

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS:

**PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL DETERIORO
COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE UNA
CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO**

Para optar el título profesional de médico cirujano

Autor : Bach. Muñico Cardenas Milagros Maria

Asesor : Dr. Aníbal Valentin Díaz Lazo

Línea de investigación institucional: Salud y gestión de la salud

Fecha de inicio investigativo : Agosto del 2020

Fecha de culminación investigativa : Agosto del 2021

Huancayo - Perú

Octubre-2021

DEDICATORIA

A mis padres por estar a mi lado como un soporte emocional en mi vida profesional y además por ser las personas que me inculcaron valores para ser una mejor persona al servicio de la comunidad.

A todos mis familiares que siempre están conmigo en las situaciones más complicadas de mi vida, y finalmente a los amigos más cercanos por su grata compañía en todos estos años de formación académica.

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, a la clínica “GeriaSalud” de la ciudad de Huancayo por brindarme las facilidades correspondientes para poder culminar la siguiente tesis, tanto en la búsqueda como recolección de información, para finalizar mi trabajo de investigación; por su parte un agradecimiento a la casa superior de estudios UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES; y de igual manera a la Facultad de Medicina Humana, por ser mi alma mater para mi formación académica como un profesional con vocación de servicio.

PRESENTACIÓN

En el mundo conforme a la Organización internacional de la salud, se calcula que en los últimos años el número de personas con una edad mayor a 60 años fue mayor que el número de niños menores de cinco años, además se prevé que en el año 2050 del total de adultos mayores que existan, el 80% vivirán en los países con ingresos medianos y bajos ¹. El cambio poblacional es una realidad en la comunidad internacional, ya que en los últimos años se ve un aumento de los adultos mayores en Latinoamérica, no obstante, a la par aumentaron los casos de trastornos neurodegenerativos dentro de los cuales destaca el trastorno cognitivo leve ¹. Existe lineamientos por la organización mundial de la salud para ayudar a los adultos mayores a tener un envejecimiento saludable y reducir las incidencias del Alzheimer, Parkinson, y depresión además que el trastorno cognitivo leve donde se estima que la prevalencia mundial es entre el 25%-30% en personas de 85 años ².

En diferentes estudios epidemiológicos en varios países del mundo en adultos mayores de 65 años se calcula que la prevalencia del deterioro cognitivo oscila entre 16,9%-18,3% esto en países desarrollados ².

En el Perú no hay una cifra exacta de la prevalencia, existe estudios sobre el trastorno cognitivo en Lima que fue el 18,1% y en Lambayeque 13,1%; además se dicta en los últimos años que el deterioro cognitivo leve será un problema sanitario por las complicaciones que esta generará ^{3,4}. Por ende, el presente estudio tuvo como objetivo principal determinar la prevalencia de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.

CONTENIDO

	Pág.
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Introducción/presentación	iv
Contenido	v
Contenido de tablas	vii
Contenido de figuras	viii
Índice de fotos	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Capitulo I. Planteamiento problemático	12
1.1 Descripción de la realidad/temática problemática	12
1.2 Delimitación problemática	14
1.3 Formulación del problema	14
1.3.1 Problema general	14
1.3.2 Problemas específicos	14
1.4 Justificación del estudio	15
1.4.1 Social	15
1.4.2 Teóricos	15
1.4.3 Metodológico	15
1.5 Objetivos	16
1.5.1 Objetivo general	16
1.5.2 Objetivos específicos	16
Capitulo II. Marco teórico	17
2.1 Antecedentes investigativos	17
2.2 Base cognitiva (teoría y científico)	21
2.3 Definición conceptual (marco, variables)	26
Capitulo III. Hipótesis	30
3.1 Hipótesis general	30
3.2 Hipótesis específicas	30
3.3 Variables estudiadas	30
3.3.1 Definición de las variables conceptuales	30
3.3.2 Cuadro de operacionalización	30
Capitulo IV. Metodología	34
4.1 Método investigativo	34
4.2 Tipo investigativo	34

4.3 Nivel investigativo	34
4.4 Diseño investigativo	34
4.5 Población y muestra final	34
4.5.1 Muestra final investigativo	34
4.6 Técnica e instrumento/recolección de datos	36
4.7 Técnica procesamiento/análisis de datos	37
4.8 Aspectos éticos	38
Capitulo V. Resultados	39
5.1 Descripción principales de los resultados	39
5.1.1 Prevalencia	39
5.1.2 Caracterizaciones sociodemográficas	40
5.1.3 Caracterizaciones clínicas	48
5.1.4 Las comorbilidades	55
Análisis y discusión	56
Conclusiones	62
Recomendaciones	64
Bibliográficos	66
Anexos de la tesis	73
Matriz de consistencia	74
Instrumento de investigación	75
Validación	77
Confiabilidad	80
Autorización	81
Data de procesamiento de datos	83
Fotos de recolección de datos de datos	91
Resolución	92

CONTENIDO DE TABLAS

	Pág.
Tabla N ⁰ 1. Prevalencia del DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	39
Tabla N ⁰ 2. Características sociodemográficas-I de los adultos mayores con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	41
Tabla N ⁰ 3. Características sociodemográficas-II de los adultos mayores con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	44
Tabla N ⁰ 4. Características clínicas de los adultos mayores con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	50

CONTENIDO DE FIGURAS

	Pág.
Grafico n ^o 1. Género de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	40
Grafico n ^o 2. Rango etario de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020	42
Grafico n ^o 3. Instrucción de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	43
Grafico n ^o 4. Estado civil de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	45
Grafico n ^o 5. Ocupación de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	46
Grafico n ^o 6. Procedencia de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	47
Grafico n ^o 7. Tiempo de enfermedad de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	48
Grafico n ^o 8. Tipo de DCL de los pacientes de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	49
Grafico n ^o 9. Complicación de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	51
Grafico n ^o 10. ABVD de los pacientes de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	52
Grafico n ^o 11. AIVD de los pacientes de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	53
Grafico n ^o 12. Polifarmacia de los pacientes de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	54
Grafico n ^o 13. Comorbilidades de los pacientes con DCL de una clínica geriátrica/Huancayo, periodo enero/2017-diciembre/2020.	55

ÍNDICE DE FOTOS

	Pág.
La data de investigación	83
Fotos N ⁰ 1-2 (recolección de datos)	91

RESUMEN

Objetivo: Determinar la prevalencia de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.

Material y Métodos: Se elaboró un estudio observacional, descriptivo de corte transversal donde se analizó a 140 adultos mayores a través de sus historias clínicas, el muestreo fue no probabilístico siendo escogidos por criterios del investigador.

Resultados: La prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (8,4%) IC 95%: (5,8-11,01). En las características sociodemográficas se determinó las siguientes variables: género femenino (57%), promedio de edad 74,49 años, rango etario 71-80 años (40,7%), grado de instrucción secundaria (42,9%) y ocupación anterior ama de casa (33,6%). Tiempo de enfermedad más frecuente < 1 año (50,7%), tipo de deterioro cognitivo amnésico (71%), dependencia parcial de actividades básicas de la vida diaria (18,6%). dependencia leve de actividades instrumentales de la vida diaria (18,5%); respecto a la polifarmacia estuvo presente en el (37,9%). En las comorbilidades más frecuentes fueron: diabetes mellitus (16%), hipertensión arterial (10%), insuficiencia cardiaca congestiva (ICC) (8%), enfermedades osteoarticulares (6%) y neoplasias (5%).

Conclusión: Los aspectos más resaltantes de los pacientes con deterioro cognitivo leve fue mayormente en el género femenino con un rango de edad avanzado, con un tiempo de enfermedad de menos de un año siendo el tipo amnésico el más prevalente.

Palabras clave: Trastornos neurocognitivos, deterioro cognitivo leve, disfunción cognitiva.

ABSTRACT

Objective: To determine the prevalence of older adult patients diagnosed with cognitive impairment in a geriatric clinic in Huancayo, from January 2017 to December 2020.

Material and Methods: An observational, descriptive cross-sectional study was developed where 140 older adults were analyzed through their medical records, the sampling was non-probabilistic, being chosen by the researcher's criteria.

Results: The prevalence of mild cognitive impairment was (8.4%) 95% CI: (5.8-11.01). In the sociodemographic characteristics, the following variables were determined: female gender (57%), average age 74.49 years, age range 71-80 years (40.7%), grade of secondary education (42.9%) and occupation previous housewife (33.6%). Most frequent time of illness <1 year (50.7%), type of amnesic cognitive impairment (71%), partial dependence on basic activities of daily living (18.6%). mild dependence on instrumental activities of daily life (18.5%); Regarding polypharmacy, it was present in (37.9%). The most frequent comorbidities were: diabetes mellitus (16%), arterial hypertension (10%), congestive heart failure (CHF) (8%), osteoarticular diseases (6%) and neoplasms (5%).

Conclusion: The most outstanding aspects of the patients with (MCI) were mainly in the female gender with an advanced age range, with a time of illness of less than one year, the amnesic type being the most prevalent.

Key words: Neurocognitive disorders mild cognitive impairment, cognitive dysfunction.

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1. Descripción de la realidad problemática

Existe una gran preocupación e incertidumbre sobre el rol que juega el deterioro cognitivo leve en la aparición de demencia, existe múltiples estudios donde dicha condición puede convertirse en una enfermedad más seria en los siguientes años siendo esto alarmante, por lo cual hoy en día se enfatiza todas las investigaciones en la comunidad científica dirigida a la prevención de dicha entidad ⁵.

Existen investigaciones de corte prospectivo y retrospectivo en varios lugares del mundo donde se describe la prevalencia de esta afección; Lee J et al ⁶, en su trabajo de campo en Corea del Sur establecieron que la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores fue (37,4%) con un intervalo de confianza al 95% entre (21,3%-45,4%).

Yang L et al ⁷, en varias ciudades de China determinaron que la prevalencia del deterioro cognitivo tanto en el ambiente hospitalario como en la comunidad fueron: prevalencia cruda (10,2%) con un intervalo de confianza al 95% entre

(8,2%-12,2%) y ajustada (11,0%) con un intervalo de confianza al 95% entre (9,1%-13,1).

En los Estados Unidos en Texas en un estudio realizado por Rasu R et al, determinaron en pobladores rurales mayores de 60 años, la prevalencia de deterioro cognitivo fue (19,1%) con un intervalo de confianza al 95% entre (14,4%-24,1) ⁸.

Por su parte en una ciudad de Portugal se identificó que la prevalencia de deterioro cognitivo, en pacientes que están internados en clínicas o asilos se dispara dicha cifra, siendo por ejemplo la prevalencia de este trastorno de (41,7%) con un intervalo de confianza al 95% entre (23,43%-54,32%) ⁹.

En la investigación ejecutada por Martínez-Sanguinetti M et al, determinaron en Chile que la prevalencia de deterioro cognitivo en personas mayores de 60 años es (11,6%) con un intervalo de confianza al 95% entre (8,8%-15,2%) ¹⁰.

En el Perú según estimaciones aproximadas la prevalencia de demencia es (6,7%), siendo de la enfermedad de Alzheimer (56,2%), por su parte el deterioro cognitivo leve varía entre (6%-21%); no existiendo una uniformidad clara, no obstante, ante tal situación se plantea en todos los centros primarios de salud la detección temprana de esta afección con evaluaciones cognitivas periódicas ¹¹.

En la región Junín se estima que la prevalencia de deterioro cognitivo es de (11,1%), una cifra al límite que llama a la reflexión sobre que programas preventivos se está llevando a cabo por parte de las autoridades regionales; como se sabe la pirámide poblacional cambiará aún más, por lo cual debemos estar preparados para afrontar esta situación en la ciudad de Huancayo ¹².

1.2. Delimitación del problema

La delimitación espacial fue una clínica geriátrica ubicado en la ciudad de Huancayo, en el departamento de Junín. En la delimitación temporal fue el periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.

La delimitación temática fue la prevalencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores de una clínica y a su vez las dimensiones sociodemográficas, clínicas y comorbilidades.

1.3. Formulación del problema

1.3.1. Problema general

¿Cuál es la prevalencia de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020?

1.3.2. Problemas específicos

- 1) ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020?
- 2) ¿Cuáles son las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020?
- 3) ¿Cuáles son las comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020?

1.4. Justificación

1.4.1. Social

El aporte social es la prevención y promoción de estrategias educativas y sanitarias para la mejora de la calidad de vida de los adultos mayores con esta afección. En Huancayo actualmente el grupo etario adulto mayor se ha incrementado, a su vez esta situación genera el aumento de enfermedades neurodegenerativas dentro de las que destaca el deterioro cognitivo leve, ocasionando complicaciones tanto para las familias como para el estado, por el costo económico y social que genera dicho trastorno.

1.4.2. Teórica

El aporte de la presente tesis está dado por los datos importantes que se obtuvieron, ya que aporta información de la prevalencia de este trastorno en nuestra ciudad y así poder tomar medidas sanitarias idóneas al respecto, como modificar el estilo de vida que tienen algunos de los pacientes, orientando a la realización de controles preventivos periódicos para la detección temprana.

De igual manera la salud mental en el deterioro cognitivo leve es imprescindible poner mucho más énfasis, para obtener una calidad de vida aceptable en dichos pacientes en nuestra ciudad ¹¹.

1.4.3. Metodológica

Se utilizó un estudio descriptivo retrospectivo, para lo cual se realizó una metodología de revisión de historias clínicas y recolección de datos, imprescindibles y fundamentales para el estudio entre los cuales destacan el diagnóstico del deterioro cognitivo leve en adultos mayores con algunas características epidemiológicas, en un centro privado.

Además, el aporte metodológico en la línea de investigación es actualizar una realidad que sucede en nuestra ciudad y que será de ayuda para poder utilizarla como base para otros estudios de investigación en la región Junín.

1.5. Objetivos

1.5.1. Objetivo general

Determinar la prevalencia de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.

1.5.2. Objetivos específicos

- 1) Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.
- 2) Identificar las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.
- 3) Describir las comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Regionales

En un estudio realizado en la ciudad de Huancayo con una población de 382 adultos mayores, se estableció las siguientes variables: prevalencia del deterioro cognitivo (11%), promedio de edad 82,6 años, sexo femenino (60,7%), nivel de instrucción primaria (49,7%), estado civil casado (60,5%), ocupación anterior escaso calificable (82,7%), dependencia parcial (19,4%) en las actividades básicas de la vida diaria; y leve en las actividades instrumentales de la vida diaria (21,7%) ¹².

Mescua M et al, en su trabajo realizado en el año 2019 en Pucará-Huancayo, con una población de adultos mayores, estableció las siguientes variables: deterioro cognitivo leve (22,7%), género femenino (55,4%), promedio edad 73 años, estado civil casado (50,9%), cuenta con alguna enfermedad crónica (40%) y dependencia en las actividades básicas de la vida diaria (45,5%) ¹³.

Echevarria J et al, en su investigación realizado en el hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo y adultos internados en la casa hogar “San Vicente de Paul”, determinó las siguientes variables: deterioro cognitivo leve (25,8%), grado de

instrucción primaria incompleta (29%), rango etario 60-65 años (29,1%) y género masculino (51,6%) ¹⁴.

Nacionales

Estela-Ayamamani D et al, concluyeron en su estudio realizado en el año 2014, en adultos mayores de la ciudad rural de Atipayán (3345 metros sobre el nivel del mar), identificaron la prevalencia de deterioro cognitivo que fue (22,8%), además presentaron comorbilidades como hipertensión arterial (30,7%), artrosis (27,7%), consumo de medicamentos (73,1%) y diabetes mellitus (4,6%) ¹⁵.

Castro-Benites V et al, en su estudio realizado en pobladores adultos mayores del altiplano (≥ 1500 metros sobre el nivel del mar), respecto al estado cognitivo el promedio de puntaje del Test de Pfeiffer fue $1,81 \pm 1,9$, significando que la gran mayoría de pacientes no tenía algún problema cognitivo ¹⁶. Además, identificaron que el promedio de edad fue 72,1 años, género femenino (62,5%), procedencia área rural (75%), nivel de instrucción básica (81,2%) y en las comorbilidades fueron hipertensión arterial (18,7%), diabetes mellitus tipo 2 (12,5%) y no consumir tabaco (87,5%) ¹⁶.

En la ciudad de Arequipa (2335 metros sobre el nivel del mar), en el trabajo de investigación realizado por Moya M, concluyó que en pacientes mujeres con diabetes mellitus tipo 2 con un rango entre 50 y 75 años, la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (32%) ¹⁷.

