

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA**



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

---

**Relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adulto  
mayores. Hospital Distrital Jerusalem - Trujillo 2022**

---

**Área de investigación:**

Enfermería, estilos de vida y determinantes sociales

**Autoras:**

Br. García Rondón, Mitzy Fabiola  
Br. Grignon Gálvez, Kristell Diane

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Dra. Vargas Diaz, Elsa Rocío

**Secretaria:** Dra. Honores Alvarado, Ana María

**Vocal:** Mg. Chuna Mogollón, Pablo

**Asesora:**

Dra. Muñoz Alva, Maura Victoria

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6793-7584>

**TRUJILLO – PERÚ  
2023**

**Fecha de sustentación: 2023/01/26**



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONOR ORREGO**  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
**PROGRAMA DE ESTUDIO DE ENFERMERÍA**



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

---

**Relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adulto  
mayores. Hospital Distrital Jerusalem - Trujillo 2022**

---

**Área de investigación:**

Enfermería, estilos de vida y determinantes sociales

**Autoras:**

Br. García Rondón, Mitzy Fabiola  
Br. Grignon Gálvez, Kristell Diane

**Jurado Evaluador:**

**Presidente:** Dra. Vargas Diaz, Elsa Rocío

**Secretaria:** Dra. Honores Alvarado, Ana María

**Vocal:** Mg. Chuna Mogollón, Pablo

**Asesora:**

Dra. Muñoz Alva, Maura Victoria

Código Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-6793-7584>

**TRUJILLO – PERÚ  
2023**

**Fecha de sustentación: 2023/01/26**

## DEDICATORIA

### **A mis padres:**

Patricia Rominay Miguel Ángel por brindarme la posibilidad de salir adelante cada día, por su apoyo y amor incondicional a pesar de las dificultades y apostar por mí en todo momento.

### **A mis mascotas:**

Negro, Esperanza, Orenz, Tomoe y Lucían por ser una de mis razones de seguir viviendo y acompañarme en todo momento.

## DEDICATORIA

A mis abuelitos **Erma y Plis**, por sus conocimientos y valores brindados.

Pero, sobre todo a mis padres **Jorge y Patricia**, por su esfuerzo, entrega y amor durante todo mi camino profesional. Gracias por creer en que lo lograría.

Mitzy Fabiola

## **AGRADECIMIENTO**

A Dios, por brindarnos la oportunidad de poder cumplir una meta juntas y atravesar cualquier adversidad en el camino.

A nuestras familias por apoyarnos de manera incondicional y confiar en nosotras en todo momento.

A los adultos mayores pertenecientes del programa de adulto mayor del Hospital Distrital Jerusalén, que aceptaron participar gustosamente y brindando palabras de aliento.

Kristell y Mitzy

## RESUMEN

El presente estudio de investigación de tipo descriptivo - correlacional, de corte transversal, se realizó con el objetivo de determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén – Trujillo, 2022. La muestra estuvo conformada por 60 adultos mayores, a los cuales se aplicaron 2 cuestionarios para medir las variables en estudio. Se obtuvo que el 66.7% de asistentes al programa de adulto mayor del Hospital Distrital Jerusalén fueron de sexo femenino, comprendidos entre los 70 a 79 años con el 41.7%, cuentan nivel educativo bajo (analfabetos - primarios) el 85% y el 31.7% de adultos mayores son viudos. En relación al deterioro cognitivo el 33.3% presentó deterioro en su mayoría leve con 26.7%. En cuanto al apoyo social, se encontró que el 51.6% percibe un apoyo entre moderado y bajo. Respecto a la relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social, encontramos que los adultos mayores sin deterioro cognitivo 23 perciben un apoyo social alto, 16 moderado y 1 bajo; mientras que los adultos mayores con deterioro cognitivo leve, 6 perciben un apoyo bajo, 6 alto y 4 moderado, aquellos con deterioro cognitivo moderado 3 perciben apoyo bajo y con deterioro cognitivo severo 1 percibe apoyo bajo. Se concluye que existe relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social con un valor de  $P < 0.01$ .

**Palabras Clave:** deterioro cognitivo, apoyo social

## ABSTRACT

The present descriptive-correlational, cross-sectional research study was conducted with the objective of determining the relationship between cognitive impairment and social support in older adults at the Jerusalem District Hospital – Trujillo, 2022. The sample consisted of 60 older adults, to whom 2 questionnaires were applied to measure the variables under study. It was obtained that 66.7% of attendees to the elderly program of the Jerusalem District Hospital were female, between 70 and 79 years with 41.7%, have low educational level (illiterate - primary) 85% and 31.7% of older adults are widowed. In relation to cognitive impairment, 33.3 presented mostly mild deterioration with 26.7%. Regarding social support, it was found that 51.6% perceive moderate to low support. Regarding the relationship between cognitive impairment and social support, we found that older adults without cognitive impairment 23 perceive high, 16 moderate and 1 low social support; While older adults with mild cognitive impairment, 6 perceive low, 6 high and 4 moderate support, those with moderate cognitive impairment 3 perceive low support and with severe cognitive impairment 1 perceive low support. It is concluded that there is a relationship between cognitive impairment and social support with a value of  $P < 0.001$ .

**Keywords:** cognitive impairment, social support



## **PRESENTACIÓN**

---

**Dra. Elsa Rocío Vargas Díaz**  
**Presidenta del jurado**

---

**Dra. Ana María Honores Alvarado**  
**Secretaria del jurado**

---

**Ms. Pablo Chuna Mogollón**  
**Vocal del jurado**

## ÍNDICE O TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA .....	iv
AGRADECIMIENTOS .....	vi
RESUMEN .....	vii
ABSTRACT.....	viii
PRESENTACIÓN.....	ix
ÍNDICE O TABLA DE CONTENIDOS .....	x
ÍNDICE DE TABLAS Y GRÁFICOS.....	xi
I. INTRODUCCIÓN .....	12
II. MARCO DE REFERENCIA.....	18
III. METODOLOGÍA.....	28
IV. RESULTADOS .....	33
V. DISCUSIÓN .....	38
CONCLUSIONES .....	42
RECOMENDACIONES .....	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	44
ANEXOS.....	50

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1</b> .....	36
Nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén .....	36
<b>Tabla 2</b> .....	33
Percepción de apoyo social en adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén .....	33
<b>Tabla 3</b> .....	34
Asociación entre Deterioro cognitivo y Apoyo social en adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén .....	34
<b>Tabla 4</b> .....	35
Características generales según edad, género, estado civil y grado de instrucción .....	35
<b>Tabla 5</b> .....	37
Prueba Chi Cuadrado para Deterioro Cognitivo y Apoyo Social en adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén .....	37

## I. INTRODUCCIÓN

### 1.1. Problema de Investigación

#### a. Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), se experimenta un crecimiento exponencial de las personas de edad avanzada, superando incluso la cantidad de niños menores de 5 años, por lo que se estima que para el año 2050 superará a la población adolescente y joven de 15 a 24 años. Según las Naciones Unidas se prevé que para el año 2050, una de cada seis personas llegaría a tener de 65 años a más, estimándose que la población adulta mayor total sería de 426 millones, donde el 65% radicaría en países de bajos y medianos ingresos (1,2).

En el Perú, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señaló que, la estructura poblacional en el país ha sufrido una variación significativa en relación al crecimiento de la población adulta mayor, un claro ejemplo es que durante la década de los cincuenta la población estaba constituida principalmente por niños, es decir 42 de cada 100 eran menores de 15 años, pero durante el 2021 cambió a 25 de cada 100, y la proporción de adultos mayores creció de un 5.7% a un 13.0% (3).

En la región La Libertad, en el censo realizado en el año 2017, se encontró que, el grupo poblacional de 65 años a más aumento en las dos últimas décadas de 4,9% en el año 1993, paso a 6,7% en el 2007 y aumentó a 8,5% en el 2017, también se encontró que, el sexo predominante es el de la población femenina, es decir que hay 73 hombres por cada 100 mujeres adultas mayores (4).

Los adultos mayores sufren cambios significativos, uno de ellos es la alteración en la memoria reciente que se asocia al deterioro cognitivo leve (DCL), afectando a nivel Internacional, a un 12 a 18% de la población

adulta mayor, que alcanza incluso a un 25% en edades más avanzadas a partir de los 80 años (5).

Asimismo, el DCL evoluciona hacia demencia, problema que afecta a 50 millones de personas a nivel mundial, de estas un 60% radican en países de bajos y medianos ingresos. Además, se calcula que entre un 5 y 8% de adultos mayores padece de demencia en determinado tiempo. Se estima que el número de personas con demencia aumentarán a 82 millones en el 2030 y a 152 millones durante el 2050 (6).

Mientras que, en Latinoamérica, en países como Argentina, su prevalencia es de 13,6%, en Colombia 9,7% y en Ecuador la prevalencia fluctúa entre un 30-60%. En Cuba, la presencia de DCL en mayores de 65 años es de 17,1 a 22%, y entre un 25 a 45,3% a partir de los 85 años. Concluyendo que, su inicio aumenta hasta seis veces el riesgo de presentar deterioro cognitivo pues puede progresar a una demencia (5, 7).

