



UNIVERSIDAD DEL BÍO-BÍO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y DE LOS ALIMENTOS
ESCUELA DE ENFERMERÍA

**FACTORES ASOCIADOS AL ESTADO
COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR AL
INGRESO SERVICIO DE MEDICINA.
CHILLÁN.**

AUTORES:
CAAMAÑO SEPÚLVEDA, CAROLINA A.
CAMPOS MATUS, MAGDALENA I.
PARDO CARRASCO, GLADYS C.
SÁNCHEZ ROZAS, LUISA J.

DOCENTE GUÍA:
Isla Lund, Ximena.
Magíster en Enfermería M.Q.

**TESIS PARA OPTAR AL GRADO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA
CHILLÁN – CHILE
2007**

AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a todos quienes colaboraron en esta investigación durante todas sus etapas, de manera muy especial a:

- Sra. Ximena Isla Lund, EU, Magíster en Enfermería Médico – Quirúrgico, Docente guía.
- Sra. María Soledad Landeros, Enfermera Coordinadora, Hospital San Carlos.
- Sra. Olaya Castillo, Enfermera Supervisora, Servicio de Medicina, Hospital San Carlos.
- Sra. Ehimy Schuman, Secretaria, Servicio de Medicina, Hospital San Carlos.
- Sra. Teresa Miranda, Enfermera Supervisora, Servicio de Medicina, H.C.H.M., Chillán.
- Sra. Tatiana Sara, Secretaria, Servicio de Medicina, H.C.H.M., Chillán.
- Enfermeras(os) Clínicos Servicio de Medicina, Hospital San Carlos y H.C.H.M., Chillán.
- Técnicos Paramédicos, Servicio de Medicina, Hospital San Carlos y H.C.H.M., Chillán.
- Pacientes encuestados y familia, Hospital San Carlos y H.C.H.M., Chillán.
- Sra. Iesabelli Jaramillo, Asesora Estadística.
- Secretarías Depto. y Escuela de Enfermería, Universidad del Bío Bío.
- Sr. Raúl Escobar, Funcionario Escuela de Enfermería.
- Sr. Luis Echeverría, Funcionario Centro de Operaciones Prácticas, Universidad del Bío Bío.
- Matrimonio Venegas Echeverría.
- Sr. César Iturra, Srta. Camila Pamer, Srta. Claudia Sandoval, Srta. Fabiola Matus, Sr. Héctor Caamaño.
- Sr. Javier Cea Navarrete, Coordinador Actividades Extraprogramáticas.
- Sra. Silvia Bustamante Gacitúa, Secretaria Coordinación Actividades Extraprogramáticas.

DEDICATORIAS

“Agradezco a DIOS, mi familia y amigos por el constante apoyo, por darme la perseverancia y paciencia necesaria para llevar a buen término esta tarea. Les agradezco sus palabras de aliento y demostraciones de cariño que permitieron que sea quien soy hoy en día”.

Magdalena I. Campos Matus.

“Quiero agradecer primero que todo a Dios, por darme lo maravilloso de mi vida. A mis padres que siempre han estado a mi lado, mis hermanos por ser un apoyo constante y un cable a tierra. A mi Tía Nana, por ser una excelente modelo a seguir y guía en esta hermosa profesión. A mis amigos por quererme tal cual soy. Y por último a mis compañeras tesisistas por perseverar y seguir día a día con esto, con un poco más de esfuerzo y cariño”.

Luisa J. Sánchez Rozas.

“El comienzo de este proyecto estaba lleno de ilusiones, no sólo mías, también de familiares y amigos, ahora el sueño está concluyendo con esta tesis y es por eso que les agradezco su dedicación, paciencia y ánimo. Gracias Dios por darme la oportunidad de estudiar esta carrera que llena de orgullo mi vida.”

Cecilia Pardo Carrasco.

“A Dios por darme la fuerza a diario para sobrepasar dificultades, a mi familia por ser un apoyo constante en este proceso, por estar siempre ahí, su amor y comprensión, a mis amigos por sus palabras de aliento en esos momentos de dificultad.”

Carolina A. Caamaño Sepúlveda.

ÍNDICE

Resumen

Abstract

| | |
|--|-----|
| I Introducción | 1. |
| 1.1 Presentación y Fundamentación del Problema | 3. |
| 1.1.1 Importancia para la profesión | 4. |
| 1.2 Problematización | 5. |
| 1.3 Marco Teórico | 7. |
| 1.4 Marco Empírico | 17. |
| 1.5 Propósito de la Investigación | 22. |
| 1.6 Objetivos | 23. |
| 1.7 Hipótesis | 26. |
| 1.8 Variables | 27. |
| | |
| II Metodología de la Investigación | |
| 2.1 Tipo De Diseño | 28. |
| 2.2 Universo y Muestra..... | 28. |
| 2.2.1 Universo | 28. |
| 2.2.2 Muestra | 28. |
| 2.3 Unidad De Análisis | 28. |
| 2.4 Aspectos Éticos | 28. |
| 2.5 Procedimiento para la recolección de datos | 29. |
| 2.6 Criterios de Inclusión | 29. |
| 2.7 Criterios de Exclusión | 29. |
| 2.8 Descripción del Instrumento Recolector | 30. |
| 2.9 Prueba Piloto | 33. |
| 2.10 Procesamiento de Datos | 33. |

| | |
|---|-----|
| III Análisis de Resultados | 34 |
| 3.1.1 Descripción de Datos..... | 34. |
| 3.1.2. Análisis de Datos..... | 40 |
| 3.2 Discusión de los Resultados | 57. |
| V Conclusión, Sugerencias y Limitaciones | 60. |
| 4.1 Conclusiones..... | 60. |
| 4.2 Sugerencias | 62. |
| 4.3 Limitaciones | 63. |
| VIII Bibliografía | 64. |
| IX Anexos | |
| Definición Nominal Y Operacional De Variables | |
| Cartas De Autorización Y Consentimiento Informado | |
| Encuesta Y Escalas | |

ÍNDICE DE TABLAS

| | |
|--|-----|
| Tabla 1: Estado Cognitivo del Adulto Mayor al ingreso del Servicio de Medicina..... | 34. |
| Tabla 2: Funciones Intelectuales (Memoria) del Adulto Mayor al Ingreso de Servicio de Medicina..... | 34. |
| Tabla 3: Características Sociodemográficas del A.M. al ingreso del Servicio de Medicina..... | 35. |
| Tabla 4: Características Fisiopatológicas del A.M. al ingreso del Servicio de Medicina..... | 37. |
| Tabla 5: Características de los Estilos de Vida del A.M. al ingreso del Servicio de Medicina..... | 39. |
| Tabla 6: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Funciones Intelectuales (Memoria)..... | 40. |
| Tabla 7: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Género..... | 41. |
| Tabla 8: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Edad..... | 42. |
| Tabla 9: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Procedencia..... | 43. |
| Tabla 10: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Alfabetismo..... | 44. |
| Tabla 11: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Analfabetismo por desuso..... | 45. |
| Tabla 12: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Pertenencia a Grupos Comunitarios..... | 46. |
| Tabla 13: Tabla de contingencia para Estado Cognitivo y Percepción de Ingresos..... | 47. |
| Tabla 14: Tabla de contingencia para Estado Cognitivo y Con quién vive..... | 48. |
| Tabla 15: Tabla de contingencia para Estado cognitivo y Calidad de Funcionamiento Familiar..... | 49. |
| Tabla 16: Tabla de contingencia para Estado Cognitivo y Enfermedades No Transmisibles..... | 50. |

| | |
|---|-----|
| Tabla 17: Tabla de contingencia para Estado Cognitivo y Consumo de Drogas Lícitas (Alcohol)..... | 51. |
| Tabla 18: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Consumo de Drogas Lícitas (Tabaco)..... | 52. |
| Tabla 19: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Polifarmacia..... | 53. |
| Tabla 20: Tabla de contingencia para Estado Cognitivo y Sedentarismo..... | 54. |
| Tabla 21: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Actividad Laboral..... | 55. |
| Tabla 22: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Hábito de Lectura..... | 56. |

RESUMEN

Estudio descriptivo – analítico, retrospectivo de corte transversal, en el que se incluyeron 121 usuarios de 65 años y más, en el periodo marzo a mayo de 2007. Que tiene por objetivo Determinar factores asociados al Estado Cognitivo del Adulto Mayor al ingreso del Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, a partir de una encuesta diseñada para el estudio por las autoras. Los datos fueron procesados en el programa StatGraphics, la prueba estadística utilizada es Chi – cuadrado y Gamma.

Según los resultados obtenidos los Adultos Mayores en general tenían Estado Cognitivo deteriorado, con un promedio de edad de 74,34 años, una mayor proporción del género masculino y vivían con familiares. Se encontró asociación significativa entre Estado Cognitivo y memoria (evaluada con test de memoria acortado Pfeiffer), alfabetismo, analfabetismo por desuso, consumo de tabaco, sedentarismo y hábitos de lectura.

El sedentarismo y analfabetismo por desuso son factores importantes que influyen negativamente en el Estado Cognitivo, por otra parte el alfabetismo, hábitos de lectura y una buena capacidad de memoria resultan importantes para mantener un Estado Cognitivo normal en los Adultos Mayores.

Palabras Claves: Adulto Mayor, Estado Cognitivo, Factores Asociados.

ABSTRACT

Descriptive study – Analytical, retrospective of cross section, where we included 121 users from 65 years old and more, on a period from March to May, 2007. The aim of this study is to determine factors connected to the Cognitive Condition of the Elderly when they were admitted to the Medical Service of the Clinical Hospital Herminda Martin of Chillan, from a survey the authors designed for this study. The data was processed on the program StatGraphics, and the statistic test used is Chi – square and Gamma.

According to the results in the Elderly, in general they had a damaged Cognitive Condition. With an average age of 74, 34 years old, most of them were men and lived with the family. We found an important association between Cognitive Condition and memory (checked with Pfeiffer short memory test) literacy level, illiteracy for disuse, tobacco consumption, sedentarism and reading habits.

Sedentarism and illiteracy for disuse are important factors that have a negative influence on the Cognitive Condition, and on the other hand, literacy, reading habits and a good memory capacity are important to keep a normal Cognitive Condition in the Elderly.

Key Words: Elderly, Cognitive Condition, Associated factors.

I. INTRODUCCIÓN

Como grupo social, los Adultos Mayores (A.M.) se definen como personas de 65 años y más, que comparten cualidades que la sociedad les atribuye como propias, inmodificables e incuestionables, asociadas al proceso de envejecimiento donde ocurren una serie de cambios que repercuten en forma directa en el anciano.¹⁴

Una de las tantas cosas que afectan a los ancianos son los constantes cambios a los que se ven enfrentados, de hecho todo su organismo se encuentra en un franco agotamiento, es mucho más complejo el proceso de adaptación, las pérdidas familiares, amigos, trabajo y múltiples transformaciones relacionadas con el rol, se ven enfrentados, en muchas ocasiones a una situación que no esperaban y que es muy frecuente que rechacen.

A nivel mundial la tendencia en los países desarrollados es al cambio demográfico, específicamente al envejecimiento en la población por ende los gobiernos de los diferentes países deben modificar sus políticas sanitarias para satisfacer las necesidades de sus ciudadanos.

Chile no está ajeno a esta realidad, ya que es uno de los países con una transición demográfica más significativa del último tiempo, éste cambio biodemográfico se demuestra con un crecimiento vegetativo de la población que se ha mantenido estable con un 1.4% anual, con una expectativa de vida sobre los 70 años por ende un incremento de la población A.M. que se ubica sobre el 8% y que se estima superior al 16% para el año 2025.

Presentan una mayor prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles (hipertensión arterial, diabetes, reumatismo, entre otras), tienen más episodios de enfermedades agudas y enfrentan un riesgo más elevado de

accidentes que el resto de la población, por lo que, ostentan tasas más altas de hospitalización, con una proporción 2.4 veces mayor y un promedio de 12 días de estadía en comparación con los 8 días de la población general excluyendo a los menores de 1 año (MINSAL, 1998).²³

Según estudios realizados en Chile se ha pesquisado que existe una gran variabilidad en cuanto al Estado Cognitivo de los Adultos Mayores, encontrándose en la octava región una categoría más baja que el promedio nacional.²³

1.1 PRESENTACIÓN Y FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

El envejecimiento de la población es uno de los fenómenos demográficos más notables de este siglo, en especial en países en vías de desarrollo. Esto se produce por las bajas en las tasas de fecundidad, natalidad, además de la constante alza de la esperanza de vida. Podemos dividir el envejecimiento en 2 tipos:

- *Fisiológico* es en el que el organismo sufre cambios característicos, es este tipo de envejecimiento el que se produce primordial o exclusivamente por el paso del tiempo sin estar condicionado por factores patológicos o ambientales.
- *Sociogénico* es el rol que les impone la sociedad y además encontramos los prejuicios que la sociedad tiene y manifiesta hacia los ancianos.⁸⁻¹⁵

Esta investigación es de gran importancia para los Profesionales de Enfermería, ya que permitiría mejorar el diseño y puesta en marcha de políticas hospitalarias destinadas a la gestión del cuidado del Adulto Mayor, y es en esta área que se podrían adaptar modelos de atención e intervenciones, que sean protocolizadas y basándose en evidencia entregada por las distintas investigaciones existentes en el país y de acuerdo con las necesidades y limitaciones que presentan los individuos en el proceso de envejecimiento.

