



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DENTRO DEL
CENTRO GERONTOLÓGICO INTEGRAL DE ATITALAQUIA HGO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

PLESS. ARAUJO PEREYRA KARLA ITZEL

DIRECTOR DE TESIS

D.C.E. LOPEZ NOLASCO BENJAMIN

CO-DIRECTORA

M.C.E. MAYA SANCHEZ ARIANA

TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HGO. MARZO 2022



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN



LICENCIATURA EN ENFERMERÍA

**NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DENTRO DEL CENTRO
GERONTOLÓGICO INTEGRAL DE ATITALAQUIA HGO**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE LICENCIADA EN ENFERMERIA

PRESENTA:

PLESS. ARAUJO PEREYRA KARLA ITZEL

DIRECTOR DE TESIS

D.C.E. LOPEZ NOLASCO BENJAMIN

CO-DIRECTORA

M.C.E. MAYA SANCHEZ ARIANA



SINODALES

PRESIDENTE: D.C.E: JOSE ANGEL HERNANDEZ MARIANO

VOCAL: D.C.E: BENJAMIN LOPEZ NOLASCO

SECRETARIO: Dra. EDITH ARACELI CANO ESTRADA

SUPLENTE: M.C. E: ARIANA MAYA SANCHEZ

TLAHUELILPAN DE OCAMPO, HGO, MARZO 2022

DEDICATORIAS

Esta tesis está dedicada a:

A mis padres Héctor David Araujo Reyes y Maritza Pereyra Rojas quienes, con su amor, paciencia me han permitido llegar a cumplir hoy un sueño más, gracias por inculcar en mí el ejemplo de esfuerzo y valentía, de no tener adversidades porque Dios está conmigo siempre

A toda mi familia porque con sus oraciones, consejos y palabras de aliento hicieron de mí una mejor persona y de una u otra forma me acompañaron en todos mis sueños y metas.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a mis padres por ser mi pilar fundamental y haberme apoyado incondicionalmente pese a las adversidades e inconvenientes que se presentaron

A Dios por ser mi guía y acompañarme en el transcurso de mi vida, brindándome paciencia y sabiduría para culminar con éxito mis metas propuestas.

A mi director de tesis D.C.E: Benjamín López Nolasco y codirectora M.C.E: Ariana Maya Sánchez quien con su experiencia, conocimiento, motivación y paciencia me orientaron en la investigación.

A los todos docentes que con su sabiduría, conocimiento y apoyo me motivaron a desarrollarme como persona y profesional en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.

ÍNDICE

DEDICATORIAS.....	3
AGRADECIMIENTOS.....	4
INDICE DE TABLAS	7
INDICE DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	9
ABSTRAC.....	10
I. INTRODUCCIÓN.....	11
II. JUSTIFICACIÓN.....	12
III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	14
IV. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	15
4.1 Deterioro	15
4.2 Cognicion	15
4.3 Adulto mayor	18
4.4 Modelo de Sor Callista Roy: Modelo de Adaptación.....	20
V. HIPOTESIS.....	25
VI. OBJETIVOS.....	25
6.1 Objetivo General.....	25
6.2 Objetivo Específico.....	25
VII. METODOLOGIA.....	26
7.1 Tipo de Estudio.....	26
7.2 Diseño Metodológico.....	26
7.3 Limites de Tiempo y Espacio.....	26
7.4 Universo.....	26
7.5 Muestra.....	26
7.6 Criterios.....	26
7.7 Variables.....	27
7.8 Instrumento.....	27
7.8.1. Descripción.....	28

7.9 Procedimiento.....	28
7.10 Análisis Estadístico.....	28
7.11 Recursos Humanos, Materiales y Financieros	50
7.12 Cronograma de Actividades.....	46
7.13 Difusión	40
VIII. CONSIDERACIONES ETICO LEGALES.....	29
IX. RESULTADOS.....	33
X. DISCUSIÓN.....	34
XI. CONCLUSIÓN.....	37
XII. BIBLIOGRAFÍA.....	38
XIII. ANEXOS Y APÉNDICES.....	39

INDICE DE TABLAS

Tabla No 1: Variables sociodemográficas	33
Tabla No 2: Medición nivel de deterioro cognitivo	35
Tabla No 3: Estadística inferencial	35

INDICE DE FIGURAS

Figura No 1: Esquema del modelo de adaptación de Callista Roy	23
---	----

INDICE DE APENDICES

Apéndice 1: Oficios de solicitud y respuesta de las instituciones	42
Apéndice 2: Operacionalización de las variables	48
Apéndice 3: Cronograma de actividades	49
Apéndice 4: Carta de consentimiento informado	51
Apéndice 5: Recursos humanos, materiales y financieros	52

RESUMEN

Introducción: El deterioro cognitivo es un problema que se presenta con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento. La función cognitiva es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro. **Objetivo:** Evaluar el nivel de deterioro cognitivo en el adulto mayor del Centro Gerontológico Integral de Atitalaquia Hgo **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo y transversal, con un universo de 30 adultos mayores Se utilizó el Minimental State Examination este cuenta con 30 ítems de escala tipo Likert. Se dividen en 6 apartados: orientación temporal, orientación espacial, fijación, atención cálculo, recuerdo y lenguaje Para la captura y procesamiento de los datos se hizo uso del programa SPSS. **Resultados:** La mayoría de la población es del género femenino, representando el 80% del total de adultos mayores, el 36.7% del total de los adultos mayores están entre 66-70 años, y de mayor rango de 81-85 años, con un 3.3%. En cuanto al nivel de deterioro cognitivo normal fue de 46.6%, sospecha patológica 46.6%, deterioro 6.6%, **Discusión:** Se encontró una similitud en el estudio denominado “deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México” realizado por Mejía Arango, et. Al. A diferencia del estudio titulado “deterioro cognitivo en adultos mayores de costa rica: situación y factores de riesgo en centros diurnos. **Conclusión:** Con base a los resultados obtenidos se concluye que posterior a la evaluación los adultos mayores se encuentran con deterioro cognitivo

Palabras clave: Deterioro Cognitivo, Adulto mayor

ABSTRAC

Introduction: Cognitive impairment is a problem that occurs more frequently in the elderly population as a consequence of aging. Cognitive function is the integral functioning of perception, attention, ability, orientation, memory, language and calculation, which in aging suffer some degree of deterioration. **Objective:** To evaluate the level of cognitive impairment in the elderly at the Centro Gerontológico Integral de Atitalaquia Hgo

Materials and methods: Descriptive and cross-sectional study, with a universe of 30 older adults The Minimental State Examination was used, it has 30 items of Likert type scale . They are divided into 6 sections: temporal orientation, spatial orientation, fixation, attention, calculation, memory and language. The SPSS program was used to capture and process the data. **Results:** The majority of the population is female, representing 80% of the total of older adults, 36.7% of the total of older adults are between 66-70 years old, and with a higher rank of 81-85 years, with a 3.3%. Regarding the level of normal cognitive deterioration it was 46.6%, pathological suspicion 46.6%, deterioration 6.6%,

Discussion: A similarity was found in the study called "cognitive deterioration and associated factors in older adults in Mexico" carried out by Mejía Arango, et al. . Al. Unlike the study entitled "Cognitive impairment in older adults in Costa Rica: situation and risk factors in day centers. **Conclusion:** Based on the results obtained, it is concluded that after the evaluation, older adults find themselves with cognitive impairment

Keywords: Impairment cognition, Older adult

I. INTRODUCCIÓN

A lo largo de este reporte de investigación se analizó el nivel de deterioro cognitivo posterior a una estimulación cognitiva de los adultos mayores del centro gerontológico ubicado en el municipio de Atitalaquia, Hidalgo. Con la finalidad de analizar el nivel de deterioro cognitivo que pudieran presentar los pacientes, antes y después de la estimulación cognitiva. Esto debido a que, según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), entre el 2015 y el 2030, el 56% de la población con edad de 60 años o superior tendrá un deterioro cognitivo.

