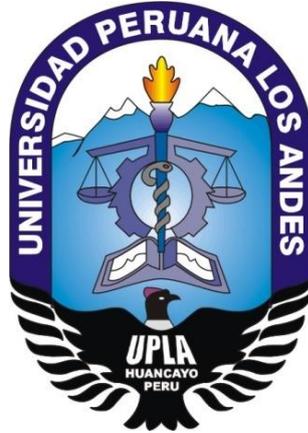


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
Facultad de Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Farmacia y Bioquímica



TESIS

- Título** : **EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA - HUÁNUCO, 2019**
- Para Optar el** : **Título profesional de Químico Farmacéutico**
- Autora** : **Bachiller Cecilia Beatriz Coronel Pacheco**
Bachiller Betzaida Victoria Padilla Tarazona
- Asesor** : **Dr. Pedro Gonzalo Rengifo Gratelli**
- Línea de investigación Institucional** : **Salud y Gestión de la Salud**
- Fecha de inicio y término** : **09 de marzo del 2019 – 30 de setiembre del 2019**

DEDICATORIA

A nuestros padres porque son el motivo de todo
esfuerzo.

AGRADECIMIENTO

Nuestro agradecimiento a la Universidad Peruana Los Andes, y a los catedráticos por la oportunidad de forjarnos como mejores personas y profesionales.

INTRODUCCIÓN

El deterioro cognitivo, es una enfermedad que tiene prevalencia en los ancianos, si bien no hay una causa genética científicamente conocida, es muy probable que esté relacionado con los hábitos de vida y el consumo de xenobióticos que ingresan al organismo.

Las características que tiene esta enfermedad son diversas pudiendo ser presencia de amnesia (pérdida de memoria), dificultad de comunicación oral, dificultad de realizar actividades personales como alimentación, aseo entre otras actividades que requieran atención y concentración.

En nuestro medio el deterioro cognitivo puede ser diagnosticado también como demencia y con la enfermedad de Alzheimer, la diferencia radica en que estas últimas enfermedades pueden ser más crónicas que la primera, por lo que los especialistas indican que los pacientes con demencia senil y Alzheimer, pasan por una primera fase que se denomina deterioro cognitivo.

El tratamiento que reciben los pacientes con deterioro cognitivo es complementario que va desde la alimentación, pasando por rehabilitación y terapia física seguida de un tratamiento farmacológico el cual suele empezar con vitaminas para posteriormente seguir un tratamiento con antidepresivos y psicóticos.

Al ser una enfermedad donde generalmente las personas que la padecen tienen problemas que pueden afectar el entorno del hogar, muchas familias recurren a los centros de atención de adulto mayor y a los asilos donde son atendidos por un grupo de profesionales que estarán pendientes del desarrollo de la enfermedad.

Asimismo, la atención farmacéutica, es una actividad desarrollada por profesionales Químicos Farmacéuticos, que tiene como objetivo mejorar la calidad de vida del paciente, mediante la correcta dispensación del medicamento, la orientación profesional por parte del Químico Farmacéutico y el seguimiento farmacoterapéutico, donde debe aplicarse instrumentos que permitan evaluar el control de la enfermedad.

Hay que tener en consideración que la atención farmacéutica es un proceso donde también pueden aportar otros profesionales como los médicos, psicólogos, enfermeros entre otros, los cuales colaboran en la información sobre el desarrollo de la enfermedad.

El asilo de ancianos Santa Sofía, está ubicado en el departamento de Huánuco, en él las personas mayores son atendidas bajo la administración de la Asociación de Damas Huanuqueñas, encontrándose en este lugar 13 pacientes que presentan sintomatología con deterioro cognitivo en diferentes grados.

Teniendo en cuenta lo expresado en el presente trabajo se planteó aplicar instrumentos para evaluar el tratamiento farmacológico en los residentes con deterioro cognitivo del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

Se deja a vuestra consideración de los miembros del jurado la calificación y aprobación del presente informe, esperando que contribuya al repositorio de la universidad.

CONTENIDO

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
INTRODUCCIÓN	iv
CONTENIDO DE TABLAS	ix
CONTENIDO DE FIGURAS	x
RESUMEN	xi
ABSTRACT	xii
CAPÍTULO I	12
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
1.1. Descripción De La Realidad Problemática	13
1.2. Delimitación del Problema	15
1.3. Formulación del Problema	15
1.3.1. Problema General	15
1.3.2. Problemas específicos	15
1.4. Justificación	16
1.4.1. Teórica	16
1.4.2. Social o práctica	16
1.4.3. Metodológica	16
1.5. Objetivos	17
1.5.1. Objetivo General	17
1.5.2. Objetivos Específicos	17
CAPÍTULO II	18
MARCO TEÓRICO	18
2.1. Antecedentes De Estudio	18
2.1.1. Antecedentes Nacionales	18

2.1.2.	Antecedentes Internacionales	19
2.2.	Bases Teóricas	21
2.2.1.	Deterioro Cognitivo	21
2.2.3.	Interacción De Medicamentos Encontrados Durante El Estudio	233
2.3.	Marco Conceptual	233
CAPÍTULO III		266
HIPÓTESIS Y VARIABLES		266
3.1.	Hipótesis General	266
3.2.	Hipótesis Específicas	266
3.3.	Identificación de Variables	266
3.4.	Operacionalización de Variables	27
CAPÍTULO IV		28
METODOLOGÍA		28
4.1.	Método de Investigación	28
4.2.	Tipo de Investigación	28
4.3.	Nivel de Investigación	28
4.4.	Diseño de la Investigación	29
4.5.	Población y Muestra	29
4.6.	Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos	300
4.7.	Técnicas de Procedimientos y Análisis de Datos	300
4.7.1.	Procesamiento de los Datos	300
4.7.2.	Procedimiento a Seguir para Probar la Hipótesis	311
4.7.2.1.	Hipótesis General.	322
4.7.2.2.	Hipótesis Específicas.	322
4.7.3.	Técnicas y Análisis de Datos	333
4.8.	Aspectos Éticos de la Investigación	344
CAPÍTULO V		355

RESULTADOS	355
5.1. Descripción de los Resultados de MMSE	355
5.2. Descripción de los Resultados de TEST MORINSKY	377
5.3. Descripción de los Resultados de TEST GDS	38
5.4. Contrastación De La Hipótesis	39
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS	433
CONCLUSIONES	46
RECOMENDACIONES	47
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48
ANEXOS	522
ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA	533
ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	544
ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	555
Descripción detallada de los Resultados de MMSE	60
Descripción detallada de los Resultados de TEST GDS	67
ANEXO 5: PERMISO DE EJECUCIÓN DE TESIS	722
ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO	76
ANEXO 7: GALERÍA FOTOGRÁFICA	77
ANEXO 8: VALIDACION DE INSTRUMENTOS	822
ANEXO 9: DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD	84
ANEXO 10: COMPROMISO DE AUTORIA	86

CONTENIDO DE TABLAS

Tabla 1: Frecuencia de los componentes del test MMSE, base de datos Excel 2010 ...	35
Tabla 2: Distribución absoluta del Test Morinsky – Green	37
Tabla 3: Frecuencia de los componentes del test GDS, base de datos Excel 2010.....	38
Tabla 4: Prueba de normalidad: Evaluación del Trat. Farm. y Deterioro cognitivo	39
Tabla 5: Prueba de normalidad: Actitudes Religiosas y Adherencia al trat. Farm.	40
Tabla 6: Prueba de normalidad: Eval. del Trat. Farm. y Resultados de la inter. Farm.	41
Tabla 7: Prueba de muestras emparejadas hipótesis general.....	42
Tabla 8: Distribución absoluta del Test MMSE (Orientación)	60
Tabla 9: Distribución absoluta del Test MMSE (Fijación)	60
Tabla 10: Distribución absoluta del Test MMSE (Concentración y Cálculos).....	61
Tabla 11: Distribución absoluta del Test MMSE (Memoria).....	62
Tabla 12: Distribución absoluta del Test MMSE (Lenguaje y Construcción).....	63
Tabla 13: Distribución absoluta del Test Morinsky (Positivas).....	65
Tabla 14: Distribución absoluta del Test Morinsky (Negativas).....	66
Tabla 15: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Concentración)	67
Tabla 16: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria reciente)	68
Tabla 17: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria remota).....	69
Tabla 18: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Orientación).....	70
Tabla 19: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Habilidades y autocuidado)	71

CONTENIDO DE FIGURAS

Figura 1: Frecuencia de los componentes del test MMSE, base de datos Excel 2010.	36
Figura 2: Distribución absoluta del Test Morinsky – Green	37
Figura 3: Frecuencia de los componentes del test GDS, base de datos Excel 2010.	38
Figura 4: Distribución absoluta del Test MMSE (Orientación)	60
Figura 5: Distribución absoluta del Test MMSE (Fijación)	61
Figura 6: Distribución absoluta del Test MMSE (Concentración y Cálculos)	62
Figura 7: Distribución absoluta del Test MMSE (Memoria)	63
Figura 8: Distribución absoluta del Test MMSE (Lenguaje y Construcción)	64
Figura 9: Distribución absoluta del Test Morinsky (Positivas)	65
Figura 10: Distribución absoluta del Test Morinsky (Negativas)	66
Figura 11: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Concentración)	67
Figura 12: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria reciente)	68
Figura 13: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria remota)	69
Figura 14: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Orientación)	70
Figura 15: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Habilidades y autocuidado)	71

RESUMEN

La presente investigación muestra los resultados de la evaluación del tratamiento farmacológico en residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, para ello se formuló como problema: La evaluación del tratamiento farmacológico en residentes del asilo Santa Sofía con deterioro cognitivo, contribuye a darle una mejor la calidad de vida; teniendo como objetivo evaluar el tratamiento farmacológico en residentes del asilo Santa Sofía de Huánuco que presentan deterioro cognitivo. Se empleó el método científico observacional, el estudio es aplicativo, el diseño de investigación es no experimental, transversal. Los resultados fueron analizados teniendo en cuenta el test Mini Mental State Examination (MMSE), cuya prueba indicó que 8/13 residentes presentaron deterioro cognitivo, posteriormente se aplicó el test Morinski-Green para evaluar la adherencia a la medicación obteniendo que 12/13 residentes no cumplen su tratamiento y solamente 1 residente muestra cumplimiento al tratamiento farmacológico. Finalmente, se aplicó la escala de deterioro global (GDS) para controlar la respuesta al tratamiento farmacológico teniendo como resultado 8/13 residentes mantuvieron y mejoraron el tratamiento farmacológico, 3/13 residentes, presentaron leve mejoría al tratamiento, 2/13 residentes no obtuvieron respuestas favorables al tratamiento farmacológico. Se recomienda que el deterioro cognitivo, al comprender una serie de etapas y enfermedades, debe monitorearse con la participación de todo el equipo profesional de salud; para un buen diagnóstico y correcto tratamiento farmacológico.

Palabras clave: Tratamiento farmacológico, adulto mayor, deterioro cognitivo, asilo, demencia senil, enfermedad de Alzheimer.

ABSTRACT

This research shows the results of the evaluation of pharmacological treatment in residents of the Santa Sofía asylum in the city of Huánuco, for which the following problem was formulated: The evaluation of drug treatment in residents of the Santa Sofía asylum with cognitive impairment improves the quality of lifetime; aiming at evaluating the pharmacological treatment in residents of the Santa Sofía de Huánuco nursing home with cognitive impairment. The observational scientific method was used, being an applied type study, with a non-experimental design, of a cross-sectional type. The results were analyzed taking into account the Mini Mental State Examination (MMSE) test, whose test indicated that 8/13 residents had cognitive impairment, later the Morinski-Green test was applied to evaluate adherence to medication, obtaining that 12/13 residents they do not comply with their treatment and only 1 resident shows compliance with the pharmacological treatment. Finally, the global deterioration scale (GDS) was applied to control the response to pharmacological treatment, resulting in 8/13 residents maintaining and improving pharmacological treatment, 3/13 residents presented slight improvement to treatment, 2/13 residents did not obtain favorable responses to drug treatment. It is recommended that cognitive impairment, understanding a series of stages and diseases, should be monitored with the participation of the entire professional health team; for a good diagnosis and correct pharmacological treatment.

Key words: Pharmacological treatment, elderly, cognitive deterioration, asylum, senile dementia, Alzheimer's disease.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción De La Realidad Problemática

El Asilo de ancianos Santa Sofía¹, viene atendiendo a personas de la tercera edad, hace más de 139 años, por ella han pasado diversas administraciones y en la actualidad recae esta responsabilidad en la Asociación de Damas Huanuqueñas (ADH), que ahora viene albergando a 13 personas que presentan sintomatología relacionada a la Enfermedad de Deterioro Cognitivo (EDC), por lo que en la presente investigación se planteó evaluar el tratamiento farmacológico en residentes del asilo que presenten deterioro cognitivo, con la finalidad de contribuir a darle una mejor calidad de vida para los adultos que sufren la enfermedad en estudio.

Mezones – Holguín, indica que el aseguramiento universal de la salud, viene trabajando para prevenir costos en la salud² por ello nuestro país cuenta con normas de acceso, organización y la protección en la salud, las cuales están orientadas a resolver las problemáticas epidemiológicas que se presentan en nuestro medio y también para satisfacer las expectativas de la comunidad en cuanto a sus requerimientos de salud.³

Estas políticas también propenden contar con iniciativas para reducir la gran diferencia entre los niveles socioeconómicos, las diferencias en la calidad de atención en la salud. Asimismo, el desarrollo social, económico y tecnológico afectan los índices de la esperanza de vida, influenciando sobre el envejecimiento de las personas.³

La definición de adulto mayor, según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) viene a ser como la población que está expuesta a presentar: déficit intelectual, inmovilidad, inestabilidad iatrogena e incontinencia⁴. Así mismo otros investigadores conceptúan a las personas mayores de 60 años de edad⁵. Ramos y Pinto, indican que la expectativa de vida en este grupo etéreo aumentara en un 77 %⁶, según lo proyectado para los años comprendidos entre 1980 y 2050 y con ello también aumentara las dolencias e intervenciones médicas que el sector salud del estado mexicano al igual que nuestro país debe afrontar.

El Ministerio de Salud, mediante nota de prensa indica que el 10 % de la población adulta mayor sufre de Alzheimer⁷, Según estadísticas manifestadas por el Dr. Danilo Sánchez Coronel, especialista en neurología del Instituto Nacional de Ciencias Neurológicas, donde indica que el 1% de personas que tienen más de 60 años poseen Alzheimer, y el 2% también poseen Alzheimer teniendo una edad de 60 a 65 años, el 4% que tienen una edad entre 65 a 70 años; el 8% que tienen mayor a 70 años y el 16% de adultos que tienen más de 75 años.

Nilton Custodio, del Instituto Peruano de Neurociencias indica que esta dolencia que afecta a las personas cercanas al paciente, al comienzo causa ansiedad en el paciente por síntomas funcionales y cognitivos, luego las personas que lo atienden se ven afectadas en sus actividades.⁸

Si bien existe programas como la Atención Farmacéutica y el seguimiento farmacoterapéutico donde se evalúa el progreso del tratamiento farmacológico para determinadas enfermedades, estos aún no están difundidos en nuestro medio, frente a ello podemos emplear cierto tipo de experiencias e instrumentos para evaluar la acción de los medicamentos durante el tratamiento de enfermedades relacionados al deterioro cognitivo y que pueden afectar a nuestro entorno familiar, esto teniendo en cuenta que en los hospitales el profesional médico puede

incurrir en la prescripción de medicamentos inapropiados sobre todo tratándose de personas adultas mayores.