1.1.1 IMPORTANCIA PARA LA PROFESIÓN.

Podemos decir que ésta investigación podría ser de gran importancia para los Profesionales de Enfermería, ya que hoy en día el aumento explosivo y mantenido de la población Adulto Mayor ha obligado a las autoridades sanitarias a realizar cambios importantes en las políticas de salud para así mantenerlas vigentes y acorde a las necesidades cambiantes de una población también cambiante. Por otra parte las nuevas demandas en relación con las patologías crónicas que hoy afectan a la población A.M, que por largos años deterioran y causan daños progresivos a todo nivel, es que esta investigación es importante para identificar las noxas que afectan especialmente el área del Estado Cognitivo.

Luego de plantear lo anterior se podrán adaptar modelos de atención e intervenciones, protocolizándolas, en base con evidencia entregada por las distintas investigaciones existentes en el país y de acuerdo con las necesidades y limitaciones que presentan los individuos en el proceso de envejecimiento.

Cabe destacar que ésta investigación podría tener una influencia en el actuar de Enfermería en forma directa, ya que surge de una necesidad vista en el ejercicio diario de la profesión, sobre todo al momento de entregar educación, información referente a la condición de salud y a los cuidados que debe tomar en relación a ésta, para así evitar caer en la sub o sobre estimación del usuario, donde no se entregue información, por considerarlo incapaz de comprenderla, o que sea muy tecnicada, incomprensible y recargada, imposibilitando su comprensión de igual forma, para así poder entregar el máximo nivel de independencia posible.¹

1.2 PROBLEMA

Influencia de los factores asociados en el Estado Cognitivo del Adulto Mayor al ingreso de su hospitalización en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán (H.C.H.M.), entre los meses de Marzo-Mayo, 2007.

PROBLEMATIZACIÓN

1. ¿Influirá el género en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
2. ¿Influirá la edad en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
3. ¿Influirá la procedencia el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
4. ¿Influirá el alfabetismo en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
5. ¿Influirá la analfabetización por desuso en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
6. ¿Influirá la pertenencia a grupos comunitarios en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
7. ¿Influirá la percepción de ingresos en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?

8. ¿Afectará con quién vive el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
9. ¿Afectará la calidad de funcionamiento familiar en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
10. ¿Afectarán las enfermedades no trasmisibles en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
11. ¿Influirá el consumo de drogas lícitas en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
12. ¿Influirá la polifarmacia en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
13. ¿Afectará el sedentarismo el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
14. ¿Afectará la realización de un trabajo remunerado el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?
15. ¿Afectará el hábito de lectura en el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán?

1.3 MARCO TEÓRICO

El envejecimiento es entendido como un proceso complejo, dinámico, propio de los seres vivos en los que están incluidos el crecimiento, desarrollo y adaptación como un continuo desde el nacimiento hasta la muerte, siendo irreversible por factores internos como los fisiológicos, psicológicos y factores externos como los sociológicos, que se encuentran íntimamente relacionados.¹

Este declive en el funcionamiento en las áreas ya mencionadas hace propensos a los A.M. a presentar diversas enfermedades. Se debería considerar que los procesos que afectan al A.M. son de carácter individual y heterogéneo, por lo tanto, no todos están presentes en el anciano.²

En Chile se ha producido un crecimiento progresivo de la población A.M, por lo tanto ésta nueva expectativa de vida hizo necesario que sean abordados los desafíos y problemas, planteándose una Política Nacional del A.M. en 1996, que tiende a encarar de manera reactiva los problemas que enfrentan los A.M. con el fin de mejorar su calidad de vida.³

En el tema de salud por muchos años el objetivo de la atención fue el área materno infantil, pero en este momento gracias a las nuevas políticas en salud, el 100% de los A.M. de 60 años y más reciben atención gratuita en el sistema público.

En el A.M. uno de los problemas que lo afecta de manera importante son las alteraciones del Estado Cognitivo, entendiéndose por esto, a todos aquellos procesos mentales complejos mediante los cuales se es capaz de codificar, almacenar y recuperar la información,⁴ los que abarcan la percepción que el A.M. tiene del ambiente, la capacidad para recordar, razonar y pensar sobre lo percibido, permitiendo al individuo tomar decisiones, resolver problemas y formar

patrones complejos de información (conocimiento) que sirve de base para la comunicación con el exterior.¹

La cognición involucra cuatro aspectos centrales que permiten llevar a cabo las tareas señaladas anteriormente, dentro de estos encontramos el **aprendizaje**, que es el proceso de adquirir conocimientos, habilidades, actitudes o valores, a través del estudio, la experiencia o la enseñanza; dicho proceso origina un cambio persistente, mensurable y específico en el comportamiento de un individuo y según algunas teorías, hace que el mismo formule un conducto mental nuevo o que revise uno previo (conocimientos conceptuales como actitudes o valores).

Un segundo aspecto es la “**memoria humana**” (una de las funciones intelectuales) facultad que le permite almacenar, retener experiencias pasadas y evocarlas cuando el individuo las necesite. Es este uno de los aspectos que los sujetos con el paso de los años ve más deteriorado. Se puede clasificar según:

Duración:

- Sensorial.
- Inmediata o a corto plazo: con una duración menor de un minuto y un porcentaje de almacenamiento limitado.
- Reciente: con una duración mayor a la anterior al igual que su capacidad de almacenamiento.
- Memoria remota: (recordar hechos del pasado) con almacenamiento para toda la vida.

Contenido:

- Referencia: con contenido de información reciente y remota obtenido previamente.
- Trabajo: con modificaciones constantes de acuerdo con los cambios que se presenten en determinado momento.
- Episódica: de acuerdo con sucesos que han tenido curso en un momento y lugar determinado.

- Semántica: con información que no varía en el tiempo, es información permanente.
- Declarativa: contiene hechos propios o del mundo, pero que requieren de una evocación conciente para así poder recordarlos.
- De procedimientos: adquisición de destrezas o habilidades, que permanecen y que son utilizadas en la vida diaria.

Como un tercer aspecto, dentro de este proceso, se encuentra la **concentración**, la que se entiende como capacidad para mantener la atención en una tarea. Para finalizar con los componentes de la cognición se encuentra la **atención**, que corresponde a la capacidad mental para fijarse en uno o varios aspectos de la realidad y prescindir de los restantes. Condición básica para una percepción correcta de la realidad, por ejemplo los juegos y actividades de iniciación deportiva.

Como ya se expuso anteriormente, los cambios vividos por el A.M. tienen como inconveniente, la menor adaptabilidad del individuo a su medio, la estimulación de un individuo es un punto fundamental para la mantención de un Estado Cognitivo óptimo, por eso el con quién vive es primordial para el A.M., ya que el mantener relaciones con miembros de su familia y a la vez que estos sean habitantes de su hogar, son prioritarios para ayudar en la adaptación del adulto al nuevo ambiente al cual se enfrenta, junto a esto es de gran importancia para disminuir el deterioro cognitivo la realización de actividades de estimulación intelectual, las que permitirían que el adulto mayor se encuentre en constante aprendizaje y con esto enlentecer las noxas que afectan su cognición como visitas a museos, mantener una vida activa y sobre todo hábitos de lectura.²²

Hace algunos años se planteaba que en un A.M. al existir una declinación biológica se presentaba al mismo tiempo una alteración mental. Actualmente las investigaciones realizadas indican que la cognición tiene una base biológica y que

sólo si esta se encuentra dañada afectará el funcionamiento intelectual, por lo tanto, en aquellas personas que el proceso de envejecimiento se desarrolla de forma normal las variaciones intelectuales deben relacionarse con causas no biológicas, es decir, se explican en su historia de vida, actitud que presenta hacia el envejecimiento y antecedentes socio – ambientales de su entorno.⁵

Con el envejecimiento y los cambios fisiológicos normales la función cognitiva no se ve afectada en gran extensión, pero si es común que los A.M. presenten dificultad para recordar hechos recientes, existe una disminución en el tiempo de reacción simple, cierto grado de lentificación psicomotora, alteración en la forma de resolver problemas, aumento de la prudencia y disminución de la producción. Estos cambios pueden llegar a interferir en la vida cotidiana de estas personas, siendo ésta una de las complicaciones que más refieren los A.M. que tienen directa relación con los olvidos, más evidentes al aumentar su frecuencia, los que están relacionados con pérdida de la memoria a corto plazo, sin embargo, su memoria a largo plazo se mantiene intacta en la mayoría de los casos.¹

El A.M. al disminuir la velocidad de reacción y sufrir de enlentecimiento psicomotriz va a demorar más en realizar alguna actividad, sin embargo estas serán hechas, y de manera correcta, por lo tanto la habilidad (capacidad para desarrollar una tarea específica) no se altera, lo que se altera es la agilidad (destreza y velocidad con que se realiza una actividad).⁵ Sabemos que el A.M. presenta un cambio en su Estado Cognitivo por efecto de la edad, este se considera normal, sin embargo existen otros casos donde el Estado Cognitivo se encuentra deteriorado patológicamente, por lo tanto, es importante no confundir estos aspectos, considerándose como deterioro cognitivo de tipo patológico la presencia de daño neuronal temporal o permanente que lleva a una disfunción conductual o psicológica en donde el individuo presenta mayor déficit de cognición, memoria y una modificación importante del nivel de funcionamiento previo. Además los trastornos del Estado Cognitivo pueden afectar a cualquier

edad, siendo más común en A.M. La gravedad de estos cuadros se puede ver influenciado por la presencia de factores psicosociales como las pérdidas experimentadas, que pueden conducir a la aparición de síntomas depresivos, el retraimiento y aislamiento social, pobreza y mal nutrición, además del mal uso, abuso y dependencia de sustancias.

Como deterioro cognitivo patológico se menciona:

Delirium: que es de tipo agudo y comienzo rápido, este cuadro puede ser reversible si se trata a tiempo.

Demencia: cuadro crónico de inicio lento e insidioso.

Trastornos Amnésicos: se caracterizan por un intenso deterioro de la memoria, son poco frecuentes.

Los trastornos cognitivos antes mencionados tienen como características generales, alteraciones en la orientación, memoria (tanto reciente como remota), defectos en funciones intelectuales (resolver problemas, razonar, planificar y organizar), alteración del juicio y déficit afectivo.⁶

Después de la segunda década existe un descenso en el número de neuronas que no representa una alteración significativa en el desarrollo cognoscitivo y sobrepasando la sexta y séptima década es donde la disminución de neuronas se acelera, por lo tanto, podría ser un factor predisponente para alguna alteración en el funcionamiento mental, al sobrepasar los 85 años casi la mitad de la población A.M. podría presentar algún tipo de alteración del juicio de la realidad.⁵⁻⁷ Producto del envejecimiento paulatino de la sociedad, se identifica que las mujeres son más longevas y es por ellas que ha aumentado la esperanza de vida en nuestro país, además ellas cultivan menos actividades de riesgo para la salud que los hombres, así como la capacidad que tiene para adaptarse a los cambios, mayor que ellos, un ejemplo de esto es como enfrentan la muerte del cónyuge.