Se presentó un estudio cuantitativo de tipo cuasi experimental, del cual tomamos como universo un total de 30 adultos mayores y trabajando con el 100%. En un periodo comprendido de agosto de 2018 a junio de 2019.

Todo esto se llevó a cabo tomando como referencia el modelo teórico de adaptación de Sor Callista Roy.

Se utilizó el instrumento Minimental state Examination de folstein para la evaluación del deterioro cognitivo el cual está compuesto por 30 ítems divididos en 6 categorías.

II. JUSTIFICACIÓN

En el mundo se calcula que existen aproximadamente 23.4 millones de personas con demencia. En el 2025, esta cifra ascenderá a 42 millones de personas en correspondencia con el incremento de la expectativa de vida al nacer en muchos países en vías de desarrollo, donde se provee que la población mayor de 65 años incremente a 390 millones a 800 millones¹

Según la organización de las naciones unidas en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años a superior tendrá un crecimiento de del 56%.

La cognición en términos generales se entiende como el funcionamiento intelectual que nos permite interactuar con el medio en que nos desenvolvemos². La capacidad de sostener información en la memoria inmediata se mantiene en vejez. Sin embargo, la capacidad de mantener presentes múltiples datos y manipularlos mentalmente disminuyen ciertas medidas conforme aumenta la edad³.

La hospitalización puede causar deterioro funcional (DF) en las personas mayores. Entre los factores comunes asociados al DF durante la hospitalización se incluyen la edad, la comorbilidad, un DF previo, la inmovilidad, las caídas en el último año, el deterioro cognitivo, el delirium, la depresión y la polifarmacia. Los estudios han demostrado que tanto el deterioro cognitivo como el delirium se han asociado de forma independiente con el DF durante la hospitalización. Sin embargo, se conoce menos sobre el efecto conjunto del delirium y el deterioro cognitivo sobre el DF. En un estudio los pacientes con delirium y demencia tuvieron menor Índice de Barthel (IB) en el ingreso y en el seguimiento⁴.

En el mundo hay unos 47 millones de personas que padecen demencia, y cada año se registran cerca de 10 millones de nuevos casos. La demencia es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores de 65 años. La demencia vascular constituye la segunda causa de demencia en adultos mayores y en ocasiones su diagnóstico es poco asertivo por la variedad y similitud de síntomas entre las diferentes enfermedades que originan demencia vascular, incluyendo

CADASIL (acrónimo inglés de *Cerebral Autosomal Dominant Arteriopathy with Subcortical Infarcts and Leukoencephalopathy*); particularmente el déficit cognitivo es de los síntomas más complejos de diagnóstico, teniendo en cuenta que su manifestación clínica depende de la magnitud y localización de la lesión. La enfermedad de CADASIL, aunque se constituye como una infrecuente causa de demencia vascular de naturaleza hereditaria a nivel mundial, representa

una patología de gran importancia en el ámbito nacional, dado que en familias colombianas se ha reportado mutaciones que conllevan a dicha patología.

Por lo tanto, su diagnóstico y tratamiento constituyen un reto para el personal clínico, sabiendo que la identificación temprana y precisa es la mejor estrategia para evitar la progresión precoz de la enfermedad y el mejoramiento de la calidad de vida del paciente. De acuerdo con lo anterior, se realizó una revisión de la diferenciación clínica del déficit cognitivo del CADASIL con respecto a las demás demencias vasculares, con el fin de generar una herramienta que apoye la diferenciación clínica de dicha patología⁵.

Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), entre los años 2000 y 2050 la población mayor de 60 años se duplicará, pasando de un 11% a un 22% del total de la población mundial. Debido a esto, es necesario comprender los cambios fisiológicos y morfológicos asociados al envejecimiento y así poder hacer frente a las demandas de cuidados específicos de los adultos mayores.

Uno de los cambios que se produce en esta etapa del ciclo vital se relaciona con las capacidades cognitivas, las cuales se asocian tanto a factores biológicos, morfológicos y ambientales. En el proceso de envejecimiento la masa cerebral disminuye paulatinamente y las células del sistema nervioso central sufren cambios en sus componentes. Además, existen factores como la actividad física, actividades de vida diaria y alimentación que pueden variar en esta etapa y afectar a las capacidades cognitivas tales como memoria y concentración. Sumado a lo anterior, a medida que aumenta la expectativa de vida, es mayor la probabilidad de casos de demencia, siendo un ejemplo de demencia avanzada el Alzheimer.

III. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo es uno de los problemas que se presentan con mayor frecuencia en la población adulta mayor como consecuencia del envejecimiento. La función cognitiva es el funcionamiento integral de la percepción, atención, habilidad, orientación, memoria, lenguaje y cálculo, los cuales en el envejecimiento sufren algún grado de deterioro. Entre algunas de las funciones de la memoria que no se afectan notablemente o permanecen estables son la memoria semántica y la de procedimiento. En la misma medida las funciones de la memoria que más se afectan en el adulto mayor, son la memoria de trabajo, episódica y prospectiva⁶.

La cognición en términos generales se entiende como el funcionamiento intelectual que nos permite interactuar con el medio en el que nos desenvolvemos. Con el envejecimiento se presentan en el cerebro de forma normal cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que dependiendo de la plasticidad cerebral y de la actividad redundante de muchas funciones cerebrales pueden llevar a presentar alteraciones cognitivas o continuar su función normal⁷.

El deterioro cognitivo en las personas mayores puede generar un aumento en la mortalidad y se asocia a una mayor utilización de los servicios de salud.

El deterioro cognitivo y el envejecimiento son procesos que traen cambios en el transcurso de la vida³.

Por la problemática antes mencionada surge la siguiente pregunta de investigación:

Pregunta de investigación

¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo en el adulto mayor dentro del centro gerontológico integral de Atitalaquia, Hidalgo?

IV. MARCO TEÓRICO

- **DETERIORO COGNITIVO:** Los criterios de demencia, tal y como están especificados en la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los trastornos mentales (DSM IV), requieren que el paciente tenga déficit cognitivo en dos o más áreas, tales como memoria, lenguaje, cálculo, orientación y juicio. Además, el déficit ha de ser lo suficientemente importante como para originar incapacidad social o laboral.⁹

Se recomienda el uso de test neuropsicológicos e instrumentos de cribado, como el MMSE (Mini Mental State Examination) de Folstein, para detectar y seguir la evolución del deterioro cognitivo. Es cierto que la interpretación de sus resultados depende de factores como la edad y el nivel educativo, pero en general, los pacientes que presentan déficit cognitivo en dos o más áreas suelen obtener una puntuación inferior a 24.

Los pacientes con un profundo déficit de memoria, pero sin otros déficits cognitivos, así como los pacientes con pequeños déficits en varias áreas cognitivas, pero sin deterioro funcional doméstico ni laboral, no reúnen criterios para poder ser diagnosticados de demencia.¹¹

Se considera que estos pacientes padecen Deterioro Cognitivo Leve, o Deterioro Cognoscitivo Leve (más conocido por sus siglas en inglés, MCI, por Mild Cognitive Impairment). Este Deterioro Cognitivo Leve constituye un estado transicional entre el envejecimiento normal y la demencia leve.

El Deterioro Cognitivo Leve en el que sólo está presente el trastorno de la memoria ha sido denominado Deterioro Cognitivo Leve de tipo amnésico, ya que se define mediante la enfatización del deterioro de la memoria aislado.⁷

Estos pacientes suelen obtener en el MMSE entre 24 y 28 puntos, pero a menudo lo hacen peor en el apartado relativo a la memoria, tanto en este test como en otros test cognitivos. Cuando se lleva a cabo un seguimiento evolutivo longitudinal de estos pacientes, encontramos que aproximadamente el 15% de ellos atraviesa cada año la barrera que supone ya el paso a la demencia, generalmente del tipo Alzheimer.

