

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de Ciencias de la Salud

Escuela Profesional de Psicología



TESIS

| | | |
|-------------------------------|---|--|
| Título | : | “Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019” |
| Para optar el | : | Titulo Profesional en Psicología |
| Autores | : | Bach. Echevarría Laureano Jakeline Mayra Bach. Solano Condor Elizabeth |
| Asesores | : | Dra. Leda Javier Alva Mg. Freyshia Katherine Arroyo Neyra |
| Línea de Investigación | : | Salud Mental en Contextos Pluri y Multiculturales |
| Fecha de inicio y culminación | : | Enero, 2019 – Mayo, 2019. |

Huancayo – Perú, 2019-Mayo

DEDICATORIA

A nuestros padres, por su amor, trabajo y sacrificio en todos estos años, gracias a ustedes hemos logrado llegar hasta aquí y convertirnos en lo que somos. Es un orgullo y privilegio ser sus hijas, son los mejores padres.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida, por guiarnos a lo largo de nuestra existencia, ser el apoyo y fortaleza en aquellos momentos de dificultad y de debilidad.

Gracias a nuestros padres: María y Coco; y, Julia y Víctor, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

A nuestros docentes de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana los Andes, por haber compartido sus conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra profesión, de manera especial, a las psicólogas Leda y Freyshia quienes nos han guiado con su paciencia y su rectitud como docente.

Las Autoras

INTRODUCCIÓN

En la actualidad la esperanza de vida ha ido en aumento, incrementándose de esta manera la población en relación a los adultos mayores, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) mencionó que existe resultados con modificaciones demográficas en las últimas décadas en Perú, según la edad y sexo en la población surgiendo cambios significativos. Específicamente respecto a la población adulta mayor que en el año 1950 fue 5,7% y hasta el año 2017 era 10.1%.

El deterioro cognitivo se define como una disminución sobre las funciones cognitivas que se pueden presentar en la vejez. Las diversas funciones de cognición que se encuentran mermadas parten de lo biológico y generan un cambio estructural comprobable, a consecuencia quedan comprometidos varios planos de la vida del ser humano como el psicológico y el social (Camargo y Laguado, 2016)

Con esta visión se realizó la articulación de diversos aportes sobre deterioro cognitivo, enfocando de forma especial a la memoria, la atención y la capacidad de procesamiento de la información, las cuales se determinan como las funciones cognitivas principalmente comprometidas en el deterioro cognitivo. Así mismo fue necesario conocer los datos sociodemográficos de las personas quienes participaron de la investigación para compararlas y comprobar si pudieran ser las causantes del aceleramiento del deterioro cognitivo en la población de adultos mayores.

Con tan valiosa información nos aventuramos a realizar esta investigación, con la intención de generar aportes desde el área psicológica al estudio del adulto mayor. En el cual se tuvo como objetivo determinar si existían diferencias en el nivel

de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de la ciudad de Huancayo en el 2019.

Para su mejor análisis, la investigación se dividió en cinco capítulos, en el primer capítulo se halla el planteamiento del problema, la formulación del problema y los objetivos, en el segundo capítulo se encuentran el marco teórico, en el tercer capítulo se plasmaron las hipótesis, en el cuarto capítulo se encuentra la metodología y finalmente en el quinto capítulo se ubican los resultados. Asimismo, en la parte final, se puede hallar el análisis y discusión de resultados, así como las conclusiones y recomendaciones.

Las Autoras.

CONTENIDO

| | |
|---|-------------|
| Dedicatoria..... | ii |
| Agradecimiento..... | iii |
| Presentación..... | iv |
| Contenido..... | vi |
| Contenido de figuras..... | viii |
| Contenido de tablas..... | viii |
| Resumen..... | ix |
| Abstract..... | x |
| CAPITULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA | 11 |
| 1.1 Descripción de la realidad problemática..... | 11 |
| 1.2 Delimitación del problema..... | 13 |
| 1.3 Formulación del problema | 13 |
| 1.3.1 Problema general..... | 13 |
| 1.3.2 Problemas específicos..... | 13 |
| 1.4 Justificación | 14 |
| 1.5 Objetivos | 15 |
| 1.5.1 Objetivo general | 15 |
| 1.5.2 Objetivos específicos..... | 16 |
| CAPITULO II. MARCO TEÓRICO..... | 17 |
| 2.1 Antecedentes..... | 17 |
| 2.1.1 Antecedentes internacionales | 17 |
| 2.1.2 Antecedentes nacionales..... | 21 |
| 2.2 Bases teóricas o científicas | 24 |
| 2.3 Marco conceptual..... | 38 |
| CAPITULO III. HIPÓTESIS..... | 39 |
| 3.1 Hipotesis Genersl | 39 |
| 3.2 Hipotesis Especifica..... | 39 |
| 3.3 Variable..... | 40 |
| CAPITULO IV. METODOLOGÍA..... | 42 |
| 4.1 Metodo de investigación..... | 42 |
| 4.2 Tipo de investigación..... | 42 |
| 4.3 Nivel de investigación..... | 43 |
| 4.4 Diseño de Investigación..... | 43 |

| | | |
|-----|--|-----------|
| 4.5 | Población y muestra..... | 44 |
| 4.6 | Técnicas e instrumentos de recolección de datos..... | 46 |
| 4.7 | Técnicas de procesamiento y análisis de datos..... | 49 |
| 4.8 | Aspectos éticos de la investigación..... | 49 |
| | CAPITULO V. RESULTADOS..... | 50 |
| 5.1 | Descripción de resultados..... | 50 |
| 5.2 | Contrastación de hipótesis..... | 57 |
| | ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS..... | 68 |
| | CONCLUSIONES..... | 79 |
| | RECOMENDACIONES..... | 82 |
| | REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS..... | 84 |
| | ANEXOS..... | 88 |
| | Matriz de Consistencia | 89 |
| | Matriz de Operacionalización de la variable | 91 |
| | Matriz de Operacionalización del Instrumento..... | 92 |
| | Confiabilidad válida del instrumento | 96 |
| | Data de procesamiento de datos | 107 |
| | Consentimiento informado | 108 |
| | Fotos de la aplicación del instrumento | 109 |

CONTENIDO DE FIGURAS

| | |
|---|--------------------------------------|
| Figura 1 Distribución de la muestra por sexo..... | 51 |
| Figura 2 Distribución de la muestra por edad..... | 52 |
| Figura 3 Distribución de la muestra según nivel de estudios | 53 |
| Figura 4 Distribución de la muestra según compañía..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Figura 5 Distribución de la muestra institucionalizados o no | 55 |
| Figura 6 Distribución de la muestra según Deterioro Cognitivo | 57 |

CONTENIDO DE TABLAS

| | |
|--|--------------------------------------|
| Tabla 1 Distribución de la muestra por sexo | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 2 Distribución de la muestra por edad..... | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 3 Distribución de la muestra según nivel de estudios | ¡Error! Marcador no definido. |
| Tabla 4 Distribución de la muestra según compañía..... | 54 |
| Tabla 5 Distribución de la muestra institucionalizados o no..... | 55 |
| Tabla 6 Niveles de deterioro cognitivo en adultos mayores..... | 56 |
| Tabla 7 Deterioro cognitivo y variables sociodemograficas | 58 |
| Tabla 8 Tabla cruzada sexo y deterioro cognitivo..... | 59 |
| Tabla 9 Prueba de Chi cuadrada..... | 59 |
| Tabla 10 Tabla cruzada edad y deterioro cognitivo | 61 |
| Tabla 11 Prueba de Chi cuadrada..... | 61 |
| Tabla 12 Tabla cruzada estudios y deterioro cognitivo | 63 |
| Tabla 13 Prueba de Chi cuadrada..... | 63 |
| Tabla 14 Tabla cruzada compañía y deterioro cognitivo | 65 |
| Tabla 15 Prueba de Chi cuadrada..... | 65 |
| Tabla 16 Tabla cruzada institucionalización y deterioro cognitivo..... | 66 |
| Tabla 17 Prueba de Chi cuadrada..... | 67 |

RESUMEN

En las últimas décadas los cambios en la demografía nos alertan a prestar mayor atención a las necesidades de la población, en especial al de los adultos mayores. Ya que supone un problema de salud pública y un reto por los requerimientos de atención, cuidado e incremento de costos, y por ser un reto para los servicios sanatorios y sociales. Por ello el problema planteado en esta investigación fue ¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019? En consecuencia, nos trazamos como objetivo determinar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel de estudios, compañía familiar e institucionalización; en adultos mayores. La investigación fue descriptivo comparativo, donde se tuvo como muestra a 62 adultos mayores de Huancayo. El instrumento empleado fue la Prueba de la Moneda Peruana. Los resultados indican que los varones presentan un mayor deterioro cognitivo, a mayor edad el nivel de deterioro cognitivo es mayor, a mayor nivel de estudios el nivel de deterioro cognitivo es menor, los adultos mayores con menor nivel de deterioro cognitivo son aquellos que viven en compañía de al menos un familiar, y por último se evidencia que los adultos que se encuentran institucionalizados tienden a presentar un mayor nivel de deterioro cognitivo. En conclusión, podemos afirmar que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel de estudios, compañía familiar e institucionalización.

Palabras Clave: Deterioro Cognitivo, variables sociodemográficas, adulto mayor.

ABSTRACT

In recent decades, changes in demography have alerted us to pay greater attention to needs of the population, especially the elderly. Since it supposes a public health problem and a challenge for the requirements of attention, care and increase of costs, and for being a challenge for the sanatorium and social services. "Because of this, the problem posed in this investigation was Are there differences in the level of cognitive impairment according to sociodemographic variables in older adults of Huancayo, 2019? Consequently, we set ourselves the objective of determining if there are differences in the level of cognitive deterioration according to the sociodemographic variables sex, age, educational level, family company and institutionalization; in older adults. The present investigation was comparative descriptive, where we had access to a population of 74 older adults of Huancayo. The instrument used was the Test of the Peruvian Currency. The results indicate that men presented a greater cognitive deterioration, Also, at an older age the level of cognitive deterioration is higher, while at a higher level of studies the level of cognitive deterioration is lower; On the other hand, it is affirmed that older adults with a lower level of cognitive impairment are those who live in the company of at least one family member, and finally it was found that adults who are institutionalized tend to have a higher level of cognitive impairment. In conclusion, we can affirm that there are differences in the level of cognitive deterioration according to the sociodemographic variables sex, age, educational level, family company and institutionalization.

Key words: Cognitive impairment, sociodemographic variables, older adult.

CAPITULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la realidad problemática

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018) Entre 2015 y 2050, el porcentaje de los habitantes del planeta mayores de 60 años casi se duplicará, pasando del 12% al 22%. La Encuesta Nacional de Hogares (ENAH, 2014) afirma que alrededor del 39,1% de los domicilios son integrados por al menos algún adulto mayor de 60 años y en otros casos superiores a los 60 años, y en un 8,1% los hogares cuentan con algún adulto mayor de 80 años y mayores a este.

El Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2018) menciona que, en el Perú, al noveno mes del año pasado alrededor del 41,0% de los hogares peruanos tenía, entre sus integrantes, por lo menos a una persona de entre 60 y más años de vida. Existen resultados con modificaciones demográficas en las últimas décadas en el Perú, específicamente respecto al envejecimiento que va en aumento,

es decir, que la población adulta mayor en el año 1950 era 5,7% y para el año 2018 fue 10,4%. Es por este motivo, que los gobiernos deben contar con una mayor preparación frente a estos cambios que se vienen presentando los últimos años.

La Encuesta de Salud y Bienestar del Adulto Mayor (ESBAM, 2012) se establece como la primera encuesta que es aplicada en el Perú, y que tiene como población determinada a los adultos mayores. Esta logró medir las condiciones socio económicas del mismo, y su calidad de vida (comprendiendo este como salud física y emocional). La encuesta se establece como un hito sobre la generación de evidencia y la toma de decisiones de una población vulnerable como esta, y que de forma usual no se determina como relevante para el ámbito de políticas sociales.

Con esta encuesta se realizaron varios hallazgos importantes, como los referidos a la educación, afirma que alrededor de un 70% de adultos mayores tiene primaria incompleta o un grado inferior. Sobre la salud física y emocional, se reporta que un 60% indica contar con una salud deteriorada o mala, y menos de la mitad de estos cuenta con alguna clase de tratamiento. Lamentablemente esta encuesta dista mucho de las reformas que se están logrando en el país para brindar una mejor calidad de vida al adulto mayor.

Hoy en día si no se estudia la evolución psicológica del adulto mayor, no se prevenen sus características, que de forma natural se tiende al deterioro de las funciones psíquicas con el avance de la edad, se corre un alto riesgo de tener adultos mayores con problemas en la salud mental, lo que significa un problema para la familia y la sociedad.

Es ahí donde nace el interés por realizar esta investigación en una población apartada por la sociedad, los datos que se presentan indican que hay un excesivo

crecimiento de la población de adultos mayores en Perú, y sin embargo existe una limitada cantidad de investigaciones que se dediquen al estudio y análisis del adulto mayor en las diversas instituciones y la escasa difusión de los programas para los adultos mayores dirigidos por el estado. Teniendo en cuenta estos criterios, nos motivamos a emprender la investigación realizada.

1.2 Delimitación del problema

Temática o conceptual

Esta investigación procuro realizar el estudio del deterioro cognitivo en los adultos mayores y las variables sociodemográficas sexo, edad, nivel de estudios, compañía familiar, institucionalización.

Espacial

El espacio en el que se desarrolló esta investigación y se obtuvo información valiosa fue en la Ciudad de Huancayo.

Temporal

El periodo en el que se desarrolló esta investigación fue en el presente año.

1.3 Formulación del problema

1.3.1 Problema general

¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019?

1.3.2 Problemas específicos

- ¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el sexo en los adultos mayores de Huancayo, 2019?

- ¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la edad en los adultos mayores de Huancayo, 2019?
- ¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel educativo en los adultos mayores de Huancayo, 2019?
- ¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la compañía en los adultos mayores de Huancayo, 2019?
- ¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Huancayo, 2019 institucionalizados y no institucionalizados?

1.4 Justificación

Justificación social

Esta investigación pretende ser ejemplo para que los demás estudiantes puedan desarrollar investigaciones que contribuyan al crecimiento de la sociedad de su entorno, realizando investigaciones que abran más campos que explorar y no quedarnos en problemas triviales que ya lo han venido investigando por muchos años de manera repetitiva, mientras que poblaciones como los adultos mayores son raras veces investigadas o tomadas en cuenta. Por otro lado, el estudio servirá como guía a la sociedad y centros de atención integral para el adulto mayor, de manera que se proponga la creación de programas relacionados con la promoción y prevención del deterioro cognitivo que afecta la salud mental del adulto mayor en nuestra sociedad.

Justificación teórica

La investigación realizada constituye un importante aporte teórico porque sus resultados permitirán contar con un antecedente para estudios posteriores relacionados con la variable deterioro cognitivo, muy poco investigada en nuestro contexto.

Justificación metodológica

La investigación se realizó en aras de crear conciencia en la evaluación adecuada y oportuna de los factores sociodemográficos que acompañan los casos de deterioro cognitivo en los adultos mayores en nuestra sociedad. Para ello, se otorgó validez y confiabilidad a la “Prueba de la Moneda Peruana” para ser empleada en pruebas de cribado en adultos mayores a 60 años de la ciudad de Huancayo.

1.5 Objetivos

1.5.1 Objetivo general

Determinar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019.

1.5.2 Objetivos específicos

- Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores de Huancayo, 2019
- Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la edad en los adultos mayores de Huancayo, 2019
- Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel educativo en los adultos mayores de Huancayo, 2019
- Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la compañía en los adultos mayores de Huancayo, 2019
- Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Huancayo, 2019 institucionalizados y no institucionalizados.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes

2.1.1 Antecedentes internacionales

Portillo (2015) en su tesis doctoral “Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo”, analizó el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de la Parroquia Olegario Villalobos en Maracaibo, Venezuela. Empleando el examen cognitivo de Cambridge-revisado (CAMCOG-R) y el Mini Examen de Estado Mental o Minimental (MMSE), determinó el DCL en una muestra constituida por 498 adultos mayores, durante el período de mayo a diciembre de 2008, así como el registro de múltiples variables sociodemográficas. Indicando como resultado que los adultos mayores con edades comprendidas entre 65-74 años reflejaron menor deterioro cognitivo en comparación con los de 75 años en adelante. No hubo diferencias importantes con el DCL en cuanto al género.

El estrato con mayor presencia de DCL correspondió a los adultos mayores sin nivel de instrucción. El DCL fue menor en los adultos mayores casados. No se encontró asociación significativa entre nivel socioeconómico y DCL. Después de desarrollar el análisis del DCL, se concluyó que las variables sociodemográficas como la edad a partir de 75 años, y el hecho de vivir solos, o ser viudos, añadida al grado de instrucción son factores de riesgo para el DCL.

Cardona et al (2016) en su investigación “Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia” se plantearon como objetivo: Analizar el estado de salud del adulto mayor que posibilite la focalización e intervención oportuna, en la búsqueda de un envejecimiento saludable para todos. Utilizando como método un enfoque cuantitativo, se realizó un estudio observacional, descriptivo transversal de fuente primaria, encuestando a 4.248 adultos mayores de 60 años de edad, residentes en las nueve subregiones del departamento de Antioquia, Colombia y la ciudad capital en el segundo semestre del año 2012. Realizaron análisis univariados, bivariados y multivariados, en el cálculo de medidas estadísticas y epidemiológicas, intervalos de confianza y pruebas estadísticas menores del 5%.

Obteniendo como resultados que uno de cada cuatro presentó riesgo de depresión, uno de cada tres tenía riesgo de ansiedad, ocho de cada diez presentaron deterioro cognitivo, principalmente leve, y riesgo nutricional en igual proporción. Se evidenció todo tipo de maltrato contra los adultos mayores, siendo mayor el psicológico. Concluyen que el estado de salud de la persona mayor se ve más afectado por los riesgos en la salud mental que en la física, que permiten el direccionamiento de las políticas públicas y una mejor distribución de recursos en la

búsqueda del mejoramiento en su calidad de vida y un envejecimiento digno, diferenciando por la región de residencia.

Camargo y Laguado (2016) desarrollaron un artículo acerca del “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia”, para la revista *Universidad y salud* de la Universidad Cooperativa de Colombia. Cuyo objetivo fue determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia. El estudio fue cuantitativo con diseño descriptivo, de corte transversal, con una población de 165 y una muestra de 60 adultos mayores de dos hogares para ancianos, cuyos criterios de inclusión fueron: edad entre 65 y 95 y más años, presencia o ausencia de patología crónica.

Utilizaron el muestreo no probabilístico por conveniencia, y se aplicaron el instrumento: MMSE (Examen Cognoscitivo Mini-Mental). Los resultados fueron que la población adulta mayor que participaron en el estudio oscilan entre las edades de 75 a 94 años, existiendo predominio del género masculino; la mayoría se encontraban en nivel básico primario, tenían contacto familiar, el tiempo de institucionalización fue de 1 a 5 años. Concluyendo que el 41,7% de los adultos mayores estudiados presentaron deterioro cognitivo grave y requieren intervenciones de enfermería enfocadas en la terapia cognitiva.