Por ello surge la imperiosa necesidad de evaluar el tratamiento farmacológico en residentes del asilo Santa Sofía que presenten deterioro cognitivo.

1.2. Delimitación del Problema

Delimitación espacial: El trabajo será desarrollado en el Asilo Santa Sofía ubicado en la ciudad de Huánuco.

Delimitación poblacional: Fueron considerados todos los adultos mayores que aceptaron participar del estudio de manera voluntaria o con consentimiento de la administradora del asilo.

Delimitación temporal: El periodo de desarrollo de la recolección de datos fue del 09 de marzo al 30 de setiembre del 2019.

1.3. Formulación del Problema

1.3.1. Problema General

¿La evaluación del tratamiento farmacológico, contribuye con la calidad de vida en los residentes del asilo Santa Sofía con deterioro cognitivo?

1.3.2. Problemas específicos

- ¿El test Mini Mental State Examination (MMSE), permite detectar y evaluar la progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco?
- ¿El uso de la escala de Morinski-Green, permite evaluar las metas de los tratamientos farmacológicos?
- ¿La herramienta Global Deterioration Scala (GDS) permite evaluar la intervención farmacéutica en pacientes con deterioro cognitivo?

1.4. Justificación

1.4.1. Teórica

El deterioro cognitivo, es una enfermedad que comúnmente se relaciona con la enfermedad de Alzheimer, sin embargo, esta última viene a ser el resultado final de un largo proceso de sintomatologías referidas al deterioro cognitivo, pudiendo desencadenar en demencias.

Tanto el seguimiento farmacoterapéutico como la atención farmacéutica utilizan como herramienta los principios de la metodología DADER, los cuales conllevan a determinar y prevenir aspectos farmacológicos que pueden deteriorar la salud de las personas, la difusión y aplicación de esta metodología en nuestro departamento es escasa.

1.4.2. Social o práctica

Existen pocos estudios sobre la aplicación de instrumentos para el desarrollo de la atención farmacéutica en pacientes que tienen como diagnóstico médico deterioro cognitivo.

Como se ha mencionado anteriormente, esta enfermedad puede afectar tanto a la familia como a los profesionales de la salud, ya que pueden causar agotamiento al tener una convivencia con el paciente.

La investigación tiene como propósito aplicar la metodología DADER, en pacientes que tienen deterioro cognitivo afín de controlar su estado de salud.

1.4.3. Metodológica

Se ha utilizado los preceptos del método DADER para la realización del presente investigación, permitiéndonos aplicar instrumentos para detectar el grado del deterioro cognitivo, para ello utilizamos el test MMSE⁸ (Mini Mental State Examination) pre y post de la aplicación de la metodología DADER, esto nos permitió verificar que los pacientes padecen algún grado de deterioro cognitivo y a la vez evaluamos si el paciente después de la intervención farmacéutica ha llegado a controlar la progresión de la enfermedad.

Es necesario indicar que este Test ya ha sido validado por expertos, los mismos que han ido aplicando esta estrategia en países latinoamericanos como Chile y Uruguay.⁹

En pacientes que no alcanzaron las metas del tratamiento farmacológico se aplicó en la escala de Morinski-Green, que consiste en un test de 4 preguntas.

Finalmente, la efectividad de la intervención farmacéutica al tratamiento farmacológico será mediante la aplicación de escalas de deterioro global (GDS).

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo General

Evaluar el tratamiento farmacológico de los residentes del asilo Santa Sofía con deterioro cognitivo para contribuir con la calidad de vida.

1.5.2. Objetivos Específicos

- Aplicar el test Mini Mental State Examination (MMSE), para detectar y evaluar la progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.
- Aplicar la técnica de Morinski-Green, para evaluar las metas de los tratamientos farmacológicos en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.
- Aplicar la herramienta Global Deterioration Scale (GDS) para evaluar la intervención farmacéutica en pacientes con deterioro cognitivo del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes De Estudio

2.1.1. Antecedentes Nacionales

Prado J, realiza un trabajo donde asocia el deterioro cognitivo y las manifestaciones depresivas en un centro asistencial de la ciudad de Arequipa, en el estudio aplican una encuesta a 242 adultos mayores, de los cuales, fueron seleccionados 149 adultos mayores que cumplen los criterios de inclusión, aplicándose los siguientes test: Cuestionario Abreviado de Pfeiffer y la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage, El estudio concluye indicando que el deterioro cognitivo tiene una asociación significativa positiva de las manifestaciones depresivas y el deterioro cognitivo.¹⁰

Mamani E. Determina la influencia del deterioro cognitivo, la depresión con la diabetes mellitus en pacientes provenientes del Hospital Goyeneche de la ciudad de Arequipa, para ello valoran a 80 pacientes, donde aplican el test Mini Mental State Examination (MMSE) con la finalidad de evaluar deterioro cognitivo, así mismo evalúan la escala de Beck II para evaluar la depresión. Los resultados indican que existes altas frecuencias de relación del deterioro cognitivo, los síntomas depresivos en personas atendidas con diagnóstico de diabetes mellitus.¹¹

Vílchez y colaboradores, indican que existen reportes del tratamiento de esquizofrenia en individuos de 15 años, reiterando que el tratamiento debe ser lo más pronto, los investigadores recomiendan la atención del caso desde el primer evento psicótico mediante los diversos centros asistenciales mediante el tratamiento de terapia psicosocial y farmacológico.¹²

Tello T, realiza una publicación donde aborda los aspectos clínicos y terapéuticos en trastornos mentales que se realizan en la actualidad, refiere que las pruebas neurológicas evalúan múltiples dominios cognitivos (atención, orientación, función ejecutiva, memoria verbal, memoria espacial, lenguaje, cálculo) y determinan los perfiles cognitivos de cada tipo de demencia. En Perú son pocos los centros que cuentan con estos profesionales para poder realizar estas pruebas. Así mismo indica que el tratamiento farmacológico de la demencia tenemos a los Inhibidores de Colinesterasa como Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina, los cuales pueden ser usados para todos los estadios de Demencia por Enfermedad de Alzheimer; mientras que Donepezilo y Rivastigmina puede ser usado en Demencia debido a Enfermedad por Parkinson y Enfermedad por cuerpos de Lewy.¹³

Montes y Rivas, evalúan el tratamiento farmacoterapéutico de los adultos con Alzheimer en los pacientes de la Sociedad de Beneficencia de Huancayo, aplican el test Mini Mental (MMSE), aplicado antes y después del estudio, permitiendo coordinar un tratamiento farmacológico con menos reacciones adversas de los medicamentos, luego de las coordinaciones con el personal médico del centro asistencial.¹⁴

2.1.2. Antecedentes Internacionales

Nazar G y col, indica que es notable el intercambio de forma dinámica de los proceso cognitivos y afectivos, así como también su variación, señalando que investigaciones se han centrado en advertir cualquier cambio en la patología de salud mental y en particular de los trastornos afectivos, teniendo dificultad en los adultos mayores en el funcionamiento mental cognitivo.¹⁵

Gil S, indica que la Enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurodegenerativa con características principalmente señalando como deterioro

cognitivo progresivo. Donde se comparó: la edad, el sexo, los años de escolarización y el rendimiento, con ayuda de diferentes test cognitivos entre pacientes diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve, aplicando test: MMSE, CDT, CDR, GDS, IQCODE y RDRS2. Con esta investigación se identificó que el 69.3 % pertenecen al sexo femenino y el 50.8% fueron varones. En donde la edad media de los pacientes diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer fue de 75 años, y que de los diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve fue de 70.¹⁶

Mora L, desarrolla un estudio en Costa Rica, aplicando la prueba MMSE estratificada por edad en los adultos mayores, quienes no tienen deficiencia cognitiva, La muestra fue de 649 con edades entre 60 y 108 años, y tuvieron una calificación global desde 0 en la escala de clasificación de demencia, existiendo dificultades en relación de edad en aspectos como: orientación, la construcción visoespacial y la escritura.¹⁷

Rivera L. indica que el test MMSE es una prueba efectiva utilizada tanto en el ámbito de los profesionales médicos generales y de psicología, los cuales tienen resultados prometedores, pues su aplicación es de corta duración sin embargo hay que tener en cuenta que este test no determina la patología del paciente, es decir no diagnostica demencia, tumores cerebrales o daños orgánicos sino que alerta sobre un deterioro cognitivo, además indican que el test GDS determina el estado de deterioro cognitivo en aquellos que padecen demencia. Se evalúa al paciente en 7 áreas, las etapas 1 a 3 determinan una etapa de pre demencia o deterioro cognitivo leve, que debe ser tomado en cuenta pues es probable que desarrolle demencia en poco tiempo, Las etapas 4 a 7 ya se considera demencia y empezando la quinta etapa, se considera que el paciente no puede valerse por sí mismo.¹⁸

Martil J, realizó un trabajo empleando el del Test de Morisky-Green Levine, con un cuestionario de elaboración propia, aplicándose a las personas con tratamiento de benzodiazepinas que acuden a la farmacia. El trabajo de investigación indica que los encuestados tienen conocimientos sobre el uso inadecuado de hipnóticos. Asimismo, se aprecia que más del 50% de los encuestados cumplieron cabalmente con su tratamiento. Finalmente se concluye que la adherencia es consecuencia del olvido de tomar sus medicamentos en el

horario señalado, o no tomarlo cuando ya se encuentran bien de salud y no terminan por completo su tratamiento.¹⁹

2.2. Bases Teóricas

2.2.1. Deterioro Cognitivo

Petersen, en una publicación realizada el año 2018, refiere que el deterioro cognitivo, es una patología clínica que afecta generalmente a personas de la tercera edad, existe información desde el campo de la neurociencia por lo que es también la fase transitoria entre el envejecimiento y la demencia que se representa con la ausencia de capacidades cognitivas.²⁰

Moreno y Ramírez, Universidad de Salamanca en una publicación realizada el año 2017, indica que las demencias no necesariamente están relacionadas con los efectos del deterioro cognitivo. No obstante, tanto el Alzheimer como otras demencias, se inician con el deterioro cognitivo leve.²¹

Una de las características iniciales del deterioro cognitivo, son los cuadros amnesias o pérdida de memoria breve, en esta etapa no existe siempre confusión y desorientación, por lo que las personas pueden pasar por desapercibido esta sintomatología.

Las terapias farmacológicas para el tratamiento de los diferentes deterioros cognitivos son:

MEDICAMENTO	EFEKTOS ADVERSOS	CONTRAINDICACIONES
• Memantina	<ul style="list-style-type: none"> • Estreñimiento. • Cefaleas. • Vértigo • Alucinaciones. • Confusión. 	<ul style="list-style-type: none"> • Evitar con Dextrometorfano, Ketamina o Amantadina • Insuficiencia renal.
• Galantamina	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas. • Vómitos. • Diarrea. • Bradicardia. • Anorexia. 	<ul style="list-style-type: none"> • Insuficiencia hepática. • Insuficiencia renal. • Bradicardia, síncope e hipertensión.
• Rivastigmina	<ul style="list-style-type: none"> • Asma • EPOC 	<ul style="list-style-type: none"> • Síncope • Epilepsia • Hipertensión • Dispepsia • Vómitos y diarreas

Los primeros medicamentos aprobados para el Alzheimer, controlan la deficiencia de la acetilcolina, neurotransmisor que se usa también en el tratamiento de la amnesia.

Los Inhibidores de la acetilcolinesterasa, actúan inhibiendo la acción de la acetilcolinesterasa, resultando en un incremento del neurotransmisor acetilcolina a nivel sináptico, lo cual mejoraría la memoria, y consecuentemente el deterioro cognitivo.

El denominado grupo de Petersen²⁰, sustentado en el concepto del deterioro cognitivo, aplicó un tratamiento a 800 pacientes con DCL, administrando vitamina E 2.000UI por día y donepecilo 10mg por día. Encontrando resultados auspiciosos en el primer año, pero al cabo de los tres años del tratamiento no se encontró diferencia en la evolución del Alzheimer entre el grupo de estudio y el de control²⁰.

De otro lado, la administración de Rivastigmina a 1018 pacientes con evolución de DCL a Alzheimer resultó en un fracaso por el abandono de la terapia debido a las reacciones adversas observadas.

Según la OMS, define “la adherencia al tratamiento, como al fiel cumplimiento de la misma”, sin embargo, en los países desarrollados se observa un incumplimiento del 50% de los pacientes, con tendencia a ir incrementándose.

Honorato, en una publicación del año 2015, considera, que los pacientes pueden seguir y cumplir a cabalidad, siendo este el tratamiento indicado por el médico, pudiéndose entender también como el cumplimiento y la fijación al tratamiento responsablemente.²²

Por lo expresado se evidencia una tendencia al abandono a la adherencia terapéutica, especialmente en pacientes con enfermedades crónicas por diversas causas, entre las cuales destacan el olvido y las reacciones adversas.

2.2.2. Interacción De Medicamentos Encontrados Durante El Estudio

Entre los medicamentos inhibidores de la acetilcolinesterasa prescritos a pacientes con deterioro cognitivo leve y moderado del alzhéimer se tienen al Donepecilo, Rivastigmina y Galantamina.

En la actualidad queda claro que los inhibidores del cetil colinesterasa, bloquean la hidrolisis del neurotransmisor en acetilo y colina, manteniendo la concentración de acetilcolina a nivel sináptico, demostrándose el efecto terapéutico el primer año. Sin embargo, la pérdida del beneficio terapéutico a largo plazo aun alta explicar, aunque se plantea la hipótesis de que el cerebro, como una respuesta de retroalimentación negativa, sintetizaría menos cantidad de acetilcolina.

Los médicos normalmente prescriben a sus pacientes una dosis baja del medicamento, incrementando en forma gradual la dosis, a fin de evitar las reacciones adversas. Aunque existe buenos beneficiosa elevadas dosis, cuanto más alta sea la dosis es mayor la posibilidad de presentar efectos secundarios.

Es importante que los pacientes que se encuentran recibiendo el fármaco deberían ser acompañados y supervisados, por si presentan algún síntoma extraño, y dar aviso inmediato al médico tratante.

Para poder disminuir las reacciones adversas que producen los fármacos, es necesario que se suba la dosis de forma paulatina. En otros casos es necesario asociar otro medicamento que sirva como antiemético como la Domperidona, para poder incrementar la tolerancia digestiva.

2.3. Marco Conceptual

- **Adulto mayor**

Sujeto que se encuentra en la etapa final de la vida, la que sigue tras llegar a ser adulto y que antecede al fallecimiento del mismo. Para el trabajo de investigación fueron considerados personas del sexo masculino y femenino mayores de 60 años.

- **Asilo**

Lugar y práctica a través de la cual se da alojamiento y amparo a una determinada persona o a varias personas como consecuencia de diversas situaciones y motivos que les acontecen.

- **Deterioro Cognitivo**

Se denomina al funcionamiento cognitivo o también conocido como intelectual, por lo que este proceso comprende a la memoria, la orientación espacial, el lenguaje y todo aquel que nos facilita para relacionarnos con todo lo que existe a nuestro alrededor.

- **Deterioro Cognitivo Leve.**

Transformación que se realiza en el Alzheimer y el envejecimiento normal de las personas.

- **Deterioro Cognitivo Moderado**

Son aquellas personas que poseen demencia de nivel leve, habiendo sufrido algún deterioro en la parte cognitiva, siendo esta moderado, por lo que no es capaz de llevar o desarrollar una vida normal, pudiendo ser supervisado en ciertas actividades que pueda emprender.