En otros casos puede estar afectada otra área, como por ejemplo el lenguaje o la función ejecutiva, de manera también aislada. Hablamos entonces de Deterioro Cognitivo Leve de dominio único distinto de la memoria. Cuando hay más de un área afectada, hablamos de Deterioro Cognitivo Leve de múltiples dominios.

Las personas con un envejecimiento normal también pueden tener algunos déficits leves (por ejemplo, su velocidad de proceso mental y su memoria para los nombres declinan con la edad). Sin embargo, el seguimiento longitudinal de estos sujetos muestra escasos cambios con el paso del tiempo y, además, estos cambios no llegan a suponer materialmente deterioro funcional.¹⁰

Los intentos de caracterizar los cambios cognitivos asociados al envejecimiento normal han generado expresiones como Olvido Senil Benigno, Deterioro de la Memoria Asociado a la Edad o Deterioro Cognitivo Asociado a la Edad. Estos términos quieren reflejar generalmente los extremos del envejecimiento normal, más que describir a un precursor del envejecimiento patológico. Sin embargo, mientras que algunas investigaciones sobre estos conceptos demuestran ritmos de conversión a demencia idénticos a los de los sujetos sanos, otras han hallado un ritmo de conversión mayor.

Un envejecimiento satisfactorio supone un estado de salud con características positivas, identificables a través de un espectro de medidas de salud. Va más allá de las definiciones funcional y cognitiva, teniendo en consideración el bienestar psicológico subjetivo del individuo.

La pérdida de memoria ha sido largamente reconocida como un acompañamiento de la vejez. La incapacidad para recordar el nombre de alguien conocido recientemente o el contenido de una corta lista del supermercado son experiencias familiares para todas las personas, y esta situación parece ser más común a medida que envejecemos.

Durante las últimas décadas, la comunidad médica ha cambiado su visión sobre la pérdida de memoria en pacientes ancianos. En el pasado estos problemas eran vistos como inevitables acompañamientos del envejecimiento, a menudo llamados “lapsos seniles”.⁴

El umbral utilizado en el área de la salud para realizar su determinación es que la pérdida de memoria haya progresado de tal manera que el desempeño funcional (actividades diarias, actividades laborales) independiente es imposible, por ejemplo, si alguien no puede manejar sus finanzas, o cubrir sus necesidades básicas mínimas (bañarse, comer, vestirse). Este grado de deterioro cognitivo se denomina demencia. La demencia tiene muchas causas potenciales, la más común de las cuales es probablemente la Enfermedad de Alzheimer.

No obstante, muchas personas ancianas pueden quejarse de problemas de memoria, pero ser aún capaces de cumplir independientemente todas sus tareas ordinarias. Usualmente su habilidad para funcionar bien está basada en la compensación para superar estas dificultades, como utilizar agendas, notas en los calendarios, realizar listas de tareas, etc. En algunos casos, estas dificultades en la memoria son signos de que el empeoramiento de la pérdida de la misma, en un tiempo posterior es posible.

En los últimos años, ha habido un incremento substancial en el número de investigaciones clínicas enfocadas en pacientes con estas quejas. Aunque mucho más trabajo es necesario, la identificación de este problema y su desarrollo es mucho mejor ahora que en el pasado. El síndrome de problema subjetivo de memoria comúnmente se lo denomina ahora “Deterioro Cognitivo Leve” (DCL). Aunque otros términos han sido utilizados, incluyendo “Deterioro Cognitivo No Demencia” (DCND) o “Deterioro Cognitivo Mínimo” (DCM)^{7, 12, 8}

Síntomas

El paciente con DCL se queja de tener dificultades con la memoria. Típicamente, la queja incluye problemas para recordar nombres de personas que conocieron recientemente, problemas para seguir una conversación, y un incremento en la tendencia a no poder encontrar objetos o problemas similares. En muchos casos, la persona va darse cuenta de estas dificultades y compensará utilizando notas, agendas y/o calendarios.

Lo más importante es que el diagnóstico de DCL se apoya en el hecho que la persona es capaz de desarrollar todas sus actividades usuales en forma exitosa, sin mayor asistencia de otros que la que necesitaban previamente.^{9, 1}

Muchos estudios han examinado el rendimiento cognitivo de pacientes con DCL. Estos han demostrado que, en general, estos pacientes rinden relativamente pobre en test formales de memoria (ej: evaluación cognitiva), aun cuando se compara con individuos en su mismo grupo etario. Ellos también presentan mínimas dificultades en otras áreas del pensamiento, tales como nombrar objetos o personas (acordarse el nombre de cosas), y pruebas de planeamiento complejo. Estos problemas son similares, pero menos severos, que los observados en los test neurocognitivos asociados a la Enfermedad de Alzheimer.⁵

El interrogatorio cuidadoso ha también revelado que, en algunos casos, dificultades mínimas en las actividades diarias, tales como desempeños en sus hobbies, son evidentes.

- **ADULTO MAYOR:** El envejecimiento es un proceso de cambios a través del tiempo, natural, gradual, continuo, irreversible y completo. Estos cambios se dan a nivel biológico, psicológico y social, y están determinados por la historia, la cultura y la situación económica, de los grupos y las personas.⁶

Cada persona envejece de manera diferente, dependiendo de sus características innatas, de las que adquiere a través de la experiencia y de las circunstancias a las que se haya enfrentado durante su vida.

El envejecer implica procesos de crecimiento y de deterioro. Es decir, de ganancia y de pérdida, y se da durante todas las etapas de la vida.

Es importante señalar que las diferentes disciplinas le dan significados distintos al envejecimiento.⁹

La edad cronológica

La ONU establece la edad de 60 años para considerar que una persona es adulta mayor, aunque en los países desarrollados se considera que la vejez empieza a los 65 años.

Si bien la edad cronológica es uno de los indicadores más utilizados para considerar a alguien viejo o no, ésta por sí misma no nos dice mucho de la situación en la que se encuentra una persona, de sus sentimientos, deseos, necesidades, relaciones.

LA EDAD FÍSICA

Los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos, según la persona, el lugar en donde vive, su economía, su cultura, su nutrición, su actividad y sus emociones.⁷

Un aspecto importante en esta etapa de la vida es logro de la funcionalidad y la autonomía, a pesar de la edad o de los padecimientos que se tengan.

Se recomienda mantener un cuidado del cuerpo acudiendo a revisión médica de manera preventiva y permanecer activos durante el mayor tiempo posible.

LA EDAD PSICOLÓGICA

El significado que para cada grupo y persona tiene la vejez, puede ocasionar cambios en sus emociones, sentimientos y pensamientos según va transcurriendo el tiempo.

Es muy importante tener en cuenta que ningún cambio repentino en la forma de ser de una persona adulta mayor es normal. A veces se piensa que la vejez trae consigo tristeza, enojo o apatía, pero ninguno de estos sentimientos es causado por la edad, en ello pueden intervenir otros factores como la pérdida de seres queridos, del trabajo, la modificación del papel que desempeñaba en la familia, etc.⁴

En cuanto a procesos psicológicos, como la memoria o el aprendizaje, normalmente se dan modificaciones de manera gradual.

Para retardar las modificaciones, es recomendable mantenerse activo, relacionarse, hablar con otras personas, realizar actividades placenteras, comentar noticias y acontecimientos recientes.

En cuanto al aprendizaje, durante la vejez es posible seguir aprendiendo cosas nuevas, quizá en algunos casos se necesite un mayor tiempo y estrategias didácticas específicas, sin embargo, el aprendizaje es de la misma calidad que cuando se era más joven.

LA EDAD SOCIAL

La vejez tiene significados diferentes para cada grupo humano, según su historia, su cultura, su organización social.

Es a partir de estos significados que las personas y los grupos actúan con respecto a la vejez y a las personas adultas mayores.