Cabe destacar que la estimulación de las funciones cognitivas se ven diferenciadas en gran medida por el medio en que se desarrolla el individuo, es por esto que en un medio rural el A.M. tiene menor acceso a educación, casi no cuenta con apoyo social y las expectativas de vida son de baja calidad, esto repercute directamente en el bienestar del individuo, lo que deja un legado desfavorable en el Estado Cognitivo que presenta ya en la tercera edad.⁴ Lo mismo ocurre con el analfabetismo por desuso, según algunos autores, frente a individuos que mantuvieron un grado de instrucción alto en las primeras etapas de su vida, señalan que existe un descenso de las funciones y rendimiento más tardío y en forma más lenta, por lo tanto, en aquellos que su grado de instrucción inicial es bajo y no se mantiene una estimulación se produce un descenso más rápido de las funciones y rendimiento.⁵

Analizar el envejecimiento en una relación familiar constituye un destino social, porque la cantidad y calidad de vida del A.M. depende del papel que se le asigne, además de las características culturales que se les atribuyen.¹⁰ Envejecer de manera saludable implica el reconocimiento, seguridad, respeto y principalmente ser partícipes de una familia en la cual puedan aportar con su experiencia e intereses, es por esto que la familia se transforma en una base de apoyo afectivo donde reciben aceptación y se les quiere tal como son. Debido a esto una buena relación del A.M. con su familia permitirá mantener en mejor forma el Estado Cognitivo.⁸

Una de las cosas que más ha preocupado a los A.M., según Perlado, es su situación económica. Particularmente las mujeres son las menos favorecidas, ya que su sueldo es inferior y viven mayor tiempo. También encontramos ancianos con pensiones asistenciales, minusvalía psíquica y física o con familiares que dependen económicamente de ellos.⁹ A esto se le debe sumar que la necesidad del éxito profesional, sentimientos de satisfacción con la propia existencia, desarrollo de la personalidad, tendencia a participar en grupos comunitarios y

realizar actividades de socialización se relacionan de manera positiva con un buen rendimiento intelectual en la vejez. Por otra parte la monotonía de las actividades que realiza durante su vida y la poca estimulación, favorecen el deterioro del Estado Cognitivo.⁵

El envejecimiento se caracteriza por la declinación de las capacidades físicas y mentales del individuo, además de los cambios psicológicos y biomédicos que favorecen la aparición de patologías crónicas no transmisibles tales como, Diabetes Mellitus tipo II (DM II), Hipertensión Arterial (HTA), Hipercolesterolemia, y Enfermedades Mentales (depresión, ansiedad y trastornos del sueño), que pueden ser factores desencadenantes de una demencia y por ende afectar el Estado Cognitivo.¹⁰

El consumo de drogas lícitas como el tabaco y el alcohol a lo largo de un extenso periodo de tiempo deteriora el funcionamiento del anciano. Además en los bebedores sociales se han detectado, en algunos estudios, diferencias en su rendimiento cognitivo comparado con los abstemios, producto del deterioro neurológico al que se ven enfrentados, de igual manera sucede en las personas fumadoras en relación con las no fumadoras.¹¹ Así como también el creciente consumo de fármacos, indicados por el médico y la automedicación del paciente afectando el Estado Cognitivo de éste. Según algunos autores, la interacción del sistema nervioso dañado con el excesivo consumo de medicamentos provoca cierto deterioro de las funciones cognitivas.⁸

La actividad física regular, según estudios, mantiene un nivel cognitivo normal por una mayor cantidad de tiempo. Por otra parte la monotonía de las actividades que algunos A.M. realizan durante su vida y la poca estimulación, favorecen el deterioro del Estado Cognitivo.⁵

Al llegar a la vejez, la persona observa cómo los ambientes que antes fueron comunes y familiares cambian, y cómo otros le son lejanos y extraños, estos cambios y a esta edad agudiza el problema de integración, pues viene acompañado de otros tintes de marginación social. Por este motivo el anciano se encuentra sin las herramientas que le permitan un trabajo de adaptación, como son las motivaciones o refuerzos sociales. Al carecer de estas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a nuevas circunstancias.

El A.M. puede comportarse o parecer una persona rígida, "chapada a la antigua", aferrado a sus experiencias de gran importancia para él o ella, pero que no se siente valorado como considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad (verbal o gestual) que muestran algunas personas mayores, se relaciona con un difícil proceso de adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos ancianos.¹³

Todos estos antecedentes determinaron escoger el modelo de enfermería de Sor Callista Roy:

1.3.1 MODELO DE ENFERMERÍA.

Esta investigación en que el objeto de análisis son los A.M. de 65 años y más que ingresan a hospitalizarse en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martín de Chillán, considera que el Modelo de Adaptación planteado por Sor Callista Roy, en el que se infiere:

Supuestos Principales:

Persona:

Es el receptor de los cuidados de enfermería; Roy afirma que el cliente tiene un rol activo en los cuidados. Es un ser biopsicosocial que interactúa

constantemente con el entorno cambiante, para afrontar los cambios y adaptarse a ellos en los cuatro modos adaptativos: fisiológicos, autoimagen, dominio del rol e interdependencia.

Es un sistema que utiliza mecanismos de afrontamiento innato y adquirido para enfrentarse contra los agentes estresantes, el que puede ser un individuo, familia, grupo, comunidad o sociedad.

- *Necesidades Fisiológicas Básicas:* Esto es, las referidas a la circulación, temperatura corporal, oxígeno, líquidos orgánicos, sueño, actividad, alimentación y eliminación.
- *Autoimagen:* El yo del hombre debe responder también a los cambios del entorno.
- *Dominio de un rol o papel:* Cada persona cumple un papel distinto en la sociedad, según su situación: madre, niño, enfermo, jubilado.
- *Interdependencia:* La autoimagen y el dominio del papel social de cada individuo interacciona con las personas de su entorno, ejerciendo y recibiendo influencias. Esto crea relaciones de interdependencia, que pueden ser modificadas por el cambio del entorno.

Dentro de los modos adaptativos están los mecanismos de afrontamiento, que son dos:

- *Regulador:* Controla los procesos internos relacionados con las necesidades fisiológicas.
- *Cognitivo:* Regula el auto concepto, la función del rol y la interdependencia.

Entorno:

Corresponde a todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo, la conducta de las personas y grupos, siempre está

cambiando y en constante interacción con los sujetos. Es la información que entra en el individuo como sistema adaptativo, que conlleva a factores internos y externos que pueden ser importantes o insignificantes, positivos o negativos, sin embargo cualquier modificación del ambiente exige aumentar la energía para adaptarse a la situación. Los factores del entorno que afectan a la persona se clasifican en estímulos focales, contextuales y residuales.

Salud:

Se define como un proceso de ser y llegar a ser una persona integrada y total; la salud se considera como la meta de la conducta de una persona, por lo tanto, es la capacidad de ésta para ser un órgano adaptativo.

La pérdida de la integración representa la pérdida de la salud.

Roy considera la salud como un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica, psicológica y social.

Enfermería:

Es requerida cuando la persona gasta más energía en el afrontamiento dejando muy poca energía para el logro de las metas de supervivencia, crecimiento, reproducción y dominio.

- Utiliza los cuatro modos de adaptación para incrementar el nivel de esta en una persona frente a salud y enfermedad.
- Realiza actividades que promueven respuestas de adaptación efectivas en las situaciones de salud y enfermedad.
- Es una disciplina centrada en la práctica dirigida a las personas y a sus respuestas ante los estímulos y la adaptación al entorno.
- Incluye valoración, diagnóstico, establecimiento de metas, intervención y evaluación.¹

1.4 MARCO EMPÍRICO

La población de A.M. en Chile, el mundo desarrollado y en vías de desarrollo ha crecido de manera exponencial en el último tiempo, por lo que es necesario el realizar estudios en relación a la mantención o deterioro de los diferentes aspectos que los comprenden como individuo.

A nivel nacional e internacional, se han realizado estudios sobre los A.M. de los cuales se pueden extraer antecedentes interesantes sobre factores que pueden influir en el Estado Cognitivo del A.M.

Es así como en el año 2003, Hervas y col. realizaron un estudio titulado: *“Influencia de variables socio-sanitarias en la situación del Estado Cognitivo y de ánimo en los pacientes geriátricos de un centro de salud”*, en Pamplona, España, del que se obtuvieron los siguientes datos:

- 50,3% de la población seguían un tratamiento con 3 o más fármacos los que afectaron el Estado Cognitivo, especialmente las benzodiazepinas, antidepresivos, hipnóticos y ansiolíticos.
- La edad media fue de 71,4 años, lo que demostró que a mayor edad mayor deterioro del Estado Cognitivo.
- Existieron diferencias estadísticamente significativas en pacientes que sufrían depresión ya que presentaron mayor deterioro del Estado Cognitivo.
- Los pacientes con hiperlipidemia presentaron mayor deterioro del Estado Cognitivo con un valor $p=0,001$.
- Los pacientes institucionalizados presentaron mayor deterioro del Estado Cognitivo que los que vivían en su domicilio.
- Un cincuenta por ciento de los sujetos de estudio presentaban Hipertensión.

- Los pacientes que padecían Hipertensión, Diabetes Mellitus, Insomnio y Ansiedad no obtuvieron diferencias significativas en el Estado Cognitivo.¹⁰

Un trabajo posterior en el año 2005 “*Habilidades cognitivas en Adultos Mayores: Estudio longitudinal*”, de Argimon y Stein, realizado en Brasil, fue diseñado para el estudio de las capacidades cognitivas del viejo más viejo en dos momentos con una diferencia de 3 años entre las pruebas. Esta investigación tuvo como sujetos de estudio a 66 ancianos entre 80 y 95 años, sólo a 46 de estos se les pudo hacer una segunda prueba.

Los autores afirmaron que los antecedentes obtenidos mostraron una tendencia a la disminución o deterioro leve del funcionamiento general y del Estado Cognitivo, lo que se traduce en:

- Reducción en la memoria de los ancianos, comparando la primera y segunda prueba, esto significa que su memoria con el paso del tiempo tendió a disminuir.
- Disminución leve de la atención, y se observó que 44 participantes de los 46 estudiados, refirieron problemas subjetivos de memoria.
- El funcionamiento cognitivo tuvo una relación positiva con el mayor nivel educacional y pasatiempos.¹⁷

Unos años antes, en el 2001, en la Universidad Maimónides en Argentina, Weuve, publica un estudio titulado “*Factores de riesgo en Adultos Mayores es de crítica importancia en salud pública*”. Este estudio se realizó desde el año 1995 hasta el 2001 en mujeres (Enfermeras) mayores de 70 años con un universo de 22.715 y una muestra de 18.766 con mediciones a través de encuestas por teléfono, con el minimental y otros test validados para la aplicación a través de encuesta telefónica, a los 1.8 años se repetía esta donde la muestra se redujo a 16.446 mujeres, tenía como objetivo estudiar la relación de actividad física regular

a largo plazo y la función cognoscitiva. Esta investigación arrojó los siguientes resultados:

- Niveles más altos de los resultados de la actividad física fueron asociados a un funcionamiento cognoscitivo mejor.
- Se asocia a un menor declive cognitivo y a una alta cognición el realizar actividad física constante y regularmente.
- Finalmente, no se evaluó el desarrollo de demencia en el cohorte. Sin embargo, una disminución leve en la función cognitiva es un predictor del desarrollo de demencia y puede ser considerado un marcador pre clínico de estadios tempranos de demencia.¹⁹

Algunos años después en Perú se publica el estudio "*Características del Deterioro Cognitivo en Adulto Mayor Hospitalizado a nivel Nacional*", en el año 2004 por Varela y col., trabajaron con un universo constituido por 400 pacientes y su muestra fue de 312 Adultos Mayores de 60 años y más, que se encontraban hospitalizados en los servicios de medicina de hospitales niveles III y IV. El instrumento recolector utilizado para este trabajo fue el cuestionario Pfeiffer, prueba breve que evalúa las funciones de orientación, memoria de evocación, concentración y cálculo, considerándose normal entre 0 y 2 errores, deterioro leve entre 3 y 4 errores, deterioro moderado entre 5 y 7 y finalmente deterioro severo con 8 o más errores. Este estudio arrojó:

- Que existía deterioro cognitivo Moderado a Severo en el 22.11% de los casos
- Que existía asociación significativa entre las variables edad, analfabetismo, situación socioeconómica, confusión aguda, deprivación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional, con el Estado Cognitivo.

- Se encontró que el insomnio y privación visual no presentaron asociación significativa con el Estado Cognitivo.¹²

En Chile los estudios relacionados con el Estado Cognitivo del A.M. son pocos, el que más se acercó a lo que se investigó es un estudio realizado durante el año 2003 por la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile titulado: “*Deterioro cognitivo del Adulto Mayor*”. Se aplicó a 1156 Adultos y Adultos Mayores, desde los 60 años en adelante, de todo Chile, divididos en 3 categorías de 60-69; 70-79; 80 y más.

Los instrumentos utilizados fueron:

- Minimalmente alterado (MMSE), para evaluar el Estado Cognitivo, de esta prueba se extrae un puntaje de adecuación o deterioro. Menor de 13 se considera deterioro cognoscitivo.

- Todos los que presentaban un puntaje inferior a 13 puntos en el MMSE, se les aplicó el test de Pfeiffer para valorar la capacidades de los adultos para el desempeño autónomo en actividades de la vida cotidiana. Consideraron “Discapacidad para el desempeño en la vida cotidiana”: MMSE <13 puntos + Pfeiffer inferior o igual a 6 puntos.

- Frente a una alteración de Pfeiffer se aplica encuesta de morbilidad de la ENS 2003 (Encuesta Nacional de Salud) contestada por persona cercana al entrevistado.

El estudio arrojó los siguientes resultados:

- Prevalencia del deterioro cognitivo fue tres veces mayor en Adultos Mayores de zonas rurales que en zonas urbanas.

- Deterioro cognitivo en hombres según la edad mostró un ascenso lineal progresivo, de inicio anterior a los 70 años y afectó al 50% de los hombres a

los 90 años. En las mujeres el ascenso fue más lento, pero luego de los 75 años se aceleró llegando a un 50% de mujeres con deterioro a los 80 años.