- **Evaluación Farmacológica**

Orientación y seguimiento al tratamiento farmacológico de una determinada enfermedad utilizando instrumentos que ayuden a identificar la enfermedad, su progreso y adherencia al tratamiento farmacológico prescrito por el facultativo.

- **Enfermedad de Alzheimer.**

Enfermedad progresiva que afecta a la memoria y otras importantes funciones mentales.

- **Test GDS**

(Global Deterioration Scale). Este sistema propone una clasificación en siete (7) estadios donde el GDS-3 corresponde a los individuos con deterioro cognitivo que afecta levemente las actividades de la vida diaria.

- **Técnica Morinski**

Instrumento utilizado para poder darle una valoración de cumplimiento terapéutico en diversas enfermedades, esta consiste en cuatro preguntas, con contraste de respuesta de tipo dicotómica (si o no) referido al comportamiento del paciente frente a la farmacoterapia. Dichas preguntas deben ser formuladas al paciente en una conversación en forma cordial.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1. Hipótesis General

La aplicación de instrumentos en pacientes con deterioro cognitivo del Asilo Santa Sofía, contribuye en la evaluación del tratamiento farmacológico.

3.2. Hipótesis Específicas

- El Mini Mental State Examination (MMSE), permite detectar y evaluar la progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.
- La escala de Morinski-Green aplicada en adultos mayores permite evaluar los resultados del tratamiento farmacológico.
- Mediante la escala de deterioro global (GDS) se puede verificar las acciones de la atención farmacéutica en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

3.3. Identificación de Variables

Variable 1: Deterioro Cognitivo

Variable 2: Evaluación del tratamiento farmacológico.

3.4. Operacionalización de Variables

Tabla 1. Matriz de Operacionalización de variables

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores*	Escala
Variable 1: Deterioro cognitivo	Alteración del funcionamiento intelectual, también conocido como funcionamiento cognitivo. La función cognitiva comprende procesos como la memoria, el lenguaje, la orientación espacial, en fin, todo aquello que nos permite conocer e interactuar con lo que nos rodea.	Determinación del grado de deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo leve	El paciente reconoce y esporádicamente se olvida	NOMINAL
			Deterioro cognitivo moderada	El paciente no reconoce y tiene dificultades en desplazarse	
			Deterioro cognitivo severa	El paciente ha perdidos sus habilidades de comunicación, con dificultades de ubicación en el tiempo y espacio	

Fuente: Elaboración propia, 2020.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores *	Categorías	Escala
Variable 2: Evaluación del Tratamiento farmacológico	Orientación y seguimiento al tratamiento farmacológico de una determinada enfermedad utilizando instrumentos que ayuden a identificar la enfermedad, su progreso y adherencia al tratamiento farmacológico prescrito por el facultativo.	Cuantificación de los instrumentos de evaluación del tratamiento farmacológico	Deterioro cognitivo	Test MMSE	30 puntos	NOMINAL
			Adherencia al tratamiento farmacológico	Morinski-Green	4 preguntas	
			Resultados de la intervención farmacéutica	Aplicación de escalas de deterioro global (GDS).	Hasta 35 puntos	

Fuente: Elaboración propia, 2020.

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de Investigación

“La investigación, optó por la estrategia del método científico en la metodología general, considerando que, según Martínez Raúl, “es una forma organizada y sistemática de estudiar el mundo circundante para llegar al conocimiento y comprensión de hechos, fenómenos y procesos”. En cuanto al método específico de investigación se ha utilizado la observación científica. Pudiendo ser la investigación del tipo cuantitativo, toda vez que se trabajó con números, cantidades, o contar con la cualidad para investigar.

4.2. Tipo de Investigación

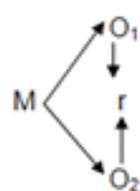
El tipo fue, básica porque busca evaluar el tratamiento farmacológico en pacientes con deterioro cognitivo, mediante la aplicación de instrumentos.²³

4.3. Nivel de Investigación

Es de nivel correlacional,²¹ porque se mide el grado de relación que existe entre las dos variables.

4.4. Diseño de la Investigación

Correlacional ²¹ porque la muestra tiene relación con las dos variables.



Dónde:

O1, O2: Observación

M: Muestra

r: Relación

4.5. Población y Muestra

Se encontró conformado por todas las personas que se encontraban en el asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, entre los meses de marzo a setiembre del 2019.

Se trabajó con una muestra de 13 residentes, teniendo en cuenta su condición como adulto mayor, mediante un **muestreo no probabilístico por conveniencia**, debido a la cantidad de residentes, por lo que no fue posible manejar la probabilidad de escogerlas; para ello se tuvieron en cuenta criterios como:

Criterios de Inclusión

- Residentes consideradas adultas mayores.
- Residentes con tratamiento farmacológico.
- Residentes con posible deterioro cognitivo.
- Residentes con consentimiento autorizado, por los familiares directos o responsables del asilo.

Criterios de exclusión

- Residentes que no tienen tratamiento farmacológico.
- Residentes sin consentimiento autorizado, por los familiares directos o responsables del asilo.

4.6. Técnicas e Instrumentos de Recolección de Datos

Se utilizó la revisión documentaria de 13 residentes del Asilo Santa Sofía, teniendo en cuenta el estudio de las historias clínicas de estos, también se aplicaron técnicas específicas como:

Test Mini Mental State Examination (MMSE)

Se empleó este instrumento en una encuesta validada con la finalidad de medir el deterioro cognitivo en los 13 residentes del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, este instrumento cuenta con una escala de puntuación que va del 0 a los 30 puntos, donde se evalúa los criterios de: orientación, fijación, concentración-cálculos, memoria y lenguaje-construcción.

Test Morinsky - Green

Este instrumento de entrevista validada que permitió evaluar la adherencia a la medicación, fue utilizado para varias enfermedades, el cual consiste en varias preguntas para contrastar del tipo dicotómicos (si o no), donde se puede conocer cuál es la conducta del paciente referente al cumplimiento de su tratamiento que viene recibiendo. Ya que si los pacientes contestan No a todas las preguntas están son cumplidoras, mientras que, si responden en una de las 4 preguntas, están no cumplieron con dicho tratamiento.

Test GDS

Es una entrevista de clasificación validada, para establecer el nivel de capacidad cognitivo relacionado con la edad avanzada y en demencia progresiva, permite controlar la respuesta al tratamiento.

4.7. Técnicas de Procedimientos y Análisis de Datos

4.7.1 Procesamiento de los Datos

Se utilizó el software SPSS (Producto de Estadística y Solución de Servicio) versión 25. Para determinar las frecuencias de los estadísticos descriptivos.

4.7.2. Procedimiento a Seguir para Probar la Hipótesis

Los pasos para la prueba de hipótesis son los siguientes:

- Establecer o plantear las hipótesis estadísticas
- Seleccionar el nivel de significancia y /o grado de libertad, en función al tipo de investigación y a la muestra.
- Determinar el modelo estadístico adecuado.
- Determinar la región crítica o de rechazo
- Criterio de decisión

1. Nivel de significancia o riesgo

El nivel utilizado en el diseño pre experimental es :

2. El estadígrafo de prueba:

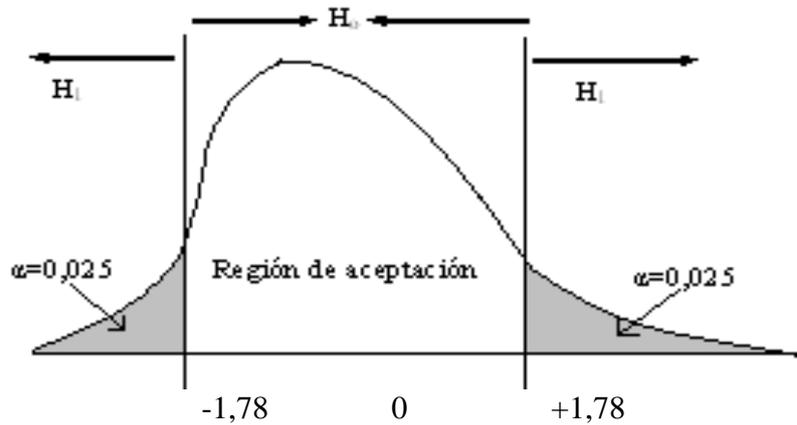
El estadígrafo de prueba más apropiado para éste caso es la Prueba t, por trabajar con datos cuantitativos y Como en la hipótesis alterna (H1) existe dos posibilidades.

3. Grado de libertad de prueba:

$$\begin{aligned}n - 1 &= \text{gl} \\ \text{gl} &= 13 - 1 = 12\end{aligned}$$

4. Valor crítico y regla de decisión:

Para la prueba de dos colas con $\alpha=0,05$ en la tabla, tenemos para el lado derecho el valor crítico $t=1,78$. Y por simetría al lado izquierdo se tiene también: $t= -1,78$.



Regla de decisión: rechazar la hipótesis nula si: $t > 1,78$ ó $t < -1,78$

$$t = \frac{\bar{X}_1 - \bar{X}_2}{\sqrt{\frac{S_1^2 + S_2^2}{n_1}}} =$$

4.7.2.1. Hipótesis General.

Para el presente caso se tomará en cuenta las siguientes hipótesis:

H_a = La aplicación de instrumentos contribuye a mejorar el tratamiento farmacológico en los residentes del asilo Santa Sofía con deterioro cognitivo.

H_0 = La aplicación de instrumentos, NO contribuye a mejorar el tratamiento farmacológico en los residentes del asilo Santa Sofía con deterioro cognitivo.

4.7.2.2. Hipótesis Específicas.

Test Mini Mental State Examination (MMSE) y deterioro cognitivo

H_a = Con la aplicación del test Mini State Examination (MMSE), nos permite detectar y evaluar el grado de deterioro cognitivo en los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

H_0 = Con la aplicación del test Mini State Examination (MMSE), NO nos permitió detectar y evaluar el grado de deterioro cognitivo en los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

Test Morinsky - Green y Evaluación del seguimiento farmacológico

H_a = La aplicación del Test Morinsky - Green, nos permite evaluar la adherencia a la medicación de los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

H_0 = La aplicación del Test Morinsky - Green, NO nos permite evaluar la adherencia a la medicación de los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

Test GDS y progresión del deterioro cognitivo

H_a = La aplicación del test GDS permite controlar la respuesta al tratamiento farmacológico de los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

H_0 = La aplicación del test GDS NO permite controlar la respuesta al tratamiento farmacológico de los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

Limitaciones

- Trámite de permiso y autorización del asilo dónde se realizó la investigación.
- Procesamiento de datos.
- Acceso las historias clínicas.

4.7.3. Técnicas y Análisis de Datos

Luego de contar con los instrumentos debidamente registrados y la información requerida para realizar el estudio, éstas fueron consolidadas en una sábana de resultados, en dónde se tiene los campos de decisión para luego procesarlos e el

SPSSv.25 utilizando análisis estadísticos descriptivos de la información procesada para analizar e interpretar los datos a través de los cuadros estadísticos.

4.8. Aspectos Éticos de la Investigación

Se tomó como base los aspectos señalados en los artículos 27° y 28° de la Norma general en lo que se refiere a la realización de Investigación de la Universidad Peruana Los Andes, considerando principalmente aquellos principios como: Responsabilidad (individual e institucional), protección de la persona y de diferentes grupos étnicos y socio culturales, consentimiento informado y expreso, veracidad, garantizar la confidencialidad y anonimato de las personas involucradas, tratar con sigilo la información obtenida y no utilizarla para el lucro personal, ilícito, o para otros propósitos en relación a la procedencia de los alcances y a las consecuencias de los resultados obtenidos en esta investigación.

CAPÍTULO V

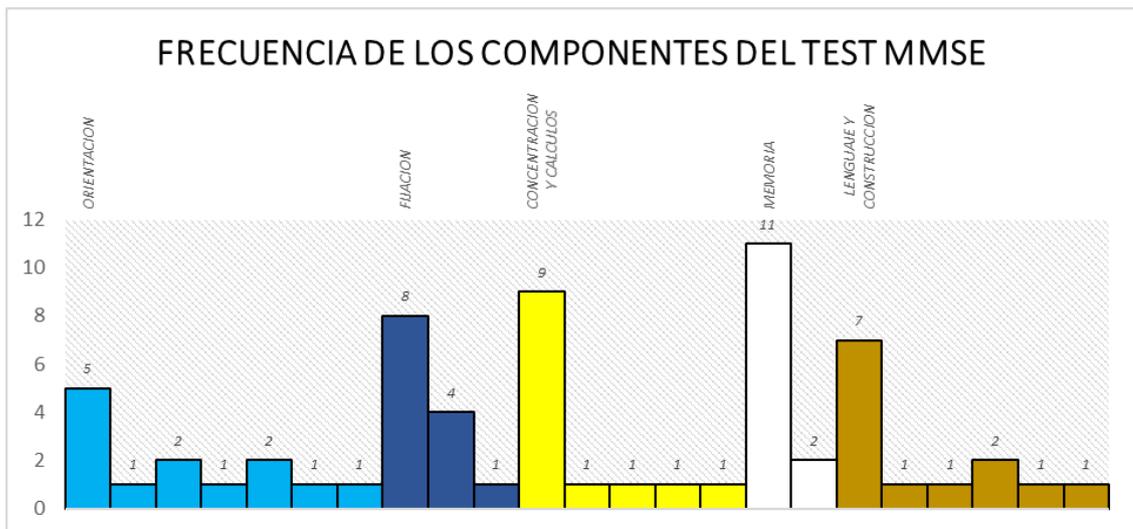
RESULTADOS

5.1. Descripción de los Resultados de MMSE

Tabla 1. Frecuencia absoluta y relativa de los componentes del test MMSE.

	Frecuencia							Total	Porcentaje Válido							Total
Orientación	5	1	2	1	2	1	1	13	38,5	7,7	15,4	7,7	15,4	7,7	7,7	100
Fijación	8	4	1					13	61,4	30,8	7,7				100	
Concentración y cálculos	9	1	1	1	1			13	69,2	7,7	7,7	7,7	7,7		100	
Memoria	11	2						13	84,6	15,4					100	
Lenguaje y construcción	7	1	1	2	1	1		13	53,9	7,7	7,7	15,4	7,7	7,7	100	

Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS vs.2.5



Fuente: Elaboración propia, base de datos Excel 2010.

Figura 1: Frecuencia de los componentes del test MMSE, base de datos Excel 2010.

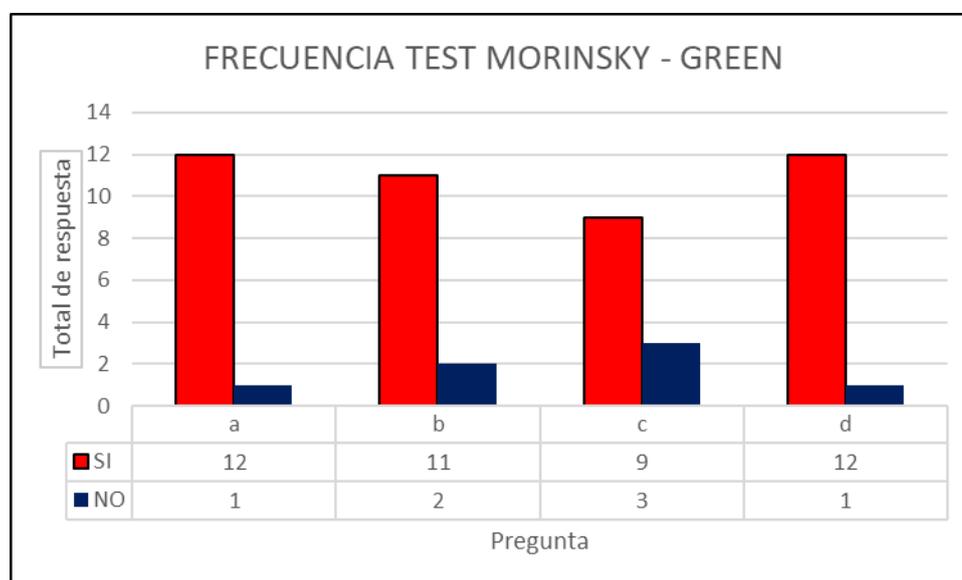
En la Tabla 1 y Figura 1, se muestra los resultados de la aplicación del test MMSE, el mismo que participaron 13 residentes, teniendo en cuenta que el MMSE evalúa 5 criterios: Orientación, fijación, concentración-cálculos, memoria y lenguaje-construcción, tal como se aprecia en la tabla y figura respectivas, cada uno de estos criterios, tuvieron resultados promedio que indican que 8/13 residentes, tienen deterioro cognitivo, el mismo que tiene varias clasificaciones, siendo necesaria otros estudios más exhaustivos para determinarlas, así mismo, la revisión de las historias clínicas. indicaban que 4/13 tenían diagnóstico de Deterioro cognitivo.

