

TURNITIN-VERÓNICA ABANTO

por Veronica Abanto

Fecha de entrega: 04-abr-2024 05:42a.m. (UTC-0500)

Identificador de la entrega: 2266434154

Nombre del archivo: Informe_de_TESIS_Abanto_Reyes_Ver_nica_27-03-2024.docx (746.76K)

Total de palabras: 13623

Total de caracteres: 78469

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE TRUJILLO
BENEDICTO XVI

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA DE ESTUDIOS DE PSICOLOGÍA



**DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS DE
PENSIÓN 65**

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

AUTORA

Br. Abanto Reyes, Verónica del Pilar

ASESORA

Dra. Izaguirre Torres, Delia Margarita.

<https://orcid.org/0000-0002-0175-9794>

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN

Salud y bienestar

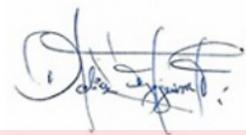
TRUJILLO - PERÚ

2024

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD

Señora Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud:

Yo, Dra. **IZAGUIRRE TORRES, DELIA MARGARITA** con DNI N° 40186122, como asesora del trabajo de investigación titulado “**DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS DE LA PENSIÓN 65**” desarrollado por la egresada Br. **ABANTO REYES, VERÓNICA DEL PILAR** con DNI 19328095 del Programa de Psicología; considero que dicho trabajo reúne las condiciones tanto técnicas como científicos, las cuales están alineadas a las normas establecidas en el reglamento de titulación de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI y en la normativa para la presentación de trabajos de graduación de la Facultad de Ciencias de la Salud. Por tanto, autorizo la presentación del mismo ante el organismo pertinente para que sea sometido a evaluación por los jurados designados por la mencionada facultad.



Dra. Delia Margarita Izaguirre Torres.

ASESORA

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Exemo Mons. Dr. Héctor Miguel Cabrejos Vidarte, O.F.M.

Arzobispo Metropolitano de Trujillo

Fundador y Gran Canciller de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI

Dra. Mariana Geraldine Silva Balarezo

Rectora de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI

Dra. Mariana Geraldine Silva Balarezo

Vicerrectora académica.

Dra. Anita Jeanette Campos Marquez

Decana de la Facultad de Ciencias de la Salud

Dra. Ena Cecilia Obando Peralta

Vicerrectora De Investigación

Dra. Teresa Sofía Reategui Marín

Secretaria General

DEDICATORIA

En primer lugar, a nuestro Dios todo poderoso por permitirme seguir de pie en esta vida, a mis padres Nelly y Wenceslao, mi hermano Jorge, mi suegra Irene y muy en especial a mi esposo José Rodolfo a mis hijos André y Fabiana por su apoyo incondicional en todo momento, gracias por su dedicación para poder escalar un peldaño más en mi vida.

La autora

AGRADECIMIENTO

Primero agradecer a Dios padre todo poderoso por darme la vida, a esta prestigiosa universidad que me abrió las puertas de sus aulas y convertirme en la profesional que soy, agradezco a cada uno de mis docentes que formaron parte de mi formación universitaria dedicándome enseñanzas tiempo y amistad.

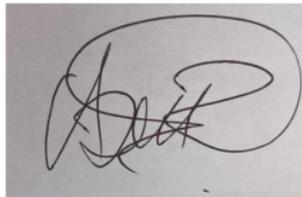
La autora

DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD

Yo/Nosotros, Verónica del Pilar Abanto Reyes con DNI 19328095, egresados del programa de estudios de Psicología del Pregrado de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI, damos fe que he seguido rigurosamente los procedimientos académicos y administrativos emanados por la Facultad de Ciencias de la Salud, para la elaboración y sustentación del informe de tesis titulado: "DETERIORO COGNITIVO Y CALIDAD DE VIDA EN USUARIOS DE PENSIÓN 65", el cual consta de un total de 63 páginas, en las que se incluye 7 tablas, más un total de 14 páginas en anexos.

Dejo constancia de la originalidad y autenticidad de la mencionada investigación y declaro bajo juramento en razón a los requerimientos éticos, que el contenido de dicho documento corresponde a mi autoría respecto a redacción, organización, metodología y diagramación. Asimismo, garantizo que los fundamentos teóricos están respaldados por el referencial bibliográfico, asumiendo un mínimo porcentaje de omisión involuntaria respecto al tratamiento de cita de autores, lo cual es de mi entera responsabilidad.

La autora



VERONICA DEL PILAR ABANTO REYES

DNI 19328095

ÍNDICE

DECLARATORIA DE ORIGINALIDAD	ii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS	iii
DEDICATORIA.....	iv
AGRADECIMIENTO.....	v
DECLARATORIA DE AUTENTICIDAD.....	vi
ÍNDICE.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCCIÓN.....	11
II. METODOLOGÍA.....	26
2.1. Enfoque, tipo.....	26
2.2 Diseño de investigación.....	26
2.3 Población, muestra y muestreo.....	26
2.4. Técnicas e instrumentos de recojo de datos.....	27
2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	27
2.6. Aspectos éticos de la investigación.....	28
III. RESULTADOS.....	29
IV. DISCUSIÓN.....	33
V. CONCLUSIONES	37
VI. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	39
ANEXOS.....	47
Anexo 1: Ficha técnica.....	47
Anexo 2: Cuestionario	48
Anexo 3: Ficha técnica	54
Anexo 4: Cuestionario	55
Anexo 5: Matriz de consistência	56
Anexo 6: Protocolo de Consentimiento informado	58
Anexo 7: Operacionalización de variables	59
Anexo 9: Informe de originalidad	61

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1		
<i>Asociación entre la variable deterioro cognitivo y calidad de vida.</i>		29
Tabla 2		
<i>Asociación entre la variable deterioro cognitivo y salud física.</i>		30
Tabla 3		
<i>Asociación entre la variable deterioro cognitivo y salud psicológica.</i>		31
Tabla 4		
<i>Asociación entre la variable deterioro cognitivo y relaciones sociales.</i>		32
Tabla 5		
<i>Asociación entre la variable deterioro cognitivo y ambiente.</i>		33
Tabla 6		
<i>Nivel descriptivo de la variable deterioro cognitivo</i>		34
Tabla 7		
<i>Nivel descriptivo de la variable calidad de vida.</i>		35

RESUMEN

La presente investigación se orientó a determinar la relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores usuarios de la pensión 65 de Trujillo en el año 2022. Al respecto, la muestra estuvo conformada por 150 adultos mayores, varones y mujeres, con un diseño de estudio correlacional. Asimismo, para la recolección de datos se empleó el Minimental Test y el Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL. Los resultados mostraron asociación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida $p<.05$. En función de las dimensiones, se reportó asociación entre deterioro cognitivo con salud física $p<.05$, con salud psicológica $p<.05$, con relaciones sociales $p<.05$ y con ambiente $p<.05$. En lo que corresponde a los niveles descriptivos, el 23.4% de participantes no presenta deterioro cognitivo, el 22.4% daño cognitivo leve, el 28.6% daño cognitivo y el 14.6% daño cognitivo severo. En la calidad de vida, el 36.6 de los participantes presentan nivel bajo, el 43.4% nivel medio y el 20.0% nivel alto de calidad de vida.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, calidad de vida, adultos mayores.

ABSTRACT

The present investigation was oriented to determine the relationship between cognitive deterioration and quality of life in older adults who used pension 65 in Trujillo in the year 2022. In this regard, the sample consisted of 150 older adults, men and women, with a design correlational study. Likewise, for data collection, the Minimental Test and the WHOQOL Quality of Life Questionnaire were used. The results showed an association between cognitive impairment and quality of life $p < .05$. Depending on the dimensions, an association was reported between cognitive impairment with physical health $p < .05$, with psychological health $p < .05$, with social relationships $p < .05$ and with environment $p < .05$. In what corresponds to the descriptive levels, 23.4% of participants do not present cognitive deterioration, 22.4% mild cognitive damage, 28.6% cognitive damage and 14.6% severe cognitive damage. In the quality of life, 36.6 of the participants present a low level, 43.4% a medium level and 20.0% a high level of quality of life.

Keywords: Cognitive impairment, quality of life, older adults.

I. INTRODUCCIÓN

Los trastornos cognitivos y calidad de vida es una preocupación a nivel internacional, nacional y local. Se han realizado investigaciones en todo el mundo. Pero si se toma en cuenta lo que asegura Toledo (2019), cuando dijo que el factor de riesgo para el deterioro cognitivo se considera la edad avanzada, con riesgo cardíaco y/o diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y obesidad, también ciertas mutaciones genéticas (incluidas las asociadas con alzhéimer), depresión, y deterioro físico.

Cierta investigación de desempeño laboral en personas mayores encontró que los individuos con habilidades diferentes que se desempeñaban peor en sus actividades habituales; en comparación con adultos mayores cognitivamente sanos (Velazco, 2017). Peña (2017), manifiesta que el deterioro cognitivo se refiere a problemas con el aprendizaje, la memoria, el lenguaje, la función ejecutiva (gestión del trabajo y vida diaria), la atención, las habilidades motoras (interacción con el entorno) y conciencia social (interacción con los demás). Hay una amplia gama de deterioros cognitivos en adultos, que van la demencia leve (apenas perceptible) hasta la demencia en toda regla (más comúnmente la enfermedad de Alzheimer).

Según Fernández (2019), la senescencia se asocia con cambios biológicos y psicológicos, incluido el deterioro cognitivo, como la demencia que es a su vez catalogado como un trastorno caracterizado por la disminución gradual de la memoria y otras áreas cognitivas. La prevalencia e incidencia de la demencia aumenta drásticamente con el paso del tiempo y es causas de la dependencia laboral, institucionalización, malo estilo de vida y mortalidad. En las personas de la tercera edad, el factor negativo de demencia puede sobreestimarse.

El Instituto Nacional de Salud (INS, 2020) refiere que el número de personas mayores en el mundo y en el país está aumentando exponencialmente. El envejecimiento de la población aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades neurodegenerativas que provocan deterioro cognitivo (López y Altuna, 2023). En adultos mayores de 80 años, aumenta el riesgo de demencia. Este deterioro cognitivo, los problemas funcionales y conductuales que lo acompañan hacen que los pacientes sean más dependientes de sus cuidadores, afectando negativamente a su entorno familiar, social, comunitario y laboral. Custodio et al. (2012), observaron que el diagnóstico más común de la enfermedad de Alzheimer, que afecta con mayor frecuencia a mujeres, se incrementa con la edad, llegando al 6.8%.

El Instituto Nacional de Salud Mental, de Lima y el distrito constitucional del callao también identificaron una prevalencia del 6.7% de esta enfermedad. en 2019, el INSM realizó un estudio en lima metropolitana y la provincia constitucional del callao, revelando que el 3.8% de los adultos mayores presentaba episodios depresivos moderados, un 7% sufría trastorno de ansiedad generalizada sin depresión, y el deterioro cognitivo, sospechoso de demencia, afectaba al 6.7% de los adultos mayores, repercutiendo en su capacidad cognitiva y funcional. esta tendencia se observó en todas las áreas de lima, siendo más prevalente en personas con menos de 8 años de educación. además, el 11.8% de los adultos mayores admitió tener problemas de salud mental, pero solo el 32.8% buscó atención médica y psicológica, siendo la mayoría atendida en ESSALUD y el ministerio de salud (MINSa).

