que existe entre la aparición y el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes de un servicio de coronaria según edad y sexo de la ciudad de Rosario, durante el segundo semestre de 2021.

Material y métodos: Estudio de abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, transversal, debido a la escasa población no se tomará muestra, siendo constituida por alrededor de 90 pacientes de ambos sexos y entre las edades de 65 y 90 años para medir la variable deterioro cognitivo. Para la recolección de los datos se utilizará la técnica de encuesta por medio del instrumento validado en forma de test de Mini Examen de Estado Mental (MMSE) de Folstein, el cual es una prueba escrita, donde se evalúa el comportamiento, orientación, actitud, percepción, juicio, abstracción y cognición. Para la medición de la variable sexo y edad se realizará mediante el método observacional de las Historias clínicas. Los datos obtenidos serán sometidos a un análisis multivariado, la información obtenida se representará en un gráfico circular, a través de la estadística descriptiva.

Palabras claves:

Tiempo de estadía hospitalaria, aparición de deterioro cognitivo, edad, sexo, adultos mayores, Unidad Coronaria. (UCO).

INDICE GENERAL

| | Pág. |
|--|-----------|
| Resumen y Palabras Clave | 2 |
| Índice General | 3 |
| Introducción | 4 |
| Estado actual de conocimiento o Estado del Arte | 5 |
| Planteamiento del problema en estudio | 7 |
| Hipótesis y objetivos | 7 |
| Marco Teórico | 9 |
| Material y Métodos | 30 |
| Tipo de estudio o Diseño | 31 |
| Sitio o contexto de la investigación | 31 |
| Población y Muestra | 31 |
| Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos | 32 |
| Personal a cargo de la recolección de los datos | 36 |
| Plan de análisis | 37 |
| Plan y Cronograma de trabajo | 39 |
| Anexos | 41 |
| I. Guía de estudio de convalidación o exploratorio de los sitios | 42 |
| II. Instrumento de recolección de datos | 43 |
| III. Resultados del estudio exploratorio | 47 |
| IV. Resultados de la prueba piloto del instrumento | 50 |
| Bibliografía | 52 |

Introducción:

El deterioro cognitivo es uno de los grandes síndromes geriátricos, representando uno de los capítulos de la patología del anciano, representan un enigma en situaciones de prediscapacidad, por lo que es de suma importancia centrarse en ellas para así tomar medidas de prevención.

Lopez Trigo,(2017) define al deterioro cognitivo como un síndrome generalmente de naturaleza crónica y progresiva que afecta la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, la capacidad de aprendizaje, el lenguaje y el juicio. Suele ir acompañado, en ocasiones precedido, por el deterioro del control emocional, el comportamiento social o la motivación. Se encuentra relacionado con la enfermedad de Alzheimer y Accidente Cerebro Vascular (ACV) siendo una de las causas principales de discapacidad.

Leonardis, MP. (2016) realiza una investigación llamada “Algunas cifras sobre el envejecimiento poblacional”, donde desde el punto de vista biológico, este proceso de envejecimiento es la consecuencia de daños celulares y moleculares a lo largo del tiempo, lo que lleva a un deterioro de las capacidades físicas y mentales, aumentando el riesgo de enfermedad y muerte.

El aumento de la expectativa de vida hace la caída de la fecundidad y la mortalidad, la población de la República Argentina se encuentra en una etapa de envejecimiento avanzada, según el censo del año 2010, un 10,2% de la población tiene 65 años o más, siendo mayor el número femenino que masculino.

Al momento de búsqueda bibliográfica en investigaciones que tengan relación con el tema elegido, se encontró información relevante, aunque cabe destacar que en Argentina se encontró escasa información sobre el tema, a pesar de su importancia, ya que, según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la población adulta mayor entre el año 2015 y 2050, casi duplicarán su número, pasando del 12% al 22%, superando así al número de niños de 5 años. OMS, (2018)

Alligood & Tomey,(2011), hacen referencia que en el siglo pasado, salen a la luz teorías de las relaciones interpersonales y emocionales como dimensiones que influyen en la enfermedad mental, incluyendo por tanto la necesidad de un tratamiento conforme al ambiente donde se desarrolla la enfermedad mental, donde la teoría de la Enfermera psicodinámica de Hilarderd Peplau lo define como un ser capaz de entender su propia conducta para ayudar a otras personas a identificar cuáles son sus dificultades y aplicar el principio de las relaciones humanas a los problemas que surjan.

A través de su teoría, permite a los profesionales de enfermería, descentralizar el cuidado biologista de la enfermedad y se pueda explorar en la conducta y los sentimientos del otro y de

uno mismo, pudiendo ser así, participe en las intervenciones del cuidado de enfermería, afrontando, tanto paciente como enfermera, de manera conjunta el problema de salud.

Cancino & Rehbein,(2016) realizaron un estudio en Santiago de Chile, donde permite dar cuenta el aumento creciente, del deterioro cognitivo en la población de adultos mayores de 65 años, lo cual se traduce en un deterioro de la calidad de vida de quienes lo padecen y sus familiares, además de generar un alto costo económico para los servicios de salud.

A través de investigaciones orientadas a identificar los síntomas, se llegó a la conclusión que existen dos tipos: el tipo amnésico y el otro no amnésico. Dando cuenta que las personas que presentan deterioro cognitivo presentan dificultad para realizar actividades de la vida cotidiana, como cocinar, manejar medicación, dinero, entre otras.

El siguiente estudio se realizó en el Hospital Universitario de Stavanger, donde participaron 72 sujetos, de los cuales arrojó el resultado que el 62% de los pacientes diagnosticados con deterioro cognitivo leve y enfermedad de Parkinson progresaron hacia la demencia en lapso de 4 años, mientras los que solo padecían Parkinson, sin deterioro cognitivo, solo un 20% desarrolló demencia. Tales hallazgos dan evidencia lo progresivo del deterioro cognitivo y su asociación con la Demencia de tipo Alzheimer.

En otro estudio realizado en la ciudad de Lima Metropolitana y Callao, en búsqueda de la identificación de los factores de riesgo asociados con el deterioro cognitivo, se realizó a través de un estudio analítico, en base a datos secundarios, sobre un muestreo probabilístico de tres etapas en 1290 adultos de 60 a más años, donde al 17% se le administró el Mini Mental Status Examination y el 14,7% mediante el cuestionario de Pfeffer, presentaron deterioro cognitivo. Solo el 6,7% presentó deterioro cognitivo y funcional sospechoso de demencia.

Donde a través del modelo multivariado final, llegan a la conclusión que ser mayor de 75 años, ser desempleado, tener menos de 8 años de educación y haber presentado un episodio depresivo el último año, son factores asociados con el deterioro cognitivo. Ybeth Luna- solis(2018).

Hernandez & Jaimes,(2017), a través del estudio realizado en la Universidad Católica de Colombia, de "Entrenamiento cognitivo en ancianos y efectos en las funciones ejecutoras", de diseño descriptivo, cuantitativo, transversal, donde la población total era de 165 y una muestra de 60 adultos mayores, que se encontraban en dos hogares.

Dicha población se encontraba entre las edades de 75 a 94 años, en cuanto al género, el 55% (33) son masculinos, y el 45% (27) femeninos. En esta investigación se estableció que el 41,7% de los adultos mayores participantes tienen deterioro cognitivo grave, donde también se

evidenció que el 23% de estos adultos mayores de 65 años la prevalencia de demencia como enfermedad neurológica.

La edad es considerada otro factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo donde se encontró aumento de la prevalencia en el rango que va desde los 81 a 90 años, con respecto al género, parece que el sexo femenino, la edad a partir de los 65 años, bajo nivel de instrucción y el número de hijos, parecen ser las variables que más influyen en el esto de deterioro cognitivo.

Dentro de las patologías prevalentes que más se asocian a la aparición del deterioro cognitivo se encuentran las cardiovasculares, visuales, auditivas, renales y gastrointestinales. Donde el tiempo transcurrido entre la admisión y el tiempo de aparición de deterioro cognitivo era de entre 24 y 48 horas.

Cardona, Garzon, Arango, & Cadona,(2016), realizaron un estudio en Colombia, en la Universidad Católica de Medellín, da cuenta que la prevalencia de riesgo de deterioro cognitivo se relaciona con factores demográficos, sociales y funcionales en las personas mayores de Antioquia, Colombia. Allí se demostró que el 83,1% de los adultos mayores presentó algún grado de deterioro cognitivo, el 46,8% presentó riesgo leve, el 32,1% riesgo moderado y el 4,2% riesgo severo de deterioro cognitivo.

Los adultos sin pareja, (solteros, separados o viudos) tienen probabilidad de un deterioro del 40% con respecto a los que tienen pareja. Los adultos que recibieron instrucción educativa secundaria tienen menos probabilidad de deterioro cognitivo que los que no recibieron ninguna instrucción o nivel primario. De los adultos mayores con un riesgo de 76,8% tenía recursos sociales deteriorados, situación que aumenta la probabilidad de padecer riesgo de deterioro cognitivo a un 61%.

King & José Alberto González Cáceres,(2017) en un estudio realizado en el Policlínico Universitario “Héroes de Girón”, La Habana, Cuba, donde se realizó un estudio descriptivo transversal, en una población de 48 adultos mayores parcialmente institucionalizados en la Casa de Abuelos del Municipio de Cerro “Celia Sánchez Manduley”, donde se toma como muestra representativa a 20 adultos mayores, al azar, y como único criterio es la participación voluntaria de la investigación ,los cuales son atendidos a través de visitas semanales dentro del período del 1 de enero al 31 de marzo de 2016.

El método aplicado fue la entrevista semiestructurada. Encuesta para pesquisa de depresión mediante tres preguntas orales, por medio de la versión española de la escala de depresión geriátrica de Yesavage (15 preguntas) y Mini-examen del estado mental de Folstein. Se obtuvo como resultado que el 60% de la población presentaron depresión y el 95%

enfermedades crónicas no transmisibles, como principal factor de riesgo asociado a deterioro cognitivo.

Los estudios analizados demuestran la relación directa entre las variables, según los datos recabados, y la importancia de la detección de la aparición de deterioro cognitivo y el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes de un servicio de coronaria (UCO). La importancia de esta investigación es la de brindar herramientas para la atención de los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo, ya que reconocido en sus fases precoces es muy importante, porque en algunos casos existe una causa tratable, donde se podrán incluir medidas preventivas, terapéuticas y planificación de los cuidados, lo cual es de mucha ayuda para la labor en enfermería asistencial en adultos mayores.

Es de suma importancia la investigación sobre este tema, en relación con los antecedentes presentados sobre las investigaciones mencionadas anteriormente, ya que la aparición del deterioro cognitivo en el contexto de la unidad coronaria (UCO) en el adulto mayor, al no ser diagnosticado a tiempo es causa de discapacidad, deterioro de la vida social, desgaste en las relaciones intrafamiliares y altos costos en la atención médica.

El propósito de esta investigación es presentar los resultados a las autoridades de la institución y que por medio de ellos pueda observarse la relevancia para la disciplina de enfermería poseer herramientas para el cuidado de estos pacientes, con el fin de pensar en forma conjunta estrategias para su atención evitando el síndrome confusional.

De ahí surge como problema de investigación ¿Qué relación existe entre la aparición del deterioro cognitivo y el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes de un servicio de coronaria según edad y sexo durante el segundo semestre de 2021?

De dicho problema se desprenden las siguientes hipótesis:

- . La edad por encima de 65 años y el sexo femenino favorecen la aparición de deterioro cognitivo.
- . El tiempo mayor a 48 horas de internación favorece la aparición de deterioro cognitivo.

De tal forma se plantea como objetivo general: Determinar la relación que existe entre la aparición del deterioro cognitivo y el tiempo de estadía hospitalaria de los pacientes de un servicio de coronaria según edad y sexo durante el segundo semestre de 2021.

Objetivos específicos:

- . Determinar la orientación y el cálculo que refiere el paciente.
- . Evaluar el registro y atención de los pacientes internados.

- . Definir la relación entre la memoria, la edad y el sexo.
- . Describir la realización del dibujo por medio del lenguaje escrito.

Marco teórico:

El envejecimiento es un proceso universal, continuo, lento y complejo, durante el mismo se dan en forma gradual el deterioro de las capacidades funcionales y desde el punto de vista biológico se producen una gran variedad de daños moleculares y celulares, aumentando el riesgo a la adquisición de enfermedades.

La vejez también se caracteriza por la aparición de diversos estados de salud complejos, que se hacen presente en las últimas etapas de la vida, las cuales no pueden ser enmarcadas en ninguna categoría específica, a ellos se les da como denominación Síndromes geriátricos, y son la consecuencia de diversos factores como la fragilidad, caídas, úlceras por presión y estados delirantes, estos últimos poseen una gran variedad de conceptos, aparición de deterioro cognitivo, será el objeto de este trabajo investigativo. (OMS 2018).