MODELO DE ADAPTACIÓN DE SOR CALLISTA ROY

Callista Roy puso en marcha su modelo en 1968 cuando el Mount Saint Mary's College adoptó el marco de adaptación como base filosófica para la formación enfermera, se presentó por primera vez en 1970.¹¹

La adaptación se refiere al proceso y al resultado por lo que las personas que tienen la capacidad de pensar y de sentir como individuos o como miembros de un grupo, son conscientes y escogen la integración del ser humano con su entorno.

El proceso de afrontamiento y adaptación describe las estrategias que utilizan las personas para responder a las influencias y cambios ambientales para crear una integración humana y ambiental. Por lo que el nivel de adaptación está determinado por el conjunto de efectos que producen los estímulos focales contextuales y residuales. Se consigue la adaptación cuando la persona reacciona de modo positivo ante los cambios que produce el entorno. Esta respuesta de adaptación estimula la integridad de la persona lo que la conduce a tener una buena salud, que para Callista los estímulos del ambiente son:

- ✚ Estímulo focal: Es el estímulo interno o externo más inmediato al que se enfrenta el mismo humano.
- ✚ Estímulo contextual: Son todos los factores a los que se presenta la persona, aunque no ocupen el centro de atención de la persona ni de la energía.
- ✚ Estímulo residual: Factores del entorno de dentro o fuera del sistema humano que provocan efectos no muy definidos en la situación del momento.

El modelo de Roy se centra en el concepto de adaptación de la persona, esta puede ser eficaz: son las que fomentan la integridad y ayudan a la persona a conseguir el objetivo de adaptarse. Las respuestas ineficaces son aquellas que no consiguen o amenazan los objetivos de adaptarse. ^{11, 1}

La gama de estímulos internos o externos, con el que la persona puede reaccionar por medio de respuestas normales o de adaptación, que, al entrar en contacto con la persona, desencadenan unas respuestas mediadas por el proceso de afrontamiento son modos innatos o adquiridos, de actuar ante los cambios producidos en el entorno, las cuales se ven reflejadas en cuatro modos de adaptación: ¹¹

-
- I. Modo fisiológico y físico de adaptación: Esta relacionado con los procesos físicos y químicos que participan en la función y en las actividades de los organismos vivos. Las cinco necesidades están identificadas en el modo fisiológico y físico de la adaptación, en relación con la necesidad básica de la integridad fisiológica.
 - II. Modo de adaptación del autoconcepto del grupo: Es uno de los tres modelos de adaptación psicosociales y se centra en particular en los aspectos psicológicos y espirituales del sistema humano. La necesidad básica en la que subyace el modelo de adaptación de la autoestima del individuo se ha identificado como integridad física y espiritual, o como la necesidad de saber quien es uno mismo para poder existir bajo un sintió de unidad, significado y finalidad en el universo.
 - III. Modo de adaptación de función de rol: Es uno de los dos modos de adaptación social y se centra en el papel que se lleva a cabo gracias al comportamiento instrumental (Es la ejecución física real de un comportamiento) y comportamiento expresivo (se compone de los sentimientos, actitudes, gustos, manías que tiene la persona en la sociedad). Se ha identificado como integridad social: a saber, la necesidad que tiene de saber quien es uno mismo con respecto a los demás, para así saber como actuar.
 - IV. Modo de adaptación de la interdependencia: Se centra en las relaciones cercanas de las personas (ya sea como individuos o como parte de un colectivo) se ha identificado las dos áreas principales de los comportamientos frente a la interdependencia: el comportamiento receptivo y el comportamiento contributivo. Ambos comportamientos se refieren al hecho de “recibir y ofrecer amor, respeto y valores durante el transcurso de una relación de interdependencia”.

El proceso de afrontamiento está íntimamente relacionado con la conciencia encargada de monitorizar y regular el comportamiento humano, por ello es fundamental en el proceso de adaptación, entendido este como “el proceso y el resultado por el cual la persona utiliza la conciencia consciente para crear una integridad humana ambiental”.

Este subsistema responde a través de cuatro canales cognitivos-emotivos: procesamiento perceptual y de información, aprendizaje, juicio y emoción. Gracias a estos procesos, la persona interpreta la situación y otorga un significado a los estímulos ambientales, y con base en ellos da una respuesta consiente para mover su adaptación.¹³

El proceso de información se da en tres etapas secuenciales, las cuales están relacionadas entre sí, Roy las ha denominado entradas, procesos centrales y salidas:

- Entradas: Involucran los procesos de alerta, atención, sensación y percepción. El estado de alerta y la atención procesan la información de forma automática o controlada de tal forma que las experiencias sensoriales se transforman en una percepción o representación mental que se relaciona con la experiencia y el conocimiento del mundo que tiene la persona, y dirige los mecanismos de percepción hacia el estímulo en el campo de la conciencia.
- Procesos centrales: Los estímulos recibidos son procesados mediante la codificación y formación de conceptos, la memoria y el lenguaje. La principal habilidad del cerebro es almacenar la información, codificando representaciones de la experiencia, lo cual le permite correlacionar, analizar e interpretar las sensaciones para poder afrontar en forma efectiva el ambiente.
- Salidas: Planeación y respuesta motora. Los seres humanos actúan de acuerdo con la interpretación que hacen del ambiente, y con base en ella formulan unas metas y unas etapas para cumplirlas. Los comportamientos se expresan a través de las respuestas motoras en los cuatro modos de adaptación.

FORMA LOGICA:

Es deductiva ya que deriva de la teoría psicofísica de Helson. Que desarrolla los conceptos de los estímulos focales, contextuales y residuales, para formar así una tipología de los factores que están relacionados con los niveles de adaptaciones de las personas. ^{11, 13}

Es inductiva por el hecho de que la autora formulo los cuatro modelos de adaptación a raíz de investigación y de las experiencias que tanto ella como sus colaboradores y estudiantes tuvieron al practicar la profesión.

Define a:

PERSONA: Las personas son sistemas holísticos y adaptables. Como todo sistema adaptable, el sistema humano se define como un todo, con partes que funcionan como una sola unidad para un propósito en concreto.¹¹

ENTORNO: Es el conjunto de todas las condiciones, circunstancias e influencias del desarrollo y de la conducta de las personas y de los grupos, con una especial consideración a la relación entre los recursos del hombre y de la tierra, donde se incluyen los estímulos focales, contextuales y residuales.¹³

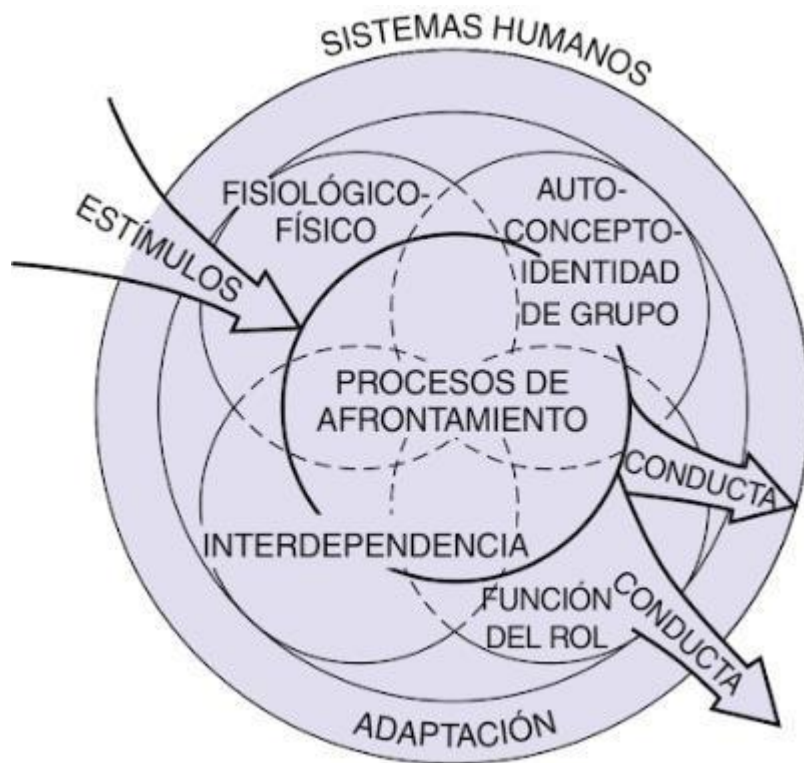
ENFERMERIA: Como una profesión que se dedica a la atención sanitaria y esta se centra en los procesos humanos vitales y en los modelos que se han de seguir, y da importancia a la promoción de la salud de los individuos, de los grupos y de la sociedad general.¹³