Manrique V, en su tesis de maestría en la ciudad “Mariano Melgar” de Arequipa determinó en un club de adulto mayor asociado con deterioro de la función tiroidea, la prevalencia de deterioro cognitivo leve que fue (40,85%) ¹⁸.

En un estudio realizado en el año 2018 en el Hospital Honorio Delgado con una muestra de 1290 adultos mayores, se determinó que la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (14,7%); así mismo el sexo femenino fue (39,12%), edad 60-74 años (55,27%), nivel de instrucción básico (31,31%), años de instrucción de más de 8 años (43,02%) y las comorbilidades más comunes son: hipertensión arterial, diabetes mellitus y depresión ¹⁹.

En un estudio en el Hospital Cayetano Heredia de Lima, con una población final de 290 pacientes mostro lo siguiente: prevalencia de deterioro cognitivo (18,1%), estado civil casado (45,4%), grado de instrucción primaria incompleta (30,6%), funcionalidad independiente (83,5%), depresión (7,7%), caídas (23,8%), edentulismo (77,6%), osteoartrosis (55,5%), osteoporosis (26,9%), diabetes (25,5%), enfermedad pulmonar obstructiva crónica (15,7%) y enfermedad de Parkinson (2,8%) ²⁰.

Internacionales

En un estudio de investigación tipo cohorte en Alemania, con una muestra de 39 387 personas la prevalencia del deterioro cognitivo leve fue (6,1%) con un intervalo de confianza al 95% entre (5,1%-7,1%); además las principales características fueron: mayor frecuencia en el sexo masculino, rango etario 75-80 años (29,6%), así mismo es mayor en las etnias hispanas y afroamericana y finalmente el nivel educativo alto no se asoció con un (p valor <0,05) ²¹.

En un estudio de investigación en China, realizado en el año 2020, identificaron de una muestra de 112632 pacientes sobre bases electrónicas de datos, la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (12,2%) con un intervalo de confianza al 95% entre

(7,7%-15,4%), viéndose además que es mayor en edades >80 años, sexo masculino, residencia urbana, vivir solo sin familia y grado de instrucción primario ²².

En Camerún, en un trabajo de investigación sobre adultos mayores con una muestra de 104 participantes y una mediana de 65 años, mostro que la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (20%), sexo masculino (67%), edad mayor de 75 años (45%); y polifarmacia, vivir solo y analfabetismo todas asociadas con un (p valor significativo <0,05) ²³.

En Estados Unidos entre los años 2015-2018, de una población de aproximada de 19276 pacientes se determinó: prevalencia de deterioro cognitivo leve (10,7%), en etnia caucásico-blancos (12,3%), etnia afroamericana e hispanos (9,9%), con un rango de afección incipiente entre 45-54 años, además está asociada con un nivel bajo educativo, ingresos bajos, vivir solo y limitaciones funcionales ²⁴.

En Estados Unidos en residentes adultos mayores, de una muestra de 34 493 personas que la presencia de deterioro cognitivo severo y avanzado fue (35%) en los pacientes con Alzheimer, y la presencia de comorbilidades como: diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, enfermedad obstructiva pulmonar y neumonía ²⁵.

En un estudio realizado en el año 2017, con una población de adultos mayores internados en un centro institucional, identificó que la prevalencia de trastorno cognitivo leve fue (35%), además las siguientes características: depresión (55%), enfermedades crónicas no transmisibles como osteoartrosis, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y catarata senil entre otros, siendo en conjunto (95%) ²⁶.

En otro trabajo de investigación en la institución “Corazón de Jesús”, con una población de 384 adultos mayores, mostro que la prevalencia de deterioro cognitivo

fue (24%), deterioro moderado (29%) y además que el sexo más frecuente fue el femenino (76%) y rango etario 86-90 años (22%)²⁷.

2.2. Base teórica o científica

2.2.1. Definición

Es un estadio clínico intermedio entre la cognición normal y la demencia, según la guía del (DSM-5)-Asociación Estadounidense de Psiquiatría, se denomina ahora trastorno neurocognitivo menor; siendo esta categoría identificada como aquellos pacientes con dificultades cognitivas pero que no cumplen con los criterios para demencia²⁸⁻³⁰.

El concepto se enfatiza como precursor de la enfermedad de Alzheimer en algunos casos, además es una entidad heterogénea y existen alteraciones sobre dominios cognitivos superiores²⁸⁻³⁰.

Existe en la bibliografía términos que son similares y que se usan para referirse a deterioro cognitivo leve en adultos mayores siendo: trastorno-neurocognitivo menor o leve, deterioro asociado con la edad, demencia incipiente, deterioro aislado de la memoria, pródromo de demencia, enfermedad de alzheimer mínima y enfermedad predemencia o alzheimer temprana²⁸⁻³⁰.

2.2.2. Epidemiología y factores de riesgo

La epidemiología varía según donde se realice el estudio, esto en países desarrollados o en países en vías de desarrollo; no obstante, en un metaanálisis realizado por la academia Estadounidense de Neurología, con 34 estudios determinaron las prevalencias por edad siendo los siguientes:³¹

Rango 60 a 64 años (6,7%), 65-69 años (8,4%), 70-74 años (10.1%), 75-79 años (14,8%) y 80 a 84 años (25,2%)³¹.

Las estimaciones de la tasa de incidencia varían según los estudios longitudinales siendo entre (14 a 111 por cada 1000 pacientes-año), así mismo dentro de los subtipos el más frecuente fue el amnésico ²⁸⁻³⁰. Además, en un estudio prospectivo realizado en el condado de Olmsted en Estados Unidos, con una población de 1450 adultos mayores; determinaron que las tasas de incidencia según edad y género fueron: (63,6 por cada 1000 personas-año) en general, (72,4) en el género masculino y (57,3) en mujeres ³².

Se describe además en la bibliografía que existe factores de riesgo que pueden llevar a un deterioro cognitivo en adultos mayores, siendo los siguientes: nivel educativo bajo, hipertensión arterial, diabetes, edad avanzada, obesidad; antecedentes de enfermedad cerebrovascular, enfermedades cardiacas, detección de la apolipoproteína (apoe) épsilon-4, depresión y ansiedad ²⁸⁻³⁰.

En el hospital Nacional Ramiro Prialé Prialé de Huancayo, en la estratificación del impacto de la hipoxia en el adulto mayor, determinaron que por cada año de vida el PaO₂ disminuyo en 0,556 mmHg y la saturación de oxígeno en (0,4%) ⁴².

De igual manera en respuesta a un estudio realizado por el Dr. Lazo, sobre los factores de riesgo cardiovasculares en adultos que viven a gran altura, es muy importante señalar que la población que viene en dichas altitudes tiene una alteración genéticamente adaptable, siendo fenotípicamente consolidada, esto se debe a que se incrementa los niveles de endotelina-1, hecho que implica que en la altura finalmente causa disfunción endotelial ⁴³.

Las nuevas guías americanas sobre problemas cardiovasculares en los pobladores de altura, como la Asociación Americana del Corazón y el Colegio

Americano de Cardiología, se debe tener un rango diferencial en residentes adultos crónicos que viven en la altura, siendo un acápite de estas diferenciaciones la presión arterial que es (134/89 mmHg) ⁴⁴.

Otras investigaciones, recalcan que las características más importantes del poblador de altura como es el adulto mayor es la eritrocitosis excesiva, esto se debe principalmente por la alteración genética de las células progenitoras eritroides de estos sujetos, que padecen estas alteraciones, haciendo que estas tengan mayor sensibilidad a eritropoyetina en condiciones hipóxicas, favoreciendo la excesiva producción de estas células ⁴⁵.

Villena M et al, en su estudio sobre algunas características que tiene los adultos mayores que viven en las ciudades de altura; son que presenta una eritrocitosis excesiva, eritrocitosis patológica de altura y eritrocitosis secundaria, siendo al día de hoy no determinada la etiología de la eritrocitosis patológica; que la característica funcional respiratoria predominante es la hipersensibilidad ventilatoria al estímulo por hipoxia, y finalmente en el sueño existe una hipoventilación marcada con una desaturación oxihemoglobínica ⁴⁶.

2.2.3. Etiología

En la etiología más preponderante es la teoría del acumulo de restos del metabolismo proteico; siendo el más importante el acumulo de proteínas Tau en el cerebro originado daño celular a las neuronas interfiriendo en los procesos cognitivos superiores ^{11,33}.

Durante el transcurso estas proteínas del metabolismo ocasionan daño celular irreversible, otro aporte es la presencia de marcadores genéticos que más el ambiente desarrollan consecuencias graves que podrían originar demencia ^{11,33}.

El acumulo proteico esté ligado con los procesos inflamatorios, siendo los más importantes el acumulo de la β amiloide también tóxico que origina un daño celular grave produciendo lisis y apoptosis celular ^{11,33}.

2.2.4. Diagnóstico

El diagnóstico es meramente clínico y se necesita de instrumentos de psicometría para determinar el grado de afección; en primera instancia se descarta otras enfermedades que podrían afectar la cognición normal como: delirio, enfermedades psiquiátricas, medicamentos, depresión, etc ¹¹.

Existe un sinnúmero de métodos psicométricas para detectar deterioro cognitivo algunos tienen mejor sensibilidad y otras mejores especificidades, pero las más recomendadas en el país son las siguientes: mini/mental-Folstein, Mini-Cog, prueba-reloj, examen-Montreal, test/Pfeiffer y prueba-moneda ¹¹.

2.2.5. Clasificación

Existe un conglomerado de clasificaciones para delimitar más precisamente el deterioro cognitivo en los adultos mayores siendo los siguientes ²⁸⁻³⁰.

Deterioro cognitivo amnésico

Es a menudo considerado como el precursor de la enfermedad de Alzheimer, en todo caso el sub tipo más común es la presencia con una relación de 2 a 1; en pacientes con un componente no amnésico, ahora este tipo tiene a su vez otra sub clasificación como es: ²⁸⁻³⁰

Dominico único

Afección con deterioro de la memoria pero que no cumple los criterios para demencia, siendo los dominios levemente afectados: queja de memoria, pero corroborado por un colaborador; deterioro de la memoria objetiva al margen de

la edad y educación, función cognitiva general preservada y no cumple criterios de demencia ²⁸⁻³⁰.

Múltiples dominios

Esto es cuando además de la queja de memoria existe otros componentes presentes que se puede evidenciar en pruebas neurocognitivas, esta afección generalmente progresa durante muchos años para tener un real riesgo de demencia, no obstante, no se define actualmente claramente en estudios su papel en el desarrollo de demencia ²⁸⁻³⁰.

Deterioro cognitivo no amnésico

Domino único

El concepto de este subtipo es cuando existe un problema cognitivo y además disminución de habilidades espaciales, del lenguaje y el funcionamiento ejecutivo, esto puede desarrollar en el tiempo demencia tipo fronto-temporal, demencia con cuerpos-Lewy, parálisis supranuclear o deterioro cortico basal, aunque no tienen un riesgo de desarrollar Alzheimer ²⁸⁻³⁰.

Múltiples dominios

En estos pacientes los dominios son varios relacionados a este trastorno neurodegenerativo; siendo especialmente la presencia de la proteína tau o una alteración proteica de la alfa sinucleína ²⁸⁻³⁰.

2.2.6. Pronóstico y tratamiento

Los pacientes con deterioro cognitivo leve en particular el tipo amnésico tiene un riesgo a convertirse en demencia, la estimación es del 10% siendo el más frecuente la enfermedad de Alzheimer, las medidas neuropsicológicas, los marcadores de líquido cefalorraquídeo y los estudios de neuroimagen son

herramientas predictivas actualmente ²⁸⁻³⁰. En general la presencia del genotipo apolipoproteína E épsilon 4 (APOE E4) es un factor de riesgo para demencia, pero no existe la posibilidad para ver la gravedad en el tiempo ²⁸⁻³⁰.

En general además de diagnosticar se debe buscar causas o factores que podrían asociarse a este trastorno, siendo los más importantes medicamentos, problemas del sueño, depresión, déficit de la vitamina B12 y en algunos casos hipotiroidismo ²⁸⁻³⁰.

Los pacientes también deben tener un cuidado paliativo preventivo para posibles causas vasculares no obstante el tener estos factores curados y solucionarlos no garantizan al 100% no tener demencia en un futuro, otro acápite fundamental es el ejercicio regular en general favorece a tener una buena calidad de vida ²⁸⁻³⁰.

En cuanto a los ensayos clínicos que se dispone en la literatura científica no se sugiere tratar de manera rutinaria con inhibidores de la colinesterasa con un grado de evidencia 2B ²⁸⁻³⁰.

Se tiene que individualizar los problemas de memoria e identificar y poder intervenir con actividades cognitivas por el departamento de psicología más que farmacológicas, el uso de donepezil para los síntomas se puede usar, pero se tiene que tener en cuenta los efectos adversos e informar a la familia de uso ²⁸⁻³⁰.

2.3. Marco conceptual

Deterioro cognitivo leve

Se define según los criterios del DSM-5 trastorno neurocognitivo leve o menor en los siguientes casos ^{11,33}.

La evidencia de deterioro cognitivo del nivel previo de funcionamiento en uno o más de los dominios: atención, función ejecutiva, aprendizaje, memoria, lenguaje, percepción motora o cognición social ^{11,33}.

Preocupación de la persona o de un informante del conocimiento del paciente o de la clínica que evidencia disminución del funcionamiento normal; deterioro moderado en el rendimiento preferentemente documentada por una prueba neuropsicológica ^{11,33}.

Este déficit no interfiere con la capacidad de independencia en las actividades cotidianas tanto básica como instrumentales, este déficit no aparece en un contexto de delirio; este déficit no se explica por otro trastorno mental ^{11,33}.

Test Pfeiffer

Es un cuestionario corto donde se evidencia el grado de deterioro cognitivo a través de la evaluación de 10 preguntas breves, de los cuales se cuantifica según el número de errores siendo la clasificación final: 0-2 errores: paciente/normal, 3-4 errores: paciente/deterioro cognitivo leve, 5-7 errores: paciente con deterioro/moderado y 8-10 errores: paciente con deterioro grave/severo ^{11,33}.

En los pacientes que tengan un grado de instrucción alto se disminuye un punto a todas las categorías y si tiene estudios básicos se aumenta un punto a todas las categorías, este instrumento está en la guía de atención del ministerio de salud del MINSA por ende tiene una validación a nivel mundial y en nuestro país ^{11,33}.

Funcionalidad del adulto mayor

Son un conglomerado de actividades que realiza el adulto mayor para principalmente mantener su autonomía y poder vivir con normalidad en su entorno y ser productivo en su comunidad ^{11,33}.

Escala de actividades básicas de la vida diaria

Se define como la capacidad donde el adulto mayor es capaz de vestirse alimentarse y asearse, donde de los tests que existen el más usado es el índice de Katz, así como otros de menor uso como el índice de Barthel ^{11,33}. El índice de Katz evalúa el estado funcional en varias categorías a lo largo del tipo de dependencia, de los 6 ítems que conforman siendo el domino alimentación, bañarse, usar el baño, puede vestirse, movilidad con normalidad y control de sus esfínteres ^{11,33}.

Está clasificado de modo que cada ítem si lo realiza con normalidad entonces es 0 puntos y si no puede 1 punto; siendo el puntaje final: 0 puntos independiente, 1-5 puntos dependencia parcial y >6 puntos dependiente total ^{11,33}.

Escala de actividades instrumentales de la vida diaria

Se define como la capacidad para desarrollar actividades directamente relacionado con la comunidad que van desde comprar, administrar su economía o utilizar el transporte público este concepto puede ser medido con la escala de Lawton y Brody ^{11,33}. Esta escala consta de ocho preguntas que van dirigidas al manejo de dinero, mediación, transporte, lavar su ropa, preparado de la comida, uso del celular; para obtener un puntaje final entre 0-8 donde un puntaje de 0-3 es dependencia leve, un puntaje de 4-5 dependencia moderada y es independiente si el rango esta de 6-8 ^{11,33}.

Estado de fragilidad en el adulto mayor

Se define como anciano frágil como aquel adulto mayor que tiene una disminución de las reservas fisiológicas y tiene un mayor riesgo de declinar y lo hace proclive en una situación vulnerable ante perturbaciones externas ^{11,33}.

Produciendo, en definitiva: pérdida de peso no intencionada, debilidad, baja energía, resistencia, lentitud en la marcha y actividad físicas bajas siendo frágil si tiene 3 o más de dicho componente y pre frágil si tiene uno o dos componentes ^{11,33}.