- Existió una variación en la evaluación de Estado Cognitivo por región:

- El mejor puntaje se obtuvo en la Región Metropolitana
- Las regiones II III y V se encontraban sobre el promedio nacional

- Mientras que las regiones VI, VIII y XI se ubicaban bajo el promedio nacional.

- Los autores concluyen que la variable nivel educacional al igual que clase social (cada una por separada) fueron muy significativas en el puntaje cognitivo, se aprecia que la clase baja y en bajo nivel educacional se encuentran cerca del puntaje mínimo aceptado, la diferencia del puntaje cognoscitivo entre nivel educacional medio y clase social media baja tuvo una variación significativa, entre esta clase social y nivel educacional, finalmente las clases sociales media alta y alta con nivel educacional alto no observaron variaciones significativas.

- El puntaje promedio cognoscitivo MMSE disminuyó al variar los grupos de edad, siendo mucho más bajo en los de 80 años y más.

- En cuanto a la memoria y Estado Cognitivo no encontraron diferencias significativas entre ambos sexos.¹⁸

1.5 PROPÓSITO DE LA INVESTIGACIÓN

Determinar Factores Asociados al Estado Cognitivo del Adulto Mayor al ingreso del Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.6 OBJETIVOS

Objetivos:

- ❖ Determinar el Estado Cognitivo del A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Objetivo General:

1. Conocer factores sociodemográficos asociados al Estado Cognitivo del A.M. que ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Objetivos Específicos:

1.1. Demostrar la asociación entre género y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.2. Identificar la asociación entre edad y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.3. Determinar la asociación entre procedencia y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.4. Determinar la asociación entre alfabetismo y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.5. Identificar la asociación entre el analfabetismo por desuso y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.6. Analizar la asociación entre pertenencia a grupos comunitarios y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.7. Examinar la asociación que existe entre percepción de ingresos y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.8. Determinar la asociación entre con quién vive y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.9. Identificar la asociación entre calidad de funcionamiento familiar y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Objetivo General:

2. Identificar factores fisiopatológicos asociados al Estado Cognitivo del A.M. que ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Objetivos Específicos:

2.1. Conocer la asociación entre enfermedades no transmisibles y Estado Cognitivo del A.M cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

2.2. Conocer la asociación entre el consumo de drogas lícitas y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

2.3. Analizar la asociación entre polifarmacia y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Objetivo General:

3. Identificar estilos de vida y su asociación con el Estado Cognitivo del A.M. que ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

Objetivos Específicos:

3.1. Conocer la asociación entre el sedentarismo y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

3.2. Conocer la asociación entre actividad laboral remunerada y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

3.3. Determinar la asociación entre el hábito de lectura y Estado Cognitivo del A.M. cuando ingresa al Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

1.7 HIPÓTESIS

1. La condición de ruralidad del A.M. influye negativamente en su Estado Cognitivo.
2. A mayor edad, mayor es el deterioro del Estado Cognitivo del A.M.
3. La condición de vivir con familiares influye positivamente en el Estado Cognitivo del A.M.
4. El consumo de medicamentos (polifarmacia) influye negativamente en el Estado Cognitivo del A.M.

1.8 VARIABLES

1. Variable Dependiente:

- Estado Cognitivo del A.M.

2. Variables Independientes:

a) Variables Sociodemográficas:

- Género.
- Edad.
- Procedencia.
- Alfabetismo.
- Analfabetismo por desuso.
- Pertenencia a grupos comunitarios.
- Percepción de ingresos.
- Con quién vive.
- Calidad de funcionamiento familiar.

b) Variables Fisiopatológicas:

- Enfermedades no transmisibles.
- Consumo de drogas lícitas.
- Polifarmacia.

c) Variables según estilos de vida:

- Sedentarismo.
- Actividad laboral remunerada.
- Hábitos de lectura.

II. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

2.1 TIPO DE DISEÑO

Estudio descriptivo – analítico de tipo retrospectivo de corte transversal.

2.2 UNIVERSO Y MUESTRA

2.2.1 UNIVERSO

Infinito e indeterminado, constituido por los A.M. que ingresan al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán.

2.2.2 MUESTRA

Constituido por 121 A.M. que ingresaron al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán, entre el 20 de marzo y 10 de mayo de 2007, por juicio de las investigadoras de los A.M. que cumplieron con el criterio de inclusión.

2.3 UNIDAD DE ANÁLISIS

Adulto Mayor de 65 años y más hospitalizado en el Servicio de Medicina del Hospital Clínico Herminda Martin de Chillán.

2.4 ASPECTOS ÉTICOS

La información necesaria para la investigación fue solicitada previa autorización por escrito a Sra. Teresa Miranda, Enfermera Supervisora y solicitud de autorización a Directora de Escuela de Enfermería Sra. Elena Espinoza Lavoz. (Anexo 2)

La información al individuo se hizo a través de una carta donde se expuso el objetivo del estudio y la importancia de su participación. Esta fue de carácter confidencial, anónimo y se recopiló una vez que el usuario registró su huella digital y número de cédula de identidad conforme al consentimiento informado. (Anexo 2.5)

2.5 PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó el instrumento titulado “*Cuestionario Para Conocer El Estado Cognitivo del Adulto Mayor Al Ingreso Del Servicio De Medicina Del Hospital Clínico Herminda Martin De Chillán*”, compuesto por test Minimental Abreviado, test de Memoria Acortado Pfeiffer, Apgar Familiar, además de preguntas desarrolladas por las autoras.

El estudio se efectuó entre marzo y mayo de 2007 de lunes a domingo, en el servicio de medicina del H.C.H.M. donde se realizó una entrevista a los A.M. que cumplieron con el criterio de inclusión previa aprobación del consentimiento informado. Del total de los A.M. que vivían con familiares 19 de ellos no contestaron completamente el Apgar Familiar,

2.6 CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- A.M. de 65 años y más.
- A.M. hospitalizados en el Servicio de Medicina del H.C.H.M.
- A.M. con ingreso desde las 9:00 del día anterior, hasta las 8:59 de la mañana del día de la encuesta.

2.7 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- A.M. con alteración total visual o auditiva.
- A.M. con alteraciones severas del habla.
- A.M. inconcientes.
- A.M. con Glasgow \leq a 13 puntos.
- A.M. con contención.
- A.M. desorientados.
- A.M. somnolientos
- A.M. con reingreso durante el periodo de la encuesta, o que se le haya aplicado la encuesta en el Hospital de San Carlos.

2.8 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO RECOLECTOR

2.8.1 Cuestionario para determinar características del A.M.: (ANEXO 3.1)

Cuestionario diseñado, elaborado y aplicado por las autoras. Consta de 14 preguntas, 13 cerradas y 1 abierta, cuya finalidad fue obtener información sobre las características sociodemográficas, fisiopatológicas y sobre los estilos de vida que tienen los A.M. al ingresar al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán.

Las preguntas son de tipo dicotómica, multivariadas y abierta, las que fueron ejecutadas por el examinador oralmente al A.M. las que fueron contestadas, según las alternativas descritas en el cuestionario que fue aplicado en 15 minutos aproximadamente. (Anexo 3.1).

2.8.2 Minimental Abreviado (MMSE) (ANEXO 3.2):

MMSE creado por Folstein MF, Folstein S, Mchugh PR. Este instrumento es útil para detectar déficit cognitivo, ya que es una herramienta que puede ser usada para evaluar el Estado Cognitivo en forma sistemática y exhaustiva. Consta de 6 preguntas que analizan algunas áreas de funcionamiento cognitivo: orientación temporal, memoria reciente e inmediata, atención, concentración, abstracción comprensión, capacidad de seguir instrucciones y capacidad visoconstructiva. El MMSE fue modificado, abreviado y validado en Chile para la encuesta de la OPS Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), en 1999.

- Su puntaje es de 19 puntos.
- Se considera alterado si el puntaje es menor o igual a 13 puntos.
- Cada respuesta correcta se califica con un punto si es contestada correctamente, así como cada ítem que compone una pregunta²¹

2.8.3 Test de Memoria Acortado Pfeiffer (ANEXO 3.3)²⁵:

Este cuestionario fue diseñado por Pfeiffer en 1975 como instrumento que mide las Funciones Intelectuales (memoria) y su deterioro. Es un cuestionario útil tanto para pacientes institucionalizados como para la población general.²⁴

Se encuentra adaptado y validado en Chile por el Minsal. Consta de 10 preguntas. Se divide en 4 categorías:

- 0-2 errores : Funciones intelectuales intactas.
- 3-4 errores : Deterioro intelectual leve.
- 5-7 errores : Deterioro intelectual moderado.
- 8-10 errores : Deterioro intelectual severo.

Teniendo en cuenta que:

- Frente a A.M. sin escolaridad o escolaridad Básica se resta un punto al resultado final.
- Frente a A.M. con Enseñanza Media completa o incompleta, se mantiene el puntaje.
- A.M. con Enseñanza Superior se le agregara un punto adicional al resultado final.

2.8.4 APGAR Familiar (ANEXO 3.4):

El Dr. Gabriel Smilkstein de la Universidad de Washington, Seattle, en 1978 creó el APGAR familiar como una respuesta a la necesidad de evaluar la función de la familia, expresado a través de satisfacción del individuo encuestado con respecto a su familia.

Este funcionamiento está medido por 5 componentes (adaptabilidad, participación, gradiente de crecimiento, afecto y resolución), que intentan

establecer la capacidad de adaptación de la familia, participación comunitaria, resolución en conjunto de problemas.²³

Para adjudicar puntos:

- Casi nunca : 0 puntos.
- A veces : 1 punto.
- Casi siempre : 2 puntos.

Puntajes:

- Familia funcional : 7 -10puntos.
- Disfunción leve : 4-6 puntos.
- Disfunción severa : 0-3 puntos.

2.9 PRUEBA PILOTO

La validación del instrumento o prueba piloto se realizó en el Hospital de San Carlos durante los meses de enero-febrero del año 2007, previa autorización del Dr. Mirko Guzmán Fajardo Director del Hospital, la Sra. María Soledad Landeros Enfermera Coordinadora y la Sra. Olaya Castillo Enfermera Supervisora del Servicio de Medicina. La prueba se ejecutó en el Servicio de Medicina de dicho Hospital por considerarse de similares características al Servicio de Medicina del H.C.H.M. de Chillán, en cuanto a usuarios, recursos humanos y físicos. Se aplicó en primera instancia en el mes de enero a 10 usuarios, luego de lo cual se hicieron cambios, como modificar el formato de algunas preguntas haciéndolas comprensibles para el usuario, cambiar el formato de respuesta de ¿Cuál es su edad?, no preguntarle cuál es su sexo, si no que asumirlo según definición nominal y criterio de la encuestadora, aplicándose a 4 usuarios más durante el mes de febrero, lográndose así un instrumento validado para su aplicación final.

2.10 PROCESAMIENTO DE DATOS:

Los datos que se obtuvieron de los instrumentos recolectores corroborados con la ficha del usuario primero fueron traspasados a una planilla creada por alumnas tesisistas del programa Microsoft Excel, posteriormente esta información fue traspasada y procesada en el programa StatGraphics, se aplicó la prueba estadística chi-cuadrado la cual mide asociación entre las variables, debido a que la mayoría de las variables eran de carácter nominal, considerándose significativa con un valor- $p < 0,05$ y gamma en aquellas variables que resultaran significativas, para medir el tipo de asociación (Directa (+1) o Inversa (-1)) y su grado (Nula, Débil, Mediano, Fuerte o Perfecta).

| | |
|-------------------|---------------------------------------|
| Relación perfecta | ± 1 |
| Relación fuerte | $\pm 0,8 \leq \text{gamma} < \pm 0,8$ |
| Relación mediana | $\pm 0,5 \leq \text{gamma} < \pm 0,8$ |
| Relación débil | $0 < \text{gamma} < \pm 0,5$ |
| Relación nula | $\text{gamma} = 0$ |

III. ANÁLISIS DE RESULTADOS

3.1.1 DESCRIPCIÓN DE DATOS

Tabla 1: Estado Cognitivo del Adulto Mayor al ingreso del Servicio de Medicina.

| | Estado Cognitivo | |
|-------------|------------------|--------|
| | Número | % |
| Deteriorado | 90 | 74.38 |
| Normal | 31 | 25.62 |
| Total | 121 | 100.00 |

Fuente: Investigación, "Factores Asociados al Estado Cognitivo del Adulto Mayor al Ingreso Servicio de Medicina. Chillán".

De la tabla N°1 se observa que de un total de 121 A.M. que cumplían con los criterios de inclusión de este estudio y se le aplicó la encuesta preparada por las investigadoras, un 74,38% poseían un Estado Cognitivo deteriorado y un 25,62% de ellos se encontraba con un Estado Cognitivo normal.