5.2. Descripción de los Resultados de TEST MORINSKY – GREEN

Tabla 2: Distribución absoluta del Test Morinsky – Green

Pregunta	Frecuencia		Total	Porcentaje		Porcentaje válido
	SI	NO		SI	NO	
A	12	1	13	92,3	7,7	100
B	11	2	13	84,61	15,39	100
C	9	4	13	69,23	30,77	100
D	12	1	13	92,3	7,7	100

Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS vs.2.5



Fuente: Elaboración propia, base de datos Excel 2010.

Figura 2: Distribución absoluta del Test Morinsky – Green

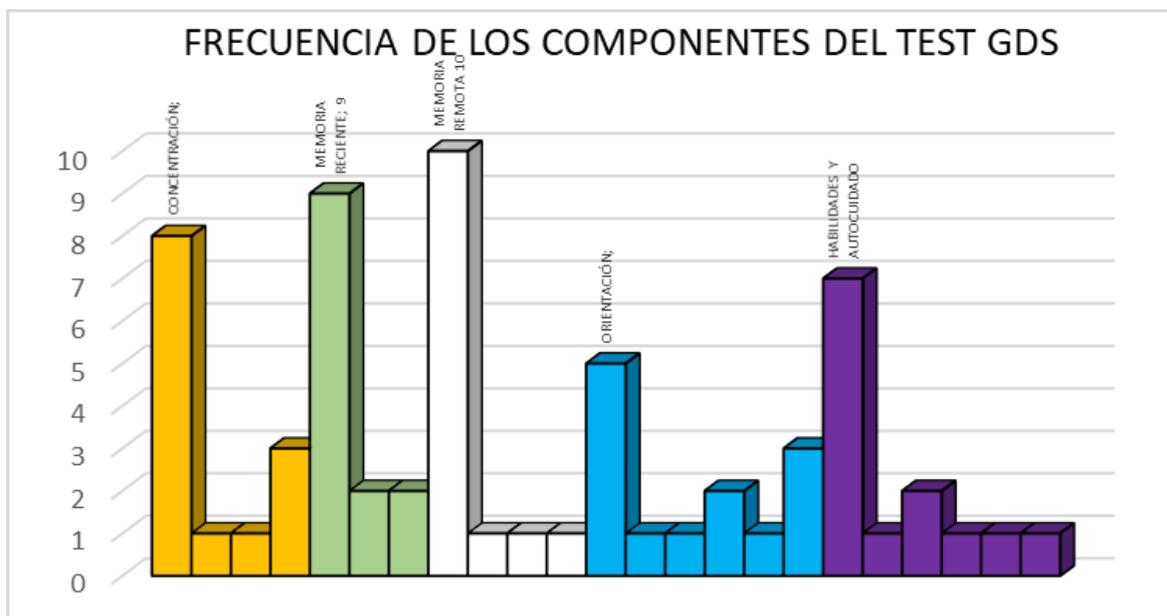
En la tabla 2 y figura 2, se aprecia los resultados referidos a la aplicación del test de Morinsky – Green, para evaluar la adherencia a la medicación que reciben los 13 residentes, para ello el Test indica que han de considerarse pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a una o más, durante el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta que es administrado para el tratamiento farmacológico de enfermedades diagnosticadas para deterioro cognitivo, infección respiratoria y para el tratamiento de diferentes enfermedades.

5.3. Descripción de los Resultados de TEST GDS

Tabla 3: Frecuencia absoluta y relativa de los componentes del test GDS.

	Frecuencia				Total		Porcentaje Válido				Total			
Concentración	8	1	1	3	13	61,5	7,7	7,7	23,1		100			
Memoria reciente	9	2	2		13	69,2	15,4	15,4			100			
Memoria remota	10	1	1	1	13	76,9	7,7	7,7	7,7		100			
Orientación	5	1	1	2	1	3	13	38,5	7,7	7,7	15,4	7,7	23,1	100
Habilidades y autocuidado	7	1	2	1	1	1	13	53,8	7,7	15,4	7,7	7,7	7,7	100

Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS vs.2.5



Fuente: Elaboración propia, base de datos Excel 2010.

Figura 3: Frecuencia de los componentes del test GDS.

En la figura 3 se muestran los resultados de la evaluación del test GDS, el mismo que comprende las siguientes características: Concentración, memoria reciente, memoria remota, orientación y habilidades-autocuidado.

Al aplicar este instrumento, donde los resultados indican que 8/13 mantuvieron y mejoraron el tratamiento farmacológico, 3/13, presentaron leve mejoría al tratamiento, 2/13 no se obtuvieron respuestas favorables al tratamiento farmacológico.

5.4. Contrastación De La Hipótesis

Prueba de normalidad

Tabla 4: Prueba de normalidad: Evaluación del Tratamiento farmacológico y Deterioro cognitivo

Pruebas de normalidad^{b,d}

	Deterioro cognitivo	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Evaluación del Tratamiento farmacológico	28			
	30			
	32	,927	4	,577
	33	,893	3	,363
	34	,864	6	,204
	35			
	36	,963	4	,797
	37	,925	4	,564

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

Comprobamos el nivel de significancia, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, y si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

Resultados:

Como los índices de significación son mayores a 0.05; esto nos indica que estas variables nominales se comportan normalmente, por lo que se decide emplear el estadígrafo T Student, para determinar la asociación entre variables.

Tabla 5: Prueba de normalidad: Actitudes Religiosas y Adherencia al tratamiento farmacológico

Pruebas de normalidad^{b, d}				
	Adherencia al tratamiento farmacológico	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Evaluación del Tratamiento farmacológico	31	,987	3	,780
	32	,841	6	,133
	35			
	36	1,000	3	1,000
	37	,895	6	,343
	38	,923	3	,463
	39	,953	4	,734

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, y si es mayor que 0.005 la distribución es normal.

Resultados: Como los índices de significación son mayores a 0.05; esto nos indica que estas variables nominales se comportan normalmente, por lo que se decide emplear el estadígrafo T Student, para determinar la asociación entre variables.

Tabla 6: Prueba de normalidad: Evaluación del Tratamiento farmacológico y Resultados de la intervención farmacéutica

Pruebas de normalidad^{b,d}

	Resultados de la intervención farmacéutica	Shapiro-Wilk		
		Estadístico	gl	Sig.
Evaluación del Tratamiento farmacológico	31	,756	4	,144
	33	,630	4	,201
	34			
	35	,900	6	,377
	36	,997	3	,900
	37	,858	5	,222
	38	,842	3	,220

Fuente: Base de datos SPSS

Interpretación:

Comprobamos el nivel de significación, si es menor que 0.05 la distribución no es normal, y si es mayor que 0.05 la distribución es normal.

Resultados: Como los índices de significación son mayores a 0.05; esto nos indica que estas variables nominales se comportan normalmente, por lo que se decide emplear el estadígrafo T Student, para determinar la asociación entre variables.

Tabla 7: Prueba de muestras emparejadas hipótesis general

Prueba de muestra única						
Valor de prueba = 0.05						
	t	gl	Sig. (bilateral)	Diferencia de medias	95% de intervalo de confianza de la diferencia	
					Inferior	Superior
Post Test	2,957	12	,002	9,335	2,46	16,21

Fuente: Base de datos SPSS Vs. 24

4. Decisión Estadística:

Como la (t_i) de tabla o teórica (1,78) es menor que la (t_c) calculada (2.957) por lo tanto se retiene la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula

5. Conclusión estadística

De acuerdo a la decisión estadística queda demostrado que: La aplicación de instrumentos en pacientes con deterioro cognitivo del Asilo Santa Sofía, mejora el tratamiento farmacológico.

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Evaluar el tratamiento farmacológico por deterioro cognitivo en residentes del asilo Santa Sofía. Luego de haber aplicado el instrumento de investigación se pudo conocer que la (tt) de tabla o teórica (1,78) es menor que la (tc) calculada (2.957) por lo tanto se retiene la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula. Concluyendo de acuerdo a la decisión estadística que: La aplicación de instrumentos en pacientes con deterioro cognitivo del Asilo Santa Sofía, mejora el tratamiento farmacológico.

Teniendo en cuenta el trabajo realizado por Prado¹⁰ que asocia el deterioro cognitivo con las manifestaciones depresivas, utilizando el Cuestionario Abreviado de Pfeiffer y la Escala de Depresión Geriátrica Abreviada de Yesavage, en donde se aplica 10 preguntas que permiten determinar el deterioro cognitivo, mientras que nuestro trabajo evalúa este deterioro cognitivo mediante el test MMSE, el mismo que evalúa los siguientes criterios: Orientación, fijación, concentración y cálculo, memoria y lenguaje y construcción.

El Test MMSE, permite evaluar la progresión del deterioro cognitivo, es por ello que es utilizado para identificar el tipo de daño a nivel funcional en pacientes que van perdiendo algunas facultades que afectan su relación personal con su entorno, es por ello que el trabajo realizado por Mamani utiliza este Test, tan igual como nosotros.

El deterioro cognitivo puede tener un tratamiento farmacológico y no farmacológico, en personas consideradas adultos mayores, sin embargo, Vílchez y col¹². Refieren que la terapia farmacológica que es utilizada en ancianos, en ciertas ocasiones también es consumida por jóvenes mayores de 15 años que padecen episodios psicóticos.

Con respecto al tratamiento farmacológico, existen estudios como el realizado por Tello que coinciden con el que vienen siendo tratados los adultos mayores del Asilo Santa Sofía, dentro de estos medicamentos se encuentra: Donepezilo, Rivastigmina y Galantamina, que se encarga de inhibir la colinesterasa.

El trabajo realizado por Montes y Rivas¹⁴, en el centro asistencias de adultos mayores perteneciente a la Sociedad de Beneficencia de Huancayo, coincide con el nuestro pues ellos también utilizan el Test MMSE, para evaluar el seguimiento

farmacoterapéutico. Sin embargo, difiere del nuestro porque nuestro trabajo aplica el test de Morinsky, para verificar las metas del tratamiento y al finalizar aplicamos el test GDS para evaluar la intervención farmacéutica.

Aplicar el test Mini Mental State Examination (MMSE), para detectar y evaluar la progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco. Luego de haber aplicado el instrumento se aprecia de los resultados referidos al test de MMSE donde 5 pacientes tienen 0 puntos, 6 pacientes tiene entre 2 a 5 puntos y 02 pacientes tienen entre 7 a 10 puntos. Concluyendo que el Mini Mental State Examination (MMSE), permite detectar y evaluar la progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

Coincidiendo con la investigación realizada por Gil, que aplica el Test MMSE evaluando la fijación, concentración y memoria teniendo resultados del 32,5 %, 60 % y 62 % respectivamente, además ellos evalúan la edad media de los pacientes diagnosticados con la enfermedad de Alzheimer fue de 75 años, mientras que la de los diagnosticados de Deterioro Cognitivo Leve fue de 70.

Relación del deterioro cognitivo y la capacidad funcional en los adultos mayores del centro de salud Ciudad de Dios del distrito de Yura – Arequipa. Llega a la siguiente conclusión: los adultos mayores en estudio no presentaron deterioro cognitivo severo, el 57,94% evidenció un deterioro cognitivo normal, un 26,98% presenta un deterioro cognitivo leve y solo un 15,08% presentaron un deterioro cognitivo moderado, siendo evaluado los siguientes criterios: orientación, memoria de evocación, comunicación y cálculo de valores.

Al aplicar la técnica de Morinski-Green, para evaluar las metas de los tratamientos farmacológicos en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco, los resultados nos indican que 4/13 reciben tratamiento para deterioro cognitivo, 6/13 tienen tratamiento para procesos de infección respiratoria, 3/13 tienen tratamiento para diferentes enfermedades. El resultado del Test de Morinski – Green, indica que 12/13 pacientes no cumplen su tratamiento y solamente 1 persona muestra cumplimiento al tratamiento farmacológico a las diferentes enfermedades diagnosticadas por el profesional médico.

Para obtener los resultados de nuestro último objetivo específico, se aplicó el Test Global Deterioration Scale (GDS), el mismo que nos permitió evaluar las acciones de atención farmacéutica en pacientes con deterioro cognitivo del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco; el mismo que evalúa 5 criterios: Concentración, memoria reciente, memoria remota, orientación y necesidades – autocuidado. Los resultados de la aplicación de este test, indican que 8 /13 mantuvieron los resultados, es decir no presentaron una mejoría trascendental y evidenciable, 3/13 mostraron leve mejoría y 2/13 no mostraron resultados favorables.

Rivera¹⁸ ,refiere que el test GDS, permite evaluar el estado del deterioro cognitivo, clasificándolo en leve (pre demencia) probable (desarrollo de la demencia) y demencia cuando la persona necesita permanentemente atención, pues carece de facultades para realizar sus actividades (comunicación, aseo, ubicación, entre otras), lo referido anteriormente, coincide con nuestros resultados en la aplicación del test GDS, mas no está orientado con nuestro objetivo que es evaluar las acciones de atención farmacéutica, pues previamente a la aplicación de este instrumento, como responsables de la investigación, nos comunicamos con el Médico y Administrador del asilo, refiriendo que según nuestros resultados habían más personas que presentaban diferentes grados de deterioro cognitivo y que a la vez existía tratamiento farmacológico que era administrado en diferentes enfermedades, los cuales no cumplían.

Con los resultados compartidos con el personal médico y asistencial, se sugirió un seguimiento farmacoterapéutico, donde 11/13 residentes mantuvieron su estado de salud y presentaron leve mejoría. Por ello hay que tener en cuenta que el deterioro cognitivo es un padecimiento progresivo que a la fecha no se ha descubierto medicamentos que modifiquen esta condición, sin embargo, existe tratamientos con diversos medicamentos que permiten inhibir el avance acelerado de este padecimiento.

CONCLUSIONES

1. La aplicación de instrumentos en residentes con deterioro cognitivo del Asilo Santa Sofía, contribuyó en el tratamiento farmacológico, puesto que la (tt) de tabla o teórica (1,78) es menor que la (tc) calculada (2.957) por lo tanto se retiene la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula.
2. El instrumento Mini Mental State Examination (MMSE), permitió detectar el deterioro cognitivo en 8/13 residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.
3. La escala de Morinski-Green, permitió demostrar sobre la adherencia a la medicación que: la mayoría de 12/13 residentes no cumplen su tratamiento y solamente 1 persona muestra cumplimiento al tratamiento farmacológico entre los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.
4. Se determinó que la escala de deterioro global (GDS) permitió controlar la respuesta al tratamiento farmacológico donde 8/13 residentes mantuvieron y mejoraron el tratamiento farmacológico, 3/13 residentes, presentaron leve mejoría al tratamiento, 2/13 residentes no se obtuvieron respuestas favorables al tratamiento farmacológico de los residentes del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.