Mias et al (2017) realizaron la investigación “Detección de Deterioro Cognitivo y factores demográficos asociados en adultos mayores de 50 años de la Región del Alto Valle: Neuquén y Río Negro” en la Universidad Nacional de Córdoba en Argentina, como objetivo se propusieron: 1) Establecer prevalencia de

Deterioro Cognitivo Leve en la población estudiada; 2) Determinar factores de riesgo y protectores asociados a los problemas de memoria. Realizaron un estudio transeccional de tipo exploratorio, ex post facto. Participaron adultos mayores de 50 años de ciudades de la región del Alto Valle. Con una muestra de Tipo accidental con 113 participantes voluntarios.

Se llevaron a cabo análisis estadístico descriptivo e inferencial y análisis de regresión logística. Como instrumentos se utilizaron pruebas neuropsicológicas multifunción, Escalas conductuales de Depresión (Yesavage), Actividades Instrumentales (Lawton), Quejas de Memoria (Marotto), y Quejas Ejecutivas (Mias). Los resultados mostraron que el 77% resultó cognitivamente normal. Se destaca el hallazgo de un 6,19% con DCL tipo Memoria, un 12,39% con DCL tipo Multidominio, y un 3,54% con DCL tipo No Memoria. Resultaron asociados al estado cognitivo las variables género masculino, edad, instrucción; hábito de fumar, y disminución de AVD instrumentales. El DCL presenta mayor puntaje en depresión y quejas ejecutivas.

Las conclusiones permiten establecer que un 23% de personas de la población estudiada del Alto Valle tiene mayor riesgo de demencia posible, en los próximos años. Se identifican variables asociadas al deterioro que pueden considerarse en acciones preventivas.

Barrera (2017) en su investigación “Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor” en Ambato, Ecuador; efectuó un análisis del nivel de influencia del deterioro, de tipo cognitivo, del adulto mayor sobre su calidad de vida. La metodología aplicada fue de tipo correlacional, la población se conformó en base a 35 adultos mayores, de los cuales 29 son mujeres y 6 hombres. Los

resultados indican que los niveles de deterioro, de tipo cognitivo, en el adulto mayor se muestran de la siguiente forma: el deterioro cognitivo discreto se encontró en un 51% en los adultos mayores, el deterioro cognitivo leve se encuentra en un 29%, el deterioro cognitivo moderado se presenta en un 17%, y de manera normal en el 3%.

Se concluye que el deterioro afecta directamente en la memoria a corto plazo y en la orientación espacial, asimismo al relacionar el nivel de deterioro cognitivo con el índice de calidad de vida, las personas evaluadas presentan en su mayor parte un discreto déficit y calidad de vida menor, esto se debe a que no se presenta deterioros marcados influyentes en las condiciones de vida del adulto mayor, esto hace que afirme que la calidad de vida no se ve afectada de manera significativa por el deterioro, de tipo cognitivo.

2.1.2 Antecedentes nacionales

Rubín (2015) determinó la relación existente entre el deterioro cognitivo del adulto mayor y los factores de riesgo asociados. El método aplicado fue descriptivo. El estudio se desarrolló con una población conformada por 98 adultos mayores. Aplicando una encuesta sociodemográfica empleándose la escala de Pfeiffer para la recolección de datos. Los resultados obtenidos fueron que el 70,4% presentan un deterioro cognitivo y el 57,1% encontraron como factores de riesgo a los aspectos sociales y culturales. Finalmente, la investigación concluyó en que los factores de riesgo poseen una relación con el deterioro cognitivo geriátrico.

Oscanoa (2016) realizó la adaptación peruana del test de la moneda en el tamizaje de trastorno cognitivo en adultos mayores a 60 años, en el hospital Guillermo Almenara Irigoyen. El estudio realizado fue de Fase I de evaluación de prueba diagnóstica con muestreo por conveniencia y cálculo de sensibilidad y especificidad,

con una prevalencia pretest de 50%. Los pacientes estudiados fueron 42 casos y 42 controles, no hubo diferencia significativa entre la edad ni años de educación. Concluyendo que la versión peruana del “Eurotest” denominada “Prueba de la moneda peruana” podría ser útil en el tamizaje de trastorno cognitivo de adultos mayores.

Chuquipul e Izaguirre (2018). en su investigación “Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación-organización social del adulto mayor, Villa Los Reyes, Ventanilla 2018”, se plantearon como objetivo: Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. El tipo de estudio fue cuantitativo y el diseño de estudio correlacional y de corte transversal, la población fue de 120 y la muestra de 50 adultos mayores, el instrumento utilizado fue la encuesta, Test Mini Mental y el SF36.

Obteniendo como resultados que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70%; en cuanto a sus dimensiones como orientación en el tiempo tuvo un 84%, orientación en el espacio 58%, lenguaje/nominación 46% y atención/cálculo 46%; por otro lado la Calidad de vida se evidenció que la categoría que prevaleció es la promedio con un 88%, en relación a sus dimensiones la función física presentó un 74%, dimensión Dolor corporal 80%, dimensión Salud general 60%, dimensión Vitalidad 86 %, dimensión Función social 70 %, dimensión a Salud mental 78 %, dimensión transición de la salud 70 % dando así un resultado de una calidad de vida alta.

Para establecer la relación entre Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida se aplicó la prueba estadística Chi cuadrado que dio un resultado de 0,337 lo cual indica que no existe relación significativa entre ambas variables. Como conclusión señalaron

que no existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, en su mayoría de los adultos mayores tiene deterioro cognitivo moderado y calidad de vida promedio.

Luna y Vargas (2018) desarrollaron la investigación “Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao”. Este estudio fue analítico haciendo uso de datos de fuente secundaria, aplicaron un muestreo probabilístico de tres etapas correspondientes a 1260 adultos cuya edad se encontró a partir de los 60 años en adelante. Asimismo, se empleó como instrumentos el Mini-Mental Status Examination y el Cuestionario de Pfeiffer.

Entre los resultados se pudo encontrar que el 6.7% presentó deterioro cognitivo funcional. Asimismo, diversas características como la edad, el estar desempleado, menos de 8 años de educación y la presencia de un episodio depresivo en el último año, son factores que se asocian al deterioro cognoscitivo. Finalmente se concluye que existen diversos factores que se asocian al deterioro cognitivo, por lo que resulta importante desarrollar y poner en práctica programas preventivos-promocionales para contar con un estilo de vida saludable.

Vilchez (2018) realizó la investigación “Nivel cognitivo del adulto mayor autovalente y su relación con las características sociodemográficas en pacientes que acuden al centro del adulto mayor vitarte de Essalud, Lima-Perú, 2018”, siendo un estudio observacional descriptivo de corte transversal y correlacional en 75 adultos mayores autovalentes que se adecuaron a todos criterios de inclusión. Se utilizó el “test Mini-Mental State” para medir el estado cognitivo, así mismo, también el “Índice de Katz” para determinar la autovalencia y una ficha para los datos sociodemográficos.

Obteniendo como resultados que el 38.7 % presentó deterioro cognitivo y el 61.3 % salió sin problema cognitivo. De los que presentaron deterioro cognitivo según edad, el grupo etáreo de 70 a 79 años se ubicaron en un 62.1%, el género femenino fueron un 89.7% y el nivel de escolaridad primario fue de 65.5%, corresponden al mayor porcentaje con deterioro cognitivo. El nivel cognitivo del adulto mayor autovalente con deterioro cognitivo se relaciona significativamente con las características sociodemográficas, edad, género y nivel de escolaridad, sustentado por pruebas no paramétricas, U de Mann Whitney y Kruskal-Wallis mediante la prueba chi cuadrado con un valor obtenido $p \leq 0.05$.

Llegando a la conclusión de que el nivel cognitivo del adulto mayor autovalente con deterioro cognitivo es alto y se relaciona significativamente con la edad, el género femenino y el bajo nivel de escolaridad.

2.2 Bases teóricas o científicas

2.2.1 Deterioro Cognitivo

La cognición

La cognición es “la acción o proceso mental de adquirir conocimientos a través del pensamiento, experiencias y sentidos”. La teoría cognitiva se encuentra fundamentada, básicamente, en tres principios básicos, estos son: (a) atención, (b) la percepción, y (c) la memoria (Papalia, Wendkos y Duskin, 2010)

La atención se da cuando el niño se enfoca en solo una situación u objeto que encuentra en su entorno. Mediante este proceso fueron establecidas las diversas estructuras de tipo cognitivas. A medida que el ser humano va creciendo debe desarrollar dos habilidades; la de enfocarse en las cosas más relevantes de su entorno

y el poder darse cuenta que puede emplear de su ambiente para desarrollar una actividad específica, y la otra, consiste en la habilidad de ignorar a los estímulos que no les son de utilidad, los cuales solamente conforman distractores. Esta habilidad ayuda al ser humano a desarrollar más partes de su cognición (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010)

En tanto, en la percepción, mediante los sentidos, los seres humanos reciben la información, puede ser por medio del tacto, la vista, el gusto, oído o el olor. Cada persona procesa de manera particular tanto los estímulos como los sentidos que recibe, de esta manera, se posee una interpretación diferente de la percepción. En la percepción algo muy importante es hablar de la discriminación, que consiste en la diferenciación de las similitudes y las diferencias de un estímulo parecido, es de suma importancia al momento de procesar la información debido a que nos ayuda a mejorar la atención.

A un inicio se percibe cualquier estímulo como un todo, por ejemplo, un sonido, pero el ser humano tiene la capacidad para determinar el ritmo, el tono, el volumen, la frecuencia, entre otros, así mismo, también pueden saber si ya oyeron dichos estímulos previamente (Papalia, Wendkos & Duskin, 2010)

La memoria juega un importante rol tanto en el desarrollo de la cognición como en el aprendizaje, esta se relaciona con los esquemas, los cuales son “patrones organizados tanto de conducta como de pensamiento, los cuales se siguen en situaciones particulares”. La percepción y la atención pasan por la memoria para establecer esquemas, que permite la incorporación de nueva información (llamada asimilación) o para realizar modificaciones y cambios en esquemas preestablecidos (conocido como acomodación) (Papalia, Wendkos, & Duskin, 2010).

El adulto mayor

El ser humano pasa por una serie de etapas en todo el trayecto de su vida, la última de ellas es la vejez. En la actualidad se considera que los adultos mayores son personas cuyas edades son superiores a los 60 años. Sobre las diversas afecciones respecto a la vejez, se entienden la pérdida de la audición, visión, dolor en los huesos, neumopatías, diabetes y demencia. Es a mayor vez que crece la posibilidad de tener varias afecciones a la vez. (OMS, 2019)

Señalan López, López y Ariño (2002) la vejez no es sinónimo de enfermedad, pero el aumento de expectativa de vida conlleva, en muchos casos, la aparición de pluripatología que, asociada a las patologías propias de cada persona, disminuyen en mayor o menor medida la funcionalidad y la cognición en las personas de edad avanzada, la adultez comienza en el momento en el que la capacidad física-psicológica supera su momento más álgido y comienza un paulatino proceso de declive. Debido a que este declive se produce en cada individuo de forma distinta, sólo es posible manifestar generalidades acerca del envejecimiento en sí.

Según Erikson (2000) la etapa de la vejez es una de las ocho etapas dentro del ciclo vital. Dentro de su teoría psicosocial, lleva a cabo la descripción de los conflictos de desarrollo a lo largo de la vida de una persona. Estas etapas se denominan como “Confianza/desconfianza”, “autonomía/vergüenza y duda”, “Iniciativa/culpa y laboriosidad”, “Búsqueda de identidad/difusión de identidad”, “Identidad/aislamiento”, “Generatividad/estancamiento”, finalmente la que es de competencia para la investigación “Integridad/desesperación”. Esta se considera como la etapa final del ciclo de la vida, se establece partiendo de los 60 años y llega hasta la

muerte. Indica que dentro de esta etapa se considera un sentido de inutilidad de la biología, debido a que el cuerpo ya no cuenta con la misma resistencia.

Al comenzar este sentimiento se genera dentro de la persona un alejamiento de la sociedad y también el miedo a morir. En la delicada adultez tardía, o madurez, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Primero ocurre un distanciamiento social. Desde un sentimiento de inutilidad existe un sentido de inutilidad biológica debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren, los familiares también, y ello contribuye a la aparición de un sentimiento de desesperanza. Como respuesta a esta desesperanza algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado (Erikson, 2000).

Roselli y Ardilla (2012) indican que los cambios que son producidos sobre la tercera edad dentro de un nivel intelectual, se puede evolucionar de forma usual cuando se tiene un envejecimiento con cambios cerebrales propios de la senectud, o de forma vicia como la demencia, entonces representa cambios atípicos sobre la histología cerebral. El envejecimiento está convirtiéndose en uno de las transformaciones de la sociedad con más significancia en los últimos siglos, y las consecuencias no les afecta solo a ellos sino acarrear un esfuerzo mayor para casi todos los sectores de nuestra sociedad, tanto laboral, económica y demandas de bienes y servicios, así mismo trae cambios en las estructuras familiares y los lazos intergeneracionales.

Según la OMS (2016) el promedio de esperanza de vida al nacer de la población mundial era de 72 años. Pero cuando dividimos este promedio entre hombres y mujeres, la media femenina es de 74 años y dos meses contra los 69 años y ocho meses de los varones. Es decir, la esperanza de vida de las mujeres al nacer supera

la de los hombres en todos los países y en todos los años. Parece ser que los hombres han vivido siempre un poco menos que las mujeres, entre otras razones, por su composición genética.

Una posible razón podría ser el papel que desempeñan los cromosomas que determinan nuestro sexo. Las mujeres tienen cromosomas XX y los hombres tienen XY. Los cromosomas contienen genes. Y los cromosomas X tienen muchos genes que te ayudan a mantenerte con vida. Esto explicaría que biológicamente las mujeres tienen mayor probabilidad de vivir más años que los varones, otras causas podrían ser que las mujeres en todo el mundo viven en promedio 4,4 años más que los hombres porque van al médico con más frecuencia y generalmente cuidan mejor su salud. OMS (2016)

Deterioro cognitivo en el adulto mayor

Fustinoni (2002) citada por Barrera (2017) señala que el deterioro cognitivo comprende la pérdida, modificación, déficit o alteración de las funciones mentales, tales como memoria, orientación, lenguaje, reconocimiento visual, conducta, que interfiere con la actividad e interacción social de la persona afectada.

Las diversas funciones cognitivas son todas aquellas actividades que realizamos al transitar por el medio que nos rodea. Desde esta posición, el ser humano se adapta a su medio desarrollando estrategias, planificando su futuro y evaluando posibles consecuencias. En la actualidad se sigue investigando y tratando de descifrar que procesos cognitivos son los que se ven afectados para que se produzcan cambios en la etapa última de nuestra vida. El envejecimiento cognitivo no es un fenómeno uniforme, ya que el comienzo de los posibles decrementos es muy diverso, el envejecimiento cognitivo de cada persona es diferente (Rosselli & Ardila, 2012)

El deterioro cognoscitivo es cualquier déficit de las funciones mentales superiores. El más común es la queja de memoria. Múltiples causas pueden ser las provocadoras de este tipo de problemas, es por esto que el deterioro cognoscitivo (no la demencia) se puede identificar como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo y hacer el diagnóstico de demencia (Rosselli & Ardila, 2012)

El envejecimiento normal trae consigo una serie de cambios notables, como lo es la pérdida de funciones cognitivas, específicamente en memoria, atención y velocidad de procesamiento de la información. Este es, el deterioro cognitivo del cerebro, el cual depende tanto de factores fisiológicos como ambientales y está sujeto a una gran variabilidad interindividual (Portillo, 2015)

Petersen (1999) consultado por García et al (2006) lo define como “Una forma de síndrome que genera un déficit cognitivo mayor al que se espera para la edad y el nivel cultural que tenga la persona, sin que se alteren diversas actividades del día a día, y sin que se alcancen los criterios de demencia”.

Petersen (1999) consultado por García et al (2006) determinó los criterios para diagnosticar el deterioro cognitivo leve (DCL). Luego de establecer distintos acuerdos y controversias, el International Working Group on Mild Cognitive Impairment, determinó en el simposio de Estocolmo en el año 2003, la utilización de los siguientes criterios:

- Quejas de memoria realizadas por las personas y que hayan sido corroboradas por alguna persona cercana.

- Determinación de un deterioro de la memoria mediante pruebas neurológicas específicas a este fin.
- Conservar cierto grado de normalidad sobre las demás funciones cognitivas.
- Un normal desempeño en diversas actividades del día a día o una afectación inferior sobre las actividades instrumentales.
- No contar con una sospecha de demencia.

Peñas (2007) afirma que el deterioro cognitivo se clasifica en dos que son el normal y el deterioro cognitivo leve:

- ✓ El deterioro cognitivo normal: Donde se mantienen las cualidades de las funciones neurocognitivas, necesarias para que la persona pueda adaptarse al diario vivir.
- ✓ Deterioro cognitivo leve: Donde en el envejecimiento se evidencia la existencia de un declive de las funciones cognitivas y esto sucede en el sistema nervioso, el deterioro cognitivo leve es el que se produce en diferentes áreas, el principal síntoma es el olvido, es indispensable valorar la condición en que se encuentra ya que solo interfiere mínimamente en las actividades instrumentales o avanzadas de la vida diaria, no se asocia a deterioro del nivel de conciencia.

Lo principal que se produce en el deterioro cognitivo leve es un deterioro en la memoria, esto se debe al proceso de envejecimiento, y a factores como puede ser el consumo de sustancias estimulantes,

psicoactivas y medicamentos que con el pasar de los años causan que esta función se deteriore y por lo tanto se produce lo que es un deterioro cognitivo (Peñas, 2007).

Según el Instituto Superior de Estudios Sociales y Socio sanitarios (2016) existen varias causas que produce deterioro cognitivo entre las cuales se menciona:

- Deficiencias funcionales de la corteza pre frontal lateral que altera las capacidades ejecutivas, de atención y concentración.
- Consumo de alcohol u otras sustancias.
- Enfermedades cardiovasculares.
- El estrés psicosocial
- Cambios psicológicos

Samper et al (2011) consultado por Chuquipul e Izaguirre (2018) realizan un estudio del deterioro cognitivo leve en el que se compara a un total de 20 personas con DCL y uno de 20 sin DCL, establecieron que bajos niveles educacionales se encontraban en el grupo de personas que padecían de DCL. Demostraron que personas que contaban con una escolaridad baja, cuentan con 17 veces más de riesgo de sufrir DCL.