El deterioro cognitivo leve es considerado un factor de riesgo para el desarrollo de demencia, pues se estima que a nivel internacional el 12 a 25% de pacientes con deterioro cognitivo leve progresan a demencia dentro del año de evolución y un 50% dentro de los 5 años (8).

Según la Alzheimer's Disease International, la prevalencia de demencias mentales en Latinoamérica es de 8,5%, Caribe con 8,1% y Estados Unidos con 6,5%. En el Perú según el Ministerio de Salud (MINSA), el principal motivo causante de discapacidad y dependencia en este grupo poblacional es la demencia, la cual afecta entre un 5-8% de la población mayor de 65 años. Razón por el cual el adulto mayor es una persona vulnerable que necesita un apoyo permanente (9,10).

En algunos casos el adulto mayor con deterioro cognitivo, sufre diferentes problemas, entre ellas el abandono tanto de la familia como de la sociedad, por lo que requiere contar con un apoyo social que fortalezca la

satisfacción de las necesidades físicas y emocionales, por ello el estado peruano implementó una serie de programas de apoyo social, entre ellas la “Pensión 65”, donde solo un 18,6% de adultos mayores es beneficiaria. Además, es importante tener en cuenta que gran parte de este grupo etario es dependiente económicamente, un 44,4% de adultos mayores no forman parte de la Población Económicamente Activa, más de la mitad de adultos mayores no cuentan con una ocupación que le genere ingresos y solo un 35% recibe algún tipo de pensión privada o pública (3,11,12).

El entorno y la integración con su propia comunidad influye directamente en el desarrollo de vida de la persona adulta mayor (PAM). Si estos no participan en ningún programa social, grupo u asociación estarían cayendo en el aislamiento, problema que afecta al 10.31% de mujeres y el 7,41% de varones. En el censo nacional realizado en 2017, mostró que 38,4% del total de PAM vive en soledad, ha sido abandonado por su familia, tiende a la depresión; lo cual representa un riesgo en el bienestar emocional y físico, lo que incrementa el nivel de fragilidad en esta población (12,13).

Referente al área de salud, el 85,9% de mujeres y el 75,3% de hombres adultos mayores presentan alguna enfermedad crónica. Asimismo, el 72.7% de adultos mayores no asiste a un establecimiento para atenderse y el 51% cuenta con Seguro Integral de Salud (SIS) y el 32.5% cuenta Seguro Social de Salud (ESSALUD), y 5.8% otros seguros de salud, dejando una brecha de 10.7%, que no cuenta con algún tipo de seguro, secundario a las dificultades en el registro de sus datos como: no contar con DNI y partida de nacimiento; razón por la cual se encuentran en abandono relativo al acceso de salud.

La problemática anteriormente mencionada señala que cerca del 24.8% de la PAM en el Perú está en estado de abandono y percibe un apoyo social bajo por parte del estado y su familia, al tener diversos problemas en satisfacer sus necesidades básicas (3,14).

Los adultos mayores afrontan dificultades en el acceso a servicios públicos tales como programas sociales y de salud. Además, no existe sistema de apoyo social para afrontar los casos de abandono y soledad que afrontan algunos adultos mayores; por ello es necesario garantizar la accesibilidad del adulto mayor a los programas sociales para garantizarles un abordaje integral y una vida digna con salud ya que, la PAM se seguirá acrecentando en los próximos años. El incremento de la población de adultos mayores es una realidad a nivel nacional y el distrito de La Esperanza presenta el mismo perfil epidemiológico y la problemática del adulto mayor; brindando servicios en sus instituciones de salud.

El hospital Distrital Jerusalén perteneciente a la micro Red la Esperanza, cuenta con un programa de adulto mayor denominado “Dios, amor y vida”, el cual brinda espacios para el desarrollo de distintas actividades en promoción de la salud de la PAM. La población total de adultos mayores que asisten al Hospital Distrital Jerusalén es de 6310, de estos el programa se encontraba conformado por un grupo de 110 adultos mayores, el cual se vio alterado debido a que estuvo inactivo por poco más de dos años producto de la pandemia de Covid-19, por ello se está trabajando en volver a captar a los adultos mayores que aún residen en la zona, es decir que desde su activación del mes de junio asisten de forma regular y constante entre 40 a 60 adultos mayores, muchos de ellos refieren vivir solos y que no reciben apoyo por parte de sus hijos, otros que producto de la pandemia se mudaron con sus hijos pero en pequeños espacios que los hacen sentir incómodos y que la única actividad recreativa e integrativa con la que cuentan es la del programa.

Considerando la problemática planteada referente al adulto mayor con deterioro cognitivo y que no dispone de la red social de apoyo que debería tener según la LEY N° 30490, es que se planteó ejecutar este proyecto, con la finalidad obtener datos estadísticos reales acerca del nivel de deterioro cognitivo y el apoyo social en los adultos mayores en el Hospital Distrital Jerusalén.

## **b. Formulación del problema**

¿Existe relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adultos mayores en el Hospital Distrital Jerusalén - Trujillo 2022?

## **1.2. Objetivos**

**1.2.1 Objetivo general:** Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adultos mayores en el Hospital Distrital Jerusalén - Trujillo 2022.

### **1.2.2 Objetivos específicos:**

- Identificar el nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor en el Hospital Distrital Jerusalén.
- Identificar el apoyo social del adulto mayor en el Hospital Distrital Jerusalén.

## **1.3. Justificación del estudio**

El presente trabajo se desarrolló porque, el deterioro cognitivo es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre los adultos mayores a nivel mundial, pues su evolución afecta aproximadamente a cuatro millones de AM. Por lo que, supone un alto costo económico al estado y a los familiares y/o cuidadores, además de generar un gran desgaste emocional. Asimismo, existen programas sociales que no cubren a todos los adultos mayores, pues a nivel nacional encontramos que 38.4% de adultos mayores vive en soledad, 10.7% no cuenta con ningún seguro de salud y 65% no recibe ningún tipo de subvención económica. Por ello si no se consolida el beneficio de los programas sociales en los adultos mayores este seguirá acrecentándose y representando un problema de salud pública a futuro.



La investigación planteada pretendió determinar si existe una relación entre el apoyo social y el deterioro cognitivo, y de esta manera brindar información actualizada y proponer estrategias para el acceso de mayor número de beneficiarios a los programas sociales por parte del estado peruano, y el involucramiento familiar, y que se cumpla con la LEY N° 30490 en su totalidad, permitiendo de esta manera mejorar de forma continua y sistemática la gestión de salud en esta población vulnerable.

El estudio desarrollado permite dar a conocer los posibles beneficios que podría conllevar un adecuado apoyo social en PAM. Además de ello reflejar la importancia de desarrollarse programas de integración, pues permitiría identificar de forma oportuna las alteraciones cognitivas en el adulto mayor y evitar que se conviertan en problemas de salud física y mental, de tal manera que, mediante su estudio, se pueda llegar a favorecer la toma de decisiones o acciones de desarrollo en relación al problema.

El estudio planteado fue factible porque se contó con los recursos necesarios para realizarlo, tanto con el apoyo docente como económico por parte de las investigadoras de dicho proyecto.

## II. MARCO DE REFERENCIA

### 2.1. Marco teórico

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), considera a partir de los 60 años al adulto mayor, en su lugar, Du Gas los reconoce después de cumplir 65, y los contempla dentro de la “edad dorada”. La Ley N°30490; capítulo I - artículo 2, en el Perú define al adulto mayor como aquella persona que tenga 60 años o más, tiene como fin asegurar el respeto de los derechos de las personas adultas mayores. Según el enfoque de la investigación, uno de estos derechos es recibir atención integral e integrada, cuidado y protección familiar y social, considerándolos necesarios para una vida saludable, y útil para la elevación de su autoestima. Asimismo, se estableció responsabilidad en el desarrollo de acciones específicas para la protección de este grupo etario en situación de pobreza, deterioro cognitivo, violencia o falta de protección (15,16,17).

El adulto mayor sufre cambios más notorios en comparación a otras etapas de vida como producto del envejecimiento, el cual es un proceso deletéreo, intrínseco, progresivo y universal, que se da desde el nacimiento y se caracteriza por diversas transformaciones a nivel bioquímico, físico, morfológico, mental, individual y colectivo. Desde el enfoque biológico, está representado por la depreciación fisiológica producto del deterioro orgánico; el cual conlleva a la muerte, esta situación acaece a todo ser vivo con el paso de los años, en este se ve expresada la interacción entre el programa genético del individuo y su medio, estando asociado al acopio de disímiles formas de daños moleculares y celulares ocasionando modificaciones cardiorrespiratorias, osteomusculares, renales, y la caída de capacidades intelectuales, cognitivas y psicológicas (18,19, 20).

Este proceso es consecuencia de la suma de dos subtipos de envejecimiento; el primario, enfocado en la herencia, es decir, cambios intrínsecos relacionados con la edad del individuo, mientras que el secundario se relaciona con la acción de fenómenos aleatorios como son las enfermedades

y traumas, los cuales interaccionan entre sí ocasionando la reducción progresiva de las capacidades del individuo (21).