La demencia es considerada una de las causas de discapacidad generando un alto costo social. El 11,9% de las personas que viven con esta discapacidad se les consideran dentro de las enfermedades no transmisibles. Entre los estudios realizados en Lima, cabe señalar que la demencia fue del 9,3% de prevalencia. El Instituto Nacional de Salud (INS, 2020). Los trastornos cognitivos y calidad de vida es una preocupación a nivel internacional, nacional y local.

Se han realizado investigaciones en todo el mundo. Pero si se toma en cuenta lo que asegura Toledo (2019), cuando dijo que el factor de riesgo para el deterioro cognitivo se considera la edad avanzada, con riesgo cardíaco y/o diabetes, presión arterial alta, colesterol alto y obesidad, también ciertas mutaciones genéticas (incluidas las asociadas con alzhéimer), depresión, y deterioro físico. Según investigaciones, el desempeño laboral en personas mayores con habilidades diferentes puede tener un impacto negativo en el desempeño laboral de las personas mayores; en comparación con adultos mayores cognitivamente sanos (Velazco, 2019)

Peña (2019), manifiesta que el deterioro cognitivo se refiere a una condición que causa problemas cognitivos que son lo suficientemente graves como para ser notados por la persona afectada y por los familiares y amigos, pero que no afectan la capacidad de la persona para realizar las actividades cotidianas. Hay una amplia gama de deterioros cognitivos en adultos, que van la demencia leve (apenas perceptible) hasta la demencia en toda regla (más comúnmente la enfermedad de Alzheimer). Según Fernández (2016), la senescencia se asocia con cambios biológicos y psicológicos, incluido el deterioro cognitivo,

como la demencia que es a su vez catalogado como un trastorno caracterizado por la disminución gradual de la memoria y otras áreas cognitivas. La prevalencia e incidencia de la demencia aumenta drásticamente con el paso del tiempo y es causas de la dependencia laboral, institucionalización, malo estilo de vida y mortalidad.

En las personas de la tercera edad, el factor negativo de demencia puede sobreestimarse. Para Muñoz (2019), una persona que envejece, corre el riesgo de mala salud y deterioro cognitivo aumenta con la edad, por lo que la cognición es esencial para la libertad funcional con la edad. Dado lo anterior, la conexión salud mental y calidad de vida es compleja y el deterioro de salud de los ancianos puede medirse y su salud debe basarse en una definición que incluya calidad y cantidad de vida (Paulier, 2019).

El enfoque de esta investigación fue buscar correlación entre salud y calidad de vida en adultos mayores. Benedit (2014), medirá la salud auto informada en relación con las opiniones subjetivas sobre la calidad de vida en personas en la ancianidad.

Según Fernández (2019), la senescencia se asocia con cambios biológicos y psicológicos, incluido el deterioro cognitivo, como la demencia que es a su vez catalogado como un trastorno caracterizado por la disminución gradual de la memoria y otras áreas cognitivas. La prevalencia e incidencia de la demencia aumenta drásticamente con el paso del tiempo y es causas de la dependencia laboral, institucionalización, mal estilo de vida y mortalidad. En las personas de la tercera edad, el factor negativo de demencia puede sobreestimarse.

Para Muñoz (2019), una persona que envejece, corre el riesgo de mala salud y deterioro cognitivo aumenta con la edad, por lo que la cognición es esencial para la libertad funcional con la edad. Dado lo anterior, la conexión salud mental y calidad de vida es compleja y el deterioro de salud de los ancianos puede medirse y su salud debe basarse en una definición que incluya calidad y cantidad de vida

Paulier (2019), desde el enfoque de este proyecto fue buscar correlación entre salud y calidad de vida en adultos mayores medirá la salud auto informada en relación con las opiniones subjetivas sobre la calidad de vida en personas en la ancianidad. El presente trabajo de investigación se justifica desde un punto de vista práctico, los resultados obtenidos pueden servir como base para la implementación de programas destinados a mejorar las

capacidades cognitivas de los adultos mayores, lo que, a su vez, contribuirá a mejorar su calidad de vida.

Esta investigación aporta un nivel práctico a los futuros siendo un precedente valioso para continuar acumulando evidencia sobre la relación entre las variables. Desde una perspectiva metodológica, los resultados de este estudio pueden ser utilizados para crear una referencia actualizada que beneficiará investigaciones futuras, asegurando la medición precisa de los instrumentos utilizados. En sentido teórico, las investigaciones actuales que se centran en la calidad de vida y el deterioro cognitivo pueden aplicarse a otros grupos de edad en la sociedad, enriqueciendo nuestra comprensión teórica de las variables y los indicadores que se buscan medir. Y se justifica teóricamente porque al realizar estudios en la población de la tercera edad permite ampliar la comprensión teórica de cómo se manifiestan las variables relacionadas con la calidad de vida y el deterioro cognitivo en este grupo específico. Esto puede aportar nuevos conocimientos teóricos que no solo son relevantes para la población estudiada, sino que también pueden aplicarse a otros grupos de edad en la sociedad.

Como se pueden identificar patrones y tendencias que pueden tener implicaciones teóricas importantes. Esto puede ayudar a los investigadores a comprender mejor cómo estas variables se relacionan en el contexto del envejecimiento y cómo evolucionan con el tiempo. Finalmente, desde una perspectiva social, esta investigación beneficiará a los adultos mayores al proporcionar información sobre cómo se manifiestan las variables en esta población, lo que a su vez sensibilizará a la sociedad sobre la necesidad de brindar una atención especializada a las personas mayores debido a los cambios propios de esta etapa de la vida." Medir la calidad de vida en la tercera edad se ha convertido en un tema relevante, especialmente en el contexto de deterioro cognitivo, por lo que el presente estudio busca correlacionar el deterioro cognitivo y la calidad de vida de los ancianos.

Para realizar la investigación se formuló la pregunta, ¿Existe la relación entre deterioro cognitivo y la calidad de vida en los usuarios de la pensión 65? Dado que, medir la calidad de vida se ha convertido en una meta muy importante en los estudios de discapacidad cognitiva, lo que enfatiza la importancia de conocer la percepción de la calidad de vida de los ancianos con deterioro cognitivo. En ese contexto, se planteó como objetivo general: Determinar la relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en los usuarios de la pensión 65 y respecto a los objetivos específicos: a). Hallar la relación entre el deterioro

cognitivo y la dimensión salud física en usuarios de la pensión 65; b). Demostrar la relación entre deterioro cognitivo y la dimensión salud psicológica en los usuarios de la pensión 65; c). Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la dimensión relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65; d). Demostrar la relación entre el deterioro cognitivo y la dimensión ambiente en los usuarios de la pensión 65; e). Identificar el deterioro cognitivo en los usuarios de la pensión 65; f). Encontrar el nivel de calidad de vida en los usuarios de la pensión 65. Así mismo se plantearon la hipótesis general: existe relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en los usuarios de la pensión 65.

Respecto a los objetivos específicos: a). Existe relación entre el deterioro cognitivo y la dimensión salud física en usuarios jubilados 65; b). Existe relación entre deterioro cognitivo y la dimensión salud psicológica en los usuarios de la pensión 65; c). Existe relación entre el deterioro cognitivo y la dimensión relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65; d). Existe relación entre el deterioro cognitivo y la dimensión ambiente en los usuarios de la pensión 65.

Por otro lado, respecto a los antecedentes, a nivel internacional, se presenta el estudio de Barrera (2018), el cual se orientó a determinar la influencia del deterioro cognitivo en la calidad de vida, en una muestra de 35 adultos.

Revisando otros resultados encontré principalmente que el 3% presentó nivel cognitivo normal, el 51% discreto déficit, el 29% deterioro cognitivo leve, el 17% moderado. En lo que corresponde a la calidad de vida, se observó que el 66% presentó menor calidad de vida y el 34% mayor calidad de vida. Además, se determinó la asociación entre las variables, explicando que el deterioro cognitivo influye en la calidad de vida $p < .05$

El estudio de Cullacay y Márquez (2022), el cual se orientó a determinar la relación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida en adultos mayores, en una muestra de 21 adultos y con diseño de estudio correlacional. Los resultados mostraron que el 4.8% presenta calidad de vida normal, el 9.5% sospecha patológica, el 71.4% de deterioro y el 14.3% de demencia. Respecto a la calidad de vida, el 47.6% presentó nivel muy alto, el 14.3% alto, el 19% medio y el 19% nivel bajo. No se reportó asociación entre las variables de estudio $X^2=7.385$ ($p > .05$). Respecto a las dimensiones, se reportó asociación entre funcionamiento cognitivo

con actividades y ocio $p<.05$; no obstante, con las demás dimensiones no se reportó asociación.

Así como también González (2020), buscó determinar la relación entre el estado cognitivo y calidad de vida en adultos mayores, en una muestra de 50 participantes, con diseño de estudio correlacional. Los resultados mostraron que el 36% presentó demencia, el 44% deterioro cognitivo leve y el 20% estado cognitivo normal. Respecto a la calidad de vida, el 26% presentó mala calidad de vida, el 38% medianamente buena y el 36% buena. Se reportó correlación entre las variables $.834^{**}$.

A nivel nacional, Chuquipul (2018), tiene como objetivo correlacionar el deterioro cognitivo con las condiciones de vida de los adultos mayores a 120 personas (de las cuales solo se seleccionaron 50) indicando el grupo de edad de 65 a 75 años en el 90% de la muestra. Los resultados mostraron que el 4% presentó nivel severo de deterioro cognitivo, el 70% nivel moderado y el 26% nivel leve. En lo que corresponde a la calidad de vida, el 88% la percibió en el nivel promedio y el 12% nivel bajo.

La investigación de Cutipa (2022), el cual se orientó a determinar la relación entre el estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo, en 140 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 16.4% presentaron nivel de peligro, el 49.3% algo bajo, el 28.6% adecuado y el 5.7% alto. En función al deterioro cognitivo, el 60% presentó estado normal, el 52.9% deterioro leve y el 7.9% deterioro grave. El análisis inferencial mostró que tanto la calidad de vida como la depresión predicen el deterioro cognitivo en un 39.4%, mostrando asociación entre las mismas.

Además, se tiene el estudio de Paucar y Villaverde (2021), planteó la finalidad de determinar la relación entre funcionalidad y deterioro cognitivo en adultos, en una muestra de 138 adultos, con diseño de estudio correlacional. Se observó que del 100% de adultos dependientes en su cuidado, el 55% presentó trastorno cognitivo. En lo que corresponde a la correlación, no se reportó correlación estadísticamente significativa. A nivel local,

Cabrera (2020), en la ciudad de Trujillo, desarrolló una encuesta que correlaciona el deterioro cognitivo con indicadores de un estilo de vida saludable, en una muestra de 52 adultos de 60-80 años, y entre sus resultados se puede evidenciar que el 60% de las personas mayores tienen un estilo de vida poco saludable. Se pudo evidenciar que ellos tienen un estilo

de vida saludable con un porcentaje del 40% en cuanto al deterioro cognitivo leve el 52% tiene la enfermedad pero en cuanto al nivel cognitivo normal el 31% y el 17% restante sufre deterioro cognitivo medio pobre en la muestra sin los ancianos que la padecen del deterioro cognitivo severo, existe valor se encontró asociación relevante o significativa entre la actividad física y la forma de comer con el nivel cognitivo de los adultos estudiados $p < .05$, no encontrándose evidencia entre la autorrealización, el apoyo personal y la responsabilidad en salud percibida.