El deterioro cognitivo es descrito como la alteración de uno o mas dominios cognitivos superiores en un individuo de la misma edad e igual nivel educativo, pero sin los criterios suficientes como para diagnosticar demencia. El siguiente término fue introducido en 1988 por Reisberg y definida por Flicker como disfunción cognitiva que no llega al grado de demencia.

La Sociedad Española de Geriátría y Gerontología, en el año 1999 lo define como “un síndrome que cursa con un déficit cognitivo superior al esperado para la edad y el nivel cultural de la persona, sin que se vean alteradas las actividades de la vida diaria, estableciendo así que el problema principal es la alteración de la memoria y que el resto de las funciones mentales superiores se pueden encontrar preservadas, sin que se cumplan criterios de demencia”.(Lopez Trigo J. A., 2017; pág 7).

El Manual de diagnóstico y estadística de los trastornos mentales IV (DSM-IV) define al deterioro cognitivo como los trastornos caracterizados por disfunciones cognitivas probablemente debidas a un efecto fisiológico de una enfermedad médica, pero no cumple con ninguno de los criterios diagnóstico como delirium, demencia o trastorno amnésico. Pichot, Aliño, & Miyar(1995).

La autora de este trabajo investigativo se sustentará en la teoría de Hildegard Peplau, la cual describió la importancia de la relación enfermera -paciente como un proceso interpersonal significativo y terapéutico. La misma desarrolló la teoría de las relaciones humanas, que se basa en los cuidados de la enfermería psicodinámica, donde hace énfasis en que es necesario conocer nuestra conducta para brindar ayuda a los demás.

Ella destaca que enfermería es un instrumento educativo, de comprensión y esfuerzos mutuos para la resolución del problema juntos y de forma productiva. En su teoría plantea la necesidad de que enfermería vea al sujeto de atención como un ser biopsicosocial, y se aparte

de la atención biológica, permitiéndole al paciente participar en el proceso de atención. Un aspecto interesante para destacar de su teoría es que no incluye a la familia o comunidad en dicho proceso, por el cual le sería difícil proporcionar una red de contención en este proceso.

Peplau describe cuatro fases en la relación enfermero- paciente: orientación: el individuo tiene una necesidad insatisfecha y precisa ayuda profesional, este aprende a reconocer y a entender su problema y el tipo de ayuda que necesita, identificación: el paciente se identifica con aquello que puede ayudarlo, explotación: el paciente desea obtener todo a través de la relación enfermero- paciente, resolución: el paciente se libera con el enfermero.

Describe seis papeles que surgen de la relación enfermero- paciente, el papel de extraño, papel de persona en quien recurrir, papel docente, papel conductor, papel sustituto, papel asesoramiento, donde Peplau refiere que este último es el más importante para la enfermería psiquiátrica, ya que esta se manifiesta en la forma como los enfermeros responden a la demanda del paciente.

Linda Richards, fue considerada la primera enfermera profesional de América, pensaba que el enfermo mental debía ser atendido por lo menos con tanto cuidado como el que padecía una enfermedad física. Estimuló la enseñanza de los cuidados enfermeros a enfermeros en hospitales para enfermos mentales.

Por otra parte, Mary Davis y May Kennedy, expresaron en el año 1921, en una publicación realizada por ambas, que existe la necesidad de que todas las enfermeras deberían recibir preparación en el campo de la psiquiatría, con el fin de comprender y mejorar la intervención integral de los pacientes.

Además la autora refiere que en la actualidad la Enfermería Psiquiátrica se definiría como una Especialidad de las Ciencias de la Salud y Antropológicas, no solo estudiando la parte biológica, sino también las psicológicas, los condicionantes socioculturales de la salud mental, para así, aplicar los cuidados y atención correspondiente.

A raíz de esto, explica que enfermería ha tenido un desarrollo significativo durante el siglo XX, el cual queda a la vista en la formación de post grado, el desarrollo de modelos conceptuales y teorías, todo es el producto del trabajo investigativo realizado.

Según expresa Gunther, muchas enfermeras siguen fomentando el modelo Biomédico en la práctica, aunque haya habido avances significativos de lo que se creía en la antigüedad de las enfermedades mentales, donde estas eran atribuidas a espíritus demoníacos o de carácter mágico- religioso, e indica que enfermería tiene modelos para establecer indicadores de calidad, refiere que como puede medir enfermería su calidad de cuidados si utiliza modelos prestados de otras disciplinas.

Meleis sostiene que los modelos conceptuales constituyen una carta de navegación para la práctica, reforzando la importancia del ser humano como centro de atención para el cuidado, de esta manera se ve con claridad la contribución de enfermería en el equipo interdisciplinario de salud. El avance de enfermería como profesión, disciplina, ciencia y tecnología, le ha exigido, por medio de la investigación, la fundamentación teórica de la práctica de enfermería que se demuestre la relación entre los conocimientos, valores, los principios bioéticos, éticos, los cuales sustentan el ejercicio de la profesión.

Joyce Travelbee, en su teoría de Relación de persona a persona, establece que enfermería es un arte y lo comprende con el uso consiente de la propia persona, siendo de ayuda, acompañamiento para la recuperación de enfermedades mentales.

El propósito es conocer las vivencias de la familia, del grupo o persona, para establecer una relación de ayuda a través de la enfermería psiquiátrica, la cual, con el objeto de promover la salud mental, ayuda a prevenir o afrontar el sufrimiento. Conceptualiza a la salud mental como “que no es algo que la persona posee, sino que la persona Es en una época y medio ambiente sociocultural y físico predeterminado”.

Como mayor premisa de su teoría es la que la relación enfermero- paciente se establece luego de transcurrir cuatro fases que se encuentran entrelazadas entre sí, comenzando por el encuentro original, donde la enfermera realiza la observación, percibe sus sentimientos emergentes, los valora o los juzga, pasando a la siguiente fase donde el paciente comienza a ver a una enfermera diferente, no es igual a cualquier enfermera.

En la siguiente fase se refiere a la empatía, donde la enfermera puede interactuar muchas veces con el paciente y pasar a la siguiente fase, simpatía donde la define como un paso más que la empatía, donde la enfermera alivia el estrés y comparte los sentimientos del otro, a través de la experiencia personal, y así llega a la fase de termino donde la conceptualiza como proceso o experiencia de rapport donde caracteriza esta relación con la que la enfermera y el paciente se perciben como seres humanos. (Lopez, 2015).

Phil Parker, en su Modelo de la marea en la recuperación en la salud mental, describe un método filosófico que no trata ni asiste la enfermedad mental, sino que le da una visión a la enfermera para lograr comprender como se puede aprender de una persona a través de la definición de lo complejo que es la salud mental y así iniciar el camino de la recuperación.

Su teoría se basa en el caos, donde las mareas van y vienen, sugiriendo que hay límites a lo que podemos hacer e invita a los enfermeros a dejar de buscar certezas y en su lugar es mejor abrazar la incertidumbre real. Su concepto de cuidar lo desarrolló de la relación enfermera – paciente definida por Peplau.

El modelo de la marea es un grupo de compromisos que sirven de referencia metafórica para el profesional, asociadas al poder del agua y el mar, con el cual representa el distrés mental.

Sus 10 compromisos o valores de la marea son:

- Valorar la voz: es la voz de la experiencia de la persona, es el relato del distrés y su esperanza de solución.
 - Respetar el lenguaje: no hay necesidad de utilizar lenguaje feo, arcaico de la psiquiatría, la persona ya tiene su propio lenguaje, que es el mas potente para describir su experiencia personal.
 - Desarrollar la curiosidad genuina: es conocer mejor al narrador y la significación de su vida desplegada, sin confundirla con un libro abierto.
 - Llegar a ser el aprendiz: la persona es el experto de su vida, podremos hacernos expertos de esa vida escuchando con diligencia y respeto.
 - Revelar la sabiduría personal: es una de las principales tareas para quien ayuda a contribuir a revelar la historia de su vida es respaldar a la persona en el viaje de su recuperación.
 - Ser transparente: es fundamental para ganar la confianza de la otra persona, ayudando a que comprenda lo que se está haciendo y por qué. Así se logra su confianza.
 - Utilizar el equipo de herramientas disponibles: se basa en la historia de la persona, son las principales herramientas para desbloquear o crear una historia de recuperación.
 - Trabajar un paso más allá: cuidador y persona trabajan conjuntamente, el primer paso es crucial mostrando el poder del cambio y apuntando al objetivo final de la recuperación.
 - Dar el don del tiempo: no hay nada mas valioso que pasar tiempo juntos el cuidador y la persona. Siempre bien utilizado el tiempo.
 - Saber que el cambio es constante: la tarea del profesional es dar a conocer que se esta se esta produciendo un cambio, como se lo puede utilizar, para que la persona deje de estar en peligro y distrés y se oriente hacia la recuperación.
- Lopez, (2015).

Durante mucho tiempo la psiquiatría se tomó de manera descriptiva, utilizándose el modelo de atención médica, donde solo se trataba lo físico y donde solo se ofrecía a las personas que la padecían el confinamiento en instituciones psiquiátricas. Con el comienzo del siglo pasado comenzaron a vislumbrarse teorías en enfermería de las relaciones interpersonales y emocionales donde se incluye a la enfermedad mental y su necesidad de tratamiento.

La Teoría de Enfermería humanística de Paterson y Zderad, se desarrollo en 1976, enfatiza la relación que se establece entre la persona que recibe el cuidado y la enfermera, intentando dar respuesta a la experiencia fenomenológica vivida por ambos. Las autoras incluso hacen uso del concepto de diálogo que son encuentro, relaciones, presencia, llamado y respuesta. Y ponen al ser humano como personas que son capaces de hacer selecciones responsables en la vida.

De esa manera, los elementos de la enfermería humanística se la puede describir como la incorporación de los hombres en un encuentro dirigido hacia una meta, ocurriendo en el tiempo y el espacio. Este abordaje requiere de coherencia y autenticidad entre el pensar y hacer del enfermero profesional, le solicitan tener una postura abierta y disponibilidad hacia el otro, teniendo una presencia genuina y un compartir verdadero.

El profesional siempre trae consigo sus valores, creencias y actitudes prejuiciosas, que pueden ser de interferencia en la atención, las cuales se hacen mas evidentes en el cuidado de los pacientes con sufrimiento psíquico, por ello la práctica no puede ser aislada ya que es la enfermera la que se involucra con la persona.

Existe entonces, la necesidad de que la enfermera se identifique con la teoría adoptada por él, asumiendo una actuación congruente.

Las acciones que realice enfermería como parte del cuidado en las personas que tengan sufrimiento psíquico o enfermedad mental, deberá ir mas allá de los procedimientos técnicos, se debe comprometer emocionalmente, se debe ir mas allá de la competencia técnica o biológica, el encuentro entre la enfermera y la persona servirá para conocer las experiencias del otro.

En la actualidad la atención a la salud y a la enfermedad mental continua centrada en la patología del cerebro y el sistema nervioso central, pero se ha enriquecido con las aportaciones de la disciplina como Enfermería, sociología y la psicología. (Lopez, 2015).

Todos los paises del mundo se encuentran pasando por una transición de sociedades mas longevas que en el siglo pasado a causa del descenso de la mortalidad en todos los grupos etareos, lo que conlleva a un aumento de la esperanza de vida media, el descenso de la fecundidad, el aumento significativo de los adultos mayores de 65 años y mas aún de los mayores de 80 años.

El mundo esta envejecienciendo y hay cada vez más estudios que demuestran que son más los países que su poblacion de ancianos crece de una manera significativa, elevandose sus expectativas de vida. El envejecimiento poblacional es un fenomeno social, que pone en cuestionamiento las formas que conociamos para comprender y cuidar a los adultos mayores.

El autor refiere que, el cuidado aun no logra posicionarse como un tema de Estado, esto se debe a que persiste un modelo patriarcal donde el cuidado de las personas aun se lo vincula a la naturaleza femenina y se lo debe considerar como deber principal de la mujer.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala la desproporción que existe entre las personas disponibles para cuidar a los adultos mayores y la población que se encontrará en ese grupo de edad. El cuidado es entonces un problema complejo que demanda un enfoque interdisciplinario para procurar el bienestar social.

Además señala que las personas pueden aspirar a vivir más de 60 años, a diferencia de los años 50 del siglo XX. El avance de la medicina a aumentado la esperanza de vida, con la disminución de las enfermedades infecciosas.

Pero con el incremento de la longevidad aparecen otros factores como la discapacidad, como lo es la dificultad para caminar, moverse, subir o bajar escaleras, la necesidad de usar lentes, el uso de aparatos auditivo.