SALUD: Es el estado y el proceso de ser y de convertirse la persona en un ser integrado y completo. Es un reflejo de la adaptación, es decir, es la interrelación de la persona y su entorno.¹³

Elementos del metaparadigma: ^{11, 13}

- Persona: Ser biopsicosocial que forma un sistema unificado, en constante búsqueda de equilibrio
- Salud: Adaptación resultante de éxito obtenido al hacer frente a los productores de tensión
- Ambiente: Condiciones o influencias externas que afectan el desarrollo de la persona
- Enfermería: Manipulación de los estímulos para facilitar el éxito del enfrentamiento

Figura 1: Esquema del modelo de adaptación de Callista Roy



Fuente: Representación
diagramática de los sistemas
adaptativos humanos
(Alligod, 2018)

V. HIPÓTESIS

El nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor del centro gerontológico integral de Atitalaquia es normal

El nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor del centro gerontológico integral de Atitalaquia es con sospecha patológica

El nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor del centro gerontológico integral de Atitalaquia es con deterioro

VI. OBJETIVOS

6.1 OBJETIVO GENERAL

Analizar el nivel de deterioro cognitivo post estimulación cognitiva del adulto mayor del centro gerontológico de Atitalaquia hidalgo

6.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Mostrar el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor del centro gerontológico de Atitalaquia hidalgo

Examinar el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor del centro gerontológico de Atitalaquia hidalgo

Calcular el nivel de deterioro cognitivo post estimulación cognitiva del adulto mayor del centro gerontológico de Atitalaquia hidalgo

VII. PLAN METODOLÓGICO

7.1 Tipo Investigación

Es un enfoque cuantitativo.

7.2 Diseño de la investigación

Es descriptivo, transversal

7.3 Limites de tiempo y espacio

Se realizó en un periodo de tiempo, comprendido de agosto del 2018 a junio de 2019

7.4 Universo

Estuvo constituido por un total de 30 adultos mayores que acuden al centro gerontológico integral de Atitalaquia Hidalgo.

7.5 Muestra

Con la finalidad de llevar a cabo correctamente esta investigación se utilizó una muestra aleatoria simple, se tomó como referencia la variable del deterioro cognitivo.

7.5.1. Criterios de Selección

7.5.1.1. Criterios de Inclusión:

- Adulto mayor que acude al centro gerontológico Integral de Atitalaquia Hgo.
- Adultos mayores que deseen participar en el estudio y firmen el consentimiento informado

7.5.1.2. Criterios de exclusión:

- Adulto mayor que no acude al centro gerontológico Integral de Atitalaquia Hgo
- Adultos mayores que no deseen participar en el estudio y que no firmen el consentimiento informado

7.5.1.3. Criterios de Eliminación:

- Adulto mayor que presente defunción
- Adulto mayor que cambie de domicilio y ya no asista al centro gerontológico Integral de Atitalaquia Hgo

7.6 Variables

- Deterioro Cognitivo
- Adulto mayor:

7.6.1. Definición conceptual

Deterioro cognitivo: Pérdida progresiva de las funciones superiores del ser humano, fundamentalmente las relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de la información .¹⁴

Adulto mayor: Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayor de 60 años se le llamara de forma indistinta, persona de la tercera edad o adulto mayor.¹⁶

7.6.2. Definición operacional

Deterioro cognitivo: Medida en la escala del Minimental Test State Examination, la cual refiere una puntuación que va de los 0 a los 30 puntos.

Estimulación cognitiva: Acciones evaluadas de la siguiente manera: Asistió/No asistió.

Adulto mayor: Años cumplidos desde el día de nacimiento hasta la aplicación de la intervención

7.7. Instrumentos de medición

EL MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Este instrumento es utilizado para establecer el grado del estado de deterioro cognitivo del paciente y vigilar la evolución en pacientes con alteraciones neurológicas

Las características que se evalúan son:

- Orientación espacio-tiempo.
- Capacidad de atención, concentración y memoria.
- Capacidad de abstracción (calculos).
- Capacidad de lenguaje y percepción viso espacial.
- Capacidad para seguir instrucciones básicas.

7.8 Procedimientos

Se realizó la solicitud pertinente para la elección del asesor, posteriormente se indago la bibliografía básica para identificar los problemas más comunes del adulto mayor, uno de ellos el deterioro cognitivo, posteriormente se elaboró la investigación pertinente denominada: “Nivel de deterioro cognitivo post estimulación cognitiva en el adulto mayor dentro del centro gerontológico integral de Atitalaquia Hidalgo”

Se analizó la bibliografía específica acerca del deterioro cognitivo en los adultos mayores. Esto fue con el propósito de elegir el instrumento de medición más adecuado.

Se acudió al centro gerontológico integral de Atitalaquia Hidalgo, a requerir el censo de los adultos mayores que acuden al mismo.

7.9 Análisis estadísticos

Los datos estadísticos se analizaron en el programa estadístico (SPSS) versión 2.1, para Windows 2010 realizando estadística descriptiva e inferencial realizó estadística y descriptiva mediante proporciones y porcentajes de las variables categóricas y respecto a las variables numéricas se obtuvieron medidas de tendencia central y dispersión (media y mediana)

7.10 Difusión

La presente investigación se dio a conocer en el XIII seminario de investigación que se llevó a cabo los días 3 y 4 de junio de 2019 en la Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, escuela superior de Tlahuelilpan, posteriormente se presentó en el VII foro de investigación en modalidad oral el día 13 de noviembre de 2019 en las instalaciones de la Escuela superior de Tlahuelilpan, más adelante se presentó en el XX congreso nacional e internacional de enfermería “el cuidado de enfermería en la transformación en el 2020” online del 14 al 16 de mayo del 2020 obteniendo el primer lugar y finalmente en el VI congreso internacional de cuerpos académicos de enfermería y grupos de investigación multidisciplinaria “la investigación en enfermería, liderazgo y gestión del cuidado en tiempos de COVID-19” los días 11, 12 y 13 de agosto 2021.

VIII. CONSIDERACIONES ÉTICAS Y LEGALES

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

DECLARACIÓN DE HELSINKI

Artículo 15. Se debe garantizar la compensación y el tratamiento adecuado a los pacientes que han sufrido daños como resultado de su participación en la investigación adecuada.

Artículo 20.- La investigación médica en una población o comunidad con desventajas o vulnerable sólo se justifica si la investigación responde a las necesidades y prioridades de salud de esta población o comunidad y la investigación no puede realizarse en una población no vulnerable. Además, la población o comunidad deberá beneficiarse de los conocimientos, prácticas o intervenciones que resulten de la investigación.

Artículo 23.-El protocolo de la investigación debe enviarse, para consideración, comentario, consejo y aprobación, a un comité de ética de investigación antes de comenzar el estudio. Este comité debe ser transparente en su funcionamiento, debe ser independiente del investigador, del patrocinador o de cualquier otro tipo de influencia indebida y deberá estar debidamente calificado. El comité debe considerar las leyes y reglamentos vigentes en el país donde se realiza la investigación, como también las normas internacionales vigentes, pero no se debe permitir que éstas disminuyan o eliminen ninguna de las protecciones para las personas que participan en la investigación establecidas en esta Declaración

Artículo 33- Los posibles beneficios riesgo costos y eficacia de toda intervención nueva deben ser evaluados mediante su comparación con la mejor intervención(es) probada excepto en las siguientes circunstancias.