Moncada y Mogollón (2019), determinó la relación entre deterioro cognitivo y estilo de vida, en una muestra de 42 sujetos de ambos sexos. Se evidenció que el 35.7% presentó deterioro cognitivo moderado, el 40.5% leve y 23.8% no evidencia deterioro cognitivo. En lo que corresponde al estilo de vida, el 38,1% mostró estilo de vida saludable y el 61.9% no saludable. En lo que corresponde a la correlación, se observó correlación estadísticamente significativa $p < .05$. Castillo (2018) en el estudio de la calidad de vida de los pacientes adultos mayores con artrosis de rodilla en la ciudad de Trujillo, se planteó una relación entre dos variables, cuantitativa y descriptiva, fueron ciento cuarenta y cuatro pacientes los que llegaron a la conclusión de que con respecto al desenlace se hayo el 34% de los adultos mayores tienen una baja calidad de vida, el 33,4% tienen una calidad de vida moderada, y el 32,6% tienen una calidad de vida alta. entre los hallazgos, se determinó que factores como el género, la duración de la enfermedad y los años vividos suelen estar asociados con percepciones de mala calidad de vida.

La Defensoría del Pueblo del Perú (2020), considera a los adultos mayores como uno de los grupos prioritarios que les conciernen y sus intervenciones apuntan a la protección de sus derechos a través de las siguientes acciones: supervisión por parte de las instancias de la administración del estado, promoción de derechos, mejorar las capacidades estatales y coordinación entre instituciones. La Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005), define a las personas mayores de 60 años, a quienes se suele denominar personas mayores.

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS, 1994), decidió incluir el término adulto mayor para referirse a las personas de 65 años o más, término que había sido adoptado por otras organizaciones. Según OMS (1985), define desde un punto de vista biológico el envejecimiento como el resultado de la acumulación de años y a su vez una variedad de lesiones, tanto moleculares como/o celulares, durante este tiempo, que conducen a un

paulatino deterioro, tanto físico como psíquico, de una persona. habilidades mentales, lo que aumenta el riesgo de desarrollar enfermedades benignas y, a veces, malignas; conducirlo a la muerte.

West y Bergman (2020), sugirieron un papel cada vez mayor para la biología de sistemas y la complejidad de la senescencia, pero esto puede tomar muchas direcciones y la ausencia de una terminología clara a veces resulta desconcertante. Es importante distinguir entre la dinámica de los sistemas complejos (nuestro enfoque se detalla en la siguiente sección), las teorías multifactoriales del envejecimiento, la biología de sistemas y la bioinformática del envejecimiento en general, la robustez del sistema a nivel del envejecimiento y la complejidad de la pérdida en el envejecimiento. Cada una de estas líneas de investigación aporta una parte esencial de la complejidad del envejecimiento, y es importante a largo plazo combinarlas, y quizás otras.

Dentro de la evolución de la persona la OMS (2021), considera las siguientes características: Movilidad, sensorial, percepción, sexo, salud, envejecimiento gradual, continuo, dinámico, irreversible, debilidad, esencia, heteróclito, universal, dependientes y Dependientes vulnerables.

Lipsitz (2019), afirma que, aunque el envejecimiento puede ser multifactorial, sin dinámicas sistémicas complejas, lo contrario es poco probable. Una explicación de los sistemas complejos involucra interacciones entre subredes, lo que casi con seguridad involucrará bucles de retroalimentación complejos donde la falla en un sistema causa problemas en el otro, en otros sistemas, etc. Como resultado, muchos sistemas participarán en el envejecimiento y el proceso de desregulación puede iniciarse o acelerarse desde muchas partes de la red. Además, incluso si la dinámica de los sistemas complejos es importante en el envejecimiento, no es el único factor. Por ejemplo, se muestra un equilibrio entre el riesgo de cáncer y la capacidad regenerativa asociada al envejecimiento (Park et al., 2004) esto es probablemente gran parte independiente de la dinámica de sistemas complejos.

Levine (2019) dice que el enfoque de dinámica de sistemas complejos que utilizo encaja bien con la visión más amplia de la biología de sistemas como lo demuestra Kriete (2016) estudia cuatro características principales: chasis, dinámica, manejo y diseño. agregaré la funcionalidad como una quinta característica: ¿qué hace el sistema por el organismo? desde

esta perspectiva, se necesita un abordaje integrado de estas características, aunque no siempre es posible realizar investigaciones que incluyan todas las características. por ejemplo, nuestro enfoque combina dinámica y funcionalidad mediante el conocimiento de los principios de diseño, pero con poco énfasis en el control o la estructura.

Yashin (2019), hace referencia a los mecanismos evolutivos planteados en la teoría de los somáticos desechables sugiere que la dinámica de los sistemas complejos no es central para el envejecimiento: si este es el caso, entonces el envejecimiento puede evolucionar de acuerdo con las restricciones regulatorias en redes complejas, en lugar de depender de una gran cantidad de personas. número de pequeñas redes. intercambios comerciales. - Archivos adjuntos para cosas como la asignación de energía. La distinción entre teorías de sistemas complejos y multifactoriales también puede ser importante para inferir cómo se desenvuelve en el envejecimiento.

En lo que corresponde a las teorías del envejecimiento, en el marco del desarrollo humano se han considerado varias teorías, de las cuales Brown (2003) considera las siguientes teorías del envejecimiento. Teorías estocásticas: Afirma que entre estos se desarrollaría un grupo teórico, en el que el genoma es el principal factor del fenómeno, que incluye también factores ambientales en el medio celular, responsables del deterioro y pérdida de la homeostasis. Asimismo, las teorías genéticas: postula que todas las especies tienen las mismas capacidades genéticas que promueven el crecimiento y la reproducción, por lo que el envejecimiento es un proceso en el cuerpo, así como la teoría de la distinción final, en la que argumentó que el envejecimiento es causado por cambios en la expresión génica que conducen a un metabolismo defectuoso. Por otro lado, la teoría de la inestabilidad del genoma humano: Sugirió que la inestabilidad del genoma es la causante del proceso de envejecimiento.

Brown (2003) responden al entorno celular, afectando por igual al ADN y al MA. Además, la teoría de la mutación somática: Son estas mutaciones en el cuerpo las que causan cambios en el ADN mitocondrial y estas mutaciones a su vez causan enfermedades clínicas como demencia, enfermedad de Parkinson, insuficiencia cardíaca, diabetes, función renal, sordera, ceguera y debilidad. La teoría de los radicales libres: Argumenta que los radicales libres reactivos formados en las células pueden oxidar moléculas vitales y provocar la muerte celular y/o daño tisular, dañando los lípidos más vulnerables.

Así también, se tiene la teoría de la acumulación de productos de desecho: esto depende de: que la célula produzca desechos nocivos para su reproducción. Este producto de desecho no se puede destruir ni transportar a través de la membrana externa de la célula. A altas concentraciones reduce la "dilución" durante la división celular. Asimismo, las teorías de la capacidad replicativa finita de las células: por mucho tiempo se creyó que las células se regeneran dentro de un ser humano, y se ha demostrado que su capacidad de regeneración disminuye año tras año.

Por último, las teorías evolutivas: la vejez es dañina para el hombre en todas las áreas, y es una propiedad natural de la vida de los animales superiores. Todas las teorías se basan en el control genético del envejecimiento y la longevidad. Respecto a los cambios asociados al envejecimiento, según Varela (2016), detalla que es un proceso normal y natural, el cual puede desarrollarse de manera exitosa o patológica, con cambios biológicos con la edad. Los cambios que se presentan son a nivel fisiológico, cognitivo, social, físico y psicológico, creando dificultades para las conductas adaptativas y constructivas en diferentes contextos.

Para Orantes (2019), la senescencia humana es un ciclo fisiológico y dinámico que continúa en el tiempo. como afirman la mayoría de los geriatras, comienza en la cuarta década de la vida y conduce a la muerte.

El proceso de envejecimiento humano es complejo e individual, y ocurre en los dominios biológico, psicológico y social. el envejecimiento biológico se caracteriza por cambios crecientes a nivel celular, neuroquímico, generación de cambios en órganos y tejidos. Cambios biológicos asociados al envejecimiento: Gutiérrez (2019), establece que el envejecimiento biológico ocurre en todas las personas, independientemente de las diferencias geográficas y/o culturales. El ciclo natural de envejecimiento da como resultado cambios graduales y normales en todos los sistemas del cuerpo, Incluyendo cambios en sistema muscular, óseo, sistema articular, nervioso y todos los demás órganos El resultado estos cambios pueden afectar la visión, audición y la capacidad de tener actividades físicas e intelectuales.

A pesar de que el envejecimiento ocurre en todos seres humanos,

Para Cornachone (2019), menciona que, como en todos los seres vivos, la causa de este ciclo biológico aún no se comprende completamente. Hay muchas teorías sobre por qué ocurre este proceso. Esto puede deberse a un desgaste gradual en muchos sistemas del cuerpo y nuestra capacidad para auto repararse. A medida que pasan los años, nuestros métodos de reparación se vuelven menos efectivos, lo que conduce a una acumulación de daños y una disminución de la función. El daño puede provenir de muchas fuentes, como evoluciones genéticas, radiación, toxinas, infecciones, pésima alimentación y muchos otros tipos de exposición. Además, los cambios psicológicos asociados al envejecimiento se pueden mencionar: Estado de confusión agudo (delirio).

Para la OMS (2020), indica por lo general, ocurre en horas o días y, a menudo, se asocia con enfermedades agudas, con episodios nocturnos, desorientación en persona y tiempo, manifestaciones emocionales inusuales y pensamientos negativos.

Para Kriete (2019), es cierto que con la edad aumentan las dificultades de adaptación a nuevas situaciones, se producen cambios negativos en los dominios cognitivo e intelectual, disminuyen los procesos cognitivos relacionados, las sensaciones y la información perceptivas. El envejecimiento social se limita al papel de la persona mayor, dependiendo de las condiciones culturales y puede cambiar a medida que cambian las prácticas.

Fernández (2019), afirmó que con la edad aumentan las dificultades para adaptarse a nuevas situaciones, ocurren cambios negativos en los dominios cognitivo e intelectual, los procesos cognitivos disminuyen, las sensaciones perceptivas y la información recibida disminuyen y los procesos cognitivos cambian.

El envejecimiento social se limita al papel de la persona mayor, dependiendo de las condiciones culturales y puede cambiar a medida que cambian las prácticas. En el aspecto social, hace referencia a cómo la sociedad percibe y la hostilidad que puede recibir por su parte. Por otro lado, la parafrenia, según la Apa (2019), no se acepta como un problema diferente, sino con manifestaciones de interacciones sociales complejas, donde inclusive la familia genera complots en su contra y, en estos casos, no se aprecia deterioro cognitivo, sino pérdida de habilidades físicas producto de los problemas interpersonales.