En el sistema neurológico, específicamente en el área cerebral, incrementa el estrés oxidativo, produciendo un acúmulo de daño proteico, lipídico y de ácido nucleico, al mismo tiempo la alteración mitocondrial juega un rol fundamental en el proceso de envejecimiento cerebral, debido a su participación en la generación de especies reactivas de nitrógeno y oxígeno, inmersas en el deterioro celular. La repercusión del tiempo causa disminución neuronal, dendritas, enzimas, receptores, síntesis de neurotransmisores y de masa encefálica, se calcula que un 5% de su peso disminuye cada diez años a partir de los 40. Donde, el sexo masculino tiende a perder antes y en mayor proporción el tejido cerebral en el área temporal y frontal, a diferencia del sexo femenino que pierde en áreas septales y del hipocampo, igualmente el flujo sanguíneo encefálico se ve reducido en un 20% conllevando todo ello a una depreciación cognitiva (22,23).

Sumado a la aparición de placas neuríticas, lesiones neurofibrilares, acumulación de amiloide y lipofuscina a nivel subcortical y cortical, estos se vuelven determinantes para el declive de la cognición. No obstante, dependerá del equilibrio de factores tanto internos, como los anteriormente mencionados, y externos; como el estado de ánimo, ausencia de síndromes geriátricos u otras patologías, pero sobre todo del cuidado que recibirá el adulto mayor para lograr su mantenimiento cognitivo; sin embargo, la alteración de cualquier factor precedentemente indicado conlleva a que el individuo desarrolle deterioro cognitivo, el cual será más notable dependiendo de su edad, estado económico, nivel educativo y lugar de residencia (23,24).

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico que se caracteriza por el declive de una o más capacidades mentales, tales como: la memoria, aprendizaje, la orientación, el pensamiento abstracto, lenguaje, la capacidad para el cálculo, reconocimiento visual, incluso puede verse afectada la personalidad y conducta, de las mencionadas, las cuatro primeras son las principalmente

afectadas. Esto puede atribuirse tanto a la sucesión normal del envejecimiento o puede ser multifactorial (25,26).

El deterioro cognitivo se divide en tres estadios; leve (DCL), moderado y severo. El concepto DCL fue evolucionando, a mediados del siglo anterior, Kral lo definía como olvido benigno del anciano u alteración aislada de la memoria; posterior a ello, a finales de los años noventa aparece la denominación deterioro cognitivo leve por Petersen. El Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales – 5 edición (DSM-5) lo define como un trastorno neurocognitivo menor, debido a que no influye en la capacidad de realizar las actividades de la vida diaria (AVD), pues el adulto mayor aún mantiene su funcionamiento autónomo, ya que produce cambios cognitivos, pero no de gran intensidad como para ser percibido por el propio adulto mayor, familia u entorno cercano. Se caracteriza principalmente por una pérdida leve y reciente de la memoria, pero de mayor magnitud de la que normalmente se espera respecto a la edad y/o el nivel de estudios de la persona. Sin embargo, este se puede ver clasificado según su función de habilidades de pensamiento afectadas, el DCL amnésico perjudica esencialmente la memoria, y el no amnésico, las habilidades del pensamiento. Los criterios de determinación de DCL continúan siendo de observación clínica comportamental y cognitiva (27,28,29).

El deterioro cognitivo moderado es considerado como un estado intermedio del paso del envejecimiento normal a la demencia. Se caracteriza por un deficiente rendimiento en una o más áreas a nivel cognitivo, es decir, en los dominios cerebrales como son la atención, el lenguaje, labores ejecutivas y capacidades viso-espaciales. Además, las actividades de la vida diaria (AIVD) instrumentales quedan plenamente afectadas (30).

El deterioro cognitivo severo, se caracteriza por la evidencia notable en los dominios cerebrales, iniciando principalmente con la pérdida de la memoria de forma tan significativa que empieza a dificultar la realización de sus actividades instrumentales de la vida diaria, incluso en muchos se ven

afectadas funciones tan básicas como comer o ir por sí mismo a los servicios higiénicos, haciendo que la persona se vuelva dependiente de su cuidador para cubrir sus necesidades básicas, dando pie a la denominada demencia (31).

Además, el deterioro cognitivo en el adulto mayor, acarrea graves consecuencias funcionales que le imposibilitarán planear y ejecutar el proceso de alimentación originando malnutrición; otro problema que se puede presentar es la incontinencia fecal, ocasionándole desánimo y baja autoestima; así mismo, es importante señalar que esta enfermedad es un predictor para el síndrome de fragilidad del anciano; es considerado también como el principal factor de riesgo para el padecimiento de la depresión, al igual que la ansiedad, donde para tratar de paliar algunos síntomas se necesitará de rutinas y objetos familiares para que el paciente mantenga su orientación, previniendo así, que entre en desesperación y en frustración. Por todo lo anteriormente mencionado, es importante que las personas con este diagnóstico cuenten el con apoyo social necesario, pues trae consigo muchas dificultades y posibles complicaciones en sus formas avanzadas (24).

El apoyo social es el conjunto de recursos humanos y materiales con los que un individuo o una familia cuenta para la superación de una crisis determinada. Se asienta en tres sistemas; las redes sociales son lazos que poseen los individuos para la simbolización de los otros en su medio social obteniendo un sentimiento psicológico de comunidad; el apoyo social percibido es la apreciación cognitiva que realiza la persona para la determinación de quién o quiénes pueden ofrecerle asistencia en períodos de necesidad; y el apoyo social efectivo que está integrado por las acciones de apoyo mismas, como la ayuda efectiva y recibida de los demás en situaciones necesarias.

El Apoyo Social interviene de forma positiva en la interacción, logrando afiliación, afecto, identidad, seguridad, integración social, aprendizaje, afirmación de valía, sentido de una fiel alianza y orientación, así como existencia de implicación emocional, ayuda instrumental, información o

valoración. Es un proceso temporal y situacional, porque posee continuidad en el tiempo y puede ser requerido en determinado momento, constituyendo un concepto dinámico por las que atraviesa el individuo o la familia (32,33,34).

El apoyo social interviene directamente sobre la salud y bienestar por medio de la satisfacción de necesidades humanas como las de seguridad y afiliación. Se encuentra clasificado en tres tipos; el primero y más importante es el emocional comprende la empatía, atención, afecto y confianza; el instrumental es la demostración de conductas que ayudan de forma directa a quien lo requiere; el apoyo informativo es la facilitación de contenido bibliográfico a otras personas para que ellas puedan usarla en caso de enfrentar situaciones problemáticas (32).

En la actualidad, se considera que el apoyo social encierra efectos de protección y amortiguación frente a la enfermedad. Por ello, el contar con este sistema de ayuda reduce de manera significativa que los diversos problemas de salud están bajo el impacto perjudicial del estrés, incluso fortalece la autoestima, el sentido de control y la capacidad de afrontamiento eficaz ante la enfermedad, ayudando que el proceso de recuperación se dé con mayor rapidez, y que el adulto mayor se reinerte de manera más acelerada a la sociedad (35).

Según Ramona Mercer et al. Es la cantidad de asistencia que obtiene efectivamente, la satisfacción que provoca esa ayuda y los individuos (red) que la prestan. Las cuatro áreas de apoyo social son: el apoyo emocional; sentirse querido, cuidado, merecedor de confianza y comprendido; informativo, ayuda a la persona a corregir dificultades por sí mismo brindándole información favorable para cada problema y/o situación; físico, tipo directo de ayuda; y de valoración, comunica al individuo sobre cómo está desarrollando su rol. Permite a la persona autoevaluarse en relación con la actuación del rol del resto (36).

En relación al deterioro cognitivo y el apoyo social, se considera importante su implicancia, puesto que las relaciones sociales satisfactorias promueven mejores condiciones de salud, y aunque los mecanismos por los cuales se dan estos efectos no se encuentran aún establecidos, el apoyo social tendría un efecto protector ante impactos negativos como estresantes, al tener un suministro de recursos (entre ellos económico, material, informativo y emocional), ayudando a mantener la autonomía en sus diferentes contextos sociales de acuerdo a su entorno, teniendo en cuenta que las PAM con alteración cognitiva tienen una dificultad mayor para desarrollar sus actividades diarias (37).

Además de ello, la importancia del apoyo de programas sociales como son los centros de adulto mayor, forman una pieza clave en disminuir significativamente el deterioro cognitivo puesto que al realizar actividades que mantengan activo y en uso el cerebro, contribuye en el mantenimiento de la sinapsis, dado que la experiencia enriquecida produce variaciones en la neuroquímica y neuroanatomía del cerebro, como es el incremento del grosor cortical, de la ramificación neuronal o del número de sinapsis (23).

Norbeck y Tilden, enfermeras que se basaron en el estudio del apoyo social, determinaron que este es una interacción interpersonal que proporciona apoyo a nivel emocional y en tareas o problemas reales, los cuales son dados tanto por red social formal como informal. Siendo enfermería sujeta de la red social formal, puesto que trabaja en base a programas e intervenciones enfocadas esencialmente en el apoyo social a la PAM y optimiza el apoyo informal y genera el involucramiento de nuevas redes de apoyo ajenas a esa comunidad. Su rol en general es indirecto, pero involucra esfuerzos e iniciativas para poder originar variaciones en las conductas y en la constancia de interacción con la PAM y miembros de su entorno y generar beneficios a corto, mediano y largo plazo (38).