Dentro de este estudio se explica la existencia de una reserva cognitiva sobre las personas con un alto grado de estudios, lo cual hace posible que estas toleren cambios del cerebro que se asocian con la edad. Este estudio concluye con la existencia de una reserva cognitiva sobre personas que lograron un alto nivel de estudios, la cual

posibilita la resistencia a cambios del cerebro asociados con la edad. Es por el mismo motivo que las personas con un bajo nivel de estudios tiendan a presentar más DCL

Con respecto al tema se resalta la existencia de dos posturas. Por un lado, una postura que habla del declive irreversible de la inteligencia a medida que avanza la edad y por otro lado una postura más reciente en donde se defiende la idea de que los cambios en la inteligencia si bien se asocian a la edad no son siempre negativos y tampoco son irreversibles, sino que algunas funciones maduran y otras regresan (Barrera, 2017)

Actualmente también podemos afirmar que las actitudes y conductas de las personas cercanas al anciano y el tipo de relaciones de ayuda que le ofrecen, tienen gran influencia en su autonomía. Es decir, grandes niveles de ayuda pueden generar dependencia, la ayuda en vez de reducir la percepción estresante del medio, aumenta la percepción de carencia de recursos para enfrentar sus demandas, pero si por el contrario regalas autonomía a ese anciano él se sentirá útil dentro del hogar y la sociedad (Roselli y Ardilla, 2012)

Bases neuropsicológicas que explican el deterioro cognitivo

Gil (2006) afirma que la explicación se encuentra en que la masa propia del cerebro va disminuyendo conforme va pasando la edad y debido a esta muerte celular la cantidad de neuronas también va disminuyendo. A la vez la tasa de oxígeno que el cerebro consume va disminuyendo a lo largo del tiempo, afectando de forma directa a las neuronas.

La neurona es la base de la actividad eléctrica, el registro se lo encuentra en la base del encéfalo lo que permite el registro de las respuestas eléctricas, las cuales

son provocadas por estímulos sensoriales, visuales, auditivos, somestésicos, los cuales nos permiten medir la amplitud y latencia. La sinapsis, es la comunicación entre una neurona y otra, es mediante unos mensajeros químicos denominados neurotransmisores que circulan desde el final del axón, liberados por una señal eléctrica, hasta su unión con los receptores de otra neurona, a esta comunicación se le denomina sinapsis (Gil, 2006).

La liberación de neurotransmisores puede causar una señal eléctrica, de manera que el mecanismo de comunicación es de eléctrico a químico y a eléctrico. El deterioro cognitivo va apareciendo cuando las neuronas (células nerviosas) van perdiendo su capacidad de funcionamiento y la conexión existente con otras células, es un proceso normal causado con el envejecimiento.

Estudios realizados sobre neuroimagen muestran que el déficit cognitivo se debe a defectos funcionales de la corteza prefrontal lateral, permitiendo que se modifique las capacidades ejecutivas como son la concentración y la atención. En el deterioro cognitivo interviene la acetilcolina, un neurotransmisor que interviene en el proceso de la memoria, el inhibidor de este neurotransmisor es la enzima, la misma que realiza la función de la degradación de la acetilcolina. Posteriormente se produce déficit en la neurotransmisión debido al deterioro cognitivo, esto puede producir una enfermedad vascular en el cerebro, como es la enfermedad de Alzheimer.

El glutamato es otro neurotransmisor que interviene en la formación de la memoria, es el que se encarga del proceso de aprendizaje, la larga liberación de este neurotransmisor no fisiológica provoca enfermedades neurodegenerativas, y por lo tanto pérdida de la memoria que puede producir un deterioro cognitivo (Gil, 2006).

Los diversos trastornos neurocognitivos se establecen como los que no se encuentran presentes en la persona desde el inicio, es decir que esta no contó con este trastorno desde el momento de nacimiento, si no que se ha rendido en este aspecto cognitivo con el pasar de los años. Indican que se abre una ventana cuando se llega a la vejez en la que existe este pasaje. El factor más relevante de riesgo sobre el Alzheimer es la avanzada edad, que, en conjunción con una mayor población de adultos mayores, forman directamente un aumento de la cantidad de personas con Enfermedad de Alzheimer (Roselli y Ardilla, 2012)

Evaluación del deterioro cognitivo

Tárraga y Boada (2004) citado por Calvo et al (2011) afirman que la práctica de estimulación cognitiva puede establecerse como una herramienta de gran utilidad, no solo en la demencia sino mucho más antes con la presencia de un deterioro cognitivo. Las diversas directrices internacionales para el logro de la práctica clínica sobre el tratamiento de la demencia establecen la aplicación de las distintas intervenciones que generan una superior autonomía funcional y generan una mejora sobre el estado afectivo con el que cuentan los pacientes, y los cuidadores de estos. No se establece aún la existencia de evidencia sobre la forma de las intervenciones cognitivas.

Pero, empiezan a existir datos en la literatura con respecto a la eficacia de la aplicación de estas técnicas (lograría una mejora del recuerdo de tareas o información relevante, en la memoria) y el posible efecto de estos sobre la evolución del padecimiento. Se logra ver que mantener a la persona que cuenta con este padecimiento, activa, desde el punto de vista tanto intelectual como físico puede minimizar o hacer más lento el desgaste cognitivo funcional, generando un estímulo

de las áreas preservadas y evitando el desuso que puede ser consecuencia de la falta de competencia en diversas funciones.

Esta teoría tendría un respaldo avalado por estudios que indican como la participación seguida en actividades que ejercen un estímulo sobre la cognición (leer, jugar ajedrez, visitar museos, etc.) pueden minimizar el riesgo de padecer la enfermedad de Alzheimer y demencia sobre personas ancianas Calvo et al (2011).

Finalmente decir que todo lo explicado anteriormente realiza la justificación de la necesidad de intervenir sobre este caso a través de un programa de estimulación cognitiva en personas con deterioro cognitivo propensos a padecer en algún momento enfermedades cognitivas como el Alzheimer, ya que, aunque en el contexto de esta enfermedad muy pocas veces se pueden observar mejorías, lo que se busca es realizar una intervención con pacientes que cuentan con un deterioro cognitivo inferior, realizando un estímulo sobre las capacidades residuales, con el objeto de compensar el déficit y mantener estas activas, ya que no son ejercitadas de manera espontánea.

El temprano diagnóstico es muy importante y, para ello, se requiere de instrumentos adecuados que detecten el trastorno cognitivo. Para la evaluación del síndrome demencial en las personas adultas mayores existen diversos instrumentos que se emplean como el Minimal state examination (MMSE) o test de Folstein, dado que su tiempo de aplicación es breve, sirven para discriminar a aquellos pacientes que requieren de una evaluación cognoscitiva ulterior y en forma más detallada, con los otros exámenes neuropsicológicos disponibles. El MMSE es el instrumento más usado en el tamizaje de demencia en adultos mayores y se ha constituido en un instrumento válido tanto en estudios clínicos como epidemiológicos (Oscanoa et al, 2016)

De manera general, las pruebas mencionadas están diseñados para personas alfabetas, pero su utilidad es discutible en personas analfabetas o con muy bajo nivel educativo; existen muy pocas pruebas validadas en estas personas, uno de ellos es el "test del dinero" creado por Carnero et al. en España, que inicialmente utilizó pesetas (las monedas en vigor en España) y posteriormente se adaptó al sistema monetario euro, denominándose en adelante "eurotest".

El eurotest es una prueba breve, que evalúa la capacidad manipulativa y de cálculo con monedas de curso legal y diario. Existen estudios de su validación con monedas propias de algunos países. Iturra et al. validaron el eurotest en moneda chilena, encontrando una sensibilidad de 93% y una especificidad de 90%, con una prevalencia pretest del 50%. Además, existe el renminbi test que es la adaptación del eurotest a la moneda china (Oscanoa et al, 2016).

Y en Perú, Oscanoa et al. adaptaron el test al contexto peruano (prueba de la moneda peruana) en el tamizaje del trastorno cognitivo en adultos mayores, presentando una sensibilidad de 90,5% y especificidad de 83,3 % con punto de corte de 24, convirtiéndolo en una prueba útil en el tamizaje de trastorno cognitivo de adultos mayores.

Es por ello que dentro de la presente investigación se consideró el uso del instrumento "Prueba de la moneda peruana" por ser un instrumento útil, de corto tiempo de evaluación y que no presenta criterios de exclusión como el grado de instrucción, criterio que impide a otros test evaluar a las personas, excluyéndolas así de sus estudios o no encontrando resultados factibles o de manera oportuna. Asimismo, toda exploración y diagnóstico de deterioro cognitivo debería tomar en cuenta el estilo de vida del adulto mayor, concretamente cuales son las variables sociodemográficas

que lo caracterizan, como la edad, el sexo, el nivel educativo, el estado civil, etc. Ya que estos factores contribuyen enormemente en el inicio o rapidez con el que puede darse el proceso de deterioro cognitivo por el que atravesará todo ser humano.

2.2.2 Variables sociodemográficas

Son las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio (Rubin, 2015).

Las variables sociodemográficas que se van a considerar en esta investigación serán las siguientes:

- **EDAD:** La Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como adulta mayor a toda persona mayor de 60 años (Varela y Tello, 2011)
- **SEXO:** Apunta a las características fisiológicas y sexuales con las que nacen mujeres y varones. (Unicef, 2011)
- **NIVEL EDUCATIVO:** Según la ley general de educación, el Sistema Educativo comprende las siguientes etapas: La Educación Básica Regular, que es la modalidad que abarca los niveles de Educación Inicial, Primaria y Secundaria; y la Educación Superior que abarca universidades, institutos. Teniendo en cuenta estas definiciones para fines de la investigación se tomará en cuenta los siguientes: nivel inicial, nivel primario, nivel secundario y nivel superior (universitario, técnico, militar) (Ley General de Educación, 2003)

- **COMPañÍA:** La compañía está asociada a la cantidad de familiares que viven cerca del adulto mayor, aunque también existe la posibilidad de que vivan solos. Para este caso, se espera contar con adultos mayores que cuentan con compañía familiar, si es el caso de vivir solos o en compañía de otros adultos mayores dentro de una casa hogar.
- **INSTITUCIONALIZACIÓN:** La institucionalización se entiende como la participación del adulto mayor dentro de alguna entidad, de cual cumple sus normas, costumbres, o deberes. Un adulto mayor institucionalizado es aquel que vive dentro de una casa de reposo o asilo, mientras que aquellos que viven en sus casas no lo son.

2.3 Marco conceptual

Deterioro cognitivo. Petersen (1999) consultado por García et al (2006) lo define como “Una forma de síndrome que genera un déficit cognitivo mayor al que se espera para la edad y el nivel cultural que tenga la persona, sin que se alteren diversas actividades del día a día, y sin que se alcancen los criterios de demencia”.

Factores sociodemográficos. Son las características asignadas a la edad, sexo, educación, ingresos, estado civil, trabajo, religión, tasa de natalidad, tasa de mortalidad, tamaño de la familia, y la edad de matrimonio (Rubin, 2015).

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1 Hipótesis general

H₀ No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019.

H_i Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019.

3.2 Hipótesis específicas

– (H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores de Huancayo, 2019

- (H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la edad en los adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la edad en los adultos mayores de Huancayo, 2019
- (H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel educativo en los adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel educativo en los adultos mayores de Huancayo, 2019
- (H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la compañía en los adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la compañía en los adultos mayores de Huancayo, 2019
- (H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Huancayo, 2019 institucionalizados y no institucionalizados.

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Huancayo, 2019 institucionalizados y no institucionalizados.

3.3 Variable: Deterioro cognitivo

Definición Conceptual

Petersen (1999) consultado por García et al (2006) lo define como “Una forma de síndrome que genera un déficit cognitivo mayor al que se espera para la edad y el

nivel cultural que tenga la persona, sin que se alteren diversas actividades del día a día, y sin que se alcancen los criterios de demencia”.

Definición Operacional

El deterioro cognitivo comprende el puntaje medio obtenido en la “Prueba de la Moneda Peruana” dirigido a evaluar componentes tales como el conocimiento de aspectos generales, el cálculo de operaciones básicas y la memoria establecida como el recuerdo de las actividades realizadas, como lo refiere la versión adaptada del Eurotest: “Prueba de la moneda peruana” Oscanoa et al (2016).

Dimensiones:

El deterioro cognitivo se evaluó teniendo en cuenta los siguientes componentes:

- **CONOCIMIENTO:** Es el proceso de averiguar por el ejercicio de las facultades intelectuales la naturaleza, cualidades y relaciones de las cosas.
- **CÁLCULO:** La capacidad de resolver problemas y la velocidad con la que se procesa una información.
- **RECUERDO:** Proceso de almacenar información en la memoria de trabajo, episódica y de recuerdo libre o en la memoria icónica (a corto plazo).

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1 Método de investigación

El Método de investigación es de tipo descriptivo - transaccional, donde para la investigación se realizó un corte transversal en el tiempo, es decir, se tomó en un solo momento para los fines de la investigación; siendo descriptivo ya que recogimos la información, la sistematizamos, la ordenamos y la analizamos, pero no realizamos cambios en la realidad (Sánchez y Reyes, 2009)

4.2 Tipo de investigación

De acuerdo con Sánchez y Reyes (2009) esta investigación es de tipo aplicada ya que busca conocer para construir, actuar y modificar la realidad; es de su interés la aplicación inmediata sobre una realidad imprevisible, se caracteriza por su interés en la aplicación de los conocimientos teóricos a determinada situación concreta y las consecuencias prácticas que de ella se deriven. Entonces dada esta descripción, el tipo

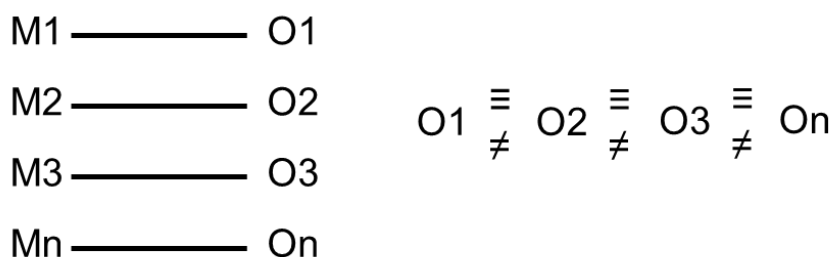
de investigación es aplicada, debido a que los resultados de la investigación se podrán aplicar de manera práctica para mejorar la calidad de vida de los pacientes.

4.3 Nivel de investigación

El nivel de la investigación es descriptivo. Sánchez y Reyes (2009) establecen que en este nivel se describen los datos y características de la población o fenómeno en estudio. toda vez que se comparó el deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas de los adultos mayores. Este nivel de investigación responde a las preguntas: quién, qué, dónde, cuándo y cómo.

4.4 Diseño de la investigación

La investigación tiene un diseño descriptivo comparativo. Donde se recogió información actualizada de la muestra según cinco variables sociodemográficas (sexo, edad, nivel de estudios, compañía, institucionalización), en relación con un mismo objeto de estudio el deterioro cognitivo, y se caracterizó en base a una comparación. Estos casos sirven para estudios de diagnóstico descriptivo comparativo, y el establecimiento de características sobre la base de diversos factores (Sanchez y Reyes, 2009).



Donde M1, M2, M3, Mn, representan a cada una de las muestras según las variables sociodemográficas; O1, O2, O3, On, las observaciones recolectadas en cada

una de las muestras. Las observaciones O1 a On en la parte lateral del diagrama nos indica las comparaciones que se llevan a cabo entre cada una de las muestras, pudiendo estas observaciones, resultados o información ser: iguales (=) diferente (\neq) o semejante (\sim) con respecto a la otra.

4.5 Población

La población de la investigación estuvo compuesta por un total de 74 adultos mayores asistentes a un taller en el hospital “Daniel Alcides Carrión” y los adultos mayores institucionalizados en la casa hogar “San Vicente de Paul” de la ciudad de Huancayo.

Muestra

El muestreo utilizado en la investigación fue el probabilístico aleatorio simple debido a que se contaba con el listado de adultos mayores de la población, donde se otorgó a cada uno de ellos una balota y luego mediante el sistema de sorteo se pudo seleccionar a todos los individuos que constituyeron la muestra.

La muestra de la investigación se obtuvo a través de la fórmula estadística para población finita utilizando un margen de error del 0.05%.

Cálculo de la muestra:

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

En donde:

n= Tamaño de muestra

Z= Valor Z curva normal (1.96)

P= Probabilidad de éxito (0.50)

Q= Probabilidad de fracaso (0.50)

N= Población (74)

E= Error muestral (0.05)

Sustituyendo la fórmula:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.50) (0.50) (74)}{(1104 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.50) (0.50)}$$

$$n = 62,18$$

El total de la muestra de la investigación fue de 62 adultos mayores.

Dentro de la población también se establecieron criterios de inclusión y exclusión tales como:

Criterios de inclusión:

- Posibilidad y disposición de desarrollar las actividades solicitadas.
- Adultos mayores de 60 años a más
- Adultos mayores que conozcan las monedas actuales del Perú.

- Adultos mayores de sexo masculino y femenino
- Adultos mayores que viven solos, en compañía de al menos algún familiar o en compañía de algún otro adulto mayor dentro de una casa de reposo.
- Adultos mayores que asisten al taller del adulto mayor en el hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo.
- Adultos mayores que viven en la casa hogar San Vicente de Paul de Huancayo.

Criterios de exclusión:

- Imposibilidad para realizar las actividades establecidas en el instrumento.
- Adultos menores a 60 años.
- Adultos mayores con alguna discapacidad física que le impida realizar las tareas solicitadas.

4.6 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Hernández et al. (2014) indican que luego de la realización de la metodología, se busca llevar a cabo la recolección de datos, en concordancia con las características que presenta la investigación. Del mismo modo, la recolección de datos incluye un planeamiento de procesos el cual motive al investigador a lograr recolectar los datos con una finalidad específica.

La técnica que se empleó para la recolección de datos fue la observación directa, que consistió en acopiar información de la muestra predeterminada. Mientras que el instrumento empleado fue la “Prueba de la moneda peruana”, prueba adaptada

del “Eurotest”, una prueba española; en el Perú llamada “Prueba de la moneda peruana” por Oscanoa et al, que presentó una sensibilidad de 90,5% y especificidad de 83,3 % con punto de corte de 24, es decir presentó una alta sensibilidad y una alta especificidad, lo que nos permite contar con una prueba válida en el país para el tamizaje de trastornos cognitivos en adultos mayores.

Asimismo, realizamos la validación y confiabilidad respectiva para que la “Prueba de la moneda peruana” sea factible de ser aplicado dentro de nuestra población. Para validar la prueba a nuestro contexto se acudió al juicio de expertos y para la confiabilidad se realizó una prueba piloto.

