



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Chota, 23 de setiembre del 2025.

C.O. N° 035-2025-UI-FCCSS


CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y EL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD LAJAS, CHOTA 2025”** elaborado por las **Bachilleres en Ruth Thalía Díaz Pérez y Elena Isabel Vásquez Díaz** para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 14%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023- FCCSS-UNACH /C.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,




Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Gr2025

Ruth Thalía Díaz Pérez

INFORME FINAL DE TESIS

 PROYECTO DE TESIS

 UNACH

 Universidad Nacional Autónoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

tm:oid:::1:3345806623

Fecha de entrega

20 sep 2025, 6:41 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

20 sep 2025, 6:49 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

IFT_RUTH_THALIA_DIAZ__ELENA_ISABEL_VASQUEZ_17_1.docx

Tamaño del archivo

320.5 KB

75 páginas

16.521 palabras

95.088 caracteres




14% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía

Fuentes principales

- 14%  Fuentes de Internet
- 6%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 14% Fuentes de Internet
- 6% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	
	repositorio.unach.edu.pe	5%
2	Internet	
	hdl.handle.net	3%
3	Internet	
	repositorio.unu.edu.pe	3%
4	Internet	
	repositorio.uss.edu.pe	<1%
5	Internet	
	www.repositorio.unach.edu.pe	<1%
6	Internet	
	1library.co	<1%
7	Internet	
	repositorio.ucss.edu.pe	<1%
8	Internet	
	repositorio.unsaac.edu.pe	<1%
9	Internet	
	pmc.ncbi.nlm.nih.gov	<1%
10	Internet	
	es.wikipedia.org	<1%
11	Internet	
	dspace.utb.edu.ec	<1%

12 **Publicación****MUNICIPALIDAD DISTRITAL DE LAJAS. "PMR del Distrito de Lajas 2016-IGA0009030...** <1%**13** **Internet****repositorio.uleam.edu.ec** <1%**14** **Internet****repositorio.upagu.edu.pe** <1%**15** **Internet****revcmpinar.sld.cu** <1%**16** **Internet****repositorio.unheval.edu.pe** <1%**17** **Internet****glifos.umg.edu.gt**

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



**ASOCIACIÓN ENTRE LOS FACTORES DE RIESGO Y
EL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES
DEL CENTRO DE SALUD LAJAS, CHOTA 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

**RUTH THALÍA DÍAZ PÉREZ
ELENA ISABEL VÁSQUEZ DÍAZ**

ASESOR

Dra. HUAMAN QUIÑA SALOMÓN (orcid: 0000-0002-8490-6402)

CHOTA – PERÚ

2025



Formato N° 11: Acta de sustentación informe final de tesis

Siendo las 10:00 horas del día 28 de agosto del año 2025, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dra. Rosa Victoria Vargas Campos, secretario (a) Dr. Juan Carlos Alvarado Ibañez, como vocal Dra. María Edelmira Ramos Tarrillo y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) Mg. Salomón Huamán Quíña

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: **"Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025"**

presentado por el (los) bachiller (es): Ruth Thalía Díaz Pérez y Elena Isabel Vásquez Díaz de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó APROBAR el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): 16 (dieciséis) y con la denominación APROBADO CON MENCIÓN HONRIFICA por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 11:30 del 28 de agosto del 2025.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dra. Rosa Victoria Vargas	
Secretario: - Dr. Juan Carlos Alvarado Ibañez	
Vocal: - Dra. María Edelmira Ramos Tarrillo	
ASESOR	
- Mg. Salomón Huamán Quíña	



COMITÉ CIENTÍFICO



Dr. Salomón Huamán Quiña

Asesor



Dra. Rosa Victoria Vargas Campos
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
CEP. 41789

Dra. Rosa Victoria Vargas Campos

Presidente de Jurado Evaluador



Dr. Antonio Sánchez Delgado
Licenciado en Enfermería
CEP: 33631 REE: 5219

Dr. Antonio Sánchez Delgado

Miembro de Jurado Evaluador



Dr. Juan Carlos Alvarado Ibáñez

Miembro de Jurado Evaluador

AGRADECIMIENTO

A Dios, por ser nuestra guía y fortaleza, agradecemos infinitamente por darnos la sabiduría, la paciencia y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa.

A nuestro asesor el Dr. Salomón Huamán Quiña por la orientación y guía en el desarrollo del informe final de tesis.

Al gerente y trabajadores de salud del Centro de Salud Lajas, por el apoyo y brindar la información necesaria para la ejecución de la presente investigación. De igual forma a cada uno de los adultos mayores participantes en el estudio.

Agradecemos a nuestros docentes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional Autónoma de Chota por compartirnos sus conocimientos y brindarnos su apoyo invaluable en el desarrollo de nuestras habilidades y destrezas, las cuales son esenciales para nuestro desempeño como futuros profesionales.

A:

A Dios, nuestra guía y fortaleza, agradecemos infinitamente por darnos la sabiduría, la paciencia y la perseverancia necesarias para culminar esta etapa. Sin su amor este logro no habría sido posible. En cada momento de duda, en cada desafío, sentimos su presencia iluminando nuestro camino y dándonos las fuerzas para seguir adelante.

A nuestras padres y familiares, que fueron la fuente de inspiración para el desarrollo del trabajo de investigación, gracias por su amor incondicional, por su apoyo constante y por ser nuestro refugio en los momentos de dificultad. Gracias por creer en nosotras. ¡Este triunfo es para ustedes!

Ruth y Elena

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	5
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	7
2.3. Definición de términos básicos	15
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	17
3.1. Ámbito de estudio	17
3.2. Diseño de investigación	17
3.3. Población, muestra y unidad de estudio	18
3.4. Operacionalización de las variables	20
3.5. Descripción de la metodología	22
3.6. Procedimiento y análisis de datos	24
3.7. Aspectos éticos y rigor científico	24
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	26
4.1. Factores de riesgo sociodemográficos, conductuales y patológicos en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025	26
4.2. Deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025	32
4.3. Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025	35
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	47
ANEXOS	61

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Factores de riesgo sociodemográficos, conductuales y patológicos en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.	26
Tabla 2.	Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.	32
Tabla 3.	Factores de riesgo sociodemográficos que se asocian con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.	35
Tabla 4.	Factores de riesgo conductuales que se asocian con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.	39
Tabla 5.	Factores de riesgo patológicos que se asocian con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.	42

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

- AM : Adulto mayor
- ABVD : Actividades básicas de la vida diaria
- DC : Deterioro cognitivo
- DCL : Deterioro cognitivo leve
- DCM : Deterioro cognitivo moderado
- DCS : Deterioro cognitivo severo
- IMC : Índice de Masa Corporal
- MIES : Ministerio de Inclusión Económica y Social
- MIMP : Ministerio de la Salud y Poblaciones Vulnerables
- MINSA : Ministerio de Salud
- OMS : Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025. Investigación cuantitativa, no experimental, relacional y transversal, realizado con 131 adultos mayores. La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumentos, el cuestionario de factores de riesgo y una escala del estado cognitivo. Se obtuvo los siguientes resultados: en factores sociodemográficos, la mayoría tenían entre 60 y 65 años, el 51,1% varones, el 40,5% iletrados, el 62,6% casados, el 56,5% de zona rural y el 90,1% sin empleo formal. En factores conductuales, el 21,1% consume tabaco, el 31,3% consume alcohol y el 2,3% consume otras sustancias. En factores patológicos, el 39,7% tienen diabetes mellitus, el 60,3% hipertensión arterial y el 2,3% accidente cerebrovascular. En cuanto al deterioro cognitivo, el 29,0% de los evaluados presentaba un deterioro cognitivo leve, el 8,4% deterioro cognitivo moderado y el 6,1% deterioro cognitivo severo. Se concluye que se encontró asociación entre el deterioro cognitivo y variables como el estado civil (p-valor: 0,000) y la procedencia (p-valor: 0,036) mediante el Chi cuadrado (χ^2); no se halló relación entre el deterioro cognitivo y los factores conductuales (p-valor: > 0,05); en factores patológicos, no se evidenció una relación con el deterioro cognitivo, a excepción del accidente cerebrovascular (p-valor: 0,000).

Palabras clave: Factores de riesgo, deterioro cognitivo, adulto mayor.

ABSTRACT

The study aimed to determine the association between risk factors and cognitive decline in older adults at the Lajas Health Center, Chota 2025. This was a quantitative, non-experimental, relational, and cross-sectional study conducted with 131 older adults. The technique used was a survey, with a risk factor questionnaire and a cognitive status scale as instruments. The following results were obtained: regarding sociodemographic factors, the majority were between 60 and 65 years old, 51.1% were men, 40.5% were illiterate, 62.6% were married, 56.5% were from rural areas, and 90.1% were unemployed. Regarding behavioral factors, 21.1% used tobacco, 31.3% consumed alcohol, and 2.3% consumed other substances. Regarding pathological factors, 39.7% had diabetes mellitus, 60.3% had high blood pressure, and 2.3% had stroke. Regarding cognitive impairment, 29.0% of those evaluated had mild cognitive impairment, 8.4% had moderate cognitive impairment, and 6.1% had severe cognitive impairment. It is concluded that an association was found between cognitive impairment and variables such as marital status (p-value: 0.000) and origin (p-value: 0.036) using the Chi-square (χ^2) test; no relationship was found between cognitive impairment and behavioral factors (p-value: > 0.05); in pathological factors, no relationship with cognitive impairment was evident, except for stroke (p-value: 0.000).

Keywords: Risk factors, cognitive impairment, older adults.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

Alrededor de 50 millones de individuos a nivel global sufren de deterioro cognitivo (DC) estos datos son según la Organización Mundial de la Salud (OMS). A si mismo Cerca del 60% de estos casos se originan en naciones con economías modestas o intermedias. Se calcula que entre el 5% y el 8% de las personas de edad avanzada (AM) podrían enfrentar esta condición en el transcurso de sus vidas [1]. Es bien sabido que, en personas con DC, hay un deterioro de las capacidades mentales más complejas, tales como el razonamiento, la adquisición de conocimientos, el recuerdo, el criterio y la capacidad de elegir [2].

Simultáneamente, existen ciertos aspectos que elevan las chances de que una persona sufra una dolencia [3]; dentro de este contexto, los elementos que no se pueden cambiar abarcan la herencia genética, la etapa de la vida, ser hombre o mujer, el origen étnico y el historial de salud de la familia. Por otro lado, sí se puede influir en aspectos como el nivel educativo alcanzado, las costumbres diarias, sobre todo evitar la falta de ejercicio, el tabaquismo, la dieta desequilibrada y el consumo de bebidas alcohólicas. Frente a esta situación, la OMS ha propuesto acciones combinadas enfocadas en hábitos de vida y medidas específicas para posponer o evitar el declive de las capacidades mentales [4].

Por otro lado, en las Américas más de 10.000 000 personas tienen DC, se estima que esta cifra se incrementará en el futuro. En Latinoamérica, existe aproximadamente 7.600 000 individuos con algún grado de alteración en la función cognitiva [5]. En Cuba, una investigación revela que el 75% de los AM de ochenta años presenta un deterioro cognitivo leve (DCL). Dicho estudio también señala una relación entre esta condición, el ser mujer y tener un grado académico más elevado [6].

De manera similar, en México la prevalencia del DCL fue del 24%, vinculada con factores sociodemográficos como el sexo femenino, los AM, sin grado de instrucción y la existencia de otras patologías, tales como hipertensión arterial (HTA), ataques al corazón y la diabetes. Esto indica, que el incremento en la

esperanza de vida favorece el desarrollo del DC y más aún si el AM presenta dos o más enfermedades crónicas [7].

En Argentina, el 3% de las personas entre 50 y 93 años experimentaron DCL. El nivel educativo resultó ser el factor predictivo más importante para las alteraciones cognitivas, superando incluso a la edad y al género. De hecho, un 11% de los participantes que no completaron la primaria mostraron este deterioro [8]. En Ecuador, según datos del Ministerio de Inclusión Económica y Social (MIES), el 51% de los adultos mayores presentaron DCL [9]; Dentro de los elementos de riesgo vinculados, destacan la necesidad de asistencia para las tareas cotidianas esenciales, la carencia de estímulos mentales, una edad que supera los 75 años, el uso de al menos tres fármacos diariamente y la presencia de HTA [10].

Por su parte, en Chile se ha incrementado las afecciones neurocognitivas, entre ellas el DC, el cual tiene prevalencia actual del 9% asociándose significativamente con la edad, manifestaciones depresivas, problemas visuales, no realizar actividades fuera de casa, no realizar tareas del hogar y no ir de compras; como resultado de lo anterior, se observó que los adultos de edad avanzada muestran una probabilidad un 8% superior de experimentar algún nivel de DC [11].

En Perú, alrededor del 14% de las personas mayores adultas carecen de formación académica o solo tienen estudios básicos. Un 40% logró terminar la primaria, mientras que el 28% llegó a completar la secundaria. Por último, un 18% consiguió acceder a la educación superior [12]. De acuerdo con cifras del Ministerio de Salud y Poblaciones Vulnerables (MIMP), durante el año 2021 se registraron 28446 casos de DC en AM. Este padecimiento, común en esta fase de la vida, restringe la aptitud para llevar a cabo las tareas diarias [13].