La depresión, según la Apa (2020), se caracteriza por el cambio en el estado emocional, se incluye la pérdida de interés en la vida, pensamientos negativos y suicidas, dificultad en la concentración, problemas físicos, problemas de apetito y disminución de energía. Respecto al deterioro cognitivo,

Según Heather y Shigemi (2019), lo consideran un cambio irreversible, siendo un progresivo maligno que se manifiesta en el cerebro, el mismo que cambia la personalidad, y este deterioro provoca problemas de memoria, habla, el lenguaje y toma de decisiones, así como funciones ejecutivas, afectando su independencia y sus tareas diarias.

Así menciona que tiene las siguientes características: Falta de advertencias adecuadas en el entorno, un cambio en al menos una función cognitiva distinta de la memoria, cambios conductuales y sociales, mala memoria de trabajo, mala memoria a largo plazo, cambios personales e incapacidad para realizar al menos una actividad diaria. Respecto a los niveles de deterioro cognitivo, se describen a continuación: Cognitivo normal: según Custodio et al. (2012), los humanos actúan más lentamente, pero conservan todas sus capacidades mentales, motrices y de autonomía. Velasco (2017) dice que no siempre está claro qué constituye un envejecimiento normal, las modificaciones que ocurren con el proceso normal de envejecimiento hacen que las personas sean más predispuestas a padecer problemas en general.

Además, Wishaw (2019) agregó que el envejecimiento en sí mismo forma parte de un trastorno, por ejemplo, surgen ligeras disminuciones de la actividad mental, dificultad para la comprensión, atención, concentración, memoria y, en casos extremos, aparecen manifestaciones de demencia, olvidando cosas, lugares y personas por completo. Para Espinoza (2016), las personas suelen preguntarse si lo que sienten cuando envejecen es normal o anormal aunque todo el mundo envejece de forma un poco diferente, algunos cambios son provocados por procesos internos, es decir, el propio proceso de envejecimiento por lo tanto, estos cambios, aunque indeseables, todavía se consideran normales y, a veces, se denominan envejecimiento puro a los cambios que ocurren en todas las personas que viven lo muchos años y esta constante es parte de la denominación de envejecimiento puro son predecibles y generalmente inevitables.

Deterioro cognitivo leve (dcl), este tipo de deterioro es aquel que según Custodio et al. (2021), explica que hay una diferencia en este punto, él cree que el trabajo es el fin y el principio de la demencia, es decir, la persona empieza a mostrar síntomas de demencia y ya no depende de la persona. Chuquipul (2018) cree que esta es la gravedad después de la etapa de deterioro cognitivo en la mayoría de los trastornos cognitivos, las personas en esta etapa tienen deficiencias para realizar sus rutinas básicas de su vida cotidiana, dentro de ello están incluidas habilidades bien adquiridas como cocinar, ir de compras, conducir a lugares familiares, pagar la compra por sí mismos o realizar tareas domésticas. aprende pasatiempos. las etapas avanzadas de la demencia afectan más que las habilidades aprendidas llamadas rutinas básicas de la vida diaria, que incluyen bañarse, alistarse, usar los servicios higiénicos y planear orinar o defecar para llegar al baño a tiempo. la demencia finalmente progresa y afecta la capacidad de hablar, caminar, tragar y controlar el tronco, el cuello y la cara. las etapas de demencia no se observan en la población general y son causadas por uno o más deterioros cognitivos.

La Apa (2019), dice que las personas que viven con DCL, especialmente DCL relacionado con problemas de memoria, tienen más capacidad de desarrollar la enfermedad de Alzheimer u otros tipos de demencia que las personas sin DCL. Sin embargo, no siempre conduce a la demencia. Para algunas personas, la cognición normal regresa o permanece estable. En otros casos, como cuando los medicamentos causan deterioro cognitivo, el DCL se diagnostica erróneamente. Es importante que las personas con alteraciones cognitivas busquen ayuda para el diagnóstico y posible tratamiento lo antes posible.

Según Vashim (2020), el Deterioro Cognitivo Leve (DCL) ocasiona alteraciones cognitivas notablemente significativas en la persona afectada, las cuales son perceptibles tanto para la familia como para los amigos. No obstante, estas modificaciones no interfieren con la capacidad de la persona para llevar a cabo sus actividades cotidianas. Se estima que aproximadamente el 15% al 20% de las personas mayores de 65 años experimentan un DCL.

En este contexto, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) en 2020 identifica el DCL moderado, considerando la transición gradual que abarca aspectos como la amnesia y los cambios fisiológicos y neuropsicológicos en el anciano. Por otro lado, Centromente (2019) y Custodio et al. (2021) define el deterioro cognitivo severo como el estado en el cual una parte significativa de la memoria de los adultos mayores se ve afectada debido a

comportamientos inadecuados, estados casi letárgicos o movimientos inquietos, manifestándose a través de expresiones faciales tensas y otros problemas de comunicación.

Según Muñoz (2019) la demencia con cuerpos de Lewy, tiene patrones de síntomas muy diferentes, que incluyen conciencia borrosa, delirios paranoides, alucinaciones visuales complejas, caídas, síntomas depresivos y alucinaciones auditivas.

Bircher (2019) demencia vascular, las lesiones de vasos sanguíneos pequeños o grandes causan daño cerebral focal con signos neurológicos focales. Hay una disminución progresiva de las funciones cognitivas y físicas. Es más común en hombres que en mujeres y, a menudo, con antecedentes de enfermedad cardiovascular (p. ej., presión arterial alta).

Según Fernández (2019), la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa que provoca una pérdida generalizada de neuronas, particularmente en la corteza cerebral, así como placas extracelulares y marañas neurofibrilares intracelulares. Tiene un desarrollo gradual y continuo con una pérdida general de funciones y capacidades. La enfermedad de pérdida de memoria (Alzheimer) siendo común en varones y damas.

Para la Apa (2019), es un término general utilizado para referirse a signos y síntomas caracterizados por una disminución general e irreversible de la inteligencia, la memoria y la personalidad. El declive es permanente y gradual.

Según la OMS en 2008, nos dice que la pérdida de memoria es una enfermedad neuropsiquiátrica llamada demencia, generalmente de carácter crónico o progresivo, similar a la respuesta al cambio en varias disfunciones. La enfermedad de Alzheimer es la forma más común de esta enfermedad. En lo que corresponde a la calidad de vida, muchas personas mayores con demencia en las primeras etapas de la enfermedad pueden seguir viviendo en casa con el apoyo de familiares o parientes, que a menudo actúan como cuidadores. Los investigadores que desean estudiar la calidad de vida se enfrentan a importantes desafíos cuando intentan definir la calidad de vida.

Este desafío se deriva del hecho de que la calidad de vida se refiere a un campo de estudio muy amplio que incluye muchos constructos (Tapia, 2016) incluye temas como satisfacción con la vida y el trabajo, enfermedad, relaciones sociales, resultados laborales y efectos secundarios del tratamiento (Fernández, 2019).

La calidad es un concepto multidimensional que se ha desarrollado desde la década de 1980 e incluye componentes de la calidad de vida que claramente pueden influir en la salud (Tapia, 2019). Estos componentes incluyen el funcionamiento físico, mental, emocional y social (Paulier, 2019). Sin embargo, a medida que avanza la enfermedad, los pacientes pueden perder la independencia y requerir más ayuda con actividades básicas como actividades funcionales, vestirse, bañarse, defecar, dar a luz y actividades específicas de la vida diaria (p. ej., preparación de comidas, limpieza, cocina y dinero) (Tapia 2019).

La teoría planteada por World Health Organization (Who, 2020), sugiere que la calidad de vida se determina por algunos factores: el primero se denomina físico, haciendo referencia a las condiciones físicas en las que se desarrollan los adultos, no solo la ausencia de enfermedad, sino mantener las condiciones físicas saludables. Asimismo, es importante que los adultos mantengan la capacidad física, siendo funcional para su desarrollo social y autocuidado (Who, 2020). De igual modo, la dimensión se orienta al establecimiento de la satisfacción personal con el propio bienestar físico y, además, como una forma de evitar enfermedades, es importante que los adultos mantengan cierta regularidad de actividad (Figuroa y Torres, 2019). Asimismo, se tiene la dimensión psicológica, la que hace referencia a las manifestaciones emocionales, afectivas, cognitivas que fundamentan el desarrollo de la espiritualidad. Como también se incluye la percepción negativa, los procesos superiores, memoria y todas aquellas funciones superiores (Figuroa y Torres, 2019).

Dentro de este aspecto, está considerado la autoestima, la que se explica por el amor propio y la satisfacción personal. De igual modo, dentro de las manifestaciones psicológicas saludables, se encuentra la capacidad de afrontamiento y habilidades personales para la adaptación al medio en el que se desenvuelven (Who, 2020).

En lo que corresponde a la dimensión social, se orienta a la satisfacción por el establecimiento de las redes sociales, relaciones interpersonales y rol social que desempeñan en su vida cotidiana. En lo que corresponde a los adultos, mayores, implica la convivencia con la familia, expresión emocional, apoyo social. Incluir a los adultos mayores en actividades sociales es importante para lograr su autonomía (Figuroa y Torres, 2019). Finalmente, en la dimensión medio ambiente, implica el espacio en el que viven, ambiente físico, familiar y los recursos materiales para satisfacer las necesidades personales. Además, implica las condiciones de residencia, y espacio donde recrearse (Figuroa y Torres, 2019).

II. METODOLOGÍA

2.1. Enfoque, tipo

El enfoque es cuantitativo, el cual se caracteriza por la medición de atributos observables, recolección de datos para, a través de la estadística a nivel descriptivo e inferencial, explicar hallazgos y contrastar hipótesis (Hernández et al., 2014).

El tipo de estudio es básico, el cual se oriente a contribuir a la evidencia científica, a través del contraste de datos e información, para aumentar la comprensión y el conocimiento que se tiene sobre las variables en estudio (Hernández et al., 2014).

2.2. Diseño de investigación

El diseño es no experimental, de cohorte transversal y correlacional, el cual tiene la finalidad de determinar la relación y asociación entre el deterioro cognitivo y calidad de vida de los datos recogidos de una muestra, no se presentó manipulación de variables para ejercer un efecto sobre otra (Ato et al., 2013).

2.3. Población, muestra y muestreo

La población determinada accesible para el presente estudio, teniendo los elementos necesarios para inferir resultados y dar respuesta a hipótesis (Ventura-León, 2017). Estuvo conformada por 300 adultos mayores.

La muestra, quedó conformada por 150 adultos mayores del Programa Pensión 65 de la Ciudad de Trujillo, varones y mujeres. Teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión:

Para la investigación se toman en cuenta los usuarios que estén en el programa pensión 65 de la ciudad de Trujillo. Así como a los adultos mayores que de su consentimiento en participar en la investigación (consentimiento informado), teniendo en cuenta las edades entre 65 a 75 años de ambos sexos.

Para la investigación se excluyen a las personas no que estén en el programa pensión 65 de la ciudad de Trujillo. Así como a los adultos mayores que no dieron su consentimiento en participar en la investigación (consentimiento informado) o los adultos mayores que no respondieron los dos test aplicados.

El muestreo empleado fue no probabilístico, intencional. Este muestreo selecciona los casos en función de la proximidad y cercanía con el investigador, quienes tienen las características necesarias que se requieren para el estudio, a partir de las cuales se pueden recopilar datos e inferir resultados (Otzen y Menterola, 2017).