Refiere que La Asamblea General de las Naciones Unidas, al reconocer la problemática de la salud en los adultos mayores, aprobó en el año 2002 la declaración política y el Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el envejecimiento, donde promueve el fomento a la salud y el bienestar en la vejez, creando un entorno propicio y favorable para los adultos mayores.

De manera similar la OMS en el año 2002 reconoce seis tipos de determinantes para lograr un envejecimiento activo:

- Económicos
- Conductuales
- Personales
- Sociales
- Y con el entorno físico. (Saucedo, Rosas, & Gutierrez, 2019).

Desde la mirada de la psicología del desarrollo se ha denominado el comienzo de la niñez, en el inicio de la vida fuera del utero materno, la adolescencia con la pubertad, la adultez cuando la persona se independiza y la vejez es la considerada la última etapa de la vida, el cual es asociado al deterioro físico o mental, a la aparición de pensamientos pesimistas, al deterioro cognitivo. El proceso del envejecimiento se dá a lo largo de la vida y la vejez en un comienzo no bien precisado.

No existe un funcionamiento típico y rígido en cuanto a los cambios que se producen en el ser humano en el ciclo de la vida, pero se entiende que existen pérdidas y ganancias y que nuestro organismo pierde funciones a lo largo del tiempo, y se hacen de forma paulatina, como

lo es la agudeza visual, la habilidad para ejecutar algunas acciones, la flexibilidad del cuerpo y la piel.

El funcionamiento psicológico no se da simétrico y paralelo al funcionamiento biológico, los aspectos del funcionamiento psicológico que tienen que ver con lo biológico, como lo es el procesamiento o la inteligencia, comienza su declive a partir de los 30 años aproximadamente. (Perez, Aragón, Leon, & Aguiar, 2018).

El deterioro cognitivo definido como la pérdida de las funciones cognitivas, es dependiente de factores, tanto fisiológicos como ambientales, es muy variable de un sujeto a otro, el mantenimiento de la cognición se encuentra ligado a variables como el soporte social, el estado de ánimo, la presencia de síndromes geriátricos, patologías previas, la fragilidad y osteopenia, por lo que sería un error atribuirlo solo al envejecimiento neurológico.

El proceso de envejecimiento está ocurriendo de manera progresiva a nivel mundial, por lo que se torna necesario tomar conciencia de este problema a fin de resolver las necesidades personales y sociales que se desprenden de ello.

Al aumentar la expectativa de vida, se incrementa el número de personas que llegan a la vejez, pero en contraposición no son pocos los que se quejan por las limitaciones que comienzan a experimentar, como cambios morfológicos, psicológicos y funcionales, el cual hace inevitable la adaptación del individuo a este proceso.

La función fisiológica de varios órganos y sistemas del cuerpo humano tienden a declinar con el aumento de la edad, dependiendo de la predisposición genética heredada de sus padres y del estilo de vida que ha llevado. Evaluar el estado de salud del paciente geriátrico es una tarea compleja, ya que se deben medir los resultados de las variables biológicas, sociales y psicológicas.

En la actualidad hay gran cantidad de países y organizaciones que se encuentran abocados a estudios sobre la vejez, ya que lo que se quiere no es que solamente las personas alcancen más edad, sino que lo hagan en óptimas condiciones mentales, físicas e inmersas en la sociedad, manteniéndose activos. (Hechavaría, Fernández, Bron, & Fernández, 2015).

Otros autores difieren que las variables sexo, edad, estado civil y el estado de convivencia sean factores que determinen la aparición del deterioro cognitivo, llegando a la conclusión que los factores que realmente se asocian estadísticamente de forma significativa son la hipertensión arterial, el nivel socioeconómico, el grado de instrucción y el ingreso mensual, los cuales pueden ser prevenibles y se pueden intervenir con un tratamiento adecuado, disminuyendo o atrasando su aparición.

El estudio arrojó que el sobrepeso, el tabaquismo, la hipertensión arterial y la diabetes esta presente en casi el 50% de los pacientes, de 5 a 10 años de evolución de la enfermedad, en los pacientes diabéticos la aparición de deterioro cognitivo se dio en la mitad de los sujetos estudiados. Se evaluaron también los IMC (índice de masa corporal) e índice cintura cadera de los pacientes que se encontraban internados donde se presentó la relación entre la obesidad, el sobrepeso y la obesidad central como un factor determinate para la aparición de deterioro cognitivo.

La Sociedad Andaluza de Neurología señala como causas para la aparición de deterioro cognitivo a los trastornos metabólicos adquiridos tóxicos y carenciales, neoplasia Gliomas o linfomas del cuerpo caloso, traumatismos, encefalopatías o infecciones, hidrocefalia, enfermedades psiquiátricas, factores genéticos, asociado al gen de la apolipoproteína E (APOE) el cual es el único gen susceptible establecido para la enfermedad de Alzheimer. (Quispe Bustamante, 2020).

El envejecimiento cerebral muestra cambios característicos en que le inherentes al proceso normal de la vejez, no afectando significativamente su función o si son indicios de trastornos degenerativos. Con el aumento de la edad el cerebro pierde entre 2 a 3 gramos de peso anualmente, disminuyendo considerablemente el número de neuronas, las cuales sean difícilmente recuperables.

Estos cambios también afectan a la sustancia blanca del cerebro. Hace más de 30 años se pudo comprobar que la preservación del fenomeno de neuplasticidad (Sinapsis) continuaba presente en la corteza del hipocampo en personas de 80 años, pero desaparecía en adultos mayores con deterioro cognitivo.

La función cognitiva incluye una serie de dominios que se pueden encontrar afectados en menor o mayor intensidad, aunque en ocasiones solo se se evidencia un solo dominio afectado.

La memoria es un conjunto de procesos que incluyen la recolección, el almacenamiento y la recuperación de la información, y la misma se dividen en memoria declarativa (episódica y semántica) y la declarativa. El deterioro de la memoria declarativa es un fuerte marcador de la evolución del deterioro cognitivo, en cuanto a la memoria semántica es que tiene que ver a los conocimientos generales.

La atención es la capacidad de generar, mantener y dirigir el estado activo, para lograr procesar la informacion de manera correcta, los circuitos de atención se encuentran en la corteza cerebral frontal.

La capacidad visuoespacial es la necesaria para el análisis y manipulación de los objetos, el proceso visual requiere de un buen funcionamiento de la corteza parietal, frontal y la occipital,

las capacidades relativas a la lengua se ven afectadas por diversas enfermedades y entre ellas se encuentra el deterioro cognitivo. En las fases iniciales se pierde la capacidad de denominación y la fluidez verbal.

El ámbito de la atención primaria (APS), sería el lugar idóneo para detectar el deterioro cognitivo, por ser accesible y de proximidad con el paciente. En el segundo nivel de atención se confirmará dicho diagnóstico y se iniciará el tratamiento específico. (Lopez Trigo, 2017).

Las personas con diagnóstico de deterioro cognitivo se encuentran mas cantidad de síntomas neuropsiquiátricos que la población normal. Estos criterios son:

- Cambios en la conducta o la personalidad de más de 6 meses de duración, a partir de los 50 años, los cuales pueden ser observados por el propio paciente, familiares o médico. Estos cambios deben contemplar al menos uno de los siguientes: disminución de la motivación, apatía, indiferencia, alteraciones afectivas, ansiedad, euforia, carácter cambiante, impulsividad, agitación, desinhibición, obsesividad, conducta social inapropiada, pérdida de la empatía, rigidez social, exarcebación en los rasgos de la personalidad, alucinaciones, ilusiones.
- Las alteraciones en la conducta son de suficiente severidad como interferir en las relaciones interpersonales, actividad laboral. La persona mantiene su independencia como para realizar las actividades de la vida diaria con mínimas interferencias.
- Aunque existan comorbilidades previas, los cambios en la conducta no son atribuibles a procesos psiquiátricos, traumatismos, otras enfermedades, efecto de sustancias o fármacos.
- El paciente no reúne los criterios de demencia.

La mayoría de los estudios de investigación sobre los factores de riesgo que influyen en el riesgo de aparición de deterioro cognitivo, tienen limitaciones, porque en sus fases iniciales no cumplen con criterios tan evidentes. El proceso para su detección es altamente complejo, ya que se encuentran involucrados varios factores de riesgo, los cuales pueden ser tomados en cuenta para valorar el riesgo de desarrollar la enfermedad, pero no lo son totalmente eficientes como diagnosticarla. (Gerontología,2017).

Otro factor de riesgo que se relaciona con la aparición del deterioro cognitivo es la Diabetes mellitus, según la OMS, en la actualidad la cifra de personas que la padecen representa a una pandemia, provocando múltiples complicaciones como la enfermedad cerebrovascular, cardiovascular, microvascular, neuropatías, Enfermedad de Alzheimer y alteraciones subjetivas de la memoria, referida por algunos pacientes.(Tragodara, Roque, Runzer-Colmenares, & Parodi,2020).

A nivel mundial se han descrito en neuroimágenes de pacientes que padecen Diabetes la disminución del volumen cerebral, atrofia cortical y subcortical y aumento de tamaño de los ventrículos cerebrales. Análisis de las regiones cerebrales demostraron que el lóbulo temporal medial y el hipocampo, son los más comprometidos.

Según Ayala San Martín, Soledad, (2020) los factores de riesgo para la presentación de deterioro cognitivo leve y demencias tienen gran similitud con otras enfermedades crónicas no transmisibles, para ello considera trabajar en los factores protectores, el cual permitiría mejorar la capacidad cognitiva y enlentecer los avances de la demencia en sus fases iniciales. Para ello se requiere de estudios investigativos locales y a largo plazo.

Benavidez Caro entiende por la cognición como el funcionamiento intelectual que nos permite la interacción con el ambiente que nos rodea, con el envejecimiento, en el cerebro se producen cambios normales, morfológicos, químicos y circulatorios, disminuyendo la plasticidad cerebral y disminuyendo infinidad de funciones que pueden llevar a la aparición del deterioro cognitivo. Lo que respeta al adelgazamiento y pérdida de volumen de la corteza cerebral frontal, que tiene como desempeño fundamental en la atención y las funciones ejecutivas, existe disminución del flujo sanguíneo cerebral y el consumo del oxígeno en arterosclerosis, las alteraciones en la memoria están dadas por cambios en los circuitos frontales, que parecen estar íntimamente relacionados con el proceso de la memorización y la formación del recuerdo.

A partir de los 60 años, aproximadamente, disminuye la memoria, fluidez verbal, la lógica matemática y la eficiencia y rapidez en el análisis. Sin embargo, manifiesta, que el deterioro cognitivo, depende de factores fisiológicos y ambientales y está sujeto a variabilidades, el mantenimiento de la cognición en el adulto mayor, se encuentra ligado a la contención social, el estado de ánimo, la presencia de síndromes geriátricos como la fragilidad y la osteopenia. La actividad física es reconocida por los beneficios que provoca sobre enfermedades crónicas como la diabetes y la enfermedad coronaria, fue estudiada con relación al deterioro cognitivo, observándose que es un soporte social fundamental para la mantención de la cognición en el adulto mayor.

Tanto la etnia como la raza, el nivel educativo bajo, indicaría tener relación con la aparición del deterioro cognitivo, siendo la raza hispana la que se encuentra más afectada. En la actualidad, estudios se enfocan al diagnóstico temprano del deterioro cognitivo, ya que en un estado moderado, este se encontraría entre el deterioro cognitivo por el proceso de envejecimiento y la demencia, el cual no le impediría seguir con sus actividades de la vida diaria, el cual podría evolucionar hacia la demencia a el estado cognitivo normal o estabilización. (Benavides-Caro, 2017).

Otro estudio sobre los trastornos del sueño en el adulto mayor son considerados un problema de salud, el insomnio persistente, la somnolencia diurna y la apnea del sueño, así lo demuestran. Los estados de conciencia son tres, vigilia, sueño REM y sueño no REM, este último se divide en tres N1, N2, N3, cuyo número crece en función de la resistencia a ser despertado. Con el envejecimiento los cambios fisiológicos disminuyen el sueño N3 y se incrementan los despertares.

El sueño REM, también disminuye con el envejecimiento, pero lo hace en menor proporción. La cantidad de sueño necesaria en un adulto mayor es semejante a la de un adulto de edad mediana, a medida que pasan los años la dificultad de conseguir un sueño consistente en la noche incrementaría el tiempo de estancia en la cama, el tiempo que transcurre para conciliar el sueño, los despertares, las siestas diurnas, el tiempo de vigilia nocturna.