A sí mismo, en Perú, una investigación reveló que el 7% de la población presentaba DCL. Entre los elementos que incrementaban las probabilidades de desarrollar este trastorno, se identificaron el nivel educativo, la situación conyugal (sobre todo en individuos que habían pasado por un divorcio), la actividad laboral (estudiantes o empleados formales), el índice de masa corporal (obesidad tipo II), una autopercepción negativa de la salud, enfermedades coexistentes como la HTA y la

obesidad, y una historia familiar de padecimientos como el Alzheimer, demencia temporal, Parkinson y disfunción funcional [14,15].

El Ministerio de Salud (MINSA) propone una guía clínica para el diagnóstico, tratamiento y seguimiento a los pacientes con DCL, el cual incluye rehabilitación neurológica, estimulación cognitiva y/o talleres de memoria, técnicas de modificación de la conducta, psicoeducación al paciente y familia e interconsultas con otras especialidades [16], todas estas intervenciones enfocadas a limitar el daño mediante el diagnóstico y el tratamiento oportuno.

En Cajamarca, investigación realizada reveló que el 45,5% de las personas mayores experimentaban un DC moderado, mientras que un 25,8% manifestaba un DCL y un 4,5% DC, lo cual impacta la autonomía para realizar tareas cotidianas. Esto pone de relieve la relevancia de implementar acciones que eleven la calidad de vida y faciliten el acceso a servicios sanitarios en la zona. La magnitud de esta situación plantea un desafío para la atención geriátrica del lugar [17].

El Centro de Salud Lajas es un organismo público de salud independiente. Ofrece servicios a afiliados y no afiliados, que abarcan desde la prevención y el fomento de la salud, hasta la recuperación y rehabilitación. Implementa, a su vez, planes específicos enfocados en el bienestar comunitario, sobre todo de adultos mayores y discapacitados [18]. Considerando esto, los adultos mayores, dadas sus circunstancias tanto biológicas como sociales, muestran mayor susceptibilidad ante las enfermedades crónicas. En estas, influyen diversos elementos de riesgo, incluyendo aspectos sociodemográficos, de comportamiento y relacionados con la salud. Por lo tanto, se estimó oportuno llevar a cabo el estudio que lleva por título “Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025”.

La pregunta propuesta para abordar el problema fue: ¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025?; la hipótesis planteada establece que: existe asociación significativa entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025. El objetivo general, fue: Determinar la

asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025; los objetivos específicos, fueron: Identificar los factores sociodemográficos, conductuales y patológicos en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025 y Describir el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

Entre las características sociodemográficas de los adultos mayores se observó que la mayoría de estos tuvieron entre 60 y 65 años, el 51,1% fueron varones, el 40,5% iletrados, el 62,6% casados, el 56,5% viven en zona rural y el 90,1% sin empleo formal. Respecto a los factores conductuales, el 21,1% consumió tabaco, el 31,3% alcohol y el 2,3% otras sustancias. Los factores patológicos, el 39,7% tuvieron DM2, el 60,3% HTA y el 2,3% tuvo accidente cerebrovascular (ACV). Con relación al DC el 29,0% tuvo DCL; el 8,4% DC moderado y el 6,1% DC severo. Se encontró relación entre el DC con el estado civil y la procedencia; no se encontró relación entre el DC con los factores conductuales y no existió relación entre el DC con los factores patológicos, a excepción de ACV.

La investigación está organizada en cinco capítulos. El Capítulo I presenta la introducción, donde se expone el contexto del estudio y los objetivos planteados. El Capítulo II contiene el marco teórico, que sitúa el estudio dentro del conocimiento existente. El Capítulo III describe la metodología empleada, detallando los métodos de recolección y análisis de datos. El Capítulo IV muestra los resultados obtenidos junto con su discusión. Finalmente, el Capítulo V incluye las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y anexos que complementan el estudio.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

Nivel internacional

Moreno M. et al. (México, 2023), realizaron un estudio “Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores”, su objetivo fue determinar los factores asociados al DC. Investigación observacional, retrospectiva y transversal, ejecutado con 420 AM. Los resultados muestran que el 61% de los participantes fueron mujeres, el 33% tuvieron más de 75 años y el 85% presentó primaria completa. Los factores independientes asociados al DCL fueron: edad mayor a 75 años, limitación en las ABVD, ausencia de estimulación cognitiva, consumo de tres o más fármacos al día y falta de control de la HTA. Concluyendo que la dependencia de ABVD, falta de estimulación cognitiva, la edad > 75 años, polifarmacia y descontrol de la presión arterial fueron factores de riesgo asociados al DC [10].

Paredes YV. et al. (Colombia, 2021), realizaron una investigación “Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores”, su objetivo fue identificar los factores asociados al DC. Se trató de un estudio cuantitativo, analítico y transversal, con 266 AM. Como resultado, el 51% de AM presentó DC. No se encontró relación directa entre las características demográficas y el DC; sin embargo, las personas mayores de 81 años tuvieron el doble de riesgo de desarrollar DC en comparación con aquellas de 60 a 65 años. Los AM en unión libre mostraron un mayor riesgo en comparación con los solteros y los de múltiples oficios presentaron casi tres veces más riesgo de DC en comparación con los agricultores. En conclusión, en el DC son importantes los factores sociodemográficos y el estado funcional [19].

Rendón L. et al. (España, 2021), realizaron un estudio “Factores predictores del deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años”, tuvo como objetivo establecer la asociación de síntomas depresivos, la calidad del sueño, el estado nutricional y la velocidad de la marcha con el DC de los AM. Este estudio es correlacional y de corte transversal, conformado por 108 AM. Se

identificó que elementos como sentirse deprimido, cómo se duerme, la alimentación y qué tan rápido se camina permitían anticipar quién podría desarrollar deterioro cognitivo. Se concluye que los altos niveles de síntomas depresivos, horas de sueño largas, la malnutrición y una velocidad de marcha lenta se asociaron con el DC de los AM [20].

A nivel nacional

Carrión D y Gómez CC. (Perú, 2022), realizaron una investigación “Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores Huancayo, 2017-2021”, el objetivo fue determinar los factores asociados a DC en los adultos mayores. Estudio cuantitativo, observacional, de nivel relacional con 52 casos y 104 controles. Los resultados muestran que en los factores sociodemográficos el 73,1% de los participantes tenía ≥ 75 años, el 71,2% era de sexo femenino, el 86,5% instrucción básica (< 8 años), 44,5% es soltero (a) o viudo (a), 69,9% de procedencia urbana. Respecto a los factores conductuales, el 36,5% fuma, el 51,9% consume alcohol y el 13,5% consume otras sustancias; y en factores patológicos, el 53,7% tuvo diabetes mellitus y el 53,8% hipertensión arterial, a lo que concluyeron que el bajo nivel de instrucción, estar sin empleo, el no realizar actividad física, se asocian al DC en la población [21].

Vela KR y Suárez JB. (Perú, 2022), realizaron un estudio “Factores de riesgo del deterioro cognitivo en AM del Centro de Salud 9 de octubre – Ucayali, 2021”, el objetivo fue determinar la relación entre los factores de riesgo y el DC. Estudio no experimental, de nivel descriptivo-correlacional y transversal, con muestra de 60 AM. Se encontró que el 36% de los AM tuvo DCL. El 36% de los AM tuvieron DCL. El 13% de AM con 81 a más años tuvieron DCL, el 11% DCM y 5% DCS; el 29% fueron mujeres, el 14% conviven con los hijos(as), el 30% no trabaja, el 20% con educación primaria. El 7% fuman, el 11% consumieron alcohol y el 2% consumieron otras sustancias tóxicas tuvieron DCL. Por otro lado, el 13% con DM2 y el 16% con hipertensión arterial (HTA), tienen DC moderado y el 5% que presenta accidente ACV tuvo DC severo. Concluyeron que hay asociación entre los factores de riesgo sociodemográfico, conductuales y patológicos con el DC [22].

Por su parte Quispe RA. (Perú, 2020), realizaron una investigación “Factores asociados de la comorbilidad y el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor del cusco 2019”, su objetivo fue determinar la relación de los factores asociados de comorbilidad que determinan el DC. La investigación es observacional, de tipo descriptivo-correlacional y corte transversal, con 230 AM. La mayoría tuvieron entre 76 y 80 años, y el DC fue mayor en AM viudos (14%), Se encontró que un mayor tiempo de evolución de comorbilidades, especialmente aquellas con más de 10 años, se relaciona con el deterioro cognitivo. Además, estilos de vida poco saludables, como la falta de consumo de frutas y verduras, contribuyen al deterioro en un rango de 22% a 82%. El consumo de alcohol mostró una relación significativa con el DC, lo que evidencia el impacto de este y otros factores en la disminución de la función cognitiva del AM. Se concluye que los factores asociados del DC como la edad (75 años), ser viudo y los estilos de vida son factores que conllevan al DC [23].

Del mismo modo, Reinoso CA. (Perú, 2020), realizó un estudio “Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 años en el Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2019”, su objetivo fue determinar los factores asociados a DC en AM. Se trató de un estudio cuantitativo, analítico y de corte transversal, con una muestra de 272 AM. En los resultados se encontró que la edad > de 85 años, ser mujer, tener bajo grado de instrucción, no hablar español, no tener un trabajo/oficio, tener un nivel socio-familiar problemático, tener incapacidad moderada a severa son factores asociados con el DC. En conclusión, que el DC es frecuente en los mayores de 85 años, mujeres, escolaridad incompleta, no saber español, no tener trabajo/oficio, nivel socio-familiar problemático e incapacidad moderada-severa [24].

2.2. Bases conceptuales

Teoría Déficit de autocuidado de Dorothea Elizabeth Orem

El estudio se basó en la Teoría del Déficit de Autocuidado, que integra tres enfoques relacionados: la Teoría del Autocuidado, la del Déficit de Autocuidado y la de los Sistemas de Enfermería. Esta teoría plantea que la enfermería es una actividad humana estructurada en diferentes sistemas,

donde los profesionales de enfermería brindan apoyo a quienes enfrentan problemas de salud o situaciones similares que les dificultan el cuidado personal [25].

El autocuidado, según la teoría, es esa serie de acciones que cada uno pone en práctica de manera consciente para seguir adelante, cuidando su salud, creciendo y sintiéndose bien. Esta necesidad y práctica son clave para entender qué necesitan las personas y cómo pueden verse limitadas, algo muy útil para quienes trabajan en enfermería. La teoría del déficit de autocuidado nos dice que, aunque una persona debe ser resiliente ante los cambios internos y externos, si se ve sobrepasada por las exigencias, necesitará apoyo. Este apoyo puede venir de diferentes lados, como la familia, los amigos o los profesionales de enfermería [25].

La perspectiva de sistemas en enfermería entra en juego cuando alguien se ve imposibilitado para llevar a cabo su propio cuidado y es ahí donde la enfermería actúa para suplir esa carencia. Este esquema puede ser completamente sustitutivo, donde el enfermero toma las riendas y realiza casi todas las acciones de cuidado por el individuo; parcialmente sustitutivo, en el que el individuo participa de forma activa en su cuidado y en la toma de decisiones; y de ayuda formativa, cuando el individuo puede cuidarse a sí mismo, pero precisa guía para ajustarse a situaciones nuevas. En este último escenario, la tarea principal del profesional de enfermería es hacer más fácil la comunicación e impulsar el desarrollo de las habilidades imprescindibles para que el individuo conserve su autocuidado [25].

Esta teoría se relaciona con la investigación porque diversos factores de riesgo en la salud de los adultos mayores, como los sociodemográficos, conductuales y de salud, incrementan el riesgo de enfermedades crónicas. Por ello, es esencial promover la educación y el autocuidado, incluyendo hábitos de descanso, alimentación y estimulación mental. Si no pueden llevar a cabo estas actividades de forma autónoma, será la persona enferma quien colabore en la realización de las tareas cotidianas, según sus habilidades, con el objetivo de mantenerse activos y preservar su independencia.

2.2.1. Factores de riesgo del deterioro cognitivo

A. Factores de riesgo

Son condiciones o circunstancias que se presentan y ponen en riesgo a la persona, es decir, constituyen una característica que conduce a la probabilidad de que el individuo contraiga alguna enfermedad o complicación [26].

B. Clasificación de los factores de riesgo

Entre ellos, tenemos:

b.1. Factores sociodemográficos:

- **Edad:** Corresponde al lapso de tiempo transcurrido o vivido por el individuo y se expresa en años, se considera un factor de riesgo para el DC puesto que la edad avanzada ocasionará alteraciones o cambios a nivel del cerebro y la medula espinal, causando que estos mecanismos de automatización de las arteriolas cerebrales lentifiquen y así ocasione la pérdida leve de la memoria [27].
- **Sexo:** Son atributos, tanto del cuerpo como biológicos, que establecen las diferencias entre ambos sexos. A pesar de ellos se ha identificado que el deterioro cognitivo afecta ambos sexos; sin embargo, las mujeres son las que más presentan estos casos, que están asociados a múltiples factores, como el estrés, la economía, la educación, entre otros [28].
- **Grado de instrucción:** El grado de formación académica de un individuo es lo que esto denota. Existe un vínculo entre ambos, pues se ha verificado que individuos con educación básica incompleta o carente de ella tienen mayor probabilidad de sufrir demencia, al contrario de quienes poseen una instrucción más avanzada [29, 30].
- **Estado civil:** Situación del individuo en relación con su familia y colectividad, y se determina por sus relaciones de parentesco y convivencia en el seno familiar. Desde la realidad que les rodea,

las personas obtienen derechos y a la vez asumen responsabilidades, todo ello respaldado por el entorno en el que viven [31].