2.4. Técnicas e instrumentos de recojo de datos.

La técnica utilizada fue la encuesta, que utiliza un conjunto de procedimientos de búsqueda estandarizados mediante los cuales se recopilan y analizan una serie de datos de una muestra representativa de casos, la población o universo más grande del que se pretende descubrir, especificar, pronosticar y/o decir un conjunto de características (Hernández et al., 2014).

Instrumento 1: Minimental MMSE

Se usó el minimental del estado mental (mmse), desarrollado por Folstein et al. (1975) permitió ver el grado del estado cognoscitivo del paciente y detectar disfunciones cognoscitivas y síndromes demenciales.

El instrumento se orienta a medir el tiempo, en el espacio, capacidad de atención, concentración y memoria, así como también la capacidad de cálculo, capacidad del lenguaje, capacidad de seguir instrucciones básicas. En primera instancia, el instrumento mostró una confiabilidad de .81 en el alfa de Cronbach y una validez de criterio concurrente de .8906. Con respecto a la puntuación es: normal sin deterioro (27 – 30); daño cognitivo leve (21 – 26); daño cognitivo moderado (11 – 20); daño cognitivo severo (0 – 10).

Instrumento 2: Cuestionario de Calidad de Vida WHOQOL.

El instrumento fue creado por la OMS, de procedencia estadounidense y tiene la finalidad de medir la actitud que asumen los adultos frente al desarrollo de su calidad de vida. Se puede aplicar de manera individual como colectiva, con 20 minutos de duración.

Dicho instrumento presenta 26 ítems, las cuales se distribuyen en cuatro dimensiones: salud física, salud psicológica, relaciones sociales y ambiente. El formato de respuesta es tipo Likert de 5 puntos. Asimismo, presenta 26 ítems, 2 de ellos de respuesta abierta y los 24 se distribuyen en 4 dimensiones: salud física (3, 4, 10, 15, 16, 17, 18), salud psicológica (5, 6, 7, 11, 19, 26), relaciones sociales (20, 21, 22) y ambiente (8, 9, 12, 13, 14, 23, 24, 25).

La validez se revisó por Gómez (2020), quien mostró que la estructura del instrumento explica el 60% de la varianza total, con puntos de saturación mayores a .40. Respecto a la confiabilidad, la variable total mostró un valor de .89. Baremo, arrojaron categorías de: bajo (21 – 40), normal (41 – 60), alto (61 – 80) y muy alto (81 – 100).

2.5. Técnicas de procesamiento y análisis de información

Para el análisis de datos, en el Ms Excel 2016, se codificó las respuestas emitidas y, asimismo, la información se exportó al IBM SPSS V.26 para el análisis correspondiente.

Por otro lado, se exportaron las respuestas de los participantes al SPSS, en el cual se realizó tanto la estadística descriptiva como inferencial. Respecto a la estadística descriptiva, se estimaron las frecuencias y frecuencias porcentuales de las puntuaciones directas de la calidad de vida; no obstante, del deterioro cognitivo se estimó en función de las categorías.

Posteriormente, debido a que se cuenta con una escala de naturaleza intervalar y otra nominal, el procedimiento de correlación se realizó mediante el estadístico inferencial X^2 . Por último, se elaboraron las tablas en formato APA, con su respectiva interpretación.

2.7. Aspectos éticos en investigación

Con respecto a los participantes de la investigación, para el estudio quedan guardados en el anonimato, se respetó la libertad y autonomía de los participantes, dando las opciones de aceptar o negarse a participar en el trabajo de investigación. Asimismo, a cada uno se le informó previamente el fin de la investigación cuál era su rol dentro de la misma, por lo cual el presente trabajo de investigación se rige por los principios que dicta el código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú (2018).

Además, la presente investigación se basa en el Artículo N.º4 del Código de Ética de la Universidad Católica de Trujillo Benedicto XVI (2019), ya que la información usada es real, se ha respetado la originalidad de las respuestas, sin omisiones o modificaciones. Asimismo, los resultados hallados en el trabajo se harán llegar a la comunidad científica de la universidad y a la institución educativa con la que se ha trabajado, por lo cual se ha seguido con los valores que caracterizan a la universidad (Morena y Carrillo, 2020).

II. RESULTADOS

Tabla 1

Asociación entre la variable deterioro cognitivo y calidad de vida.

Dimensiones		χ^2	Sig. (p)
Deterioro cognitivo	Calidad de vida	22.02	.001

Nota: χ^2 = Chi Cuadrado; Sig.= (**) $p < .01$; (*) $p < .05$

En la tabla 1 se reporta el análisis Chi Cuadrado entre la variable deterioro cognitivo y calidad de vida, se observa un resultado estadísticamente significativo entre las variables $p < .05$; por lo tanto, se acepta la hipótesis “existe relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida en los usuarios de la pensión 65”.

Tabla 2

Asociación entre la variable deterioro cognitivo y salud física.

Dimensiones		x ²	Sig. (p)
Deterioro cognitivo	Salud física	18.25	.000

Nota: x²= Chi Cuadrado; Sig.= (**) p<.01; (*) p<.05

En la tabla 2 se reporta el análisis Chi Cuadrado entre la variable deterioro cognitivo y salud física, se observa un resultado estadísticamente significativo entre las variables p<.05; por lo tanto, se acepta la hipótesis “existe relación entre deterioro cognitivo y la salud física en los usuarios de la pensión 65”.

Tabla 3

Asociación entre la variable deterioro cognitivo y salud psicológica.

Dimensiones		χ^2	Sig. (p)
Deterioro cognitivo	Salud psicológica	17.89	.000

Nota: χ^2 = Chi Cuadrado; Sig.= (**) $p<.01$; (*) $p<.05$

En la tabla 3 se reporta el análisis Chi Cuadrado entre la variable deterioro cognitivo y salud psicológica, se observa un resultado estadísticamente significativo entre las variables $p<.05$; por lo tanto, se acepta la hipótesis “existe relación entre deterioro cognitivo y la salud psicológica en los usuarios de la pensión 65”.

Tabla 4

Asociación entre la variable deterioro cognitivo y relaciones sociales.

Dimensiones		χ^2	Sig. (p)
Deterioro cognitivo	Relaciones sociales	18.58	.000

Nota: χ^2 = Chi Cuadrado; Sig.= (**) $p<.01$; (*) $p<.05$

En la tabla 4 se reporta el análisis Chi Cuadrado entre la variable deterioro cognitivo y relaciones sociales, se observa un resultado estadísticamente significativo entre las variables $p<.05$; por lo tanto, se acepta la hipótesis “existe relación entre deterioro cognitivo y relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65”.

Tabla 5

Asociación entre la variable deterioro cognitivo y ambiente.

Dimensiones		x ²	Sig. (p)
Deterioro cognitivo	Ambiente	16.54	.000

Nota: x²= Chi Cuadrado; Sig.= (**) p<.01; (*) p<.05

¹ En la tabla 5 se reporta el análisis Chi Cuadrado entre la variable deterioro cognitivo y ambiente, se observa un resultado estadísticamente significativo entre las variables p<.05; por lo tanto, se acepta la hipótesis “existe relación entre deterioro cognitivo y ambiente en los usuarios de la pensión 65”.

Tabla 6

Nivel descriptivo de la variable deterioro cognitivo

Deterioro cognitivo	f	h%
Normal (sin deterioro)	35	23.4%
Daño cognitivo leve	50	33.4%
Daño cognitivo moderado	43	28.6%
Daño cognitivo severo	22	14.6%
Total	150	100.0%

Nota: f=frecuencia; h%=frecuencia porcentual; datos obtenidos de la aplicación del instrumento.

Respecto a la tabla número 6, se evidencia las categorías descriptivas de la variable deterioro cognitivo, según cuatro categorías. Se observa que el 23.4% de participantes no presenta deterioro cognitivo, el 22.4% daño cognitivo leve, el 28.6% daño cognitivo y el 14.6% daño cognitivo severo.

Tabla 7

Nivel descriptivo de la variable calidad de vida.

Calidad de vida	f	h%
Bajo	55	36.6%
Medio	65	43.4%
Alto	30	20.0%
Total	150	100.0%

Nota: f=frecuencia; h%=frecuencia porcentual; datos obtenidos de la aplicación del instrumento.

² En la tabla 7, se evidencia las categorías descriptivas de la variable calidad de vida, según tres niveles: alto, medio y bajo; describiendo las frecuencias de agrupamiento en sus diferentes categorías. Por tanto, se observó que el 36.6 de los participantes presentan nivel bajo, el 43.4% nivel medio y el 20.0% nivel alto de calidad de vida.

IV.DISCUSIÓN

Según el análisis de los datos en la tabla 1, se observa un resultado estadísticamente significativo entre las variables $p < .05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis que plantea la existencia de relación entre las variables. La relación hallada se puede explicar de tal forma que, al aumentar las dificultades cognitivas, la calidad de vida se deteriora constantemente.

Respecto al marco teórico, el deterioro cognitivo hace referencia al proceso de pérdida de las funciones superiores, manifestado mediante problemas motores, emocionales, cognitivos y físicos, los cuales presentan deterioran el funcionamiento social de los adultos (Centromente, 2016). En lo que corresponde a la calidad de vida, muchas personas mayores con demencia en las primeras etapas de la enfermedad pueden seguir viviendo en casa con el apoyo de familiares o parientes, que a menudo actúan como cuidadores. No obstante, la calidad de vida se deteriora, presentando cada vez mayor dificultad para valerse por sí mismo (Fernández, 2016).

Los resultados obtenidos, son similares a los de Barrera (2019), quien determinó la asociación entre las variables, explicando que el deterioro cognitivo influye en la calidad de vida $p < .05$. De igual modo, son similares al reporte de Gonzáles (2020), quién reportó correlación entre las variables $.834^{**}$. No obstante, difiere del estudio de Cullacay y Márquez (2022), quienes no reportaron asociación entre las variables de estudio $X^2 = 7.385$ ($p > .05$).

Por otro lado, se planteó hallar la relación entre el deterioro cognitivo y la dimensión salud física en usuarios jubilados 65 de la ciudad de Trujillo, 2022. Al respecto en la tabla 2, se observa un resultado estadísticamente significativo entre las variables $p < .05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis que plantea la existencia de relación entre la variable y dimensión. El resultado implica que la existencia del deterioro cognitivo puede afectar la calidad de vida de los adultos mayores.

Según Varela (2019), el envejecimiento es un proceso natural e irreversible, y puede tomar la forma de un envejecimiento exitoso, típico o patológico los cambios biológicos que ocurren con la edad en el cuerpo humano influyen en el estado de ánimo, las actitudes hacia el medio ambiente, la condición física. Asimismo, para Gutiérrez (2019), establece que el envejecimiento biológico ocurre en todas las personas, independientemente de las diferencias geográficas y/o culturales. Estos cambios propios de la edad, traen consigo el

deterioro cognitivo, lo cual también afecta la calidad de vida, lo que incluye los diferentes componentes, dentro de los cuales se encuentra la salud física, es decir, pierden capacidad motora, dificultad para los movimientos de las extremidades y, en general, presentan diferentes enfermedades físicas (Tapia, 2019).