Tabla 2: Funciones Intelectuales (Memoria) del Adulto Mayor al Ingreso de Servicio de Medicina.

| | Memoria | |
|----------------------------------|---------|--------|
| | Número | % |
| Deterioro intelectual Severo | 2 | 1.65 |
| Deterioro intelectual Moderado | 11 | 9.09 |
| Deterioro intelectual Leve | 34 | 28.10 |
| Funciones intelectuales intactas | 74 | 61.16 |
| Total | 121 | 100.00 |

Fuente: Idem Tabla 1.

De la tabla N°2 se observa que de un total de 121 A.M. que se incluyeron en el estudio un 61,16% posee Funciones Intelectuales Intactas, un 28,10% tiene

Deterioro Intelectual Leve, un 9,09% Deterioro Intelectual Moderado y sólo un 1,65% de ellos tiene un Deterioro Intelectual Severo.

Variables Independientes:

Tabla 3: Características Sociodemográficas del A.M. al ingreso del Servicio de Medicina

| | Género | |
|-----------------------------------|--------|--------|
| | Número | % |
| Femenino | 55 | 45.45 |
| Masculino | 66 | 54.55 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Edad | | |
| 65-74 | 64 | 52.89 |
| 75-84 | 50 | 41.32 |
| 85 y más | 7 | 5.79 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Procedencia | | |
| Urbano | 77 | 63.64 |
| Rural | 44 | 36.36 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Sabe leer | | |
| No sabe leer | 29 | 23.97 |
| Si sabe leer | 92 | 76.03 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Analfabetismo por desuso | | |
| No | 82 | 89.13 |
| Si | 10 | 10.87 |
| Total | 92 | 100.00 |
| Pertenencia a grupos comunitarios | | |
| No | 60 | 49.59 |
| Si | 61 | 50.41 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Percepción de Ingresos | | |
| Insuficiente | 62 | 51.24 |
| Medianamente suficiente | 22 | 18.18 |
| Suficiente | 37 | 30.58 |
| Total | 121 | 100.00 |

| | Con quién vive | |
|-------------------------------------|----------------|--------|
| Solo | 16 | 13.22 |
| Con otras personas | 2 | 1.65 |
| Con familiares | 103 | 85.12 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Calidad del Funcionamiento Familiar | | |
| Disfunción familiar severa | 5 | 5.95 |
| Disfunción familiar leve | 9 | 10.72 |
| Familia funcional | 70 | 83.33 |
| Total | 84 | 100.00 |

Fuente: Ídem Tabla 1.

De la tabla N°3 se puede inferir que del total de la muestra en estudio un 54,55% pertenecen al género masculino, el 52,89% pertenecen al grupo etáreo de 65-74 años, y con un promedio de edad de 74,34 años, de estos un 63,64% son de procedencia urbana.

De los sujetos en estudio se extrae que un 76,03% sabe leer, el 89,13% no presenta analfabetismo por desuso, un 50,41% pertenecen a grupos comunitarios.

Del total de la muestra un 51,24% perciben sus ingresos como insuficientes, un 85,12% viven con algún familiar, de los cuales un 83,33% tienen una familia funcional.

Tabla 4: Características Fisiopatológicas del A.M. al ingreso del Servicio de Medicina

| | Hipertensión Arterial | |
|-----------------------|-----------------------|-------|
| | Número | % |
| No | 32 | 26.45 |
| Si | 89 | 73.55 |
| Total | 121 | 100 |
| Diabetes Mellitas | | |
| No | 85 | 70.25 |
| Si | 36 | 29.75 |
| Total | 121 | 100 |
| Dislipidemia | | |
| No | 89 | 73.55 |
| Si | 32 | 26.45 |
| Total | 121 | 100 |
| Trastornos Endocrinos | | |
| No | 117 | 96.69 |
| Si | 4 | 3.31 |
| Total | 121 | 100 |
| Depresión | | |
| No | 36 | 29.75 |
| Si | 85 | 70.25 |
| Total | 121 | 100 |
| Ansiedad | | |
| No | 77 | 63.64 |
| Si | 44 | 36.36 |
| Total | 121 | 100 |
| Trastornos del Sueño | | |
| No | 61 | 50.41 |
| Si | 60 | 49.59 |
| Total | 121 | 100 |
| Consumo de Tabaco | | |
| No | 51 | 42.15 |
| Si | 70 | 57.85 |
| Total | 121 | 100 |
| Consumo de Alcohol | | |
| No | 54 | 44.63 |
| Si | 67 | 55.37 |
| Total | 121 | 100 |

| | Polifarmacia | |
|---------|--------------|--------|
| Ninguno | 15 | 12.40 |
| 1-2 | 26 | 21.49 |
| 3-4 | 45 | 37.19 |
| 5 o más | 35 | 28.92 |
| Total | 121 | 100.00 |

Fuente: Ídem Tabla 1.

De la tabla N°4 se puede extraer que de los A.M. que participaron en esta investigación, un 73,55% presentó hipertensión arterial y un 70,25% depresión.

Además de esta se puede observar que más de la mitad de los individuos en estudio consumen o han consumido alguna vez en su vida, ya sea alcohol y/o tabaco. Y un 37,19% consumen entre 3 y 4 medicamentos diferentes en el día.

Tabla 5: Características de los Estilos de Vida del A.M. al ingreso del Servicio de Medicina

| Sedentarismo | | |
|------------------------------|--------|--------|
| | Número | % |
| No | 26 | 21.49 |
| Si | 95 | 78.51 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Actividad Laboral Remunerada | | |
| No | 103 | 85.12 |
| Si | 18 | 14.88 |
| Total | 121 | 100.00 |
| Hábito de Lectura | | |
| Nada | 15 | 16.30 |
| 1-2 | 28 | 30.44 |
| 3-4 | 16 | 17.39 |
| 5-7 | 33 | 35.87 |
| Total | 92 | 100.00 |

Fuente: Ídem Tabla 1.

De la tabla N°5 se puede indicar que más de tres cuartos de la muestra (78,51%) son sedentarios, un 85,12% no realiza ningún tipo de actividad laboral remunerada.

En cuanto al hábito de lectura se observa que el 35,87% lee un promedio de 6 veces a la semana.

3.1.2 ANÁLISIS DE DATOS

Tabla 6: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Funciones Intelectuales (Memoria)

| | | Estado Cognitivo | | |
|--------------------------|----------------------------------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Funciones Intelectuales. | Deterioro Intelectual Severo | 2 1.65% | 0 0.00% | 2 1.65% |
| | Deterioro Intelectual Moderado | 10 8.27% | 1 0.83% | 11 9.10% |
| | Deterioro Intelectual Leve | 31 25.62% | 3 2.48% | 34 28.10% |
| | Funciones Intelectuales Intactas | 47 38.84% | 27 22,31% | 74 61.15% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25,62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,0078

Gamma: 0,6911

Las variables son dependientes entre si (valor-p: 0,0078), al analizarlas con Gamma se establece una relación directa (Gamma: 0,6911) indicando que a mejor funciones intelectuales mejor Estado Cognitivo, y de mediana asociación lo que indica que esto se presenta en gran parte de la población.

La tabla N°6 indica que del total de la muestra, los individuos con funciones intelectuales intactas presentan mayor deterioro del Estado Cognitivo.

Tabla 7: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Género

| | | Estado Cognitivo | | |
|--------|-----------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Género | Femenino | 44 36.36% | 11 9.09% | 55 45.45% |
| | Masculino | 46 38.02% | 20 16.53% | 66 54.55% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,1961

Se concluye que el género no influye en el Estado Cognitivo. (Valor- p: 0,1961)

La tabla N° 7 muestra que del total de encuestados, el género masculino tiene un mayor deterioro del Estado Cognitivo lo que corresponde a un 38,02%.

Tabla 8: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Edad

| | | Estado Cognitivo | | |
|------|---------------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Edad | 65 a 74 años | 47 38.84% | 17 14.05% | 64 52.89% |
| | 75 a 84 años | 36 29.75% | 14 11.57% | 50 41.32% |
| | 85 años y más | 7 5.79% | 0 0.00% | 7 5.79% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Idem Tabla 1.

Valor-p: 0,2740

Se concluye que la edad no influye en el Estado Cognitivo. (Valor-p: 0,2740)

La tabla N° 8 destaca que del total de los individuos en estudio un 38,84% pertenecen al grupo etáreo de 65 – 74 años y tienen un Estado Cognitivo deteriorado.

Tabla 9: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Procedencia

| | | Estado Cognitivo | | |
|-------------|--------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Procedencia | Urbano | 55 45.45% | 22 18.18% | 77 63.63% |
| | Rural | 35 28.93% | 9 7.44% | 44 36.37% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Idem Tabla 1.

Valor-p: 0,3252

Se concluye que la procedencia no influye en el Estado Cognitivo. (Valor-p: 0,3252)

La tabla N° 9 muestra que la mayor proporción de los encuestados presentan un Estado Cognitivo deteriorado y viven en el sector urbano, lo que corresponden a un 45,45% de la muestra total.

Tabla 10: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Alfabetismo

| | | Estado Cognitivo | | |
|-------------|-------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Alfabetismo | No | 27 22.31% | 2 1.65% | 29 23.96% |
| | Si | 63 52.07% | 29 23.97% | 92 76.04% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Idem Tabla 1.

Valor-p: 0.0230

Gamma: 0,728

El Estado Cognitivo es una de variable dependiente del alfabetismo de los individuos encuestados (valor-p: 0,0230). Existe una relación directa al analizar estas variables con Gamma (0,7228), lo que indica que el Estado Cognitivo es mayor en individuos alfabetos y con una asociación mediana lo que quiere decir que afecta a gran parte de la población.

En esta tabla se observa que el 52,07% de la población en estudio es alfabeto y tiene un Estado Cognitivo deteriorado y que sólo un 1,65% de la muestra no es alfabeto y presenta un Estado cognitivo normal

Tabla 11: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Analfabetismo por Desuso

| | | Estado Cognitivo | | |
|--------------------------|-------|------------------|--------------|---------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Analfabetismo por desuso | No | 53 57.61% | 29 31.52% | 82 89.13% |
| | Si | 10 10.87% | 0 0.00% | 10 10.87% |
| | Total | 63 68.48% | 29 31.52% | 92 100.00% |

Fuente: Idem Tabla 1.

Valor-p: 0,0230

Gamma: -1,000

Se determina la dependencia de las variables (valor-p: 0,0230), estas se analizaron con Gamma, el cual arrojó una asociación inversa (Gamma: -1.000), esto quiere decir que a mayor analfabetismo por desuso menor Estado Cognitivo y al ser perfecta, esto afecta a toda la población.

En la tabla N° 11 muestra que el mayor porcentaje de personas encuestadas presentan un Estado Cognitivo deteriorado y no presentan Analfabetismo por desuso, lo que corresponde a un 57,61%.

Tabla 12: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Pertenencia a Grupos Comunitarios

| | | Estado Cognitivo | | |
|-----------------------------------|-------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Pertenencia a Grupos Comunitarios | No | 44 36.36% | 16 13.22% | 60 49.58% |
| | Si | 46 38.02% | 15 12.40% | 61 50.42% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,7936

Se puede deducir que la pertenencia a grupos comunitarios no influye en el Estado Cognitivo. (Valor-p: 0,7936)

De la tabla N° 12 se puede desprender que del total de los individuos de la muestra el 38,02% tienen un Estado Cognitivo deteriorado y pertenece a grupos comunitarios, además el 36,36% tiene un Estado Cognitivo deteriorado y no pertenece a un grupo comunitario.

Tabla 13: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Percepción de Ingresos

| | | Estado Cognitivo | | |
|------------------------|-------------------------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Percepción de Ingresos | Insuficiente | 42 34.71% | 20 16.53% | 62 51.24% |
| | Medianamente suficiente | 17 14.05% | 5 4.13% | 22 18.18% |
| | Suficiente | 31 25.62% | 6 4.96% | 37 30.58% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,1972

Se concluye que la percepción de Ingresos no influye en el Estado Cognitivo. (Valor-p: 0,1972)

De la tabla N° 13 se puede extraer que la mayor proporción de individuos encuestados presentan un Estado Cognitivo deteriorado y perciben que sus ingresos son insuficientes correspondiendo a un 34,71%.

Tabla 14: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Con Quién Vive

| | | Estado Cognitivo | | |
|----------------|--------------------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Con Quién Vive | Vive solo | 14 11.57% | 2 1.65% | 16 13.22% |
| | Con otras personas | 1 0.83% | 1 0.83% | 2 1.66% |
| | Con familiares | 75 61.98% | 28 23.14% | 103 85.12% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Idem Tabla 1.

Valor-p: 0,6896

Se infiere que la variable “con quién vive” no influye en el Estado Cognitivo.
(Valor-p: 0,3326)

La tabla N° 14 muestra que el mayor número de personas encuestadas presentan un Estado Cognitivo deteriorado y viven con algún familiar, que corresponde a un 61,98%.