- **Procedencia:** Corresponde al lugar de origen de la persona. Hacer referencia a la cualidad de procedente, según la moral y la lógica o lo que establece la ley o alguna otra normativa. Es importante en términos legales y en cuestiones de oportunidad de una demanda, petición o recurso [32].
- **Ocupación:** Es el tipo de trabajo que desempeña el individuo. La ocupación viene siendo un factor predisponente ya que se ha determinado que los individuos a lo largo de su vida han laborado en actividades manuales tienden a padecer de DC, a diferencia de aquellos AM que su tiempo pasado han trabajado de manera intelectual [33, 34].

b.2. Factores de riesgo conductuales

- **Tabaquismo:** Es una adicción al tabaco, debido a la presencia de nicotina. El tabaquismo se reconoce como una clave determinante del DC, debido a que su consumo altera el sistema límbico, vinculado con los procesos de aprendizaje. De este modo, los fumadores tienen una mayor inclinación a experimentar declive cognitivo y otras dolencias [35, 36].
- **Alcoholismo:** Padecimiento duradero marcado por la necesidad incesante de ingerir bebidas que contengan alcohol. Es por esto que, beber alcohol en grandes cantidades puede causar daño a nivel neuropsicológico. La persona afectada podría experimentar varios problemas, como fallos en la memoria, complicaciones al aprender con palabras o sin ellas, coordinación entre la vista y el movimiento alterada, falta de adaptación mental, dificultad para solucionar problemas, razonamiento afectado, habilidades para

entender lo que se ve disminuidas, o lentitud al procesar información, por ejemplo [37, 38].

- **Consumo de sustancias tóxicas:** Hace referencia a aquellas sustancias que pueden producir efectos nocivos en el organismo. Tales como drogas, sustancias psicoafectivas y productos químicos. El uso prolongado de estas sustancias a menudo desencadena fuertes ansias incontrolables por consumirlas. Esto ocurre pese a las consecuencias negativas que puedan surgir en la salud, las relaciones, el ámbito académico, el trabajo o la situación legal [39].

b.3. Factores de riesgo patológicos

- **Diabetes mellitus:** Condición patológica de larga duración, trastorna la forma en que el cuerpo procesa los alimentos, resultando en un exceso de azúcar en el torrente sanguíneo. Debido a esto, las personas con DM2 presentan un peligro elevado de desarrollar DC en la edad adulta. Esto se debe a que el azúcar elevado daña los vasos que llevan sangre rica en oxígeno al cerebro, lo que dificulta la circulación adecuada y, finalmente, puede causar la muerte de las células cerebrales [40, 41].
- **Hipertensión arterial:** Se trata de una afección o trastorno que se caracteriza por tensión arterial mayor al rango normal de 120/80 mmHg. Este factor de riesgo es causante de que muchos de los AM sufran DC, debido a que cuando existe una HTA elevada puede desencadenar un ACV [42].
- **Accidente cerebrovascular:** Después de un ACV, es común observar un DC, que se manifiesta en dificultades con diversas habilidades mentales complejas. En algunos casos, esto puede llevar a la demencia, donde la persistente disfunción mental

impacta significativamente la vida diaria y la capacidad de desenvolverse [43].

2.2.2. Deterioro cognitivo

A. Definición

Un problema frecuente en el AM que se manifiesta como un declive en las habilidades mentales clave [44]. Se asocia con la edad avanzada y múltiples factores que se estaría presentando con algunas dificultades y alteraciones en las habilidades mentales las cuales afectaría directamente el pensamiento y el conocimiento [45].

B. Clasificación del deterioro cognitivo

- ✓ **Deterioro cognitivo leve:** Se distingue por la merma en una o diversas capacidades mentales, aunque la persona sigue siendo autónoma en sus actividades diarias. A esto se suma la inquietud del individuo afectado o de sus seres queridos [46]. Se ve afectada la memoria y el pensamiento del individuo más de lo normal para su edad; sin embargo, no interfiere en sus actividades diarias, por otro lado, incrementa el riesgo de desarrollar demencia. Los factores de riesgo, asociados son el envejecimiento, la genética, enfermedades o lesiones a nivel cerebral [47]. El DC se clasifica en DC leve amnésico: se caracteriza porque afecta principalmente a la memoria; DC leve no amnésico: es cuando la memoria no se afecta, pero la persona presenta alteraciones de lenguaje, atención o alteración en las funciones ejecutivas [48].

- ✓ **Deterioro cognitivo moderado:** En esta etapa existe un déficit del rendimiento cognitivo de uno o más dominios cerebrales, a pesar de que las capacidades de atención, lenguaje, memoria y visoespaciales se ven afectadas, la persona mayor aún conserva su autonomía en las tareas cotidianas. Está asociada a múltiples factores de riesgo, entre ellos ser personas mayores, el tabaquismo, sedentarismo, obesidad, hipertensión arterial, elevación de la glucosa, procesos inflamatorios,

accidentes cerebrovasculares, enfermedad arterial coronaria, insuficiencia renal crónica, entre otras [49].

- ✓ **Deterioro cognitivo severo:** Se trata de condiciones que se distinguen por un declive profundo o extenso de las capacidades mentales y prácticas, abarcando el habla, el comportamiento y el movimiento. Además, quienes padecen esta condición suelen necesitar asistencia completa, lo que significa que se ven imposibilitados para llevar a cabo las ABVD. En este tipo de DC, la estimulación basal ayuda a crear canales de comunicación alternos, que ayuden a salir de ese aislamiento, a los individuos con DC severo [50].

C. Epidemiología

El DC representa la séptima causa de fallecimiento a nivel global, además de ser una de las razones primordiales de discapacidad y necesidad de asistencia en la población de edad avanzada. En este contexto, 57 millones de individuos alrededor del planeta experimentan esta condición, siendo más del 60% de ellos residentes de países en desarrollo. Anualmente, se detectan cerca de diez millones de nuevos diagnósticos [51].

D. Cuadro clínico

Es un estado anterior a la demencia, lo que implica que el individuo presenta ya los cambios en el cerebro que dan lugar a esta enfermedad neurodegenerativa. En consecuencia, la sintomatología se agudizará y los afectados sufrirán manifestaciones clínicas marcadas por [52]:

- ✓ Dejar pasar reuniones o preguntar lo mismo una y otra vez.
- ✓ Batallar para mantener el curso de un diálogo o acatar indicaciones fáciles.
- ✓ Que los pensamientos se dispersen con frecuencia o perder la atención muy rápido.
- ✓ Necesitar más tiempo del normal para dar con la palabra justa al hablar.

- ✓ Sentir que le resulta complicado organizar o elegir entre opciones.
- ✓ Extraviarse en rutas conocidas que ha recorrido infinidad de veces.
- ✓ Tener líos para entender cómo es un objeto en el espacio, estimar cuánto hay de un lugar a otro, o al usar escaleras.

E. Diagnóstico

Para el diagnóstico en personas con DC, es importante realizar una historia clínica, seguida de pruebas cognitivas donde se examine la concentración, las funciones de ejecución, la memoria, el lenguaje y orientación [53].

F. Tratamiento

El abordaje del DC es multifacético, pues integra tanto la gestión de los factores de riesgo como las intervenciones no farmacológicas, tales como la estimulación cognitiva y el ejercicio físico aeróbico, que se detallan seguidamente [54]:

- **Intervenciones cognitivas:** Son actividades o técnicas (leer, escribir, escuchar música, hacer ejercicio físico, entre otras) que ayudaran a mejorar el patrón de la activación cerebral aumentando así la reserva cognitiva.
- **Estimulación magnética transcraneal:** Se trata de una técnica basada en campos magnéticos, concebida para activar las células cerebrales y así mitigar las manifestaciones clínicas.
- **Ejercicios físicos:** Los ejercicios físicos aeróbicos han demostrado tener una importancia positiva en la función cognitiva ya que incrementa la irrigación sanguínea favoreciendo la neurogénesis y la memoria cognitiva.
- **Tratamiento farmacológico:** Para abordar el tratamiento con fármacos, contamos con dos grupos principales. Primero, los inhibidores de la acetilcolinesterasa (IACE), que incluyen donepezilo,

rivastigmina y galantamina; estos elevan la cantidad de acetilcolina en el cerebro. Segundo, los antagonistas no competitivos de los receptores glutamatérgicos (NMDA), tales como la memantina, facilitan la modulación del glutamato, optimizando así la cognición y atenuando los síntomas ligados al deterioro cognitivo.

G. Prevención del Deterioro Cognitivo

Aunque no existe forma de evitar el DC, los estudios indican que ciertas elecciones en la vida diaria tal vez disminuyan las probabilidades de sufrirlo. Por lo tanto, adoptar determinados hábitos podría brindar cierta defensa [55]:

- ✓ Evitar el tabaco y modera el consumo de bebidas alcohólicas.
- ✓ Proteger de golpes en la cabeza; usa casco al andar en bici o moto.
- ✓ Mantener bajo control males como diabetes, hipertensión, obesidad y depresión.
- ✓ Realizar control de colesterol LDL y atiéndelo si está fuera de rango normal.
- ✓ Dormir bien y trata cualquier problema relacionado con el sueño.
- ✓ Alimentación de forma sana, priorizando alimentos nutritivos y completos.
- ✓ No aislarse cultiva tus vínculos familiares y amistades cercanas.

H. Alimentos que ayudan a detener el Deterioro Cognitivo

Para impulsar las habilidades mentales, una buena opción es seguir una alimentación equilibrada y rica en nutrientes; se ha comprobado que ciertos alimentos son beneficiosos para optimizar el funcionamiento del cerebro y frenar el DC [56]:

- **Pescados Grasos:** Abundan en el océano el salmón, la trucha y las sardinas, valiosas fuentes de omega-3; estos lípidos apoyan el crecimiento del cerebro, potencian la capacidad de recordar y pueden reducir la probabilidad de enfermedades cardiovasculares.

- **Nueces:** Repletas de antioxidantes, vitamina E, flavonoides y ácidos grasos omega-3, tienen el potencial de mejorar la memoria.
- **Arándanos y aguacate:** Cuidan tu mente, fortalecen el recuerdo, impulsan la circulación en el cerebro, sosteniendo la concentración y agudeza mental.
- **Verduras de Hoja Verde:** Presenta componentes nutritivos que ayudan a contrarrestar el declive de las capacidades mentales y favorecen un buen funcionamiento del cerebro.
- **Huevos:** Contienen mucha colina, un nutriente esencial que ayuda al cerebro a crecer y mejora nuestra capacidad de recordar y concentrarnos.
- **Cúrcuma:** Potencia tu recuerdo, impulsa la creación de neuronas y disminuye el peligro de males que dañan el cerebro.
- **Chocolate Negro:** No solo levantan el ánimo, sino que además resguardan al cerebro del paso de los años y mejoran la capacidad de recordar.

2.2.3. Adulto mayor

A. Definición

Se considera AM a cualquier individuo que haya superado la barrera de los sesenta años de edad [57].

B. Clasificación

Según el Ministerio de Salud (MINSA), existen cuatro grupos, los cuales se detallan a continuación [57]:

b.1. Adulto mayor activo saludable: Cuando el AM no tiene antecedentes de riesgos, sin un cuadro clínico atribuible a enfermedades y con exploración uniforme.

b.2. Adulto mayor enfermo: Problema de salud ya sea repentino, que lleva tiempo o persistente y en distintas fases, generalmente no te impide hacer tu vida normal.

b.3. Adulto mayor frágil: Se considera de alto riesgo si presenta dos o más de estas condiciones: tener 80 años cumplidos o más, necesitar ayuda para algunas actividades diarias, mostrar un DC leve o moderado, experimentar síntomas depresivos, encontrarse en una situación social vulnerable, haber sufrido una caída en el último mes o varias caídas en el último año, padecer tres o más enfermedades de larga duración, tomar más de tres medicamentos de forma continua por enfermedades crónicas durante más de mes y medio, haber sido ingresado en el hospital en el último año, o tener un IMC inferior a 23 kg/m² o superior a 28 kg/m².

b.4. Paciente geriátrico complejo: Un AM presenta tres o más de estas características: una edad igual o superior a ochenta años, coexistencia de múltiples enfermedades crónicas, demencia grave, necesidad de asistencia para actividades diarias, dificultades sociales y una enfermedad en fase terminal.

2.3. Definición de términos básicos

- **Factor de riesgo:** Una circunstancia que eleva las posibilidades de contraer una dolencia. A modo de ilustración, los elementos de riesgo de ACV, se clasifican en aspectos sociales, hábitos de vida y condiciones médicas [58].
- **Deterioro cognitivo:** Afección de la función cognitiva superior o alteraciones en el pensamiento; no hay una sola causa del DC, se calcula que alrededor del 10% al 20% de AM tienen esta afección y el riesgo se incrementa con la vejez [59].

- **Factor:** Estado que puede influir positiva o negativamente en la vida de alguien, íntimamente ligado al entorno socioeconómico, epidemiológico, cultural y natural donde la persona crece y se desenvuelve [60].

- **Memoria:** La memoria es esa capacidad mental que nos permite guardar, transformar y luego recordar información como ideas, sucesos o datos, usándolos cuando y donde los necesitamos en nuestro día a día [61].