Los resultados son similares a los de Cutipa (2022), quien observó que las variables se encuentran relacionadas, concluyendo que el deterioro cognitivo afecta la calidad de vida de los adultos. De igual modo, son similares a los de Cabrera (2020) quien concluyó asociación relevante o significativa entre la actividad física y la forma de comer con el nivel cognitivo de los adultos estudiados $p < .05$. No obstante, difieren del estudio de Paucar y Villaverde (2021), puesto que no reportaron correlación estadísticamente significativa.

Por otro lado, se demostró la relación entre deterioro cognitivo y la dimensión salud psicológica en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2022. En la tabla 3, se reportó un resultado estadísticamente significativo entre las variables $p < .05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis que plantea la existencia de relación entre la variable y dimensión. El resultado hallado implica que el deterioro cognitivo covaría con la calidad de vida, es decir, la presencia del mismo, podría deteriorar progresivamente la calidad de vida.

De acuerdo a la OMS (2005), dentro de los cambios psicológicos asociados al deterioro cognitivo, se encuentra las dificultades de adaptación a nuevas situaciones, se producen cambios negativos en los dominios cognitivo e intelectual, disminuyen los procesos cognitivos relacionados, las sensaciones perceptivas y la información perceptiva, y cambian los procesos de pensamiento. En consecuencia, pierden capacidad de afrontamiento, las respuestas emocionales, afectivas, emotivas, cognitivas y, en general, los procesos cognitivos superiores (Figueroa y Torres, 2019).

Los resultados reportados son similares a los de Moncada y Mogollón (2019), quienes observaron correlación estadísticamente significativa $p < .05$. De igual modo, coinciden con el estudio de Cutipa (2022), puesto que observó correlación entre las variables, las que difieren de la evidencia mostrada por Paucar y Villaverde (2021), quienes no observaron relación entre las mismas.

Asimismo, en la tabla 4, se observa el resultado estadísticamente significativo entre el deterioro cognitivo y la dimensión relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65. Al respecto, variables $p < .05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis que plantea la existencia de

relación entre la variable y dimensión. Con el resultado mostrado, se explica que la calidad de vida se deteriora debido a los cambios cognitivos propios de la etapa de senectud. De acuerdo a Varela (2019), en el transcurso del envejecimiento, los cambios sociales son importantes, puesto que la condición física de los adultos determina su funcionamiento social; asimismo, el deterioro cognitivo no permite que puedan socializar con normalidad, debido a las deficiencias en la comprensión, expresión de lenguaje, capacidad de afecto, etc. En efecto, el establecimiento de las relaciones interpersonales, el rol social y la calidad de interacción se deteriora, siendo importante la expresión de la familia, el cuidado de la misma en el proceso (Figuroa y Torres, 2018). Los resultados son similares a los de Moncada y Mogollón (2019), quienes determinaron la existencia de relación entre las variables. No obstante, difieren del estudio de Cabrera (2020), puesto que no hallaron relación entre las variables.

Además, en la tabla 5, se observa el resultado estadísticamente significativo entre las relaciones entre el deterioro cognitivo y la dimensión ambiente en los usuarios de la pensión 65 $p < .05$, por lo tanto, se acepta la hipótesis que plantea la existencia de relación entre la variable y dimensión.

El envejecimiento social se limita al papel de la persona mayor, dependiendo de las condiciones culturales y puede cambiar a medida que cambian las prácticas. El envejecimiento social se refiere a cómo una persona percibe el proceso de envejecimiento y cómo la sociedad lo percibe. Hostilidad hacia los demás y actitudes propias. Lo explicado hace referencia a los cambios que se presentan en el ambiente de las personas adultas, las cuales se modifican considerablemente (Fernández, 2019). En efecto, los espacios familiares, de trabajo, recursos materiales de los adultos se van modificando, dependiendo más de los cuidadores (Who, 2020).

Los resultados son similares a los de Moncada y Mogollón (2019), quienes determinan la relación entre variables, mostrando que se asocian de manera estadísticamente significativa. Asimismo, son similares a los de Gonzáles (2020), quienes observaron relación entre las variables. No obstante, difieren de Cullacay y Márquez (2022), quienes no hallaron asociación entre las mismas.

Por otro lado, se identificó el deterioro cognitivo en los usuarios de la pensión 65, en la tabla 6, se reporta que el 23.4% de participantes no presenta deterioro cognitivo, el 22.4% daño cognitivo leve, el 28.6% daño cognitivo y el 14.6% daño cognitivo severo.

⁸ Los resultados observados son similares a los de Barrera (2019), muestran que el 3% presentó nivel cognitivo normal, el 51% discreto déficit, el 29% deterioro cognitivo leve, el 17% moderado. Asimismo, coinciden con los de Gonzáles (2020), quien mostró que el 36% presentó demencia, el 44% deterioro cognitivo leve y el 20% estado cognitivo normal.

Por último, se determinó el nivel de calidad de vida, mostrando en la tabla 7, que el 36.6 de los participantes presentan nivel bajo, el 43.4% nivel medio y el 20.0% nivel alto de ² calidad de vida. Al respecto, los participantes ubicados en el nivel bajo, presentan dificultades en el desarrollo normal de la calidad de vida y, los participantes ubicados en categoría media y alta, presentan indicadores que permiten un desarrollo funcional.

En contraste con los antecedentes, son similares a los de Barrera (2019), observando que el 66% ⁴ presentí menor calidad de vida y el 34% mayor calidad de vida. De igual modo, son similares a los de Cullacay y Márquez (2022), quienes mostraron que el 47.6% presentó nivel muy alto, el 14.3% alto, el 19% medio y el 19% nivel bajo.

V. CONCLUSIONES

- Se observó ³relación entre deterioro cognitivo y calidad de vida $p < .05$, en adultos mayores.
- Los resultados mostraron asociación ²entre deterioro cognitivo y salud física $p < .05$, en adultos mayores.
- La evidencia mostrada, reportó correlación entre deterioro cognitivo y salud psicológica $p < .05$, en adultos mayores.
- Se observó asociación estadísticamente ²significativa entre deterioro cognitivo y relaciones sociales.
- El resultado mostrado, indica la existencia de asociación entre deterioro cognitivo y ambiente $p < .05$.
- Se observó que el 23.4% de participantes no presenta deterioro cognitivo, el 22.4% daño cognitivo leve, el 28.6% daño cognitivo moderado y el 14.6% daño cognitivo severo.
- Se determinó que el 36.6 de los participantes presentan nivel bajo, el 43.4% nivel medio y el 20.0% nivel alto de calidad de vida.

VI. RECOMENDACIONES

- Se recomienda continuar realizando estudios orientados a determinar la asociación entre las variables, en otros contextos y poblaciones.
- Se recomienda realizar estudios explicativos, de tal manera que se pueda determinar qué variables influyen tanto en el deterioro cognitivo como en la calidad de vida.
- Se recomienda a las autoridades responsables del programa Pensión 65, que puedan implementar su atención, brindando espacios en donde los adultos mayores logren fortalecer sus capacidades cognitivas para su correcto autocuidado.
- Se recomienda al programa, establecer acciones concretas mediante talleres de intervención, orientados a estimular y fortalecer la calidad de vida de los adultos mayores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Adreu, P. (2003). Consideraciones generales sobre algunas de las teorías del envejecimiento. *Revista Cubana de Investigación Biomédica*, 22(1), 1-12. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002003000100008
- Alcántara, A. E. (2019). *Diabetes mellitus no controlada como factor de riesgo para deterioro cognitivo mayores de 50 años*. Hospital Regional Docente de Trujillo [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40309>
- Alexander, B. (2019). *Hipertensión arterial y deterioro cognitivo en adultos mayores Hospital Regional Docente de Trujillo, julio- diciembre 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. Universidad César Vallejo. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/40412>
- APA. (2020). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-iv-tr*. (Cuarta ed.). Editorial MASSON.
- Asociación Estadounidense de Psiquiatría. (2015). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales dsm-iv-tr*. Balcamm Press.
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2019). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059. <http://dx.doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Barrera, J. (2019). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor* [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Ambato]. Universidad Técnica de Ambato. <https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Benavides, C. (2019). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*, 40(2), 107-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
- Benedict, M. (2019). *Neuropsicología cognitiva. Aplicaciones a la clínica y a la investigación fundamento teórico y metodológico de la neuropsicología cognitiva*. Editorial Grafo.

- Bircher, J. (2019). *Hacia una definición dinámica de salud y enfermedad. Medicina, atención de la salud y filosofía*. Editorial Bruquera.
- Cabrera, E. (2020). *Estilos de vida y nivel cognitivo del adulto mayor. Centro de salud liberación social* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo]. Universidad Nacional de Trujillo. <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/15930/1912.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Casanova, P., Casanova, P., & Casanova, C. (2019). Deterioro cognitivo en la tercera edad. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 20(5), 1-14. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252004000500012
- Castillo, T. (2019). *Calidad de vida en pacientes adultos mayores con osteoartritis de rodilla* [Tesis de Maestría, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/2931/1/TM_CastilloMorilloRocio.pdf
- Chuquipul, P. (2018). *Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018* [Tesis de Licenciatura, Universidad Norbert Wiener]. Wiener. <https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3149298>
- Colegio de Psicólogos del Perú (2020). *Código de Ética y Deontología*. https://www.cpsp.pe/documentos/marco_legal/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Cornachone, M. (2019). *Psicología del desarrollo aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Editorial Brujas.
- Cornejo, W. (2019). Calidad de vida. *Revista de Enfermería Vanguardia*, 4(2), 56-75. <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/230/298>
- Cullacay, K., & Márquez, C. (2022). *Estudio del deterioro cognitivo y la calidad de vida de los adultos mayores del Centro Casa Hogar Betania* [Tesis de Licenciatura, Universidad Politécnica Salesiana]. Universidad Politécnica Salesiana. <https://dspace.ups.edu.ec/bitstream/123456789/22470/1/UPS-CT009727.pdf>

- Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, U., & Bendezú, I. (2019). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? *Anales de la Facultad de Medicina*, 73(4), 321-330. <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v73n4/a09v73n4.pdf>
- Cutipa, J. (2022). *Estilo de vida, depresión y deterioro cognitivo en usuarios del Centro Integral del Adulto Mayor en Villa El Salvador* [Tesis de Licenciatura, Universidad Autónoma del Perú]. <https://repositorio.autonoma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13067/2286/Espillco%20Cutipa%2c%20Jorge%20Luis.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Defensoría del Pueblo Perú. (01 de mayo de 2020). *Grupo especial de protección*. https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/
- Espinoza, G. (2019). Efectividad de la medicina herbolaria e impacto en la calidad de vida del poblador de Trujillo. *Revista Scientia*, 3(1), 1-12. <https://revistas.ucv.edu.pe/index.php/ucv-scientia/article/view/894/861>
- Fernández, L. (2016). *Propiedades psicométricas de la escala de depresión geriátrica en los programas integrales del adulto mayor de Trujillo* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/262>
- Fernández, J. (2019). *Determinantes de la calidad de vida percibida por los ancianos de una residencia de tercera edad en dos contextos socioculturales diferentes*. Fondo Editor de la Universitat de Valencia.
- Fernández, M. (2019). *Neurología: demencias*. Editorial Díaz de Santos.
- Figuroa, L. y Torres, R. (2019). Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. *Revista de Enfermería Universitaria*, 13(3), 159-165. <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v13n3/1665-7063-eu-13-03-00159.pdf>
- Gómez, R. (2020). *Propiedades psicométricas del cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) en adultos mayores que se encuentran en situación de confinamiento* [Tesis de Licenciatura, Universidad César Vallejo]. <https://repositorio.ucv.edu.pe/handle/20.500.12692/48656>