Los procesos reguladores del sueño disminuyen con el envejecimiento. En algunas circunstancias el no dormir está relacionado con el dolor corporal, que se incrementa con la edad, así mismo el sueño favorece la liberación de hormonas anabólicas, la cual se ve disminuida con el proceso del envejecimiento. Los niveles de adrenalina, propios de la vigilia, disminuyen durante el sueño, la perturbación del mismo afecta la presión arterial, el ritmo cardíaco y la circulación. La atención y la memoria a corto plazo podrían verse afectadas por problemas relacionados con el sueño, los microinfartos, el riesgo de ictus y el deterioro cognitivo secundario se ven incrementados por la fragilidad global del anciano con trastorno del sueño. (Tello-Rodríguez, Alarcón, & Vizcarra-Escobar, 2016).

El papel de Enfermería en el tratamiento de pacientes de deterioro cognitivo consiste en prestar cuidados que permitan mantener una calidad de vida adecuada, prevenir complicaciones a través de la conducta terapéutica que ayuden a detener la evolución de la enfermedad, generando un vínculo de confianza, manejar correctamente la medicación y reconocer los signos de alarma, asesorando a familiares y cuidadores sobre los cuidados que le deben prestar. (Francisco, 2019).

En el adulto mayor los cambios estructurales y funcionales no son homogéneos en los diferentes órganos del individuo ni entre los diferentes individuos. A nivel de aparatos, se dan los siguientes cambios:

Tejidos de sostén: Aumento de la fuerza de cohesión y estabilidad del colágeno; fragmentación y calcificación de la elastina; disminución de la capacidad de regenerar el tejido conjuntivo, disminuyendo la elasticidad tisular.

Piel y tegumentos: piel deshidratada, menos elástica y vascularizada; pérdida de grasa subcutánea y la untuosidad de la piel y el cabello; púrpura senil, úlceras de estasis venosa en las piernas y pérdida de la sensibilidad; cambios en la piel con sequedad, generando arrugas

cutáneas, laxitud, fragilidad capilar, telangiectasias y úlceras de decúbito, xerosis cutánea, queratosis actínica, encanecimiento y alopecia.

Aparato cardiovascular: Disminución de la reservas cardíaca, arritmias; escasa respuesta del pulso al ejercicio, aumento de la presión diferencial del pulso y respuesta inadecuada al ortostatismo.

Aparato respiratorio: Disminución de la capacidad vital, aumento del volumen residual y de la diferencia alveolo arterial del O₂; aumento del riesgo de infecciones y broncoaspiración.

Sistema nefro- urológico: Disminución de la función renal y de la capacidad de concentración; disminución del tono de uréteres, vejiga y uretra; trastornos del vaciamiento completo de la vejiga; aumento del tamaño prostático en el hombre, tendencia a la incontinencia urinaria e infección.

Aparato genital femenino: Vaginitis atrófica; predisposición a la dispareunia, hemorragias e infección; alteraciones en la función sexual.

Aparato genital masculino: Aumento del tamaño prostático; cambios en la función sexual.

Aparato gastrointestinal: Alteraciones en la boca y dientes, papilas, encías y lengua; tránsito esofágico prolongado, reflujo esofágico; disfagia, poliposis gástrica y metaplasia intestinal; estreñimiento, diverticulosis e incontinencia fecal.

Sistema endocrino: Cambios de la respuesta de la insulina a los niveles de glucosa en sangre; modificación de los niveles hormonales.

Sistema hematopoyético e inmune: Ferropenia, fibrígeno elevado y disminución de algunas reacciones inmunológicas.

Sistema nervioso central: Capacidad reducida de memorización y lentitud mental; enlentecimiento de la conducción nerviosa, confusión mental; enfermedades ligadas a sustancias neurotransmisoras: enfermedad de Parkinson, Corea de Huntington y enfermedad de Alzheimer.

Sentidos: Ojos: prebicia, cataratas, aplanamiento corneal, astigmatismo, rigidez del iris, disminución del tamaño de la pupila y de la elasticidad del cristalino, fotopsia y aumento de la presión intraocular, xantelasma y alteraciones de los músculos oculares; oídos: presbiacusia (disminución de la capacidad auditiva).

Músculo esquelético: Pérdida global de la masa corporal; reducción de la fuerza muscular; envejecimiento de los tendones. (Mora, 2019).

El envejecimiento se ve acompañado de cambios fisiológicos en los sistemas cardiovascular, respiratorio, renal, gastrointestinal, hepático, tegumentario, inmunitario y nervioso central.

El aumento de las enfermedades se incrementan con la edad avanzada. En condiciones normales, el proceso de envejecimiento no se acompaña de un marcado deterioro cognitivo, la mayoría de las veces, la alteración del deterioro cognitivo se debe a la presencia de una enfermedad aguda o crónica, los procesos agudos como infecciones, desequilibrio hidroelectrolítico o toxicidad farmacológica, son reversibles una vez que son detectados. En la actualidad es aceptado que el dolor incontrolado contribuye fuertemente en la aparición del deterioro cognitivo en el anciano. Otras causas orgánicas como los multiinfartos contribuyen a la aparición del deterioro cognitivo.

El tamaño del encéfalo disminuye un 20% entre los 25 y 90 años de edad, la disminución de su peso indicaría su relación con el descenso del número de neuronas que lo conforman, producto del envejecimiento.

La sustancia blanca disminuye significativamente más que la sustancia gris, además de atrofiarse ciertas proporciones de la corteza cerebral, sobre todo la zona temporal y frontal. Los ventrículos cerebrales aumentan de tamaño, quedando de manera asimétrica, quedando el líquido cefalorraquídeo acumulado en los mismos.

Con la pérdida de las neuronas, también se producen cambios dentro y fuera de las mismas, como retracción y cambios degenerativos en los cuerpos celulares y axones, en ciertas neuronas secretoras de acetilcolina. Estos cambios en las neuronas pueden explicar las alteraciones en el procesamiento y recepción de la información.

Tras la degeneración nerviosa parcial la sinaptogénesis es más lenta en el encéfalo del anciano. El flujo sanguíneo cerebral también se encuentra disminuido en la vejez, no pudiendo dar respuesta a las necesidades metabólicas del tejido cerebral. (Urden, 2001).

De acuerdo al Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, en su quinta edición (DSM-5), los trastornos neurocognitivos se pueden dividir en mayores y menores, según el nivel de afectación funcional, el deterioro cognitivo no se encontrará presente desde el nacimiento o la niñez y deberá presentar al menos dos o más dominios afectados, como la memoria, el aprendizaje, lenguaje, cognición social.

En cuanto a la etiología de la enfermedad no se establece claramente, pero se han identificado ciertos factores que aumentan el riesgo de su aparición como la inactividad física, tabaquismo, hipertensión arterial, obesidad, diabetes, depresión, bajo nivel educativo y factores genéticos. (Mendoza, Magaña, Bojorquez, &, 2018).

Los criterios diagnósticos de las enfermedades mentales DMS -5 para los trastornos neurocognitivos son la evidencia de un declive cognitivo, en uno o mas dominios cognitivos, según lo refiera el paciente, un tercero o el médico tratante. Otra manera de diagnosticarlo es a través del desempeño en la realización del test y la evaluación clínica.

La cura de esta enfermedad no ha sido encontrada hasta el momento, la muerte neuronal no tiene regresión y todavía no se a encontrado el inicio certero de la misma. El deterioro degenerativo no tiene retorno, pero se puede alterar su progresión con la administración de fármacos como el Donepezil, Rivastigmina y Gagantimina, los cuales inhiben la acetilcolinestara central en el deterioro cognitivo leve. Estos fármacos son inhibidores de la colinesterasa, alterando su progresión.

El tratamiento de los síntomas cognitivos se pueden dividir en dos grupos farmacológicos, los agentes colinergicos, los cuales tienen la función de incrementar la acetilcolina, en el proceso sinaptico, neurotransmisor clave en las funciones cognitivas, y los inhibidores del receptor glutamatergico de NMDA (N-metil-D-aspartato) (memantina).

El uso de vitaminas y antioxidantes también tienen papel muy importante en la detención del estrés oxidativo cerebral en el deterioro cognitivo leve, ya que a este se lo considera un precesor a la Enfermedad de Alzheimer. La vitamina E se encarga de eliminar radicales libres, protegiendo así a las células del daño, la misma se encuentra presente en gran cantidad de alimentos, como los aceites vegetales, cereales, carnes, aves de corral, frutas y verduras, aunque también se puede aportar a través de suplementos farmacológicos.

También existen terapias no farmacológicas para el tratamiento del deterioro cognitivo, que puede ser abordado por el equipo multidisciplinar, el cual incluye la psicología, la terapia ocupacional, la medicina, todos estos tratamientos coordinados ofreceran mejores resultados en los pacientes, el mismo trata de estimular, mantener o mejorar la capacidad mental y el rendimiento cognitivo, mantenerse integrado al entorno, afectos y sociedad, evitar el estrés y mejorar su autoestima.

Un punto muy importante es el fortalecer la seguridad y la autonomía personal a fin de mejorar la calidad de vida de la persona que se encuentra enferma, de su familia y cuidadores, desde la estimulación cognitiva, orientación en la realidad, estimular la parte lúdica y el ejercicio físico. (Arhuire, 2020).

En el tratamiento con terapias no farmacológicas, son las que estimulan el proceso cognitivo, sin la utilización de químicos, mejoran la afectividad y brindando independencia en la vida cotidiana, estas acciones se ven reflejadas en la calidad de vida del paciente.

- Musicoterapia: la música le ayuda a despertar a la persona emociones y recuerdos del pasado, potenciando su seguridad.
- Estimulación sensorial: a la persona se la inserta en un espacio con distintos estímulos, de forma activa o pasiva, buscando como finalidad que la persona se relaje.
- Estimulación cognitiva: a la persona se le pide que denomine con sus propias palabras objetos que visualiza.

Los objetivos que se persiguen con una terapia no farmacológica son estimular, mantener o potenciar las capacidades preservadas del paciente, hacerlo participe de autocuidado y del manejo de su propia vida, tratar de minimizar el estrés, evitando reacciones que alteren su salud, tratar de mejorar la vida de la persona y la de su familia y cuidadores, evitar la desconexión del medio y fortalecer sus relaciones sociales, estimular su autoestima y su propia identidad y tratar de enlentecer o retrasar la evolución de la enfermedad. (Ariel., 2019).

La población que envejece muestra mayor prevalencia a sufrir enfermedades cardiovasculares, en particular hipertensión y deterioro cognitivo, la relación entre los factores de riesgo cardiovasculares y metabólicos con el deterioro cognitivo, especialmente la hipertensión, la diabetes mellitus, dislipidemia, tabaquismo, consumo de alcohol, sedentarismo, sobrepeso, obesidad y la disfunción de la glándula tiroides.

La enfermedad cardiovascular dada por la hipertensión y la diabetes mellitus, la enfermedad cerebrovascular, la enfermedad coronaria y la enfermedad vascular periférica, son parte del diagnóstico del síndrome metabólico, el cual influye en la resistencia a la insulina y dislipidemia, convirtiéndolo en un factor de riesgo importante para la aparición del deterioro cognitivo.

La presencia de sobrepeso y obesidad, se lo relacionan también con el riesgo a padecer enfermedad cardiovascular, por lo que importante adoptar estilos de vida saludables. El mecanismo de enfermedad cardiovascular sobre la neurovascular no es bien conocido, pero parece deberse a la lesión de los mecanismos que mantienen la presión de perfusión cerebral estable, la disminución del gasto cardíaco y/o las arritmias cardíacas, parecerían ser la conexión entre estas patologías y el deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo leve es considerado el estadio intermedio entre los cambios cognitivos esperables por la edad del adulto mayor y la demencia, donde se puede dar la posibilidad de revertir a la normalidad, permanecer en este estadio o progresar hacia la demencia, las intervenciones que favorezcan al retraso o al retorno a la normalidad, son de carácter de actividades de promoción y prevención. (Pedraza, y otros, 2016).

Otros autores hacen referencia que en años anteriores la salud mental era considerada un tabú, tanto para la ciudadanía como las autoridades, donde se contaba con escasos espacios físicos para la atención integral de los usuarios, además de no contar con profesionales de la salud que se encontraran capacitados exclusivamente a la salud mental, lo que provocaba que estas personas fueran mal diagnosticados y en consecuencia el agravamiento de su condición.

Además explica que el deterioro cognitivo leve no es un concepto bien definido, que se refiere a la alteración de la memoria, por encima a la que corresponde a su edad y nivel educativo, la cual es acentuada por su familia o cuidador, pero que no altera sus actividades diarias, o sufre alteración mínima, la cual no entraría como criterio de demencia. Describe algunas condiciones clínicas que debutan como una disminución de las funciones cognitivas: Enfermedad de Alzheimer; demencia vascular; alcoholismo y consumo de tabaco.

Algunas de las personas diagnosticadas con deterioro cognitivo leve evolucionarán a la demencia degenerativa, principalmente a la Enfermedad de Alzheimer, en el caso del deterioro cognitivo leve tipo amnésico, aunque otras personas podrán permanecer en ese estadio indefinidamente.