- **Adulto mayor:** Cualquier individuo a partir de los 60 años de edad [57].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El distrito de Lajas forma parte de los diecinueve distritos que componen la provincia de Chota, en la región Cajamarca. Se sitúa a unos 2 134 metros sobre el nivel del mar ya 14,1 km de la ciudad de Chota. En su zona occidental, correspondiente al área central de la provincia, predominan climas templados y cálidos, presentes tanto en la capital distrital como en la comunidad de Ajipampa. Limita al norte con el distrito de Chiguirip y la provincia de Cutervo, al sur con Chugur, al este con Chota y al oeste con Uticyacu y Cochabamba [62].

Estudio realizado en el Centro de Salud del distrito de Lajas, de categoría I-4, esta institución brinda servicios de salud preventivo - promocional y recuperativos a toda la población de Lajas con calidad, eficiencia, amabilidad y transparencia durante las 24 horas del día. Además, cuenta con vías de comunicación, incluyendo una carretera que atraviesa Lajas y conecta con Cutervo, Chota, Chiclayo y otros pueblos contiguos [63].

3.2. Diseño de investigación

El estudio adoptó un enfoque cuantitativo, ya que empleó datos numéricos para la recolección, procesamiento, presentación e interpretación de la información obtenida. Asimismo, tuvo un diseño relacional, pues se buscó establecer si existía una relación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en AM [64].

El diseño del estudio fue no experimental, ya que durante la recolección de datos no se intervino ni manipuló ninguna variable, registrándose los datos tal como se presentan en su entorno natural. Además, fue de tipo transversal, dado que la información se obtuvo en un único momento y periodo de tiempo determinado [65].

3.3. Población, muestra y unidad de estudio

3.4.1. Población: La población del estudio estuvo conformada por la totalidad de AM que recibieron atención en el Centro de Salud del distrito de Lajas durante el año 2025, sumando un total de 400 AM según el reporte de la oficina de estadística de dicho Centro de Salud.

3.4.2. Muestra: Para determinar la muestra se aplicó la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Z^2 P Q N}{(N - 1) E^2 + Z^2 P Q}$$

En donde:

N = 400 (Población de adultos mayores)

Z = 1.96 Coeficiente de 95 % de confiabilidad (valor Z curva normal)

p = 0.50 (probabilidad de éxito)

q = 0.50 (probabilidad de fracaso)

e = 0.05 error (5%), error muestral

n = tamaño de la muestra.

La muestra fue 196 AM atendidos en el Centro de Salud Lajas, a quien se aplicó la fórmula ajustada:

$$n = \frac{n}{1 + n/N}$$

Obteniéndose 132 AM, para ello se utilizó el muestreo aleatorio simple, donde todos tuvieron la misma posibilidad de ser parte del estudio. Cabe mencionar que 01 AM no fue partícipe del estudio debido a que se abstuvo, llegando a encuestar a 131 AM.

3.4.3. Unidad de estudio: Lo constituye cada uno de los AM atendidos en el Centro de Salud Lajas, en el año 2025, y que cumplieron con los siguientes criterios:

Criterios de inclusión:

- AM de ambos sexos.
- AM sin problemas severos de audición.
- AM con cualquier grado de instrucción.
- AM que aceptaron participar en el estudio, previa firma del consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- AM que sufren alguna enfermedad crónica discapacitante.
- AM que tuvieron problemas del componente cognitivo (traumatismos, infecciones, alteraciones podría alterar la evaluación cognitiva hidroelectrolíticas, etc.)
- AM con diagnóstico psiquiátrico
- AM que no firmen el consentimiento informado.

3.4. Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Factores de riesgo en el AM	Son condiciones o circunstancias que se presentan y ponen en riesgo a la persona, es decir, constituyen una característica que conduce a la probabilidad de que el individuo contraiga alguna enfermedad o complicación [26].	Factores sociodemográficos	Edad	60-65 años 66-70 años 71-75 años 76-80 años 81-más años
			Sexo	Masculino Femenino
			Grado de instrucción	Iletrado Primaria incompleta Primaria completa Secundaria incompleta Secundaria completa Superior no universitaria Superior universitaria
			Estado civil	Casada (o) Divorciada (o) Soltera (o) Viuda(o)
			Procedencia	Zona urbana Zona rural
			Ocupación	Con empleo Sin empleo
			Factores conductuales	Consumo de tabaco
		Consumo de alcohol		Si No

			Consumo de otras sustancias toxicas	Si No
		Factores patológicos	Diabetes Mellitus	Si No No sabe
			Hipertensión arterial	Si No No sabe
			Accidente cerebrovascular	Si No No sabe
Deterioro cognitivo en el AM	Un problema habitual en la edad avanzada, definido por el declive o merma de capacidades mentales complejas [44].	Evaluación de la función cognitiva.	<ul style="list-style-type: none"> - Recuerda datos y fechas. - Recuerda sucesos actuales. - Recuerda sucesos pasados. - Orientación en tiempo. - Orientación en espacio. - Capacidad de razonamiento. - Realiza operaciones matemáticas. 	<p>Sin deterioro cognitivo: Menos de 2 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores.</p>

3.5. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

La técnica de recolección de datos

Fue la encuesta de tipo presencial y heteroadministrada (respondida por el AM), de carácter anónimo y sincrónica [64]; esto permitió recabar la información en cuanto a los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en los AM.

El procedimiento de recolección de datos

Se envió una solicitud al jefe del Centro de Salud Lajas para tener acceso a la base de datos de relación de AM en estudio; una vez obtenida la autorización se seleccionó la muestra, identificando en un primer momento los AM atendidos en dicho establecimiento de salud. Luego se procedió a informar al responsable de la cartera del AM y a los AM seleccionados sobre el propósito del estudio. Una vez identificado a los AM partícipes del estudio, se procedió a aplicar los instrumentos en el establecimiento de salud o en su domicilio, previa firma del consentimiento informado.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

Se empleó como primer instrumento un cuestionario sobre factores de riesgo de Vala y Suárez - 2022 [21], compuesto por una docena de interrogantes con respuestas predefinidas, se estructura en torno a tres elementos de peligro distintos: en cuanto a los factores sociodemográficos se incluyen 6 preguntas: edad, sexo, grado de instrucción, estado civil, procedencia y ocupación; factores conductuales contempla 3 preguntas: consumo de tabaco, alcohol y otras sustancias tóxicas; y factores patológicos incluye 3 preguntas: diabetes mellitus, hipertensión arterial y accidente cerebrovascular (Anexo 2). Dicho instrumento fue sometido a validez mediante juicio de expertos, lo que permitió determinar su capacidad para recolectar datos en la investigación.

Y para medir el DC se utilizó la Escala de Pfeiffer [66], validado por Martínez et al., 2001 (Anexo 03), tiene 10 preguntas, para determinar si tiene o no DC los AM. La valoración de los ítems se realizó de acuerdo a la respuesta identificada como correcta o incorrecta, asignándole 1 punto por cada respuesta errada y de 0 puntos por cada respuesta correcta, la interpretación se estableció de la siguiente manera: DC = menos de 2 respuestas erradas, DC leve = 3 a 4 respuestas erradas, DC moderado = 5 a 7 respuestas erradas y DC severo = 8 a 10 respuestas erradas.

Validez y confiabilidad

Martínez et al. [67], realizó un estudio para la adaptación transcultural y validación del Short Portable Mental Status Questionnaire (SPMSQ) de Pfeiffer. La fiabilidad inter e intraobservador del SPMSQ-VE fue de 0,738 y 0,925, respectivamente, alcanzando la consistencia interna (Alfa de Cronbach) un valor de 0,82, que indicó ser válido para usar dicho instrumento. La validez convergente fue del 0,74 y la discriminación del 0,23. El área bajo la curva ROC fue de 0,89, siendo la sensibilidad y especificidad de 85,7 y 79,3, respectivamente, para un punto de corte de 3 o más errores. Cabe resaltar que se observaron variaciones en los resultados según el nivel de estudios y la edad de los evaluados, lo cual respalda la pertinencia del uso del instrumento en población adulta mayor.

En relación a los factores de riesgo, no se aplicaron pruebas de validez ni confiabilidad, ya que estos no forman parte de instrumentos de medición, sino que corresponden a datos descriptivos que son observables o autoinformados por los participantes.

En este estudio se hizo uso de recursos materiales (transporte, material de escritorio), recursos humanos, (investigadoras, personal de salud, AM) y recursos económicos (autofinanciado).

3.6. Procesamiento y análisis de datos

Una vez finalizada la recolección de datos, la información fue ingresada al software estadístico SPSS versión 26.0 para llevar a cabo el análisis estadístico correspondiente.

En el análisis descriptivo se determinaron las frecuencias de presentación de los factores de riesgo y del DC en los adultos mayores, con resultados mostrados en tablas de frecuencia absoluta y porcentual. Además, se aplicó estadística inferencial para establecer la relación entre estos factores y el deterioro cognitivo, utilizando la prueba Chi-Cuadrado con un nivel de confianza del 95% y un valor de significancia $p < 0,05$.

3.7. Aspectos éticos y rigor científico

Se utilizaron los siguientes principios éticos [68]:

- **Beneficencia:** Las investigadoras interactuarán en favor de los AM partícipes del estudio, es decir, se respetó este principio ético en todas las fases del estudio, con el fin de prevenir los riesgos ergonómicos y la lumbalgia ocupacional.
- **No maleficencia:** Consiste en la protección de la integridad de los AM, es decir, evitar que sufran algún daño; En esa línea, la información se gestionó protegiendo la identidad de las personas, de forma privada y para estudios e indagaciones.
- **Autonomía:** Se requirió que los participantes dieran su aprobación informada, y además, se les comunicó que tenían la libertad de abandonar el estudio cuando lo considerasen conveniente.
- **Justicia:** Se refiere al trato por igual a cada AM que forme parte de la investigación.

Asimismo, las investigadoras garantizaron la aplicación de los criterios de rigor científico a través de la confidencialidad de los datos personales, lo que contribuyó a la credibilidad del estudio al garantizar que los resultados

obtenidos correspondan a lo realmente observado por las investigadoras; además, la conformabilidad permitió demostrar la certeza de los reportes y evitar su manipulación, y la transferibilidad permitió que la investigación pueda ser replicado en otros contextos similares al estudio [69].

CAPÍTULO IV
RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Factores sociodemográficos, conductuales y patológicos en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025

Tabla 1. Factores sociodemográficos, conductuales y patológicos en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

Factores maternos	n	%
Factores sociodemográficos		
Edad		
60 - 65 años	47	36,0
66 - 70 años	26	19,8
71 - 75 años	26	19,8
76 - 80 años	16	12,2
81 - más años	16	12,2
Sexo		
Masculino	67	51,1
Femenino	64	48,9
Grado de instrucción		
Iletrado	53	40,5
Primaria incompleta	39	29,8
Primaria completa	30	22,9
Secundaria incompleta	5	3,8
Secundaria completa	4	3,0
Estado civil		
Casada(o)	82	62,6
Divorciada(o)	7	5,3
Soltera(o)	6	4,6
Viuda(o)	36	27,5
Procedencia		
Zona urbana	57	43,5
Zona rural	74	56,5
Ocupación		
Con empleo formal	13	9,9
Sin empleo formal	118	90,1
Factores conductuales		
Consumo de tabaco		
Si	29	22,1

No	102	77,9
Consumo de alcohol		
Si	41	31,3
No	90	68,7
Consumo de otras sustancias		
Si	3	2,3
No	128	97,7
Factores patológicos		
¿Tiene la enfermedad de diabetes mellitus?		
Si	52	39,7
No	38	29,0
No sabe	41	31,3
¿Tiene la enfermedad de hipertensión arterial?		
Si	79	60,3
No	33	25,2
No sabe	19	14,5
¿Tiene la enfermedad de accidente cerebrovascular?		
Si	3	2,3
No	24	18,3
No sabe	104	79,4
Total	131	100,0

Fuente: Cuestionario sobre factores de riesgo.

La tabla 1 muestra los factores sociodemográficos, más comunes fueron: el 35,9% de los AM tiene entre 60 y 65 años, el 51,1% mujeres, el 40,5% iletrados, el 62,6% casados, el 56,5% proceden de zona rural y el 90,1% no cuenta con empleo formal. En cuanto a los factores conductuales, se el 21,1% consume tabaco, el 31,3% alcohol y el 2,3% otras sustancias. Respecto a los factores patológicos, el 39,7% tienen diabetes mellitus, el 60,3% hipertensión arterial y el 2,3% ha tenido accidente cerebrovascular.

El análisis muestra que la mayor parte de los adultos mayores están al comienzo de la tercera edad. Se observa una pequeña superioridad numérica de las mujeres y un elevado número de personas sin alfabetizar, lo cual podría dificultarles entender datos sobre su salud. La mayoría están protegidos por la existencia de redes de apoyo, provienen de zonas rurales y carecen de empleo formal, situación que refleja vulnerabilidad socioeconómica. Aparte de eso, se notaron actitudes peligrosas, acciones como el uso de drogas y muchas enfermedades a largo plazo,

lo que muestra lo importante que es evitar problemas, enseñar sobre salud y que todos puedan atenderse.