- Gutiérrez, L. (2019). *Factores que generan la participación social de los CAM Salaverry - Essalud, 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo]. <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/14769/LUZVENI%20GUTIERREZ%20CARGUACHIN.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Heather, T., & Shigemi, T. (2019). *Diagnósticos de enfermeros, definiciones y clasificados 2018 - 2020*. Elsevier.
- Hernández, J., Chávez, M., & Yhuri, N. (2019). Salud y calidad de vida en adultos mayores de un área rural y urbana del Perú. *Revista Peruana Exp Salud Pública*, 33(4), 680-688. <http://www.scielo.org.pe/pdf/rins/v33n4/a10v33n4.pdf>
- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2019). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill. <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>
- Instituto Nacional de Salud. (2020). *Salud mental en el adulto mayor: trastornos neurocognitivos mayores, afectivos y del sueño*. <https://rpmesp.ins.gob.pe/index.php/rpmesp/article/view/2211/2165>
- Kriete, A. (2019). *Robustez y envejecimiento: una perspectiva a nivel de sistemas*. Editores de Ciencias de la Salud y Biosistemas.
- Levine, M. (2019). *Modelado de la tasa de senescencia: ¿puede la edad biológica estimada predecir la mortalidad con mayor precisión que la edad cronológica?* Press Gerontología.
- Lipsitz, I. (2019). *Complejidad fisiológica, envejecimiento y el camino hacia la fragilidad*. Editores Sci Aging S.A.
- Lozada, R. (2014). *Calidad de vida del adulto mayor: efectos del programa estilos de vida para un envejecimiento activo* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional de Trujillo]. <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/2848/LOZADA%20OLIVA%20JOHANA%20ROSA%20NOELIA%28FILEminimizer%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Lusa, Y. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en lima metropolitana y callao. *Revista de*

Neuropsiquiatría, 81(1), 1-13.
<http://dx.doi.org/https://doi.org/10.20453/rnp.v81i1.3269>

Mariana, A. (2020). *Deusto salud*. <https://www.deustosalud.com/blog/tercera-edad/caracteristicas-tercera-edad>

Medina, G. (2019). *Relación entre deterioro cognitivo y actividad física en adultos mayores que acuden al grupo “60 y piquito” de la dirección distrital 17D09 Tumbaco, Tababela, en el período octubre 2016 a noviembre 2016* [Tesis de Especialidad, Pontificia Universidad Católica del Ecuador]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador.
<http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/13007/tesis%20graciela%2031%2001%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Moncada, E., & Mogollón, D. (2019). *Deterioro cognitivo y estilo de vida del adulto mayor del hospital Walter Cruz Vilca de Miramar – 2017*. Trujillo [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]. Universidad Privada Antenor Orrego.
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/3749/1/RE_ENFE_ELIZABETH.MONCADA_MARIANA.MOGOLLON_DETERIORO.COGNITIVO_DATOS.PDF

Morena, D., & Carrillo, J. (2020). *Normas APA 7.a edición Guía de citación y referenciación*. <http://library1.nida.ac.th/termpaper6/sd/2554/19755.pdf>

Moreno, E. (2019). *Efecto protector del consumo de cafeína sobre el deterioro cognitivo en personas de edad avanzada en el Hospital Víctor Lazatte Echegaray* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Antenor Orrego]. Universidad Privada Antenor Orrego.
https://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/20.500.12759/509/1/MONCADA_LUIS_CAFEINA_DETERIORO_EDAD_AVANZADA.pdf

Muñoz, J. (2019). *Psicología del envejecimiento*. Editoriales Pirámide.

Niño, M. (2019). *Metodología de la investigación*. Ediciones de la U.

Officer, A., & Manandhar, M. (2019). *Década del envejecimiento saludable. Envejecimiento y curso de vida*.

https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57049/9789275326589_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Oliveros, L., Ávila, P., Ulloa, V., & Bernabé, A. (2019). Calidad de vida en pacientes con neuropatía diabética periférica: estudio transversal en lima, Perú. *Acta Médica Peruana*, 35(3), 160-167. <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v35n3/a04v35n3.pdf>

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Prevención de enfermedades crónicas: Una inversión vital*. Fondo Editorial OMS.

Organización Mundial de la Salud. (2020). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf

Orantes, P. (2019). Epidemiología de la enfermedad renal crónica en adultos de comunidades agrícolas salvadoreñas. *MEDICC Review*, 2(16), 1-17. <https://www.medigraphic.com/pdfs/medicreview/mrw-2014/mrw142e.pdf>

Otzen, T., & Manterola, C. (2019). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. *Int. J. Morphol*, 35(1), 227-232. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>

Padilla, M. (2019). *Sistema institucional de investigación de unitec (siuu)*. <https://unitec.edu.co/sites/default/files/inline-files/principios-y-politicas-siiu.pdf>

Paucar, S., & Velarde, W. (2021). *Funcionalidad y deterioro cognitivo en adultos mayores de la IPRESS Pariahuanca* [Tesis de Licenciatura, Universidad del Centro del Perú]. https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/6643/T010_75844328_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Urzúa, A., & Caqueo, A. (2019). Calidad de vida: una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica*, 30(1), 61-71. <https://www.scielo.cl/pdf/terpsicol/v30n1/art06.pdf>

Varela, L. (2019). Salud y calidad de vida en el adulto mayor. *Rev. Perú Med. Exp. De Salud Pública*, 33(2), 1-12. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001

- Velarde, E., & Ávila, C. (2021). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública Mexicana*, 44(4), 1-13. <https://www.scielo.org.mx/pdf/spm/v44n4/14023.pdf>
- Velazco, K. (2017). *Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar misioneros de amor* [Tesis de Licenciatura, Universidad Peruana Unión]. https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/415/Lessly_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ventura-León, J. L. (2019). ¿Población o muestra?: Una diferencia necesaria. *Revista Cubana de Salud Pública*, 43(4), 648-649. http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662017000400014
- Virginia, C. (2019). *Efectividad de la danzaterapia en el nivel de depresión del adulto mayor en el Puesto de Salud Jayllihuaya* [Tesis de Licenciatura, Universidad Nacional del Altiplano]. <https://repositorioslatinoamericanos.uchile.cl/handle/2250/3278579>
- West, G. (2020). *Toward a systems biology framework para comprender el envejecimiento y la salud*. Polinus Press.
- WHO. (2020). *International classification of impairment, disabilities and handicaps*. Geneva: WHO.
- World Health Organization. (2020). Development of the World Health Organization WHOQOL-BREF Quality of Life Assessment. *Psychological Medicine*, 28(1), 551-558. <https://doi.org/10.1017/s0033291798006667>
- Whishaw, P. (2019). *Neuropsicología humana*. Editorial Médica Panamericana.
- Wiener, N. (2019). *Cibernética o control y comunicación en el animal y la máquina*. Editorial Cambridge.
- Wordpress. (15 de diciembre de 2020). *Centromente*. <http://www.centromente.com/novedades/category/deterioro-cognitivo-severo/>
- Yashin, A. (2019). *Determinantes dinámicos de longevidad y salud excepcional investigación actual en gerontología y geriatría*. Editorial Díaz de Santos.

ANEXOS

NOMBRE ORIGINAL DEL INSTRUMENTO:	World Health Organization Quality of Life Questionnaire; WHOQOL Group, 1996)
AUTOR Y AÑO:	ORIGINAL: La OMS 1993 ADAPTACIÓN: WHOQOL-100 QUE CONSTA DE 26 ITEMS La OMS
OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:	Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación global de calidad de vida, de las áreas y de las facetas que lo componen.
USUARIOS:	la población general como en pacientes.
FORMA DE ADMINISTRACIÓN O MODO DE APLICACIÓN:	Auto administrativo Encuesta asistida
VALIDEZ: (PRESENTAR LA CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS)	El coeficiente alfa de cronbach, resultó igual a 0.925
CONFIABILIDAD: (PRESENTAR LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS)	.925

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Rodee con un círculo el número que mejor defina cuánto apoyo obtuvo de otras personas en las dos últimas semanas. Si piensa que obtuvo bastante apoyo de otras personas, usted debería señalar con un círculo el número 4, quedando la respuesta de la siguiente forma:

		Nada	Un poco	Moderado	Bastante	Totalmente
	¿Obtiene de otras personas el apoyo que necesita?	1	2	3	4	5

Recuerde que cualquier número es válido, lo importante es que represente su opinión.

Por favor, lea la pregunta, valore sus sentimientos y haga un círculo en el número de la escala que represente mejor su opción de respuesta.

		Muy mala	Regular	Normal	Bastante buena	Muy buena
1	¿Cómo calificaría su calidad de vida?	1	2	3	4	5

		Muy insatisfecho/a	Un poco insatisfecho/a	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
2	¿Cómo de satisfecho/a está con su salud?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia al grado en que ha experimentado ciertos hechos en las dos últimas semanas.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Extremadamente
3	¿Hasta qué punto piensa que el dolor (físico) le impide hacer lo que necesita?	1	2	3	4	5
4	¿En qué grado necesita de un tratamiento médico para funcionar en su vida diaria?	1	2	3	4	5
5	¿Cuánto disfruta de la vida?	1	2	3	4	5
6	¿Hasta qué punto siente que su vida tiene sentido?	1	2	3	4	5
7	¿Cuál es su capacidad de concentración?	1	2	3	4	5
8	¿Cuánta seguridad siente en su vida diaria?	1	2	3	4	5
9	¿Cómo de saludable es el ambiente físico a su alrededor?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si usted experimenta o fue capaz de hacer ciertas cosas en las dos últimas semanas, y en qué medida.

		Nada	Un poco	Lo normal	Bastante	Totalmente
10	¿Tiene energía suficiente para la vida diaria?	1	2	3	4	5
11	¿Es capaz de aceptar su apariencia física?	1	2	3	4	5
12	¿Tiene suficiente dinero para cubrir sus necesidades?	1	2	3	4	5
13	¿Dispone de la información que necesita para su vida diaria?	1	2	3	4	5
14	¿Hasta qué punto tiene oportunidad de realizar actividades de ocio?	1	2	3	4	5
15	¿Es capaz de desplazarse de un lugar a otro?	1	2	3	4	5

Las siguientes preguntas hacen referencia a si en las dos últimas semanas ha sentido satisfecho/a y cuánto, en varios aspectos de su vida.