RECOMENDACIONES

1. Ampliar el estudio teniendo en cuenta la participación de otros residentes provenientes de establecimientos de salud y asilos.
2. Aplicar otro tipo de instrumentos para determinar el deterioro cognitivo.
3. Coordinar la participación con otros profesionales y técnicos de la salud como psicólogos, psiquiatras, geriatras, fisioterapeutas, entre otros, para ayudar a mejorar la calidad de vida de los residentes.
4. Promover la especialización de Químicos Farmacéuticos en atención farmacéutica y seguimiento farmacoterapéutico, para una correcta administración del medicamento en adultos mayores.
5. Sensibilizar al personal de salud con la participación de Químicos Farmacéuticos mediante campañas, la importancia del rol que cumplen durante el tratamiento farmacológico en las diversas enfermedades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1 Escalante D. Estado nutricional y su relación con la calidad de vida de las personas adultas mayores en el Asilo Santa Sofía. [Tesis de Pregrado] Huánuco: Universidad de Huánuco; 2015.
- 2 Mezones-Holguín Edward, Amaya Elard, Bellido-Boza Luciana, Mougenot Benoit, Murillo Juan P, Villegas-Ortega José et al. Cobertura de aseguramiento en salud: el caso peruano desde la Ley de Aseguramiento Universal. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2019 jun [citado 2020 Feb 27]; 36(2): 196-206. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.362.3998>
- 3 Aliaga E. Políticas de promoción de la Salud en el Perú: Retos y perspectivas. Cuaderno de trabajo. Foro Salud. Editado por: Foro Salud y Observatorio del Derecho a la Salud - CIES Redes Jóvenes, Simón Salguero 233 - Surco, Lima. 2013.
- 4 Varela L. Desarrollando respuestas integradas en los sistemas de salud de una población en rápido envejecimiento. INTRA III. Lima: UPCH-OPS/OMS; 2015.
- 5 Varela Pinedo Luis F. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev. Perú. med. exp. salud pública [Internet]. 2016 abr [citado 2020 Feb 27]; 33(2): 199-201. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342016000200001&lng=es. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.332.2196>.
- 6 Ramos Cordero P., Pinto Fontanillo J.A. Las personas mayores y su salud: situación actual. Av. Odontoestomatol [Internet]. 2015 jun [citado 2020 Feb 27]; 31(3): 107-116. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-

- 7 Ministerio de Salud. El 10% de la población adulta mayor sufre de Alzheimer. Nota de prensa. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/38068-el-10-de-la-poblacion-adulta-mayor-sufre-de-alzheimer>. 2017.
- 8 Custodio N. Vivir con demencia en Perú: ¿El sistema de salud está enfrentando la sobrecarga? Rev. Neuropsiquiatra 79 (1), 2016.
- 9 Creavin ST, Wisniewski S, Noel-Storr AH, Trevelyan CM, Hampton T, Rayment D, Thom VM, Nash KJ E, Elhamoui H, Milligan R, Patel AS, Tsivos DV, Wing T, Phillips E, Kellman SM, Shackleton HL, Singleton GF, Neale BE, Watton ME, Cullum S. Mini-Mental State Examination (MMSE) for the detection of dementia in clinically unevaluated people aged 65 and over in community and primary care populations. Cochrane Database of Systematic Reviews 2016, Issue 1. Art. No.: CD011145. DOI: 10.1002/14651858.CD011145.pub2.
- 10 Prado J. Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma 2020. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana. 2020.
- 11 Mamani E. Influencia del control glicémico en el deterioro cognitivo y depresión en pacientes con diabetes mellitus, Hospital Goyeneche 2020. Repositorio institucional de la Universidad Nacional de San Agustín. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Medicina Humana. 2020.
- 12 Vílchez L, Turco E, Varillas R, Salgado C, Salazar de la Cruz M, Carmona G. El abordaje temprano y tratamiento mixto en el manejo de la esquizofrenia: Guía de práctica clínica basada en evidencia de un hospital especializado en salud mental del Ministerio de Salud del Perú. An. Fac. med. [Internet]. 2019 jul [citado 2020 Dic 12]; 80(3): 389-396. Disponible en:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000300021&lng=es. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.803.1686>.

- 13 Tello T. Aspectos clínicos y terapéuticos contemporáneos de las demencias. Academia Nacional de Medicina - Anales 2018
- 14 Montes D. Rivas R. Seguimiento farmacoterapéutico en pacientes adultos mayores con tratamiento en Alzheimer del centro de atención residencial “San Vicente de Paúl” de la Sociedad de Beneficencia de Huancayo, 2018. Facultad de Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Ciencias Farmacéuticas. [citado 2020 Dic 12]; Disponible en: <http://repositorio.uoosevelt.edu.pe/xmlui/handle/ROOSEVELT/107>
- 15 Nazar G, Ulloa N, Martínez-Sanguinetti M, L Ana, Petermann-Rocha F, Martínez X. Diagnóstico médico de depresión se asocia a sospecha de deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev. méd. Chile [Internet]. 2020 jul [citado 2020 Dic 12]; 148(7): 947-955. Disponible en: https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872020000700947&lng=es. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872020000700947>.
- 16 Gil S. Descripción de una muestra de pacientes con Deterioro Cognitivo Leve (DCL) y Enfermedad de Alzheimer (EA): perfil clínico y neuropsicológico. Universidad del País Vasco. Facultad de Medicina Humana y Enfermería. [Trabajos Académicos-Facultad de Medicina y Enfermería](#). 2020.
- 17 Mora L. Desempeño de la prueba “Mini-Mental State Examination” en personas adultas mayores sin deterioro cognitivo. Anales de gerontología. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6280579>
- 18 Rivera L. Perfil cognitivo y funcional en una muestra de pacientes con demencia por Alzheimer previamente clasificados con presencia o ausencia del gen ApoE4 del Hospital Carlos Andrade Marín. Repositorio digital de la Universidad Internacional del Ecuador. Facultades y escuelas de Ciencias Médicas y de salud.

Tesis de Psicología. Disponible en:
<https://repositorio.uide.edu.ec/handle/37000/1225>

- 19 Martil J. Prácticas farmacéuticas seguras en la Farmacia Comunitaria: Uso seguro de hipnóticos y ansiolíticos. idus Depósito de Investigación Universidad de Sevilla. Trabajos Fin de Grado (TFG) Facultad de Farmacia. Grado en Farmacia. Disponible en: <https://idus.us.es/handle/11441/82129>
- 20 Petersen, Ronald C., et al. Resumen de actualización de la guía de práctica: Deterioro cognitivo leve." *Neurology* 90 (2018): 126-135.
- 21 Moreno-Chinchay Natalin, Ramírez-Orellana Josue. Neurología: la cura del Alzheimer. De la ficción a la realidad. El origen del planeta de los simios (2011). Rev Med Cine [Internet]. 2020 jun [citado 2020 Dic 12]; 16(2): 135-141. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1885-52102020000200007&lng=es. Epub 02-Nov-2020. <http://dx.doi.org/10.14201/rmc2020162123130>.
- 22 SADABA, B., M. SIMON, and J. HONORATO. "Tratamiento farmacológico de la demencia senil." *Revista española de geriatría y gerontología* 28.3 (1993): 165-177.
- 23 Hernández R, Fernández C. Baptista P. Metodología de la Investigación. McGraw-Hill Interamericana editores. México. 2008

ANEXOS

ANEXO 1: MATRIZ DE CONSISTENCIA

TÍTULO: EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA -HUÁNUCO, 2019.

AUTORES: Bachiller Cecilia Beatriz Coronel Pacheco
 Bachiller Betzaida Victoria Padilla Tarazona

Formulación del problema	Formulación de objetivos	Hipótesis	Variable de investigación	Método
<p>¿La evaluación del tratamiento farmacológico por deterioro cognitivo en residentes del asilo Santa Sofía - Huánuco 2019, mejora la calidad de vida?</p>	<p>Objetivo general Evaluar el tratamiento farmacológico en residentes del asilo Santa Sofía que presentan deterioro cognitivo.</p> <p>Objetivos específicos Aplicar el MMSE, para detectar y evaluar la progresión del deterioro cognitivo en adultos mayores del asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco. Aplicar la escala de Morinski-Green en pacientes no alcance la meta de los resultados del tratamiento farmacológico. Aplicar las acciones de la intervención farmacéutica mediante la aplicación de escalas de deterioro global (GDS).</p>	<p>La aplicación de instrumentos en pacientes con deterioro cognitivo del Asilo Santa Sofía, contribuye a mejorar el tratamiento farmacológico.</p>	<p>Variable 1: Deterioro Cognitivo</p> <p>Variable 2: Instrumentos de evaluación para la evaluación del deterioro cognitivo durante el desarrollo de la atención farmacéutica.</p>	<p>El método de observación científica. El estudio fue de tipo cuantitativo, ya que obtuvo información numérica de la propiedad o la cualidad a investigar.</p> <p>Tipo de investigación La investigación realizada fue de tipo básica, porque tuvo como objetivo mejorar el nivel de conocimiento por sí mismo, más que generar resultados que beneficien a la sociedad en un futuro inmediato.</p> <p>Población y muestra Total, de adultos mayores del Asilo Santa Sofía de la ciudad de Huánuco.</p>

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 2: MATRIZ DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores*	Escala
Variable 1: Deterioro cognitivo	<i>Alteración del funcionamiento intelectual, también conocido como funcionamiento cognitivo. La función cognitiva comprende procesos como la memoria, el lenguaje, la orientación espacial, en fin, todo aquello que nos permite conocer e interactuar con lo que nos rodea.</i>	Determinación del grado de deterioro cognitivo	Deterioro cognitivo leve	El paciente reconoce y esporádicamente se olvida	NOMINAL

Fuente: Elaboración propia.

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Indicadores*	Categorías	Escala
Variable 2: Instrumentos de evaluación para la evaluación del deterioro cognitivo durante el desarrollo de la atención farmacéutica	<i>Son test o pruebas para la detección del deterioro cognitivo y para la verificación del cumplimiento del tratamiento farmacológico.</i>	Cuantificación y cualificación de los test	Deterioro cognitivo	Test MMSE	30 puntos	ORDINAL
			Adherencia al tratamiento farmacológico	Morinski-Green	4 preguntas	
			Resultados de la intervención farmacéutica	Aplicación de escalas de deterioro global (GDS).	Hasta 35 puntos	

Fuente: Elaboración propia

ANEXO 3: INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Test Mini Mental State Examination (MMSE)

TEST MMSE				
PACIENTE				
EDAD				
OCUPACION				
ESCOLARIDAD				
EXAMINADO POR				
FECHA				
CENTRO				
ORIENTACION				PUNTOS
Dígame el día		Fecha		
Mes		Año		
Dígame el lugar donde se encuentra		Ciudad		
Provincia		Nacionalidad		
FIJACION				PUNTOS
Repita estas tres palabras: Jesús-Caballo-Manzana (repetirlas hasta que aprenda)				
CONCENTRACIÓN Y CALCULOS				PUNTOS
¿Si tiene 30 monedas y me va dando de 3 en 3 ... Cuantas le van quedando?				
Repita estos números 5-9-2 (hasta que aprenda) ... ¿Ahora hacia atrás?				
MEMORIA				PUNTOS
¿Recuerda las tres palabras que le he dicho antes?				

LENGUAJE Y CONSTRUCCION	PUNTOS
Mostrar un bolígrafo, ¿Qué es esto? Repetirlo con el reloj	
Repita una frase: En un trigal había cinco perros	
Una manzana y una pera son frutas, ¿Verdad?, ¿Qué son el rojo y el verde? ¿Qué son un perro y el gato?	
Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo encima de la mesa	
Lea esto y haga lo que dice, cierre los ojos	
Escriba una frase	
Copie este dibujo	

Tomado de: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer

TEST DE MORINSKY- CREEN

- 1.- ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos?
- 2.- ¿Los toma a las horas indicadas?
- 3.- Cuando se encuentra mejor ¿Deja de tomar la medicación?
- 4.- Si alguna vez los medicamentos no le sientan bien ¿Los deja de tomar?

* Alguna respuesta positiva, indica mal cumplimiento.

Tomado de: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer

GDS-FAST-BCRS

BRIEF COGNITIVE RATING SCALE (BCRS)

Identificación: **Fecha:**.....

EJE	PUNTUACIÓN	ITEM
Concentración	1.	No evidencia subjetiva ni objetiva de déficit de concentración.
	2.	Disminución subjetiva en la capacidad de concentración.
	3.	Signos objetivos menores de pobre concentración (ej.: en la resta de series de 7 desde 100).
	4.	Déficit de concentración definido para personas de su condición y nivel educacional (ej.: marcado déficit en la resta de series de 7 desde 100 ó en la resta de series de 4 desde 40).
	5.	Déficit de concentración marcado (ej.: nombrar los meses hacia atrás o restar series de 2 desde 20).
	6.	Olvidan la tarea encomendada antes de completarla (ej.: empiezan a contar hacia delante cuando les ordenas contar hacia atrás en series de 1 desde 10).
	7.	Dificultad marcada para contar de uno en uno hasta 10.

EJE	PUNTUACIÓN	ITEM
Memoria reciente	1.	Ninguna evidencia subjetiva ni objetiva de déficit en la memoria reciente.
	2.	Únicamente deterioro subjetivo (ej.: olvidos de nombres con más frecuencia que antes).
	3.	Déficit en el recuerdo de detalles específicos de eventos pasados evidenciado con interrogatorio detallado. No existe déficit en el recuerdo de eventos mayores
	4.	No puede recordar eventos mayores del fin de semana o de la semana precedente. Escaso conocimiento (no detallado) de eventos corrientes, programas de televisión favoritos, etc. (ej.: no recuerda las personas o lugares visitados en un viaje reciente).
	5.	No está seguro del tiempo que hace, puede no conocer al presidente actual ni su dirección actual.
	6.	Conocimiento ocasional de algunos eventos recientes. Escasa o nula idea del tiempo que hace, de su dirección, etc.
	7.	Ningún conocimiento de cualquier evento reciente.

EJE	PUNTUACIÓN	ITEM
Memoria remota	1.	Ningún deterioro objetivo ni subjetivo en la memoria remota.
	2.	Únicamente deterioro subjetivo. Puede nombrar a dos o más profesores de su escuela primaria
	3.	Algunas lagunas en la memoria pasada cuando es sometido a un cuestionario detallado. Es capaz de nombrar al menos un profesor y /o un amigo de la infancia.
	4.	Déficit bien establecido. Por ejemplo, puede haber olvidado la edad en que se trasladó a su actual residencia. Con frecuencia, el déficit se vuelve más aparente en presencia de su pareja, y está recuerda más cosas sobre el pasado del paciente que el mismo. Es incapaz de nombrar profesores y / o amigos de la infancia, pero conoce los nombres de algunas de las escuelas a las que asistió. Confunde la cronología al narrar su historia personal.
	5.	En algunos casos son incapaces de recordar sucesos importantes acaecidos en el pasado. Por ejemplo, han olvidado el nombre de alguna de las escuelas primarias o institutos a los que asistieron.
	6.	Mantiene solo una memoria exigua del pasado. Por ejemplo, pueden acordarse del país de nacimiento, de su profesión, etc.
	7.	Ausencia total de memoria remota.