Estos resultados son similares al estudio de Moreno et al. [10] en cuanto a los factores sociodemográficos, donde el 61% fueron mujeres y el 85% tuvo escolarización inferior a 9 años y al estudio de Carrión y Gómez [21], el 71,2% fueron mujeres y el 86,5% con grado instrucción básica (< 8 años). Esto demuestra la similitud en cuanto a los factores sociodemográficos entre los estudios, específicamente en lo que respecta al género y al nivel educativo, lo cual resulta relevante para comprender el contexto y la representatividad de las muestras.

Sin embargo, existen estudios que son diferentes al resultado encontrado, tal es el caso del estudio realizado por Quispe [23], quién encontró en su investigación que la mayoría de AM tuvieron entre 76 y 80 años y eran viudos; de forma similar, el reporte de Reinoso [24], evidenció que la mayoría de AM tuvieron más de 85 años y presentaban un bajo grado de instrucción.

Además, es importante destacar que los perfiles sociodemográficos son atributos distintivos de un grupo de personas, vinculados a factores como su edad, género, nivel educativo, situación sentimental, origen geográfico y profesión [27]. De acuerdo con ello, el grupo de 60 a 65 años corresponde principalmente a la etapa inicial de la adultez mayor, reflejando los años de vida acumulados; esta característica se toma como un posible peligro para el deterioro cognitivo, puesto que la edad avanzada podría generar modificaciones o cambios en el cerebro y la médula espinal, provocando que los procesos automáticos de las arteriolas cerebrales se hagan más lentos, lo que podría llevar a una ligera pérdida de memoria [27].

Cuando hablamos de sexo, nos referimos a los rasgos físicos y biológicos que distinguen a hombres y mujeres. Si bien se ha observado que el DC impacta a ambos géneros, las mujeres tienden a experimentar estos casos con mayor frecuencia, algo que se vincula a diversos elementos como el estrés, la situación económica y el nivel educativo, entre otros [28].

En cuanto al nivel educativo de personas que no saben leer ni escribir, se observa que los adultos mayores con estudios primarios incompletos o sin escolarización enfrentan un mayor riesgo de desarrollar deterioro cognitivo, en contraste con quienes poseen una formación académica más avanzada [29, 30].

Dentro de lo que entendemos como estado civil, hablamos de cómo te conectas con tu familia y tu comunidad. Esto se define por los lazos de parentesco y cómo vives dentro de tu hogar. A partir de esto, se crean derechos y responsabilidades que son aceptados por la sociedad en la que te mueves. En este sentido, las parejas casadas suelen tener menos problemas de salud, mientras que los solteros o divorciados tienden a enfrentar más riesgos [31]. Tener un compañero de vida ofrece una gran red de afecto y respaldo sentimental, algo muy bueno para la mente y el bienestar. En realidad, el apoyo de tu pareja puede disminuir el estrés y el aislamiento, además de mejorar tu vida, aspectos que se relacionan con una mente más sana [31].

Los datos muestran que la mayoría de los adultos mayores tienen origen rural, área que generalmente presenta niveles de instrucción inferiores a los de la ciudad. Esta limitada formación académica representa un peligro conocido para el deterioro cognitivo, puesto que menos años de estudio podrían significar menos desafíos mentales durante la vida. De hecho, los adultos mayores con poca educación a menudo tienen menos opciones para participar en tareas que activen su mente, lo cual puede favorecer el deterioro cognitivo al envejecer [32].

Desde otra perspectiva, la inserción laboral en la informalidad plantea un desafío inquietante. Una investigación reciente reveló una conexión significativa entre las habilidades cognitivas y este tipo de empleo, sugiriendo que este vínculo podría explicarse por el efecto del entrenamiento y el fortalecimiento de las funciones mentales que promueven las tareas realizadas en el trabajo [33, 34].

En lo referente a los factores conductuales, se observan diferencias importantes con los obtenidos por Carrión y Gómez [20], quienes encontraron que el 36,5% fuma, 51,9% consume alcohol y el 13,5% consume otras sustancias. De manera similar, Vela y Suárez [21] reportaron que el 7% de los adultos mayores fuma, el

11% consume alcohol y un 2% consume otras sustancias tóxicas, siendo esta última proporción comparable con el resultado encontrado.

En esta situación, fumar es una adicción al tabaco, sobre todo por la nicotina. Esto representa uno de los mayores riesgos que provocan el deterioro cognitivo, pues su uso impacta al sistema límbico (vinculado al aprendizaje). Por esta razón, quienes fuman tienen más chance de padecer deterioro cognitivo y otras dolencias [35, 36].

Asimismo, el alcoholismo se entiende como una dolencia persistente que se distingue por una necesidad incesante de ingerir bebidas con alcohol. Esto acarrea un desgaste neurológico y psicológico importante, puesto que el consumo desmedido de alcohol causa problemas en varias funciones cerebrales, como la pérdida de memoria, aprendizaje tanto verbal como no verbal, coordinación entre la vista y el movimiento, agilidad mental, la forma de solucionar problemas, el discernimiento, las capacidades de percepción visual o la rapidez con la que se procesa la información, entre otros [37, 38].

Es verdad que el uso de sustancias dañinas representa solo una fracción menor entre los adultos mayores, pero aun así es algo importante. Hablamos de drogas, sustancias que alteran la mente y productos químicos que pueden perjudicar el cuerpo. Con el tiempo, estas cosas crean problemas serios, como sentir unas ganas enormes de consumirlas y perder poco a poco el control, aunque esto traiga consecuencias negativas para la salud, las relaciones, el trabajo, los estudios o incluso con la ley [39].

En relación con las condiciones médicas, los resultados son consistentes con la investigación de Carrión y Gómez [20], quienes observaron que un 53,7% padecía diabetes mellitus y un 53,8% hipertensión arterial. Por otro lado, Quispe [22] informó que existen elementos vinculados a las ACV, tales como hábitos de vida poco saludables, como una dieta deficiente, la inactividad física o el uso de productos perjudiciales, que favorecen la aparición de enfermedades no contagiosas (DM2, HTA).

En esta línea, los elementos que aumentan las chances de sufrir dolencias y que no podemos cambiar abarcan la herencia genética, la edad, el género, el origen étnico y el historial familiar. Por otro lado, los factores sobre los que sí podemos actuar engloban el nivel educativo y hábitos poco saludables como la falta de ejercicio, fumar, una dieta deficiente y beber alcohol.

La DM2, una condición duradera que trastoca la forma en que el cuerpo procesa los alimentos, se distingue por mantener elevadas las concentraciones de glucosa en el torrente sanguíneo. Por ello, quienes viven con este padecimiento enfrentan un riesgo incrementado de desarrollar enfermedades cardiovasculares, como los ACV. Esto se debe a que el exceso de azúcar en la sangre daña los vasos que llevan oxígeno al cerebro, generando una irrigación deficiente y consecuentemente, muerte del tejido cerebral [40, 41]. En la HTA, identificada como la enfermedad crónica más frecuente entre los AM en estudio, se caracteriza por una tensión mayor al rango normal de 120/80 mmHg, siendo una causa importante de que muchos AM sufran DC, ya que puede desencadenar eventos como accidentes cerebrovasculares, ataques cardíacos e insuficiencia cardíaca o renal [42].

Un ACV, si bien no es frecuente entre las personas analizadas, puede causar un declive importante en la capacidad de realizar tareas mentales complejas. Esto podría incluso llevar a la demencia, donde la deficiencia constante en la mente impacta de forma seria la vida diaria y el desenvolvimiento de una persona. Se calcula que del 30% al 40% de los que sufren ACV experimentan algún tipo de DC [43], incluyendo los AM.

4.2. Deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025

Tabla 2. Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

Estado cognitivo	N	%
Sin deterioro cognitivo	74	56,5
Deterioro cognitivo leve	38	29,0
Deterioro cognitivo moderado	11	8,4
Deterioro cognitivo severo	8	6,1
Total	131	100,0

Fuente: Escala de estado cognitivo.

La Tabla 2 indica que el 29,0% de los adultos mayores evaluados presentan DCL, el 8,4% deterioro cognitivo moderado y el 6,1% deterioro severo. Estos hallazgos reflejan que casi la mitad de los participantes padecen algún grado de deterioro cognitivo, una condición frecuente en la vejez caracterizada por la afectación de las funciones cognitivas superiores [44], asociándose principalmente a la edad avanzada y manifestándose con dificultades y alteraciones en las habilidades mentales que afectan el pensamiento y el conocimiento [45].

En consonancia con esto, Moreno et al [10] señalaron que hay elementos de peligro vinculados al deterioro cognitivo en adultos mayores. Entre ellos sobresalen la necesidad de asistencia para las tareas cotidianas esenciales, la escasa activación mental, superar los 75 años, el uso de al menos tres fármacos al día y la presión arterial alta. A su vez, Felmer y Nazar [11] informaron un aumento en los trastornos neurocognitivos, donde el deterioro cognitivo alcanza una presencia del 9% hoy en día, evidenciando también una relación importante con aspectos como la edad, síntomas de depresión, problemas de visión y la inactividad en el hogar y fuera de él.

Asimismo, Moreno et al [10] descubrieron que el 61% de los adultos mayores estudiados eran mujeres, un 33% superaba los 75 años y un 85% había cursado

menos de 9 años de estudios. En su análisis, señalaron que la dependencia en las ABVD, la escasa estimulación mental, tener más de 75 años, tomar tres o más medicamentos al día y el no tener las PA controlada eran factores que, por sí solos, se vinculaban al deterioro cognitivo leve. Aunque esta medición solo abarca la identificación del nivel de dicho deterioro, los resultados muestran una conexión con factores de riesgo (relativos a la demografía y la conducta).

En la investigación, el DCL, se manifiesta como una condición donde hay falencias en una o varias capacidades del intelecto, aunque la persona sigue siendo autónoma en sus actividades cotidianas. Usualmente, esto viene acompañado de inquietud por parte del individuo o de sus allegados [46]. Este cambio impacta la memoria y el razonamiento en una medida que excede lo esperable para la edad, y aunque no afecta de manera importante el día a día, sí implica un mayor riesgo de que se desarrolle demencia con el tiempo. Los factores de riesgo más importantes son el envejecimiento, la predisposición genética y las enfermedades o daños cerebrales [47].

Asimismo, se observa una pequeña proporción de casos de AM con DC moderado y severo; en el primer caso, se presenta un déficit del rendimiento cognitivo de uno o más dominios cerebrales como la atención, el lenguaje, memoria o las habilidades visoespaciales, sin embargo, a pesar de dichas alteraciones, el AM aún puede desenvolverse por sí misma en las tareas cotidianas; sin embargo, esta situación tiende a vincularse con diversos elementos de peligro, como una edad avanzada, fumar, falta de ejercicio, sobrepeso, presión arterial alta, niveles elevados de azúcar, inflamaciones, derrames cerebrales, dolencia de las arterias coronarias o fallo renal crónico, entre otros [49].

Por lo tanto en el segundo caso, el DC severo es el deterioro total de las funciones cognitivas y funcionales, afectando aspectos como la comunicación, conducta y movilidad, lo que conlleva a una dependencia total del AM al no contar con la capacidad para realizar por sí mismo las ABVD, en estos casos, la estimulación basal se presenta como una estrategia que permite establecer canales de comunicación alternos que ayudan a reducir el aislamiento en personas con DC severo [50].

Sin importar la intensidad del deterioro cognitivo asociado al Alzheimer, es crucial obtener un diagnóstico rápido. Esto se logra mediante test cognitivos, como la Evaluación Cognitiva de Montreal, que analiza la atención, la concentración, las funciones ejecutivas, la memoria, el lenguaje y la ubicación espacial [53].

Por ende, resulta de vital importancia realizar intervenciones cognitivas que contribuyan a mejorar la activación cerebral y aumentar la reserva cognitiva, entre las cuales se incluyen actividades como la lectura, escritura, escuchar música, hacer ejercicio físico, entre otras; de igual manera, los ejercicios físicos aeróbicos resultan beneficiosos ya que incrementan la irrigación cerebral, favoreciendo la neurogénesis y memoria cognitiva; asimismo, el tratamiento farmacológico mediante IACE y NMDA, han mostrado efectos positivos en la ralentización del DC. Finalmente, la estimulación magnética transcraneal constituye otra estrategia terapéutica que busca activar las células cerebrales con el fin de mejorar el cuadro clínico del DC.