Prevalencia

Es la proporción de enfermos que existe en un determinado lugar; con respecto al total de la población de estudio en un tiempo determinado ^{11,33}.

Polifarmacia

Es el consumo de fármacos simultáneamente de 3 o más que están prescritos o no; por un médico debido a la complejidad de problema de salud que aqueja al adulto mayor ^{11,33}.

Enfermedades neuropsiquiátricas en el adulto mayor

Son enfermedades que son más prevalentes en aparecer en los adultos mayores siendo en primer lugar la depresión, ansiedad, delirio asociado a un componente orgánico como infección entre otros, ataques de pánico y en la esfera neurológica el más frecuente fue la enfermedad de Parkinson, Alzheimer y en menor medida las polineuropatías ^{11,33}.

CAPITULO III

HIPÓTESIS

3.1. Hipótesis general

No tiene hipótesis general por la naturaleza del estudio ^{38,39}.

3.2. Hipótesis específicos

No tiene hipótesis específicas por la naturaleza del estudio ^{38,39}.

3.3. Variables

Variable de interés: Deterioro cognitivo en adultos mayores

Dimensionado: Prevalencia, características sociodemográficas, clínicas y comorbilidades.

3.3.1. Cuadro de operacionalización de variables

El siguiente estudio se describió las variables estudiadas en la siguiente investigación, se puede ver esto también en el cuadro de operacionalización de variables.

Deterioro cognitivo leve: Es un concepto que incluye funciones relativamente básicas como son la memoria, orientación y atención ⁴⁰⁻⁴¹.

Sexo: Características orgánicas que diferencia a los hombres de las mujeres.

Edad: Tiempo transcurrido del paciente a partir del nacimiento.

Estado civil: Relación conyugal del paciente.

Estratificación de edad: Se estableció el rango de edad según la mediana de la población estudiada.

Grado de instrucción: Año escolar máximo que alcanzó estudiar el paciente.

Procedencia: Distrito al cual pertenece la vivienda del paciente.

Ocupación anterior: Son las actividades o trabajos informales que desempeñaba el paciente anteriormente en su vida, registrada en la historia clínica.

Tipo de deterioro: Según la escala del Pfeiffer que evalúa el estado cognitivo cuantifica en rangos el grado de deterioro ⁴⁰⁻⁴¹.

Deterioro cognitivo Complicado: Se define la presencia mayor de un año de este trastorno durante el seguimiento del paciente ⁴⁰⁻⁴¹.

Polifarmacia: Se define como la presencia y consumo de tres a más medicamentos ⁴⁰⁻⁴¹.

Tiempo de enfermedad: Tiempo que suceden entre el diagnóstico de este trastorno hasta la evaluación última del paciente.

Comorbilidades: Es la presentación en un paciente de dos o más enfermedades o trastornos distintos.

Actividades básicas de la vida diaria: Son las funciones más elementales como son comer usar el baño o contener los esfínteres y de dominios superiores como asearse, vestir y andar ⁴⁰⁻⁴¹.

Actividades instrumentales de la vida diaria: Son las funciones que permiten la independencia dentro de la comunidad es decir es la relación con su entorno ⁴⁰⁻⁴¹.

Variable	Definición	Tipo de variables por su naturaleza	Escala de medición	Categorías y valor final	Forma de registro
Deterioro cognitivo leve	Es un concepto que incluye funciones relativamente básicas como son la memoria, orientación y atención.	Cualitativa	Nominal	0: no deterioro cognitivo leve 1: deterioro cognitivo leve	Ficha de recolección de datos
Sexo	Características orgánicas que diferencia a los hombres de las mujeres.	Cualitativa	Nominal	0: Mujer 1: hombre	Ficha de recolección de datos
Edad	Tiempo transcurrido del paciente a partir del nacimiento.	Cuantitativa	Intervalo	Tiempo en Años	Ficha de recolección de datos
Estado civil	Relación conyugal del paciente	Cualitativa	Nominal	0: soltero 1: conviviente 2: casado 3: separado 4:viudo	Ficha de recolección de datos
Estratificación de edad	Elaboración del rango de edad según la mediana.	Cuantitativa	Intervalo	0: 60-75 años 1: 76-83 años 2:>83 años	Ficha de recolección de datos
Grado de instrucción	Año escolar máximo que alcanzo el paciente.	Cualitativa	Ordinal	0: sin instrucción 1: primaria 2: secundaria 3: técnico 4_ universitario	Ficha de recolección de datos
Procedencia	Distrito al cual pertenece la vivienda del paciente.	Cualitativa	Nominal	0: Huancayo 1: El tambo 2: Chilca 3: Chupaca 4: otros	Ficha de recolección de datos
Ocupación anterior	Son las actividades que desempeñaba el paciente anteriormente en su vida, registrada en la historia clínica.	Cualitativa	Nominal	0: amas de das 1: profesional 2: agricultor 3: comerciante 4:otros	Ficha de recolección de datos
Tipo de deterioro	Según la escala del Pfeiffer que evalúa el estado cognitivo cuantifica en rangos el grado de deterioro.	Cualitativa	Ordinal	0: normal 1: leve: 2: moderada 3: severa=demencia	
Deterioro cognitivo Complicado	Se define la presencia de mayor de una año de este trastorno durante el seguimiento del paciente.	Cualitativa	Nominal	0: No 1:si	Ficha de recolección de datos
Polifarmacia	Como la presencia y consumo de tres a más medicamentos.	Cualitativa	Nominal	0: No 1:si	Ficha de recolección de datos
Tiempo de enfermedad	Tiempo que suceden entre el diagnóstico hasta la evaluación ultima del paciente.	Cuantitativa	Intervalo	Tiempo en meses o años.	Ficha de recolección de datos
Comorbilidades	Es la presentación en un paciente de dos o más enfermedades o trastornos distintos.	Cualitativa	Nominal	0: Hipertensión arterial 1: diabetes mellitus 2: enfermedades osteoarticulares 3: enfermedad pulmonar obstructiva crónica	Ficha de recolección de datos

				4: insuficiencia renal crónica 5: Otros	
Actividades básicas de la vida diaria	Son las funciones más elementales como son comer usar el baño o contener los esfínteres y de dominios superiores como asearse, vestir y andar.	Cualitativa	Ordinal	0: independiente 1: dependencia parcial 2: dependencia total	Ficha de recolección de datos
Actividades instrumentales de la vida diaria	Son la funciones que permiten la independencia dentro de la comunidad es decir es la relación con su entorno	Cualitativa	Ordinal	0: independiente 1: dependencia leve 2: dependencia moderada 3: dependencia severa	Ficha de recolección de datos

CAPITULO IV

METODOLOGÍA

4.1. Método de investigación

Método científico ^{34,35}.

4.2. Tipo de investigación

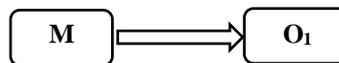
Es de tipo observacional ^{34,35}.

4.3. Nivel de investigación

Descriptivo ^{34,35}.

4.4. Diseño de investigación

No experimental-transversal



M: Muestra final de pacientes con deterioro cognitivo

O₁: Observación de las dimensiones a describir

4.5. Población y muestra

4.5.1. Población

La población son los adultos mayores que se atendieron en una clínica geriátrica, periodo entre el 1 enero del 2017 hasta 31 diciembre del 2020 y que tengan diagnóstico de deterioro cognitivo.

Muestra

Para la presente tesis se halló la población final de tesis con el uso de una fórmula:

Donde

N= población inicial fue 190 pacientes con este diagnóstico.

P= prevalencia aproximada de otros trabajos de investigación se tomó (15%)

q= (1-P)

Z= con un nivel de confianza al 95%

$$n = \frac{Z^2 N \times p \times q}{(N-1) \times E^2 + Z^2 \cdot p \times q}$$

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 190 \times 0.15 \times 0.75}{(190 - 1) \times 0.05^2 + 1.96^2 \cdot 0.15 \times 0.75}$$

$$n = 140$$

Resultando la muestra final de 140 adultos mayores.

El tipo de muestro fue no probabilístico, siendo en este caso por conveniencia o por criterios de selección planteado por la investigadora.

Criterios de selección

Criterios de inclusión

- Adultos mayores que tengan todos los datos necesarios para el estudio en el periodo de estudio planteado.
- Adultos mayores que tenían confirmación de diagnóstico de deterioro cognitivo a través del Test de Pfeiffer y registrada en la historia clínica.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores que no tuvieron todos los datos necesarios o que el diagnóstico final de deterioro cognitivo sea confuso.

- Adultos mayores que tengan diagnóstico de COVID-19.
- Adultos mayores que tengan un diagnóstico que podrían influir en el estado cognitivo siendo: traumatismos, accidentes cerebro vasculares, caídas, depresión, infección o cualquier patología que podría alterar el estado cognitivo normal del paciente
- Adultos mayores que no tengan todos los datos en la historia clínica y no estén en el rango planteado de estudio.

4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica

Documentación o análisis documental porque se hizo la recopilación de información de fuentes secundarias que son las historias clínicas ^{36,37}.

Instrumento

Se usó una ficha de recolección de datos que cuentan con los parámetros a medir que son la prevalencia, características sociodemográficas, características clínicas y comorbilidades, dichas ficha se puede apreciar en el anexo-3 ^{36,37}.

Validez del instrumento

Se realizó la validación de la ficha de recolección de datos por juicios de expertos, más que nada para ver la idoneidad, para hacer una buena recolección, es así que investigadores conocedores del tema emitieron su juicio de valor si es aplicable o no, siendo la mayoría aceptable esto visto en el anexo-4 ^{36,37}.

Así mismo para ver si tiene una buena confiabilidad, se pudo aplicar un piloto en 20 historias clínicas de dicha institución obteniéndose un valor mayor a 0,80 siendo este válido, todo esto visto en el anexo-5.

4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos

En primer lugar, se obtuvo la carta de presentación de parte de la Universidad Peruana Los Andes de la Facultad de Medicina Humana, y así proseguir con la autorización de la clínica donde se realizó el proceso de investigación para finalmente proceder a recolectar los datos necesarios para el estudio.

En el procesamiento de datos, en primera instancia se coordinó con la clínica geriátrica para poder acercarse y recolectar la información necesaria para la tesis, previamente la oficina de estadística nos brindó la cantidad total de pacientes que se atendieron en dicho periodo de estudio, los casos de deterioro cognitivo y el número de registro de las historias clínicas para poder revisar.

Posteriormente se realizó el cálculo de la muestra con el número total de pacientes, obteniendo la muestra final de estudio, así mismo se coordinó los días para la recolección de datos para no incomodar al personal que trabaja en dicha clínica, siendo escogidos 3 días entre semana generalmente por las tardes.

Se recolectó la información en las fichas de recolección de datos, previamente se trató de filtrar aquellas historias que no cumplían con los criterios que planteó la investigadora, en consecuencia, si cumplían dichos criterios entonces se pasaba a recolectar los datos del paciente.

Culminado la recolección de datos, se procedió a codificar en números las respuestas de las preguntas de la ficha de recolección de datos en Excel 16.0, para posteriormente hacer el análisis descriptivo con el programa SPSS. 25.0, y finalmente poder dar resultados a los objetivos planteados por la investigadora.

Análisis de datos

Para el procesamiento de datos se utilizó a la estadística descriptiva, procediendo con el siguiente orden: en primer lugar, a las variables cualitativas se halló sus frecuencias relativas y absolutas, en segundo lugar, para variables numéricas se halló las medidas de tendencia central como son: media, mediana, desviación estándar, rango intercuartil, e intervalo de confianza al 95%; y para finalizar se graficó con el diagrama de barras y sectores según así lo amerite.

. Los programas estadísticos que se usó son SPSS 25.0 y Excel 16.

4.8. Aspectos éticos de la investigación

En lineamiento con las normas éticas se obtuvo la autorización del proyecto de tesis por parte del comité de investigación de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes, después con la institución donde se hizo la recolección de información ambos con fines científicos en todo momento ^{36,37}.

CAPÍTULO V

RESULTADOS

5.1. Descripción de resultados

De los 145 pacientes con diagnóstico inicial de deterioro cognitivo leve se revisó en total 140 adultos mayores ya que cumplieron con los criterios propuestos por el investigador con dicho trastorno de una clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo en el periodo de estudio entre los años Enero 2017- Diciembre 2020

5.1.1. Prevalencia

Tabla N^o1. Prevalencia del deterioro cognitivo leve de una clínica geriátrica de Huancayo periodo Enero 2017- Diciembre 2020

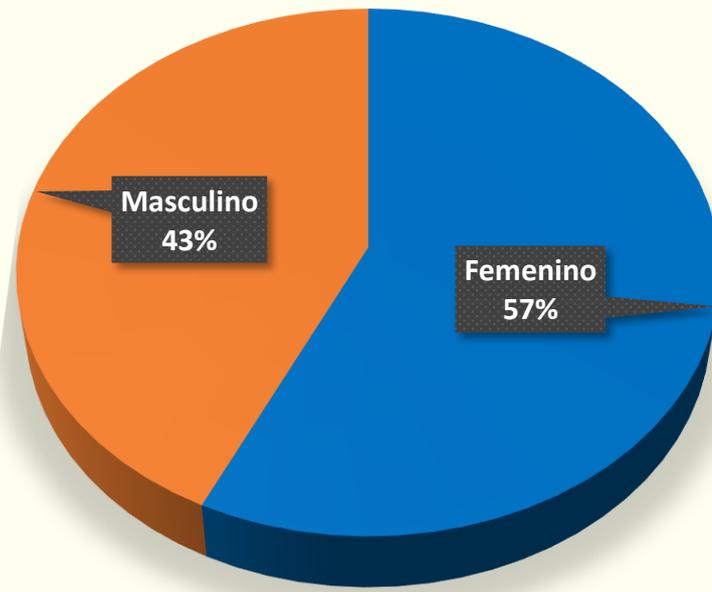
Atenciones en total de la clínica geriátrica	Frecuencia (N)	Porcentaje (%)
Adultos mayores con diagnóstico de DCL	145	8,4%
Adultos mayores sin diagnóstico de DCL	1575	91,6%
Total	1720	100,0%

Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017- diciembre 2020.

En la tabla N^o1 se puede describir que la prevalencia de deterioro cognitivo leve de una clínica geriátrica fue (8,4%) con un intervalo de confianza al 95%:(5,8-11,01).

5.1.2. Características sociodemográficas

GRAFICO N°1. GÉNERO DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO, PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE 2020



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°1 se puede evidenciar que el género más prevalente de los pacientes con deterioro cognitivo leve en una clínica geriátrica en el periodo enero 2017-diciembre 2020 fue el género femenino (57%), seguido del masculino (43%).

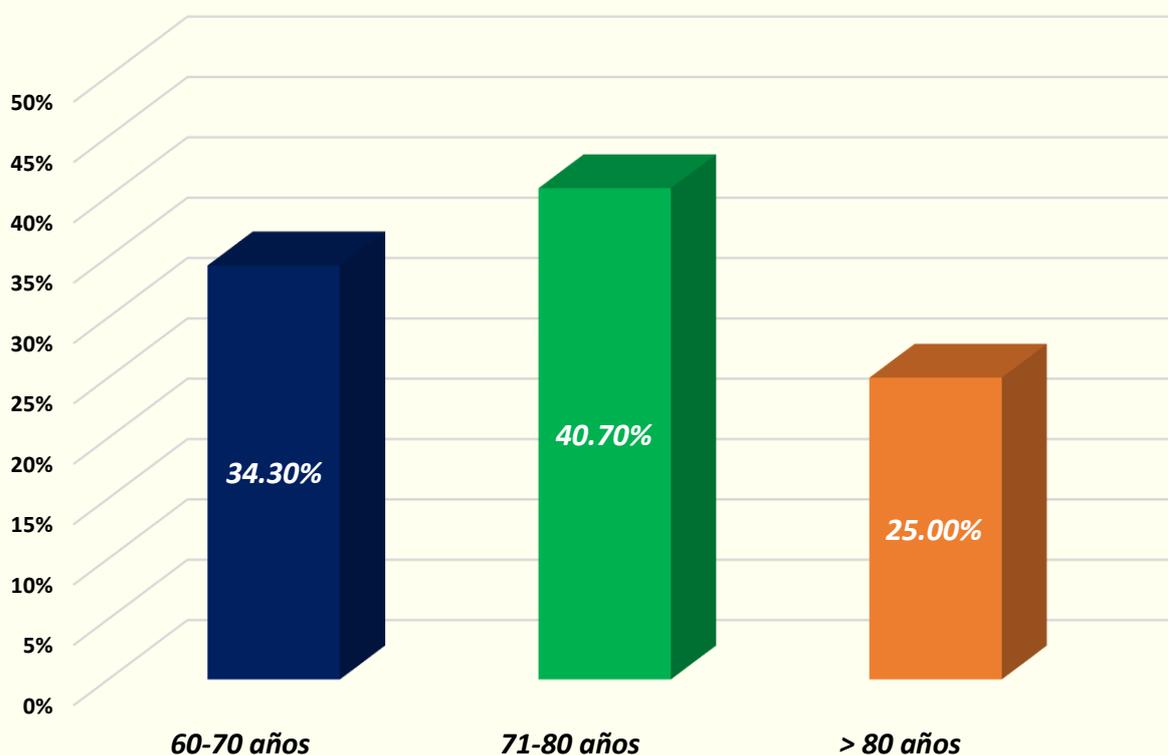
Tabla N^o2. Características sociodemográficas-I de los adultos mayores con deterioro cognitivo de una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero 2017- diciembre 2020.