Destaca que la principal diferencia entre el deterioro cognitivo leve y la demencia leve es que, en este último, se encuentran alterados más de un dominio cognitivo y la vida cotidiana de la persona sufrió cambios rotundos.

El deterioro cognitivo leve (DLC) se diferencia en varios tipos:

- DLC tipo amnésico: es la forma clásica de presentación en la que produce afectación exclusiva de la memoria.
- DCL tipo amnésico multidominio: es el que la alteración de la memoria se acompaña de alteración en otra área cognitiva, generalmente la función ejecutiva.
- DCL tipo no amnésico: que cursa con alteración de la función ejecutiva, el área visuoespacial o el lenguaje.
- DCL tipo no amnésico multidominio: que cursa como afectación de más de un dominio diferente a la memoria.

Evidencia que el factor de riesgo ambiental o relacionado con el estilo de vida, es un potencial factor para inicio al deterioro cognitivo, el estrés desencadena la producción de cortisol, en la glándula suprarrenal, el cual actúa de forma directa en el hipocampo, centro del sistema límbico que se encarga de la memoria a corto plazo, el cual comienza en la persona como pequeños olvidos, que pueden pasar desapercibidos, pero son un signo de alarma. (Ariel., 2019).

Aragón- Torres, en su estudio investigativo “Hipoacusia y deterioro cognitivo en adultos mayores”, refiere que la pérdida auditiva acelera el deterioro cognitivo, por ser el mismo una privación sensorial, desencadenando aislamiento social, llevando a la persona hacia la depresión, lo cual contribuye a un deterioro cognitivo acelerado. La pérdida de la audición en el adulto mayor deteriora la comunicación eficaz con sus familiares, cuidadores y su entorno, favoreciendo el deterioro de su calidad de vida.

Indica que el deterioro cognitivo es un padecimiento cada vez más frecuente y la hipoacusia es uno de los factores de riesgo modificables, ya que el mismo tiene un mayor número de soluciones que van desde un auxiliar auditivo hasta la colocación de un implante.

La rehabilitación auditiva tiene como fin mejorar la calidad de vida de las personas que la padecen, mejorando su salud y estilo de vida. (Torres, Forische, Hernandez, & Valero, 2019).

Dentro de la diversidad de patologías que se asocian a la vejez, se encuentra el deterioro cognitivo leve, que se manifiesta a través de un conjunto de alteraciones de las funciones cognitivas, como lo es la orientación, la visual y la memoria, además de cambios en la conducta.

Para algunos autores este sería considerado como el precursor de las demencias, colocarlo en medio del proceso de envejecimiento y la demencia tipo Alzheimer, y da cuenta que un paciente con síntomas compatibles con deterioro cognitivo, podría avanzar hacia la demencia, mantenerse estable y con un tratamiento adecuado retomar sus funciones normales. (Cancino & Rehbein, 2016).

Vega Alonso, refiere que el deterioro cognitivo es una entidad clínica en que las funciones intelectuales se encuentran alteradas, de manera total o parcial, y representa un reto sanitario. Es motivo frecuente de consulta en la Atención Primaria, se da más frecuentemente en mujeres, que en hombres y aumenta su frecuencia con la edad.

Tras la sospecha, que puede ser por parte de los familiares, la misma persona, el médico puede confirmar el diagnóstico a través de instrumentos validados, lo que le permitirá realizar un tratamiento precoz. (Alonso, y otros, 2018).

Para María José Muñoz- Perez la enfermedad vascular cerebral es en la actualidad uno de los causantes principales de muerte y discapacidad a nivel mundial en personas mayores de 60 años, los pacientes que sobreviven, encontramos al deterioro cognitivo como secuela, aunque esta no sería la única causa que provoque deterioro cognitivo en las personas adultas, la demencia multiinfarto, la enfermedad de pequeños vasos, son una de las causas más comunes del deterioro del funcionamiento mental.

El deterioro cognitivo es la pérdida o la disminución de algunas de las funciones mentales superiores, el cual se puede dar en distintas enfermedades o simplemente como consecuencia

del envejecimiento normal del cerebro, aunque en algunas ocasiones es el predictor de una enfermedad demencial.

En el caso del deterioro cognitivo de origen vascular, los Accidentes Cerebro Vasculares (ACV), son el principal causal de la pérdida de alguna de las funciones ejecutoras, la memoria, el lenguaje y la atención suelen ser las más afectadas, donde además secundario a la localización se pueden observar la aparición de diferentes síndromes psiquiátricos. (Perez & Villaseñor., 2016).

Otra autora refiere, que el envejecimiento cerebral se produce por diversos cambios de origen morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios, que se traducen en cambios de la funcionalidad, los cuales pueden o no progresar a deterioro cognitivo. La plasticidad cerebral junto con los distintos circuitos cerebrales, aun habiendo deterioro del cerebro a distintos niveles con el envejecimiento, estos no se manifiestan en la pérdida de capacidades funcionales del mismo. (Blasco & Ribes, 2016).

Cardona, a través de su estudio investigativo, refiere que la población adulta esta teniendo un aumento acelerado en relación a otros grupos poblacionales, lo que lleva a un crecimiento en los niveles de envejecimiento de la población.

Se observa también el crecimiento de enfermedades mentales, que en mayor medida se relacionan con la edad, como lo son la demencia y la depresión.

En la edad adulta además se observa un deterioro en los procesos psicológicos superiores que implican la percepción, la atención, inteligencia, la praxis y las funciones ejecutoras. El deterioro mental tiende a agudizarse por la dificultad de ser diagnosticado precoz y oportunamente.

La capacidad para sostener información en la memoria inmediata se mantiene en la vejez, sin embargo, la capacidad de mantener presentes múltiples datos y procesarlos mentalmente, disminuye a través del paso del tiempo. (Cardona, Garzon, Arango, & Cadona, 2016).

Los pacientes que padecen deterioro cognitivo en sus comienzos, aumentan la ingesta de alimentos, con frecuencia priorizan los alimentos dulces, a medida que progresa la enfermedad se va reduciendo la ingesta de manera excesiva, sobre todo en proteínas.

El déficit nutricional en un paciente con deterioro cognitivo debe tratarse, con el consumo de dietas completas, la más beneficiosa es la dieta mediterránea, ya que aporta una elevada ingesta de vegetales, frutas, frutos secos, legumbres, cereales, pescado y aceite de oliva, y en menor cantidad carnes rojas y lácteos. El estudio refiere que el consumo habitual de pescado se asocia a una mejor función cognitiva en el adulto mayor.

El consumo de productos lácteos sugiere la probabilidad de prevenir eventos cardiovasculares y reducir síndromes metabólicos, relacionado directamente con el deterioro cognitivo y demencia, lo que lo empobrece sus resultados es la presencia de grasas saturadas, las cuales serían nocivas para la salud. (Hernando-Requejo, 2016).

El deterioro cognitivo será detectado y diagnosticado a través de pruebas donde se evalúen las capacidades cognitivas del paciente, mediante la clínica, la persona allegada y el examen mental, donde se evaluarán la orientación, registro, atención, cálculo, memoria y dibujo.

Orientación, que es la acción de ubicarse o reconocer el espacio circundante (orientación espacial) y situarse en el tiempo (orientación temporal). Nos permite ser conscientes de nosotros mismos y del contexto en el que nos encontramos en un momento determinado.

Otra dimensión a tener en cuenta es el Registro, es un reconocimiento de una determinada situación que se considera de relevancia.

Atención es la aplicación voluntaria de la actividad mental o de los sentidos a un determinado estímulo u objeto mental sensible.

Cálculo se refiere a la cuenta, enumeración o la pesquisa que se lleva a cabo mediante un ejercicio matemático, el concepto también se utiliza como sinónimo de conjetura.

Memoria es la capacidad de recordar una imagen o un conjunto de imágenes de hechos o situaciones pasados que quedan en la mente.

Dibujar es un proceso natural e inherente en los seres humanos, desde la niñez se realizan los primeros trazos, revelando el desarrollo cognitivo acerca de la interpretación del mundo que los rodea.

En cuanto al tiempo de estadía hospitalaria es la unidad de medida de permanencia del paciente en un régimen de hospitalización, ocupando una cama por un intervalo de tiempo. SEDISA(2010).

La hospitalización en el adulto mayor conlleva a una crisis, es separado de su entorno y costumbres, en las áreas abiertas generalmente se puede encontrar acompañado por algún familiar, pero cuando la internación es en áreas cerradas es un factor que influye a la aparición de deterioro cognitivo, asociados a los cambios propios del envejecimiento, se suman factores que aparecen durante la hospitalización, como ser la disminución de la movilidad, ya sea a causa de discapacidad, medidas de restricción, aislamiento social, dietas pobres o escasas, la colocación de catéteres endovenosos, sonda vesical y polimedicación, a esto habría que agregarle las actividades que se realizan de forma rutinaria por parte de enfermería, médicos, extraccionistas, que interrumpen las horas de sueño.

La inmovilización produce una pérdida de masa muscular y proteínas, generando un impacto negativo en la funcionalidad a las 48 horas de reposo en cama. (Pozo, Alonso, Vidán, Ferreira, & Rexa, 2018) .

La funcionalidad física del adulto mayor constituye una suma de capacidades para que él mismo pueda realizar sus actividades a fin de satisfacerlas, la dependencia de cualquiera de las necesidades básicas de la vida cotidiana como comer, arreglarse, vestirse, controlar la micción y la evacuación, trasladarse y deambular, bajar y subir escaleras y aarse, aumenta la mortalidad de los adultos mayores. Este proceso comienza cuando el adulto mayor desarrolla limitación de su reserva funcional, lo cual lo deja vulnerable, lo cual lo lleva hacia la discapacidad. M, Velasco- Rodriguez R, A, LM, & ML,(2015).

Edad según refiere la historia clínica del paciente, es la expresada como el período de tiempo que ha pasado desde el nacimiento, como la edad del niño, que se expresa en horas, días o meses, y la edad de los adultos, que se expresa en años. Mosby (2011).

En la aparición de deterioro cognitivo la edad es el factor de riesgo mas importante para desarrollar la enfermedad.

El hombre pasa por diferentes etapas en la vida desde su nacimiento, pasando por la niñez, la adolescencia, adulto, adulto mayor, para llegar a la vejez, dicho proceso se inicia desde la concepción del ser humano hasta su muerte, en donde se van sucediendo cambios morfológicos, funcionales y psicológicos, cambiando así la estructura y función de los diferentes sistemas, lo que conlleva un aumento en la vulnerabilidad.

Actualmente el envejecimiento es uno de los fenómenos sociales que mas han impactado en este siglo.

Según la OMS, el siglo XX es la revolución de la longevidad, ya que la esperanza media de vida aumento en 20 años, llegando a 66 años, y se prevé que para el 2050 haya aumentado en 10 años. OMS,(2018).

Sexo es la clasificación de los hombres o mujeres, teniendo en cuenta numerosos criterios, entre ellos las características anatómicas y cromosómicas. Femenino y masculino.Mosby(2011). Algunos estudios indican que el sexo femenino representa mayor riesgo de padecer la enfermedad, pero hay escasa evidencia al respecto.

El sitio donde se llevará a cabo la siguiente investigación es un Policlínico situado en la ciudad de Rosario, su atención se encuentra abocada al adulto mayor y excombatientes de Malvinas, en el servicio de Unidad Coronaria, tendrá un abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

La población quedará conformada por adultos mayores, de ambos sexos, entre 65 y 90 años, que se encuentran hospitalizados en el servicio de Unidad Coronaria (UCO), se tomará como criterio de exclusión pacientes con Alzheimer, que se encuentren desorientados en tiempo y espacio, con traumatismo de cráneo, Parkinson, epilepsia , neuropatías, pacientes que se encuentren tomando medicación psiquiátrica, y que hayan sido desvinculados de AMV (Asistencia Mecánica Ventilatoria).

Material y método:

Tipo de estudio:

El estudio tendrá un abordaje cuantitativo, observacional, descriptivo, prospectivo, transversal.

Es cuantitativo, según Sampieri... "es un conjunto de procesos y secuencias y debe ser probado. Cada etapa precede a la siguiente y no se puede eludir pasos", partiendo de una idea la cual se afinó, para lograr así delimitar el problema de investigación y concluir con la formulación del problema.

Es observacional, quiere decir que no es experimental, ya que habrá manipulación de las variables independientes, solo se las analizará en su contexto natural. Sobre las preguntas realizadas plantearé hipótesis y determinaremos las variables en un contexto determinado, diseñaremos un plan para probarlas, una vez medidas, en su contexto, utilizaremos esos resultados para probar la hipótesis a través de la medición numérica y análisis estadístico. Sampieri,(2014).