FICHA TECNICA DE LA PRUEBA DE LA MONEDA PERUANA

| | |
|----------------------------|--|
| NOMBRE ORIGINAL | : EUROTTEST (Dr. Cristóbal Carnero Pardo) |
| NOMBRE ADAPTADO | : “Prueba de la moneda peruana” |
| ADAPTACION PERUANA | : Teodoro J. Oscanoa, Edwin Cieza, Jose F, Parodi, Napoleón Paredes. |
| PROCENDENCIA | : España. |
| OBJETIVO | : Evaluar de manera indirecta las dimensiones de la memoria. |
| FINALIDAD | : Evaluar las diferencias a través de las dimensiones: conocimiento, cálculo y recuerdo, |
| ASPECTOS QUE EVALUA | : Conocimiento, Calculo y recuerdo. |
| ADMINISTRACIÓN | : Individual. |
| APLICACIÓN | : Adultos mayores 60 años en adelante. |
| DURACION | : 05 a 10 minutos. |

**VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS DE LOS INSTRUMENTOS DE
INVESTIGACIÓN**

AUTORAS : ECHEVARRIA LAUREANO, Jakeline Mayra.
SOLANO CONDOR, Elizabeth.

INSTITUCION : UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

AÑO : 2019

INSTRUMENTOS : Prueba de la Moneda Peruana.

| Criterio - Opinion | N° de Jueces | Adecuado | V Aiken (V) | Descriptivo |
|--------------------|--------------|----------|-------------|-------------|
| Adecuado | 3 | 3 | 1 | Válido |

Lic. Julia Esther Rios Pinto

Mg. Massiel Huamán Huaranga

Mg. Washington Neuman Abregú Jaucha

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PRUEBA DE MONEDA PERUANA

| N° de elementos | Alfa de Cronbach | Valoración | Nivel Alfa |
|-----------------|------------------|------------|------------|
| 10 | 0,846 | > | 0,50 |

En el cuadro anterior, se observa que el valor del alfa de Cronbach (0,846) es mayor al nivel alfa, por lo tanto, el 80% de confiabilidad del instrumento es buena.

4.7 Técnicas de procesamiento y análisis de datos

Para el procesamiento de los datos se aplicó los siguientes programas estadísticas: MS Excel y SPSS v.25.0, softwares especializados en el cálculo estadístico de los indicadores de la Prueba de la moneda peruana. La obtención de los estadísticos descriptivos e inferenciales, tales como frecuencia, porcentaje, y comparación de grupos. Además, se realizó el análisis por cada estadístico obtenido ubicando en la escala de los parámetros y estándares existentes para cada criterio de acuerdo a las directrices existentes. Para el análisis estadístico comparativo de las variables sociodemográficas según los niveles de deterioro cognitivo se empleó la prueba chi cuadrado.

4.8 Aspectos éticos de la investigación

Para el desarrollo de la presente investigación se consideró de suma importancia el respeto a los principios de ética para iniciar y concluir los procedimientos según el Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Escuela Profesional de Psicología de la Universidad Peruana Los Andes. Por cuanto, a fin de no cometer faltas éticas, tales como el plagio, falsificación de datos, no citar fuentes bibliográficas, etc., se optó fundamentalmente desde la presentación del proyecto, hasta la tesis final ser claros y honestos en la información que se vertió en esta investigación.

Del mismo modo en el caso de la información, los registros y datos de los participantes que se tomó para incluir en nuestro trabajo de investigación son fidedignas, se respetó la libertad de los participantes y la confidencialidad, donde se contó con el consentimiento informado de todo sujeto que se incluyó en la población de nuestra investigación.

CAPITULO V

RESULTADOS

5.1 DESCRIPCIÓN DE RESULTADOS

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR SEXO

| Sexo | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------|------------|------------|
| Masculino | 32 | 51.6 |
| Femenino | 30 | 48.4 |
| Total | 62 | 100.0 |

Fuente: Resultados de evaluación de Deterioro Cognitivo.

La tabla 1 presenta la distribución de la muestra según el sexo. La frecuencia indica que 32 adultos mayores de la muestra pertenecen al sexo masculino mientras que 30 adultos mayores pertenecen al sexo femenino.

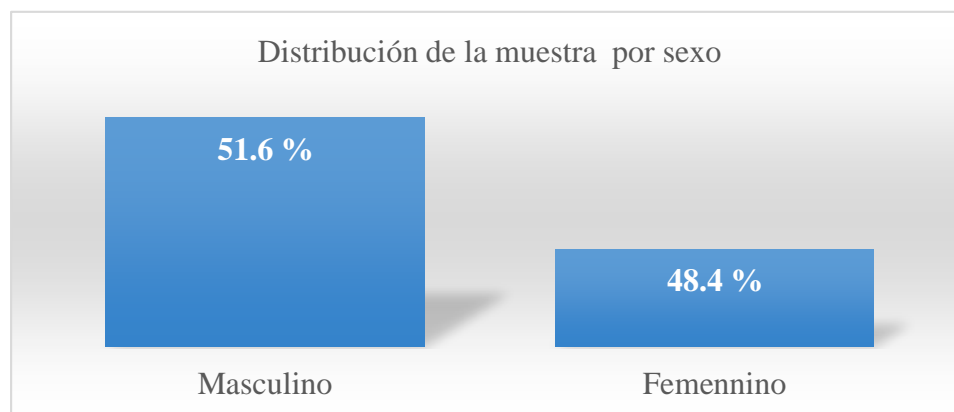
Figura 1

Figura 1. Se observa que el 51.6% está conformada por varones y el 48.4 % . por mujeres.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA POR EDAD

| Edades | Frecuencia | Porcentaje |
|--------|------------|------------|
| 60-65 | 18 | 29.0 |
| 66-70 | 7 | 11.3 |
| 71-75 | 6 | 9.7 |
| 76-80 | 12 | 19.4 |
| 80-85 | 7 | 11.3 |
| 86-90 | 5 | 8.1 |
| 91-95 | 4 | 6.5 |
| 96-100 | 3 | 4.8 |
| Total | 62 | 100.0 |

Fuente: Resultados de evaluación de Deterioro Cognitivo

La tabla 2 presenta la distribución de la muestra según la edad. La frecuencia indica que 18 adultos mayores de la muestra pertenecen a las edades entre los 60 a 65 años, 7 adultos mayores de la muestra pertenecen a las edades entre los 66 a 70 años, 6 adultos mayores de la muestra pertenecen a las edades entre los 71 a 75 años, 12 adultos mayores de la muestra pertenecen a las edades entre los 76 a 80 años, 7 adultos mayores de la muestra pertenecen a las edades entre los 80 a 85 años, 5 adultos mayores de la muestra pertenecen

a las edades entre los 86 a 90 años, 4 adultos mayores de la muestra pertenecen a las edades entre los 91 a 95 años y 3 adultos mayores de la muestra pertenecen a las edades entre los 96 a 100 años de edad.

Figura 2

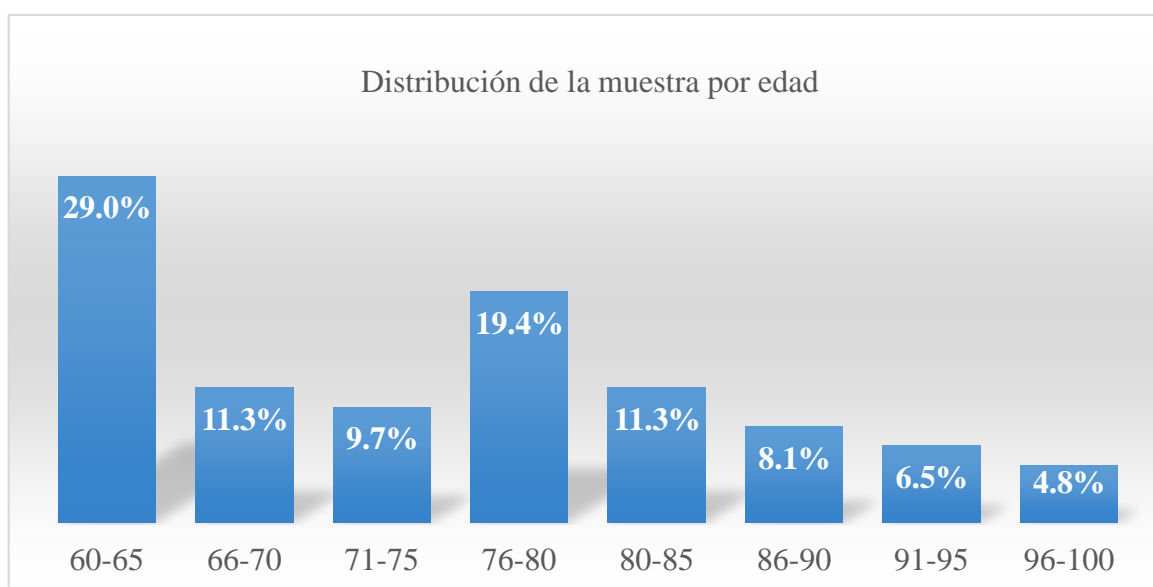


Figura 2. Se observa que el 29% de adultos mayores se encuentran entre las edades de 60 a 65 años, el 11,3% se encuentran entre las edades de 66 a 70 años, el 9,7% se encuentran entre las edades de 71 a 75 años, el 19,4% se encuentran entre las edades de 76 a 80 años, el 11,3% se encuentran entre las edades de 81 a 85 años, el 8,1% se encuentran entre las edades de 86 a 90 años, el 6,5% se encuentran entre las edades de 91 a 95 años y el 4,8% se encuentran entre las edades de 96 a 100 años.

TABLA 3. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN NIVEL DE ESTUDIOS

| Nivel de estudios | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| Ninguna | 8 | 12.9 |
| Primaria | 7 | 11.3 |
| primaria incompleta | 18 | 29.0 |
| Secundaria | 12 | 19.4 |
| secundaria incompleta | 7 | 11.3 |
| técnico o superior | 10 | 16.1 |
| Total | 62 | 100.0 |

Fuente: Resultados de evaluación de Deterioro Cognitivo.

La tabla 3 presenta la distribución de la muestra según el nivel de estudios. La frecuencia indica que 8 adultos mayores de la muestra no han recibido estudios, 7 adultos mayores estudiaron la primaria completa, 18 adultos mayores estudiaron la primaria incompleta, 12 adultos mayores estudiaron la secundaria completa, 7 adultos mayores estudiaron la secundaria incompleta y 10 adultos mayores realizaron estudios técnico o superior.

Figura 3

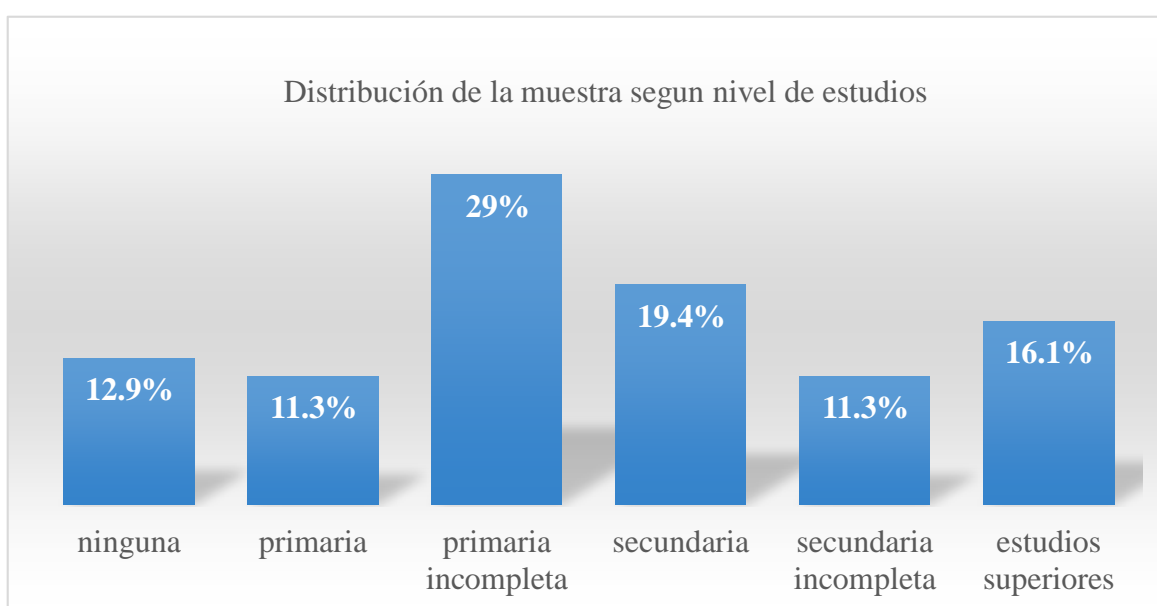


Figura 3. Se observa que el 12,9% de adultos mayores no recibieron ningún tipo de educación formal, el 11,3% recibieron educación primaria completa, el 29% recibieron una educación primaria incompleta, el 19,4% recibieron una educación secundaria completa, el 11,3% recibieron una educación secundaria incompleta y el 16,1% recibieron educación superior.

TABLA 1. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN COMPAÑÍA

| Compañía Familiar | Frecuencia | Porcentaje |
|-----------------------|------------|------------|
| solo | 10 | 16.1 |
| al menos un familiar | 30 | 48.4 |
| otros adultos mayores | 22 | 35.5 |
| Total | 62 | 100.0 |

Fuente: Resultados de evaluación de Deterioro Cognitivo.

La tabla 4 presenta la distribución de la muestra según la compañía. La frecuencia indica que 10 adultos mayores de la muestra viven solos, 30 adultos mayores viven con al menos un familiar en su hogar y 22 adultos mayores viven con otros adultos mayores en un asilo.

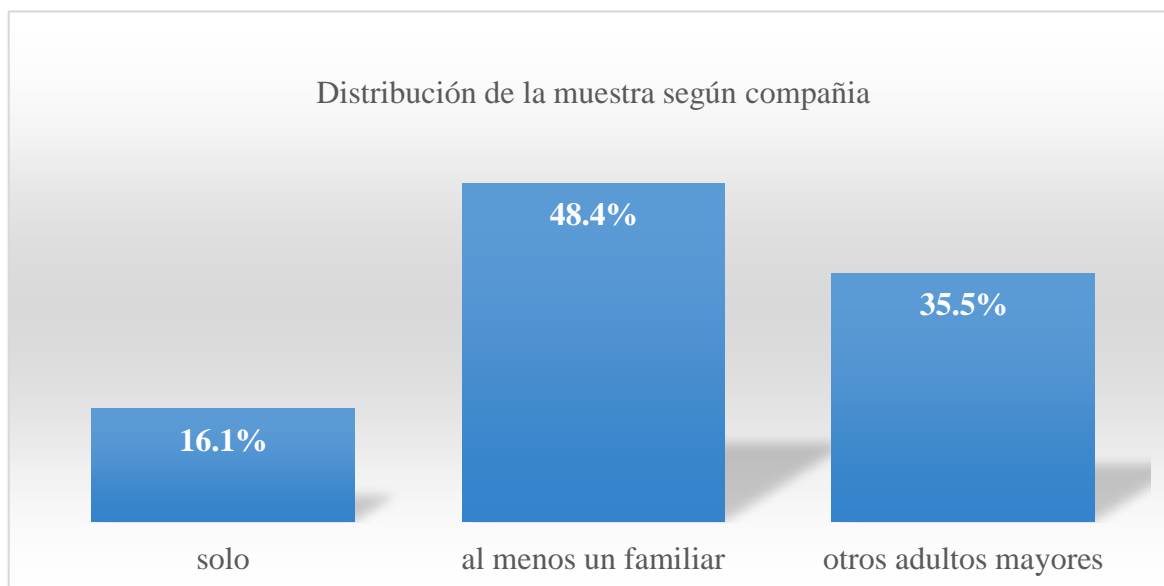
Figura 4

Figura 4. Se observa que el 16,1% de adultos mayores viven solos, el 48,4% viven en compañía de al menos un familiar y que el 35,5% viven en compañía de algún otro adulto mayor.

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN DE LA MUESTRA SEGÚN ADULTOS MAYORES INSTITUCIONALIZADOS

| Institucionalizados | Frecuencia | Porcentaje |
|---------------------|------------|------------|
| si | 22 | 35.5 |
| no | 40 | 64.5 |
| Total | 62 | 100.0 |

Fuente: Resultados de evaluación de Deterioro Cognitivo.

La tabla 5 presenta la distribución de la muestra según adultos mayores institucionalizados. La frecuencia indica que 22 adultos mayores se encuentran institucionalizados mientras que 40 adultos mayores no se encuentran institucionalizados.

Figura 5

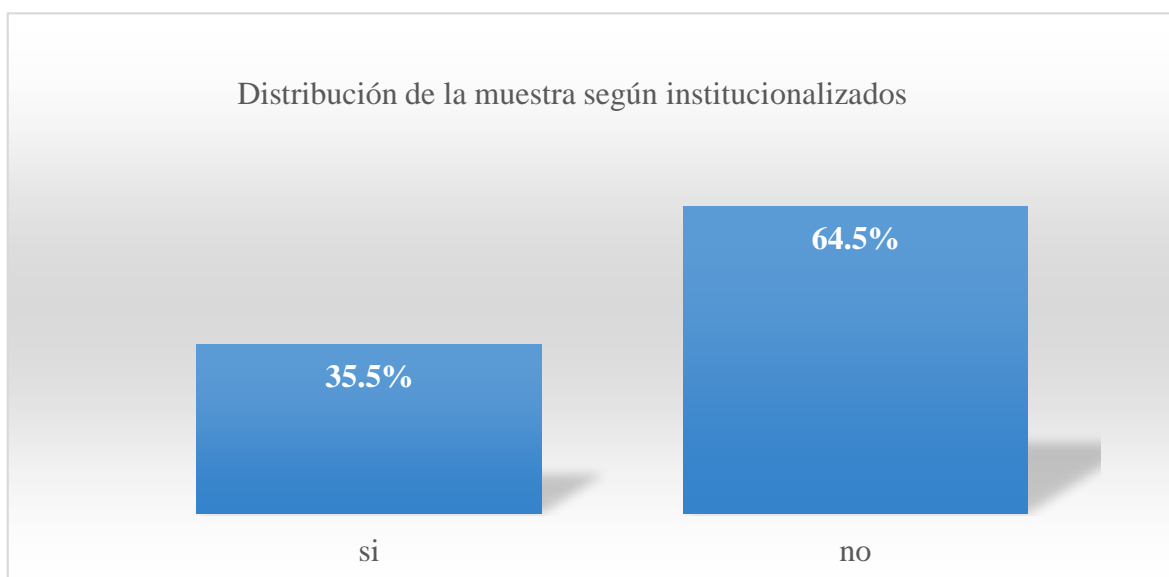


Figura 5. Se observa que el 35.5% de adultos mayores se encuentran institucionalizados en una casa hogar y el 64,5 %. no se encuentran institucionalizados.

TABLA 3. NIVELES DE DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES

| Deterioro Cognitivo | Frecuencia | Porcentaje |
|----------------------------|------------|------------|
| no deterioro cognitivo | 20 | 32.3 |
| trastorno cognitivo ligero | 16 | 25.8 |
| demencia leve | 9 | 14.5 |
| demencia moderada | 11 | 17.7 |
| demencia grave | 6 | 9.7 |
| Total | 62 | 100.0 |

Fuente: Resultados de evaluación de Deterioro Cognitivo.