EJE	PUNTUACIÓN	ITEM
Orientación	1.	No presentan déficit en lo referente a orientación temporoespacial, identidad de sí mismo o de otras personas.
	2.	Solo deterioro subjetivo. Orientado en tiempo y espacio.
	3.	Algunos errores en hora de la entrevista (> 2horas), día de la semana (> de 1 día), fecha (> de 3 días).
	4.	Algún error en el día del mes (más o menos de 10 días de error), en el mes del año (más o menos de 1 mes de error), estación del año.
	5.	No está seguro del mes y /o año y /o estación; no está seguro del lugar en que se encuentra.
	6.	No recuerda la fecha, identifica a su pareja, pero no recuerda el nombre. Recuerda su propio nombre
	7.	No es capaz de identificar a su pareja. Puede no estar seguro de su propia identidad.

EJE	PUNTUACIÓN	ITEM
Habilidades y autocuidado	1.	No presenta dificultad ni subjetiva ni objetiva.
	2.	Se queja de olvidos en la localización de los objetos. Dificultades subjetivas en el trabajo.

	3.	Disminución en el rendimiento laboral evidenciado por sus compañeros. Dificultad para desplazarse a lugares nuevos.
	4.	Disminución en la capacidad para llevar a cabo tareas complejas (por ejemplo, planificar una comida con invitados, manejar las finanzas, tareas de marketing, etc.).
	5.	Necesita ayuda para elegir la ropa adecuada.
	6.	Necesita ayuda para comer y /o asearse y / o ir al baño y / o caminar.
	7.	Requiere asistencia permanente para las todas las actividades de la vida diaria.

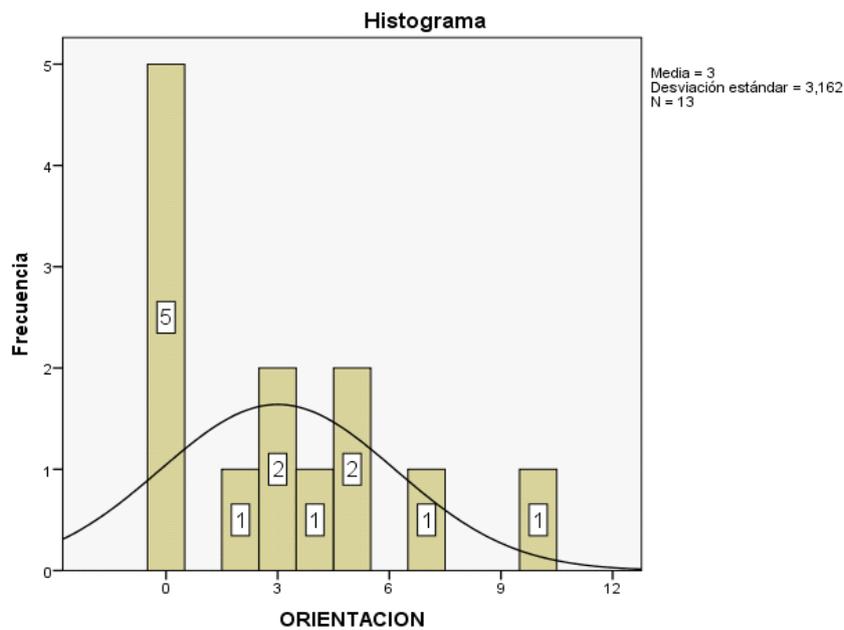
Tomado de: Guía de Seguimiento Farmacoterapéutico de los pacientes con Alzheimer

Descripción detallada de los Resultados de MMSE

Tabla 8: Distribución absoluta del Test MMSE (Orientación)

ORIENTACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	5	38,5	38,5	38,5
	2	1	7,7	7,7	46,2
	3	2	15,4	15,4	61,5
	4	1	7,7	7,7	69,2
	5	2	15,4	15,4	84,6
	7	1	7,7	7,7	92,3
	10	1	7,7	7,7	100,0
	Total		13	100,0	100,0

Fuente: Grafico 1. Test MMSE (Orientación), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

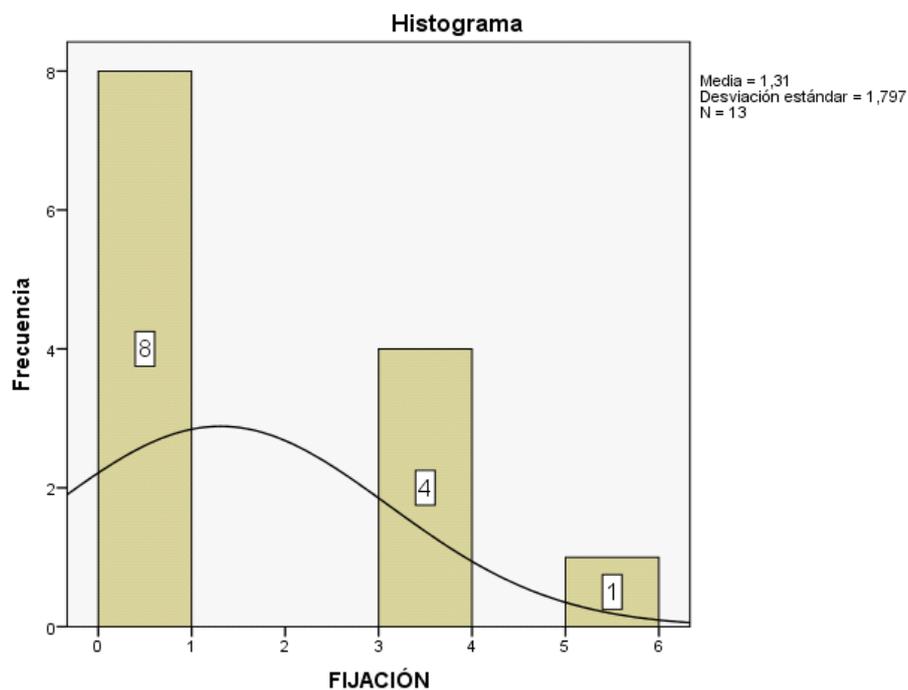
Figura 4: Distribución absoluta del Test MMSE (Orientación)

En la figura 1, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 5 pacientes tienen 0 puntos, 6 pacientes tienen entre 2 a 5 puntos y 02 pacientes tienen entre 7 a 10 puntos

Tabla 9: Distribución absoluta del Test MMSE (Fijación)

FIJACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	8	61,5	61,5	61,5
	3	4	30,8	30,8	92,3
	5	1	7,7	7,7	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Fuente: Grafico 1. Test MMSE (Fijación), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

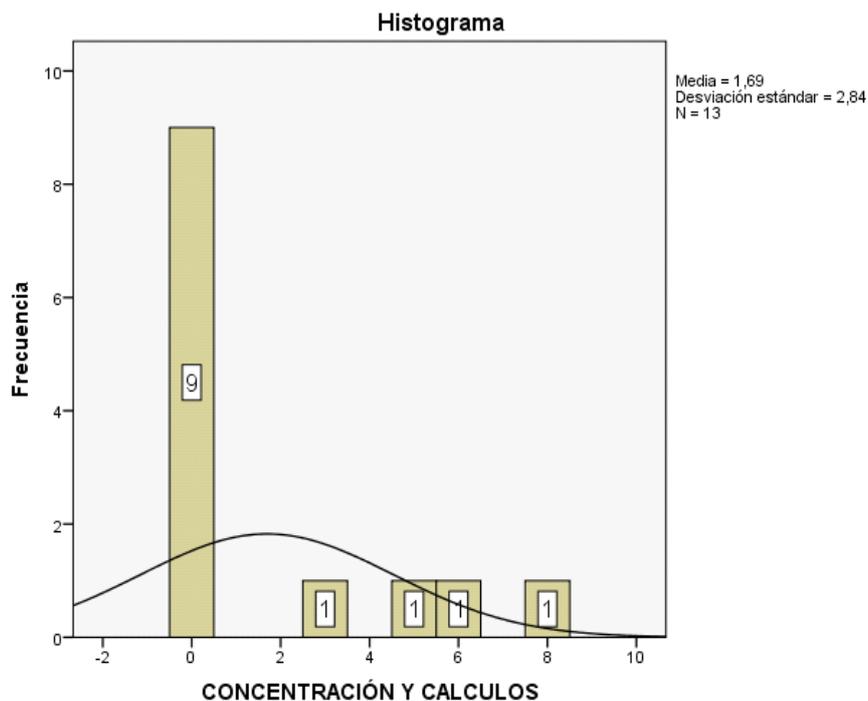
Figura 5: Distribución absoluta del Test MMSE (Fijación)

En la figura 2, se aprecia los resultados referidos a la fijación donde 8 pacientes tienen 0 puntos, 5 pacientes tienen entre 3 a 5 puntos.

Tabla 10: Distribución absoluta del Test MMSE (Concentración y Cálculos)

CONCENTRACIÓN Y CALCULOS					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	9	69,2	69,2	69,2
	3	1	7,7	7,7	76,9
	5	1	7,7	7,7	84,6
	6	1	7,7	7,7	92,3
	8	1	7,7	7,7	100,0
	Total		13	100,0	100,0

Fuente: Grafico 3. Test MMSE (Concentración y Cálculos), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

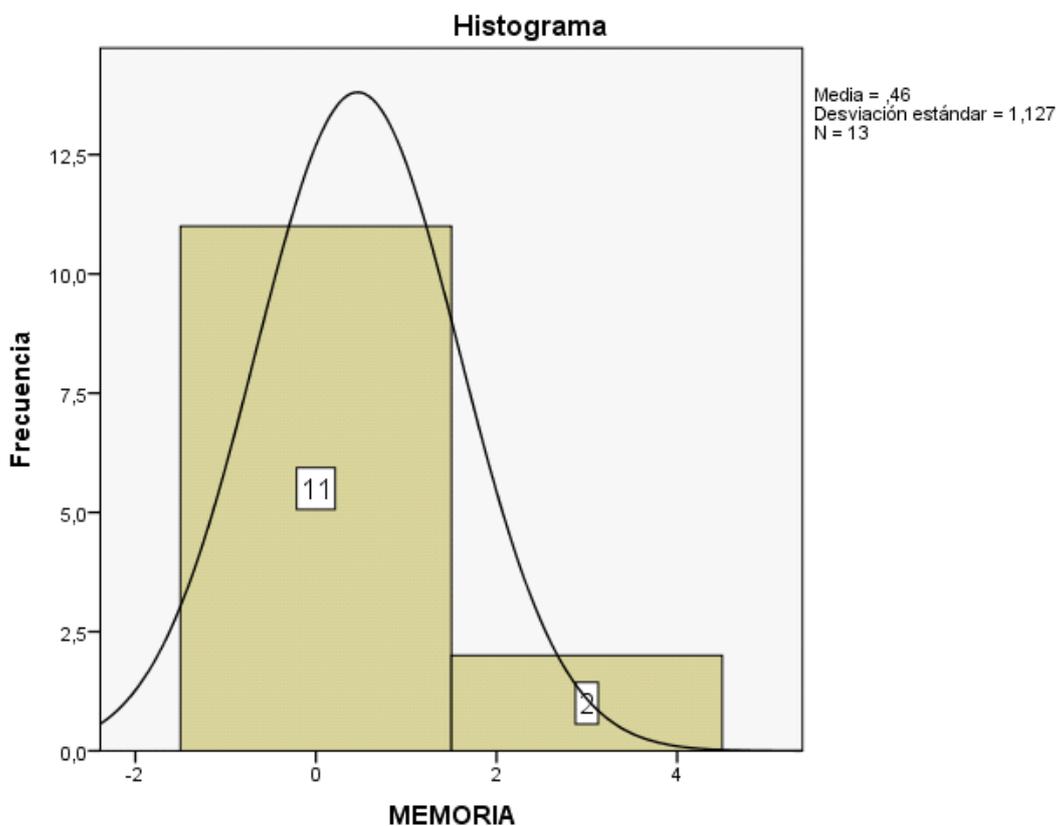
Figura 6: Distribución absoluta del Test MMSE (Concentración y Cálculos)

En la figura 3, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 9 pacientes tienen 0 puntos y 4 pacientes tienen entre 3 a 8 puntos.

Tabla 11: Distribución absoluta del Test MMSE (Memoria)

MEMORIA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	11	84,6	84,6
Válido	3	2	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0

Fuente: Grafico 4. Test MMSE (Memoria), base de datos SPSS v. 25, 2020



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020. (Tam. 10)

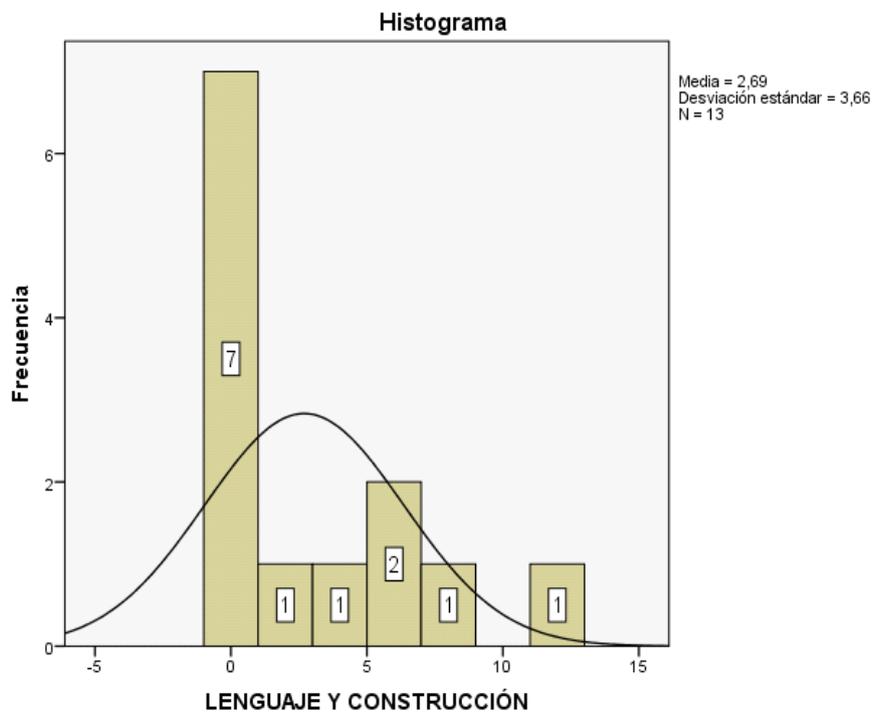
Figura 7: Distribución absoluta del Test MMSE (Memoria)

En la figura 4, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 11 pacientes tienen 0 puntos y 2 pacientes tienen entre 3 puntos.