4.3. Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

Tabla 3. Factores de riesgo sociodemográficos que se asocian con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

Factores sociodemográficos	Normal		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo severo		Total		Sig p-valor
	N	%	n	%	n	%	n	%	N	%	
Edad											
60 a 65 años	35	26,7	9	6,9	2	1,5	1	0,8	47	36,0	
66 a 70 años	13	9,9	8	6,1	3	2,3	2	1,5	26	19,8	
71 - 75 años	14	10,7	8	6,1	2	1,5	2	1,5	26	19,8	15,847
76 - 80 años	8	6,1	5	3,8	1	0,8	2	1,5	16	12,2	0,198
81 - más años	4	3,1	8	6,1	3	2,3	1	0,8	16	12,2	
Sexo											
Masculino	38	29,9	17	13,0	8	6,1	4	3,1	67	51,1	2,680
Femenino	36	27,5	21	16,0	3	2,3	4	3,1	64	48,9	0,443
Grado de instrucción											
Iletrado	26	19,8	20	15,3	5	3,8	2	1,5	53	40,5	
Primaria incompleta	25	19,1	8	6,1	2	1,5	4	3,1	39	29,8	
Primaria completa	18	13,7	6	4,6	4	3,1	2	1,5	30	22,9	10,674
Secundaria incompleta	2	1,5	3	2,3	0	0,0	0	0,0	5	3,8	0,557
Secundaria completa	3	2,3	1	0,8	0	0,0	0	0,0	4	3,1	
Estado civil											
Casada(o)	54	41,2	22	16,8	5	3,8	1	0,8	82	62,6	
Divorciada(o)	5	3,8	1	0,8	1	0,8	0	0,0	7	5,3	36,040
Soltera(o)	3	2,3	0	0,0	0	0,0	3	2,3	6	4,6	0,000
Viuda(o)	12	9,2	15	11,5	5	3,8	4	3,1	36	27,5	
Procedencia											
Zona urbana	33	25,2	12	9,2	5	3,8	7	5,3	57	43,5	8,552
Zona rural	41	31,3	26	19,8	6	4,6	1	0,8	74	56,5	0,036
Ocupación											
Con empleo formal	10	7,6	2	1,5	0	0,0	1	0,8	13	9,9	3,261
Sin empleo formal	64	48,9	36	27,5	11	8,4	7	5,3	118	90,1	0,353
Total	74	56,5	38	29,0	11	8,4	8	6,1	131	100,0	

Fuente: Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

La Tabla 3 indica que, entre los adultos mayores con deterioro cognitivo leve, un pequeño porcentaje tiene entre 60 y 65 años (6,9%), son mujeres (16,0%), hijos iletrados (15,3%), están casados (16,8%), viven en zonas rurales (19,8%) y no tienen empleo formal (27,5%). Se evidencia una asociación significativa entre el deterioro cognitivo, el estado civil y la procedencia rural, lo que sugiere que la falta de apoyo conyugal y residir en zonas rurales puede influir más en esta condición que factores individuales como edad, sexo o nivel educativo.

Este resultado es diferente con lo reportado por Carrión y Gómez [21], donde encontraron asociación entre el DC y factores como la edad ≥ 75 años, instrucción básica mayor a 8 años y estar desempleado. Del mismo modo, Reinoso [24], identificó como factores asociados la edad > 85 años, ser mujer, tener bajo grado de instrucción y no tener un trabajo.

El DC se ha convertido en uno de los principales motivos de consulta neurológica, especialmente en atención ambulatoria, debido a su creciente prevalencia asociada al envejecimiento [70] ya la importancia limitada que se otorga a la preservación de la función mental. Comprender los mecanismos y variaciones del envejecimiento cognitivo es esencial, pues mientras algunos adultos mayores mantienen un buen desempeño, otros experimentan un deterioro que compromete su autonomía y calidad de vida. [71].

En cuanto al sexo, parece que el deterioro cognitivo afecta más a las mujeres, posiblemente por la bajada de estrógeno y progesterona tras la menopausia. Si bien se ha teorizado sobre cómo las hormonas ováricas influyen en la cognición, el efecto de los andrógenos es menos claro. Aunque sus receptores están por todo el cerebro y actúan en funciones reproductivas y endocrinas, no se ha confirmado su vínculo directo con la función cognitiva [72].

Un escaso nivel de formación (analfabetismo) supone un peligro para la evolución del deterioro cognitivo (DC) en adultos mayores (AM). Por ello, identificar de forma

temprana a quienes tienen este historial puede ayudar a reducir los efectos negativos del DC en su funcionamiento diario. Dado que este síndrome geriátrico es muy común entre los AM, es crucial priorizar métodos de detección y diagnóstico precoz. Estas estrategias servirán, además, como punto de partida para futuras investigaciones enfocadas en prevenir esta condición [73].

En cuanto al DC en los AM casados, puede estar influenciado por factores emocionales y sociales, ya que el matrimonio puede implicar mayores niveles de estrés emocional debido a problemas o conflictos con sus parejas, limitaciones en la interacción social con otras personas fuera del hogar y dependencia emocional hacia la pareja [73].

En cuanto a la procedencia, aunque una parte considerable de las personas mayores con deterioro cognitivo provienen de áreas rurales, las investigaciones enfocadas en estas circunstancias todavía son limitadas. La mayoría de los estudios se centran en otros grupos, como pacientes en residencias o que reciben atención ambulatoria. No obstante, se ha notado que en las zonas rurales hay una mayor incidencia de enfermedades crónicas, las condiciones sociales que influyen en la salud son cada vez más inestables, y todo esto afecta la salud cognitiva de las personas mayores [74].

Finalmente, los AM que no tienen trabajo formal pueden enfrentar una mayor probabilidad de DC debido a la menor interacción social, escasa estimulación cognitiva, menor acceso a servicios de salud y peores condiciones económicas; por ello, es crucial implementar estrategias de intervención que incluyan estimulación mental, ejercicio físico y participación social, además de exigir que las políticas públicas y programas comunitarios brinden el apoyo necesario para fomentar un envejecimiento saludable y activo en esta población [75].

Tabla 4. Factores de riesgo conductuales que se asocian con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

Factores conductuales	Normal		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo severo		Total		Sig p-valor
	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	
Consumo de tabaco											
Si	13	9,9	10	7,6	4	3,1	2	1,5	29	22,1	2,611
No	61	46,6	28	21,4	7	5,3	6	4,6	102	77,9	0,456
Consumo de alcohol											
Si	22	16,8	13	9,9	4	3,1	2	1,5	41	31,3	0,513
No	52	39,7	25	19,1	7	5,3	6	4,6	90	68,7	0,916
Consumo de otras sustancias											
Si	2	1,5	1	0,8	0	0,0	0	0,0	2	2,3	1,391
No	72	55,0	37	28,2	11	8,4	8	6,1	128	97,7	0,966
Total	74	56,5	38	29,0	11	8,4	8	6,1	131	100,0	

Fuente: Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

La Tabla 4 muestra que, entre los adultos mayores con deterioro cognitivo leve, el 7,6% fuma, el 9,9% consume alcohol y el 0,8% usa otras sustancias. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre estas conductas de riesgo y el DC. Esto indica que, aunque algunos presentan consumo de sustancias, estos factores conductuales no son determinantes directos del DC en esta población, por lo que es necesario explorar otras variables que puedan influir en su desarrollo.

A diferencia de la investigación realizada por Vela y Suárez [22], que encontró una vinculación entre hábitos de riesgo y el DC, este resultado es distinto. Ellos resaltaron que el uso de drogas eleva la probabilidad de sufrir problemas de cognición, dando a entender que llevar una vida poco sana podría afectar directamente la capacidad mental de los adultos mayores.

Gran parte de los estudios sobre el impacto neuropsicológico en personas que usan drogas (cocaína, alcohol y más) se han enfocado en analizar habilidades concretas,

sin tomar en cuenta la magnitud del deterioro ni cómo podría vincularse con el estado emocional. Sin embargo, se ha visto que, después de los 25 años, el consumo de estas sustancias se asocia de manera más negativa con el rendimiento mental, puesto que aspectos como la fuerte necesidad de la droga, la dificultad para dejar de consumirla una vez que se empieza, el uso continuado pese a las consecuencias negativas y una alta tolerancia, son elementos de mayor riesgo que perjudican directamente la cognición [76].

A medida que avanzamos en edad, nuestro cuerpo y cerebro experimentan transformaciones que nos hacen más sensibles a diferentes factores, incluyendo el uso de sustancias que alteran la mente. Desde el alcohol y el tabaco, hasta medicamentos controlados como benzodiazepinas, opioides y antidepresivos, estas sustancias pueden tener un impacto importante en cómo funciona nuestro cerebro, afectando funciones mentales clave como la memoria, la concentración, el buen juicio y la ubicación [76].

Además, diversas investigaciones han demostrado que el uso prolongado de estas sustancias en personas mayores se asocia con un mayor riesgo de DC, lo cual puede explicarse debido a que el envejecimiento cerebral disminuye la capacidad de metabolizar fármacos y drogas, prolongando su efecto y aumentando su toxicidad, lo que interfiere con la plasticidad sináptica y el funcionamiento neuronal, agravado por la polifarmacia frecuente en los AM debido a la presencia de múltiples afecciones crónicas, lo cual incrementa el riesgo de interacciones negativas que afectan la salud mental y cognitiva [77].

Finalmente, el consumo continuo de alcohol está asociado con atrofia cerebral que daña áreas asociadas a la memoria y el aprendizaje; asimismo, el uso prolongado de benzodiazepinas incrementa la probabilidad de desarrollar demencia, especialmente en personas con predisposición genética o condiciones psiquiátricas preexistentes como la depresión o la ansiedad. A su vez, el DC también puede convertirse en un condicionante al consumo de sustancias psicoactivas, ya que síntomas depresivos, pérdida de autonomía o trastornos neurocognitivos incipientes pueden llevar al AM a recurrir al uso de estas sustancias psicoactivas [77].

Tabla 5. Factores de riesgo patológicos que se asocian con el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

Factores patológicos	Normal		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderado		Deterioro cognitivo severo		Total		Sig p-valor
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
¿Tiene la enfermedad de diabetes mellitus?											
Si	28	21,4	18	13,7	3	2,3	3	2,3	52	39,7	9,002 0,173
No	19	14,5	11	8,4	3	2,3	5	3,8	38	29,0	
No sabe	27	20,6	9	6,9	5	3,8	0	0,0	41	31,3	
¿Tiene la enfermedad de hipertensión arterial?											
Si	42	32,1	28	21,4	4	3,1	5	3,8	79	60,3	8,294
No	21	16,0	5	3,8	4	3,1	3	2,3	33	25,2	0,217
No sabe	11	8,4	5	3,8	3	2,3	0	0,0	19	14,5	
¿Tiene la enfermedad de accidente cerebrovascular?											
Si	0	0,0	1	0,8	1	0,8	1	0,8	3	2,3	28,060
No	12	9,2	4	3,1	2	1,5	6	4,6	24	18,3	0,000
No sabe	62	47,3	33	25,2	8	6,1	1	0,8	104	79,4	
Total	74	56,5	38	29,0	11	8,4	8	6,1	131	100,0	

Fuente: Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.

La Tabla 5 indica que, entre los adultos mayores con DCL, el 13,7% padece diabetes mellitus, el 21,4% hipertensión arterial y el 0,8% ha sufrido un accidente cerebrovascular. Aunque estas enfermedades crónicas son comunes en esta población, solo se identificó una asociación estadísticamente significativa entre el nivel de deterioro cognitivo y el antecedente de accidente cerebrovascular.

Los hallazgos difieren de los de Vela y Suárez [22], que sí vieron un vínculo entre el deterioro cognitivo y los riesgos patológicos. Si bien estos riesgos son comunes en la población analizada, no se halló una conexión relevante a nivel estadístico con el DCL. Es importante destacar que los AM con diabetes mellitus tienen un mayor riesgo de presentar DC y requerir hospitalización, ya que su manifestación puede ir desde una disfunción ejecutiva sutil hasta la pérdida de memoria y demencia manifiesta; además, se ha observado una mayor incidencia de demencia

por todas las causas, incluida la demencia vascular, en personas con diabetes en comparación con aquellas sin la enfermedad, siendo relevante considerar que tanto el exceso como la deficiencia de glucosa en sangre se relacionan con el DC y una mayor duración de la DM2 se asocia con un empeoramiento de la función cognitiva [78].

Igualmente, problemas cardiovasculares como la HTA, están relacionados con más posibilidades de sufrir DC y demencia. Por lo tanto, controlar la presión y bajar el colesterol con medicamentos disminuye el riesgo de problemas cognitivos, siendo muy importante en adultos mayores con enfermedades crónicas [79].

Se sabe que la HTA es un factor de riesgo bien establecido para el DC relacionado con la edad, especialmente de tipo vascular; si bien es ampliamente reconocido que la hipertensión afecta la integridad estructural y funcional de la vasculatura cerebral, aún no se han establecido con certeza los mecanismos específicos mediante los cuales estas alteraciones provocan daño cerebral, agravan la patología de Alzheimer y promueven el DC [80].

Tras un ACV, diversas capacidades mentales se ven comprometidas, tales como la concentración, la comunicación, el recuerdo y la ubicación. Si además coexisten problemas de salud preexistentes, el riesgo de demencia crece notablemente en estos individuos. El DCL, secuela de un ictus, es un desafío sanitario de gran magnitud, pues hay pocos seguimientos a largo plazo que analicen su evolución. Es vital entender la conexión entre el infarto cerebral y la demencia, para así crear métodos efectivos que ayuden a frenar y suavizar el avance de la demencia en estas personas [81].

Finalmente, es importante tener en cuenta que el DC después de un accidente cerebrovascular puede variar en gravedad desde formas leves hasta severas, afectando a más de la mitad de los sobrevivientes durante los primeros doce meses tras el evento, siendo la incidencia más alta observada poco después del accidente cerebrovascular [82].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En factores sociodemográficos la mayor proporción de adultos mayores incluidos en el estudio tienen una edad entre 60 y 65 años, son varones, analfabetos, están casados, provienen de zonas rurales y no cuentan con empleo formal; en cuanto a los factores conductuales, una proporción significativa consume tabaco y alcohol, mientras que una pequeña fracción hace uso de otras sustancias; respecto a los factores patológicos, cierta cantidad evidenció la presencia de enfermedades crónicas como DM2 e HTA y un pequeño porcentaje ha sufrido accidente cerebrovascular.