La tabla 6 presenta la distribución de la muestra según el nivel de deterioro cognitivo. La frecuencia indica que 20 adultos mayores de la muestra no presentan deterioro cognitivo, 16 adultos mayores de la muestra presentan trastorno cognitivo ligero, 9 adultos mayores de la muestra presentan demencia leve, 11 adultos mayores de la muestra presentan demencia moderada y 6 adultos mayores de la muestra presentan demencia grave.

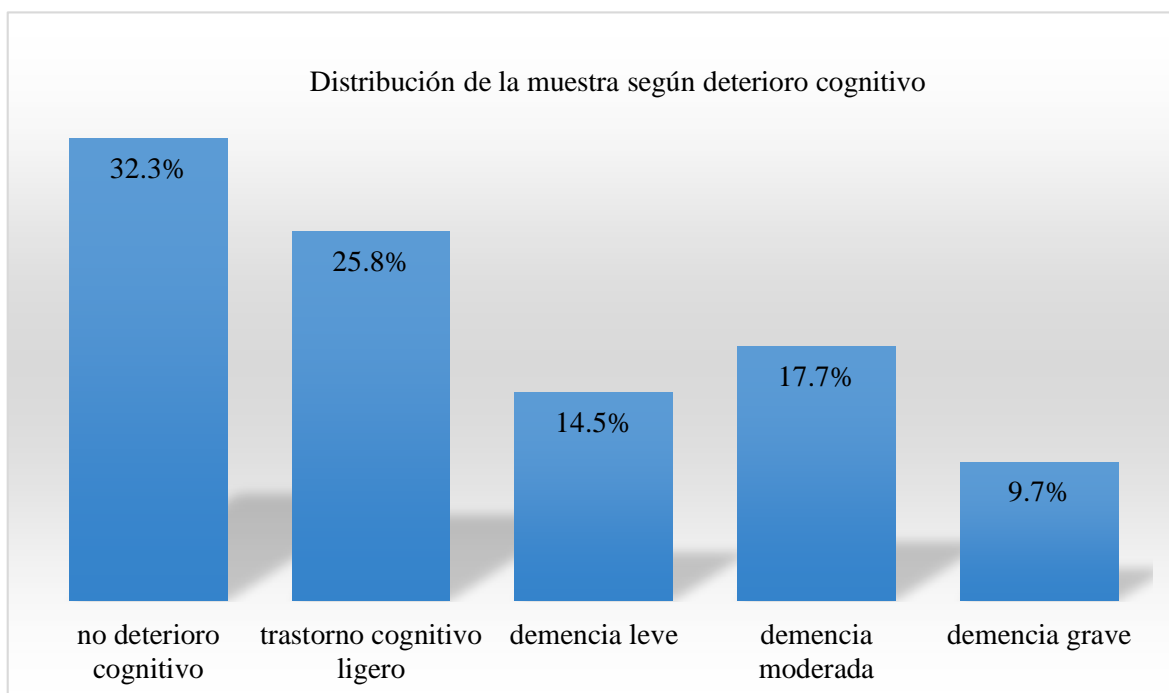
Figura 6

Figura 6. Se observa que el 32,3% de adultos mayores no presentan deterioro cognitivo, el 25,8% de adultos mayores presentan trastorno cognitivo ligero, el 14,5% de adultos mayores presentan demencia leve, el 17,7% de adultos mayores presentan demencia moderada y el 9,7% de adultos mayores presentan demencia grave.

5.2 CONTRASTACIÓN RESULTADOS

Hipótesis General

- (H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019.
- (H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019.

TABLA 4. TABLA DETERIORO COGNITIVO Y VARIABLES SOCIODEMOGRÁFICAS

| Hipótesis | N | X ² | P. Valor | Alfa | Compr. | Decisión |
|-------------|----|----------------|----------|------|-----------|---|
| Hipótesis 1 | 62 | 9,887 | 0,42 | 0,05 | P.V<0,042 | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo entre varones y mujeres. Se aprueba la H ₁ . |
| Hipótesis 2 | 62 | 64,76 | 0,00 | 0,05 | P.V<0,000 | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según las edades de los adultos mayores. Se aprueba la H ₁ . |
| Hipótesis 3 | 62 | 40,25 | 0,005 | 0,05 | P.V<0,005 | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel educativo. Se aprueba la H ₁ . |
| Hipótesis 4 | 62 | 40,44 | 0,00 | 0,05 | P.V<0,00 | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo entre los adultos mayores que viven con y sin compañía familiar. Se aprueba la H ₁ . |
| Hipótesis 5 | 62 | 34,49 | 0,00 | 0,05 | P.V<0,00 | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo entre los adultos mayores institucionalizadas y las que no. Se aprueba la H ₁ . |

Elaborado en base a resultados obtenidos por cada variable en IBM SPSS 25.0 Chi cuadrada.

Para el estudio de la comparación entre el nivel de deterioro cognitivo y las variables sociodemográficas se hizo uso de la significación asintomática bilateral de la chi cuadrada por cada variable sociodemográfica; este cuadro fue elaborado por las investigadoras para brindar una visión más generalizada de las cinco variables sociodemográficas del estudio y su comparación en base al nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores. En tal sentido en la tabla 7 se puede apreciar los puntajes más altos obtenidos en cada variable sociodemográfica por los adultos mayores y su ubicación en los niveles de deterioro

cognitivo. En tal sentido se acepta la hipótesis alterna y se niega la hipótesis nula, afirmando que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores.

Hipótesis Específicas

Hipótesis específica 1

(H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores de Huancayo, 2019

TABLA 5. TABLA CRUZADA SEXO Y DETERIORO COGNITIVO

| | | eterioro cognitivo | | | | | | | | | |
|-------|-----------|---------------------------|-------|----------------------------------|-------|------------------|-------|----------------------|-------|-------------------|------|
| | | no deterioro cognitivo | | trastorno cognitivo ligero | | demencia leve | | demencia moderada | | demencia grave | |
| sexo | masculino | 8 | 12,9% | 6 | 9.7% | 4 | 6.5% | 10 | 16.1% | 4 | 6.5% |
| | femenino | 12 | 19,4% | 10 | 16.1% | 5 | 8% | 1 | 1.6% | 2 | 3.2% |
| Total | | 20 | 32,3% | 16 | 25.8% | 9 | 14.5% | 11 | 17,7% | 6 | 9.7% |

TABLA 6. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 9,887 ^a | 4 | ,042 |
| Razón de verosimilitud | 11,090 | 4 | ,026 |
| N de casos válidos | 62 | | |

Fuente: IBM SPSS Statistics 25.0 Chi Cuadrada

En las tablas 8 y 9 de la prueba de hipótesis específica 1, observamos la unión entre deterioro cognitivo y el sexo. En la tabla 8, se observa que en el nivel “no deterioro cognitivo” el 19.4% de adultos mayores son del sexo femenino, en el nivel “trastorno cognitivo ligero” el 16.1% de adultos mayores son del sexo femenino y en el nivel “demencia leve” el 8% de adultos mayores pertenecen al sexo femenino, a diferencia del nivel “demencia moderada”, donde el 16.1% de adultos mayores son del sexo masculino y por último en el nivel “demencia grave” el 6.5% de adultos mayores pertenecen al sexo masculino. A partir de esta información y sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$ podemos concluir que los varones presentan mayor nivel de deterioro cognitivo.

En tal sentido se acepta la hipótesis alterna y se niega la hipótesis nula. afirmando que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según el sexo.

Hipótesis Especifica 2

(H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la edad en los adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la edad en los adultos mayores de Huancayo, 2019

TABLA 7. TABLA CRUZADA EDAD Y DETERIORO COGNITIVO

| | | deterioro cognitivo | | | | | | | | | |
|-------|--------|------------------------|-------|----------------------------|------|---------------|------|-------------------|------|----------------|------|
| | | no deterioro cognitivo | | trastorno cognitivo ligero | | demencia leve | | demencia moderada | | demencia grave | |
| Edad | 60-65 | 14 | 22.6% | 3 | 4.8% | 1 | 1.6% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| | 66-70 | 2 | 3.2% | 3 | 4.8% | 2 | 3.3% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| | 71-75 | 1 | 1.6% | 1 | 1.6% | 1 | 1.6% | 3 | 4.8% | 0 | 0% |
| | 76-80 | 2 | 3.3% | 6 | 9.7% | 1 | 1.6% | 1 | 1.6% | 2 | 3.3% |
| | 81-85 | 0 | 0% | 2 | 3.3% | 3 | 4.8% | 1 | 1.6% | 1 | 1.6% |
| | 86-90 | 1 | 1.6% | 0 | 0% | 0 | 0% | 4 | 6.5% | 0 | 0% |
| | 91-95 | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1.6% | 1 | 1.6% | 2 | 3.3% |
| | 96-100 | 0 | 0% | 1 | 1.6% | 0 | 0% | 1 | 1.6% | 1 | 1.6% |
| Total | 20 | 2,3% | 16 | 25.8% | 9 | 14.5% | 11 | 17,7% | 6 | 9.8% | |

TABLA 8. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 64,766 ^a | 28 | ,000 |
| Razón de verosimilitud | 65,441 | 28 | ,000 |
| N de casos válidos | 62 | | |

Fuente: IBM SPSS Statistics 25.0 Chi Cuadrada

En las tablas 10 y 11 de la prueba de hipótesis específica 2 observamos la unión entre deterioro cognitivo y la edad. En la tabla 11, se observa que en el nivel “no deterioro cognitivo” el 22.6% de adultos mayores pertenecen a las edades entre los 60 a 65 años, en el nivel “trastorno cognitivo ligero” el 9.7% de adultos mayores pertenecen a las edades entre los 76 a 80 años, en el nivel “demencia leve” el 4.8% de adultos mayores pertenecen a las edades que oscilan entre 81 a 85 años, en el nivel “demencia moderada” el 6.5% de adultos mayores pertenecen a las edades entre los 86 a 90 años y en el nivel “demencia grave” el 3.3% de adultos mayores pertenecen a las edades que oscilan entre 91 a 95 años.

A partir de esta información y sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$ podemos concluir en base a nuestros resultados obtenidos que, a mayor edad, el nivel de deterioro cognitivo es mayor. En tal sentido se acepta la hipótesis alterna y se niega la hipótesis nula. afirmando que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según la edad.

Hipótesis Específicas 3

(H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel educativo en los adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel educativo en los adultos mayores de Huancayo, 2019

TABLA 9. TABLA CRUZADA ESTUDIOS Y DETERIORO COGNITIVO

| | | deterioro cognitivo | | | | | | | | | |
|----------|-----------------------|------------------------|--------|----------------------------|-------|---------------|-------|-------------------|--------|----------------|------|
| | | no deterioro cognitivo | | trastorno cognitivo ligero | | demencia leve | | demencia moderada | | demencia grave | |
| Estudios | ninguna | 0 | 0% | 2 | 3.2 % | 2 | 3.2 % | 1 | 1.6% | 3 | 4.8% |
| | primaria | 3 | 4.8% | 3 | 4.8% | 0 | 0% | 1 | 1.6% | 0 | 0% |
| | primaria incompleta | 2 | 3.2 % | 3 | 4.8% | 3 | 4.8% | 9 | 14.4% | 1 | 1.6% |
| | secundaria | 7 | 11.4 % | 2 | 3.2% | 3 | 4.8% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| | secundaria incompleta | 3 | 4.8% | 2 | 3.2% | 1 | 1.6% | 0 | 0% | 1 | 1.6% |
| | técnico o superior | 5 | 8.1% | 4 | 6.5% | 0 | 0% | 0 | 0% | 1 | 1.6% |
| Total | | 20 | 32.3% | 16 | 25.7% | 9 | 14.4% | 11 | 17.6 % | 6 | 9.6% |

TABLA 10. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 40,253 ^a | 20 | ,005 |
| Razón de verosimilitud | 45,890 | 20 | ,001 |
| N de casos válidos | 62 | | |

Fuente: IBM SPSS Statistics 25.0 Chi Cuadrada

En las tablas 12 y 13 de la prueba de hipótesis específica observamos la unión entre deterioro cognitivo y el nivel de estudios. En la tabla 12, se observa que en el nivel “no deterioro cognitivo” el 11.4% de adultos mayores presentan el nivel de estudios “secundaria”; en el nivel de “trastorno cognitivo ligero” el 6.5% de adultos mayores presentan el nivel de estudios “técnico o superior”; en el nivel de “demencia leve” el 4.8% de adultos mayores presentan el nivel de estudios “primaria incompleta”, en el nivel de “demencia moderada” el 14.4% de adultos mayores presentan el nivel de estudios “primaria incompleta” y en el nivel de “demencia grave” el 4.8% de adultos mayores no presentan estudios .

A partir de esta información y sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$ podemos concluir que a mayor grado de estudios el nivel de deterioro cognitivo es menor. En tal sentido se acepta la hipótesis alterna y se niega la hipótesis nula, afirmando que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según el nivel de estudios.

Hipótesis Específicas 4

(H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la compañía en los adultos mayores de Huancayo, 2019

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según la compañía en los adultos mayores de Huancayo, 2019

TABLA 11. TABLA CRUZADA COMPAÑÍA Y DETERIORO COGNITIVO

| | | deterioro cognitivo | | | | | | | | | |
|-------------------|-----------------------|------------------------|--------|----------------------------|-------|---------------|-------|-------------------|-------|----------------|------|
| | | no deterioro cognitivo | | trastorno cognitivo ligero | | demencia leve | | demencia moderada | | demencia grave | |
| Compañía Familiar | solo | 4 | 6.5% | 6 | 9.7% | 0 | 0% | 0 | 0% | 0 | 0% |
| | al menos un familiar | 16 | 25.8 % | 7 | 11.3% | 5 | 8% | 2 | 3.2% | 0 | 0% |
| | otros adultos mayores | 0 | 0% | 3 | 4.8% | 4 | 6.5% | 9 | 14.5% | 6 | 9.7% |
| Total | | 20 | 32,3% | 16 | 25.8% | 9 | 14.5% | 11 | 17,7% | 6 | 9.7% |

TABLA 12. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--------------------------------------|
| Chi-cuadrado de Pearson | 40,441 ^a | 8 | ,000 |
| Razón de verosimilitud | 49,435 | 8 | ,000 |
| N de casos válidos | 62 | | |

Fuente: IBM SPSS Statistics 25.0 Chi Cuadrada

En las tablas 14 y 15 de la prueba de hipótesis específica observamos la unión entre deterioro cognitivo y compañía. En la tabla 14, se observa que en el nivel “no deterioro cognitivo” el 25.8% de adultos mayores viven con al menos un familiar, en el nivel “trastorno cognitivo ligero” el 11.3% de adultos mayores viven con al menos un familiar, en el nivel “demencia leve” el 6.5% de adultos mayores viven con al menos un familiar, en el nivel “demencia moderada” el 14.5% de adultos mayores conviven con otros adultos mayores en una casa hogar y en el nivel “demencia grave” el 9.7% de adultos mayores conviven con otros adultos mayores en una casa hogar.

A partir de esta información y sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$ podemos concluir que los adultos mayores que conviven con al menos un familiar presentan menor nivel de deterioro cognitivo en comparación con aquellos que viven solos o en compañía de otros adultos mayores en alguna casa hogar. En tal sentido se acepta la hipótesis alterna y se niega la hipótesis nula, afirmando que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según la compañía con la que viven.

Hipótesis Específicas 5

(H₀) No existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Huancayo, 2019 institucionalizados y no institucionalizados.

(H₁) Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores de Huancayo, 2019 institucionalizados y no institucionalizados.

TABLA 13. TABLA CRUZADA INSTITUCIONALIZADOS Y DETERIORO COGNITIVO

| | | deterioro cognitivo | | | | | | | | | |
|---------------------|----|------------------------|-------|----------------------------|-------|---------------|-------|-------------------|-------|----------------|------|
| | | no deterioro cognitivo | | trastorno cognitivo ligero | | demencia leve | | demencia moderada | | demencia grave | |
| institucionalizados | si | 0 | 0% | 3 | 4.8% | 4 | 6.5% | 9 | 14.5% | 6 | 9.7% |
| | no | 20 | 32.3% | 13 | 21 % | 5 | 8% | 2 | 3.2% | 0 | 0% |
| Total | | 20 | 32,3% | 16 | 25.8% | 9 | 14.5% | 11 | 17,7% | 6 | 9.7% |

TABLA 14. PRUEBAS DE CHI-CUADRADO

| | Valor | Df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|---|
| Chi-cuadrado de Pearson | 34,498 ^a | 4 | ,000 |
| Razón de verosimilitud | 42,410 | 4 | ,000 |
| N de casos válidos | 62 | | |

Fuente: IBM SPSS Statistics 25.0 Chi Cuadrada

En las tablas 16 y 17 de la prueba de hipótesis específica observamos la unión entre deterioro cognitivo e institucionalización. En la tabla 16, se observa que en el nivel “no deterioro cognitivo” el 32.3% de adultos mayores no se encuentran institucionalizados, en el nivel “trastorno cognitivo ligero” el 21% de adultos mayores no se encuentran institucionalizados, en el nivel “demencia leve” el 8% de adultos mayores no se encuentran institucionalizados, en el nivel “demencia moderada” el 14.5% de adultos mayores si se encuentran institucionalizados y en el nivel “demencia grave” el 9.7% de adultos mayores si se encuentran institucionalizados.

A partir de esta información y sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$, podemos concluir que los adultos mayores que se encuentran institucionalizados presentan un mayor nivel de deterioro cognitivo. En tal sentido se acepta la hipótesis alterna y se niega la hipótesis nula, afirmando que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores si están institucionalizados o no.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

La presente investigación se dio inicio con el siguiente objetivo general: Determinar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019. Tras la aplicación del instrumento y el análisis correspondiente se llegó a los siguientes resultados: Los varones presentan mayor nivel de deterioro cognitivo, a mayor edad se presenta un mayor nivel de deterioro cognitivo, a mayor nivel de estudios el nivel de deterioro cognitivo es menor, los adultos mayores que conviven con al menos un familiar presentan un menor nivel de deterioro cognitivo en comparación con aquellos que viven solos o en compañía de otros adultos mayores en una casa hogar y que los adultos mayores que se encuentran institucionalizados presentan un mayor nivel de deterioro cognitivo.

Al comparar el nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores considerando el estudio de sus variables sociodemográficas: sexo, edad, nivel de estudios, compañía e institucionalización y sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$, se concluye que: Si existen diferencias en el

nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019.

Los resultados de la investigación coinciden con lo obtenido por Portillo (2015), en su tesis: Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo, quien menciona en sus resultados: los adultos mayores que se encuentran entre 65 a 74 años mostraron un menor nivel de deterioro cognitivo, a diferencia de los adultos con 75 años y más. Se identificó una mayor presencia de deterioro cognitivo leve en adultos mayores que no disponen de algún nivel de instrucción, Finalmente se concluyó que las variables sociodemográficas como la edad a partir de 75 años, y el hecho de vivir solo, o ser viudo, añadida al grado de instrucción son factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve.