Características	Frecuencia (N)=140	Porcentaje (%)
Rango etario		
60-70 años	48	34,3
71-80 años	57	40,7
> 80 años	35	25,0
Grado de instrucción		
Analfabeto	6	4,3
Primaria	46	32,9
Secundaria	60	42,9
Técnico superior	15	10,7
Universitario	13	9,3
Total	140	100,0

Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017- diciembre 2020.

En la tabla N^o2 se puede describir que el promedio o media de edad fue 74,49 años con un intervalo de confianza al 95% para la media de: (58,80-90,18), el rango etario más frecuente fue 71-80 años (40,7%) y respecto al grado de instrucción la secundaria fue (42,9%), seguido del primario (32,9%) y el técnico superior (10,7%).

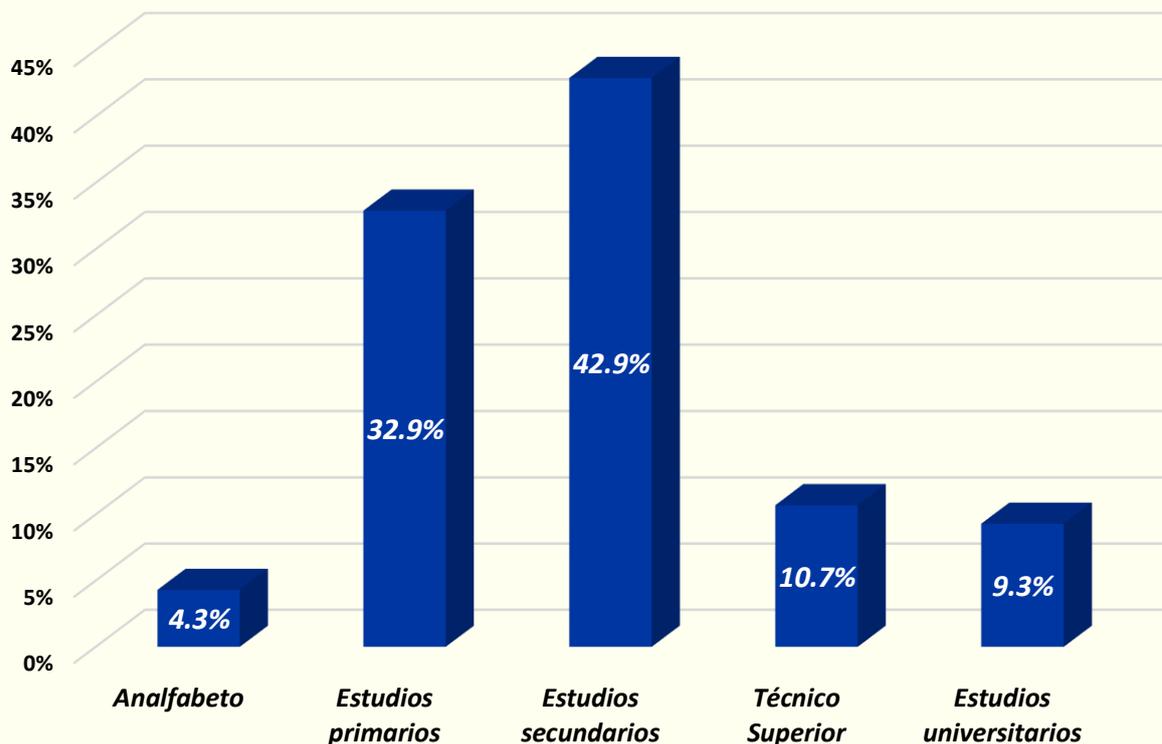
GRAFICO N°2. RANGO ETARIO DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO, PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°2 se puede evidenciar que el rango etario más frecuente de los pacientes con deterioro cognitivo leve, en una clínica geriátrica en el periodo enero 2017-diciembre 2020 fue 71-80 años (40,7%), seguido de 60-70 años (34,3%) y >80 años (25%).

GRAFICO N°3. INSTRUCCIÓN DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO, PERIODO ENERO 2017- DICIEMBRE DEL 2020.



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°3 se puede evidenciar que el grado de instrucción más frecuente de los pacientes con deterioro cognitivo leve, en una clínica geriátrica en el periodo enero 2017-diciembre 2020 fue estudios secundarios (42,9%), estudios primarios (32,9%), técnico superior (10,7%), y estudios universitarios (9,3%).

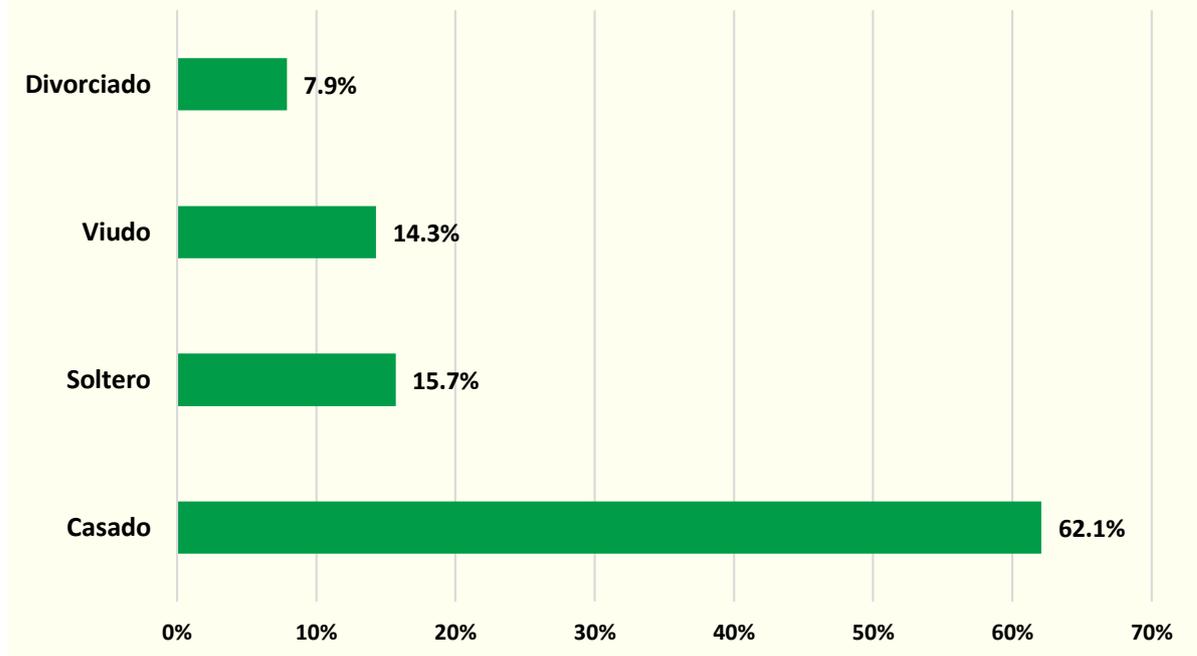
Tabla N^o3. Características sociodemográficas-II de los adultos mayores con deterioro cognitivo de una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero 2017-diciembre del 2020.

Características	Frecuencia (N)=140	Porcentaje (%)
Estado civil		
Casado	87	62,1
Soltero	22	15,7
Viudo	20	14,3
Divorciado	11	7,9
Ocupación anterior		
Ama de casa	47	33,6
Comerciante	36	25,7
Profesional	17	12,1
Agricultor	16	11,4
Obrero	16	11,4
Otros	8	5,7
Total	140	100,0

Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En la tabla N^o3 se puede describir que dentro de los pacientes con deterioro cognitivo leve el estado civil más frecuente fue casado (62,1%) seguido del soltero (15,7%), por su parte en la ocupación anterior que tenía el paciente fue en el siguiente orden: ama de casa (33,6%), comerciante (25,7%), profesional (12,1%) y agricultor (11,4%).

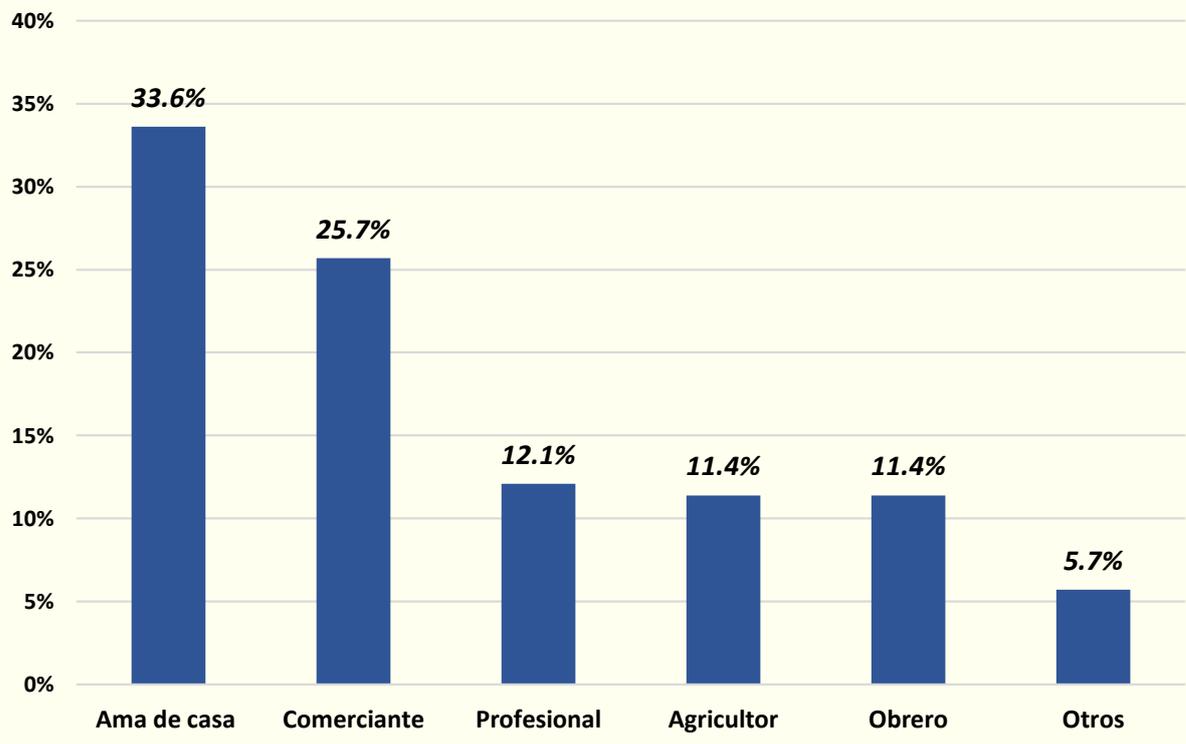
GRAFICO N°4. ESTADO CIVIL DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO, PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020.



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°4 se puede evidenciar que el estado civil más frecuente de los pacientes con deterioro cognitivo leve, en una clínica geriátrica en el periodo enero 2017-diciembre 2020 fue casado (62,1%), soltero (15,7%), viudo (14,3%), y divorciado (7,9%).

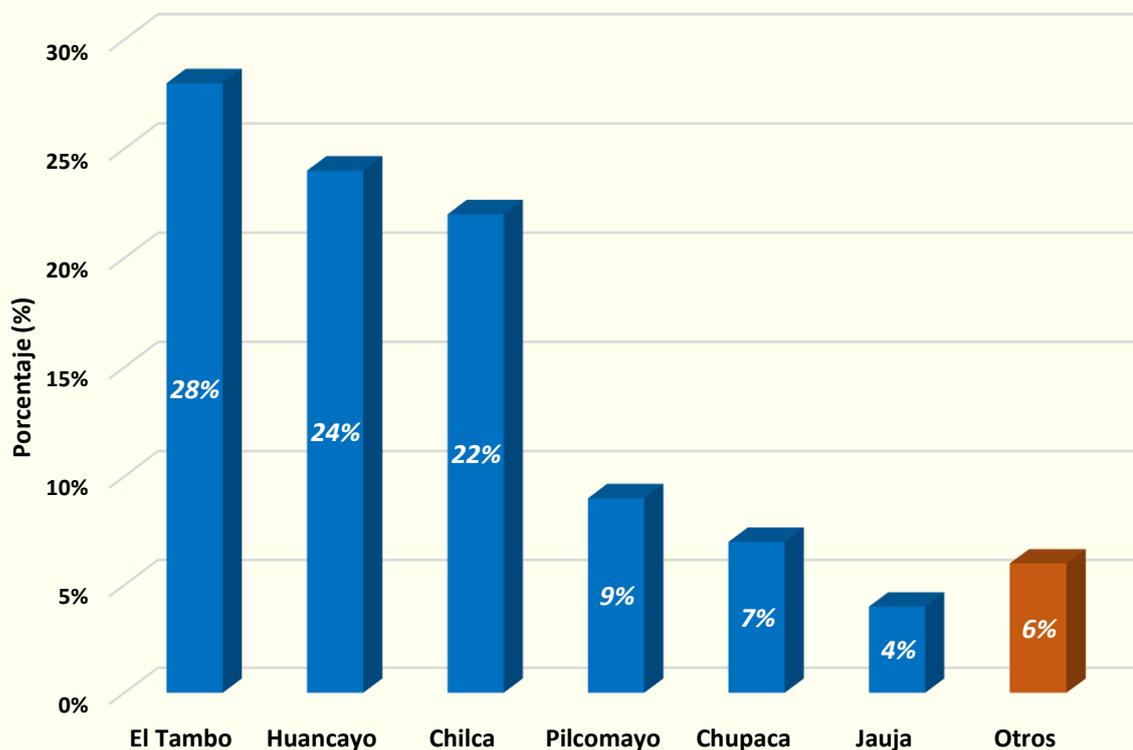
GRAFICO N°5. OCUPACIÓN DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO, PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020.



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°5 se puede evidenciar que la ocupación más frecuente de los pacientes con deterioro cognitivo leve, en una clínica geriátrica en el periodo enero 2017-diciembre 2020 fue ama de casa (33,6%), comerciante (25,7%), profesional (12,1%), y agricultor (11,4%).