El adulto mayor afronta múltiples cambios, por lo que necesita un cuidado integral de enfermería, para ello se utilizara el Modelo de Adaptación de Sor Callista Roy, que señala a la persona como un ser holístico en constante interacción con su medio, la cual afronta diversos cambios en los componentes biopsicosociales. El profesional de enfermería realizará las intervenciones para fomentar el desarrollo de mecanismo de afrontamiento y propiciará el modo de adaptación de la interdependencia con la participación de las personas más allegadas y el sistema de apoyo social, el cual favorecerá al equilibrio entre la autonomía del adulto mayor, y su cuidado (36).

## **2.2. Antecedentes de estudio**

A nivel internacional, Cancino y cols en Chile, en el año 2018, realizan una investigación de tipo transversal con una muestra de 206 adultos mayores para determinar el funcionamiento cognitivo en esta población, el rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión; se obtuvo un promedio de edad de 69 años, el 77% estaba constituido por mujeres. Este estudio confirma la relación directa entre la depresión como factor de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo, también señalan que el apoyo social tiene rol moderador ( $\beta = -0,161$ ,  $p = 0,032$ ) y que favorece el estado de salud del adulto mayor. También, señalan que una covariable como la renta (estado socioeconómico) es significativa pues se asocia a un mejor estado de salud y que tiene impacto en diferentes dimensiones de su vida (39).

Segura, Cardona y et al en Colombia, en el año 2018 publican un estudio sobre los factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva en adultos mayores, de tipo cuantitativo, transversal analítico, realizando encuestas a 1514 adultos mayores, con el Miniexamen Cognoscitivo modificado se presentó un 9.5% de la población con riesgo deterioro cognitivo, predominantemente en hombres, con edades entre los 75 y 89 años, sin pareja y con bajos niveles de



escolaridad, el 7,7% apoyo social escaso y 65% de la PAM con riesgo de deterioro cognitivo estaba viudo, separado o soltero (40).

Figuroa, y cols en México, en el año 2021, efectúan una investigación transversal de alcance correlacional, sobre la asociación del deterioro cognitivo, crisis y redes sociales de apoyo en adultos mayores, con una población de 63 adultos mayores, hallando que el 29% no cuentan con subvención económica, 27% no recibe visita de amigos y familia y el 27% presentaron signos de deterioro cognitivo leve, teniendo una prevalencia general de 36.5% con algún síntoma de deterioro cognitivo, siendo el sexo femenino en presentar deterioro cognitivo de grado moderado y severo (41).

A nivel nacional Luna y Vargas en Lima Metropolitana y el Callao en el año 2018, realizan un estudio de tipo transversal analítico sobre los factores asociados al deterioro cognoscitivo, constituido por 1290 adultos mayores, obteniéndose según el Cuestionario de Pfeifer que el 14.7% de los participantes presentó deterioro cognitivo. Los autores indican que no encontraron asociación con el nivel de calidad de vida de los participantes, los mismos señalan que los factores protectores son el autocuidado, pues manifiestan que la responsabilidad está en uno mismo; y el estar ocupado, debido a que, permite la estimulación continua de las habilidades cognitivas (42).

Mescua y Salazar en Huancayo, en el año 2019, efectúan una investigación transversal analítico sobre el deterioro cognitivo y sus factores asociados, con una muestra de 110 adultos mayores, donde se identificó que el 49.1% no está casado, 21.8% son muy pobres, 90% no cuenta con apoyo familiar, 22.7% presenta deterioro cognitivo leve, 7.3% moderado y 2.7% severo. Los autores recomiendan la constante captación de la PAM en programas sociales, su integración social, la ejecución de campañas de valoración geriátrica integral para un diagnóstico precoz (43).

A nivel local Leitón y cols en la libertad, en el año 2021, realizan un estudio de tipo observacional sobre la participación social y la capacidad cognitiva,

conformado por una muestra de 1110 adultos mayores, obteniendo como resultados que el 47.4% tiene estudios primarios, 6.4% sugiere deterioro cognitivo, 18,4% tiene un nivel de participación social deficiente y de estos el 4.5% presenta deterioro. El estudio concluye que el compromiso social va unido a un buen funcionamiento cognitivo (44).

### 2.3. Marco conceptual

**Adulto mayor:** Periodo de vida, que inicia a partir de los 60 años, y se caracteriza por la declinación de sus facultades tanto físicas como mentales (45).

**Deterioro cognitivo:** es un síndrome clínico que se caracteriza por el declive o alteración significativa de las funciones cognoscitivas, producto de fenómenos producidos fisiológicamente por el envejecimiento o debido a otros factores, representando un cambio respecto a su estado previo (46-47).

**Apoyo social:** Es el conjunto provisiones expresivas o instrumentales percibidas o recibidas proporcionadas por la comunidad, las redes sociales y las personas de confianza (48).

**Edad:** Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el momento de referencia. (49).

**Género:** se refiere a los conceptos sociales de las funciones, comportamientos, actividades y atributos que cada sociedad considera apropiados para los hombres y las mujeres (50).

**Estado civil:** es un lugar permanente de una persona dentro de la sociedad, que depende principalmente de sus relaciones de familia y que la habilitan para ejercitar ciertos derechos y contraer obligaciones civiles (51).

## 2.4. Sistema de Hipótesis

**2.4.1 Hipótesis de trabajo o investigación (Hi):** Existe relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adultos mayores en el Hospital Distrital Jerusalén – Trujillo 2022

**2.4.2 hipótesis nula (H0):** No existe relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adultos mayores en Hospital Distrital Jerusalén – Trujillo 2022

## 2.5 Variables e indicadores

### 2.5.1 Tipos de variables

2.5.1.1 **Variable dependiente:** Deterioro cognitivo

- **Definición operacional:** Pérdida funcional cognitiva que se medirá mediante la escala de Pfeifer.
- **Escala de medición de variable:** Cualitativa - Ordinal
- **Indicador:** deterioro cognitivo /Escala de Pfeifer
- **Categorías de la variable:**
  - No deterioro cognitivo
  - Deterioro Cognitivo leve
  - Deterioro Cognitivo Moderado
  - Deterioro Cognitivo severo
- **Índice**
  - No deterioro cognitivo:  $\leq 2$
  - Deterioro Cognitivo leve: 3 a 4
  - Deterioro Cognitivo Moderado: 5 a 7
  - Deterioro Cognitivo severo: 8 a 10

2.5.1.2 **Variable independiente:** Apoyo Social

- **Definición operacional:** Asistencia que se medirá utilizando la Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP).

- **Escala de medición de variable:** Cualitativa - Ordinal
- **Indicador:** percepción de apoyo social/ La Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP).
- **Categorías de la variable:**
  - Apoyo bajo
  - Apoyo moderado
  - Apoyo alto
- **Índice:**
  - Apoyo bajo: 7 – 35 puntos
  - Apoyo moderado: 36 – 60 puntos
  - Apoyo alto: 61 – 84 puntos

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1. Tipo y nivel de investigación**

El trabajo de investigación fue de tipo descriptivo, correlacional y corte transversal. Fue descriptivo por que se realizó una descripción sobre el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores pertenecientes al grupo de adulto mayor “Circulo Dios, amor y Vida” del Hospital Distrital Jerusalén, correlacional porque se buscó determinar la asociación entre las variables de estudio y de corte transversal porque los datos obtenidos se dieron en un determinado periodo de tiempo y este no influyó en la modificación de las variables.

#### **3.2. Población y muestra de estudio**

- **Población de Estudio:** Población censal 60 de adultos mayores que acudieron al Hospital Distrital Jerusalén, Trujillo de septiembre a noviembre 2022.

### **Criterios de inclusión:**

- Tener de 60 años cumplidos a más
- Adultos mayores de ambos sexos
- Adulto mayor que dé su consentimiento para participar en el estudio

### **Criterios de exclusión:**

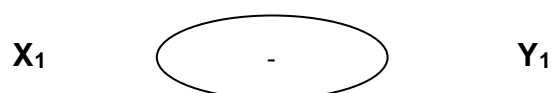
- Adulto mayor con alguna enfermedad neurodegenerativa
- Adulto mayor con signos de alteración cognitiva de importancia, tales como afasia, agrafia, alexia y/o apraxia.
- Tener deficiencia sensorial severa
- Persona que abandone el cuestionario o no desee participar

**Tamaño y tipo de muestra:** La muestra consistió en el 100% de adultos mayores que acudieron regularmente al programa de adulto mayor en el Hospital Distrital Jerusalén, el tipo de muestreo fue no probabilístico, porque se trabajó con todos los asistentes al programa de adulto mayor en el Hospital Distrital Jerusalén.

**Muestra:** No se calculó muestra debido a que la población en estudio es limitada, por lo cual se trabajó con la población censal.