		Muy insatisfecho/a	Poco	Lo normal	Bastante satisfecho/a	Muy satisfecho/a
16	¿Cómo de satisfecho/a está con su sueño?	1	2	3	4	5
17	¿Cómo de satisfecho/a está con su habilidad para realizar sus actividades de la vida diaria?	1	2	3	4	5
18	¿Cómo de satisfecho/a está con su capacidad de trabajo?	1	2	3	4	5
19	¿Cómo de satisfecho/a está de sí mismo?	1	2	3	4	5
20	¿Cómo de satisfecho/a está con sus relaciones personales?	1	2	3	4	5
21	¿Cómo de satisfecho/a está con su vida sexual?	1	2	3	4	5
22	¿Cómo de satisfecho/a está con el apoyo que obtiene de sus amigos/as?	1	2	3	4	5
23	¿Cómo de satisfecho/a está de las condiciones del lugar donde vive?	1	2	3	4	5
24	¿Cómo de satisfecho/a está con el acceso que tiene a los servicios sanitarios?	1	2	3	4	5

25	¿Cómo de satisfecho/a está con los servicios de transporte de su zona?	1	2	3	4	5
----	------------------------------------------------------------------------	---	---	---	---	---

La siguiente pregunta hace referencia a la frecuencia con que usted ha sentido o experimentado ciertos sentimientos en las dos últimas semanas.

		Nunca	Raramente	Moderadamente	Frecuentemente	Siempre
26	¿Con qué frecuencia tiene sentimientos negativos, tales como tristeza, desesperanza, ansiedad, o depresión?	1	2	3	4	5

¿Le ha ayudado alguien a rellenar el cuestionario?

¿Cuánto tiempo ha tardado en contestarlo?

¿Le gustaría hacer algún comentario sobre el cuestionario?

GRACIAS POR SU AYUDA

NOMBRE ORIGINAL DEL	MMSE MINI – Mental State Examination
AUTOR Y AÑO:	ORIGINAL: Marshal F.Folstein, Susan E. Folstein, Paul R. Mchugh Y Gary Fanjianh
	ADAPTACIÓN: Nilton Custodio Y David Lira
OBJETIVO DEL INSTRUMENTO:	
USUARIOS:	Población del adulto mayor a partir de los 65 años
FORMA DE ADMINISTRACIÓN O MODO DE APLICACIÓN:	
VALIDEZ: (PRESENTAR LA CONSTANCIA DE VALIDACIÓN DE EXPERTOS)	0,955
CONFIABILIDAD: (PRESENTAR LOS RESULTADOS ESTADÍSTICOS)	.955

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ N. Hº: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (Máx.5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (Máx.5)	
Nombre tres palabras Peseta-Caballo-Manzana (o Balón-Bandera-Árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Nº de repeticiones necesarias FIJACIÓN-Recuerdo Inmediato (Máx.3)	
Si tiene 30 pesetas y me va dando de tres en tres, ¿Cuántas le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (0 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M0-1)	ATENCIÓN- CÁLCULO (Máx.5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO diferido (Máx.3)	
.DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera. Lápiz 0-1 Reloj 0-1 .REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "En un trigal había 5 perros") 0-1 .ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coje con mano d. 0-1 dobla por mitad 0-1 pone en suelo 0-1 .LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "Cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1 .ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 .COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección. 0-1	LENGUAJE (Máx.9)	
Puntuaciones de referencia 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	Puntuación Total (Máx.: 30 puntos)	

a.e.g. (1999)

MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO	FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	HIPÓTESIS	OBJETIVOS	VARIABLES	DIMENSIONES	METODOLOGÍA
Deterioro cognitivo y la calidad de vida en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021	<p>Problema general: ¿Cuál es la relación entre deterioro cognitivo y la calidad de vida en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021?</p> <p>Problemas específicos: ¿Cuál es la relación entre deterioro cognitivo y el dominio de salud física de calidad de vida de los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021?</p> <p>¿cuál es la relación entre deterioro cognitivo y el dominio psicológico de calidad de vida de los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021?</p> <p>¿cuál es la relación entre deterioro cognitivo y el dominio de las relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021?</p>	<p>HIPÓTESIS GENERAL: existe relación significativa entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del adulto mayor de los usuarios de pensión 65 de Trujillo en el año 2021.</p> <p>HIPÓTESIS ESPECÍFICAS H1 Existe relación entre deterioro cognitivo y su dominio de la salud física en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021.</p> <p>H2 Existe relación entre deterioro cognitivo y el dominio psicológico en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021.</p> <p>H3 Existe relación entre deterioro cognitivo y el dominio de las relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021.</p>	<p>OBJETIVO GENERAL: Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del adulto mayor de los usuarios de pensión 65 de Trujillo en el año 2021.</p> <p>OBJETIVOS ESPECÍFICOS: - Establecer la relación entre deterioro cognitivo y su dominio de la salud física en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021. - Indicar la relación entre deterioro cognitivo y el dominio psicológico en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021. - Determinar la relación entre deterioro cognitivo y el dominio de las relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021. - Demostrar la relación entre deterioro cognitivo y el</p>	<p>VARIABLE: - Orientación en espacio y tiempo. - Capacidad de atención, concentración y memoria. - Capacidad de cálculo. - Capacidad de lenguaje. - Capacidad para seguir instrucciones básicas.</p>	<p>Tipo: investigación descriptiva-correlacional Método: cuantitativo Diseño: no Experimental de tipotransversal. Población: 850 Adultos mayores Muestra: 300 Adultos Mayores</p> <p>Técnicas e Instrumentos de recolección de datos: Encuesta. Test de Mini mental. Y</p>	

<p>¿cuál es la relación entre deterioro cognitivo y el dominio del entorno en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021?</p>	<p>H3 Existe relación entre deterioro cognitivo y el dominio de las relaciones sociales en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021.</p>	<p>dominio del entorno en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021.</p>	<p>dominio Salud Física.</p>	<p>Cuestionario de calidad de vida.</p>
<p>¿cuál es el nivel de deterioro cognitivo de los usuarios de la pensión 65 de ciudad de Trujillo, 2021?</p>	<p>H4 Existe relación entre deterioro cognitivo y el dominio del entorno en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021.</p>	<p>- Describir el nivel de deterioro cognitivo en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021. - Identificar el nivel de calidad de vida en los usuarios de la pensión 65 de la ciudad de Trujillo, 2021.</p>	<p>Dominio Psicológico. Dominio De Relaciones Sociales</p>	<p>Métodos de análisis de investigación: El análisis de los datos se realizará con la ayuda de los softwares ms Excel 2019 y spss v.23, Utilizándose la estadística descriptiva e inferencial.</p>

PROTOCOLO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA ENCUESTA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

TRUJILLO..... DE.....2023

YO DE SEXO CON AÑOS DEJO CONSTANCIA DEL CONSENTIMIENTO INFORMADO Y FIRMO SU CONFORMIDAD, ESTOY CONCIENTE QUE SE ME HA EXPLICADO LOS TÉRMINOS Y CARACTERÍSTICAS DEL PROCESO DE LA ENTREVISTA PSICOLÓGICA, ASÍ COMO SI FUERA NECESARIO LA APLICACIÓN DE INSTRUMENTOS QUE PUEDAN APOYAR AL ESTUDIO QUE SERÁ REALIZADO POR LA ASOCIACIÓN CIVIL EN TRUJILLO.

ESTE PROCESO SERÁ REALIZADO Y SUPERVISADO POR EL ÁREA DE PSICOLOGÍA QUE CORRESPONDE A LA INSTITUCIÓN.

ASÍ MISMO SE TOMARÁ LAS MEDIDAS NECESARIAS CON EL FIN DE GARANTIZAR LA TOTAL CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN ADQUIRIDA DURANTE LAS ENTREVISTAS Y DE LOS RESULTADOS DE LAS PRUEBAS PSICOLÓGICAS APLICADAS (SI FUERA EL CASO) COMO TAMBIÉN LOS DATOS COMPARTIDOS EN LOS REPORTES E INFORMES DE LA ENTREVISTA PARA QUE SEAN ELABORADOS POR PARTE DEL ENTREVISTADOR.

NOMBRE Y FIRMA DE ENTREVISTADO NOMBRE Y FIRMA DE INVESTIGADOR

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

TABLA 1: operacionalización de variables

Variable	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	Nº DE ITEMS	INDICADORES	ESCALA DE MEDICION
Deterioro cognitivo	El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por la pérdida o el deterioro de la función mental en varios dominios conductuales, neurológicos y psicológicos, que incluyen la memoria, la orientación, la aritmética, la comprensión, el lenguaje y la percepción.	Permite una detección simple y rápida del estado actual de varias funciones cognitivas, que de manera similar sirve como una "pantalla" para distinguir el deterioro patológico del normal relacionado con la edad.	Orientación en el tiempo	1,2,3,4,5	Normal (sin deterioro) el rango de 27-30	Escala de intervalo Para Coronado (2007) considera ello como medidas secuenciales más precisas que especifican intervalos de medición iguales, dando diferencias sutiles entre los objetos medidos. Este test mide funciones mentales superiores, pero como unas dependen de otras para realizar su función, al aplicar pequeñas pruebas mentales o el llamado MMSE FOLSTEIN
			Orientación en el espacio	6,7,8,9,10	Daño cognitivo leve el rango de 21 - 26	
			Registro o fijación	11,12,13	Daño cognitivo moderado el rango de 11 - 20	
			Atención y calculo	14,15	Daño cognitivo severo el rango de 0 - 10	
			Evocación	16,17,18		
			Lenguaje	19,20,21,22,		
			Nominación o praxias	23,24,25,26,27,28,29,30		

TABLA 2: operacionalización de la variable calidad de vida

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSIONES	ITEMS	INDICADORS	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
CALIDAD DE VIDA	Las preguntas Whoqol son preguntas de autoevaluación sobre la calidad de vida de una persona. Se recogieron preguntas de grupos de opinión que cubrían tres tipos de población: los que están en contacto con los servicios de salud (pacientes), los trabajadores de la salud y la población en general.	Whoqol se aplica y desarrolla en todas las culturas, centrándose en la calidad de vida que la gente imagina. Proporciona un perfil de calidad de vida, dando una puntuación total a la calidad de vida, y las áreas y aspectos que la componen. Está destinado a ser utilizado por el público en general y los pacientes.	Dominio 1	(3, 4, 10, 15, 16, 17, 18)	salud física,	Escala de intervalo Para Coronado (2007), considera que son escalas más refinadas del orden y jerarquía establecen intervalos iguales de la medición, da la diferencia exacta entre los objetos medidos.
			Dominio 2:	(5, 6, 7, 11, 19, 26)	Psicológica, niveles de independencia,	
			Dominio 3:	(20, 21, 22)	Relaciones sociales, ambiente y espiritualidad, religión.	
			Dominio 4:	(8 9, 12, 13, 14, 23, 24,25)	creencias personales o entorno	

TURNITIN-VERÓNICA ABANTO

INFORME DE ORIGINALIDAD

13%

INDICE DE SIMILITUD

13%

FUENTES DE INTERNET

3%

PUBLICACIONES

7%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.uct.edu.pe Fuente de Internet	5%
2	hdl.handle.net Fuente de Internet	4%
3	Submitted to Universidad de San Martín de Porres Trabajo del estudiante	1%
4	repositorio.uoosevelt.edu.pe Fuente de Internet	1%
5	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	1%
6	Submitted to Universidad del Sagrado Corazon Trabajo del estudiante	1%
7	www.alz.org Fuente de Internet	1%
8	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	1%

Excluir citas

Activo

Excluir coincidencias < 1%

Excluir bibliografía

Activo