GRAFICO N°6. PROCEDENCIA DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO, PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020

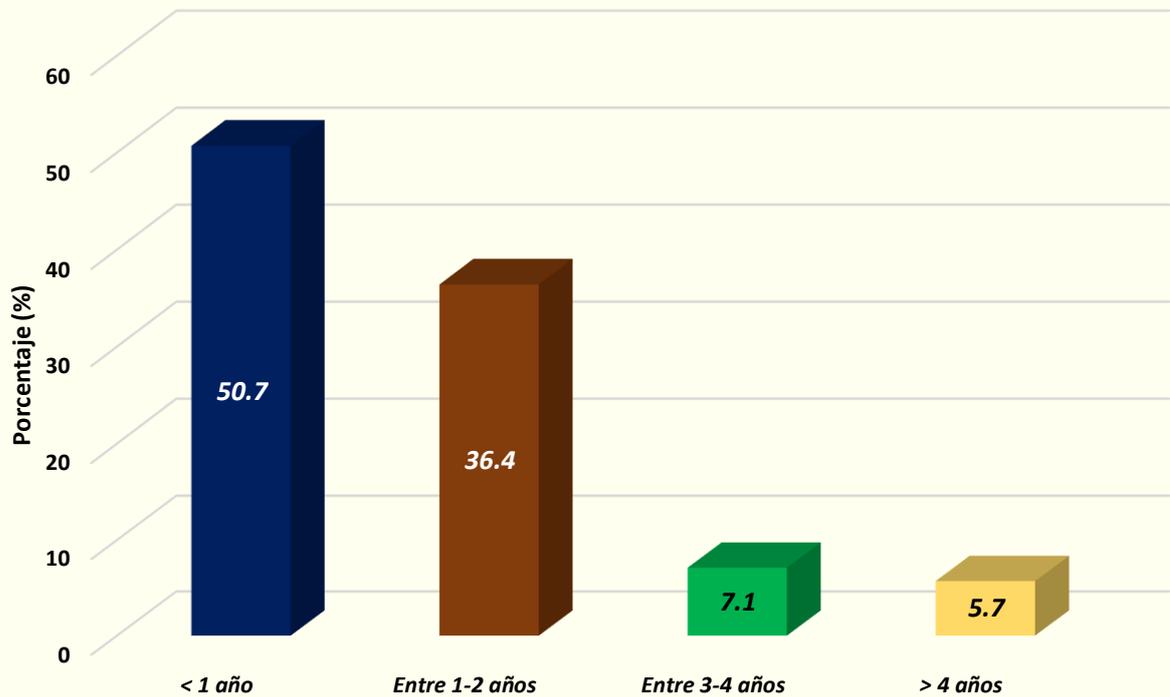


Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°6 se puede evidenciar que la mayor procedencia de pacientes con deterioro cognitivo leve que fueron atendidas en una clínica geriátrica de la ciudad Huancayo en el periodo de estudio enero 2017-diciembre 2020 es: El Tambo (28%) seguido de Huancayo (24%) y Chilca (22%),

5.1.3. Características clínicas

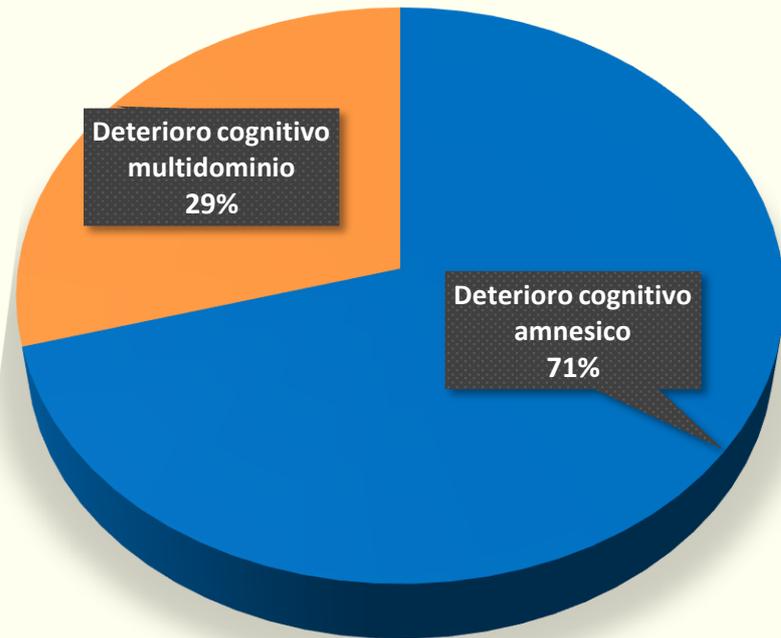
GRAFICO N°7. TIEMPO DE ENFERMEDAD DE LOS PACIENTES CON DETERIORO COGNITIVO DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO, PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE 2020



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°7 se puede describir que el tiempo de enfermedad más frecuente al momento del diagnóstico de los pacientes con deterioro cognitivo en el periodo de estudio enero 2017-diciembre 2020 fueron: < 1 año (50,7%), seguido entre 1-2 años (36,4%), entre 3-4 años (7,1%) y >4 años (5,7%).

**GRAFICO N°8. TIPOS DE DETERIORO COGNITIVO DE LOS
PACIENTES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO
PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020**



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Gráfico N°8 se puede describir que el tipo de deterioro cognitivo de los pacientes de una clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020 más prevalente fue el tipo amnésico siendo el (71%), seguido del tipo multidominio (29%).

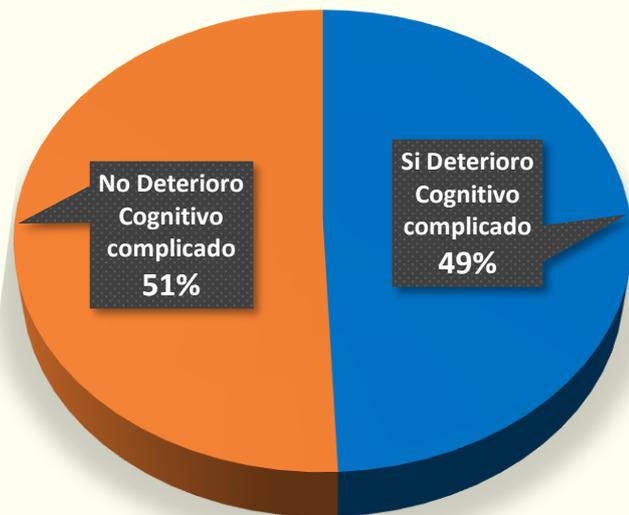
Tabla N^o4. Características clínicas de los adultos mayores con deterioro cognitivo de una clínica geriátrica de Huancayo periodo enero 2017-diciembre del 2020.

Características	Frecuencia (N)=140	Porcentaje (%)
Deterioro Cognitivo complicado		
No	71	50,7
Si	69	49,3
Funcionalidad actividades básicas de la vida diaria		
Independiente	105	75,0
Dependiente parcial	26	18,6
Dependiente total	9	6,4
Funcionalidad actividades instrumentales de la vida diaria		
Independencia	84	60,0
Dependencia leve	26	18,5
Dependencia moderada	21	15,0
Dependencia severa	9	6,5
Polifarmacia (>3 medicamentos)		
No	87	62,1
Si	53	37,9
Total	140	100,0

Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En la tabla N^o4 se puede describir que el deterioro cognitivo leve complicado fue (49,3%), en la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria fue dependencia parcial (18,6%) y dependencia total (6,4%); en la funcionalidad de las actividades instrumentales de la vida diaria la dependencia leve fue (18,5%), moderada (15,0%) y severa (6,5%); finalmente la polifarmacia estuvo presente en el (37,9%).

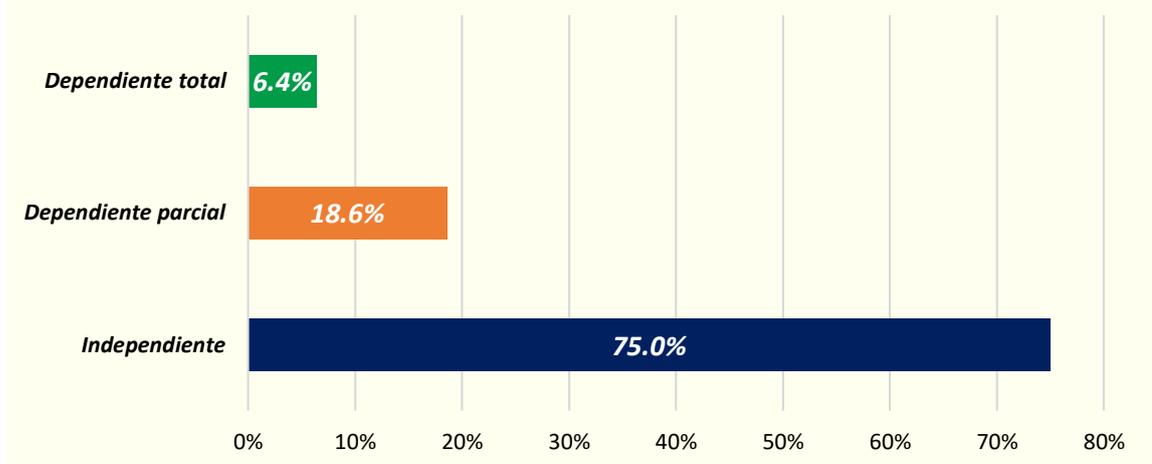
GRAFICO N°9. COMPLICACIÓN DEL DETERIORO COGNITIVO DE LOS PACIENTES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°9 se puede describir que el tipo de deterioro cognitivo según el tiempo de permanencia con dicho trastorno de los pacientes de una clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020, el más prevalente fue el tipo no complicado siendo el (51%), seguido del tipo complicado (49%).

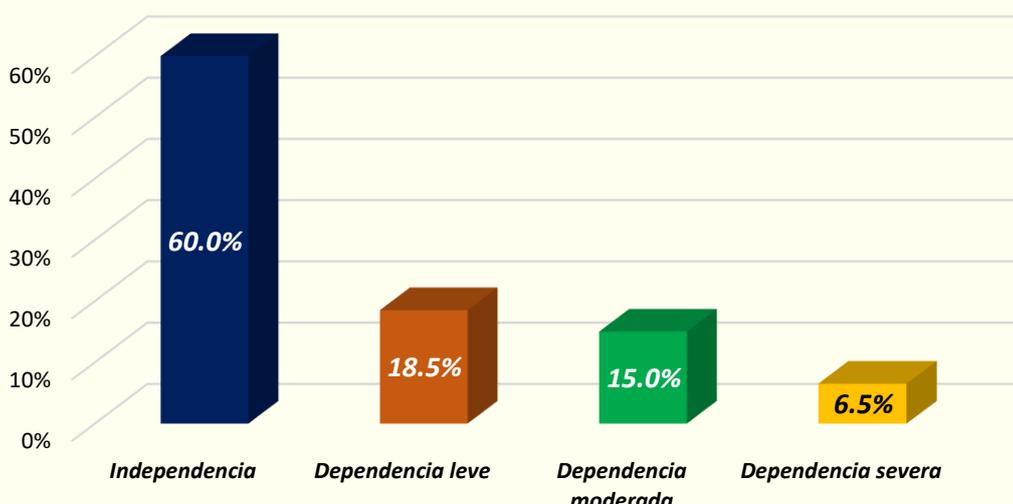
GRAFICO N°10. ACTIVIDADES BASICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS PACIENTES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO PERIODO ENERO 2017 DICIEMBRE DEL 2020



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°10 se puede describir que en las actividades básicas de la vida diaria en los pacientes de una clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020, el más prevalente fue independencia (75%), dependiente parcial (18,6%) y dependiente total (6,4%).

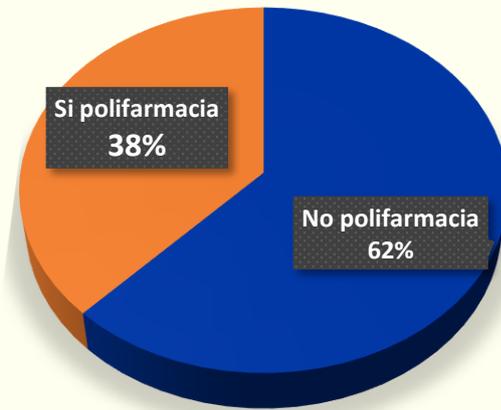
GRAFICO N°11. ACTIVIDADES INSTRUMENTALES DE LA VIDA DIARIA EN UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°11 se puede describir que en las actividades instrumentales de la vida diaria en los pacientes de una clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020, el más prevalente fue independencia (60%), dependencia leve (18,5%), dependencia moderada (15%) y dependencia severa (6,5%).

GRAFICO N°12. POLIFARMACIA DE LOS PACIENTES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO PERIODO ENERO 2017-DICIEMBRE DEL 2020

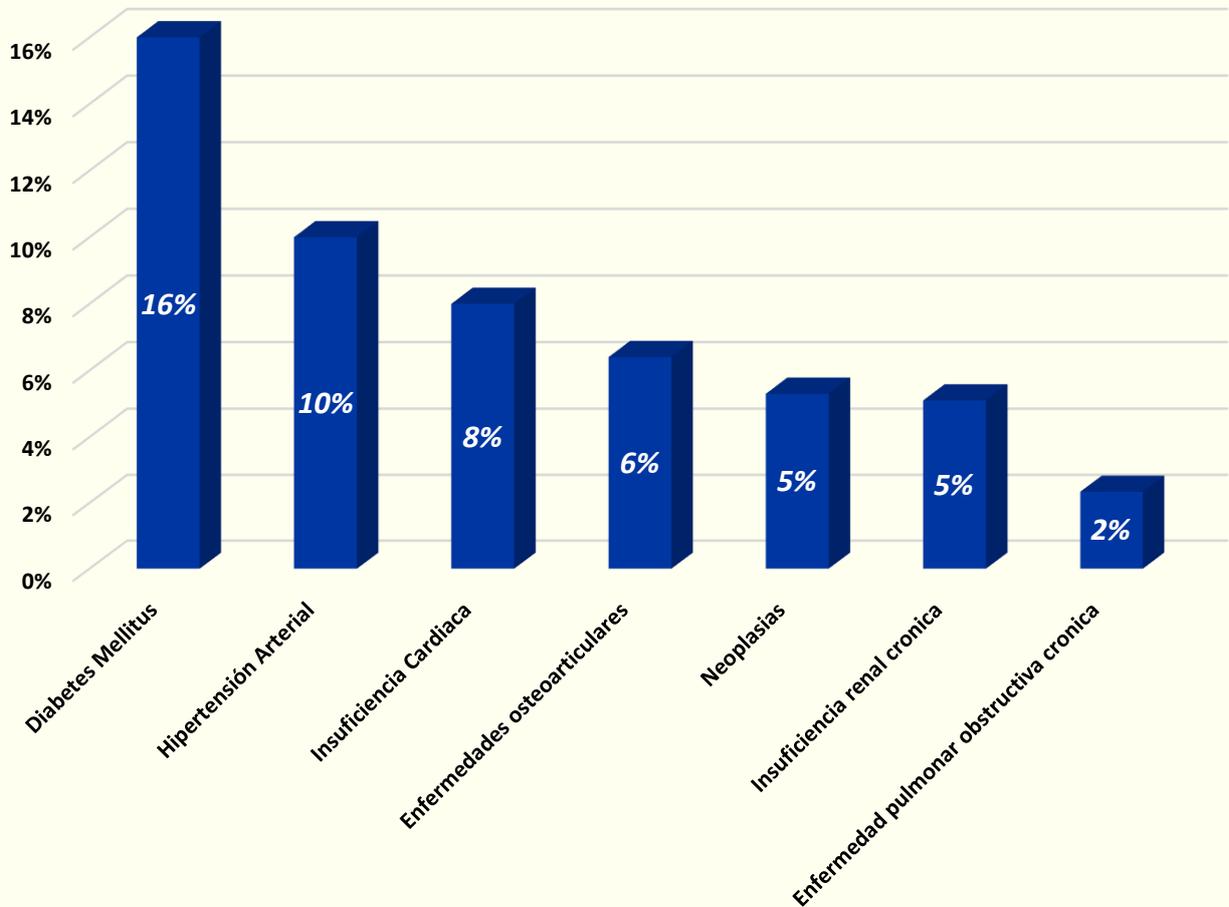


Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°12 se puede describir la frecuencia de polifarmacia en los pacientes de una clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020, el más prevalente fue no polifarmacia (62%) y si polifarmacia (38%).

5.1.4. Comorbilidades

GRAFICO N°13. COMORBILIDADES DE LOS PACIENTES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO PERIODO ENERO 2017 DICIEMBRE DEL 2020



Fuente: Base de datos de la clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020.

En el Grafico N°13 se puede evidenciar que las comorbilidades más frecuentes de los pacientes con deterioro cognitivo leve fueron: diabetes mellitus (16%), hipertensión arterial (10%), insuficiencia cardíaca congestiva (8%), enfermedades osteoarticulares (6%), y neoplasias (5%).

ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS

En el presente estudio se determinó que la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (8,4%) con un intervalo de confianza al 95% con un rango entre (5,8%-11,01%). Resultado similar al encontrado en un estudio realizado en la ciudad de Huancayo donde la prevalencia fue (11%)¹². Así mismo, en la bibliografía internacional en China identificaron de una muestra de 112632 pacientes que la prevalencia de deterioro cognitivo fue (12,2%)²². En Estados Unidos entre los años 2015-2018 en una población de 19276 pacientes se determinó que la prevalencia fue (10,7%)²⁴. En el Perú en el Hospital Honorio Delgado determinaron que la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (14,7%)¹⁹. Por su parte en el Hospital Cayetano Heredia de Lima la prevalencia de la variable de estudio fue (18,1%)²⁰.