Tabla 12: Distribución absoluta del Test MMSE (Lenguaje y Construcción)

LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	7	53,8	53,8
	2	1	7,7	61,5
	4	1	7,7	69,2
Válido	5	2	15,4	84,6
	8	1	7,7	92,3
	11	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Fuente: Grafico 5. Test MMSE (Lenguaje y Construcción), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

Figura 8: Distribución absoluta del Test MMSE (Lenguaje y Construcción)

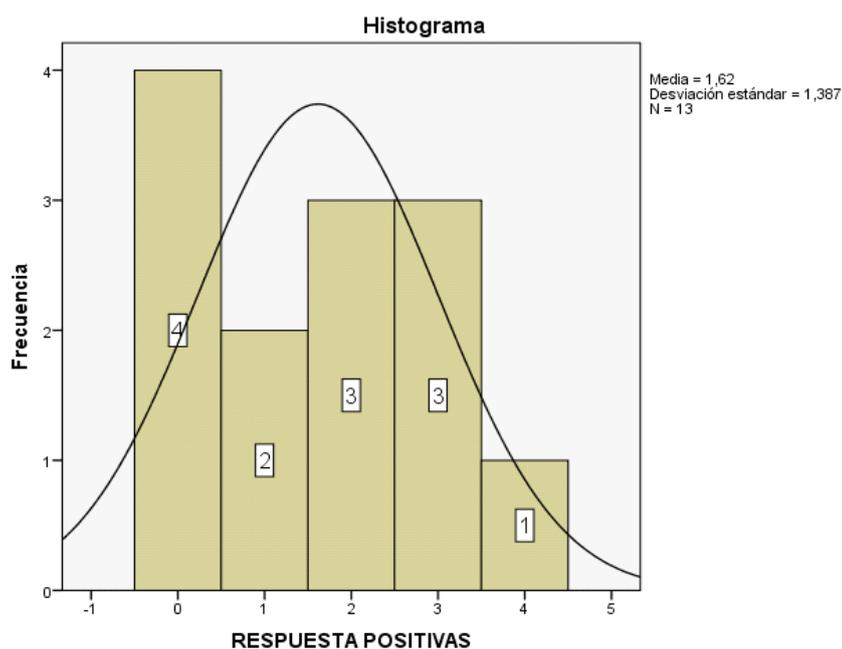
En la figura 5, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 7 pacientes tienen 0 puntos, 4 pacientes tienen entre 2 a 5 puntos, y 2 pacientes tienen puntajes de 8 y 11 puntos.

Descripción detallada de los Resultados de TEST Morinsky – Green

Tabla 13: Distribución absoluta del Test Morinsky (Positivas)

RESPUESTA POSITIVAS					
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	0	4	30,8	30,8	30,8
	1	2	15,4	15,4	46,2
	2	3	23,1	23,1	69,2
	3	3	23,1	23,1	92,3
	4	1	7,7	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0		

Fuente: Elaboración propia (Positivas), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

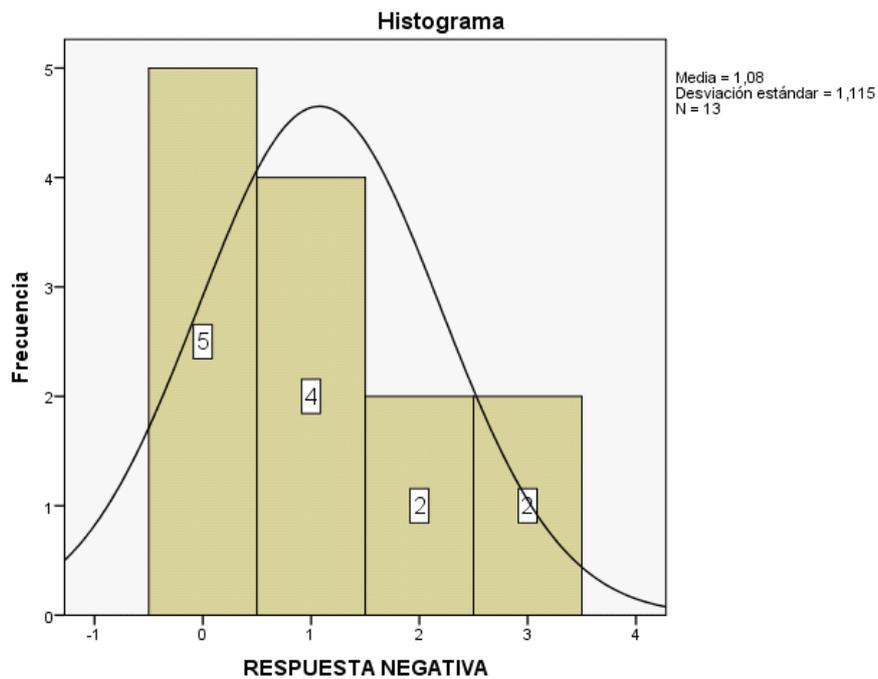
Figura 9: Distribución absoluta del Test Morinsky (Positivas)

Tabla 14: Distribución absoluta del Test Morinsky (Negativas)

RESPUESTA NEGATIVA				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
	0	5	38,5	38,5
	1	4	30,8	69,2
Válido	2	2	15,4	84,6
	3	2	15,4	100,0
	Total	13	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

Figura 10: Distribución absoluta del Test Morinsky (Negativas)



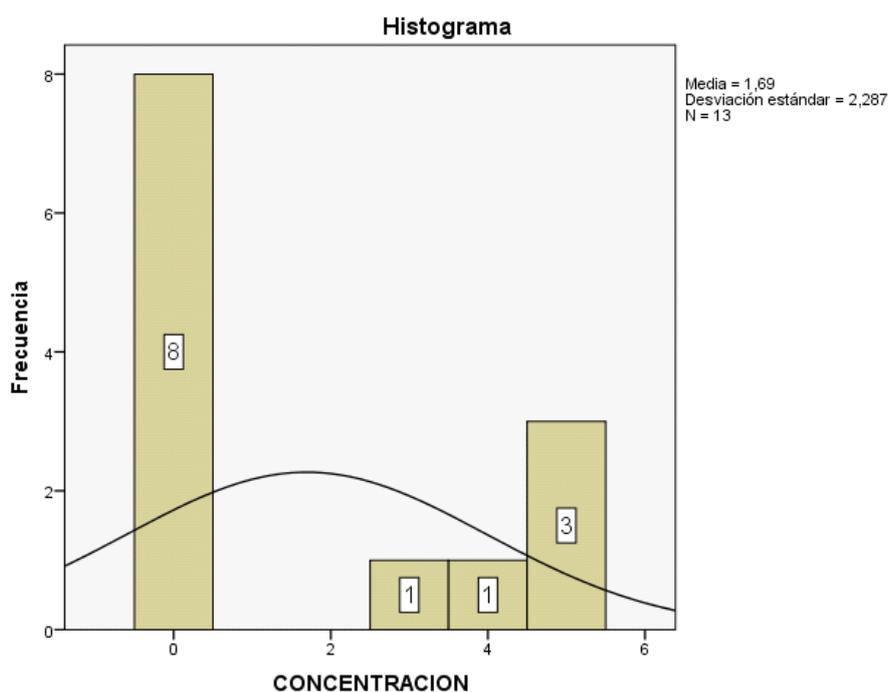
Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020. (Tam. 10)

Descripción detallada de los Resultados de TEST GDS

Tabla 15: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Concentración)

CONCENTRACION					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	8	61,5	61,5	61,5
	3	1	7,7	7,7	69,2
	4	1	7,7	7,7	76,9
	5	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Fuente: Grafico 8. Test GDS – FAST-BCRS (Concentración), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

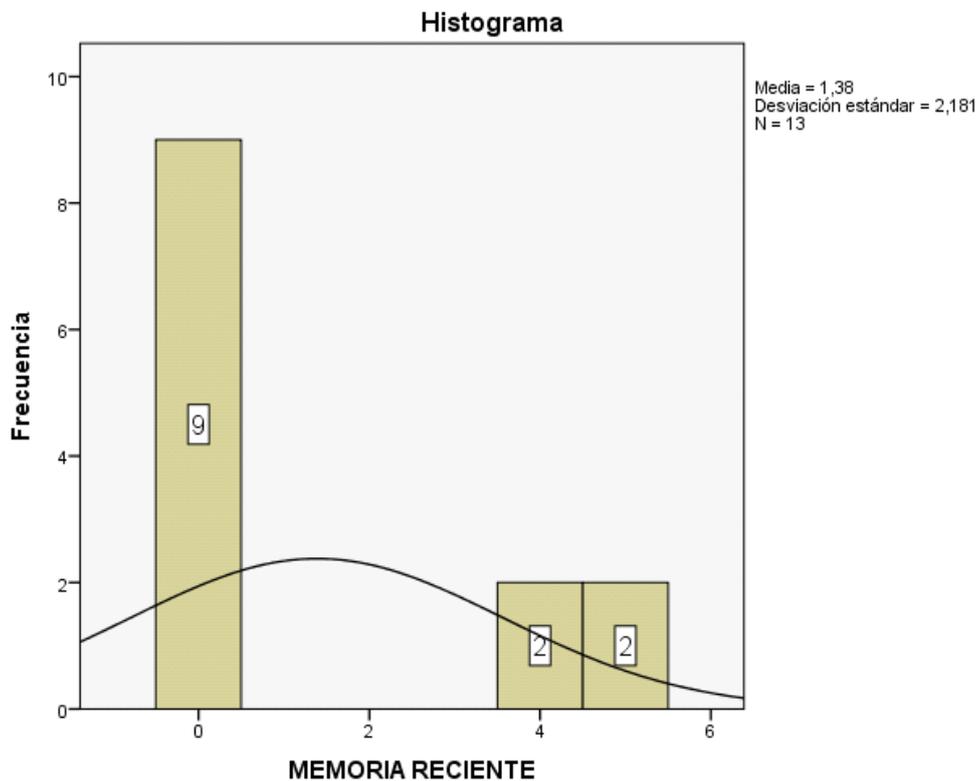
Figura 11: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Concentración)

En la figura 8, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 8 pacientes tienen 0 puntos y mientras que 5 pacientes tienen entre 3 a 5 puntos.

Tabla 16: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria reciente)

MEMORIA RECIENTE					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	9	69,2	69,2	69,2
	4	2	15,4	15,4	84,6
	5	2	15,4	15,4	100,0
Total		13	100,0	100,0	

Fuente: Grafico 9. Test GDS – FAST-BCRS (Memoria reciente), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

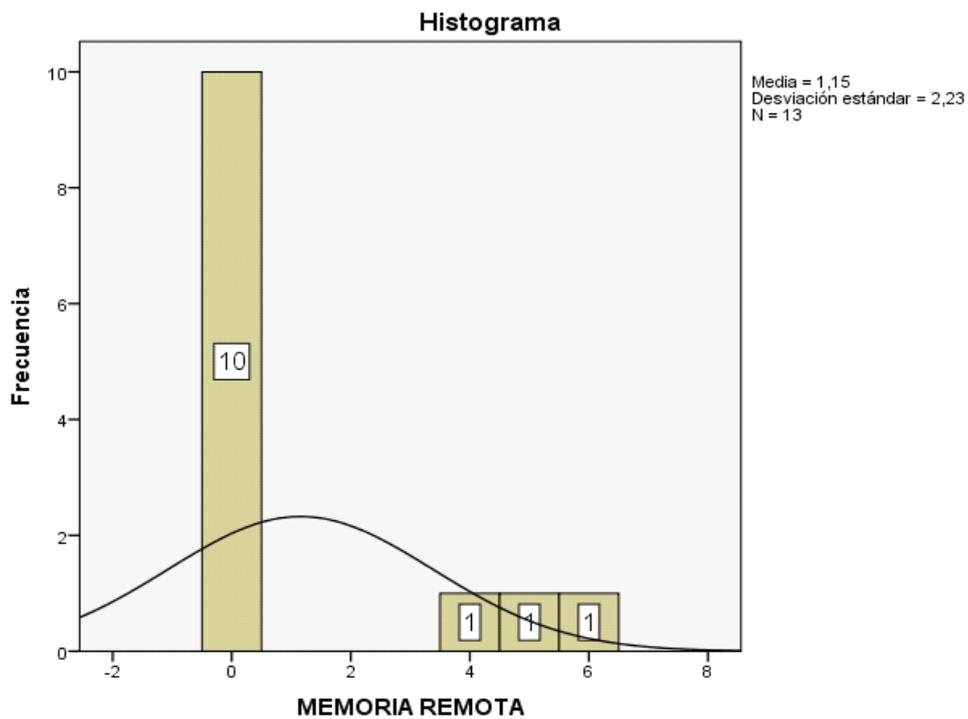
Figura 12: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria reciente)

En la figura 12, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 9 pacientes tienen 0 puntos y mientras que 4 pacientes tienen entre 4 a 5 puntos.

Tabla 17: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria remota)

MEMORIA REMOTA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	10	76,9	76,9	76,9
	4	1	7,7	7,7	84,6
	5	1	7,7	7,7	92,3
	6	1	7,7	7,7	100,0
Total		13	100,0	100,0	

Fuente: Grafico 10. Test GDS – FAST-BCRS (Memoria remota) base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

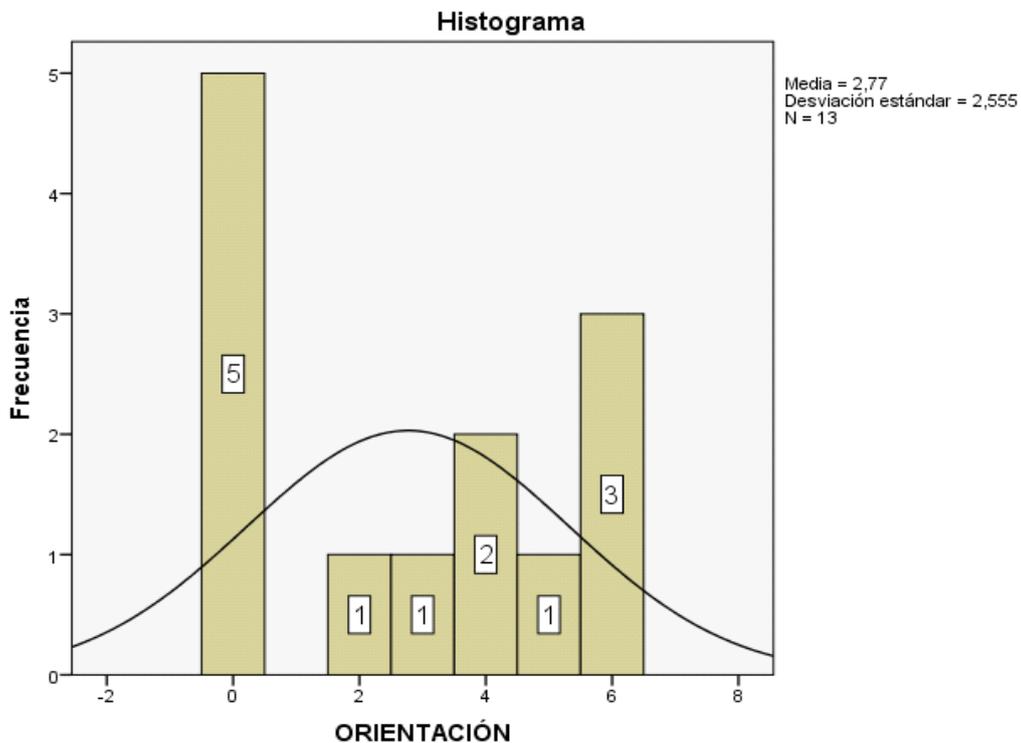
Figura 13: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Memoria remota)

En la figura 10, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 10 pacientes tienen 0 puntos y mientras que 3 pacientes tienen entre 4 a 6 puntos.