Es descriptivo porque a través del mismo se especificarán las propiedades, características, tanto de personas y grupos, comunidades, objetos que sometamos a análisis. Solo se pretende medir, no indicar como se relacionan. En este estudio describiremos y relacionamos entre la aparición del deterioro cognitivo, el tiempo de estadía hospitalaria, edad y sexo, de los adultos mayores de entre 65 y 90 años, que se encuentran hospitalizados en un policlinico de la ciudad de Rosario, en el segundo semestre de el año 2021.

Es transversal porque los datos son recolectados en un momento único. Se describen las variables y se analizan en un momento dado, como si se tomara un registro fotográfico del mismo, porque mediremos la aparición de deterioro cognitivo, según sexo, edad y el tiempo de estadía hospitalaria en los adultos mayores de 65 a 90 años que se encuentran hospitalizados. Sampieri,(2014).

Es prospectivo porque iré registrando la información en el momento en que ocurran los hechos. En este proyecto comenzaremos con la recolección de los datos, luego de la formulación de nuestro plan de investigación, se hará la observación de los pacientes en el contexto de internación y se recolectarán los datos a partir del test, que los mismos deberán responder. En base a esto determinaremos si las hipótesis se refutan o se corroboran. Sampieri,(2014).

Principios éticos:

Principio de autonomía

Para garantizar este principio se realizó para presentación del consentimiento informado, donde se explica a los participantes sobre las posibles ventajas, riesgos y su participación de forma voluntaria en el estudio investigativo.

Principio de beneficencia:

Este principio se utiliza para proteger a los participantes de todo daño, respetando sus decisiones, esforzandonos en asegurar su bienestar. Los pacientes no estarán expuestos a ningún daño, solo se utilizará la información como datos para una investigación académica.

Principio de Justicia:

Ante todo se preservará la intimidad de los participantes, ya sea de la recolección de los datos por medio de la entrevista, como lo observado en las historias clínicas, donde bajo ninguna circunstancia se extraeran datos personales ni se divulgarán. Paranhaos, Garrafa, & Melo., (2015).

Sitio donde se realizará la investigación:

Para la realización de la investigación se realizó un estudio de convalidación de sitio con un instrumento que consta de 13 preguntas abiertas, estas preguntas fueron realizadas para tener en cuenta los criterios de inclusión/exclusión por medio de la guía de convalidación de sitio (Anexo I), siendo este el primer control de validez interna, para saber si el lugar es el adecuado, la institución escogida para la realización del estudio investigativo, de dependencia nacional, situado en la zona norte de la ciudad de Rosario, donde se encuentran internados adultos mayores jubilados y pensionados, y excombatientes de Malvinas.

El mismo ocupa toda una manzana, y cuenta con guardia médica las 24 horas, consultorios externos de especialidades médicas, internación sala general, Unidad de Terapia Intensiva(UTI), Unidad Coronaria (UCO). Se utilizaron los criterios de inclusión/exclusión para la cual se seleccionó minuciosamente la población en estudio, en quienes se medirán las variables seleccionadas.

Población y muestra:

Como unidad de análisis se tomará a cada uno de los pacientes adultos mayores que se encuentren hospitalizados en el servicio de UCO, como criterio de inclusión se tomará la edad de entre 65 a 90 años, de ambos sexos, en cuanto a los criterios de exclusión quedarán fuera de dicho estudio los pacientes con Alzheimer, que se encuentran desorientados en tiempo y

espacio, con traumatismo de cráneo, Parkinson, epilepsia, neuropatías, pacientes que tomen psicofármacos, pacientes que se los haya desvinculado de AMV (asistencia mecánica ventilatoria), a fin de asegurar el control de validez interna.

Se tomará la población total de los pacientes que se encuentren internados, por el hecho que la capacidad instalada de UCO es acotada y cuenta con una población escasa, por lo tanto para la recolección de los datos se tomará un período de seis meses, de esta forma nos permitirá obtener el número necesario de unidades de análisis para la realización de nuestro estudio, que será de 90 pacientes.

Para la obtención de los datos de la cantidad de los pacientes hospitalizados en el sector, se consultará con el área de estadística de la institución. (ver anexo III).

Los datos obtenidos en la siguiente investigación solo podrán tener en cuenta en la institución donde se lleva a cabo el estudio, no se podrá generalizar su uso, para eso sería conveniente realizar otro estudio en otra institución, con respecto a la validez externa.

Los pacientes que participen de dicha investigación lo harán de forma voluntaria, preservando la confidencialidad.

Con respecto a la validez externa, los resultados de esta investigación no son generalizables para otras poblaciones.

Los factores que pueden afectar la validez interna como pueden ser la maduración y la mortalidad, porque estos pacientes pueden cambiar su conducta, por ejemplo, aburrirse, fatigarse, evitar que los pacientes abandonen el estudio investigativo.

Técnicas e instrumentos para la recolección de los datos:

Operacionalización de las variables:

Variable: Aparición deterioro cognitivo:

Es la alteración de uno o más dominios cognitivos superiores, en un individuo de la misma edad e igual nivel educativo, pero sin criterios suficientes para como diagnosticar demencia.

Tipo: cualitativa compleja

Función: descriptiva

Escala: ordinal

Dimensión 1: orientación

Es la acción de ubicarse o reconocer el espacio circundante (orientación espacial) y situarse en el tiempo (orientación temporal).

Indicadores:

- Conoce el mes
- El día del mes
- El año
- El día de la semana

Dimensión 2: registro.

Es un reconocimiento de una determinada situación que se considera de relevancia.

Indicador: repetir en voz alta los tres objetos que se mencionan en cualquier orden. (árbol, mesa, avión).

Dimensión 3: atención.

Es la aplicación voluntaria de la actividad mental o de los sentidos a un determinado estímulo u objeto mental sensible.

Indicador: repetir cinco números dígitos en la forma contraria a los que se los mencione. (1, 3, 5, 7, 9).

Dimensión 4: Cálculo.

Se refiere a la cuenta, la enumeración o la pesquisa que se lleva a cabo mediante un ejercicio matemático. El concepto se utiliza como sinónimo de conjetura.

Indicador: tomar un papel con la mano derecha, doblar por la mitad con ambas manos y colóquelo entre las piernas.

Dimensión 5: Memoria.

Es la capacidad de recordar. Imagen o conjunto de imágenes de hechos o situaciones pasados que quedan en la mente.

Indicador: repetir las palabras que se mencionaron en la pregunta número 2. (árbol, mesa, avión).

Dimensión 6: Dibujo.

Realizar un dibujo con dos pentágonos cuya intersección forme un cuadrilátero.

Variable: Edad:

Concepto: refiere a la historia clínica del paciente, expresada en años como el periodo de tiempo que ha pasado desde su nacimiento, como la edad del niño que se expresa en horas, días o meses y la edad adulta en años.

Tipo: cuantitativa simple.

Función: independiente.

Escala: ordinal.

- 65 a 70
- De 71 a 75
- De 76 a 80
- De 81 a 85
- De 86 a 90 años

Variable Sexo:

Concepto: es la calificación de hombres y mujeres teniendo en cuenta numerosos criterios entre ellos características anatómicas y cromosómicas. Femenino y masculino.

Tipo: cuantitativa simple

Función: independiente

Escala: nominal

- Femenino
- Masculino

Variable: Tiempo de estadía hospitalaria:

Concepto: es la unidad de medida de permanencia del paciente en el régimen de hospitalización, ocupando una cama por un intervalo de tiempo.

Tipo: cuantitativa simple.

Función: independiente

Escala: razón

- De 1 a 3 días
- De 4 a 6 días
- De 7 a 10 días
- Más de 15 días

La recolección de los datos se realizará en la institución situada en la ciudad de Rosario, para medir la variable aparición de deterioro cognitivo, se utilizará la técnica de encuesta por medio de un instrumento validado, llamado Cuestionario Mini- Mental, MMSE, el cual fue creado y publicado por primera vez en el año 1975 por Marshal Folstein, Raul R. Mc Hug. El tiempo para su realización es de una duración de entre 5 y 10 minutos (ver anexo IV), lo puede realizar un personal entrenado y sin conocimientos previos en psiquiatría. Dicho examen evalúa el comportamiento, orientación, actitud, percepción, juicio, abstracción y cognición del individuo, por medio de puntos, con una puntuación máxima de 19 puntos y 13 o menos sugiere déficit cognitivo, se descontará un punto por cada respuesta que no sea contestada.

Es muy utilizado para detección y seguimiento evolutivo del deterioro cognitivo. Las desventajas que podrían surgir es que el instrumento no sea bien comprendido por participantes, que la persona a la que se le está realizando el test se ponga nerviosa o que el paciente se niegue a contestar o participar del estudio o que entregue el test sin completar.

La prueba consta de seis preguntas, en la primera se evalúa la orientación en el tiempo y el espacio, se le pide a la persona a la que se le está realizando el test que indique el mes, el día, año y día de la semana, se anotará un punto por cada respuesta correcta.

En la segunda pregunta se pide a la persona que repita en voz alta los tres objetos que se le nombran a continuación (árbol, mesa, avión), no tiene ninguna importancia en el orden en los que lo va a repetir, solo hay que hacerle la salvedad que los recuerde porque se los va a volver a preguntar más adelante. El entrevistador hará un máximo de cinco repeticiones, se registrarán la cantidad de veces en la que se tuvo que repetir. Se anotará un punto por cada objeto recordado.

La tercera pregunta consiste en nombrar cinco números y que el usuario los repita al revés (1,3, 5, 7, 9). Al puntaje máximo de cinco se le irán descontando de a un punto por cada vez que se saltee o no lo mencione en el orden indicado. Evalúa la concentración y el cálculo.

La cuarta pregunta evalúa la destreza motriz del entrevistado, se le da una hoja de papel, se le pide que lo tome con la mano derecha, que lo doble a la mitad con ambas manos y luego que se lo coloque sobre sus piernas. Se anotará un punto por cada acción correcta.

La quinta pregunta consiste en que el usuario repita las tres palabras que se le mencionaron con anterioridad, (mesa, árbol, avión). Se anotará un punto por cada objeto recordado.

La sexta pregunta consiste en pedirle al entrevistado que realice dos pentágonos que se crucen entre y que forme un cuadrilátero. Anotar un punto si se lo realiza correctamente. (ANEXO II).

La ventaja por la que se utilizó el instrumento de mini test mental, en primer lugar, porque es un instrumento validado, sencillo de comprender, solo requiere de 5 o 10 minutos para su realización, lo puede realizar cualquier persona con mínimo adiestramiento, no hace falta que tenga conocimientos previos en psiquiatría.

Para medir la variable sexo, edad se utilizará la técnica de observación y se recolectarán los datos a través una entrevista que se puede realizar antes de comenzar con el test. En cuanto a la medición de la variable tiempo de estadía hospitalaria se puede hacer por medio de la observación de las historias clínicas. (ANEXO II).

Prueba piloto:

La misma se llevará a cabo en el policlínico de la ciudad de Rosario, en el servicio de internación del 2º piso B, ya que su población cuenta con similares características, de esta forma evitaríamos sensibilizar a la población con el conocimiento previo del test, su implementación nos servirá para comprobar su validez, precisión y su confiabilidad (Anexo 4).

Personal a cargo de la recolección de datos:

Adiestramiento del colaborador:

Para este estudio será una participe activa para la recolección de los datos a través de la aplicación del test mini mental, el cual consta de una parte autoadministrada, donde el usuario realiza técnicas como dibujo o de habilidad psicomotriz y otra parte donde se le realizan preguntas donde se observará la presencia o ausencia de aparición de deterioro cognitivo. Para el adiestramiento de los colaboradores se pautarán cuatro encuentros semanales, en el primer encuentro se hablará sobre el propósito de la investigación, se explicará la utilización del instrumento elegido para la recolección de los datos y se charlará sobre las dudas que pudieran surgir, en cuanto a la población, las características del sitio.

En el segundo encuentro se plantearán las dudas que se tengan sobre el instrumento a utilizar, su utilización, se brindará una copia de la entrevista a cada colaborador para su reconocimiento.

En el tercer encuentro se realizará un ensayo de la utilización del instrumento para despejar dudas que surjan, horarios, como comenzarán a realizar la recolección de los datos. En el cuarto encuentro se utilizará para la unificación de los datos que han sido recabados para su posterior análisis.

Solicitaré la colaboración de dos enfermeros que trabajan en el servicio en el turno tarde, y dos enfermeros que trabajan en el turno noche, ese será el horario elegido para la realización de la entrevista, los días de semana, mientras que yo los realizaré los fines de semana.

Para la variable sexo, edad y estadía hospitalaria se utilizará la observación y la entrevista, los datos serán extraídos de las historias clínicas de los pacientes y a través de un cuestionario con ítems a completar y una serie de preguntas abiertas y cerradas dicotómicas. Va a contar con los siguientes ítems: servicio, nombre (solo la inicial) si el entrevistado está de acuerdo, sino se podrá cambiar por el número de cama, edad, sexo, número de días que se encuentra internado. A través de este instrumento recolectaremos los datos que nos permitirán volcarlos en forma de números y representarlos en porcentaje.