### **3.3. Diseño de Investigación**

Correlacional de Hernández Sampieri (52)



$X_1$ : Apoyo social

$Y_1$ : Deterioro cognitivo

-: Relación entre ambas variables

### **3.4. Técnicas e instrumentos de investigación**

Para la recolección de datos se obtuvo la autorización por parte del Programa de estudio en Enfermería para la ejecución del trabajo, posterior a ello las investigadoras se dirigieron al Hospital Distrital Jerusalén, y por medio de una solicitud dirigida al director de la institución de salud se solicitó su permiso correspondiente para su aplicación (ANEXO 1).

Posterior a la aceptación las investigadoras se dirigieron al programa de adulto mayor denominado “Círculo Dios, amor y vida “, dirigido por la Licenciada Nereida Velásquez Huacha, donde se encontraron con la población de estudio, se inició saludando de manera cordial al usuario participante y se le informo en qué consistía la investigación, solicitando su colaboración mediante un consentimiento informado (ANEXO 2).

Los dos instrumentos se aplicaron por las tesisistas en las instalaciones del programa del adulto mayor, en un tiempo promedio de 20 minutos por persona. En la primera parte del formulario se consideró datos generales del usuario como son edad, sexo, estado civil y grado de instrucción.

El primer cuestionario sobre el deterioro cognitivo denominado cuestionario de Pfeiffer (ANEXO 3), adaptado por el gobierno de Aragón, conto con una sensibilidad del 70% y una especificidad del 95%. Este instrumento permitió identificar la presencia y grado de deterioro cognitivo, mediante la exploración de la memoria a corto y largo plazo, orientación, información acerca de sucesos habituales y capacidad de cálculo. También evaluó la orientación temporal, preguntando la fecha de evaluación, día de la semana y estación de año actual; la orientación espacial se evaluó preguntando el sitio donde se encuentra el usuario; la memoria se midió preguntando su número de teléfono, dirección, edad, fecha de nacimiento; la información sobre los hechos cotidianos, se preguntó el nombre del presidente, de su antecesor y el apellido de su madre; el cálculo se midió pidiendo que empiece de 20 y vaya restando de 3 en 3 de manera sucesiva. Se marco con “1” punto por cada respuesta errada y “0” por cada acierto, al final se

sumó el número total de respuestas erradas, para ello se tomó en cuenta que las personas con primaria incompleta y analfabetas se le resto un punto a la suma total y se interpretó de la siguiente manera: Cognición normal (0-2 errores), deterioro cognitivo leve (3-4 errores), moderado (5-7 errores) severo (8-10 errores) (53).

El segundo cuestionario que se aplicó se denomina Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP) (ANEXO 4), es una herramienta de tamizaje construido originalmente en el año 1988 por Zimet GD y cols; adaptado por Teresa Ruiz Jiménez y cols, validado por Arechabala y Miranda dirigido a la detección de niveles de apoyo que sienten los adultos mayores de sus familiares, amigos y otras personas importantes. Esta herramienta consigna 12 ítems distribuidos en las siguientes subescalas; significativa (1,2, 5 y 10); familiar (3,4,8 y 11) y de amigos (6,7,9,12). Cada ítem cuenta con el siguiente criterio de calificación: 1= totalmente en desacuerdo, 2= bastante en desacuerdo, 3= más bien en desacuerdo, 4= ni de acuerdo ni en desacuerdo, 5= más bien de acuerdo, 6= bastante en de acuerdo, 7= totalmente de acuerdo. Los puntajes obtenidos serán sumados, se clasifica en: Apoyo bajo: 7 – 35, moderado: 36 – 60 y alto: 61 – 84 (54).

Finalmente, se agradeció la colaboración del usuario, y posterior a ello se realizó la tabulación de los resultados. La fuente de recolección de datos fue primaria debido a que se trabajó con los usuarios adultos mayores que acuden al programa de Adulto Mayor.

### **3.5. Procesamiento y análisis de datos**

Para la organización de los datos estadísticos del proyecto, se utilizó el programa de Excel 2022 versión Microsoft 365 y el software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) (V.25)

Para las variables cualitativas se utilizó la estadística descriptiva, y se aplicaron medidas de tendencia central como la moda, posterior a ello los datos fueron procesados en una base y se analizaron mediante programas informáticos de estadística, y se realizó el cálculo de frecuencias.

Se empleó además la prueba de Chi cuadrado a un nivel de significación de  $p \leq 0,05$  para determinar la relación entre las variables. Para finalizar se realizó la presentación de resultados mediante tablas bidimensionales.

### **3.6 Consideraciones éticas**

Se aplicaron los principios éticos señalados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial del numeral 24, el cual señala que debe tomarse en cuenta todas las medidas o precauciones necesarias para preservar la privacidad e información personal del usuario en la investigación (55).

Según el Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermería se cumplió con dirigir, difundir y utilizar la investigación para impulsar la profesión de enfermería (56).

Según el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeros del Perú se cumplió con el artículo 58° que propone que la investigación debe ceñirse a los principios éticos, bioéticos, leyes y declaraciones universales vigentes, mismas que han sido tomadas en cuenta para este trabajo (57)



## IV. RESULTADOS

### 4.1. Análisis e interpretación de resultados

**Tabla 1**

*Nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén - 2022*

Deterioro Cognitivo	N° de adultos mayores	Porcentaje (%)
Sin deterioro	40	66.7
Leve	16	26.7
Moderado	3	5
Severo	1	1.7
Total	60	100

Fuente: Cuestionario de Pfeiffer

**Tabla 2**

*Apoyo social percibido en adultos mayores del Hospital Distrital  
Jerusalén - 2022*

Nivel	N° de adultos mayores	Porcentaje (%)
Bajo	11	18.3
Moderado	20	33.3
Alto	29	48.3
Total	60	100

Fuente: Escala Multidimensional de Apoyo Social Percibido (EMASP)

**Tabla 3**

*Relación entre Deterioro cognitivo y Apoyo social en adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén - 2022*

		Apoyo social percibido			
		Alto	Bajo	Moderado	Total
	Sin deterioro	23(38.3)	1(1.6%)	16 (26.6%)	40(66.7%)
Deterioro cognitivo	Leve	6(10%)	6(10%)	4 (6.6%)	16(26.6%)
	Moderado	0	3(5%)	0	3(5%)
	Severo	0	1 (1.6%)	0	1 (1.6%)
<b>Total</b>		<b>29(48.3%)</b>	<b>11(18.3)</b>	<b>20(33.3%)</b>	<b>60(100%)</b>

Fuente:

Cuestionarios

aplicado por

autoras  $p < 0.005$

**Tabla 4**

*Características generales según edad, género, estado civil y grado de instrucción*

Datos generales		Número	Porcentaje
Edad	60 -69	18	30.0
	70-79	25	41.7
	80 a mas	17	28.3
	Total	60	100
Género	Femenino	40	66.7
	Masculino	20	33.3
	Total	60	100
Estado civil	Soltero	9	15.0
	Casado	11	18.3
	Conviviente	16	26.7
	Separado	5	8.3
	Viudo	19	31.7
	Total	60	100
Grado de instrucción	Sin estudios	18	30
	Primarios	33	55
	Secundarios	8	13.3
	Superior	1	1.7
	Total	60	100

Fuente: Cuestionario

#### 4.2. Docimasia de hipótesis

Siendo que la significancia estadística de la prueba Chi cuadrado es  $P=001<0.05$ , se concluye que existe relación entre el Deterioro cognitivo y el Apoyo Social en los adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén, tal como se muestra en la tabla 5.

**Tabla 5**

*Prueba Chi Cuadrado para Deterioro Cognitivo y Apoyo Social en adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén - 2022*

Pruebas de chi-cuadrado	Valor	gl	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28.445a	6	<.001
Razón de verosimilitud	26.65	6	<.001
N de casos válidos	60		

## V. DISCUSIÓN

En la **tabla N.º1**, referente al deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén – Trujillo 2022, se encontró que el 66.7% no presenta deterioro cognitivo, el 26.7% presentó deterioro cognitivo leve, el 5% moderado y 1.7% severo; observándose que el 33.4% presenta deterioro en sus diferentes niveles.

Los resultados obtenidos son similares a los que reportó Mescua y Salazar en Perú en el 2019, donde el 22.7% presentó deterioro cognitivo leve, 7.3% moderado y 2.7% severo. Asimismo, coincide con los resultados obtenidos por Figueroa y cols que evidencio que el 27% presentaron signos de deterioro cognitivo leve. (41,42)

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico que afecta una o más de las capacidades mentales del adulto mayor como son la memoria, el aprendizaje, la orientación, el pensamiento abstracto, lenguaje, la capacidad para el cálculo, y reconocimiento visual, así mismo el declive de estas puede traer consigo consecuencias funcionales que interfieran en la capacidad de autorrelación y autonomía de la persona adulta mayor, generando sentimientos de desánimo y frustración (24,25)

Los resultados encontrados probablemente se deban a las actividades que el adulto mayor realiza en el programa del adulto mayor, donde es estimulado de forma continua y además de pasar por sus controles médicos de manera regular.