El uso de un placebo o ninguna intervención es aceptable en estudios para los que no hay una intervención probada existente.

Reglamento de la ley general de salud en materia de investigación para la salud.

CAPITULO UNICO

Articulo- 3º- La investigación para la salud comprende el desarrollo de acciones que contribuyan.

- I- A la prevención y control de los problemas de salud que se consideren prioritarios para la población
- II- Al conocimiento y control de los efectos nocivos del ambiente en la salud
- III- Al estudio de las técnicas y estudios que se recomiendan o emplean para la presentación de servicios de salud
- IV- A la producción de insumos para la salud

CAPITULO 1

ARTICULO 13.-En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar.

ARTICULO 14.- La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

- I. Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen;
- II. Se deberá realizar sólo cuando el conocimiento que se pretenda producir no pueda obtenerse por otro medio idóneo.
- III. Deberán prevalecer siempre las probabilidades de los beneficiados esperados sobre los riesgos predecibles.
- IV. Contará con el consentimiento informado y por escrito del sujeto de investigación o su representante legal, con las excepciones que este Reglamento señala.

ARTICULO-15-Cuando el diseño experimental de una investigación que se realice en seres humanos incluya varios grupos se usarán métodos aleatorios de selección para obtener una asignación imparcial de los participantes en cada grupo y deberán tomarse las medidas pertinentes para evitar cualquier riesgo o daño a los sujetos de investigación.

ARTICULO 18.- El investigador principal suspenderá la investigación de inmediato, al advertir algún riesgo o daño a la salud del sujeto en quien se realice la investigación. Asimismo, será suspendida de inmediato cuando el sujeto de investigación así lo manifieste.

ARTICULO 21.- Para que el consentimiento informado se considere existente, el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal deberá recibir una explicación clara y completa, de tal forma que pueda comprenderla, por lo menos, sobre los siguientes aspectos:

- I. La justificación y los objetivos de la investigación;
- II. Los beneficios que puedan observarse.
- III. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.
- IV. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.
- V. La seguridad de que no se identificará al sujeto y que se mantendrá la confidencialidad de la información relacionada con su privacidad;
- VI. El compromiso de proporcionarle información actualizada obtenida durante el estudio, aunque ésta pudiera afectar la voluntad del sujeto para continuar participando.

Artículo 100.- La investigación en seres humanos se desarrollará conforme a las siguientes bases:

- I. Deberá adaptarse a los principios científicos y éticos que justifican la investigación médica, especialmente en lo que se refiere a su posible contribución a la solución de problemas de salud y al desarrollo de nuevos campos de la ciencia médica;
- II. Podrá efectuarse sólo cuando exista una razonable seguridad de que no expone a riesgos ni daños innecesarios al sujeto en experimentación;

-
- III. Se deberá contar con el consentimiento informado por escrito del sujeto en quien se realizará la investigación, o de su representante legal en caso de incapacidad legal de aquél, una vez enterado de los objetivos de la experimentación y de las posibles consecuencias positivas o negativas para su salud;
 - IV. Sólo podrá realizarse por profesionales de la salud en instituciones médicas que actúen bajo la vigilancia de las autoridades sanitarias competentes.
 - V. El profesional responsable suspenderá la investigación en cualquier momento, si sobreviene el riesgo de lesiones graves, discapacidad, muerte del sujeto en quien se realice la investigación;
 - VI. Es responsabilidad de la institución de atención a la salud proporcionar atención médica al sujeto que sufra algún daño, si estuviere relacionado directamente con la investigación, sin perjuicio de la indemnización que legalmente corresponda.

IX. RESULTADOS

Se observa que la mayoría de la población es del género femenino, con un 80% del total de adultos mayores, así mismo el 36.7% del total de los adultos mayores están en un rango de 66-70 años, representando a la mayor parte de la población, y a su vez únicamente un adulto mayor en el rango de 81-85 años, con un 3.3%.

En cuanto al número de hijos y a la escolaridad, el 43.3% de la población estaba sin hijos, y el 3.3% de la misma tiene 7 hijos, así mismo el 83.3% de la población solo llegó a los estudios de nivel primaria, 10% concluyó la secundaria, un adulto mayor terminó el bachillerato, con un 3.3% y de igual manera un adulto mayor tiene estudios de licenciatura, con un 3.3%.

Tabla 1. Variables sociodemográficas de los adultos mayores del Centro Gerontológico Integral de Atitalaquia, Hidalgo

	Variable	<i>f</i>	%
Genero	Femenino	24	80.0
	Masculino	6	20.0

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos (2019) n:30

	Variable	<i>f</i>	%
Edad	60-65	7	23.3
	66-70	11	36.7
	71-75	6	20.0
	76-80	5	16.7
	81-85	1	3.3

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos (2019) n:30

	<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Hijos	0	13	43.3
	1	1	3.3
	2	3	10.0
	3	3	10.0
	4	2	6.7
	5	4	13.3
	6	3	10.0
	7	1	3.3

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos (2019)

n:30

	<i>Variable</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Escolaridad	Primaria	25	83.3%
	Secundaria	3	10%
	Bachillerato	1	3.3%
	Licenciatura	1	3.3%

Fuente: Cedula de datos sociodemográficos (2019)

n:30

Deterioro cognitivo	<i>f</i>	%
Normal	14	46.6%
Sospecha patológica	14	46.6%
Deterioro	2	6.6%
Demencia	0	0%
Total	30	100%

Tabla 2: Medición del nivel de deterioro cognitivo.

Fuente: Minimental Test Examination

n:30

Los resultados obtenidos nos muestran que el 46.6% de los adultos mayores estaban en el rango normal, pero de igual manera, un mismo número de adultos mayores se encontraban dentro de lo que se considera sospecha patológica. Así mismo un 6.6% del total estuvo dentro de lo considerado como deterioro, y no hubo adultos mayores dentro del apartado de demencia.

X. DISCUSION

De acuerdo con los resultados obtenidos se logró una decadencia significativa en el nivel de deterioro cognitivo, posicionando al 100% de la población en el rango normal, esto gracias a que se logró un aumento en todos los apartados, desde la orientación temporal y espacial, hasta la fijación, atención calculo, recuerdo y lenguaje, por lo cual se evidencia que la estimulación cognitiva es efectiva para retrasar y/o mejorar el nivel de deterioro cognitivo.

Encontrando similitudes en el estudio titulado Camargo donde el 41.7% de los adultos mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo y requirieron intervenciones de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva.

A diferencia del estudio titulado “Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México” (Instituto nacional de Ciencias Medicas y Nutrición salvador zubirán, México, 2017) donde se encontró únicamente un 7% de la población con deterioro cognoscitivo y un 3.3% de la misma con deterioro cognoscitivo más dependencia funcional.

En el estudio de deterioro funcional asociado a deterioro cognitivo en el anciano hospitalizado español de geriatría y gerontología en los cambios físicos y biológicos normales durante la vejez se dan a distintos ritmos se recomienda mantener un cuidado del cuerpo.

Además de acuerdo al artículo “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados

XI. CONCLUSIONES

El estudio tuvo como objetivo aplicar la intervención llamada “Agiliza tu mente” para lograr la disminución del deterioro cognitivo, y con base en los resultados encontrados del estudio es posible concluir que la intervención generó cambios positivos en el deterioro cognitivo.

Por ello es de suma importancia que el personal de enfermería, así como familiares y la sociedad en la que se desarrolla el adulto mayor se le brinde atención, cuidado y sea reconocido como ciudadano que puede ser funcional en algún ámbito social, con el objetivo de evitar que el adulto mayor sea aislado, discriminado y pueda llegar a desencadenar deterioro cognitivo que hoy en día es un problema de salud pública.