Plan de análisis:

Los datos obtenidos serán analizados descriptivamente para cada una de las variables. Las mismas serán representadas mediante una gráfica circular, donde a cada variable le corresponderá un color para su identificación. La información obtenida será ingresada a una base de datos, utilizando el programa informático IBM SPSS Statistics 24.

Aparición de deterioro cognitivo: cualitativa, ordinal, compleja, descriptiva.

Para la medición de la variable aparición de deterioro cognitivo, se utilizará el instrumento validado, MMSE, de mini test mental, a través de la observación. El mismo consta con seis dimensiones y sus indicadores valdrán un punto por cada vez que el entrevistado lo conteste acertadamente. El puntaje más alto equivale a 19 puntos, y por debajo de 13 se considera aparición de deterioro cognitivo.

Orientación:

Conoce el mes. Si- No

El día del mes. Si – No

El año. Si- No

El día de la semana. Si- No

Registro

Menciono tres objetos, por cada objeto que repita correctamente, se le suma un punto.

Árbol. Si- No

Mesa. Si- No

Avión. Si- No

Atención

Se le nombran 5 números, los debe repetir en cualquier orden, por cada acierto, se le sumará un punto.

1. Si- No

3. Si- No

5. Si- No

7. Si- No

9. Si- No

Calculo:

Se le va a entregar un papel a la persona, primero lo deberá tomar con la mano derecha, luego lo doblará con ambas manos y se lo colocará sobre las piernas. Se un punto por cada acción realizada correctamente.

Toma el papel. Si- No

Dobla. Si- No

Coloca. Si- No

Memoria:

El paciente deberá repetir las tres palabras que le repetí con anterioridad. Cada palabra recordada equivale un punto.

Árbol. Si- No

Mesa. Si- No

Avión: Si- No

Dibujo:

El entrevistado deberá realizar el dibujo que se le indique, si su respuesta es correcta, se anotará un punto.

Al final de la entrevista se sumarán la cantidad de puntos de las seis preguntas, siendo la puntuación máxima 19. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.

Para la medición de la variable sexo, cualitativa, simple nominal, se tomarán los datos de las historias clínicas y a través de un cuestionario, donde codificaremos los resultados, siendo F

para sexo femenino y M para sexo masculino. Al finalizar la observación podremos saber cuántos de los participantes son de sexo femenino y masculino.

Para la medición de la variable Edad, cuantitativa, simple, razón y la variable Tiempo de estadía hospitalaria, cuantitativa, simple, independiente, razón, se cuantificarán los datos a través de las historias clínicas y por medio de la entrevista. Se utilizará una escala nominal para medirlas.

Plan de trabajo:

| actividades | Recursos | tiempo |
|---------------------------------|---|-------------------------------|
| Recolección de datos | 5 recurso humano Instrumento de recolección de datos impresos, 90 copias | 6 meses |
| Tabulación de los datos | 1 computadora 1 recurso humano | 4 semanas |
| Reunión con personal adiestrado | Espacio físico | 2 semanas, 2 veces por semana |
| Análisis de los datos | 1 recurso humano | 3 semanas |
| Elaboración de los resultados | 1 recurso humano, 1 computadora | 15 días |
| Conclusiones | 1 recurso humano 1 computadora | 1 semana |
| Redacción del informe final | 1 recurso humano | 2 semanas |
| Difusión de los resultados | 1 recurso humano Medios para su difusión | 4 meses. |

Cronograma de trabajo

| Actividades | Junio | Julio | Agosto | Septiembre | Octubre | noviembre | Diciembre |
|-------------|-------|-------|--------|------------|---------|-----------|-----------|
| Fase 1 | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ | ■ |
| Fase 2 | | | | ■ | ■ | | |
| Fase 3 | | | | | ■ | ■ | |
| Fase 4 | | | | | ■ | ■ | |
| Fase 5 | | | | | | ■ | ■ |
| Fase 6 | | | | | | | ■ |
| Fase 7 | | | | | | | ■ |
| Fase 8 | | | | ■ | ■ | ■ | ■ |

Fase 1: recolección de datos

Fase 2: tabulación de datos

Fase 3: reunión con personal adiestrado

Fase 4: análisis de datos.

Fase 5: elaboración de resultados.

Fase 6: conclusiones.

Fase 7: redacción del informe final

Fase 8: difusión de los resultados

Anexos

ANEXO I

Guía de convalidación del sitio.

- ¿La institución autoriza la realización del proyecto?
- ¿A quién debo dirigirme para pedir la autorización para la realización del estudio?
- ¿Lo puedo realizar en cualquier horario?
- ¿Las personas que trabajan en este servicio, están dispuestas a ayudarme a la recolección de los datos?
- ¿Con que cantidad de camas útiles cuenta el servicio de Unidad Coronaria?
- ¿Los pacientes que se encuentran internados, son reingresos?
- ¿Cuál es el promedio de días de internación de los pacientes?
- ¿Cómo es el giro cama de dicho servicio?
- ¿La institución autoriza la recolección de los datos?
- ¿En el servicio es más predominante el sexo femenino o el masculino?
- ¿Los enfermeros en dicho servicio tienen horario rotativo?
- ¿El servicio cuenta con rutinas por horarios?
- ¿Cuáles son las patologías más frecuentes de los pacientes allí internados?
- ¿Los enfermeros que allí desempeñan su trabajo, pertenecen todos a planta permanente?
- ¿Hay enfermeros contratados o que trabajan allí eventualmente?
- ¿Hay pacientes hospitalizados en el servicio de Unidad Coronaria con enfermedades psiquiátricas preexistentes?
- ¿Se tiene acceso a las Historias Clínicas de los pacientes?
- ¿El personal dispone de tiempo libre para colaborar con mi estudio investigativo?

ANEXO II

Instrumentos:

A través de estas encuestas queremos conocer datos básicos sobre la relación de aparición de deterioro cognitivo, en los pacientes que se encuentran hospitalizados en un policlinico de la ciudad de Rosario. Es una encuesta anónima, lea atentamente cada pregunta y marquela con una X según sea la correcta. Cualquier duda referida a la investigación o a la encuesta será respondida a la brevedad. Muchas gracias por su participación.


Sexo: Femenino () Masculino ()

Edad:

- Entre 65 a 70 años ()
- Entre 71 a 75 años ()
- Entre 76 a 80 años ()
- Entre 81 a 85 años ()
- Entre 86 a 90 años. ()

Tiempo de estadía hospitalaria:

- De 1 a 3 días ()
- De 4 a 6 días ()
- De 7 a 10 días ()
- Más de 15 días. ().

| CUESTIONARIO MINI-MENTAL | |
|--|--|
| <p>Probable déficit cognoscitivo, hacer pregunta: ¿se te olvidan las cosas con mayor frecuencia que lo que para ti era habitual? En caso afirmativo, aplica la encuesta de "mini examen del estado mental". Si en la escala se obtiene una calificación de 13 ó menos puntos, canalizar con el especialista. El resultado de la pregunta inicial anotararlo en la CNSAM.</p> | |
| Evaluación cognitiva (MMSE) modificado | |
| <p>1.- Por favor, dígame la fecha de hoy. Sondear el mes, el día del mes, el año y el día de la semana. Anote un punto por cada respuesta correcta.</p> <p>Mes _____ Día _____ Año _____ Día de la semana _____ Total <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | |
| <p>2.- Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos por que se los voy a preguntar más adelante. Lea los nombres de los objetos lentamente y a ritmo constante, aproximadamente una palabra por dos segundos. Si para algún objeto la respuesta no es correcta, repita todos los objetos hasta que el entrevistado se los aprenda (máximo 5 repeticiones), registre el número de repeticiones que debió leer.</p> <p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Número de repeticiones _____ Total <input style="width: 40px;" type="text"/></p> <p>Anote un punto por cada objeto recordado en el primer intento.</p> | |
| <p>3.- Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9 Al puntaje máximo de 5 se le reduce uno por cada número que no se mencione, o por cada número que se salte, o por cada número que se mencione fuera del orden indicado.</p> <p>Repuestas del paciente _____ Respuesta correcta <u>97531</u> Total <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | |
| <p>4.- Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Entréguele el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.</p> <p>Toma papel _____ Dobla _____ Coloca _____ Total <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | |
| <p>5.- Hace un rato le leí una serie de 3 palabras y ud. repitió las que recordó. Por favor dígame ahora cuáles recuerda. Anote un punto por cada objeto recordado.</p> <p>Árbol _____ Mesa _____ Avión _____ Total <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | |
| <p>6.- Por favor copie este dibujo. Muestre al entrevistado el dibujo con los dos pentágonos que se cruzan. La acción esta correcta si los dos pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero. Anote un punto si el objeto está correcto.</p> <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: center;"> <div style="text-align: center;">  </div> <div style="text-align: right;"> <p>Correcto <input style="width: 40px;" type="text"/></p> </div> </div> | |
| <p>Sume los puntos anotando los totales de las preguntas 1 a 6, puntuación máxima:19 puntos. A partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo.</p> <p style="text-align: right;">Suma total <input style="width: 40px;" type="text"/></p> | |
| 30 000 502/13 | |

ANEXO II

ANEXO II

Consentimiento Informado:

Rosario,

Mi nombre es Jofré Christener Verónica Judith y estoy realizando la investigación de la relación que existe entre la aparición del deterioro cognitivo con el tiempo de estadía hospitalaria, sexo y edad, de los pacientes que se encuentran internados en el Policlínico de la ciudad de Rosario. Se los invita a participar de dicha investigación, el propósito de la misma es determinar se la estadía hospitalaria, la edad y el sexo son influyentes en la aparición de deterioro cognitivo.

En esta investigación se les pedirá que realicen una encuesta a modo de recolección de los datos, la misma será anónima y se invita a todos los pacientes que se encuentren internados participen de la misma.

La participación en la misma es totalmente voluntaria, se puede elegir participar o abandonar la participación cuando desee. No recibirá remuneración alguna por su participación y tampoco padecerá daño alguno.

La información que sea recabada para la investigación será anónima, confidencial, y solo serán utilizados para esta investigación, si la información obtenida fuera de utilidad para otra investigación, se lo contactará para pedir su autorización.

La investigación será publicada para aportar el conocimiento adquirido a la comunidad en general.

Nombre y Apellido:

Firma:

Correo electrónico:

Teléfono de contacto:



FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS
Universidad Nacional de Rosario

----Quien suscribe, Esp. Rosana Nores, Profesora Titular de la Actividad Académica
Tesina de la Escuela de Enfermería de la Facultad de Cs. Médicas de la Universidad
Nacional de Rosario, certifica que Jofre Christener Veronica Judith
es estudiante de la carrera Licenciatura en Enfermería.

El/la mismo/a deberá relevar datos de la Institución de Salud con el objeto de
concretar su proyecto de finalización de la carrera de grado.

La identidad de la institución no será divulgada, en dicho proyecto, los datos
solicitados sólo contribuirán a la planificación de los aspectos metodológicos requeridos, en
esta actividad académica.

Esperamos contar con su valiosa participación, en la formación de nuevos
profesionales. Saluda a Ud. muy atentamente.

P/D: A pedido del interesado, se expide la presente constancia en la ciudad de Rosario,
Provincia de Santa Fe, a los 19 de octubre 2020

Santa Fe 3100
Rosario s2000ktr
Tel. 341 4804558
Fax 341 4804569
www.fmedic.unr.edu.ar

Lic. Pandolfo Mariela
Supervisora.

Nores, Rosana

ANEXO III

Justificación del sitio y resultado del estudio exploratorio:

Con respecto a la realización de la guía de convalidación del sitio se hará una descripción de la Institución donde se realizará el proyecto investigativo. El motivo para su elección es que me encuentro trabajando en el lugar. Antes de comenzar con la recolección de los datos, se solicitó autorización a la Institución para el desarrollo del proyecto investigativo, se presentó el permiso correspondiente, el cual fue emitido por la Catedra de Tesina, de la Carrera de Licenciatura en Enfermería, de la Universidad Nacional de Rosario.

Me dirigí a la Supervisora del servicio, solicitándole el permiso para la recolección de los datos, me presenté con la autorización la cual fue firmada por la misma. En el mismo momento se hizo la presentación del consentimiento informado. Comencé con la primera pregunta de la guía de la convalidación del sitio, si la Institución autorizaba la realización de mi proyecto, la recolección de los datos y la difusión de los mismos, para la cual tuve una respuesta favorable. Se le realizaron con éxito las preguntas de la guía de convalidación de sitio y los datos recabados fueron los siguientes, los horarios en que se puede realizar la recolección de los datos son el horario de la merienda de los pacientes y luego de la medicación de las 19 horas, donde hay menos actividades por parte del personal de enfermería.