No obstante, existe diferencias con otros estudios internacionales; en Alemania, con una muestra de 39387 personas la prevalencia de dicho trastorno fue (6,1%)²¹. Mientras en Ecuador en un trabajo de investigación en la institución “Corazón de Jesús”, la prevalencia de deterioro cognitivo fue (24%)²⁷. En concordancia con dichos estudios en Camerún en un trabajo de investigación sobre adultos mayores la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (20%)²³.

Así mismo en el plano local Mescua M et al, en su trabajo realizado en Pucará-Huancayo identificó que la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue (22,7%)¹³. De igual manera Echevarria J et al, en su investigación realizado en el hospital “Daniel Alcides Carrión” de Huancayo determinó que la prevalencia de dicha afección es (25,8%)¹⁴.

De igual manera en el plano nacional en el Perú existen estudios donde muestran una alta cifra, como en el estudio ejecutado por Estela-Ayamamani D et al, donde

concluyeron que en la ciudad rural de Atipayan que tiene 3345 metros sobre el nivel del mar la prevalencia de deterioro cognitivo leve es (22,8%) ¹⁵. Por su parte en otros estudios realizados en ciudades de altura como en la ciudad de Arequipa, Moya M concluyó que en adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 la prevalencia de deterioro cognitivo leve es (32%) ¹⁷. Así también Manrique V, en su tesis de maestría en la ciudad “Mariano Melgar” determinó que la prevalencia de deterioro cognitivo asociado con disfunción tiroidea es (40,85%) ¹⁸.

El argumento de porqué existe variaciones respecto a la prevalencia de este trastorno, se plantea los siguientes, en primer lugar, la existencia de muchas variables intervinientes que podrían influir en la exactitud diagnóstica de esta enfermedad siendo uno de ellos la altura, no existe evidencia o estudios a gran escala que desmienten dicha asociación entre pobladores de altura y alteración cognitiva, pero tampoco existen estudios que demuestren lo contrario ³⁸.

Otro aspecto es la esperanza de vida asociada a el nivel económico y grado de instrucción; estas variables que se describen hace que la precisión diagnóstica de esta enfermedad este infravalorada y no se pueda estimar como se quisiera, otro factor son las comorbilidades ya que algunas aumentan el riesgo de padecer dicha afección y al revés adultos mayores que tienen una calidad de vida mucho mejor no padecen dicho trastorno, esto es visible en algunos países desarrollados ⁴⁰.

Como primer objetivo secundario se determinó en las características sociodemográficas los siguientes: género femenino (57%), promedio de edad 74,49 años, rango etario 71-80 años (40,7%), grado de instrucción secundaria (42,9%), estado civil casado (62,1%), ocupación anterior ama de casa (33,6%) y comerciante (25,7%), así mismo la procedencia fue mayoritariamente El Tambo (28%).

Resultados similares a otro estudio local, elaborado por Contreras C et al, donde encontró las siguientes frecuencias: sexo femenino 60,7%, nivel de instrucción primaria 49,7%, estado civil casado 60,5% y ocupación anterior poco calificable 82,7% ¹². En concordancia a lo mencionado anteriormente, Mescua M et al, en Pucará-Huancayo estableció las siguientes características sociodemográficas: género femenino (55,4%), promedio edad 73 años y estado civil casado (50,9%) ¹³. Echevarria J et al, en su investigación halló que el grado de instrucción primaria incompleta fue (29%), rango etario 60-65 años (29%,1) y género masculino (51,6%) ¹⁴.

Así mismo en el ámbito nacional en el Hospital Honorio Delgado en los pacientes con deterioro cognitivo leve se halló las siguientes características sociodemográficas: sexo femenino (39,12%), edad 60-74 años (55,27%), nivel de instrucción básico (31,31%) y años de instrucción de más de 8 años (43,02%) ²⁰.

En la descripción sociodemográfica se puede ver características similares a otros estudios como el género femenino y el rango etario, además que la esperanza de vida en todo el Perú se está incrementado y la ciudad de Huancayo no es ajena; además es sabido también que los trastornos neurodegenerativos están asociados con niveles educativos bajos y con trabajo previamente no muy especializados, es una hipótesis asociada pero que en definitiva no es causa suficiente para ser propensos a desarrollar deterioro cognitivo leve.

En el objetivo secundario se determinó que las características clínicas son lo siguiente: tiempo de enfermedad < 1 año (50,7%), seguido entre 1-2 años (36,4%); tipo de deterioro cognitivo el tipo amnésico fue el (71%), seguido del tipo multidominio (29%). En la funcionalidad de las actividades básicas de la vida diaria

la dependencia parcial fue (18,6%) y dependencia total (6,4%); en la funcionalidad de las actividades instrumentales de la vida diaria la dependencia leve fue (18,5%), moderada (15,0%) y severa (6,5%); finalmente la polifarmacia fue (37,9%).

En la bibliografía internacional se describe en la clínica de los pacientes con deterioro cognitivo, se evidencio la presencia de limitaciones funcionales, tanto a nivel de actividades básicas de la vida diaria como instrumental siendo en la mayoría de casos mayor del (25%), de igual manera la prevalencia de polifarmacia en dichos pacientes es muy frecuente siendo visto en un rango entre (25%-45%)²⁴. Así mismo por su parte Montes Y et al, concluyeron en su trabajo de investigación que el tipo de deterioro cognitivo más frecuente es el amnésico (54%), con un tiempo de enfermedad entre 1-3 años (52%), además que existe asociaciones con la funcionalidad tanto con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (>25%) y la polifarmacia siendo más frecuente en pacientes institucionalizados (>50%)²⁷.

En la base teórica se describe que los pacientes adultos mayores en la esfera más temprana donde tienen dificultades es en la capacidad amnésica o en la memoria propiamente dicha, por ende, no es hasta estadios más avanzados que recién uno como profesional de salud puede estimar las consecuencias que tiene el deterioro cognitivo leve³⁸⁻⁴⁰.

En los adultos mayores ambas variables polifarmacia y deterioro cognitivo pueden estar relacionadas, no obstante, las delimitaciones o limites están muy cercanos dentro de las clasificaciones del deterioro cognitivo leve; se estima además que la funcionalidad va muy ligado a la perspectiva que tiene el paciente para mantener su independencia tanto fisiológica como social³⁸⁻⁴⁰.

En las comorbilidades halladas en los pacientes con deterioro cognitivo leve fueron: diabetes mellitus (16%), hipertensión arterial (10%), insuficiencia cardiaca congestiva (8%), enfermedades osteoarticulares (6%), y neoplasias (5%).

Así mismo Gracner T et al, concluyeron en Estados Unidos que la presencia de deterioro cognitivo tenían comorbilidades como: diabetes mellitus, insuficiencia cardiaca, enfermedad obstructiva pulmonar y neumonía ²⁵. En otro estudio realizado en el año 2017 se notificó las siguientes comorbilidades en pacientes con deterioro cognitivo leve: depresión 55%, enfermedades crónicas no transmisibles como osteoartrosis, hipertensión arterial, insuficiencia cardiaca y catarata senil que representaban el 95% ²⁶.

Por su parte en el Hospital Honorio Delgado en pacientes con deterioro cognitivo leve se observó la presencia de las comorbilidades como: hipertensión arterial, diabetes mellitus y depresión ¹⁹.

De igual manera Casas P et al, concluyeron en el Hospital Cayetano Heredia de Lima las siguientes comorbilidades: depresión 7,7%, caídas 23,8%, edentulismo 77,6%, osteoartrosis 55,5%, osteoporosis 26,89%, diabetes 25,51%, enfermedad pulmonar obstructiva crónica 15,67% y enfermedad de Parkinson 2,75% ²⁰.

En la argumentación sobre la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles es muy frecuente la prevalencia de estas ya que directa o indirectamente están asociados a problemas médicos que mellan la calidad de vida de los pacientes adultos mayores ³⁸⁻⁴⁰. Y una de los objetivos que dictamina la Organización Mundial de la Salud es preservar la calidad de vida de los adultos mayores para prevenir el desarrollo posible de estos trastornos ³⁸⁻⁴⁰.

En las limitaciones de la presente tesis se enumera los siguientes: en primer lugar el tipo de estudio es de índole retrospectivo por ende puede existir limitaciones en los datos obtenidos ya que el investigador no realizó las mediciones primarias no obstante en una clínica privada la calidad de historias clínicas es mejor respecto a la entidad pública, en segundo lugar el tipo de muestro como se sabe los tipos probabilístico son mucho mejores pero que por factibilidad y no tener un grupo poblacional muy grande se decidió estudiar todos los pacientes con el diagnóstico en estudio para la finalización de la presente tesis.

CONCLUSIONES

1. Se determinó como objetivo general planteado lo siguiente: la prevalencia de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020, fue (8,4%) con un intervalo de confianza al 95% con un rango entre (5,8%-11,01).
2. Se describió como primer objetivo secundario que, en las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020; fueron las siguientes: media o promedio de edad 74,49 años, rango etario 71-80 años (40,7%), género más frecuente femenino (57%), respecto al grado de instrucción el más prevalente fue secundaria (42,9%), estado civil casado (62,1%), ocupación anterior que desarrollaba el adulto mayor ama de casa (33,6%), comerciante (25,7%); así mismo la procedencia mayoritariamente fue El Tambo (28%).
3. Se identificó como segundo objetivo secundario que, en las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020, fueron: tiempo de enfermedad <1 año (50,7%), entre 1-2 años (36,4%); tipo de deterioro cognitivo amnésico (71%), seguido del tipo multidominio (29%). En la descripción de la funcionalidad, en las actividades básicas de la vida diaria la dependencia parcial fue (18,6%) y dependencia total (6,4%); mientras en la funcionalidad de las actividades instrumentales de la vida

diaria la dependencia leve fue (18,5%), moderada (15,0%) y severa (6,5%); finalmente la polifarmacia fue (37,9%).

4. Se identificó como segundo objetivo terciario que, en las comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020, fueron: diabetes mellitus (16%), hipertensión arterial (10%), insuficiencia cardiaca congestiva (8%), enfermedades osteoarticulares (6%), y neoplasias (5%).

RECOMENDACIONES

1. Realizar estudios de seguimiento a gran escala para pobladores en altura y poder determinar la influencia que tiene la variable hipoxia en el posible desarrollo de este trastorno y poder más adelante compararlos con pobladores que viven a nivel del mar; poder implementar medidas preventivas con los datos obtenidos como charlas educativas dirigidas por la Dirección Regional de Salud de Junín para fomentar el diagnóstico oportuno y evitar futuras complicaciones en los adultos mayores.
2. Enfatizar en este grupo etario la importancia de un diagnóstico temprano, ya que la mayor cantidad de casos se desarrollan en un rango temprano de la vida adulta mayor, así mismo las autoridades de dicha institución deben promover estudios de casos y controles para establecer que factores están asociados con el deterioro cognitivo leve sabiendo que algunas variables podrían estar asociadas como son el grado académico y la ocupación que este desarrolló.
Así mismo se recalca un factor que podría estar en relación o no como es la condición de vivir en ciudades de altura con presencia de hipoxia crónica, se debe realizar estudios longitudinales en un lapso de tiempo controlado, para ver si en el tiempo dicho factor por si solo influye en la aparición de deterioro cognitivo leve en los adultos mayores, o en definitiva realizar un análisis multivariado para delimitar el rol que desempeña todas las variables mencionadas como factor predictivo en el surgimiento de dicho trastorno

3. Realizar conjuntamente con otras especialidades médicas para salvaguardar la calidad de vida que llevan los adultos mayores, dentro de la descripción clínica de estos pacientes se evidencia la presencia de otras variables como son la funcionalidad y polifarmacia, dichas afecciones en los últimos años ha cobrado mucha importancia ya que para otros trastornos neurodegenerativos son predictores de complicaciones y mortalidad; el departamento de medicina física y rehabilitación así como el área de salud mental ambos deben promover factores protectores para evitar si es que se puede lograr dicho concepto, el desarrollo de deterioro cognitivo.
4. En la descripción de comorbilidades se evidenció que toda enfermedad subyacente que tenga el adulto mayor puede ser un factor en la predicción de una aparición del deterioro cognitivo, por lo cual estado peruano con las autoridades locales deberían tener un fondo para estos tipos de pacientes ya que representan un costo extra para el familiar debido a las innumerables complicaciones de este grupo poblacional con estas patologías, es necesario resaltar el rol importante que debe tener el estudio del adulto mayor en el desarrollo de la esperanza de vida en todo el Perú.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Organización mundial de la salud. 2020 [citado 9 de julio de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/envejecimiento-y-salud>
2. López ÁG, Calero MD. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 1 de julio de 2009;44(4):220-4.
3. Bartoloni LC. Deterioro Cognitivo. *Diagnosis*. 2019;1(1):1-9.
4. Martín Lesende I, Gorroñoitía Iturbe A, Gómez Pavón J, Baztán Cortés JJ, Abizanda Soler P. El anciano frágil. Detección y tratamiento en AP. *Aten Primaria*. 1 de julio de 2010;42(7):388-93.
5. Gonzales CG, Becerra FD, Jiménez FL, Ortiz JP. Hipotiroidismo subclínico, depresión y deterioro cognitivo: experiencia en un centro de adultos mayores de Lambayeque. *Anales de la Facultad de Medicina*. 31 de diciembre de 2014;75(4):327-30.
6. Lee J, Sung J, Choi M. The factors associated with subjective cognitive decline and cognitive function among older adults. *J Adv Nurs*. febrero de 2020;76(2):555-65.
7. Yang L, Jin X, Yan J, Jin Y, Xu S, Xu Y, et al. Comparison of prevalence and associated risk factors of cognitive function status among elderly between nursing homes and common communities of China. *Medicine (Baltimore)*. 10 de diciembre de 2019;98(49):e18248.
8. Rasu RS, Shrestha N, Karpes Matusevich AR, Zalmai R, Large S, Johnson L, et al. Polypharmacy and Cognition Function Among Rural Adults. *J Alzheimers Dis JAD*. 2021;82(2):607-19.

9. Daniel F, Fernandes V, Silva A, Espírito-Santo H. Cognitive screening for elderly people in long-term care institutions in the Miranda do Corvo municipality, Portugal. *Cienc Saude Coletiva*. 2019;24(11):4355-66.
10. Martínez-Sanguinetti MA, Leiva AM, Petermann-Rocha F, Troncoso-Pantoja C, Villagrán M, Lanuza-Rilling F, et al. [Factors associated with cognitive impairment in older adults in Chile]. *Rev Med Chil*. agosto de 2019;147(8):1013-23.
11. Custodio N, Alva-Diaz C, Becerra-Becerra Y, Montesinos R, Lira D, Herrera-Pérez E, et al. Rendimiento en pruebas cognitivas breves, de adultos mayores con demencia en estadios avanzados, residentes de una comunidad urbana de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 13 de diciembre de 2016;33(4):662-9.
12. Contreras C, Condor I, Atencio J, Atencio M. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017. *Anales de la Facultad de Medicina*. enero de 2019;80(1):51-5.
13. Mescua Mucha MP, Salazar López JA. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo – 2019. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Huancayo: Universidad Continental; 2021.
Disponible: <https://repositorio.continental.edu.pe/handle/20.500.12394/9140>
14. Echevarría Laureano JM, Solano Condor E. Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019. Tesis de Grado. Huancayo: Universidad Peruana Los Andes; 2019.
Disponible en: <http://repositorio.upla.edu.pe/handle/20.500.12848/1077>

15. Estela-Ayamamani D, Espinoza-Figueroa J, Columbus-Morales M, Runzer-Colmenares F, Parodi JF, Mayta-Tristán P. Rendimiento físico de adultos mayores residentes en zonas rurales a nivel del mar y a gran altitud en Perú. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de marzo de 2015;50(2):56-61.
16. Castro-Benites VA, Runzer-Colmenares FM, Parodi JF. Depresión en pacientes adultos mayores de comunidades de altura, con enfermedad pulmonar obstructiva crónica (EPOC). *Rev Neuro-Psiquiatr*. enero de 2019; 82(1):4-10.
17. Moya Duran MC. “Factores sociodemográficos, clínicos y deterioro cognitivo en mujeres con diabetes mellitus tipo 2. Hospital Edmundo Escomel, EsSalud Arequipa, 2018”. Tesis para obtener el título de médico cirujano. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa; 2018. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/7599>
18. Manrique Chirinos V. Factores asociados a manifestaciones depresivas en el adulto mayor. Club del adulto mayor de la municipalidad del Distrito de Mariano Melgar. Arequipa. Tesis de Maestría en Salud Publica con mención en epidemiología. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/9412>
19. Luna-Solis Y, Murga HV. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatria*. 6 de abril de 2018;81(1):9-9.
20. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P, Chávez H. Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. *Revista Médica Herediana*. 21 de diciembre de 2012;23(4):229-229.