Los datos arrojados en esta investigación permitirán que en el centro gerontológico se tenga un punto de partida para construir estrategias de estimulación cognitiva para disminuir el deterioro cognitivo.

XII. RECOMENDACIONES

Con base en los resultados obtenidos se recomienda:

Realizar un seguimiento a los adultos mayores con la finalidad de mejorar las capacidades cognitivas.

Utilizar el instrumento Minimental Test State Examination aplicado en esta investigación como herramienta para identificar casos nuevos y/o recaídas.

Llevar a cabo investigaciones similares retomando la metodología de esta investigación, para la elaboración de nuevas intervenciones.

Incluir a los adultos mayores en actividades culturales y recreativas para facilitar su integración a la sociedad.

XIII. REFERENCIAS

1. Alligod, M. R. (2018). *Modelos y teorías de enfermería* . España: Elseveir .
2. Camargo-Hernández, K. d. (2017). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados. *Universidad y Salud* , 2.
3. Cardona, A. S. (2016). Riesgo de deterioro cognitivo en personas mayores de las subregiones de antioquia, Colombia. *Cardona*, 613-624.
4. Ocampo-Chaparro JM, Mosquera-Jiménez JI, Davis AS, Reyes-Ortiz CA. Functional impairment associated with cognitive impairment in hospitalised elderly. *Rev Esp Geriatr Gerontol* [Internet]. 2018;53(1):19–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.007>
5. Condori Y. Estado cognitivo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el programa de diabetes del hospital Hipolito Unanue de tacna Febrero - Marzo del 2018. 2018.
6. Contreras, Y. (2018). Educacion participativa comunitaria para prevenir el deterioro cognitivo en el adulto mayor . *Holiz enferm* , 152-171.
7. Eliseo Capote, Z. C. (2016). Deterioro cognitivo y calidad de vida en el adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la funcion renal . *Cubana de medicina militar* , 354-364.
8. Gonzales, D., & Ñaupá, M. (2017). RELACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO Y LA CAPACIDAD FUNCIONAL EN LOS ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD CIUDAD DE DIOS DEL DISTRITO DE YURA AREQUIPA. *Universidad ciencias de la salud*.
9. Benavides-Caro C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Rev Mex Anesthesiol* [Internet]. 2017;40(2):107–12. Available from: <http://www.medigraphic.com/rma>
10. Ocampo-Chaparro JM, Mosquera-Jiménez JI, Davis AS, Reyes-Ortiz CA. Functional impairment associated with cognitive impairment in hospitalised elderly.

Rev Esp Geriatr Gerontol [Internet]. 2018;53(1):19–22. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.regg.2017.05.007>

11. González F, Urrutia H, Fuel H, Díaz M, Gutierrez-Vargas JA. Diferenciación clínica del déficit cognitivo del CADASIL con respecto a otras demencias vasculares. Rev Chil Neuropsicol [Internet]. 2018;13(1):17–22. Available from: www.neurociencia.cl
12. Suárez Cid L, Gross Tur R. Estimulación cognitiva y apoyo familiar hacia adulto mayor con deterioro cognitivo. Rev Inf Científica [Internet]. 2019;98(1):88–97. Available from: <http://revinfcientifica.sld.cu/index.php/ric/article/view/2120>
13. Condori Y. Estado cognitivo de pacientes con Diabetes Mellitus tipo 2 atendidos en el programa de diabetes del hospital Hipolito Unanue de tacna Febrero - Marzo del 2018. 2018.
14. Pereira universidad libre-seccional. cultura del cuidado enfermería. Vol. 13, ISSN n° 1. 2016.
15. Petermann R F, Troncoso-Pantoja C, Martínez S MA, Leiva O AM, Ulloa M N, Celis-Morales C. Los problemas auditivos aumentan el riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores chilenos. Rev Otorrinolaringol y cirugía cabeza y cuello. 2019;79(1):9–17.
16. Nacional R. Registro Nacional de Trabajos de Investigación: Efecto de un programa d... <http://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/350661> (/). 2019;350661:5–8.
17. Huamán Guerrero M, Por Bachiller En Medicina Humana Jose Bryan Flores Sierra P EL. Universidad Ricardo Palma Facultad De Medicina Humana Periodo Setiembre-Noviembre 2017. 2018; Available from: <http://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/urp/1153/TESIS - JOSE BRYAN FLORES SIERRA HECHO.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

XIV. ANEXOS

<p align="center">MINIMENTAL STATE EXAMINATION</p> <p align="center">(MMSE)</p>

¿en qué año estamos?	0-1	ORIENTACION TEMPORAL (máx. 5)	
¿en qué estación?	0-1		
¿en qué día (fecha)?	0-1		
¿en qué mes?	0-1		
¿en qué día de la semana?	0-1		
¿en qué hospital (lugar) estamos?	0-1	ORIENTACION ESPACIAL (máx. 5)	
¿en qué piso (o planta, sala, servicio)?	0-1		
¿en qué pueblo (ciudad)?	0-1		
¿en qué provincia estamos?	0-1		
¿en qué país (o nación, autonomía)?	0-1		
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces.		N° de repeticiones necesarias FIJACION- Recuerdo Inmediato (Max. 3)	
Peseta 0-1 (balón 0-1	Caballo 0-1 Bandera 0-1		
	Manzana 0-1 Árbol 0-1)		
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres. ¿Cuántas le van quedando? Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés		ATENCION CALCULO (Max. 5)	
30 0-1 (O 0-1	27 0-1 D 0-1		
24 0-1 N 0-1	21 0-1 U 0-1		
18 0-1 M 0-1)			

Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente.			RECUERDO diferido (Max. 3)	
Peseta 0-1 (balón 0-1	Caballo 0-1 Bandera 0-1	Manzana 0-1 Árbol 0-1)		
DENOMINACION. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿Qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1			LENGUAJE (Max. 9)	
REPETICION. Pedirle que repita la frase: “ni si, ni no, ni pero” (o “en un trigal había 5 perros”) 0-1				
ORDENES. Pedirle que siga la orden: “coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo”. Coge con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en el suelo 0-1				
LECTURA. Escriba legiblemente en un papel “cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1				
ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1				
COPIA. Dibuje dos pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar 1 punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1				
Puntuaciones de referencia			Puntuación total (Max. 30 puntos.)	
27 o más: normal				
24 o menos: sospecha patológica				
12-24: deterioro				
9-12: demencia				

XV. APENDICES

15.1 Oficios de solicitud y respuesta



Tlahuelilpan, Hidalgo; a 13 de junio de 2019.

ASUNTO: DICTAMEN DEL COMITÉ DE ÉTICA EN INVESTIGACIÓN

APROBACIÓN

EST. KARLA ITZEL ARAUJO PEREYRA
INVESTIGADOR
PRESENTE

Título del proyecto

Nivel de deterioro cognitivo post estimulación cognitiva en el adulto mayor dentro del Centro Gerontológico Integral de Atitalaquia.

Código asignado por el Comité: 2019/01/P06

Le informamos que su proyecto de referencia ha sido evaluado por el Comité de Ética en Investigación y las opiniones acerca de los documentos presentados se encuentran a continuación:

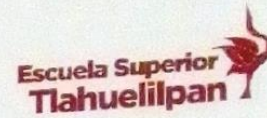
	N° de la versión	Decisión
Protocolo	2	Aprobado
Consentimiento informado	2	Aprobado

Este protocolo tiene vigencia de junio de 2019 a junio de 2020 y se autoriza su ejecución por parte de las estudiantes de la licenciatura en enfermería Karla Itzel Araujo Pereyra, Miriam Joselyn Carbajal Pérez y Jhovanny Gerson García Zúñiga; bajo la asesoría de: D.C.E. Benjamín López Nolasco, M.C.E. Ariana Maya Sánchez y M.C.E. Gabriela Maldonado Muñiz.