De igual manera, Mias et al (2017) en su investigación “Detección de deterioro cognitivo y factores demográficos asociados en adultos mayores de 50 años de la Región del Alto Valle: Neuquén y Río Negro”, obtuvieron como resultados que el 77% resultó cognitivamente normal. Resultaron asociados al estado cognitivo las variables género masculino, edad, instrucción; hábito de fumar, y disminución de AVD instrumentales. Concluyen que las variables asociadas al deterioro se pueden considerar en acciones preventivas.

A su vez Rosselli & Ardilla (2012) afirman que la psicología hoy en día nos ofrece una descripción detallada de los efectos de la edad sobre la cognición humana. El envejecimiento cognitivo no es un fenómeno uniforme, ya que el comienzo de los posibles decrementos es muy diverso, el envejecimiento cognitivo de cada persona es diferente.

Asimismo, Samper et al (2011) consultado por Chuquipul e Izaguirre (2018) concluyen que existe una relación entre la edad de cinco de un total de 26 personas con DCL, contaban con una edad determinada entre los 50 y 54 años, los objetos de estudio más

afectados se establecían entre los 60 y 64 años, ponen la edad crítica de DCL entre los 72 y 79 años. Con relación a estos elementos, luego de realizado un estudio en el que realizaban la comparación de un total de 20 personas con DCL y uno de 20 sin DCL, establecieron que bajos niveles educacionales se encontraban en el grupo de personas que padecían de DCL. Demostraron que personas que contaban con una escolaridad baja, cuentan con 17 veces más de riesgo de sufrir DCL.

Exponiendo así la existencia de una reserva cognitiva sobre las personas con un alto grado de estudios, lo cual hace posible que estas toleren cambios del cerebro que se asocian con la edad. Este estudio concluye con la existencia de una reserva cognitiva sobre personas que lograron un alto nivel de estudios, la cual posibilita la resistencia a cambios del cerebro asociados con la edad. Es por el mismo motivo que las personas con un bajo nivel de estudios tiendan a presentar más DCL.

Con respecto al tema se resalta la existencia de dos posturas. Por un lado, una postura que habla del declive irreversible de la inteligencia a medida que avanza la edad y por otro lado una postura más reciente en donde se defiende la idea de que los cambios en la inteligencia si bien se asocian a la edad no son siempre negativos y tampoco son irreversibles, sino que algunas funciones maduran y otras regresan afirman Samper et al citado por Chuquipul e Izaguirre (2018).

De este modo se puede llegar a deducir que el nivel de deterioro cognitivo tiene una relación estrecha con las variables sociodemográficas de cada individuo y contando con la información precisada en el marco teórico se entiende que las variables sociodemográficas influyen en gran medida el desarrollo del deterioro cognitivo, ya que por su parte el deterioro cognitivo es un proceso por el cual todo adulto mayor va atravesando en mayor o menor avance según los cambios biológicos y psicológicos que enfrenta mientras que las variables

sociodemográficas con las que se caracterizan cada persona es propio de su desenvolvimiento en la sociedad a lo largo de la vida; situaciones de escolaridad alcanzadas, si cuenta con un hogar donde puede desenvolver un papel activo, los años de vida que alcanza, la residencia donde vive actualmente influirán en el nivel de deterioro cognitivo.

Continuando, el objetivo específico N°1 fue: Identificar si existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según su sexo, tras la aplicación del instrumento y el análisis correspondiente se obtuvo el siguiente resultado: En el nivel “no deterioro cognitivo” el 19.4% de adultos mayores pertenecen al sexo femenino, mientras que en el nivel “demencia grave” el 6.5% de adultos mayores pertenecen al sexo masculino; lo que nos permite afirmar que los varones presentan mayor nivel de deterioro cognitivo, sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$. Se concluye que: Si existen diferencias en el nivel de deterioro Cognitivo según el sexo.

Los resultados obtenidos coinciden con lo obtenido por Camargo y Laguado (2016) en su investigación titulada: “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia”, quienes afirman que el género es una variable que se debe analizar detalladamente y reportan que el 55% de los adultos mayores pertenecen al género masculino.

De este modo se puede llegar a deducir que existe una mayor población femenina que presenta deterioro cognitivo leve en comparación con el sexo masculino quienes presentan un mayor porcentaje en demencia; esto podría deberse a que como afirma la OMS (2016) el promedio de esperanza de vida al nacer de la población mundial era de 72 años. Pero cuando dividimos este promedio entre hombres y mujeres, la media femenina es de 74

años y dos meses contra los 69 años y ocho meses de los varones. Es decir, la esperanza de vida al nacer de las mujeres es mayor que en los varones, una posible razón podría ser el papel que desempeñan los cromosomas que determinan nuestro sexo. Las mujeres tienen cromosomas XX y los hombres tienen XY. Los cromosomas contienen genes. Y los cromosomas X tienen muchos genes que te ayudan a mantenerte con vida, otras causas podrían ser que las mujeres en todo el mundo viven en promedio 4,4 años más que los hombres, asimismo porque las mujeres van al médico con más frecuencia y generalmente cuidan mejor su salud.

Asimismo, es necesario afirmar que dentro de nuestro estudio el mayor número de participantes varones se encuentran en los rangos de edades superiores.

El objetivo específico N°2 fue: Identificar si existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según edad, tras la aplicación del instrumento y el análisis correspondiente se obtuvo el siguiente resultado: En el nivel “no deterioro cognitivo” el 22.6% de adultos mayores se ubican entre las edades de 60 a 65 años mientras que en el nivel “demencia grave” el 3.3% de adultos mayores se ubican entre las edades de 91 a 95 años; lo que nos permite afirmar que los adultos mayores con más edad se ubican en un nivel de deterioro cognitivo mayor, sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$. Se concluye que: Si existen diferencias en el nivel de deterioro Cognitivo según edad.

Los resultados obtenidos coinciden con lo obtenido por Vilchez (2018) quien realizó la investigación “Nivel cognitivo del adulto mayor autovalente y su relación con las características sociodemográficas en pacientes que acuden al centro del adulto mayor vitarte de Essalud, Lima-Perú, 2018”, obteniendo como resultados que el grupo etáreo de 70 a 79 años se ubicaron en un 62.1% de deterioro cognitivo , llegando a la conclusión de que el

nivel cognitivo del adulto mayor autovalente con deterioro cognitivo es alto y se relaciona significativamente con la edad.

Este resultado se fundamenta con una de las etapas de Erikson (2000) la etapa de la vejez, que es una de las ocho etapas dentro del ciclo vital. Dentro de su teoría psicosocial, lleva a cabo la descripción de los conflictos de desarrollo a lo largo de la vida de una persona. Esta etapa se denomina “Integridad/desesperación”. Se considera como la etapa final del ciclo de la vida, se establece partiendo de los 60 años y llega hasta la muerte. Indica que dentro de esta etapa se considera un sentido de inutilidad de la biología, debido a que el cuerpo ya no cuenta con la misma resistencia. Al comenzar este sentimiento se genera dentro de la persona un alejamiento de la sociedad y también el miedo a morir. En la delicada adultez tardía, o madurez, la tarea primordial es lograr una integridad con un mínimo de desesperanza. Primero ocurre un distanciamiento social.

Desde un sentimiento de inutilidad existe un sentido de inutilidad biológica debido a que el cuerpo ya no responde como antes; junto a las enfermedades aparecen las preocupaciones relativas a la muerte. Los amigos mueren, los familiares también, y ello contribuye a la aparición de un sentimiento de desesperanza. Como respuesta a esta desesperanza algunos mayores se empiezan a preocupar con el pasado.

De igual forma, Portillo (2015) afirma que en cuanto a la identificación de los factores de riesgos sociodemográficos relacionados con el deterioro cognitivo de los adultos mayores su relación con la edad es necesaria, observándose en las edades comprendidas entre 65-74 años, niveles significativamente bajos de DCL en comparación con los sujetos de mayor edad.

Asimismo, podemos citar a Gil (2006) ya que este afirma que la explicación se encuentra en que la masa propia del cerebro va disminuyendo conforme va pasando la edad

y debido a esta muerte celular la cantidad de neuronas también va disminuyendo. A la vez la tasa de oxígeno que el cerebro consume va disminuyendo a lo largo del tiempo, afectando de forma directa a las neuronas.

El objetivo específico N°3 fue: Identificar si existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según su nivel de estudios, tras la aplicación del instrumento y el análisis correspondiente se obtuvo el siguiente resultado: En el nivel “no deterioro cognitivo” el 11.4% de adultos mayores estudio hasta la secundaria mientras que en el nivel “demencia grave” el 4.8% de adultos mayores no cuenta con estudios; lo que nos permite afirmar que los adultos mayores quienes tienen mayor nivel de estudios presentan un nivel menor de deterioro cognitivo, sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$. Se concluye que: Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo según el nivel de estudios.

Los resultados de la investigación coinciden con lo obtenido por Portillo (2015), en su tesis: Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo, quien menciona en sus resultados: Se identificó una mayor presencia de deterioro cognitivo leve en adultos mayores que no disponen de algún nivel de instrucción, concluyendo que las variables sociodemográficas como el grado de instrucción son factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve.

Asimismo, Camargo y Laguado (2016) en su tesis “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia” dieron con hallazgos que se pueden ver asociados al grado de escolaridad de los participantes del estudio, según los resultados que obtuvieron, el 56,7% de los adultos mayores tenían estudio de primaria y un 25% era analfabeta.

De igual modo Samper et al (2011) consultado por Chuquipul e Izaguirre (2018) luego de llevar a cabo un estudio en el que realizaban la comparación de un total de 20 personas con DCL y uno de 20 sin DCL, establecieron que bajos niveles educativos se encontraban en el grupo de personas que padecían de DCL. Demostraron así que personas que contaban con una escolaridad baja, cuentan con 17 veces más de riesgo de sufrir DCL. Dentro de este estudio se explica la existencia de una reserva cognitiva sobre las personas con un alto grado de estudios, lo cual hace posible que estas toleren cambios del cerebro que se asocian con la edad.

De este modo se puede llegar a concluir que el nivel educacional que alcance un individuo a lo largo de su vida le permitirá contar con una mayor posibilidad de resistencia a los cambios cerebrales que se producen con el paso de los años que son los que se asocian al deterioro cognitivo. Es decir, contará con recursos protectores que le permitirán afrontar los cambios por los que todo adulto mayor va a atravesar a lo largo de su existencia.

El objetivo específico N°4 fue: Identificar si existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según compañía, tras la aplicación del instrumento y el análisis correspondiente se obtuvo el siguiente resultado: En el nivel “no deterioro cognitivo” el 25.8% de adultos mayores viven con al menos un familiar mientras que en el nivel “demencia grave” el 9.7% de adultos mayores viven con otros adultos mayores en una casa hogar; lo que nos permite afirmar que los adultos mayores quienes viven en compañía de al menos un familiar presentan un menor nivel de deterioro cognitivo que aquellos que viven solos o en compañía de algún otro adulto mayor, sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$. Se concluye que: Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo si el adulto mayor vive en

compañía de al menos un familiar, si vive solo o en compañía de otro adulto mayor en alguna casa hogar.

Los resultados se contradicen con lo hallado por Chuquipul & Izaguirre (2018). En su investigación “Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación-organización Social Del Adulto Mayor, Villa Los Reyes, Ventanilla”, donde llegaron a la conclusión que no existe relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida.

A diferencia de Cardona et al (2016) en su investigación “Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia”, quienes concluyeron que el estado de salud de la persona mayor se ve más afectado por los riesgos en la salud mental que en la física, que permiten el direccionamiento de las políticas públicas y una mejor distribución de recursos en la búsqueda del mejoramiento en su calidad de vida y un envejecimiento digno.

Así mismo Roselli y Ardilla (2012) afirmaron que las actitudes y conductas de las personas cercanas al anciano y el tipo de relaciones de ayuda que le ofrecen, tienen gran influencia en su autonomía. Es decir, grandes niveles de ayuda pueden generar dependencia, la ayuda en vez de reducir la percepción estresante del medio, aumenta la percepción de carencia de recursos para enfrentar sus demandas, mientras que por el contrario si se le brinda autonomía al adulto mayor en situaciones cotidianas como comprar el pan, pagar el pasaje, dividir las propinas; ayudaran al anciano generar confianza en sí mismo y a la vez permitirá estimular sus capacidades cognitivas.

Los adultos mayores durante el proceso de envejecimiento necesitan estar constantemente en situaciones que ayuden a sus neuronas seguir en actividad, si estos cuentan con una compañía familiar que les permite compartir con estos un sinnúmero de actividades lograrán retener por mayor tiempo el paso del envejecimiento, caso contrario si

el adulto mayor viviera solo, los procesos cognitivos como la memoria y el pensamiento estarían muy poco en actividad, lo que provocaría un declive en los procesos superiores.

Por otro lado, se afirma que el mayor porcentaje de adultos mayores con deterioro cognitivo se encuentran viviendo con otros ancianos en una casa de reposo, sin embargo, no se puede afirmar que la convivencia con ellos provoque un aceleramiento en el deterioro cognitivo, ya que no se consideró dentro de la presente investigación aspectos como la llegada de estos ancianos al albergue, si estos ya presentaban algún nivel de deterioro cognitivo o si dentro de esta casa de reposo se inició y se desarrolló.

El objetivo específico N°5 fue: Identificar si existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores institucionalizados o no institucionalizados, tras la aplicación del instrumento y el análisis correspondiente se obtuvo el siguiente resultado: En el nivel “no deterioro cognitivo” el 32.3% de adultos mayores no se encuentran institucionalizados mientras que en el nivel “demencia grave” el 9.7% de adultos mayores si se encuentran institucionalizados en una casa hogar; lo que nos permite afirmar que los adultos mayores que se encuentran institucionalizados presentan un mayor nivel de deterioro cognitivo; sustentados por pruebas no paramétricas mediante la prueba Chi Cuadrada con un valor obtenido $P < 0,05$. Se concluye que: Si existen diferencias en el nivel de deterioro Cognitivo en los adultos mayores institucionalizados y los que no.

Este resultado se contradice con lo expuesto por Tárraga y Boada (2004) citado por Calvo et al (2011) quienes afirman que no existen dos pacientes iguales, las diferencias en sus genes, educación, carácter y personalidad hacen que su evolución en el deterioro cognitivo se presente de manera particular y distinta al resto.

De este modo se puede llegar a deducir que el resultado en los niveles de deterioro cognitivo de los adultos mayores quienes se encuentran institucionalizados pueda deberse a

la edad que tienen la mayoría o las vivencias por las que atravesaron cada uno de estos. Pero también podríamos afirmar que somos seres influenciables que constantemente estamos recibiendo información y estímulos del exterior, en el caso de los adultos que viven en las casas de reposo sus principales influyentes son los mismos adultos, quienes muchas veces no cuentan con actividades recreativas o participativas y tan solo se limitan a pasar los días de manera monótona.

El interés y conocimiento de las variables sociodemográficas de los adultos mayores, establecen el inicio para identificar la presencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores.

CONCLUSIONES

Una vez finalizada la investigación, cuyo objetivo principal fue determinar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo en el 2019, se concluye que si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográfico que presentan los adultos mayores.

Referente al objetivo específico N°1 se encontraron diferencias significativas en el deterioro cognitivo según el sexo, ya que avalado por la prueba Chi-cuadrada y con una significación $p < 0,05$, se nos permite concluir que el sexo masculino presenta un mayor nivel de deterioro cognitivo, posiblemente debido a que dentro de nuestro estudio el mayor número de participantes varones se encuentran en los rangos de edades superiores, porque el promedio de esperanza de vida del sexo femenino es de 74 años y dos meses contra 69 años y ocho meses de los varones o porque las mujeres van al médico con más frecuencia y generalmente cuidan mejor su salud.

En el al objetivo específico N°2, se encontraron diferencias significativas en el deterioro cognitivo de acuerdo a la edad, gracias a la significancia de la Chi cuadrada con un $P < 0,05$, que nos permite concluir que los adultos mayores con más edad se ubican en un nivel de deterioro cognitivo mayor. Esto debido a los cambios neuropsicológicos y las enfermedades asociadas a la edad de los adultos mayores

Respecto al objetivo específico N°3 se encontraron diferencias significativas en el deterioro cognitivo según el nivel de estudios, gracias a la significancia bilateral de la prueba chi-cuadrada con un $p < 0,05$, que nos permite concluir que los adultos mayores quienes tienen mayor nivel de estudios presentan un nivel menor de deterioro cognitivo, esto posiblemente debido a que como lo afirman investigaciones anteriores, el cerebro de un ser humano debe estar en constante estimulación para desacelerar el proceso inminente de deterioro cognitivo.

En el objetivo específico N°4 se encontraron diferencias significativas en el deterioro cognitivo de acuerdo a la compañía con la que convive la persona, gracias a la significancia bilateral de la prueba chi-cuadrada con un $p < 0,05$, que nos permite concluir que los adultos mayores quienes viven en compañía de al menos un familiar presentan un menor nivel de deterioro cognitivo a diferencia de aquellos que viven solos o en compañía de algún otro adulto mayor en una casa hogar.

Esto pueda deberse a la poca compañía con la que cuentan algunos, ya que al vivir con algún familiar tienes acceso a interactuar con otras personas, estimulas los procesos superiores en muchos momentos como el hecho de salir a la tienda a comprar, hablar con algún nieto, disfrutar de reencuentro con personas cercanas una tarde de película o leer libros, claro que no en todos los hogares se dan de la misma manera; o el vivir en una casa hogar

en compañía de otros adultos que al igual que él no tienen acceso a una vida donde sea posible la estimulación cerebral diaria, ya que viven en una constante monotonía.

Referente al objetivo específico N°5, se encontraron diferencias significativas en el deterioro cognitivo de acuerdo al lugar donde residen (institucionalizados o no), gracias a la significancia de la Chi cuadrada con un $P < 0,05$, que nos permite concluir que los adultos mayores que se encuentran institucionalizados presentan un mayor nivel de deterioro cognitivo. Posiblemente debido a que dentro de los asilos los ancianos no cuentan con actividades que permitan una constante estimulación y uso de sus capacidades superiores, lo que no sucede en el hogar donde el anciano convive con algún familiar, lo que le permite mantener activa sus funciones cognitivas si se le da la oportunidad.

Con respecto al deterioro cognitivo del adulto mayor podemos afirmar en base a la presente investigación que si existen diferencias significativas de acuerdo a las variables sociodemográficas como el sexo, la edad, el nivel de estudios, la compañía y el hecho de estar institucionalizados o no. En suma, se trata de factores sociodemográficos que, sin tener un valor predictivo, aumentan la probabilidad de pasar de un estado cognitivo normal hacia patologías que pueden convertirse en un síndrome demencial.