Tabla 15: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Calidad de Funcionamiento Familiar.

| | | Estado Cognitivo | | |
|--|----------------------------|------------------|--------------|---------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Calidad de Funcionamiento Familiar | Disfunción Familiar Severa | 4 4.76% | 1 1.19% | 5 5.95% |
| | Disfunción Familiar Leve | 6 7.14% | 3 3.57% | 9 10.71% |
| | Familia Funcional | 54 64.29% | 16 19.05% | 70 83.34% |
| | Total | 64 76.19% | 20 23.81% | 84 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,7691

Se determina que la calidad del funcionamiento familiar no es influyente en el Estado Cognitivo. (Valor-p: 0.7691)

La tabla N° 15 indica que la mayor cantidad de individuos que presentan un Estado Cognitivo deteriorado y tienen una familia funcional según el APGAR, corresponde a un 64,29% del total de la muestra.

Tabla 16: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Enfermedades No Transmisibles

| | | Estado Cognitivo | | | | Valor- p | |
|-------------------------------|------------------------------|------------------|-----------|--------------|-----------|--------------|--------|
| | | Deteriorado | | Normal | | | |
| | | N° | % | N° | % | | |
| Enfermedades No Transmisibles | Hipertensión Arterial | No | 24 | 19,83 | 8 | 6,61 | 0,9254 |
| | | Si | 66 | 54,55 | 23 | 19,01 | |
| | Diabetes Mellitus | No | 62 | 51,24 | 23 | 19,01 | 0,5774 |
| | | Si | 28 | 23,14 | 8 | 6,61 | |
| | Dislipidemia | No | 64 | 52,89 | 25 | 20,66 | 0,2993 |
| | | Si | 26 | 21,49 | 6 | 4,96 | |
| | Trastornos Endocrinos | No | 86 | 71,07 | 31 | 25,62 | 0,2326 |
| | | Si | 4 | 3,31 | 0 | 0,00 | |
| | Depresión | No | 65 | 53,72 | 20 | 16,53 | 0,4183 |
| | | Si | 25 | 20,66 | 11 | 9,09 | |
| | Ansiedad | No | 61 | 50,41 | 16 | 13,22 | 0,1066 |
| | | Si | 29 | 23,97 | 15 | 12,40 | |
| | Trastornos del Sueño | No | 46 | 38,02 | 15 | 12,40 | 0,7936 |
| | | Si | 44 | 36,36 | 16 | 13,22 | |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Se determina que las enfermedades no trasmisibles estudiadas no influyen en el Estado Cognitivo.

De la tabla N° 16 resalta que los A.M. con Estado Cognitivo deteriorado, un 54,55% presenta hipertensión arterial, un 51,24% no tiene diabetes mellitus, un 53,89% tiene dislipidemia, un 53,72% no presenta depresión, un 50,41% no presenta ansiedad, un 38,02% no presenta trastorno del sueño.

Tabla 17: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Consumo de Drogas Lícitas (Alcohol)

| | | Estado Cognitivo | | |
|--------------------|-------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Consumo de Alcohol | No | 41 33.88% | 13 10.74% | 54 44.62% |
| | Si | 49 40.50% | 18 14.88% | 67 55.38% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,7266

Se puede inferir que el consumo de alcohol no es determinante en el Estado Cognitivo. (Valor-p: 0,7266)

La tabla N° 17 indica que la mayor proporción de personas pertenecientes a este estudio presentan un Estado Cognitivo deteriorado y que durante su vida han consumido alcohol corresponden a un 40,50% de la muestra.

Tabla 18: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Consumo de Drogas Lícitas (Tabaco)

| | | Estado Cognitivo | | |
|-------------------|-------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Consumo de Tabaco | No | 58 47.93% | 12 9.92% | 70 57.85% |
| | Si | 32 26.45% | 19 15.70% | 51 42.15% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,0123

Gamma: 0,4832

Se establece dependencia entre tabaquismo y Estado Cognitivo (valor-p: 0,0123). Al analizar con Gamma se puede señalar que existe una relación directa (Gamma: 0,4832) lo que indica que a mayor consumo de tabaco mejor Estado Cognitivo, pero al ser débil se cumple que no todas las personas que fuman presentan un buen Estado Cognitivo.

En la tabla N° 18 es destacable que la mayor parte de los individuos encuestados presentan un Estado Cognitivo deteriorado y que durante su vida no han consumido tabaco correspondiendo a un 47,93% de la muestra.

Tabla 19: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Polifarmacia

| | | Estado Cognitivo | | |
|--------------|---------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Polifarmacia | Ninguno | 11 9.09% | 4 3.31% | 15 12.40% |
| | 1-2 | 21 17.36% | 5 4.13% | 26 21.49% |
| | 3-4 | 33 27.27% | 12 9.92% | 45 37.19% |
| | 5 o más | 25 20.66% | 10 8.26% | 35 28.92% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Idem Tabla 1.

Valor-p: 0,8610

Se concluye que la polifarmacia no influye en el Estado Cognitivo.

(Valor-p: 0,8610)

Esta tabla muestra que la mayor proporción de personas encuestadas presentan un Estado Cognitivo deteriorado y consumen entre 3 y 4 medicamentos diarios correspondiendo a un 27,27% del total de la muestra.

Tabla 20: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Sedentarismo

| | | Estado Cognitivo | | |
|--------------|-------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Sedentarismo | No | 13 10.74% | 13 10.74% | 26 21.48% |
| | Si | 77 63.64% | 18 14.88% | 95 78.52% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,0013

Gamma: -0,6211

Se concluye que el sedentarismo influye en el Estado Cognitivo (Valor-p: 0,0013). Existe dependencia entre ambas variables al realizar la prueba Gamma se puede observar que hay una relación inversa (Gamma: -0,6211) quiere decir que a mayor sedentarismo menor Estado Cognitivo y de tipo mediana, por lo tanto afecta a gran parte de los A.M.

Esta tabla muestra que la mayor proporción de personas encuestadas presentan un Estado Cognitivo deteriorado y no desarrollan actividad física correspondiendo a un 63,64% de la muestra.

Tabla 21: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Actividad Laboral

| | | Estado Cognitivo | | |
|-------------------|-------|------------------|--------------|----------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Actividad Laboral | No | 76 62.81% | 27 22.31% | 103 85.12% |
| | Si | 14 11.57% | 4 3.31% | 18 14.88% |
| | Total | 90 74.38% | 31 25.62% | 121 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,7204

Se concluye que la actividad laboral no influye en el Estado Cognitivo (Valor-p: 0,7204).

La tabla N° 21 muestra que la mayor proporción de personas encuestadas presentan un Estado Cognitivo deteriorado y no desarrolla actividad laboral que corresponde a un 62.81% de la muestra en estudio.

Tabla 22: Tabla de Contingencia para Estado Cognitivo y Hábito de Lectura

| | | Estado Cognitivo | | |
|-------------------|-----------|------------------|--------------|---------------|
| | | Deteriorado | Normal | Total |
| Hábito de Lectura | Nada | 13 14.13% | 2 2.18% | 15 16.31% |
| | 1-2 veces | 22 23.91% | 6 6.52% | 28 30.43% |
| | 3-4 veces | 12 13.04% | 4 4.35% | 16 17.39% |
| | 5-7 veces | 16 17.39% | 17 18.48% | 33 35.87% |
| | Total | 63 68.47% | 29 31.53% | 92 100.00% |

Fuente: Ídem Tabla 1.

Valor-p: 0,0182

Gamma: 0,5078

Existe dependencia entre las variables hábito de lectura y Estado Cognitivo (valor-p: 0.0182), además Gamma indica que entre éstas hay una relación directa señalando que el Estado Cognitivo mejora a mayor hábito de lectura, y al ser de mediana significancia se presenta en gran parte de la población alfabeta.

La tabla N° 22 muestra que el mayor porcentaje de los individuos en estudio presentan un Estado Cognitivo deteriorado y lee una o dos veces por semana correspondiendo a un 23,91% del total.

DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

En esta investigación de los A.M. con Estado Cognitivo deteriorado presentaron diferencia de dos puntos porcentuales entre masculino y femenino, concordando con los datos de la investigación realizada por la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003, que demostró que no había diferencia entre hombres y mujeres con respecto al Estado Cognitivo.

Se presentó que según los rangos etáreos al aumentar la edad aumenta la proporción de A.M. con Estado Cognitivo deteriorado lo que se asemejó al estudio de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile en el que se observó que el puntaje promedio cognoscitivo en el MMSE es mucho más bajo a los 80 años y más, de lo que se infiere que con el paso del tiempo va aumentando el número de casos con deterioro cognitivo, además se obtuvo que esta variable no es estadísticamente significativa, lo que difiere de lo concluido en el estudio de Varela y col. en Perú donde se estableció que existía asociación significativa de la edad y las funciones cognitivas lo que se reafirma con la investigación de Hervas y col., España.

Se observó que la procedencia predominante de los Adultos Mayores con deterioro del Estado Cognitivo eran de la zona urbana, lo que difiere del estudio de la Escuela de Medicina de la Pontificia Universidad Católica de Chile, 2003, el que señaló que la prevalencia del deterioro cognitivo fue tres veces mayor en Adultos Mayores de zonas rurales.

La mayoría de los A.M. analfabetos presentan un Estado Cognitivo deteriorado, que se representa en la dependencia directa de ambas variables existiendo una relación con el estudio de Varela y col., 2004, en la que encontraron una asociación significativa con el nivel de instrucción especialmente tomando los analfabetos del estudio.

Todos los Adultos Mayores con analfabetismo por desuso presentan Estado Cognitivo deteriorado lo que coincide con la literatura que establece que a menor instrucción más temprano se presenta el analfabetismo por desuso y a raíz de esto disminuye el Estado Cognitivo.

Los A.M. de este estudio que participan en actividades comunitarias tienen un Estado Cognitivo deteriorado al igual que los que no participan en ellas, por lo que no es un dato significativo, lo que difiere de la literatura que plantea que la participación en grupos comunitarios se relaciona de manera positiva con un buen rendimiento intelectual en la vejez.

La mayoría de los encuestados con deterioro del Estado Cognitivo percibe sus ingresos como insuficientes, lo que concuerda con la literatura que establece que la mayor preocupación de los A.M. es su situación económica.

Se observó que más de la mitad de los Adultos Mayores viven con familiares y que de estos la mayoría tienen una familia funcional y poseen un Estado Cognitivo deteriorado, lo que no concuerda con la literatura que plantea que la función cognitiva mejora con una familia funcional donde los A.M. son partícipes de la familia con relación familiar positiva.

Las patologías crónicas no son estadísticamente significativas teniendo la Hipertensión Arterial una prevalencia de 54,55% en los A.M. con deterioro cognitivo, lo que se relaciona con el estudio de Hervas y col., 2003, en el que la prevalencia fue de un 50%.

Se obtuvo una tendencia de aquellos A.M. que consumen o consumieron alcohol durante su vida presentan deterioro del Estado Cognitivo, pero no es estadísticamente significativo, lo que difiere de algún modo con la literatura que refiere que el consumo de alcohol por un largo período de tiempo deteriora el

funcionamiento del anciano, además, los bebedores sociales difieren en su rendimiento cognitivo, deteriorándolo.

Se observó que a mayor consumo de tabaco los A.M. presentan mejor Estado Cognitivo, lo que difiere con la literatura que establece que produce un mayor deterioro neurológico.

La prevalencia del consumo de 3 a 4 fármacos es de un 27,27% en A.M. con deterioro cognitivo y un 20,66% en 5 o más fármacos lo que se asemeja a la investigación de Hervas y col., 2003, que obtuvieron un 53,7% en el consumo de más de 3 medicamentos en ancianos con función cognitiva deteriorada.

Al establecer una asociación que la mayoría de los A.M. con deterioro realizaban actividad física lo que difiere de estudio realizado por Weuve y col. quienes concluyeron que al realizar actividad física un A.M. mejora su Estado Cognitivo.

Mientras mayor sea el hábito de lectura de los A.M. mejor es su Estado Cognitivo, esto concuerda con lo que señala la literatura que para disminuir el deterioro del Estado Cognitivo es importante la realización de actividades de estimulación intelectual, entre las que se destaca el hábito de lectura.

Se observó que el deterioro del Estado Cognitivo presenta una relación directa con la memoria, lo que indica que a mejor memoria mejor Estado Cognitivo esto se asemeja de algún modo al estudio realizado por Argimon y Stein que indica que la mayoría de los ancianos encuestados señalan que presentan problemas subjetivos de memoria en especial los que tiene un Estado Cognitivo deteriorado al poseer baja instrucción.