Se le consultó al personal de enfermería que trabaja en el servicio si estarían dispuestos a colaborar con mi proyecto, donde ellos recolectarían los datos necesarios para su realización, los cuales no tuvieron inconveniente alguno.

Con respecto a la cantidad de camas útiles con la que cuenta la unidad coronaria UCO cuenta con 10 camas útiles, todas con monitor multiparamétrico, y en el momento de realizar la recolección de los datos todas se encontraban ocupadas.

Los pacientes que se encuentran internados en el momento de la realización de la guía de convalidación de sitio eran todos de nuevo ingreso, el promedio de días en que se encuentran internados es de aproximadamente 14 días, también se puede mencionar que el promedio se realizó según los datos suministrados por el servicio de estadística de la institución correspondiente al año 2019.

Con respecto al giro cama, se trata de un servicio que no tiene alta rotación del paciente, ya que cuando necesitan la colocación de un marcapaso el mismo se debe tramitar desde aquí a Buenos Aires y el mismo llegará por correo aproximadamente en una semana, algo similar ocurre cuando el paciente necesita la colocación de un STEM (Science, Technology, Engineering and Mathematics) este se solicita a Buenos Aires, el paciente deberá ser traslado a otro efector, ya que en esta Institución no se realiza dicha intervención, previo pedido de turno.

La Institución autoriza la recolección de los datos y la difusión de los mismos ya que estos tienen como fin una actividad académica, y solo se utilizarán para este proyecto investigativo.

En cuanto al sexo de los pacientes que se encontraban internados en el momento de la realización de la guía, el sexo femenino superaba en cantidad al sexo masculino.

Los enfermeros que trabajan en dicha Institución tienen horarios fijos, en el servicio de UCO, trabajan 13 enfermeros y la Enfermera Jefa, de lunes a viernes de 6 a 13 horas, trabajan en el servicio tres enfermeros y la enfermera jefe, los cuatro son Licenciados en Enfermería, en el turno de 12 a 19 horas hay dos enfermeros, los cuales son Licenciados, el turno de 18 a 06 se encuentra dividido en dos grupos, el grupo A y el grupo B, el grupo A trabaja una semana lunes, miércoles y viernes, el grupo B esa semana trabaja martes y jueves, rotando así todas las semanas. En ambos grupos trabajan dos enfermeros en cada turno, los cuales son Licenciados.

Los fines de semana trabajan los enfermeros denominados sistema SADOFE, los cuales trabajan sábados, domingos y feriados en dos turnos de 6 a 18 hs y de 18 a 06, cada turno cuenta con dos enfermeros cada uno, todos son Enfermeros profesionales.

El servicio cuenta con rutinas, a las 7 de la mañana se realiza la medicación y un electrocardiograma a cada paciente, a las 9 de la mañana se realizan los baños de los pacientes. A las 13 horas se realiza la medicación, a las 15 horas las higienes y movilizaciones, a las 19 horas la medicación y las higienes, a las 01 medicación.

Las patologías más frecuentes del servicio son IAM (infarto agudo de miocardio), Bloqueos AV, EAP (edema agudo de pulmón), Síndrome coronario agudo, arritmias cardíacas descompensadas, entre otros.

Los enfermeros que se encuentran trabajan en el servicio son todos de planta permanente, y la mayoría hace más de 10 años que trabajan en el servicio, no hay enfermeros que se encuentren contratados, el sector de recursos humanos y sector de estadística no llevan un registro sobre la antigüedad del personal.

Los criterios de inclusión que se tuvieron en cuenta para su construcción fueron pacientes que se encontraran hospitalizados, entre las edades de 65 a 90 años, de ambos sexos, y como criterio de exclusión, pacientes que se encuentran desorientados en tiempo y espacio, con Alzheimer, traumatismo de cráneo, Parkinson, epilepsia, neuropatías, medicación psiquiátrica y pacientes que se hayan desvinculado de AMV.

Los pacientes que se encuentran medicados en su mayoría se encuentran lúcidos, orientados en tiempo y espacio, un pequeño porcentaje de ellos toman medicación para facilitar

el sueño, en el momento de la realización de la guía de convalidación del sitio un paciente se encontraba en AMV.

Las Historias Clínicas de los pacientes son de fácil acceso para el personal de enfermería, se encuentran en una repisa, cada carpeta tiene un número que corresponde al número de cama, allí se guardan todos los estudios, internaciones anteriores, radiografías, etc.

ANEXO IV

Prueba piloto:

La prueba piloto fue realizada en 2do piso B, del policlínico de la ciudad de Rosario, ya que allí se encontraban las características de los sujetos de análisis, se realizó durante un mes, 3 veces por semana, lunes, miércoles y viernes, de 11 a 12 hs y de 15 a 16 hs, se consideró ese horario, ya que es el momento en que los enfermeros ingresan a las habitaciones para ayudar a los pacientes a la hora de almorzar o merendar. Se comenzó la realización del estudio, haciéndoles firmar el consentimiento informado, y luego se comenzó con la entrevista que no llevó más de 10 minutos. Los test debían ser probados para generar el tercer control de validez interna, observando si las personas comprendían las preguntas, si había que cambiar alguna de ellas, para mejor interpretación de los participantes y para brindarle al investigador los datos necesarios para sustentar dichas variables.

La prueba la realizaron en aproximadamente 10 minutos, se les explicó cuál era el propósito de la misma, se les hizo firmar el consentimiento informado, para la realización del test en 15 pacientes. Las personas leyeron las consignas y no hubo complicaciones en la interpretación de las preguntas; en las preguntas edad y sexo se observó que no hubo dificultad, en cuanto a la variable de tiempo de estadía hospitalaria, algunos de ellos referían que con el paso de los días se les dificultaba recordar cuantos días de internación llevaban.

Bibliografía

- Alejandro, T. G. (2020). *Frecuencia de deterioro cognitivo en adulto mayor hospitalizado en el servicio de medicina interna del HNHU*. Obtenido de Universidad Nacional Federico Villarreal: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4306>
- Alligood, M. R., & Tomey, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona, España: ELSEVIER.
- Alonso, v., Espi, M. M., Reina, J. M., Perez, D. C., Perez, A. R., & Gil, M. (2018). Prevalencia de Deterioro cognitivo en España. Estudio de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología* 33, 491-498.
- Arhuire, J. W. (2020). *Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la municipalidad distrital de Cayma 2020*. Obtenido de UNSA Investiga.: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/10877>
- Ariel., R. C. (2019). Prevalencia de deterioro cognitivo leve y rasgos de demencia en adultos mayores de la casa hogar Sagrado Corazon en la ciudad de Ambato. *Libary*, 22-23-24-25.
- Benavides-Caro, D. C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, vol.40(2), 107-112.
- Blasco, C. B., & Ribes, J. V. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases filosoficas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, 3-6.
- Cancino, M., & Rehbein, L. (2016). Factores de riesgo y precursores del deterioro cognitivo. Una mirada psinoptica. *Terapia psicologica*. Vol 34,n 3, 183-189.
- Cardona, A. S., Garzon, M., Arango, D. C., & Cadona, A. S. (2016). Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de Antioquia, Colombia. *R. bras. Est. Pop., Rio de Janeiro*. Vol 33, 613-628.
- Francisco, R. B. (2019). *Formación del personal de enfermería sobre cuidados para pacientes con demencia*. Universidad de la Laguna., Tenerife. España.
- Gerontología, S. E. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor . (pág. 5). Madrid : IMC.
- Hechavaría, M. L., Fernández, M. D., Bron, L. D., & Fernández, D. B. (2015). La atención al Adulto mayor: un reto para la medicina contemporánea. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. volumen 31 n° 3 , 346-352.
- Hernandez, K. d., & Jaimes, E. L. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del area metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Revista Universidad Salud*, 163, 170.
- Hernando-Requejo, V. (2016). Nutrición y deterioro cognitivo. *Nutrición hospitalaria*, 33(4).
- King, M. V., & José Alberto González Cáceres, M. S. (2017). Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 33, 1-15.
- Leonardis, M. P. (2016). *Algunas cifras sobre el envejecimiento poblacional*. Buenos Aires: www.buenosaires.gob.ar.
- Lopez Trigo, J. A. (2017). *Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor*. Madrid: IMC.
- Lopez, M. A. (2015). Teorías y modelos de enfermería usados en la enfermería psiquiatrica. *Revista cuidarte.*, 1108-20.

- M, B.-S., Velasco- Rodriguez R, G. O., A, B.-M., LM, A.-N., & ML, R. (2015, N° 1). Valoración de la capacidad del adulto mayor residente en casa hogar. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*, 9-15.
- Margarita Cancino, L. R. (2016). Factores de riesgo y precursores del Deterioro Cognitivo Leve (DCL): Una mirada sinoptica. *Terapia Psicológica, Volumen 34(3)*, 183, 189.
- Martha Raile Alligood, A. M. (2011). *Modelos y teorías en enfermería*. Barcelona España: ELSEVIER.
- Mendoza, A. D., magaña, J. J., Bojorquez, C., & (2018). Programa de detección del alelo APOE-E4 en adultos mayores mexicanos con deterioro cognitivo . *Gaceta Médica de México*, 555-560.
- Mora, J. A. (6 de diciembre de 2019). *Estado cognitivo de los adultos mayores que acuden al centro de salud El Tejar, Ibarra 2019*. Obtenido de <http://repositorio.utn.edu.ec/handle/123456789/9510>
- Mosby, O. (2011). *Diccionario de Medicina*. Barcelona: Editorial Océano.
- OMS. (5 de Febrero de 2018). *Organización Mundial de la Salud*.
- Paranhaos, F. R., Garrafa, V., & Melo., R. L. (abril de 2015). Estudio crítico del principio de beneficio y daño. *Revista Bioética. Vol 23 n° 1*.
- Pedraza, O. L., Perrilla, H. J., Cruz, A., Boreto, J. A., Montalvo, M. C., Salazar, A. M., . . . Plata., S. J. (2016). Deterioro cognitivo y factores de riesgo cardiovascular y metabólico en una muestra de adultos de Bogotá. *Acta Neurológica Colombiana*, 91-99.
- Perez, M. J., & Villaseñor., D. E. (2016). Deterioro cognitivo y demencia de origen vascular. *Revista Mexicana de Neurociencia*, 85-96.
- Perez, T. d., Aragón, C. M., Leon, G. C., & Aguiar, B. G. (enero- marzo de 2018). El envejecimiento, la vejez y la calidad de vida: ¿ éxito o dificultad?. *Revista Finlay, volumen 8(1)*.
- Pichot, P., Aliño, J. J.-I., & Miyar, M. V. (1995). *DSM IV*. (M. V. Miyar, Trad.) Barcelona (España): MASSON S.A.
- Pozo, C. M., Alonso, J. O., Vidán, M., Ferreira, G., & Rexa, J. A. (2018). Revisión sobre deterioro funcional en el anciano asociado al ingreso por enfermedad aguda. *Revista Española de gerontología de España*, 19-22.
- Quispe Bustamante, R. A. (2020). *Factores asociados de la comorbilidad y el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor en el Hospital Regional del Cusco 2020*. Obtenido de Universidad Andina de Cusco.
- Salud, O. M. (5 de febrero de 2018). *Organización mundial de la Salud*.
- Sampieri, D. (2014). *Metología de la Investigación 6ta edición*. Mexico: Mac Graw Hill.
- Saucedo, M. M., Rosas, R. E., & Gutierrez, E. C. (2019). *Vejez y Envejecimiento una aproximación interdisciplinaria*. Guadalajara: Instituto Tecnológico y de Estudios Superiores de Occidente.
- SEDISA. (2010). Indicadores de Gestión Hospitalaria. *Revista Sedisa n 16*.
- Soledad, A. S. (2020). Promoción y prevención del deterioro cognitivo y demencias en personas mayores. *Ene*.

- Tello-Rodriguez, T., Alarcon, R. D., & Vizcarra-Escobar, D. (2016). Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*.
- Torres, J. A., Forische, P. W., Hernandez, K. M., & Valero, M. R. (2019). Hipoacusia y deterioro cognitivo en adultos mayores. *Medigraphic*, 265-269.
- Tragodara, D. Z., Roque, H., Runzer-Colmenares, F. M., & Parodi, J. F. (2020). Relación entre trastornos neurocognitivos, Diabetes Mellitus Tipo 2 y otros factores en adultos mayores del Centro Médico Naval del Perú, entre los años 2010 a 2015. *Revista Neuro-Psiquiatría*, 87-96.
- Urden, L. D. (2001). *Prioridades en Enfermería de Cuidados Intensivos*. Madrid: Harcourt.
- Ybeth Luna- solis, & V. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de neuro- psiquiatría*, 9,19.