El conocimiento de la prevalencia y de los factores sociodemográficos asociados al deterioro cognitivo leve en una población particular es muy importante porque a partir de estudios de este tipo se pueden planificar estrategias de prevención e intervención para retrasar la progresión hacia cierto tipo de síndrome demencial.

RECOMENDACIONES

Es necesario realizar estudios con un mayor tamaño de población y que a su vez sea más equitativos entre varones y mujeres, con el fin de tener mayor validez y confiabilidad en los resultados; con el objetivo de crear centros de investigación enfocados en esta población del adulto mayor.

Poner en practica la estimulación cognitiva desde edades tempranas siendo una herramienta para contrarrestar en gran medida el avance del deterioro cognitivo; dentro del cual se podría llevar a cabo campañas educativas donde se toque temas como la importancia y cuidado de nuestro cerebro ya que es un órgano de suma importancia a lo largo de toda nuestra existencia.

Implementar programas preventivos de mente activa con el objetivo de preservar y desacelerar el proceso del deterioro cognitivo, por ejemplo: que los adultos mayores sigan estudios y a la vez sean invitados en programas de tutorías donde el tema sea “experiencias de vida”, lo que le permitirá estimular la memoria e incentivar a los educandos que el mero

hecho de estudiar permitirá a nuestro cerebro prevenir episodios de deterioro cognitivo graves que puedan evolucionar con el paso de los años en enfermedades como el Alzheimer.

Llevar a cabo investigaciones de campo desde la perspectiva socio familiar con el fin de documentar a los grupos sobre la detección primaria del deterioro cognitivo y la prevención de enfermedades como el Alzheimer. En lo que se podría incluir la aproximación de los videojuegos con los adultos mayores, lo que permitiría estimular el cerebro y acercar más al adulto mayor con la familia.

Realizar charlas de sensibilización para la población en general sobre la importancia de darle calidad de vida a las personas mayores, más que apartarlos de la sociedad olvidándolos en alguna casa hogar. Ya que tomando en cuenta la relación estrecha que existe entre las variables sociodemográficas y el nivel de deterioro cognitivo se puede afirmar que el tipo de vida que lleva el adulto mayor permitirá la rapidez con la que llegue de un nivel a otro dentro del deterioro cognitivo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Barrera, J. (2017). Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. Tesis para titulación de psicología Técnica, Universidad Técnica de Ambato, Facultad de ciencias de la salud, Ambato- Ecuador.
- Camargo, K. y Laguado E(2016). Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. *Universidad y Salud*, 2.
- Calvo,B., Pérez,R., Contador,I., Santorum, A., y Ramos, F., (2011). Eficacia del entrenamiento cognitivo basado en nuevas tecnologías en pacientes con demencia tipo Alzheimer. *Psicothema*,vol. 23, n°1, pp 44-50.
- Cardona, D., Segura, A., Garzón, M., Segura, A., Cano, S (2016). Estado de salud del adulto mayor de Antioquia, Colombia. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontología*. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=403844773007>. Fecha de consulta: 1 de marzo de 2019
- Chuquipul, P & Izaguirre, C (2018). Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación-organización Social Del Adulto Mayor, Villa Los Reyes, Ventanilla.Perú
- ENAH0. (2014). Características demográficas del adulto mayor: <http://recap.itcilo.org/fr/documentation/files-activite-4/lima-6>. Recuperado el Sábado de 01 de Marzo de 2018.
- Erikson, E. (2000). *El ciclo de vida completado*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

- ESBAM (2012). Resultados de la encuesta de Salud y Bienestar del adulto mayor. Inei, Perú.
midis.gob.pe.
- García, M., Martínez, F., Alés, M., Utrilla, A. y Muñoz, D. (2006) Procesos psicogeriatricos, ATS/DUE Temario específico. Volumen II. 2da edición. Editorial Mad, S.L. España.
- Gil, R. (2006) Neuropsicología. Barcelona. España. MASSON.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). Metodología de la investigación. México D.F.: Mc Graw Hill.
- INEI. (2018). Cambios demográficos. Lima.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n01_adulto-oct-nov-dic2018.pdf. Consultado el 20 de febrero del 2019.
- Instituto Superior de Estudios Sociales y Socio sanitarios (2016). ¿Qué causa el deterioro cognitivo en las personas mayores? Recuperado de <http://www.isesinstituto.com/noticia/que-cause-el-deterioro-cognitivo-en-las-personas-mayores>
- López, A., López, B., & Ariño, J. (2002). Nuevas alternativas en la rehabilitación de las personas mayores: Programa de rehabilitación psicofuncional en centros día. Geriatrika, 18-21.
- Ley General de Educación (2003). Artículos 29, 36 y 49.
- Sanchez y Reyes (Solís, Y., y Murga, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. Rev Neuropsiquiatr, 81, 1.
- Mías, C., Ruiz, A., Causse, M., Puig, M., & Etcheverry, A. (2017). Detección de Deterioro Cognitivo y factores demográficos asociados en adultos mayores de 50 años de la

Región del Alto Valle: Neuquén y Río Negro. Argentina. Revista Argentina de Neuropsicología 30, 34-49

OMS (2016). ¿Por qué las mujeres viven más que los hombres? BBC. 5 de febrero 2019.

Sitio web: <https://www.bbc.com/mundo/noticias-47117444>

OMS. (2018). Envejecimiento y salud. 27 de febrero de 2019, de OMS Sitio web:

<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>.

OMS. (2019). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de La salud mental y los adultos

mayores: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es>. Recuperado el 12 de Febrero del 2019.

Oscanoa, T., Cieza, E., Parodi, J., & Paredes, N. (Marzo de 2016). Evaluación de la prueba

de la moneda peruana en el tamizaje de trastorno cognitivo en adultos mayores. Revista

Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica, 33(1 -

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-

46342016000100009).

Papalia, D., Wendkos, S., & Duskin, R. (2010). Desarrollo humano. México: Mc Graw Hill.

Peñas, J. (2007) Neurología de la conducta y neuropsicología. Buenos Aires, Argentina.

Editorial Medica Panamericana.

Portillo, P. (2017). Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de

Maracaibo. Itesis doctoral, n°1, 10.

Rosselli, M., & Ardila, A. (2012). Deterioro cognoscitivo leve. Revista de Neuropsicología,

Neuropsiquiatría y Neurociencias, 419-160.

- Rubin, S. (2015). Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en el programa del adulto mayor del centro de salud Aapricio Pomares 2015. Tesis para titulación, Universidad de Huánuco, Departamento de salud, Huánuco.
- Sánchez, H., & Reyes, C. (2009). Metodología y diseños en la investigación científica. Lima. Editorial Vision Universitaria.
- Unicef (2011). Aplicando Genero. Consultado el 12 de abril de 2019 en https://www.unicef.org/honduras/Aplicando_genero_agua_saneamiento.pdf.
- Varela L, Tello T. Asambleas mundiales sobre el envejecimiento. En: Varela L. Principios de Geriatria y Gerontología. 2da ed: Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2011. p 19-24
- Vilchez, H. (2018). Nivel cognitivo del adulto mayor autovalente y su relación con las características sociodemográficas en pacientes que acuden al centro del adulto mayor vitarte de essalud, Lima-Perú, 2018.

ANEXOS

Matriz de Consistencia

Título: “Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019”

Autor(es): Echevarría Laureano Jakeline Mayra y Bach. Solano Cóndor Elizabeth

| PROBLEMA | OBJETIVO | HIPÓTESIS | VARIABLE | METODOLOGÍA |
|--|---|--|---------------------|---|
| Problema General: | Objetivo General: | Hipótesis General: | Variable | Método de investigación |
| ¿Existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019? | Determinar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019. | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo de acuerdo a las variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019 | Deterioro cognitivo | Descriptivo-transaccional |
| Problemas Específicos: | Objetivos Específicos: | Hipótesis Específicas: | | Tipo de Investigación: |
| ¿Existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según sexo? | Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según sexo. | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según sexo. | | Aplicada |
| ¿Existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según edad? | Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según edad. | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según edad. | | Nivel de Investigación: |
| ¿Existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según nivel educativo? | Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según nivel de estudios. | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores según nivel educativo. | | Descriptivo |
| ¿Existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo entre los adultos mayores que viven en compañía de al menos un familiar, aquellos que viven solos o con algún otro adulto mayor? | Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores que viven en | Si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores que viven en compañía de al menos un familiar, aquellos que viven solos o en compañía de algún otro adulto mayor. | | Diseño: |
| | | | | Descriptivo comparativo |
| | | | | Población: |
| | | | | 74 adultos mayores participantes de un taller en el hospital “Daniel Alcides Carrión” y adultos mayores institucionalizados en la casa hogar “San Vicente de Paúl” de Huancayo. |

| | | | |
|--|---|---|---|
| ¿Existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados? | compañía de al menos un familiar, solos o con algún otro adulto mayor. Identificar si existen diferencias en el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores institucionalizados o no institucionalizados | Si existen diferencias del nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados | Muestra: 62 adultos mayores participantes de un taller en el hospital “Daniel Alcides Carrión” y adultos mayores institucionalizados en la casa hogar “San Vicente de Paúl” de Huancayo. Muestreo: Probabilístico aleatorio simple Técnica: Observación directa Instrumento: “Prueba de la moneda peruana” |
|--|---|---|---|

Matriz de Operacionalización de la variable

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicador | Ítems | Escala |
|---------------------|---|--|--------------|---------------------------------------|--------|-----------|
| Deterioro cognitivo | Petersen (1999) consultado por García et al (2006) lo define como “Una forma de síndrome que genera un déficit cognitivo mayor al que se espera para la edad y el nivel cultural que tenga la persona, sin que se alteren diversas actividades del día a día, y sin que se alcancen los criterios de demencia”. | El deterioro cognitivo comprende el puntaje medio obtenido en la “Prueba de la Moneda Peruana” dirigido a evaluar componentes tales como el conocimiento de aspectos generales, el cálculo de operaciones básicas y la memoria establecida como el recuerdo de las actividades realizadas, como lo refiere la versión adaptada del Eurotest: “Prueba de la moneda peruana” Oscanoa et al (2016). | Conocimiento | Monedas circulantes en la actualidad | 1 | Intervalo |
| | | | | Billetes circulantes en la actualidad | 2 | Intervalo |
| | | | Cálculo | Conteo | 3 | Intervalo |
| | | | | Cambio fraccionado de una moneda | 4 | Intervalo |
| | | | | Suma | 5 | Intervalo |
| | | | Recuerdo | División | 6,7 | Intervalo |
| | | | | Memoria | 8,9,10 | Intervalo |

MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DEL INSTRUMENTO

| Instrumento | Dimensiones | Indicador | Ítems | Puntaje |
|-------------------------------|--------------|---------------------------------------|--------|-----------|
| "Prueba de la moneda peruana" | Conocimiento | Monedas circulantes en la actualidad | 1 | 6 puntos |
| | | Billetes circulantes en la actualidad | 2 | 5 puntos |
| | Cálculo | Conteo | 3 | 2 puntos |
| | | Cambio fraccionado de una moneda | 4 | 2 puntos |
| | | Suma | 5 | 2 puntos |
| | | División | 6,7 | 4 puntos |
| | Recuerdo | Memoria | 8,9,10 | 10 puntos |

Total= 31 puntos

PRUEBA DE LA MONEDA PERUANA

Nombres y Apellidos: _____
 Fecha: _____ Edad: _____ Sexo: _____
 Fecha de nacimiento: _____
 Nivel de estudios: _____
 Manejo dinero: _____
 Vive con: _____
 Institucionalizado: Si () No ()
 Entorno: rural () urbano ()
 Antecedentes familiares de demencia: _____
 Consumidor de tabaco: no () ex fumador () fumador activo ()
 Alcohol: no/excepcional () esporádicamente () habitual ()
 Otros antecedentes: _____

PRIMERA PARTE: CONOCIMIENTO.

| | |
|---|----------|
| 1. ¿Puede mencionarme que monedas usamos en la actualidad? "Ojo", solo le pido en monedas, no en billetes. (Máximo 1 minuto) MONEDAS: Céntimos 10 () 20 () 50 () Soles 1 () 2 () 5 () Otras (especificar) Total correctas: Intrusiones: | A |
| 2. ¿¿Puede mencionarme que billetes usamos en la actualidad? (máximo 1 minuto) Soles 10 () 20 () 50 () 100 () 200 () Otras (especificar) Total correctas: Intrusiones: | |

SEGUNDA PARTE: CALCULO

Ponga delante del sujeto las monedas (3 de dos soles, 1 de un sol, 2 de 50 céntimos, 5 de 20 céntimos) y pídale que responda las siguientes tareas, en caso que la contestación sea errónea, hágaselo saber y dele un único nuevo intento, algunos ítems tienen varias soluciones, todas ellas son válidas, conceda un máximo un minuto por ítem y pase al siguiente si no ha contestado correctamente en ese tiempo o ha AGOTADO LOS DOS INTENTOS

| | |
|--|----------|
| 3. ¿Cuántas monedas hay aquí? (11 monedas) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | B |
| 4. ¿Puede cambiarme en sencillo esta moneda? (Retirar las 2 monedas de 2 soles y mostrarla sola una) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | |
| 5. ¿Cuánto dinero hay aquí en total? (9 soles) (De nuevo todas las monedas) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | |
| 6. Por favor divida estas monedas en dos montos que tengan la misma cantidad de dinero (4,50 soles) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | |

| | |
|---|--|
| 7. ídem, en tres montos que tengan la misma cantidad de dinero (3,00). Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | |
|---|--|

TAREA DE DISTRACCION (fluencia verbal semántica) (60 segundos) (No tiene puntuación)

“Quiero que me diga todos los nombres de animales que se le ocurran, ya sean de la tierra, del mar o del aire, del campo o de la casa ¡todos los que se le ocurran!”

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

TERCERA PARTE: RECUERDO

| | | | | | |
|--|-------------|--|-------------|----------------------|----------|
| 8. ¿Cuántas monedas le enseñe antes? (11 monedas). Respuesta: Correcta () Incorrecta () | | | | | C |
| 9. ¿Cuánto dinero había en total? (9 soles). Respuesta: Correcta () Incorrecta () | | | | | |
| 10. ¿Recuerda que monedas había exactamente? | | | | | |
| CANTIDAD | MONEDA | | INTRUSIONES | TOTAL DE INTRUSIONES | |
| 5 de | 20 céntimos | | | | |
| 2 de | 50 céntimos | | | | |
| 1 de | 1 sol | | | | |
| 3 de | 2 soles | | | | |
| Total, A+B+C: | | | | | |

HORA DE FINALIZACIÓN:

OBSERVACIONES:


.....

CARTA DE AUTORIZACIÓN

Yo, Carlos MENDOZA AMAYA, Jefe del Departamento de Salud Mental del Hospital Daniel Alcides Carrión de Huancayo, autorizo que las bachilleres de Psicología Elizabeth SOLANO CONDOR y Jakeline Mayra ECHEVARRIA LAUREANO, puedan realizar la aplicación del instrumento Test de la Moneda Peruana, para ejecutar su investigación titulada **“DETERIORO COGNITIVO Y VARIABLES SOCIODEMOGRAFICAS EN ADULTOS MAYORES DE HUANCAYO 2019”**.

Se entrega a presente autorización a solicitud escrita de los interesados para fines que estimen conveniente.

Huancayo, 26 de Marzo de 2019.


DIRECCIÓN REGIONAL DE SALUD JUNÍN
HOSPITAL REGIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN
QUIRÚRGICO DANIEL ALCIDES CARRIÓN - HUANCAYO
Dr. Carlos A. Mendoza Amaya
MÉDICO PSICUATRA
CURP 26034 JUNÍN 19610

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO PRUEBA DE MONEDA PERUANA

| N° de elementos | Alfa de Cronbach | Valoración | Nivel Alfa |
|-----------------|------------------|------------|------------|
| 10 | 0,846 | > | 0,50 |

En el cuadro anterior, se observa que el valor del alfa de Cronbach (0,846) es mayor al nivel alfa, por lo tanto, el 80% de confiabilidad del instrumento es buena.

Según la valoración de George y Mallery (2003) que sugieren un criterio general de recomendaciones para evaluar el coeficiente del alfa de Cronbach. Se tiene la siguiente clasificación:

| VALOR | COEFICIENTE | CRITERIO |
|-------|-------------|-------------------------|
| > | 0,9 | Excelente |
| > | 0,8 | Bueno |
| > | 0,7 | Aceptable |
| > | 0,6 | Relativamente aceptable |
| > | 0,5 | Cuestionable |
| < | 0,5 | Deficiente |

| Prueba de la moneda peruana | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|
| | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 |
| S1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 |
| S2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 |
| S3 | 5 | 5 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 |
| S4 | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| S5 | 6 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 |
| S6 | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 8 |
| S7 | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 |
| S8 | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 4 |
| S9 | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 8 |
| S10 | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 |
| S11 | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 8 |
| S12 | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 |

VALIDACIÓN POR JUICIO DE EXPERTOS DE LOS
INSTRUMENTOS DE INVESTIGACIÓN

AUTORAS : ECHEVARRIA LAUREANO, Jakeline Mayra.
SOLANO CONDOR, Elizabeth.

INSTITUCION : UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

AÑO : 2019

INSTRUMENTOS: Prueba de la Moneda Peruana.

| Criterio - Opinion | N° de Jueces | Adecuado | V Aiken (V) | Descriptivo |
|-----------------------|-----------------|----------|----------------|-------------|
| Adecuado | 3 | 3 | 1 | Válido |

Lic. Julia Esther Rios Pinto

Mg. Massiel Huamán Huaringa

Mg. Washington Neuman Abregú Jaucha

CONSTANCIA

YO, JULIA ESTHER RIOS PINTO, con Documento Nacional de Identidad N° 25317154, certifico que realice el juicio de experto al instrumento presentado por la Bachilleres **SOLANO CONDOR, Elizabeth y ECHEVARRIA LAUREANO, Jakeline Mayra**, en la investigación titulada "**Deterioro Cognitivo y Variables Sociodemográficas en la Provincia de Huancayo 2019**".

Huancayo, Marzo de 2019.



PS JULIA ESTHER RIOS PINTO
PSICOLOGIA CLINICA
C.P.F. N° 0397 - I.N.E. N° 0110

FIRMA

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDOS : JULIA ESTHER RIOS PINTO
TITULO PROFESIONAL : LIC. EN PSICOLOGIA
CARGO : COORD. EST. DE SALUD MENTAL
ESPECIALIDAD : PSICOLOGA CLINICA
AÑOS DE EXPERIENCIA : 20 AÑOS
POST GRADO : UNIV. MAYOR DE SAN MARCOS
AÑO : 2014
TRABAJOS PUBLICADOS : ANTOLOGIA DE LA INV. PCO. WANKA
OTROS MERITOS : PREMIADA POR LA MUNICIPALIDAD
DE JUNTA COMO MUJER REP. EN EL AREA
PROFESIONAL

EN RESUMEN CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

PROCEDE A EVALUACION



PS. JULIA ESTHER RIOS PINTO
PSICOLOGA CLINICA
C.P.P. N° 307 - ARE. N° 0110

FIRMA

JUICIO DE EXPERTOS

EXPERTO: JULIA ESTHER RIOS ANTO CARGO: COORD. EST. Salud Mental.