21. Röhr S, Pabst A, Riedel-Heller SG, Jessen F, Turana Y, Handajani YS, et al. Estimating prevalence of subjective cognitive decline in and across international cohort studies of aging: a COSMIC study. *Alzheimers Res Ther.* 18 de diciembre de 2020;12:167.
22. Lu Y, Liu C, Yu D, Fawkes S, Ma J, Zhang M, et al. Prevalence of mild cognitive impairment in community-dwelling Chinese populations aged over 55 years: a meta-analysis and systematic review. *BMC Geriatr.* 6 de enero de 2021;21:10.
23. Essomba MJN, Atsa D, Noah DZ, Zingui-Ottou M, Paula G, Nkeck JR, et al. Geriatric syndromes in an urban elderly population in Cameroon: a focus on disability, sarcopenia and cognitive impairment. *Pan Afr Med J.* 11 de noviembre de 2020;37:229.
24. Gupta S. Racial and ethnic disparities in subjective cognitive decline: a closer look, United States, 2015–2018. *BMC Public Health.* 24 de junio de 2021;21:1173.
25. Gracner T, Stone PW, Agarwal M, Sorbero M, Mitchell SL, Dick AW. Advanced cognitive impairment among older nursing home residents. *BMC Geriatr.* 23 de junio de 2021;21:382.
26. Valdés MV, González JA, Salisu M. Prevalencia de depresión y factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2017;33(4):1-15.
27. Montes González YM, Velásquez Pincay VJ. Prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores en un hospicio de la ciudad de Guayaquil. Tesis

- de grado. Guayaquil: Universidad Católica de Santiago de Guayaquil; 2017.
Disponible en: <http://repositorio.ucsg.edu.ec/handle/3317/8982>
28. Petersen R. Mild cognitive impairment: Epidemiology, pathology, and clinical assessment. UpToDate. 2020;2(2):1-19.
 29. Petersen R. Mild cognitive impairment: Prognosis and treatment. UpToDate. 2020;1(1):1-23.
 30. Larson E. Evaluation of cognitive impairment and dementia. UpToDate. 2019;1(1):1-12.
 31. Petersen RC, Lopez O, Armstrong MJ, Getchius TSD, Ganguli M, Gloss D, et al. Practice guideline update summary: Mild cognitive impairment. Neurology. 16 de enero de 2018;90(3):126-35.
 32. Roberts RO, Geda YE, Knopman DS, Cha RH, Pankratz VS, Boeve BF, et al. The incidence of MCI differs by subtype and is higher in men: the Mayo Clinic Study of Aging. Neurology. 31 de enero de 2012;78(5):342-51.
 33. Serra Urra M, Germán Meliz JL. Polifarmacia en el adulto mayor. Revista Habanera de Ciencias Médicas. marzo de 2013;12(1):142-51.
 34. Supo J, Zacarías H. Metodología De La Investigación Científica: Para las Ciencias de la Salud y las Ciencias Sociales. Bioestadístico. Vol. 1. Arequipa: Sincie; 2020. 352 p.
 35. Supo DJ. Cómo se elige una prueba estadística: 6 criterios para elegir un procedimiento estadístico. Bioestadístico. Vol. 1. Arequipa: Sincie; 2013. 72 p.
 36. Supo DJ. Cómo validar un instrumento: La guía para validar un instrumento en 10 pasos. Bioestadístico. Vol. 1. Arequipa: Sincie; 2013. 62 p.

37. Supo DJ. Técnicas de recolección de datos: Cuando la unidad de estudio es un individuo. Bioestadístico. Vol. 1. Arequipa: Sincie; 2015. 70 p.
38. Atencio-Paulino J, Condor-Elizarbe I, Paucar-Huaman W. Desarrollo de la colaboración en publicaciones sobre salud pública en Latinoamérica y el Caribe. Gac Sanit. 22 de mayo de 2020;34:214-5.
39. Contreras-Cordova CR, Atencio-Paulino JI, Sedano-Matías CJ, Paucar-Huaman W, Ccoicca-Hinojosa FJ, Gala-Hilario MÁ. Síndrome De Burnout Y Dificultades En Profesionales Que Harán El Servicio Rural Urbano Marginal En Salud (Serums) Junín-2019, Perú. Revista Médica Panacea. 29 de diciembre de 2020;9(3):153-8.
40. Atencio-Paulino JI, Paucar-Huaman W, Condor-Elizarbe IR. Publicación científica en especialidades de Neurología y Psiquiatría en el Perú a través del SCImago Journal and Country Rank. Revista de Neuro-Psiquiatría. julio de 2019;82(3):227.
41. Contreras Cordova CR, Ccoicca Hinojosa FJ, Atencio Paulino JI, Paucar Huaman W, Sedano Matias CJ, Contreras Cordova CR, et al. Publicación científica de asesores de tesis en una facultad de medicina humana de Huancayo, Perú. Educación Médica Superior. 2021;35(1).
42. Villena M, Vargas E, Soria R, Araoz M, Alarcón AM, González C. Desadaptación crónica a la vida en altura. 1997 [citado 13 de octubre de 2021]; Disponible en: <http://repositorio.umsa.bo/xmlui/handle/123456789/21614>
43. Calderón-Gerstein W. Hipoxia crónica y disfunción endotelial en pobladores de las grandes alturas. Acta Médica Peruana. julio de 2017;34(3):246-7.

44. Segura Vega L. Nuevas cifras de la presión arterial en las poblaciones peruanas de altura y la nueva guía americana de hipertensión arterial. *Revista Peruana de Ginecología y Obstetricia*. abril de 2018;64(2):185-90.
45. Bermudez Pumasunco DI. Respuesta proliferativa a la hipoxia y expresión génica de progenitores eritroides aislados de habitantes de altura andinos con Mal de Montaña Crónico. 2021 [citado 13 de octubre de 2021]; Disponible en: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/9728>
46. Calderón Gerstein W, López Martínez O, Calderón Gerstein W, López Martínez O. Valores gasométricos en población adulta y adulta mayor residente de gran altitud. *Anales de la Facultad de Medicina*. abril de 2020;81(2):154-60.

ANEXOS

1. Matriz de Consistencia
2. Instrumento de la investigación
3. Validación
4. Confiabilidad
5. Autorización
6. Data del procesamiento de datos
7. Fotos de recolección de datos
8. Resolución

ANEXO 1-MATRIZ DE CONSISTENCIA

Problema general	Objetivo general	Objetivos específicos	Variable	Hipótesis general	Metodología y análisis estadístico	Técnica de recolección de datos
¿Cuál es la prevalencia de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020?	Determinar la prevalencia de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo en una clínica geriátrica de Huancayo, periodo enero del 2017 hasta diciembre del 2020.	<p>1. Describir las características sociodemográficas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo</p> <p>2. Identificar las características clínicas de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo</p> <p>3. Describir las comorbilidades de los pacientes adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo</p>	<p>Variable de interés Deterioro cognitivo leve</p> <p>Dimensionada: ✓ Prevalencia ✓ Características sociodemográficas ✓ Características clínicas ✓ Comorbilidades</p>	No tiene una hipótesis la presente tesis por el tipo de estudio.	<p align="center">Método: Científico</p> <p align="center">Tipo de Investigación: Observacional</p> <p align="center">Nivel de investigación: Descriptivo</p> <p align="center">Diseño de Investigación:</p> <p>El diseño no experimental-transversal no existe manipulación en la población de estudio y no se hay seguimiento solo se realiza la medición en un solo momento según Hernández Sampieri 2014.</p> <p align="center">Esquemáticamente:</p> <p align="center"> $M_1 \longrightarrow O_1$ </p> <p>M_1= Muestra final de la población con deterioro cognitivo</p> <p>O_1= Observación de la muestra y descripción de la variable de estudio</p> <p align="center">Población</p> <p>Adultos mayores con diagnóstico de deterioro cognitivo de una clínica geriátrica de la ciudad de Huancayo periodo enero 2017-diciembre 2020 siendo aproximadamente 149.</p> <p align="center">Muestra</p> <p>Se calculó luego de aplicar los criterios de selección de la muestra final siendo dicha cantidad resultando 140.</p> <p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos. La técnica que se utilizo es el análisis documental</p>	<p>El instrumento fue una ficha de recolección de datos que tiene una confiabilidad siendo el Alfa de Cronbach 0,80.</p> <p>El análisis fue a través de la estadística descriptiva con el uso de frecuencias absolutas y relativas.</p> <p>Se utilizó programas como el SPSS.250 Y Excel 16.0</p>

ANEXO 2- FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombres y Apellidos:	DNI:
	FECHA:
<p>1. ¿Cuál es el sexo del adulto mayor? Masculino () Femenino ()</p>	
<p>¿Cuál es la edad del adulto mayor _____</p> <p>2. ¿Cuál es la estratificación de la edad? 60-70 años () 70-80 años () > 80años ()</p>	
<p>3. ¿Cuál es el estado civil del adulto mayor?</p> <p>Soltero () Conviviente () Casado () Divorciado () Viudo ()</p>	
<p>4. ¿Cuál es el grado de instrucción del adulto mayor?</p> <p>Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior técnica () Universitaria ()</p>	
<p>5. ¿Cuál es la procedencia del adulto mayor?</p> <p>Huancayo () El Tambo () Chilca () Chupaca () Concepción () Otros: _____</p>	
<p>6. ¿Cuál es la ocupación anterior del adulto mayor?</p> <p>Ama de casa () Profesional () Comerciante () Agricultor () Transportista () Otros: _____</p>	
<p>7. ¿Cuánto tiempo lleva con dicho diagnostico?</p> <p>< 1 año () 1-2 años () > 2 años ()</p>	
<p>8. ¿Cuál es el tipo de deterioro cognitivo que tiene el adulto mayor?</p> <p>Amnésico () Multidominio ()</p>	

<p>9. ¿Cuál es la funcionalidad respecto a las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor?</p> <p>Dependiente total () Dependiente parcial () Independiente ()</p>
<p>10. ¿Cuál es la funcionalidad respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor?</p> <p>Dependiente leve () Dependiente Moderado () Dependiente severo () Independiente ()</p>
<p>11. ¿El adulto mayor presenta polifarmacia?</p> <p>Si () No ()</p>
<p>12. ¿El adulto mayor tiene la categorización de deterioro cognitivo complicado o no?</p> <p>Si () No ()</p>
<p>13. ¿El adulto mayor tiene alguna comorbilidad?</p> <p>Hipertensión arterial () Diabetes mellitus () Neoplasias () Insuficiencia cardiaca congestiva () Enfermedad osteoarticular () Insuficiencia renal crónica () Enfermedad pulmonar obstructiva crónica () Ninguno ()</p>

ANEXO 3. VALIDACIÓN DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS



Huancayo 9 de julio del 2021

Atentamente

Investigadora

Milagros Maria Muñico Cardenas

Señor:

Lic. DORIS ALVARADO HINOSTROZA

ENFERMERA CATEDRÁTICA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DEL CENTRO DEL PERÚ

Ciudad.-

Asunto: Validación De Instrumento Por Juicio De Experto

Por la presente reciba mi saludo cordial yo como egresada de la Facultad De Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes con DNI: 42349132 y número de matrícula F04056E.

En la elaboración de mi proyecto de tesis decidí validar mi ficha de recolección de datos para poder proseguir con los trámites correspondientes y además por su vasta experiencia en el tema le presento mi proyecto titulado: "Perfil Epidemiológico Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Una Clínica Geriátrica De Huancayo Periodo 2018-2020" además adjunto la Matriz de consistencia, matriz de operacionalización de variable e instrumento de investigación.

Agradeciendo por anticipado su colaboración como experto de la materia.

Validación del instrumento de investigación

Observaciones (Precisar su hay suficiencia)	Ninguno
Opinión de aplicabilidad	—
Aplicable (X)	No aplicable ()
Aplicable después de corregir	()
Apellidos y nombres del juez evaluador	Lic. Doris Alvarado Hinostraza
DNI:	19431176
Firma y sello del evaluador	 
Especialidad del evaluador	Enfermera catedrática de la UNCP Investigación.



Huancayo 6 de julio del 2021

Señor:

DR. COCO RAUL CONTRERAS CORDOVA

MEDICO GERIATRA DEL HOSPITAL DANIEL ALCIDES
CARRIÓN DE HUANCAYO

Ciudad.-

Asunto: Validación De Instrumento Por Juicio De Experto

Por la presente reciba mi saludo cordial yo como egresada de la Facultad De Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes con DNI: 42349132 y número de matrícula F04056E.

En la elaboración de mi proyecto de tesis decidí validar mi ficha de recolección de datos para poder proseguir con los trámites correspondientes y además por su vasta experiencia en el tema le presento mi proyecto titulado: "Perfil Epidemiológico Del Deterioro Cognitivo En Adultos Mayores De Una Clínica Geriátrica De Huancayo Periodo 2018-2020" además adjunto la Matriz de consistencia, matriz de operacionalización de variable e instrumento de investigación.

Agradeciendo por anticipado su colaboración como experto de la materia.

Atentamente

Investigadora

Milagros Maria Muñoz Cardenas

Validación del instrumento de investigación

Observaciones (Precisar su hay suficiencia)	<i>Definir el periodo de estudio</i>
Opinión de aplicabilidad	
Aplicable ()	No aplicable ()
Aplicable después de corregir	(✓)
Apellidos y nombres del juez evaluador	<i>Dr. C. Raul Contreras Cordova</i>
DNI: <i>34196619</i>	
Firma y sello del evaluador	
Especialidad del evaluador	<i>Médico Geriátrico - HDAC</i>

ANEXO 4. CONFIABILIDAD DE LA FICHA DE RECOLECCION DE DATOS

H.C.	ITEM 1	ITEM 2	ITEM 3	ITEM 4	ITEM 5	ITEM 6	ITEM 7	ITEM 8	ITEM 9	ITEM 10	ITEM 11	ITEM 12	ITEM 13	TOTAL
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	10
2	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	8
3	1	0	4	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	7
4	1	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	5
5	1	2	0	3	0	1	1	0	0	0	0	0	0	8
6	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	3
7	1	3	2	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	12
8	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2
9	1	4	3	4	1	0	1	0	0	1	0	1	0	16
10	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	5
11	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	3
12	0	4	4	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	16
13	0	0	1	0	1	0	0	0	1	1	0	1	0	5
14	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	6
15	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	16
16	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11
17	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
18	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	2
19	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12
20	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Varianza	0.25	2.13	1.69	1.66	0.25	0.25	0.23	0.21	0.21	0.24	0.21	0.25	0.23	7.7925

$$\text{Alfa de Cronbach} = \alpha = (K/(K-1)) * [1 - (\sum V_i / \sum V_t)]$$

$$\alpha = 0,8172$$

ANEXO 5. AUTORIZACION DE LA INSTITUCION



ÁREA DE GERENCIA

Dirección de gestión del conocimiento e Investigación

AUTORIZACIÓN PARA LA REALIZACIÓN DE TRABAJOS OBSERVACIONALES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA

La actividad investigadora entendida como aquella encaminada a la generación y difusión de conocimientos en nuestro país realizada en el área de geriatría es importante, según la Ley N°30795 “Ley para la prevención y tratamiento de la enfermedad de Alzheimer, trastorno cognitivo y otras demencias” en su artículo 13 se promueve generar el sistema de información sobre este tipo de enfermedades que proporcione un mayor conocimiento respecto de la incidencia, prevalencia y mortalidad en cada área geográfica y que permita identificar recursos sanitarios, sociales y científicos que se requieran. Gran parte de estos estudios surge como iniciativa del personal profesional, centros de inversión, instituciones privadas o estatales que en este caso es la UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES, por este motivo la dirección del área correspondiente apoya la realización del proyecto de tesis.