IV. CONCLUSIÓN, SUGERENCIAS y LIMITACIONES

4.1 Conclusión

El estudio “Factores Asociados al Estado Cognitivo del Adulto Mayor al ingreso Servicio de Medicina. Chillán”, permitió llegar a las siguientes conclusiones:

- El Estado Cognitivo de los A.M. en general se encontraba deteriorado.
- A medida que mejoran las Funciones Cognitivas (memoria) mejora la proporción de individuos con Estado Cognitivo Normal.
- Los A.M. que ingresaron al servicio de medicina eran mayoritariamente alfabetos y no presentaban analfabetismo por desuso en gran parte de los casos, una mayor proporción eran de procedencia urbana y percibían sus ingresos mensuales como insuficientes para cubrir todos sus gastos. De la población estudiada un gran porcentaje consumían más de tres medicamentos diariamente.
- Al relacionar el Estado Cognitivo con las variables sociodemográficas, se obtuvo significancia estadística con el alfabetismo y analfabetismo por desuso.
- De las variables fisiopatológicas, el consumo de tabaco en alguna etapa de su vida influye significativamente en el Estado Cognitivo.
- Los A.M. sedentarios presentaron mayor deterioro del Estado Cognitivo y aquellos que leen 5 a 7 veces por semana poseían un Estado Cognitivo normal.

De las hipótesis formuladas se concluyó que:

En los adultos mayores que vivían en condición de ruralidad no se presentó asociación significativa con el Estado Cognitivo, por lo tanto, se rechaza la hipótesis inicialmente planteada.

A mayor edad, si bien se evidencia un mayor deterioro del Estado Cognitivo no presentó significancia estadística, por lo tanto, se rechaza la hipótesis inicialmente planteada.

La condición de vivir con familiares no influye positivamente en el Estado Cognitivo, ya que los A.M. que vivían con familiares presentaron un Estado Cognitivo deteriorado al igual que aquellos que vivían solos o con otras personas, por lo tanto, se rechaza la hipótesis inicialmente planteada.

Si bien se observa una mayor proporción de A.M. que presentan polifarmacia y Estado Cognitivo deteriorado, esta no tiene una asociación significativa al ser evaluada estadísticamente, por lo tanto, se rechaza la hipótesis inicialmente planteada.

4.2 Sugerencias

- Se sugiere considerar en nuevos estudios que sigan esta línea, variables tales como:
 - Enfermedades Cardiovasculares.
 - Osteoporosis.
 - Enfermedades de tipo Oncológicas.

- Realizar una nueva investigación donde se trate específicamente el test Minimental abreviado para conocer los ítems donde se presentan mayores falencias.

- Investigar más detalladamente la influencia del consumo de tabaco en el Estado Cognitivo de los Adultos Mayores.

- Realizar nuevas investigaciones que permitan crear técnicas de entrega de información y educación por parte del Profesional de Enfermería a los Adultos Mayores, acorde a su situación y que les permita mayor comprensión de los contenidos que van en su beneficio para un mejor estado de salud y calidad de vida.

4.3 Limitaciones

- Una de las limitaciones experimentadas por las autoras durante la investigación, fueron las de tipo económicas, para el traslado a San Carlos a realizar la prueba piloto y adquisición de materiales necesarios para llevar a cabo el estudio.
- Los horarios en que se aplicó encuesta de la prueba final coincide con horarios de clases y prácticas de encuestadoras, ya que en el transcurso del semestre fueron modificados los horarios.
- Escasos estudios encontrados que se relacionen con el tema de investigación.
- Acceso limitado a equipos tecnológicos (computadores), con los cuales procesar los datos, por motivos ajenos a las investigadoras.

V. BIBLIOGRAFÍA

1. SIMON, Angela y COMPTON, Linda. Enfermería Gerontológica: “Adaptación al proceso de envejecimiento”, México, McGraw-Hill Interamericana, 1997, 3-15 p. 355-371.
2. CONI, Nicholas, DAVISON, William, WEBSTER, Stephen; “Geriatría”; 1a ed. española México: El Manual Moderno, c1990 p. 41-44, 48-51, 60-72, 111-112, 208-211.
3. SENAMA, “Política Nacional para el Adulto Mayor 1996”. [En línea]. [Fecha de Consulta: 05 de Noviembre de 2006]. Disponible en Internet:
<<http://senama.cl/amayor/index1.htm>>
4. ABENGOZARTONES, María Carmen y DESFILIS, Emilia Serra; “Envejecimiento normal y patológico”; Valencia, España; Promo Libro Valencia; Colección Universitaria, 1997. p. 39-60.
5. FORTTES Bustamante, Alicia Florentina et al, “Así me gustaría envejecer”, Santiago, Chile Pontificia Universidad Católica de Chile, 2000. p.71- 80.
6. ISAACS, Ann. “Enfermería de salud mental y Psiquiátrica”, Madrid, España, McGraw-Hill Interamericana de España, 1998. p.159-166.
7. KANE, Robert L., J. OUSLANDER, I. B. ABRASS, “Geriatría Clínica”. 4a. Edición. México: MacGraw-Hill Interamericana, publicación de PALTEX, Organización Panamericana de la Salud. 2000 p.111-135.
8. CHELALA, César A, OPS, “La salud de los ancianos: Una preocupación de todos”, 1992. (Comunicación para la Salud N°3) 237p.

9. PERLADO, Fernando, "Teoría y práctica de la geriatría", Madrid, Díaz de Santos, 1994. p 53-67.

10. HERVAS, A., ARIZCUREN, M.A., GARCIA DE JALON, E et al. "Influence of socio-health variables on the cognitive state of mind of the geriatric patients of a health centre". Anales Sis San Navarra. [En línea]. May-Aug. 2003, vol.26, no.2 [Fecha de Consulta: 21 de Octubre de 2006]. p.211-223. Disponible en Internet: http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1137-66272003000300003&lng=en&nrm=iso. ISSN 1137-6627.>

11. SCHAIE, K. Warner y WILLIS, Sherry L, "Psicología de la edad Adulta y la Vejez", 5a ed., Madrid: Pearson: 2003. Prentice Hall, p. 82-112, 298-406, 452-492.

- 12 VARELA P, Luis, CHÁVEZ J, Helver, GÁLVEZ C, Miguel, MÉNDEZ S, Francisco "Características del deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado a nivel nacional". [En línea]. [scielo, "Rev. Soc. Per. Med Intern."]. 2004. [Fecha de Consulta: 20 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rspm/v17n2/a02v17n2.pdf>

- 13 YSERN de Arce José Luis, "Adulto Mayor: aspectos psicoafectivos del envejecimiento". [En línea]. [Fecha de Consulta: 20 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet: www.ubiobio.cl

- 14 GÁLVEZ, Claudia et al, "Adulto Mayor", Tesis Universidad del Bio Bio, escuela de Enfermería, 84 p.

- 15 FARRERAS Rozman, "Medicina Interna", 14ª edición, Harcourt, 2000, CD-ROOM

16 MARRINER, Ann, “Modelos y Teorías en Enfermería” 1ª ed, Madrid, España, Harcourt Brace, 1999 p. 243-258.

17 ARGIMON, Irani I. de Lima y STEIN, Lilian Milnitsky. “Cognitive abilities in older seniors: a longitudinal study”. [En línea]. 2005, vol. 21, no. 1. [Fecha de Consulta: 10 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet:

http://www.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2005000100008&lng=es

18 “Deterioro cognitivo del adulto mayor”. [En línea]. [Fecha de Consulta: 20 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet:

<http://escuela.med.puc.cl/deptos/saludpublica/ResultadoENS/CapIV217DeterioroCognitivo.pdf>

19 WEUVE Jennifer, “Context Physical activity may help maintain cognitive function in older adults”. [En línea]. Universidad Maimónides, Argentina, agosto de 2006. [Fecha de Consulta: 23 de Noviembre de 2006]. Disponible en Internet:

http://weblog.maimonides.edu/gerontologia2006/2006/08/resaltan_los_cambios_en_la_pre.html

20 “Apgar familiar”. [En línea]. [Fecha de Consulta: 27 de Noviembre de 2006]. Disponible en Internet:

http://72.14.253.104/search?q=cache:RGOVp6eyUesJ:www.prematuros.cl/taller_mayo/familiataller.htm+apgar+familiar&hl=es&gl=cl&ct=clnk&cd=1

21 “Mini mental State Examination”. [En línea]. [Fecha de Consulta: 20 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet:

<http://www.medicinageriatrica.com.ar/archivos/MMSE.pdf>

22 “Cuidados de enfermería en el adulto mayor”, Pontificia Universidad Católica de Chile. [En línea]. [Fecha de Consulta: 17 de Octubre de 2006]. Disponible en Internet:

<http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/CuidadosEnfermería.pdf>

23 DUARTE, Gonzalo y RODRIGUEZ, Susana “Cuestionarios, tests e índices para la valoración del paciente.” [En línea]. 2º edición Andalucía España. [Fecha de Consulta: 4 de Diciembre de 2006]. Disponible en Internet:

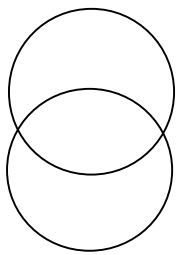
www.infodisclm.com/documentos/salud/cuestionario.pdf

24 ROZENZWEIG, Mark. “Aspects of the Search for Neural Mechanisms of Memory”. [En línea]. Annual Review of Psychology 1996 [Fecha de Consulta: 4 de Diciembre de 2006]. Disponible en Internet:

www.questia.com/PM.qst?a=o&se=gglsc&d=50003_21745&er=deny

ANEXO 1

| Variable Dependiente | Definición Nominal | Definición Operacional | Pregunta |
|-----------------------------|---|---|--|
| Estado cognitivo del A.M. | Funcionamiento cognitivo comprende: orientación temporal, memoria a corto y mediano plazo, atención, concentración, abstracción, comprensión, capacidad de seguir instrucciones y capacidad visoconstructiva. | <ul style="list-style-type: none"> ▪ MMSE · 0) ≤ 13 puntos: estado cognitivo deteriorado. · 1) ≥ 14 puntos: estado cognitivo normal. | <p>1. Por favor, dígame la fecha de hoy. Día semana Día mes Mes Año</p> <p>2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante. Árbol Mesa Avión</p> <p>3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9</p> <p>4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas. Toma papel Dobla</p> |

| | | | |
|--|--|--|---|
| | | | <p>Coloca</p> <p>5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda. Árbol Mesa Avión</p> <p>6. Por favor copie este dibujo: Muestre al entrevistado el dibujo con dos círculos. El dibujo es correcto si los círculos se cruzan y no sobrepasan la mitad.</p>  |
|--|--|--|---|

| Variables Independientes | Definición Nominal | Definición Operacional | Pregunta |
|--------------------------|---|---|--|
| Sociodemográficas | | | |
| 1. Género | Diferencia física constitutiva del hombre y mujer, determinada cromosómicamente. | 0) Masculino. 1) Femenino. Esta pregunta no se realizó en forma explícita al usuario, sino que se dio por hecho al estar internado en medicina mujeres o medicina hombres. | ¿Cuál es su sexo? • Femenino. • Masculino. |
| 2. Edad | Período de años transcurridos desde el nacimiento hasta el día de la encuesta. | 0) 65-74 años de edad. 1) 75-84 años de edad. 2) 85 y más años de edad. Esta pregunta se realizó en forma abierta, la que posteriormente se clasificó. Se consideró la edad en años cumplidos a la fecha de la encuesta. | ¿Cuál es su edad? • _____ años. |
| 3. Procedencia | Ubicación geográfica en la cual se encuentra el domicilio del usuario al momento de la encuesta. | 0) Rural. 1) Urbano. | ¿Dónde vive usted? • Rural (Campo). • Urbano (Ciudad). |
| 4. Alfabetismo | Habilidad de interpretar los “garabatos” que aparecen en una hoja de papel como letras, que cuando se ponen juntas, forman palabras que comunican un significado. | 0) No 1) Si | ¿Usted sabe leer? ■ No. ■ Si. |

| | | | |
|---|--|---|---|
| <p>5. Analfabetismo por desuso.</p> | <p>Individuo que a pesar de haber recibido instrucción, actualmente, no es capaz de leer o escribir por falta de práctica.</p> | <p>2) Si. 3) No. Al momento de operacionalizar esta variable se invierte la respuesta del usuario.</p> | <p>Por favor, lea el siguiente texto: -No existe nadie tan sabio que no pueda aprender algo nuevo. Tampoco hombre tan torpe que no tenga algo por enseñar. ¿Puede leer el texto anexo? <ul style="list-style-type: none"> • No puede leer • Si puede leer </p> |
| <p>6. Pertenencia a grupos comunitarios.</p> | <p>Participación en actividades sociales religiosas, club de A.M. etc.</p> | <p>0) Si. 1) No.</p> | <p>¿Usted participa en algún grupo comunitario? <ul style="list-style-type: none"> • No. • Si. </p> |
| <p>7. Percepción de Ingresos.</p> | <p>Declaración verbal del A.M. de suficiencia de los recursos económicos de los que dispone para satisfacer sus necesidades básicas.</p> | <p>0) Suficiente. 1) Medianamente suficiente. 2) Insuficiente.</p> | <p>¿Usted considera suficiente el dinero que recibe mensualmente para cubrir todos sus gastos? <ul style="list-style-type: none"> • Insuficiente. • Medianamente suficiente. • Suficiente. </p> |
| <p>8. Con quién vive</p> | <p>Personas con las cual comparte la misma vivienda.</p> | <p>Con familiares Otras personas Solo</p> | <p>¿Con quien vive usted? <ul style="list-style-type: none"> o Solo. o Con familiares. o Otras personas. </p> |