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de los ítems del cuestionario respectivamente en dos criterios diferentes. Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un (x) en el recuadro correspondiente (SI) si no le encuentra ninguna objeción, o en (NO) si tiene que modificarse en ese aspecto la pregunta. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

MARQUE CON UN "X" EN EL RECUADRO RESPECTIVO SI EL INSTRUMENTO A SU JUICIO CUMPLE O NO CON EL CRITERIO EXIGIDO.

TEST DE LA MONEDA PERUANA

PRIMERA PARTE: CONOCIMIENTO.

| | VALORACIÓN | |
|---|------------|----|
| | SI | NO |
| 1. ¿Puede mencionarme que monedas usamos en la actualidad? "Ojo", solo le pido en monedas, no en billetes. (Máximo 1 minuto) MONEDAS: Céntimos 10 () 20 () 50 () Soles 1 () 2 () 5 () Otras (especificar) Total correctas: Intrusiones: | ✓ | |
| 2. ¿Puede mencionarme que billetes usamos en la actualidad? (máximo 1 minuto) Soles 10 () 20 () 50 () 100 () 200 () Otras (especificar) Total correctas: Intrusiones: | ✓ | |

SEGUNDA PARTE: CALCULO

Ponga delante del sujeto las monedas (3 de dos soles, 1 de un sol, 2 de 50 céntimos, 5 de 20 céntimos) y pídale que responda las siguientes tareas, en caso que la contestación sea errónea, hágaselo saber y dele un único nuevo intento, algunos ítems tienen varias soluciones, todas ellas son válidas, conceda un máximo un minuto por ítem y pase al siguiente si no ha contestado correctamente en ese tiempo o ha AGOTADO LOS DOS INTENTOS

| | | |
|--|---|--|
| 3. ¿Cuántas monedas hay aquí? (11 monedas) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | ✓ | |
| 4. ¿Puede cambiarme en sencillo esta moneda? (Retirar las 2 monedas de 2 soles y mostrarla sola una) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | ✓ | |
| 5. ¿Cuánto dinero hay aquí en total? (9 soles) (De nuevo todas las monedas) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | ✓ | |

| | | |
|--|---|---|
| 6. Por favor divida estas monedas en dos montos que tengan la misma cantidad de dinero (4,50 soles) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | ✓ | |
| 7. ídem, en tres montos que tengan la misma cantidad de dinero (3,00) <i>soles</i> Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | | x |

TAREA DE DISTRACCION (fluencia verbal semántica) (60 segundos) (No tiene puntuación)

“Quiero que me diga todos los nombres de animales que se le ocurran, ya sean de la tierra, del mar o del aire, del campo o de la casa [todos los que se le ocurran!”

TERCERA PARTE: RECUERDO

| 8. ¿Cuántas monedas le enseñe antes? (11 monedas). Respuesta: Correcta () Incorrecta () | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|-------------|--------|-------------|----------------------|----------------------|------|-------------|--|--|--|------|-------------|--|--|--|------|-------|--|--|--|------|---------|--|--|--|--|--|
| 9. ¿Cuánto dinero había en total? (9 soles). Respuesta: Correcta () Incorrecta () | ✓ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. ¿Recuerda que monedas había exactamente? | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CANTIDAD</th> <th style="width: 15%;">MONEDA</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">INTRUSIONES</th> <th style="width: 15%;">TOTAL DE INTRUSIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 de</td> <td>20 céntimos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 de</td> <td>50 céntimos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 de</td> <td>1 sol</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 de</td> <td>2 soles</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | CANTIDAD | MONEDA | | INTRUSIONES | TOTAL DE INTRUSIONES | 5 de | 20 céntimos | | | | 2 de | 50 céntimos | | | | 1 de | 1 sol | | | | 3 de | 2 soles | | | | | |
| CANTIDAD | MONEDA | | INTRUSIONES | TOTAL DE INTRUSIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 de | 20 céntimos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 de | 50 céntimos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 de | 1 sol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 de | 2 soles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total, A+B+C: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES Y O SUGERENCIAS:

.....

.....

.....

.....



 PS. ALBA ESTHER RUIZ PINTO
 PSICOLOGA CLINICA
 C.P.S. N° 9307 - RNE. N° 02110

CONSTANCIA

YO, Mg. Ramón Huaringa Nazia Rosiel, con Documento Nacional de Identidad N° 44345934, certifico que realice el juicio de experto al instrumento presentado por la Bachilleres **SOLANO CONDOR, Elizabeth y ECHEVARRIA LAUREANO, Jakeline Mayra**, en la investigación titulada "**Deterioro Cognitivo y Variables Sociodemográficas en la Provincia de Huancayo 2019**".

Huancayo, Marzo de 2019.


FIRMA

CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDOS : Nazira Nasiel Humán Huaringa
TITULO PROFESIONAL : PSICOLOGA
CARGO : COORDINADORA DE E.S. SALUD MENTAL - PEO CHYO.
ESPECIALIDAD : PSICOTERAPIA SISTÉMICA FAMILIAR
AÑOS DE EXPERIENCIA : 9 AÑOS
POST GRADO : MAESTRÍA EN GESTIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD
AÑO : 2016
TRABAJOS PUBLICADOS : -
OTROS MERITOS : -

EN RESUMEN CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

Valido para la aplicación.



FIRMA

JUICIO DE EXPERTOS

EXPERTO: Mg. Huariá Huaringa, Hazel CARGO: Psicóloga

A continuación, usted tiene columnas enumeradas por cuadros para evaluar cada una de los ítems del cuestionario respectivamente en dos criterios diferentes. Marque en el espacio en blanco para cada pregunta con un (x) en el recuadro correspondiente (SI) si no le encuentra ninguna objeción, o en (NO) si tiene que modificarse en ese aspecto la pregunta. La modificación que deba realizarse podrá ser detallada al final en el espacio de observaciones y sugerencias.

MARQUE CON UN "X" EN EL RECUADRO RESPECTIVO SI EL INSTRUMENTO A SU JUICIO CUMPLE O NO CON EL CRITERIO EXIGIDO.

TEST DE LA MONEDA PERUANA

PRIMERA PARTE: CONOCIMIENTO.

| | VALORACIÓN | |
|---|------------|----|
| | SI | NO |
| 1. ¿Puede mencionarme que monedas usamos en la actualidad? "Ojo", solo le pido en monedas, no en billetes. (Máximo 1 minuto) MONEDAS: Céntimos 10 () 20 () 50 () Soles 1 () 2 () 5 () Otras (especificar) Total correctas: Intrusiones: | X | |
| 2. ¿Puede mencionarme que billetes usamos en la actualidad? (máximo 1 minuto) Soles 10 () 20 () 50 () 100 () 200 () Otras (especificar) Total correctas: Intrusiones: | X | |

SEGUNDA PARTE: CALCULO

Ponga delante del sujeto las monedas (3 de dos soles, 1 de un sol, 2 de 50 céntimos, 5 de 20 céntimos) y pídale que responda las siguientes tareas, en caso que la contestación sea errónea, hágaselo saber y dele un único nuevo intento, algunos ítems tienen varias soluciones, todas ellas son válidas, conceda un máximo un minuto por ítem y pase al siguiente si no ha contestado correctamente en ese tiempo o ha AGOTADO LOS DOS INTENTOS

| | | |
|--|---|--|
| 3. ¿Cuántas monedas hay aquí? (11 monedas) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | X | |
| 4. ¿Puede cambiarme en sencillo esta moneda? (Retirar las 2 monedas de 2 soles y mostrarla sola una) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | X | |
| 5. ¿Cuánto dinero hay aquí en total? (9 soles) (De nuevo todas las monedas) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | X | |

| | | |
|--|---|--|
| 6. Por favor divida estas monedas en dos montos que tengan la misma cantidad de dinero (4,50 soles) Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | X | |
| 7. <u>idem</u> , en tres montos que tengan la misma cantidad de dinero (3,00). Correcto () Correcto al segundo intento () Incorrecto () | X | |

TAREA DE DISTRACCION (fluencia verbal semántica) (60 segundos) (No tiene puntuación)

"Quiero que me diga todos los nombres de animales que se le ocurran, ya sean de la tierra, del mar o del aire, del campo o de la casa ¡todos los que se le ocurran!"

TERCERA PARTE: RECUERDO

| 8. ¿Cuántas monedas le enseñe antes? (11 monedas). Respuesta: Correcta () Incorrecta () | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---------|--|-------------|-------------|----------------------|----------------------|------|-------------|--|--|------|-------------|--|--|------|-------|--|--|------|---------|--|--|
| 9. ¿Cuánto dinero había en total? (9 soles). Respuesta: Correcta () Incorrecta () | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 10. ¿Recuerda que monedas había exactamente? | X | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">CANTIDAD</th> <th style="width: 15%;">MONEDA</th> <th style="width: 15%;">INTRUSIONES</th> <th style="width: 15%;">TOTAL DE INTRUSIONES</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 de</td> <td>20 céntimos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 de</td> <td>50 céntimos</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 de</td> <td>1 sol</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 de</td> <td>2 soles</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> | | | CANTIDAD | MONEDA | INTRUSIONES | TOTAL DE INTRUSIONES | 5 de | 20 céntimos | | | 2 de | 50 céntimos | | | 1 de | 1 sol | | | 3 de | 2 soles | | |
| CANTIDAD | | | MONEDA | INTRUSIONES | TOTAL DE INTRUSIONES | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 5 de | | | 20 céntimos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2 de | | | 50 céntimos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 1 de | | | 1 sol | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3 de | 2 soles | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Total, A+B+C: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

OBSERVACIONES Y O SUGERENCIAS:

.....

.....

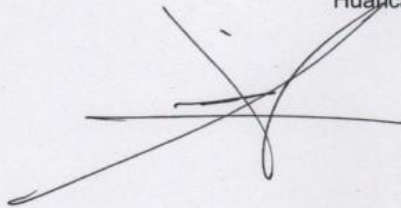
.....

.....

CONSTANCIA

YO, Washington Neuman Abregu Jaucha, con Documento Nacional de Identidad N° 80152067, certifico que realice el juicio de experto al instrumento presentado por la Bachilleres **SOLANO CONDOR, Elizabeth y ECHEVARRIA LAUREANO, Jakeline Mayra**, en la investigación titulada "**Deterioro Cognitivo y Variables Sociodemográficas en la Provincia de Huancayo 2019**".

Huancayo, Marzo de 2019.



FIRMA



CRITERIO DE JUECES

NOMBRE Y APELLIDOS : Washington Neuman Abregú Jaucha
TITULO PROFESIONAL : Psicólogo
CARGO : Responsable del servicio Psicopedagógico Fac. Ing. UPLA
ESPECIALIDAD : Psicología educativa
AÑOS DE EXPERIENCIA : 10 años
POST GRADO : Maestría en Educación Superior
AÑO : 2018
TRABAJOS PUBLICADOS : _____
OTROS MERITOS : _____

EN RESUMEN CUAL ES SU OPINION SOBRE EL INSTRUMENTO

ADECUADO 1 MEDIANAMENTE ADECUADO 2 INADECUADO 3

OBSERVACIONES:

Procede a evaluación



Mg. Washington Neuman Abregú Jaucha
C.P.S.P. 13564
PSICOLOGO

DATA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

| Sociodemográfica | | | | | Prueba de la moneda peruana | | | | | | | | | | | |
|------------------|--------|-------|-----------------------|-----------------------|-----------------------------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|--------|---------|------|
| Sujeto | edad | Sexo | Compañía familiar | Nivel de educativo | institucionalizados | Item 1 | Item 2 | Item 3 | Item 4 | Item 5 | Item 6 | Item 7 | Item 8 | Item 9 | Item 10 | Ptje |
| S1 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | ninguna | no | 5 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 6 | 25 |
| S2 | 60-65 | Mujer | solo | secundaria incompleta | no | 5 | 5 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 4 | 24 |
| S3 | 76-80 | Varón | solo | tecnico o superior | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 4 | 25 |
| S4 | 66-70 | Mujer | al menos un familiar | ninguna | no | 6 | 5 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 4 | 20 |
| S5 | 76-80 | Mujer | solo | primaria incompleta | no | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 | 21 |
| S6 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | secundaria | no | 6 | 4 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 6 | 27 |
| S7 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | primaria incompleta | no | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 6 | 28 |
| S8 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | secundaria incompleta | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 2 | 17 |
| S9 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | secundaria incompleta | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 6 | 28 |
| S10 | 60-65 | Varón | al menos un familiar | secundaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 | 30 |
| S11 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | tecnico o superior | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 | 29 |
| S12 | 71-75 | Varón | al menos un familiar | primaria incompleta | no | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 8 | 15 |
| S13 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | secundaria incompleta | no | 1 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 6 | 22 |
| S14 | 76-80 | Mujer | solo | tecnico o superior | no | 5 | 6 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 0 | 1 | 6 | 25 |
| S15 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | tecnico o superior | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 8 | 30 |
| S16 | 71-75 | Mujer | al menos un familiar | tecnico o superior | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 0 | 8 | 24 |
| S17 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | secundaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 8 | 30 |
| S18 | 76-80 | Mujer | al menos un familiar | primaria | no | 4 | 3 | 0 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 4 | 12 |
| S19 | 66-70 | Mujer | al menos un familiar | secundaria incompleta | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 8 | 28 |
| S20 | 66-70 | Mujer | al menos un familiar | secundaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 | 26 |
| S21 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | secundaria | no | 6 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 28 |
| S22 | 66-70 | Mujer | al menos un familiar | primaria incompleta | no | 3 | 1 | 0 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 7 | 15 |
| S23 | 60-65 | Mujer | al menos un familiar | primaria incompleta | no | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 8 | 29 |
| S24 | 86-90 | Varón | al menos un familiar | primaria | no | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | 25 |
| S25 | 76-80 | Mujer | al menos un familiar | primaria incompleta | no | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 4 | 25 |
| S26 | 71-75 | Varón | al menos un familiar | tecnico o superior | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 8 | 30 |
| S27 | 76-80 | Varón | al menos un familiar | secundaria incompleta | no | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 27 |
| S28 | 76-80 | Varón | al menos un familiar | primaria | no | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 8 | 26 |
| S29 | 60-65 | Mujer | solo | secundaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 | 27 |
| S30 * | 60-65 | Mujer | solo | primaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 8 | 31 |
| S31 | 60-65 | Varón | solo | secundaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 29 |
| S32 | 91-95 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 1 | 3 | 13 |
| S33 | 80-85 | Varón | otros adultos mayores | ninguna | si | 4 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 13 |
| S34 | 80-85 | Varón | otros adultos mayores | secundaria | si | 4 | 3 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 15 |
| S35 | 96-100 | Varón | otros adultos mayores | primaria | si | 3 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 20 |
| S36 | 76-80 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 5 |
| S37 | 76-80 | Varón | otros adultos mayores | secundaria | si | 6 | 5 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 3 | 23 |
| S38 | 86-90 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 2 | 3 | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 11 |
| S39 | 96-100 | Mujer | otros adultos mayores | ninguna | si | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 |
| S40 | 76-80 | Varón | otros adultos mayores | tecnico o superior | si | 1 | 2 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 4 |
| S41 | 71-75 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 8 | 15 |
| S42 | 80-85 | Varón | otros adultos mayores | ninguna | si | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 0 | 1 | 8 | 0 |
| S43 | 86-90 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 6 | 5 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 13 |
| S44 | 86-90 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 1 | 1 | 0 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 5 | 9 |
| S45 | 80-85 | Varón | otros adultos mayores | secundaria | si | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 8 | 17 |
| S46 | 76-80 | Mujer | otros adultos mayores | primaria | si | 5 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 6 | 21 |
| S47 | 96-100 | Varón | al menos un familiar | primaria incompleta | no | 6 | 5 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 4 | 11 |
| S48 | 60-65 | Varón | solo | tecnico o superior | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 8 | 27 |
| S49 | 80-85 | Varón | al menos un familiar | primaria incompleta | no | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 23 |
| S50 | 91-95 | Mujer | al menos un familiar | ninguna | no | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 8 | 21 |
| S51 | 66-70 | Varón | solo | primaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 | 24 |
| S52 | 60-65 | Varón | al menos un familiar | tecnico o superior | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 8 | 29 |
| S53 | 76-80 | Varón | al menos un familiar | secundaria | no | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 15 |
| S54 | 66-70 | Mujer | solo | secundaria | no | 5 | 5 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 0 | 1 | 8 | 20 |
| S55 | 80-85 | Varón | al menos un familiar | tecnico o superior | no | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 8 | 22 |
| S56 | 86-90 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 | 9 |
| S57 | 66-70 | Mujer | otros adultos mayores | ninguna | si | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 8 | 15 |
| S58 | 71-75 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 8 | 11 |
| S59 | 80-85 | Mujer | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 4 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 0 | 1 | 8 | 14 |
| S60 | 91-95 | Mujer | otros adultos mayores | secundaria incompleta | si | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 0 | 1 | 8 | 3 |
| S61 | 71-75 | Varón | otros adultos mayores | primaria incompleta | si | 6 | 5 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 10 |
| S62 | 91-95 | Varón | otros adultos mayores | ninguna | si | 1 | 1 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 5 |

Consentimiento informado

Yo GRIMALDO CESAR LEON ANTALON, identificado (a) con DNI N.º 19800110, acepto participar en el estudio, el cual está siendo realizado por _____ y será de utilidad para procesos de investigación y evaluación en la práctica clínica.

Asimismo, manifiesto que me han informado y he entendido que del responder una encuesta relacionada con mis datos sociodemográficos, de instrumentos que abordaran aspectos básicos de orientación, atención, memoria cálculo y lenguaje y una escala para determinar el estado de ánimo.

Doy fe de que mi participación en el estudio es voluntaria, que me puedo retirar en cualquier momento del estudio y que se me ha explicado que en este estudio a) no se tendrá ninguna consecuencia para mi salud, por tanto, no constituye riesgo para mi integridad física o mental; b) la información obtenida se divulgará solo con fines científicos y académicos; c) la información que he suministrado se maneja confidencialmente guardando mi identidad.

Firma del participante



**TOMAS FOTOGRAFICAS DEL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL PARA ADULTOS MAYORES
"SAN VICENTE DE PAUL"**



PATIO DE DEL CENTRO DEL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL PARA ADULTOS MAYORES “SAN VICENTE DE PAUL”.





**POBLACION DE ADULTOS DEL CENTRO DE ATENCION RESIDENCIAL PARA ADULTOS MAYORES
"SAN VICENTE DE PAUL".**









RECOLECCION DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS





REALIZANDO LAS EVALUACIONES DE “LA PRUEBA DE LA MONEDA PERUANA”





TOMAS FOTOGRAFICAS DEL "TALLER DE ADULTO MAYOR EN EL HOSPITAL DANIEL ALCIDES CARRION".