Tabla 18: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Orientación)

ORIENTACIÓN					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	5	38,5	38,5	38,5
	2	1	7,7	7,7	46,2
	3	1	7,7	7,7	53,8
	4	2	15,4	15,4	69,2
	5	1	7,7	7,7	76,9
	6	3	23,1	23,1	100,0
	Total	13	100,0	100,0	

Fuente: Grafico 11. Test GDS – FAST-BCRS (Orientación) base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

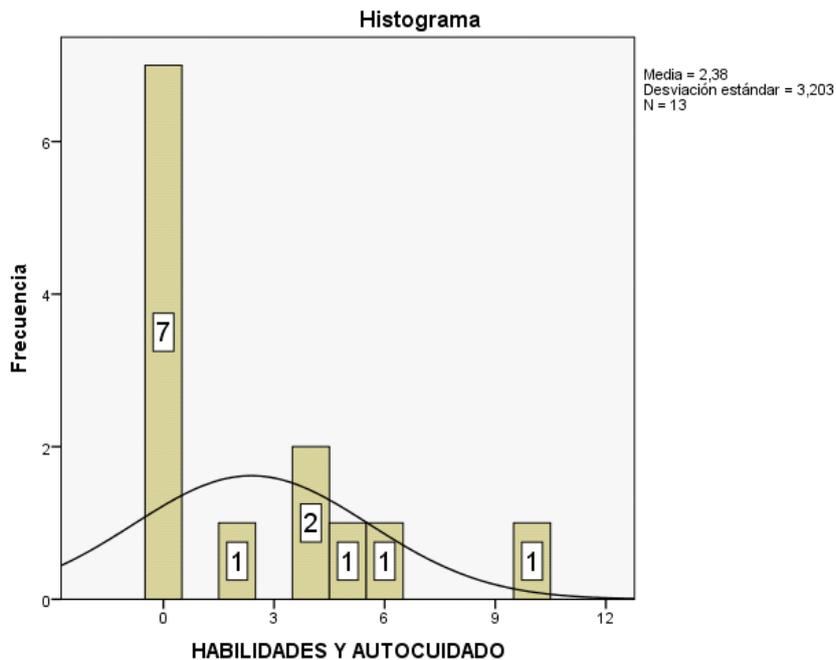
Figura 14: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Orientación)

En la figura 11, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 5 pacientes tienen 0 puntos y mientras que 4 pacientes tienen entre 2 a 4 puntos, asimismo 4 pacientes tienen entre 5 a 6 puntos.

Tabla 19: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Habilidades y autocuidado)

HABILIDADES Y AUTOCAUIDADO				
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	0	7	53,8	53,8
	2	1	7,7	61,5
	4	2	15,4	76,9
	5	1	7,7	84,6
	6	1	7,7	92,3
	10	1	7,7	100,0
Total	13	100,0	100,0	

Fuente: Grafico 12. Test GDS – FAST-BCRS (Habilidades y autocuidado), base de datos SPSS v. 25, 2020.



Fuente: Elaboración propia, base de datos SPSS v. 25, 2020.

Figura 15: Distribución absoluta del Test GDS – FAST-BCRS (Habilidades y autocuidado)

En la figura 12, se aprecia los resultados referidos a la orientación donde 7 pacientes tienen 0 puntos y mientras que 1 paciente tiene 2 puntos, asimismo 4 pacientes tienen entre 4 a 6 puntos y solo 1 paciente tiene un puntaje de 10.

C. Declaraciones y firmas:

1. Químico (a) Farmacéutico (a) responsable: He informado a este paciente el propósito y la naturaleza del procedimiento y de sus alternativas, beneficios y riesgos de complicaciones del procedimiento y las complicaciones que pudieran derivarse de las enfermedades de base del paciente.

Firma y posfirma del médico: _____

2. Tutor legal o familiar: Se me ha explicado que el paciente _____ ha sido considerado por ahora incapaz de tomar por sí mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba, o sea, ha sido considerado incompetente. El médico me ha explicado cómo se hace y para qué sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y complicaciones y las que pudiera derivarse de las enfermedades que padece mi familiar. He comprendido todo y por ello yo Craque Zavallos, Demaris Juana,
(Administración) doy mi consentimiento para que le realicen el procedimiento descrito arriba.

Firma del tutor/familiar: Demaris

Nombre y parentesco del tutor o familiar: Craque Zavallos, Demaris J.

El paciente no puede firmar por: Intestado



Huella: _____

D. Fecha: _____

Paciente 1er Apellido	2do Apellido	Nombre	H.C
Sala	Cama	Médico de Asistencia	

RESPONSABLES DEL PROYECTO
Bach. Cecilia Restrepo Coronel Pacheco
Bach. Berzaida Victoria Padilla Tarazona

Proyecto aprobado con resolución Nro. 0068-DF-CC-SS/2019



CONSENTIMIENTO INFORMADO

A. Identificación

I Nombre Técnico del procedimiento: Seguimiento Farmacoterapéutico

1.1 Descripción del procedimiento:

1ra ETAPA:

Aplicar MINI-MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) para detectar y evaluar la progresión del trastorno cognitivo asociado a enfermedades neurodegenerativas como la demencia tipo Alzheimer.

2da ETAPA:

Coordinar con el Profesional Médico el tratamiento farmacológico, para evaluar la efectividad de la farmacoterapia antes del seguimiento farmacoterapéutico.

3ra ETAPA:

Evaluar la efectividad de la farmacoterapia después del seguimiento farmacoterapéutico, mediante la escala de Deterioro global.

1.2 Descripción de las posibles complicaciones del procedimiento y las que pudieran derivarse de las enfermedades de base del paciente:

- No informar al profesional médico los efectos secundarios o Reacciones Adversas Medicamentosas de la farmacoterapia utilizada
- No coordinar con el personal al cuidado de los adultos mayores sobre los efectos secundarios o Reacciones Adversas Medicamentosas de la farmacoterapia utilizada

B. Declaración del paciente o Responsable del Centro Adulto Mayor:

Se me ha explicado, la naturaleza y el propósito del Seguimiento Farmacoterapéutico. También se me ha dicho los posibles riesgos y complicaciones, así como las alternativas de tratamiento. Además se me han explicado los riesgos posibles de la anestesia que se me va a aplicar y las complicaciones que pueden presentarse por las enfermedades que padeció.

I. Doy mi consentimiento para que se me realice el procedimiento descrito

Fecha, Firma del paciente _____

Firma del familiar _____

Nombre del familiar y parentesco: RODRIGUEZ RIVERA
ABUELO PATRINO

RODRIGUEZ RIVERA

 E. L. LUJÁN DE MATOS
 PRESIDENTA

RESPONSABLE DEL PROYECTO
 Dr. Carlos Benito Coronel Pacheco
 DGO: Unidad Yucra Pública Tarma

Proyecto aprobado con resolución No. 186-01-11-05-2019

C. Declaraciones y firmas

1. Quiero (el/la) Familiar (el/la) responsable, ha informado a este paciente el proceso y la necesidad del procedimiento y de sus alternativas, beneficios y riesgos de complicaciones de procedimiento y las consecuencias que pudieran derivarse de las enfermedades de base del paciente

Firma y apellido del titular: _____

2. Tanto yo (el/la) familiar (el/la) que me ha explicado con el paciente _____, he sido informado por el/los médicos de honor por el mismo la decisión de aceptar o rechazar el procedimiento descrito arriba, a una, no soy considerado incompetente. El médico me ha explicado como se hace y para qué sirve este procedimiento. También me ha explicado sus riesgos y consecuencias y las que pudiera derivarse de las enfermedades de base del paciente. He comprendido todo y por ello yo DOCTOR AUGUSTO DEL ROSARIO DEL ROSARIO

EL SEÑOR AUGUSTO DEL ROSARIO en consentimiento para que se realice el procedimiento descrito arriba

Firma del familiar: _____

Nombre y parentesco del titular familiar: _____

El paciente no puede firmar por _____

(Firma manuscrita)
DOCTOR AUGUSTO DEL ROSARIO
 MEDICO TRATANTE DEL PACIENTE
 INSTITUCION DE SALUD
 S.S. S.S. S.S.

Nota:

3. Fecha: _____

Paciente (el/la) Apellido	Del Apellido	Nombre	N.C.
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____

RESPONSABLE DEL PROCEDIMIENTO
 DR. AUGUSTO DEL ROSARIO
 INSTITUCION DE SALUD S.S. S.S. S.S.

PROCESO DE REGISTRO DE PACIENTES
 004 00 11 00 000

ANEXO 6: CONSENTIMIENTO INFORMADO

"LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCION"

Huánuco, 13 de Mayo de 2019.

Señor:
Edit Lurquin de Matos
Presidenta de la Asociación de Damas Huanuqueñas
CIUDAD,

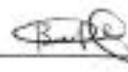
ASUNTO: Autorización para recolectar datos del proyecto de tesis.

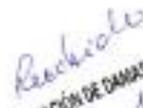
Tenemos el agrado de dirigirnos a Usted para solicitar la autorización para recolectar datos del proyecto de tesis, titulado "EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA -HUÁNUCO, 2019", proyecto de investigación, aprobado con Resolución Nro. 1068-DF.CC.SS./ 2019, que será posible realizar con vuestra autorización y la participación del personal que labora en la institución que Usted dignamente dirige, estamos seguros que los resultados de la investigación servirán para dar una mejor calidad de vida a los internos del asilo.

Es propicia la oportunidad para expresarle los sentimientos de mi especial consideración y estima personal.

Atentamente,


CORONEL PACHECO CECILIA. B
Bachiller en Farmacia y Bioquímica
Código:
F03469A


PADILLA TARAZONA BETZAIDA. V
Bachiller en Farmacia y Bioquímica
Código: F000801


ASOCIACIÓN DE DAMAS HUANUQUEÑAS
EDIT L. LURQUIN DE MATOS
PRESIDENTA

ANEXO 7: GALERÍA FOTOGRÁFICA



Figura 1. Foto aplicando el test MMSE en la Sra. Martha del Asilo Santa Sofía de Huánuco



Figura 2. Foto aplicando el test de Morinsky en la Sra. Raquel en el Asilo Santa Sofía de Huánuco



Figura 3. Foto conversando con la Sra. Raquel en el Acilo Santa Sofía de Huánuco



Figura 4. Foto aplicando el Test de Morinsky con la Sra. Alicia en el Acilo Santa Sofía de Huánuco



Figura 5. Foto aplicando el test MMSE en el Sr. Carlos en el Acilo Santa Sofía de Huánuco.

ANEXO 8: VALIDACION DE INSTRUMENTOS



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE FARMACIA Y BIOQUÍMICA



FICHA DE VALIDACIÓN INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO POR EXPERTO

I.- DATOS GENERALES:

- 1.1. Título de la investigación: "EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA - HUÁNUCO, 2019"
- 1.2 Nombre de los instrumentos motivo de evaluación:
- Test Mini Mental State Examination (MMSE)
 - Test Morinski-Green
 - Test Aplicación de escalas de deterioro global (GDS).

II.- ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		1	2	3	4
1.	Claridad				X
2.	Objetividad				X
3.	Actualidad			X	
4.	Organización				X
5.	Suficiencia				X
6.	Intencionalidad				X
7.	Consistencia			X	
8.	Coherencia				X
9.	Metodología			X	
10.	Pertinencia			X	

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: . 37 (treinta y siete)

Deficiente (10) Aceptable (11 – 20) Bueno (21 – 30) Excelente (31 – 40)

OPINION DE APLICABILIDAD: *Instrumentos con preguntas objetivas de acuerdo a la tesis.*

Marco Antonio Micalay Espinoza
 QUIMICO FARMACEUTICO
 C.O.P. 21213

Q.F. Marco A. MICALAY ESPINOZA
CEL. 99928633



**FICHA DE VALIDACIÓN
INFORME DE OPINIÓN DE JUICIO POR EXPERTO**

I.- DATOS GENERALES:

1.1. Título de la investigación: "EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA - HUÁNUCO, 2019"

1.2 Nombre de los instrumentos motivo de evaluación:

- Test Mini Mental State Examination (MMSE)
- Test Morinski-Green
- Test Aplicación de escalas de deterioro global (GDS).

II.- ASPECTOS DE VALIDACION

INDICADORES	CRITERIOS	DEFICIENTE	REGULAR	BUENO	MUY BUENO
		1	2	3	4
10. Claridad	Esta formulado con lenguaje apropiado				
11. Objetividad	Esta expresado en conductas observables				
12. Actualidad	Adecuado al avance de ciencias de la salud				
13. Organización	Existe una organización lógica				
14. Suficiencia	Comprende los aspectos en cantidad y calidad				
15. Intencionalidad	Adecuado para valorar los instrumentos de investigación				
16. Consistencia	Basado en aspectos teóricos científicos				
17. Coherencia	Entre las dimensiones e indicadores				
18. Metodología	La estrategia responde al propósito del diagnóstico				
10. Pertinencia	Es útil y adecuado para la investigación				

III. PROMEDIO DE VALORACIÓN: . . .37 (treinta y siete)

Deficiente (10) Aceptable (11 – 20) Bueno (21 – 30) Excelente (31 – 40)

OPINION DE APLICABILIDAD:



ANEXO 9: DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, CECILIA BEATRIZ, CORONEL PACHECO, identificada con DNI N° 42004213, egresada de la Escuela Profesional de FARMACIA Y BIOQUIMICA, habiendo implementado el proyecto de investigación titulado "EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA - HUÁNUCO, 2019", en ese contexto, declaro bajo juramento que los datos generados como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes, serán reservados y usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27° y 28° del reglamento General de investigación y en los artículos 4° y 5° del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana los andes; salvo con la autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 29 de marzo del 2021.



A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Cecilia B. Coronel Pacheco".

Cecilia B. Coronel Pacheco
Responsable de Investigación



DECLARACION DE CONFIDENCIALIDAD

Yo, BETZAIDA VICTORIA PADILLA TARAZONA, identificada con DNI N° 71609010, egresada de la Escuela Profesional de FARMACIA Y BIOQUIMICA, habiendo implementado el proyecto de investigación titulado "EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA - HUÁNUCO, 2019", en ese contexto, declaro bajo juramento que los datos generados como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes, serán reservados y usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27° y 28° del reglamento General de investigación y en los artículos 4° y 5° del Código de Ética para la investigación científica de la Universidad Peruana los andes; salvo con la autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 29 de marzo del 2021.



Betzaida V. Padilla Tarazona
Responsable de Investigación

ANEXO 10: COMPROMISO DE AUTORÍA



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, yo, CECILIA BEATRIZ, CORONEL PACHECO, identificada con DNI N° 42004213, domiciliada en jr. Las Violetas 229 – el Tambo – Huancayo, egresada de la Escuela Profesional de FARMACIA Y BIOQUIMICA de la Universidad Peruana Los Andes (Código F03964A) me COMPROMETO asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera a lugar sin la elaboración de mi investigación titulado **“EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA - HUÁNUCO, 2019”**, se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, autoplagio, etc. y declaro bajo juramento que este trabajo de investigación es de mi autoría, los datos presentados son reales y se han respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 29 de marzo del 2021.



Bach. Cecilia B. Coronel Pacheco
DNI N°42004213
Cod. Mat. F038964A



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
DIRECCIÓN DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN

COMPROMISO DE AUTORÍA

En la fecha, yo, BETZAIDA VICTORIA PADILLA TARAZONA, identificada con DNI N°71609010, domiciliada en jr. Santa Beatriz N° 450– el Tambo – Huancayo, egresada de la Escuela Profesional de FARMACIA Y BIOQUIMICA de la Universidad Peruana Los Andes (Código F000801) me COMPROMETO asumir las consecuencias administrativas y/o penales que hubiera ha lugar sin la elaboración de mi investigación titulado **“EVALUACIÓN DEL TRATAMIENTO FARMACOLÓGICO EN DETERIORO COGNITIVO EN RESIDENTES DEL ASILO SANTA SOFÍA - HUÁNUCO, 2019”**, se haya considerado datos falsos, falsificación, plagio, autoplagio, etc. y declaro bajo juramento que este trabajo de investigación es de mi autoría, los datos presentados son reales y se han respetado las normas internacionales de citas y referencias de las fuentes consultadas.

Huancayo, 29 de marzo del 2021.



Bach. Betzaida V. Padilla Tarazona
DNI N° 71609010
Cod. Mat. F000801