ATENTAMENTE

Gabriela Maldonado
Mtra. Gabriela Maldonado Muñiz
Responsable del Comité de Ética e Investigación
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN
ÁREA ACADÉMICA DE ENFERMERÍA
LICENCIATURA EN ENFERMERÍA
GRUPO DE INVESTIGACIÓN
RESPUESTAS HUMANAS A LA SALUD Y LA ENFERMEDAD

OTORGA LA PRESENTE CONSTANCIA

*E.L.E. Karla Itzel Araujo Pereyra, E.L.E. Miriam Joselyn Carbajal
Pérez, E.L.E. Jhovanny Gerson García Zúñiga, D.C.E. Benjamín
López Nolasco, M.C.E. Ariana Maya Sánchez, D.C.S Gabriela
Maldonado Muñiz*

Por su participación como ponentes en el XIII Seminario de
Investigación realizado los días 3 y 4 de junio de 2019
con el proyecto titulado:

**Nivel de deterioro cognitivo post estimulación cognitiva en el adulto
mayor dentro del Centro Gerontológico Integral de Atitalaquia.**

AMOR, ORDEN Y PROGRESO

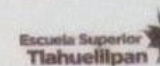
TLAHUELILPAN HGO. A 4 DE JUNIO DE 2019

Lic. Rosalva Meneses Noeggerath
Directora de la Escuela Superior de Tlahuelilpan





UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DEL ESTADO DE HIDALGO
Escuela Superior de Tlahuelilpan
Licenciatura en Enfermería



Grupo de Investigación
Respuestas Humanas a la Salud y a la Enfermedad

Otorgan la presente

CONSTANCIA

A: Araujo Pereyra Karla Itzel, Carbajal Pérez Miriam Joselyn, García Zúñiga Jhovanny Gerson, López Nolasco Benjamín, Maya Sánchez Ariana, Maldonado Muñiz Gabriela

Por su participación como **PONENTES** en el **VII Foro de Investigación**
con trabajo en **Modalidad Oral**:

**"NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLOGICO INTEGRAL
DE ATITALAQUIA HIDALGO"**

Realizado el día 13 de noviembre del año en curso en Tlahuelilpan Hgo.

Atentamente
"Amor, Orden y Progreso"

Tlahuelilpan Hgo., a 13 de noviembre del 2019.



Lic. Rosalva Meneses Noeggerath
Directora

DCS. Gabriela Maldonado Muñiz
Líder del Grupo de Investigación



GRUPO
LOC
ORGANIZACION DE CONGRESOS
Y CONVENCIONES MEXICO



"XX CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE ENFERMERIA "
EL CUIDADO DE ENFERMERIA EN LA TRANSFORMACION EN EL 2020

Constancia 1 lugar

E.L.E. KARLA ITZEL ARAUJO PEREYRA
E.L.E. MIRIAM JOSELYN CARBAJAL PEREZ
E.L.E. JHOVANNY GERSON GARCIA ZUÑIGA
D.C.E. BENJAMIN LOPEZ NOLASCO
M.C.E. ARIANA MAYA SANCHEZ
D.C.S. GABRIELA MALDONADO MUÑIZ

Por su activa participación durante la exposición de investigaciones científicas ON LINE en el marco del XX CONGRESO NACIONAL E INTERNACIONAL DE ENFERMERIA 14 AL 16 DE MAYO DEL 2020, EN PUERTO VALLARTA MEXICO

Su trabajo fue de suma importancia para nutrir académicamente y darle mas realce al evento esperamos contar con su colaboración para futuras ediciones de nuestros congresos.

TRABAJO DE INVESTIGACION PRESENTADO

" NIVEL DE DETERIORO COGNITIVO POST ESTIMULACION COGNITIVA EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO GERONTOLÓGICO INTEGRAL DE ATITALAQUIA HGO "

Dr. Francisco Cadena Santos
Presidente FEMAFEE

La Facultad de Enfermería y Obstetricia

Otorga la presente

Constancia

a:

Karla Itzel Araujo Pereyra

Por su asistencia al **VI Congreso Internacional de Cuerpos Académicos de Enfermería y Grupos de Investigación Multidisciplinaria** *“La investigación en Enfermería, liderazgo y gestión del cuidado en tiempos de COVID-19”*, realizado los días 11, 12 y 13 de agosto de 2021, a través de la plataforma Microsoft Teams.

Toluca de Lerdo, agosto de 2021

Patria, Ciencia y Trabajo

“2021, Celebración de los 65 años de la Universidad Autónoma del Estado de México”



Doctora en Alta Dirección
Gloria Ángeles Ávila
Directora



15.2 Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL
DETERIORO COGNITIVO	Pérdida progresiva de las funciones superiores del ser humano, fundamentalmente las relacionadas con la memoria, la atención y la velocidad en el procesamiento de la información. ¹⁴	Medida en la escala del Minimental Test State Examination, la cual refiere una puntuación que va de los 0 a los 30 puntos.
ADULTO MAYOR	Las personas de 60 a 74 años son consideradas de edad avanzada, de 75 a 90 viejas o ancianas, y las que sobrepasan los 90 se les denomina grandes viejos o grandes longevos. A todo individuo mayo de 60 años se le llamara de forma indistinta, persona de la tercera edad o adulto mayor. ¹⁶	Años cumplidos desde el día de nacimiento hasta la aplicación de la intervención

15.3 Cronograma de actividades

CRONOGRAMAS DE ACTIVIDADES													
PERIODO	JUNIO- DICIEMBRE 2019							ENERO-JUNIO 2020					
	MES	JUNIO	JULIO	AGOSTO	EPTIEMBR	OCTUBRE	NOVIEMBRE	ENERO	FEBRERO	MARZO	ABRIL	MAYO	JUNIO
ACTIVIDAD													
Solicitud en el centro gerontoogico integral de atitalaquia													
Primer contacto con los pacientes													
Primera medicion con la herramienta del menimental													
Procesamiento de resultados													
Evaluacion de resultados													
Referencias bibliograficas													
Revision													
Correcciones													



15.4 Carta de consentimiento informado
UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO

ESCUELA SUPERIOR DE TLAHUELILPAN

CONOCIMIENTO INFORMADO

Por medio del presente hago constar que estoy informada (o) de la realización del proyecto de investigación denominado **“Nivel de deterioro cognitivo post estimulación cognitiva en el adulto mayor dentro del centro gerontológico integral de Atitalaquia”**. En el cual mi participación es enteramente voluntaria, además puedo negarme o declinar mi participación en el estudio en el momento que considere pertinente.

Estoy consciente de que toda la información obtenida por parte de la investigación, así como mi nombre y aspectos que me identifiquen se mantendrán de manera confidencial y que ninguna de esta información será difundida.

De igual forma me han explicado el propósito de dicha investigación y se me informo el tipo de investigación, es de riesgo mínimo y que consistirá en la aplicación de una encuesta, antes y después de participar en sesiones de estimulación cognitiva.

Con fecha de: _____ habiendo comprendido lo anterior y una vez que se aclararon las dudas que surgieron respecto a la investigación del proyecto, acepto participar en el estudio.

Nombre, firma o huella digital del participante

Testigo 1

Testigo 2

15.5 Recursos

Recursos humanos

Investigador:

- PLESS. Araujo Pereyra Karla Itzel

Asesores:

- D.C.E López Nolasco Benjamín
- M.C.E Maya Sánchez Ariana
- Dr. Gabriela Maldonado Muñiz

Recursos materiales:

- Copias
- Carpeta
- Memoria
- Impresiones
- Internet
- Folder
- Computadora
- Impresora
- Engargolados

Recursos financieros

Unidad	Recursos Materiales	Precio Unitario	Precio Total.
60	Copias	1	60
100	Impresiones	2	200
5	Lapiceros	30	150
150	Impresiones	2	300
10 meses	Internet	500	5000
24	Pasajes	66	1584
1	Computadora	7000	7000
1	Impresora	4500	4500
6	Engargolados	45	270
30	Coffe break	50	1500
Total			20,564