| | | | |
|---|--|--|---|
| <p>9. Calidad del funcionamiento familiar.</p> | <p>Grado de satisfacción del encuestado con su vida familiar (Según APGAR familiar).</p> | <p>0) Familia Funcional: 7-10 puntos. 1) Disfunción leve: 4-6 puntos. 2) Disfunción severa: 0-3 puntos.</p> <p>Esta variable se aplica solo a personas que viven con familiares.</p> | <p>¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando usted tiene un problema?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi Nunca. • A veces. • Casi Siempre. <p>¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en la casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi Nunca. • A veces. • Casi Siempre. <p>¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi Nunca. • A veces. • Casi Siempre. <p>¿Los fines de semana son compartidos por todos los de la casa?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Casi Nunca. • A veces. • Casi Siempre. <p>¿Usted siente que su familia lo quiere?</p> |
|---|--|--|---|

| | | | | |
|--|---|---|---|--|
| | | | | <ul style="list-style-type: none"> • Casi Nunca. • A veces. • Casi Siempre. |
| Fisiopatológicos | | | | |
| 10. Enfermedades no transmisibles. | Tipo de enfermedad no aguda como HTA, DM, dislipidemias, trastornos endocrinos y psiquiátricos que se caracterizan por producir daño en forma directamente proporcional al tiempo de padecerla. | <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial. No. Si. • Diabetes Mellitus. No. Si. • Dislipidemia. No. Si. • Trastornos endocrinos. No. Si. • Trastornos psiquiátricos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión No. Si. ▪ Ansiedad No. Si. ▪ Trastornos del sueño. No. Si. | <ul style="list-style-type: none"> • ¿Usted tiene alguna de estas enfermedades? • ¿Usted tiene algunas de estas enfermedades? <ul style="list-style-type: none"> • Hipertensión Arterial. • Diabetes Mellitus. • Dislipidemia. • Trastornos endocrinos. • Trastornos psiquiátricos. <ul style="list-style-type: none"> ▪ Depresión ▪ Ansiedad ▪ Trastornos del sueño. | |
| 11. Consumo de drogas lícitas. | Consumo de alcohol, tabaco, durante su vida | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Tabaco. No. Si. | <ul style="list-style-type: none"> • Durante su vida usted ha consumido alcohol (mas de 2 copas diarias en el | |

| | | | | |
|---|--|--|--|---|
| | | | <p>▪ Alcohol. No. Si.</p> | <p>hombre y 1 en la mujer) o tabaco (más de 1 cigarrillo al mes):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguna. • Tabaco. • Alcohol. • Ambas. |
| 12. Polifarmacia. | Consumo de fármacos, independiente de su etiología, excluyendo homeopáticos. | | <p>0) Ninguno. 1) 1 – 2. 2) 3 – 4. 3) 5 o más.</p> | <p>¿Cuales remedios distintos consume al día?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ninguno. • 1-2 • 3-4 • 5 o más. |
| Estilos de vida | | | | |
| 13. Sedentarismo. | Es la no realización de algún ejercicio físico por un tiempo igual a 30 minutos, 3 veces por semana. | | <p>0) No. 1) Si. La respuesta se invierte al momento de la tabulación.</p> | <p>¿Realiza algún ejercicio físico por un tiempo igual a 30 minutos, 3 veces por semana?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No. • Si. |
| 14. Actividad laboral remunerada. | Realización de un trabajo remunerado que ocupa por lo menos media jornada. | | <p>0) No. 1) Si.</p> | <p>¿Realiza algún trabajo con sueldo?</p> <ul style="list-style-type: none"> • No. • Si. |
| 15. Hábitos de lectura | Frecuencia con que el individuo lee revistas, libros o diarios. | | <p>0) Nada. 1) 1-2 veces. 2) 3-4 veces. 3) 5-7 veces.</p> | <p>¿Cuánto lee a la semana?</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Nada. ▪ 1-2 veces. ▪ 3-4 veces. ▪ 5-7 veces. |

ANEXO 2

2.1 CARTA DE AUTORIZACIÓN PRUEBA PILOTO

Chillán, 08 de Enero de 2007.

Señor

MIRKO GUZMÁN GAJARDO.

Director

Hospital San Carlos

Presente

De mi consideración:

Junto con saludarle, me permito dirigir a usted, para informarle que los alumnos de 5º año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, con motivo de dar cumplimiento a los requisitos necesarios para recibir el grado de Licenciado, deben realizar un Proyecto de Tesis.

Uno de estos proyectos es **“Factores asociados al estado cognitivo del Adulto Mayor al ingreso del servicio de Medicina. Chillán”**.

Por lo antes expuesto, tengo a bien solicitar su autorización, para que los estudiantes puedan aplicar un cuestionario piloto a los pacientes Adultos Mayores, hospitalizados en el Servicio de Medicina, garantizando la confidencialidad y anonimato de los antecedentes personales obtenidos.

Los alumnos que participan en esta actividad son los siguientes:

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES:

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| 1. Carolina Caamaño Sepúlveda | RUT: 15.877.797-5 |
| 2. Magdalena Campos Matus. | RUT: 14.064.569-9 |
| 3. Gladys Pardo Carrasco. | RUT: 15.216.865-9 |
| 4. Luisa Sánchez Rozas. | RUT: 15.875.740-0 |

DOCENTE GUÍA:

Sra. Ximena Isla Lund.

Magíster Enfermería M.Q.

Esperando que esta petición tenga una favorable acogida, le saluda atentamente a usted,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela Enfermería.

Magíster Salud Comunitaria.

EEL/gpc

cc.: Sra. María Soledad Landeros, Enfermera Coordinadora.

Sra. Olaya Castillo, Enfermera Supervisora Servicio de Medicina.

Archivo

2.2 CARTA DE AUTORIZACIÓN TESIS

Chillán, 01 de Marzo de 2007.

Señor

RODRIGO AVENDAÑO

Director

Hospital Clínico Herminda Martín

Presente

De mi consideración:

Junto con saludarle, me permito dirigir a usted, para informarle que los alumnos de 5º año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío-Bío, con motivo de dar cumplimiento a los requisitos necesarios para recibir el grado de Licenciado, deben realizar una Tesis.

Uno de estos proyectos es **“Factores asociados al estado cognitivo del Adulto Mayor al ingreso del servicio de Medicina. Chillán”**.

Por lo antes expuesto, tengo a bien solicitar su autorización, para que los estudiantes puedan aplicar un cuestionario a los pacientes Adultos Mayores, hospitalizados en el Servicio de Medicina, garantizando la confidencialidad de los antecedentes personales obtenidos.

Los alumnos que participan en esta actividad son los siguientes:

NOMBRE Y RUT DE LOS ESTUDIANTES:

- | | |
|-------------------------------|-------------------|
| 1. Carolina Caamaño Sepúlveda | RUT: 15.877.797-5 |
| 2. Magdalena Campos Matus. | RUT: 14.064.569-9 |
| 3. Gladys Pardo Carrasco. | RUT: 15.216.865-9 |
| 4. Luisa Sánchez Rozas. | RUT: 15.875.740-0 |

DOCENTE GUÍA:

Sra. Ximena Isla Lund.

Magíster Enfermería M.Q.

Esperando que esta petición tenga una favorable acogida, le saluda atentamente a usted,

ELENA ESPINOZA LAVOZ

Directora Escuela Enfermería.

Magíster Salud Comunitaria.

EEL/gpc

cc.: Sra. Teresa Miranda, Enfermera Supervisora Servicio de Medicina.

Archivo

2.3 CARTA DE PRESENTACION Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El presente trabajo es una investigación destinada a conocer algunas características en el estado cognitivo de los adultos mayores, con el fin de desarrollar acciones de enfermería destinadas a mejorar la entrega de información a los ancianos hospitalizados. Asegurando así una mejor atención en salud para usted. Solicitamos su colaboración para que conteste una encuesta con el fin de aportar información al estudio.

Esto no le significara un costo adicional, solo ocupará algo de su tiempo para responder esta encuesta, la que será completamente **anónima** y **confidencial**. Usted puede decidir no participar o retirarse del estudio, situación que no le perjudicará en nada.

Agradeciendo su atención y disposición, le saludamos atentamente:

Carolina Caamaño Sepúlveda,
Magdalena Campos Matus,
Gladys Pardo Carrasco,
Luisa Sánchez Rozas.

Alumnas de 5º año de la carrera de Enfermería de la Universidad del Bío- Bío,
Chillán.

ANEXO 3

3.1 CUESTIONARIO PARA CONOCER EL ESTADO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR AL INGRESO DEL SERVICIO DE MEDICINA DEL HOSPITAL CLINICO HERMINDA MARTIN DE CHILLÁN.

La alternativa escogida por el usuario será marcada por la encuestadora.

Las alternativas 2, 9, 10 y 11 serán corroboradas con el registro de Enfermería por la encuestadora

1. ¿Cuál es su sexo?

0) Femenino.

1) Masculino.

2. ¿Cuál es su edad?

_____ años.

3. ¿Dónde vive usted?

0) Rural. (Campo)

1) Urbano.(Ciudad)

4. ¿Usted sabe leer?

0) No.

1) Si.

5. ¿Cuánto lee a la semana?

0) Nada

1) 1-2 veces.

2) 3-4 veces.

3) 5-7 veces.

6. ¿Puede leer el texto anexo?

0) No puede leer.

1) Si puede leer.

7. ¿Usted participa en algún grupo comunitario?, por ejemplo, junta de Vecinos, Grupo de Iglesia, Grupo de Adultos Mayores.

0) No.

1) Si.

8. ¿Usted considera suficiente el dinero que recibe mensualmente para cubrir todos sus gastos?

0) Insuficiente.

1) Medianamente suficiente.

2) Suficiente.

9. ¿Usted tiene alguna de estas enfermedades?

0) Hipertensión Arterial

1) Diabetes Mellitus.

2) Dislipidemia.

3) Trastornos endocrinos

4) Trastornos mentales.

a) Depresión

b) Ansiedad

c) Trastornos del sueño

10. Durante su vida usted ha consumido alcohol (por ejemplo vino), (más de 2 copas diarias en el hombre y 1 en la mujer) o tabaco (más de 1 cigarrillo al mes):

- 0) Ninguna.
- 1) Tabaco.
- 2) Alcohol.
- 3) Ambas.

11. ¿Cuántos remedios distintos consume al día?

- 0) Ninguno.
- 1) 1-2.
- 2) 3-4.
- 3) 5 o más.

12. ¿Realiza algún ejercicio físico por un tiempo igual a media hora, 3 veces por semana?

- 0) No.
- 1) Si.

13. ¿Realiza algún trabajo con sueldo?

- 0) No.
- 1) Si.

14. ¿Con quién vive usted?

- 0) Vive solo.
- 1) Vive con familiares.
- 2) Con otras personas.

MINIMENTAL ABREVIADO

1. Por favor, dígame la fecha de hoy.

| | |
|------------|--|
| Día semana | |
| Día mes | |
| Mes | |
| Año | |

Total _____

2. Ahora le voy a nombrar tres objetos. Después que se los diga, le voy a pedir que repita en voz alta los que recuerde, en cualquier orden. Recuerde los objetos porque se los voy a preguntar más adelante.

| | |
|-------|--|
| Árbol | |
| Mesa | |
| Avión | |

Total: _____

Número de repeticiones: _____

3. Ahora voy a decirle unos números y quiero que me los repita al revés: 1 3 5 7 9

Respuesta Paciente

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
| | | | | |

Respuesta correcta

Total: _____

4. Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas.

| | |
|------------|--------------------------|
| Toma papel | <input type="checkbox"/> |
| Dobla | <input type="checkbox"/> |
| Coloca | <input type="checkbox"/> |
| Total | <input type="checkbox"/> |

5. Hace un momento le leí una serie de 3 palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.

| | |
|-------|--------------------------|
| Árbol | <input type="checkbox"/> |
| Mesa | <input type="checkbox"/> |
| Avión | <input type="checkbox"/> |

Total: _____

6. Por favor copie este dibujo:

Muestre al entrevistado el dibujo con dos círculos. El dibujo es correcto si los círculos se cruzan y no sobrepasan la mitad.

Correcto: _____