- En relación con el deterioro cognitivo, se identificó que una parte importante de los adultos mayores evaluados presenta deterioro cognitivo leve, mientras que un porcentaje menor evidencia deterioro cognitivo moderado o severo, lo cual demuestra una prevalencia significativa de este trastorno en la población adulta mayor evaluada.

- Respecto a los factores de riesgo sociodemográficos, los adultos mayores con deterioro cognitivo leve son en su mayoría mujeres, analfabetos, casados, de procedencia rural y sin empleo formal; además, se encontró asociación significativa únicamente con el estado civil y la procedencia, sin hallarse relación estadísticamente con la edad, el sexo, el nivel de instrucción ni la ocupación, lo cual sugiere que el contexto social y el entorno geográfico podrían influir más directamente en el deterioro cognitivo que otras variables individuales.

- Se observa que muchos adultos mayores con deterioro cognitivo leve consumen tabaco y alcohol, y en menor medida, otras sustancias. Sin embargo, no encontramos una relación clara en las estadísticas entre estas costumbres y el deterioro cognitivo. Esto sugiere que, en este estudio, dichos factores no fueron un riesgo importante para las personas examinadas.

- En relación con los factores de riesgo patológicos, se ha notado que los AM que sufren de un pequeño declive en sus capacidades mentales suelen padecer afecciones como DM2 y HTA y en el caso de ACV, aunque el tamaño de esta muestra es muy reducida, los resultados podrían sugerir una posible relación entre los antecedentes de accidente cerebrovascular y una mayor severidad del DC, a pesar de todo, la escasez de casos de esta enfermedad en nuestro grupo de estudio impidió que encontráramos una relación relevante desde el punto de vista estadístico.

5.2. Recomendaciones

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Impulsar estudios investigativos que abarquen un número más amplio de participantes pertenecientes a grupos poblacionales que se perciben con vulnerabilidad ante el declive cognitivo, esto para fortalecer la fiabilidad de las conclusiones obtenidas.

A los estudiantes de Enfermería de la UNACH

- Llevar a cabo acciones para cuidar y fomentar la salud en centros sanitarios, incorporando juegos y recuperación con el fin de optimizar las habilidades mentales de los adultos mayores.
- Fomentar la formación y concienciación en personas de edad avanzada sobre el valor que tienen las actividades, tanto físicas como mentales, si padecen enfermedades crónicas como diabetes, hipertensión o un ictus, todo ello para potenciar su función cerebral.

A los representantes del Centro de Salud Lajas

- Ejecutar pruebas para detectar de manera temprana el declive mental, junto con acciones que impulsen el bienestar (destrezas cotidianas), tratamientos y recuperación en ancianos que experimentan un leve debilitamiento cognitivo.
- Organizar actividades lúdicas y de entrenamiento mental podría fomentar una mejor interacción social, resaltando así la importancia de honrar esta fase vital, dado que requieren mayor dedicación y asistencia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2020. [consultado 16 agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20afecta%20a%20nivel,demencia%20en%20un%20determinado%20momento.>
2. Instituto Nacional del Cáncer. Deterioro cognitivo. [Internet]. Estados Unidos; INC. [consultado 19 agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/deterioro-cognitivo>
3. Instituto Nacional del Cáncer. Factor de riesgo. [Internet]. Estados Unidos; INC. [consultado 19 agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/factor-de-riesgo>
4. Organización Mundial de la Salud / Organización Panamericana de la Salud. Directrices de la OMS para la reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2020. [consultado 18 agosto del 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf
5. Organización Panamericana de la Salud / Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS - 2020. [consultado 18 agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/demencia>
6. Fonte T, Santos DJ. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Rev cubana med. [Internet]. 2020. [consultado 18 agosto del 2024]; 59(1):e1314. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[75232020000100002#:~:text=Los%20trabajos%20realizados%20en%20Cuba,consecuencias%20personales%2C%20sociales%20y%20econ%C3%B3micas.](#)

7. Moreno M, Castillo J, García LR, Gómez AR. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal. Rev. Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2023.[consultado 16 noviembre del 2024]; 61 (3): 395–S406. Disponible en: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10732693/>
8. Cervigni M, Martino P, Alfonso A, Gallegos M. Cribado de deterioro cognitivo leve en Rosario (Argentina). Resultados por edad, género y nivel educativo. Rev. Neurología Argentina. [Internet]. 2021.[consultado 18 agosto del 2024]; 13 (2): 95-102. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-neurologia-argentina-301-articulo-cribado-deterioro-cognitivo-leve-rosario-S185300282100032X>
9. Ministerio de Inclusión Económica y Social. Informe de Indicadores de Logros de la Población Adulta Mayor atendida por el MIES. [Internet]. Ecuador, 2021. [consultado 18 agosto del 2024]; 13 (2): 95-102. Disponible en: https://info.inclusion.gob.ec/phocadownloadpap/estudios/atencion_intergeneracional/2020/informe_de_indicadores_de_logros_de_la_poblacion_adulta_mayor_atendida_por_el_mies_septima_y_octava_ronda.pdf
10. Moreno M, Castillo J, García LR, Gómez HR. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. [Internet]. 2023 [consultado 16 agosto del 2024]; 61(Suppl 3): S395–S406. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10732693/#:~:text=Conclusiones%3A,al%20DC%20en%20adultos%20mayores.>
11. Felmer L, Nazar G. Factores de riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. Rev. méd. Chile [Internet]. 2023 [consultado el 16

noviembre del 2024]; 151(11): 1490-1500. Disponible en:
https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872023001101490

12. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima – Perú; INEI - 2024. [consultado 16 noviembre del 2024]. Disponible en:
<https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6548711/5706764-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-enero-febrero-marzo-2024.pdf>
13. Ministerio de la Salud y Poblaciones Vulnerables. IV Informe de avances en el cumplimiento de la ley N° 30490: Ley de la Persona Adulta Mayor. Lima – Perú; MIDIS- 2021. [consultado 18 agosto del 2024]. Disponible en:
<https://www.mimp.gob.pe/files/IV-INFORME-DE-LA-LEY-PAM.pdf>
14. Grados PI. Prevalencia del Deterioro Cognitivo Leve y sus factores asociados en una provincia de gran altitud del Perú, durante el periodo 2023. [Tesis de Médico Cirujano] [Internet]. Cerro de Pasco, Perú: Universidad Nacional Daniel Alcides Carrión, 2023. [consultado 09 agosto 2024]. Disponible en:
http://repositorio.undac.edu.pe/bitstream/undac/3715/1/T026_46588131_T.pdf
15. Wicht A. Causas y factores de riesgo del deterioro cognitivo. [Internet]. Lima -Perú, 2024. [consultado 18 agosto del 2024]. Disponible en:
<https://clinicaangloamericana.pe/causas-y-factores-de-riesgo-del-deterioro-cognitivo/>
16. Ministerio de Salud / Hospital Cayetano Heredia. [Internet]. Lima – Perú; MINSA - 2021. [consultado 18 agosto del 2024]. Disponible en:
https://www.hospitalcayetano.gob.pe/PortalWeb/wp-content/uploads/resoluciones/2021/RD/RD_417-2021-HCH-DG.pdf

17. Vásquez CE. Deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cajamarca, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca, 2024. [consultado 02 junio 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/7271>
18. Gobierno Regional de Cajamarca. Recategorizan establecimiento de salud de Lajas. [Internet]. Lima – Perú; GRC- 2023. [consultado 16 noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.regioncajamarca.gob.pe/portal/noticias/det/5819>
19. Paredes YV, Yarce E, Aguirre DC. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. Rev. Interdisciplinaria. [Internet]. 2021. [consultado 03 agosto 2024]; 38 (2): 59-72. Disponible en: <https://www.redalyc.org/journal/180/18066677004/html/>
20. Rendón L, Sierra I, Benavides C, Botello Y, Guajardo V, García L. Factores predictores del deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años. Enfermería Clínica. [Internet]. 2021. [consultado 09 agosto 2024]; 31 (2): 91-98. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1130862120305271>
21. Carrión D y Gómez CC. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores del Puesto de Salud Xauxa, periodo 2017-2021. [Tesis de Médico Cirujano] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Continental, 2022. [consultado 03 agosto 2024]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11297/2/IV_F_CS_502_TE_Carrion_Gomez_2022.pdf
22. Vela KR, Suárez JB. Factores de riesgo relacionados al deterioro cognitivo en AM del Centro de Salud 9 de octubre – 2021. [Tesis de Licenciatura] [Internet]. Pucallpa, Perú: Universidad Nacional de Ucayali, 2022. [consultado 03 de septiembre 2024]. Disponible en:

<https://repositorio.unu.edu.pe/items/a9ba96a6-2e4e-4ef6-a22b-acb1b4f3b132>

23. Quispe RA. Factores asociados de la comorbilidad y el deterioro cognitivo del paciente adulto mayor en el hospital regional del cusco 2019. [Tesis de Médico Cirujano] [Internet]. Cusco, Perú: Universidad Andina del Cusco, 2020. [consultado 09 de septiembre 2024]. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/3377/Roberto_Tesis_bachiller_2020.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Reinoso CA. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 años en el Hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2019. [Tesis de Médico Cirujano] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma, 2020. [consultado 21 de septiembre 2024]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/2999/CREINO_SO.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Revista Gac Méd Espirit. [Internet]. 2017. [consultado 09 de septiembre 2024]; 19(3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20del%20autocuidado&text=Es%20una%20conducta%20que%20existe,vida%2C%20salud%20o%20bienestar%208.
26. Comisión Honoraria para la Salud Cardiovascular. Factores de riesgo. [Internet]. 2024.[citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://cardiosalud.org/factores-de-riesgo/>
27. Senado, DJ. Los factores de riesgo. Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]. 2016. [citado 03 septiembre 2024]; 15 (4): 446-452. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251999000400018&lng=es.

28. Clínica Universidad de Navarra. Edad. [Internet]. España, Madrid. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario-medico/terminos/edad>
29. Instituto Nacional de Estadística. Concepto de sexo. [Internet]. INE, España. [citado el 03 de septiembre 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/dyngs/INE/es/index.htm?cid=581>
30. Instituto Vasco de Estadística. Nivel de instrucción. [Internet]. 2024. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: https://www.eustat.eus/documentos/opt_0/tema_165/elem_2376/definicion.html
31. Abarca, BN, Chino, ML, Llacho, K, Gonzales, KM, Vázquez, CC. Relación entre Educación, Envejecimiento y Deterioro Cognitivo en adultos mayores. [Internet]. Arequipa, 2018. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/187>
32. Instituto Nacional de Estadística. Estado civil. [Internet]. Lima, Perú: INE; 2017. [citado el 16 de noviembre del 2024]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1711/cap03.pdf
33. Definición.com. Procedencia. [Internet]. Lima, Perú; 2024. [citado el 16 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://definicion.com/procedencia/>
34. Instituto Nacional de Estadística. Concepto de ocupación. [Internet]. INE, España. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.ine.es/DEFIne/es/concepto.htm?c=4614#:~:text=Se%20define%20la%20ocupaci%C3%B3n%20como,del%20puesto%20de%20trabajo%20desempe%C3%B1ado.>
35. Picó-Monllor José Antonio. La ocupación laboral como factor de protección en el nivel de deterioro cognitivo. Medicina. seguro. traba. [Internet]. 2022

- junio [citado 2024 septiembre 03]; 68 (267): 83-89. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2022000200001&lng=es. Publicación electrónica el 20 de febrero de 2023. <https://dx.doi.org/10.4321/s0465-546x2022000200001>.
36. Ministerio de Salud Pública y Bienestar social. Tabaquismo. [Internet]. Paraguay, 2024. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.mspbs.gov.py/taquismo.html>
37. Queijeira, I. Tabaco y cerebro. [Internet]. 2024. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: https://adiccioneslegales.utaca.org/index.php?V_dir=MSC&V_mod=shownews&idn=2383&V_idmod=62
38. Instituto Nacional del Cáncer. El alcoholismo. [Internet]. Estados Unidos. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/alcoholismo>
39. Aguilar-Navarro Sara Gloria, Reyes-Guerrero Jorge, Borgues Guilherme. Alcohol, tabaco y deterioro cognoscitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años. Salud pública Méx. [revista en la Internet]. 2007. [citado 03 septiembre 2024]; 49(4): s467-s474. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000005&lng=es.
40. Organización Panamericana de la Salud. Abuso de sustancias. [Internet]. Washington, DC. [citado el 16 de noviembre del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
41. Organización Panamericana de la Salud. Diabetes. [Internet]. Washington, DC. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/diabetes>

42. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. Cerebro y diabetes. [Internet]. Estados Unidos. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.cdc.gov/diabetes/es/diabetes-complications/el-cerebro-y-la-diabetes.html#:~:text=Los%20niveles%20altos%20de%20az%C3%BAcar%20en%20la%20sangre%2C%20con%20el,c%C3%A9lulas%20del%20cerebro%20pueden%20morir.>
43. Organización Mundial de la Salud. Hipertensión. [Internet]. Ginebra, Suiza. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: https://www.who.int/es/health-topics/hypertension#tab=tab_1
44. Campuzano S, Gómez I, Suárez JC. Deterioro cognitivo de origen vascular y demencia vascular esporádica: revisión narrativa de tema basada en la evidencia. Acta Neurol Colomb. [Internet]. 2022 [citado el 11 de septiembre 2024]; 38(3): 172-181. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-87482022000400172
45. Instituto Nacional del Cáncer. Deterioro cognitivo. [Internet]. Estados Unidos. [citado el 03 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/deterioro-cognitivo>
46. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y tratamiento del deterioro cognitivo en el Adulto mayor. [Internet]. 2012. [citado el 05 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
47. Mora RG, Garcia VP, Fernandez VL, Unzueta J, Rodriguez E. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. Revista de Neurología. [Internet]. 2012. [citado el 06 de septiembre del 2024]; 54 (5): 303-310. Disponible en:

https://gredos.usal.es/bitstream/handle/10366/156908/4.%20DCL_REv%20Neurol_Mora%20et%20al.%2c%202012.pdf?sequence=1&isAllowed=y