En la **tabla N° 2** sobre el apoyo social, se encontró que el 18.3 de los adultos mayores tiene un apoyo social bajo, el 33.3 moderado y el 48.3 alto, evidenciándose que de forma global el 51.6% percibe un apoyo entre moderado y bajo.

Los resultados obtenidos difieren con los encontrados por Segura y cols al que evidenciaron que el 7,7% del adulto mayor tiene un apoyo social escaso. (40)

Es importante señalar que el apoyo social percibido es un factor protector durante el trascurso del envejecimiento, por ello se dice que aquellas personas que cuentan con un apoyo social alto presentan menor declive en su función cognitiva.

Los resultados obtenidos podrían deberse a que, en el Hospital Distrital Jerusalén, el club del adulto mayor propicia la integración y vínculos sociales, logrando desarrollar más fácilmente estrategias comunicativas y de interacción interpersonal, lo cual disminuye las consecuencias derivadas al sentimiento de soledad y depresión que se cursa en esta etapa, ejerciendo así beneficios en el bienestar y la cognición del adulto mayor (39).

En la **tabla N° 3** referente a la relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social, encontramos que 23 (38.3%) adultos mayores que no presentaron signos de deterioro cognitivo percibieron un apoyo social alto, mientras que 6 (10%) de ellos que presentaron signos de DCL percibieron un apoyo social bajo, los que presentaron deterioro cognitivo moderado que fueron 3 (5%) percibieron un apoyo social bajo y solo 1 (1.6%) de ellos presentó deterioro cognitivo severo con un apoyo social bajo.

Los resultados obtenidos son similares a los encontrados por Mescua y Salazar en Huancayo en 2019, pues señalaron que el 90% de su población no conto con apoyo familiar y tienen escasos recursos económicos obteniendo que 22.7% presento DCL, 7.3% moderado y 2.7% severo. Asimismo, a nivel local Leitón y cols en La Libertad en el 2021, obtuvieron en su investigación que 18.4% tuvo un nivel de participación social deficiente de los cuales 4.5% presentó deterioro cognitivo (42,44).

Los resultados obtenidos por nuestra investigación demuestran que, existe relación entre el deterioro cognitivo y la percepción sobre el apoyo social, cuya implicancia se considera importante, porque las relaciones sociales satisfactorias promueven mejores condiciones de salud, al tener un impacto protector ante efectos negativos como estresantes, y ser un suministro de recursos, ayudando a mantener la

autonomía en sus diferentes contextos sociales de acuerdo a su entorno y permitiendo realizar actividades que mantengan activo y en uso el cerebro, contribuyendo en el mantenimiento de la sinapsis, ya que la experiencia enriquecida produce variaciones en la neuroquímica y neuroanatomía del cerebro, como es el incremento del grosor cortical, de la ramificación neuronal o del número de sinapsis reduciendo la progresión a un deterioro cognitivo temprano (23,37).

En la **tabla N°4**, relacionado al perfil de la población estudiada, se encontró que el 66.7% de asistentes al programa de adulto mayor del Hospital Distrital Jerusalén son de sexo femenino, la edad predominante es de 70 a 79 años con un 25%, el 55% se encuentran entre viudos, solteros separados, el 85% tiene bajo nivel de estudios (solo hasta primaria).

Los resultados tienen cierta similitud con los encontrados por Segura, Cardona y et al en Colombia en el año 2018, ya que en su estudio la edad predominante osciló entre los 75 a 89 años, en la cual el 52,9 % tenían bajos niveles de escolaridad (máximo estudios primarios) y el 65% de su población estaba viudo, separado o soltero. De la misma forma Cancino, Rehbein y et al en Chile, en 2018, tuvieron una población constituida por 77% del género femenino (39,40).

Los resultados obtenidos demuestran que el género femenino es predominante en la población adulta mayor, además de ello de ser el grupo que más participa en actividades de integración social a diferencia del sexo masculino, asimismo nos indica que gran parte de esta población en estudio no cuenta con la una escolaridad completa ya que más de la cuarta parte es analfabeta, lo cual representa un riesgo mayor a presentar deterioro cognitivo, esto se relaciona a que las personas con mayor grado de escolaridad tienen mayor afinidad por realizar actividades cognitivamente estimulantes, como son la escritura, lectura, juegos de mesa y entre otros, los cuales participan en la actividad mental en la obtención de las reservas neuronales y cognitiva, previniendo así el asolamiento de la muerte neuronal (40).



Observando que la edad predominante fue de 70 a 79 años, es de consideración tener en cuenta que a medida que la edad transcurre el metabolismo de este cambia, lo cual significa que hay una disminución en el ingreso de glucosa y la recaptación de glutamato extracelular, lo que conlleva a la muerte de neuronal en el hipocampo; y si a ello le sumamos el estilo de vida, las probabilidades de alteraciones cognitivas son mayores.

Además de ello dado que el 55% población en estudio es viuda, separada o soltera, es importante señalar que el vivir acompañado tiene efectos positivos de protección y amortiguación ante la enfermedad, puesto que permite una estimulación e interacción constante, además de fortalecer su sentido control, autoestima y un afrontamiento eficaz (22, 35).

En la **tabla N°5**, se observa que nuestra investigación obtuvo una significancia estadística de la prueba Chi cuadrado  $P=001$ , lo cual concluye que existe relación entre el Deterioro cognitivo y el Apoyo Social en los adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén.

Cuyos resultados son similares a lo que encontró Rehbein y cols en Chile en 2018, pues hallaron que el apoyo social tiene un rol moderador con  $P= 0.032$ , sin embargo estos datos discrepan con los resultados obtenidos por Luna y Vargas en Lima Metropolitana y el Callao en 2018, pues señalan que no existe asociación alguna más que con el autocuidado que cada adulto mayor debe tener, pues su calidad de vida (nivel socioeconómico, apoyo familiar y social) no influye en el desarrollo del deterioro cognitivo (41,45).

## CONCLUSIONES

- En el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores en el Hospital Distrital Jerusalén – Trujillo 2022 el 66.7% no presentó deterioro cognitivo, el 26.7% presentó deterioro cognitivo leve, el 5% moderado y 1.7 severo.
- El apoyo social de los adultos mayores en el Hospital Distrital Jerusalén – Trujillo 2022 fue de 18.3% con un apoyo social bajo, el 33.3% moderado y el 48.3% alto.
- Se encontró que si existe relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adultos mayores en el Hospital Distrital Jerusalén con una significancia estadística  $P=001$ .

## RECOMENDACIONES

- Promover la atención integral del adulto mayor en las instituciones de salud, a través de la captación oportuna, atención priorizada y en ambientes adecuados para el adulto mayor.
- Promover la captación oportuna de la población de adultos mayores en programas sociales con el apoyo de los establecimientos de salud de las zonas aledañas con el fin de fomentar su constante interacción y adhesión a su comunidad favoreciendo su actividad física y mental.
- Incentivar a la institución a continuar brindando el apoyo educativo sobre cuidados para su edad y el acceso a los adultos mayores que forman parte del “Circulo Dios, amor y vida” con el fin de que puedan seguir aprendiendo para realizar los cuidados necesarios para su edad.
- Seguir fomentando la participación en las campañas de valoración geriátrica integral que realiza el Programa de estudio de Enfermería en los diferentes escenarios.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud. [internet] 2021. [Citado 02 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Naciones Unidas. Desafíos Globales – Envejecimiento. [internet] 2019 [Citado 02 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.un.org/es/global-issues/ageing#:~:text=Seg%C3%BAAn%20datos%20del%20informe%20%22Perspectivas,tener%2065%20a%C3%B1os%20o%20m%C3%A1s.>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor [internet]. Perú: INEI; 2022. [Citado 02 de septiembre del 2022]. Informe técnico. Disponible en: <https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2022.pdf>
4. Instituto Nacional de Estadística e Informática. La Libertad – Resultados definitivos [internet]. Perú: INEI; 2018. [Citado 02 de septiembre del 2022]. Informe técnico. Disponible en: [https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1575/13TOMO\\_01.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1575/13TOMO_01.pdf)
5. Andrango P, Lopez B. Abordaje clínico del deterioro cognitivo leve en atención primaria. [internet]. Rev Recimundo. 2022 [ citado 2 septiembre del 2022]; 6(2): 47-59. Disponible en: <https://recimundo.com/index.php/es/article/view/1541/1974>
6. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [internet] 2020. [Citado 02 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
7. Fonte S, Santos H. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. [internet]. Rev cubana med. 2020 [ citado 2 septiembre del 2022]; 59(1): 1314. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232020000100002&script=sci\\_arttext&tlng=pt](http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0034-75232020000100002&script=sci_arttext&tlng=pt)
8. Allegri R, Casas P, Demey I, Fernandez C, Ganci G, Kremer J, et al. Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras demencias. Formación Profesional

- para el Equipo Socio-Sanitario. [internet]. 2015 [ citado 2 septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.algec.org/biblioteca/Dereriero-cognitivo-Alzheimer.pdf>
9. Contreras C, Condor I, Atencio J, Atencio M. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú [Internet] An Fac med. 2019 [ citado 2 de setiembre del 2022]; 80(1):51-5. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v80n1/a09v80n1.pdf>
  10. Aguirre C. Demencia y adultos mayores. Diario el peruano [Internet] Perú: Noviembre 2021. [ citado 2 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://elperuano.pe/noticia/133819-demencia-y-adultos-mayores>
  11. Plataforma única del estado peruano. Acceder a servicios para personas adultas mayores - Programa Pensión 65. [internet].2022 [Citado 2 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.gob.pe/582-acceder-a-servicios-para-personas-adultas-mayores-programa-pension-65>
  12. Superintendencia de Banca, Seguros y Administradoras de Fondos de Pensiones del Perú (SBS). Estudio Nacional de Dependencia Económica en Adultos Mayores en el Perú. [internet].2019 [Citado 2 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.sbs.gob.pe/Portals/0/er/Lineamientos/Dependencia-Economica-Adultos-Mayores.pdf>
  13. Defensoría del Pueblo. Envejecer en el Perú: Hacia el fortalecimiento de las políticas para personas adultas mayores. [internet] 2019. [Citado 2 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.defensoria.gob.pe/wp-content/uploads/2019/08/DEFENSOR%C3%8DA-DEL-PUEBLO-INFORME-ENVEJECER-EN-EL-PER%C3%9A.pdf>
  14. Blouin C. La situación de la población adulta mayor en el Perú: Camino a una nueva política. Lima, Perú: Instituto de Democracia y Derechos Humanos de la Pontificia Universidad Católica del Perú. [internet].2018 [Citado 2 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
  15. Organización Panamericana de la Salud. Enfermería Gerontológica: conceptos para la práctica [internet] 1993. [citado 04 de septiembre del 2022]. Disponible en:

<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3106/Enfermeria%20gerontologica%20conceptos%20para%20la%20pr%C3%A1ctica.pdf?sequence=1>

16. Du Gas. Tratado de enfermería práctica. 4 ed. vol.1. México: McGraw-Hill Interamericana; 2000. 700p.
17. El peruano. Ley N° 30490 - Ley de la persona adulta mayor [internet] 2022. [citado 04 de septiembre del 2022. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>
18. Torrades O. Aspectos neurológicos del envejecimiento. Offarm. 2004; 23(9):106-109.
19. Rodríguez D. Vejez y envejecimiento - Grupo de Investigación en Actividad Física y Desarrollo Humano, Escuela de Medicina y Ciencias de la Salud [internet] 2010. [ citado el 8 septiembre del 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/86442423.pdf>
20. Miranda S, Pesántez C. Estilo de vida en el envejecimiento identificando estereotipos frecuentes dentro de este. [tesis]. Ecuador: Universidad del Azuay, 2021. [ citado el 8 septiembre del 2022]. 50 pág. Disponible en: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11258/1/16795.pdf>
21. Rodríguez M. Aproximación al desarrollo de un Programa Nacional de Investigación sobre Envejecimiento desde el concepto de fragilidad. Esp Geriatr Gerontol 2001; 36(3):24-25.
22. Salech M, Jara L, Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento normal. Med Clin Condes. 2012; 23(1):19-29.
23. Tirro V. La vejez y el cerebro. Nuevo Humanismo. 2016; 4(1):73-80.
24. Benavides CA. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev Mexicana de Anestesiología. 2017; 40(2):107-112.
25. Perez M. El deterioro cognitivo: una mirada previsor. Rev Cubana Med Gen Integr. 2005; 21(1-2):20-25.
26. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. [internet] 2012 [citado 8 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>

27. González P, Buonanotte F, Cáceres M. Del deterioro cognitivo leve al trastorno neurocognitivo menor: avances en torno al constructo. *Neurol Arg.*2015;7(1):51-58
28. Alzheimer's Association. Deterioro Cognitivo Leve (DCL). [internet] 2022. [citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: [https://www.alz.org/demencia-alzheimer/que-es-demencia/condiciones\\_relacionados/deterioro-cognitivo-leve](https://www.alz.org/demencia-alzheimer/que-es-demencia/condiciones_relacionados/deterioro-cognitivo-leve)
29. Carretero M. Tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Offarm.*2003;22(9):160-162
30. Sequeira R. Deterioro cognitivo moderado y factores de riesgo. *Rev clínica HSJD.*2019;9(5):16-22.
31. Catalana accidentes y seguros. Deterioro cognitivo: ¿Cuáles son los tipos y grados en ancianos? [internet]2022 [citado el 8 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.seguroscatalanaoaccidente.com/blog/deterioro-cognitivo-ancianos/>
32. Ortego M, Del Carmen M. Ciencias Psicosociales I: El apoyo Social. Universidad de Cantabria. España; 2011.
33. Castilla, León. Enfermero/a. Servicios de salud. Temario Específico Vol. IV. Editorial CEP. 2018.
34. Vega Angarita OM, Gonzales Escobar DS. Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. *Rev Enfermería Global.* 16. 2009.
35. Fachado A, Menéndez R, González C. Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria.*2013;19(1):118-123.
36. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier; 2011.
37. Pereira de Brito T, Pavarini L. Relación entre apoyo social y capacidad funcional de los mayores con los cambios cognitivos. *Latino-Am. Enfermagem.*2012;20(4):1-8.
38. Norbeck J. Tilden V. International nursing research in social support: theoretical and methodological issues. *Journal of Advanced Nursing.* 1988;(13):173-178.

39. Cancino M, Rehbein F, Ortiz Ms. Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. Rev med Chil.2018;146(3):315-22.
40. Segura C, Cardona A, Segura C, Muñoz R, Jaramillo A, Lizcano C, et al. Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. Aquichán. 2018;18(2):210-221.
41. Figueroa V, Aguirre O, Hernández P. Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. Psicumex.2021;11:1-29.
42. Mescua M, Salazar L. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo [Tesis]. Perú: Universidad continental;2019.79p.
43. Luna SY, Vargas MH. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuropsiquiatr. 2018; 81 (1): 9-19.
44. Leitón E, Fajardo R, Henao C. Participación social y capacidad cognitiva del adulto mayor con enfermedad crónica. Salud Uninorte. 2021; 37(2): 316-328.
45. Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social. El adulto mayor en América Latina. Sus necesidades y sus problemas médico sociales. [Internet] 1995. [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/11/733154/id218018.pdf>
46. MAPFRE. Deterioro cognitivo, conceptos y tipos. [Internet] 2022. [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/>
47. Pontificia Universidad Católica de Chile. Deterioro cognitivo [Internet] 2021. [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://medicina.uc.cl/publicacion/deterioro-cognitivo/>
48. Aranda B, Pando M. Conceptualización del apoyo social y las redes de apoyo social. REVISTA IIPSI 2013; 16(1):233 – 245.
49. Clínica Universidad de Navarra [internet].2022 [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.cun.es/diccionario->



- [medico/terminos/edad#:~:text=Lapso%20de%20tiempo%20que%20transcu  
re,juventud%2C%20edad%20adulta%20y%20vejez.](#)
50. Organización Mundial de la Salud. Género [internet] 2018. [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/gender/es/>
  51. Ramos P. Derecho de familia. Vol. 1. Segunda edición. Santiago de Chile: Edit. Jurídica de Chile ;1998.
  52. Hernández SR, Fernández C, Baptista LP. Metodología de la investigación. 5ta edición. McGraw-Hill. México: D.F; 2010
  53. Ruiz JT, Saiz GJ, Montero AT, Navarro BD. Adaptación de la escala multidimensional de apoyo social percibido en población con trastorno mental grave. Rev Asoc Esp Neuropsiquiatría.2017; 13(1): 4-5.
  54. Gobierno de Aragón. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes: Anexo IX. Escalas de valoración funcional y cognitiva. [internet] 2007. [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.aragon.es/documents/20127/674325/LIBRO%20Programa%20de%20Atencion%20a%20Enfermos%20Cronicos%20Dependientes.pdf/f3fb7d4b-3db9-cc72-16fe-d7c5017c6795>
  55. Declaración de Helsinki de la AMM– principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos [internet] 2018. [Citado 08 de setiembre del 2022]. Disponible en: <https://www.wma.net/es/policies-post/declaracion-de-helsinki-de-la-amm-principios-eticos-para-las-investigaciones-medicas-en-seres-humanos/>
  56. Código deontológico del CIE para profesión de enfermería [internet] 2016. [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <http://castellon.san.gva.es/documents/4434516/5188103/Codigo+Deontologico+CIE.pdf>
  57. Código de ética y deontología del Colegio de Enfermeros del Perú [internet] 2006-2008. [Citado 08 de septiembre del 2022]. Disponible en: <http://ceptumbes.org.pe/documento/1.pdf>

## ANEXOS

### ANEXO N°1

#### SOLICITUD PARA AUTORIZACIÓN DE EJECUCIÓN DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN



**SOLICITO:** Autorización para ejecutar  
el trabajo de investigación

Estimado director del Hospital Distrital Jerusalén.

García Rondón Mitzy Fabiola identificada con DNI 75022757 y Grignon Gálvez Kristell Diane con DNI 75393878 bachilleres en enfermería, nos dirigimos ante usted gentilmente y le expresamos.