48. Sociedad Española de farmacia clínica, familiar y comunitaria. Deterioro cognitivo leve. [Internet]. España, 2023. [citado el 21 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.sefac.org/system/files/2023-09/Guia-deterioro-cognitivo-leve%20%283%29%20%281%29.pdf>
49. Van Giau V, Bagyinszky E, An SSA. Potential fluid biomarkers for the diagnosis of mild cognitive impairment. Revista Int J Mol Sci. [Internet].2019 [citado el 06 de septiembre del 2024];20(17). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31450692/>
50. Sequeira, L. Deterioro cognitivo moderado y factores de riesgo. Revista Clinica de la Escuela de Medicina. [Internet].2019. [citado el 06 de septiembre del 2024]; 9 (5): 16-22. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcliescmed/ucr-2019/ucr195c.pdf>
51. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2025 [consultado 2 setiembre 2025]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
52. Piqueras M. Qué es el deterioro cognitivo, grados de avance y síntomas [Internet]. 2025 [consultado 2 setiembre 2025]. Disponible en: <https://www.sanitas.es/biblioteca-de-salud/tercera-edad/demencias/demencia-deterioro-cognitivo>
53. García, M, Gómez, A, Alba, OT, Carrasco, L. Efectos de la estimulación basal en deterioro cognitivo severo: Informe de un caso único. Revista La Salle. [Internet].2020. [citado el 06 de septiembre del 2024]; 2 (1): 1-14. Disponible en: <https://publicaciones.lasallecampus.es/index.php/MOVE/article/view/16/26>

54. Jongsiriyanyong S, Limpawattana P. Mild Cognitive Impairment in Clinical Practice: A Review Article. Am J Alzheimers Dis Other Demen. [Internet]. 2018 [citado el 06 de septiembre del 2024];33(8):500–7. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30068225/>
55. Mayo Clinic. Deterioro cognitivo leve. [Internet]. Rochester, Minnesota: Mayo Clinic; 2025 [consultado 2 setiembre 2025]. Disponible en: <https://www.mayoclinic.org/es/diseases-conditions/mild-cognitive-impairment/symptoms-causes/syc-20354578>
56. Gsinapsis. 10 alimentos que pueden potenciar tu Salud Cognitiva [Internet]. Maimi, Florida: Gdinapsis; 2024 [consultado 2 setiembre 2025]. Disponible en: <https://www.gsinapsis.com/10-alimentos-que-pueden-potenciar-tu-salud-cognitiva/>
57. García G, Sáez A, Barreto P. Tratamiento del deterioro cognitivo. Revista Medicina - Programa de Formación Médica Continuada Acreditado. [Internet]. 2023. [citado el 06 de septiembre del 2024];13(74): 4382-4394. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0304541223000616?via%3Dihub>
58. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud del Adulto Mayor [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2010 [citado 16 de noviembre 2024]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
59. Instituto Nacional del Cáncer. Factor de riesgo. [Internet]. Estados Unidos; 2023. [citado el 06 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/factor-de-riesgo>
60. Alzheimers. gov. ¿Qué es el deterioro cognitivo leve?. [Internet]. Estados Unidos; 2024. [citado el 10 de septiembre del 2024]. Disponible en:

<https://www.alzheimers.gov/es/alzheimer-demencias/deterioro-cognitivo-leve>

61. Enriquez JM, Aguirre I. Concepto de factor de riesgo como medida de asociación y efecto: tipos y utilización. Cirugía Española. [Internet]. España; 2021. [citado el 10 de septiembre del 2024]. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/357285341 Concepto de factor de riesgo como medida de asociacion y efecto tipos y utilizacion Concept of risk factor as an estimate of association and treatment effect Measures and meaning](https://www.researchgate.net/publication/357285341_Concepto_de_factor_de_riesgo_como_medida_de_asociacion_y_efecto_tipos_y_utilizacion_Concept_of_risk_factor_as_an_estimate_of_association_and_treatment_effect_Measures_and_meaning)
62. Alaniz F, Durán FB. Memoria: Revisión conceptual. Revista Boletín Científico de la Escuela Superior Atotonilco de Tula. [Internet]. 2022. [citado el 10 de septiembre del 2024]; 9 (17): 45-52. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/357613492 Memoria Revision conceptual](https://www.researchgate.net/publication/357613492_Memoria_Revision_conceptual)
63. Wikipedia. Distrito de Lajas. [Internet]. 2024. [citado el 10 de septiembre del 2024]. Disponible en: [https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito de Lajas](https://es.wikipedia.org/wiki/Distrito_de_Lajas)
64. De Peru.com. Lajas. [Internet]. 2024. [citado el 10 de septiembre del 2024]. Disponible en: <https://www.deperu.com/salud-nacional/establecimientos-de-salud-gbno-regional-minsa/lajas-lajas-2699>
65. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
66. Tamayo M. Diccionario de la investigación científica. 2º ed. México: Editorial Limusa. 2006.
67. Cibersam. Banco de instrumentos y metodologías en Salud Mental. Barcelona; 2015. Disponible en: <https://bi.cibersam.es/busqueda-de-instrumentos/ficha?ld=67>

68. Martínez J, Dueñas R, Vílchez O, Taberné A, Colomer A, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)* [Internet]. 2001[citado el 16 de noviembre del 2024];117(4):129-134. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-3088>
69. Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial. Adoptada por la 18 Asamblea Médica Mundial, Helsinki, Finlandia, junio de 1964 y enmendada por la 29 Asamblea Médica Mundial, Tokio, Japón, octubre de 1975, la 35 Asamblea Médica Mundial, Venecia, Italia, octubre de 1983 y la 41 Asamblea Médica Mundial, Hong Kong, septiembre de 2011. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policias-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
70. Polit Denise F, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud: principios y métodos. 6ª ed. México: McGraw-Hill, 2000.
71. Saldaña AI, Herrera J, Esteban E, Martín MA, Simón P, Salgado, et al. Deterioro cognitivo en el paciente muy anciano: estudio retrospectivo en una consulta de neurología. *Rev Neurol* [Internet]. 2018 [citado el 08 de abril del 2025];67(9): 325-30. Disponible en: <https://www.svnps.org/wp-content/uploads/2021/05/deterioro-cog-pac-ancianos.pdf>
72. Suárez CL, Gross TR. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. *RIC* [Internet]. 2019 [citado 4 junio 2023]; 98(1): 88-97. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=86230>
73. Targonskaya A, Wieczorek C, Maslowski K. Hormonas endógenas y deterioro cognitivo en mujeres: revelando la compleja interacción. *Women*. [Internet]. 2024. [citado 09 abril del 2025]; 4 (2), 116-129. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2673-4184/4/2/9>

74. Concha Y, Castro J, Petermann F, Troncoso C, Díaz X, Cigarroa I. Asociación entre nivel educacional y sospecha de deterioro cognitivo en personas mayores chilenas: resultados de la Encuesta Nacional de Salud 2016-2017. Rev Med Chile. [Internet]. 2022; [citado 09 abril del 2025]; 150 (1): 1575-1584. Disponible en: <https://www.scielo.cl/pdf/rmc/v150n12/0717-6163-rmc-150-12-1575.pdf>
75. Paredes Y, Yarse E, Aguirre DC. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. Interdisciplinaria. [Internet]. 2021 [citado 09 abril del 2025]; 2021, 38(2), 59-72. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/351798914_Deterioro_cognitivo_y_factores_asociados_en_adultos_mayores_rurales
76. Estrada AM, Casado DM. Deterioro cognitivo y estilo de vida en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Revista Académica Sociedad Del Conocimiento Cuzac. [Internet]. 2024 [citado 09 abril del 2025]; 4(2), 62-75. Disponible en: <https://revistasociedadcuzac.com/index.php/revista/article/view/142>
77. Contreras Y, Miranda O, Orbeal NA. Factores pronósticos del deterioro cognitivo en pacientes adictos a sustancias psicoactivas. [Internet]. 2023 [citado 09 abril del 2025]. Disponible en: <https://revmedmilitar.sld.cu/index.php/mil/article/view/2846/2110>
78. Deví B, Xifré M, Oviedo LM, Abellán T, López D. Relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en población adulta mayor de 60 años: una revisión sistemática. Revista Colombiana de Psiquiatría. [Internet]. 2024 [citado 10 abril del 2025]; 53 (3): 385-395. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745022000932>
79. Xue M, Xu W, Ou YN, Cao XP, Tan MS, Tan L, Yu JT. Diabetes mellitus y riesgos de deterioro cognitivo y demencia: una revisión sistemática y

metanálisis de 144 estudios prospectivos. Res. del envejecimiento [Internet]. 2019 [citado 10 abril del 2025]; 55:100944. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31430566/>

80. American Diabetes Association. Adultos mayores: Estándares de atención en diabetes, 2025. Res. del envejecimiento [Internet]. 2019 [citado 10 abril del 2025]. Disponible en: https://diabetesjournals.org/care/article/48/Supplement_1/S266/157556/13-Older-Adults-Standards-of-Care-in-Diabetes-2025
81. American Diabetes Association. Hipertensión, neurodegeneración y deterioro cognitivo. Hypertension. [Internet]. 2024 [citado 10 abril del 2025]; 81 (5): 991-1007. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/epub/10.1161/HYPERTENSIONAHA.123.21356>
82. American Diabetes Association. Deterioro cognitivo después de un accidente cerebrovascular isquémico y hemorrágico: una declaración científica de la Asociación Estadounidense del Corazón/Asociación Estadounidense de Accidentes Cerebrovasculares. Stroke. [Internet]. 2023 [citado 10 abril del 2025]; 54: e272–e291. Disponible en: <https://www.ahajournals.org/doi/10.1161/STR.0000000000000430>

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Consentimiento informado

Consentimiento Informado

Título de la investigación:

“Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025”

Objetivo de la investigación:

Determinar la asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025

Yo....., identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería Ruth Thalía Díaz Pérez y Elena Isabel Vásquez Díaz; acepto dar la información solicitada por las investigadoras de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida no será revelada.

Chota,.....de..... del 2025.

Firma

Anexo 2. Ficha de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Profesional de Enfermería

“Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025”

Cuestionario sobre factores de riesgo

(Autor: Vala y Suárez, 2022)

I. PRESENTACIÓN

A continuación, se presenta preguntas, la cual deberá marcar con una X la respuesta que usted considere adecuada. La información que usted proporcione es de importancia para la investigación, se sugiere la verdad.

II. FACTORES MATERNOS

A. FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

1. Edad

- a) 60-65 años
- b) 66-70 años
- c) 71-75 años
- d) 76-80 años
- e) 81-más años

2. Estado civil

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Grado de instrucción

- a) Iltrado
- b) Primaria incompleta
- c) Primaria completa
- d) Secundaria incompleta
- e) Secundaria completa
- f) Superior no universitaria.
- g) Superior universitaria

4. Estado civil

- a) Casada (o)
- b) Divorciada (o)
- c) Soltera (o)
- d) Viuda(o)

5. Procedencia

- a) Zona urbana
- b) Zona rural

6. Ocupación

- a) Con empleo formal
- b) Sin empleo formal

B. FACTORES CONDUCTUALES

7. Consumo de tabaco

- a) Si
- b) No

8. Consumo de alcohol

- a) Si
- b) No

9. Consumo de otras sustancias tóxicas

- a) Si
- b) No
- Cuales son.....

C. FACTORES PATOLÓGICOS

10. ¿Tiene la enfermedad de diabetes mellitus?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

11. ¿Tiene la enfermedad de hipertensión arterial?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

12. ¿Tiene la enfermedad de accidente cerebrovascular?

- a) Si
- b) No
- c) No sabe

Otra enfermedad

Anexo 3. Ficha de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de Enfermería**

“Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025 ”

Escala de estado cognitivo

(Autor: validado por Martínez et al., 2001)

DATOS GENERALES

Fecha:

Nombre y apellidos.....

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

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

* **Nota:** Colocar un punto (1) por cada error y si responde la pregunta colocar cero (0), a las personas con primaria incompletas y analfabetas restar un punto a la suma total.

Anexo 4. Matriz de consistencia

Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnicas de instrumentos
Asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas,	¿Cuál es la asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025?	Objetivo general Determinar la asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025. Objetivos específicos ✓ Identificar los factores	H1: La asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025,	Técnicas ✓ Encuesta Instrumentos ✓ Cuestionario de factores de riesgo. ✓ Escala de estado cognitivo (Pfeiffer).

Chota 2025		<p>sociodemográficos en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.</p> <p>✓ Describir los factores conductuales en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.</p> <p>✓ Describir los factores patológicos en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025.</p>	<p>es significativa.</p> <p>H0: La asociación entre los factores de riesgo y el deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro de Salud Lajas, Chota 2025, no es significativa.</p>	
---------------	--	---	---	--