Solicitamos a su persona autorización para llevar a cabo la ejecución de nuestro proyecto de investigación denominado **“Relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo social en adultos mayores. Hospital Distrital Jerusalén - Trujillo 2022”**, para ello es necesario la aplicación de dos cuestionarios a los integrantes adultos mayores que conforman el programa de adulto mayor de su institución, nos comprometemos a brindar el informe final al establecimiento.

Quedamos a la espera de una resolución favorable a este proyecto.

Trujillo, 20 de octubre 2022

García Rondón Mitzy Fabiola

Grignon Gálvez Kristell Diane

## **ANEXO 2**

### **CONSENTIMIENTO INFORMADO**

Luego de haber sido informado acerca del objetivo de estudio, su finalidad y aclarado mis dudas, doy mi consentimiento para responder los cuestionarios correspondientes, con la finalidad de contribuir en la realización del proyecto denominado: "Relación entre el deterioro cognitivo y la percepción del apoyo social en adultos mayores del Hospital Distrital Jerusalén - 2022".

Así mismo reconozco que mi participación no obtendrá ningún tipo de retribución monetaria y que la información brindada será totalmente confidencial y anónima, además al finalizarse me brindará conocimiento sobre los resultados generales finales. Por tanto, brindo mi autorización en la participación del presente proyecto de forma voluntaria, expresado a través de mi firma en el presente documento.

---

**FIRMA**

**DNI:**

### ANEXO 3



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEÑOR ORREGO**  
**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**  
**PROGRAMA DE ENFERMERÍA**

#### CUESTIONARIO DE PFEIFFER

FECHA..... N° FICHA.....

#### PRESENTACIÓN

Buenas tardes señor (a) el presente instrumento conforma parte de un estudio cuyo propósito es recaudar información acerca del nivel de deterioro cognitivo en usuarios que acuden al Programa de Adulto Mayor, con finalidad de estudios y es netamente confidencial. Agradezco de antemano su participación

#### DATOS GENERALES

EDAD: \_\_\_\_\_ SEXO: \_\_\_\_\_ GRADO DE INSTRUCCIÓN: \_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_

**INSTRUCCIONES:** El instrumento será aplicado por el investigador, se marcará "1" en cada respuesta errada y "0" por cada acierto. al final se sumará el número total de respuestas erradas.

Preguntas.	Puntaje	
	Acertado	Error
¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	0	1
¿Qué día de la semana es hoy?	0	1
¿Cómo se llama este sitio?	0	1
¿En qué estación del año estamos?	0	1
¿Cuál es su número de teléfono? (Si no hay teléfono, dirección de la calle)	0	1
¿Cuántos años tiene usted?	0	1
¿Cuándo nació usted?	0	1
¿Quién es el actual presidente (del País)?	0	1
¿Quién fue el presidente antes que él?	0	1
Dígame el primer apellido de su madre	0	1
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	0	1
Puntaje Total.		
Numero de errores.		

## ANEXO 4

### ESCALA MULTIDIMENSIONAL DE APOYO SOCIAL PERCIBIDO (EMASP)

#### INSTRUCCIONES

El instrumento será aplicado por el investigador, que marcará con una (X) según corresponda, teniendo en cuenta la escala numérica presente.

	1	2	3	4	5	6	7				
	Totalmente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Más bien en desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	Más bien de acuerdo	Bastante de acuerdo.	Totalmente de acuerdo				
1	Hay una persona que está cerca cuando estoy en una situación difícil				1	2	3	4	5	6	7
2	Existe una persona especial con la cual yo puedo compartir penas y alegrías.				1	2	3	4	5	6	7
3	Mi familia realmente intenta ayudarme.				1	2	3	4	5	6	7
4	Obtengo de mi familia la ayuda y el apoyo emocional que necesito.				1	2	3	4	5	6	7
5	Existe una persona que realmente es una Fuente de bienestar para mí.				1	2	3	4	5	6	7
6	Mis amigos realmente tratan de ayudarme.				1	2	3	4	5	6	7
7	Puedo contar con mis amigos cuando las cosas van mal.				1	2	3	4	5	6	7
8	Yo puedo hablar de mis problemas con mi familia				1	2	3	4	5	6	7
9	Tengo amigos con los que puedo compartir las penas y alegrías.				1	2	3	4	5	6	7
10	Existe una persona especial en mi vida que se preocupa por mis sentimientos.				1	2	3	4	5	6	7
11	Mi familia se muestra dispuesta a ayudarme para tomar decisiones.				1	2	3	4	5	6	7
12	Puedo hablar de mis problemas con mis amigos.				1	2	3	4	5	6	7

## ANEXO 5

### EVIDENCIAS DE EJECUCION

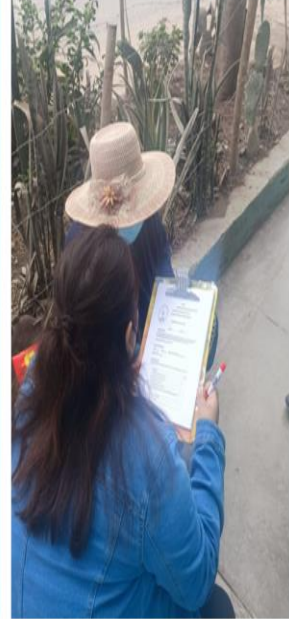
#### ACTIVIDAD DE INTEGRACION CON ADULTOS MAYORES



## ACTIVIDAD DE PROMOCION DE SALUD – APLICACIÓN DE INSTRUMENTO



## VISITA DOMICILIARIA





**RESOLUCIÓN DE DECANATO N° 0681-2022-D-F-CCSS-UPAO**

Trujillo, 29 de diciembre del 2022

**VISTO:** el Oficio N° 0835-2022-PEE-UPAO presentado por la señora Directora del Programa de Estudio de Enfermería, y;

**CONSIDERANDO:**

Que, mediante Oficio N° 0835-2022-PEE-UPAO, se solicita la aprobación e inscripción del Proyecto de Tesis titulado **RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN – TRUJILLO 2022**, realizado por las bachilleres **MITZY FABIOLA GARCÍA RONDÓN** y **KRISTELL DIANE GRIGNON GÁLVEZ**, así como el nombramiento de su asesora **Dra. MAURA VICTORIA MUÑOZ ALVA**.

Que, el proyecto de tesis cuenta con la conformidad del Comité Revisor, y con el porcentaje permitido en el software antiplagio TURNITIN.

Que, habiendo cumplido con los procedimientos académico-administrativos reglamentarios establecidos. Debe autorizarse la inscripción del Proyecto de Tesis, el mismo que tiene una vigencia de dos (02) años durante el cual las autoras tiene derecho exclusivo sobre el tema elegido.

Estando a las consideraciones expuestas y amparados en las facultades conferidas a este Despacho.

**SE RESUELVE:**

**PRIMERO:** **AUTORIZAR** la inscripción del Proyecto de Tesis titulado **RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN – TRUJILLO 2022**, en el Libro de Registro de Proyectos de Tesis del Programa de Estudio de Enfermería, con el N° **071-2022**, de fecha 29 de diciembre del 2022.

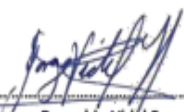
**SEGUNDO:** **DECLARAR** expedita a las bachilleres **MITZY FABIOLA GARCÍA RONDÓN** y **KRISTELL DIANE GRIGNON GÁLVEZ**, para el desarrollo del Proyecto de Tesis, dejando claro que las autoras tienen derecho exclusivo sobre el tema elegido, por el período de dos (02) años.

**TERCERO:** **DESIGNAR** como asesora del Proyecto de Tesis a la **Dra. MAURA VICTORIA MUÑOZ ALVA**, quien está obligada a presentar a la Dirección del Programa de Estudio de Enfermería, los informes mensuales del avance respectivo.

**CUARTO:** **DISPONER** que la Directora del Programa de Estudio de Enfermería tome las acciones correspondientes, de conformidad con las normas y reglamentos, a fin de que la Bachiller y la asesora, cumplan las acciones que les competen.

**REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y ARCHÍVESE**



  
Dr. Jorge Loyser Reynaldo Vidal Fernández  
DECANO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD



  
Ms. Pablo Chuna Mogollón  
SECRETARIO ACADÉMICO  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

C.c.: PEE  
Archivo  
*Luz Hana F.*

## CONSTANCIA DE ASESORA

Yo, Dra. Maura Victoria Muñoz Alva, docente del Programa de Estudio de Enfermería de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada Antenor Orrego, por medio de la presente doy fe de estar asesorando a las Srtas. Bach. Mitzy Fabiola García Rondón, identificada con ID 000149236, y a la Bach. Kristell Diane Grignon Gálvez, identificada con ID 000151172; en su trabajo de investigación científica titulado: RELACIÓN ENTRE EL DETERIORO COGNITIVO Y EL APOYO SOCIAL EN ADULTOS MAYORES. HOSPITAL DISTRITAL JERUSALÉN - TRUJILLO 2022. comprometiéndome a hacerlo hasta la sustentación del mismo.

Trujillo, 02 de enero del 2023



**Dra. Maura Victoria Muñoz Alva**  
**DOCENTE ASESORA**