Investigador principal

- **Nombre y apellidos:** Milagros Maria Muñico Cardenas
- **DNI:** 42349132
- **Categoría:** Egresada De La Facultad De Medicina Humana De La UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
- **Código de matrícula:** F04056E
- **Teléfono de contacto:** 964 093 547
- **Título del estudio:**

“Perfil epidemiológico del Deterioro cognitivo en adultos mayores de una clínica geriátrica de Huancayo periodo 2018-2020”



Documentación que se adjunto

- ✓ Copia del proyecto de tesis
- ✓ Copia de la carta de presentación de la Universidad Peruana Los Andes

El investigador principal solicito autorización para la realización del proyecto de tesis anteriormente citado y se compromete al cumplimiento de la normativa aplicable al mismo como son que la persona usuaria, paciente o su representante conforme a los señalado al artículo 4^o de la ley 29414 donde establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud solo es permitido para divulgar información de la historia clínica a o de su estado de salud en anonimato, cumpliendo con los lineamientos en concordancia al artículo 25 de la ley 26482 “**Ley General De Salud**” que son:

- ✓ Las historias clínicas solicitadas son para fines de investigación deberán ser revisadas en los ambientes de la unidad de archivos para lo cual se establecerá y comunicará a los interesados los mecanismos para la solicitud, entrega y devolución de dichas historias
- ✓ La información obtenida de las historias clínicas se consignará de manera anónima siempre para salvaguardar la confidencialidad

Terminado el estudio el investigador deberá emitir a la dirección de la clínica un ejemplar de la tesis final, por lo cual el gerente general firma y suscribe dicha autorización.

Huancayo, 5 de julio del 2021



Dr. C. Raúl Contreras Cordova
MÉDICO GERIATRA
CMP: 37734 RNE 21998

GERENTE GENERAL
DR. C. Raul Contreras Cordova

ANEXO 6. LA DATA DE PROCESAMIENTO DE DATOS

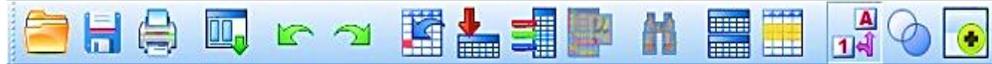
Milagros_Muñico_Cardenas.sav [ConjuntoDatos1] - IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

	Nombre	Tipo	Anchura	Decimales	Etiqueta	Valores	Perdidos	Columnas	Alineación	Medida	Rol
1	Genero	Numérico	9	0		{0, masculino}...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
2	Edad	Numérico	12	1	Edad (años)	Ninguno	Ninguno	8	Derecha	Escala	Entrada
3	Estado_civil	Numérico	7	0	Estado civil	{1, soltero}...	Ninguno	7	Derecha	Nominal	Entrada
4	Grado_instrucción	Numérico	16	0	Grado de instru...	{1, analfabeto}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
5	Ocupacion	Numérico	19	0	Ocupacion	{1, Ama de casa}...	Ninguno	10	Derecha	Nominal	Entrada
6	Procedencia	Numérico	8	2	Procedencia	{00, Huancayo}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
7	ABVDInd.Katz	Numérico	19	0	ABVD(Ind. Katz)	{1, independiente}...	Ninguno	18	Derecha	Nominal	Entrada
8	AIVDEsc.LawtonyBrody	Numérico	21	0	AIVD(Esc. Law...	{1, dependencia leve}...	Ninguno	21	Derecha	Nominal	Entrada
9	Rango_etario	Numérico	8	2	Rango_etario	{00, 60-70 años}...	Ninguno	12	Derecha	Nominal	Entrada
10	tipo_deterioro	Numérico	8	2	tipo_deterioro	{00, Deterioro cognitivo amnesic...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
11	tiempo_enfermedad	Numérico	8	2	tiempo_enferm...	{00, < 1 año}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
12	dcl_complicado	Numérico	8	2	dcl_complicado	Ninguno	Ninguno	16	Derecha	Nominal	Entrada
13	polifarmacia	Numérico	8	2	polifarmacia	{00, No}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
14	Comorbilidades	Numérico	8	2	Comorbilidades	{00, Ninguno}...	Ninguno	8	Derecha	Nominal	Entrada
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											

Activar Windows
Ve a Configuración para activar Windows.

Vista de datos Vista de variables



102 :

Visible: 14 de 14 variables

	Ocupacion	Procedencia	ABVDInd.Katz	AIVDEsc.LawtonyBrody	Rango_etario	tipo_deterioro	tiempo_enfermedad	dcl_complicado	polifarmacia	Comorbilidades	var
1	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia moderada	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	No	Ninguno	
2	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia moderada	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	No	Ninguno	
3	comerciante	Chilca	dependiente parcial	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Ninguno	
4	Ama de casa	Huancayo	independiente	dependencia leve	> 80 años	Deterioro c...	Entre 3-4 años	Complicado	Si	Ninguno	
5	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Diabetes ...	
6	Ama de casa	El Tambo	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Ninguno	
7	agricultor	Chupaca	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	Entre 3-4 años	Complicado	Si	Ninguno	
8	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años	Complicado	No	Diabetes ...	
9	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años	Complicado	Si	Ninguno	
10	comerciante	Chilca	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Ninguno	
11	otros	Jauja	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	> 4 años	Complicado	No	Ninguno	
12	comerciante	Chilca	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	No	Ninguno	
13	Ama de casa	Huancayo	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Ninguno	
14	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	No	Ninguno	
15	comerciante	Chilca	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Ninguno	
16	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Ninguno	
17	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia moderada	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año	No complicado	Si	Ninguno	
18	comerciante	Huancayo	independiente	dependencia moderada	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años	Complicado	No	Ninguno	
19	Ama de casa	El Tambo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años	Complicado	No	Ninguno	
20	obrero	Huancayo	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años	Complicado	No	Ninguno	
21	obrero	Otros	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años	Complicado	No	Hipertensió...	
22	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años	Complicado	No	Ninguno	

Vista de datos Vista de variables

Ve a Configuración para activar Windows.



Visible: 14 de 14 variables

	Genero	Edad	Estado_civil	Grado_instrucción	Ocupacion	Procedencia	ABVDInd.Katz	AIVDEsc.LawtonyBrody	Rango_etario	tipo_deterioro	tiempo_enfermedad
119	masculino	65,0	casado	analfabeto	agricultor	Huancayo	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
120	masculino	72,0	soltero	secundaria	comerciante	Chilca	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
121	femenino	75,0	soltero	primaria	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
122	femenino	67,0	casado	secundaria	comerciante	Huancayo	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
123	femenino	78,0	casado	secundaria	comerciante	Chilca	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
124	masculino	75,0	casado	secundaria	Ama de casa	El Tambo	dependiente parcial	independencia	71-80 años	Deterioro c...	Entre 3-4 años
125	femenino	65,0	casado	secundaria	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia severa	60-70 años	Deterioro c...	Entre 3-4 años
126	femenino	76,0	casado	tecnico superior	Ama de casa	El Tambo	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	Entre 3-4 años
127	femenino	72,0	casado	primaria	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
128	femenino	70,0	casado	secundaria	comerciante	Chilca	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
129	femenino	67,0	soltero	secundaria	comerciante	Chilca	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
130	masculino	75,0	casado	secundaria	comerciante	Chilca	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
131	masculino	85,0	casado	primaria	Ama de casa	Huancayo	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
132	masculino	66,0	divorciado	secundaria	Ama de casa	El Tambo	dependiente parcial	dependencia severa	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
133	masculino	68,0	casado	primaria	comerciante	Huancayo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
134	masculino	72,0	divorciado	secundaria	profesional	Huancayo	dependiente parcial	dependencia moderada	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
135	femenino	72,0	casado	primaria	Ama de casa	El Tambo	dependiente total	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
136	femenino	63,0	casado	secundaria	obrero	Huancayo	dependiente total	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
137	femenino	62,0	casado	superior	comerciante	Chilca	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
138	masculino	81,0	casado	tecnico superior	agricultor	Chupaca	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	< 1 año
139	femenino	74,0	viudo	primaria	Ama de casa	El Tambo	independiente	dependencia moderada	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
140	masculino	80,0	casado	tecnico superior	Ama de casa	El Tambo	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
141											



Visible: 14 de 14 variables

	Genero	Edad	Estado_civil	Grado_instrucción	Ocupacion	Procedencia	ABVDInd.Katz	AIVDEsc.LawtonyBrody	Rango_etario	tipo_deterioro	tiempo_enfermedad
1	femenino	70,0	casado	superior	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia moderada	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
2	femenino	68,0	casado	secundaria	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia moderada	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
3	femenino	77,0	soltero	secundaria	comerciante	Chilca	dependiente parcial	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
4	femenino	87,0	casado	secundaria	Ama de casa	Huancayo	independiente	dependencia leve	> 80 años	Deterioro c...	Entre 3-4 años
5	masculino	67,0	casado	secundaria	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
6	masculino	76,0	divorciado	primaria	Ama de casa	El Tambo	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
7	femenino	64,0	viudo	secundaria	agricultor	Chupaca	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	Entre 3-4 años
8	femenino	65,0	soltero	superior	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
9	femenino	83,0	casado	secundaria	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
10	femenino	82,0	casado	primaria	comerciante	Chilca	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	< 1 año
11	femenino	73,0	casado	secundaria	otros	Jauja	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	> 4 años
12	femenino	84,0	casado	secundaria	comerciante	Chilca	independiente	independencia	> 80 años	Deterioro c...	< 1 año
13	masculino	65,0	soltero	secundaria	Ama de casa	Huancayo	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
14	masculino	80,0	casado	secundaria	Ama de casa	El Tambo	independiente	independencia	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
15	femenino	70,0	soltero	tecnico superior	comerciante	Chilca	independiente	independencia	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
16	femenino	63,0	casado	secundaria	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	< 1 año
17	masculino	71,0	casado	secundaria	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia moderada	71-80 años	Deterioro c...	< 1 año
18	masculino	74,0	casado	primaria	comerciante	Huancayo	independiente	dependencia moderada	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
19	masculino	60,0	divorciado	primaria	Ama de casa	El Tambo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
20	masculino	73,0	soltero	primaria	obrero	Huancayo	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
21	masculino	78,0	casado	primaria	obrero	Otros	independiente	dependencia leve	71-80 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años
22	femenino	67,0	casado	primaria	profesional	Pilcomayo	independiente	dependencia leve	60-70 años	Deterioro c...	Entre 1-2 años



- Resultado
 - Registro
 - Frecuencias
 - Título
 - Notas
 - Conjunto de datos
 - Estadísticos
 - Tabla de frecuenc
 - Título
 - Genero
 - Estado civil
 - Grado de inst
 - Ocupacion
 - Procedencia

Genero

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	masculino	60	42,9	42,9	42,9
	femenino	80	57,1	57,1	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Estado civil

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	soltero	22	15,7	15,7	15,7
	casado	87	62,1	62,1	77,9
	viudo	20	14,3	14,3	92,1
	divorciado	11	7,9	7,9	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

Grado de instrucción

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	analfabeto	6	4,3	4,3	4,3
	primaria	46	32,9	32,9	37,1
	secundaria	60	42,9	42,9	80,0
	tecnico superior	15	10,7	10,7	90,7
	superior	13	9,3	9,3	100,0
	Total	140	100,0	100,0	



- Resultado
 - Registro
 - Frecuencias
 - Título
 - Notas
 - Conjunto de datos
 - Estadísticos
 - Tabla de frecuenc
 - Título
 - Genero
 - Estado civil
 - Grado de inst
 - Ocupacion
 - Procedencia
 - Registro
 - Frecuencias
 - Título
 - Notas
 - Estadísticos
 - Tabla de frecuenc
 - Título
 - ABVD(Ind. Ka
 - AIVD(Esc. La
 - Rango_etaric
 - tipo_deteriorc

ABVD(Ind. Katz)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	independiente	105	75,0	75,0	75,0
	dependiente parcial	26	18,6	18,6	93,6
	dependiente total	9	6,4	6,4	100,0
Total		140	100,0	100,0	

AIVD(Esc. Lawton y Brody)

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	dependencia leve	26	18,6	18,6	18,6
	dependencia moderada	21	15,0	15,0	33,6
	independencia	84	60,0	60,0	93,6
	dependencia severa	9	6,4	6,4	100,0
Total		140	100,0	100,0	

Rango_etario

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60-70 años	48	34,3	34,3	34,3
	71-80 años	57	40,7	40,7	75,0
	> 80 años	35	25,0	25,0	100,0
Total		140	100,0	100,0	



- Registro
- Frecuencias
- Título
- Notas
- Conjunto de da
- Estadísticos
- Tabla de frecue
 - Título
 - Genero
 - Estado civil
 - Grado de i
 - Ocupacion
 - Procedenc
- Registro
- Frecuencias
- Título
- Notas
- Estadísticos
- Tabla de frecue
 - Título
 - ABVD(Ind.
 - AVD(Esc.
 - Rango_etc
 - tipo_deteri
- Registro
- Frecuencias
- Título
- Notas
- Estadísticos
- Tabla de frecue
 - Título
 - tiempo_en
 - dcl_compl
 - polifarmac
 - Comorbilic

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	71	50,7	50,7
	1,00	69	49,3	100,0
Total	140	100,0	100,0	

polifarmacia

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	87	62,1	62,1	62,1
	Si	53	37,9	37,9	100,0
Total		140	100,0	100,0	

Comorbilidades

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado	
Válido	Ninguno	69	49,3	49,3	49,3	
	Diabetes Mellitus	22	15,7	15,7	65,0	
	Hipertensión Arterial	13	9,3	9,3	74,3	
	ICC	11	7,9	7,9	82,1	
	Neoplasias	9	6,4	6,4	88,6	
	Enfermedades Osteoarticulares	9	6,4	6,4	95,0	
	Insuficiencia renal cronica	4	2,9	2,9	97,9	
	EPOC	3	2,1	2,1	100,0	
	Total		140	100,0	100,0	



- Registro
- Frecuencias
 - Título
 - Notas
 - Conjunto de da
 - Estadísticos
 - Tabla de frecue
 - Título
 - Genero
 - Estado civi
 - Grado de i
 - Ocupacion
 - Procedenc
- Registro
- Frecuencias
 - Título
 - Notas
 - Estadísticos
 - Tabla de frecue
 - Título
 - ABVD(Ind.
 - AIVD(Esc.
 - Rango_etc
 - tipo_deteri
- Registro
- Frecuencias
 - Título
 - Notas
 - Estadísticos
 - Tabla de frecue
 - Título
 - tiempo_en
 - dcl_compl
 - polifarmac
 - Comorbili

Tabla de frecuencia

tiempo_enfermedad

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	< 1 año	71	50,7	50,7	50,7
	Entre 1-2 años	51	36,4	36,4	87,1
	Entre 3-4 años	10	7,1	7,1	94,3
	> 4 años	8	5,7	5,7	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

dcl_complicado

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	,00	71	50,7	50,7	50,7
	1,00	69	49,3	49,3	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

polifarmacia

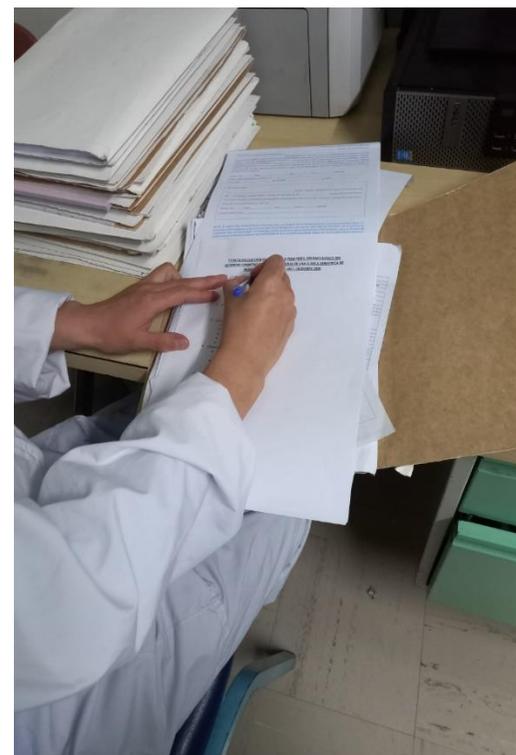
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	87	62,1	62,1	62,1
	Si	53	37,9	37,9	100,0
	Total	140	100,0	100,0	

ANEXO 7. FOTOS DURANTE LA RECOLECCION DE DATOS

Foto N^o1. Reconocimiento de historias clinicas



Foto N^o 2. Aplicación de la ficha de recolección de datos



ANEXO 8. RESOLUCION DE TESIS

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



RESOLUCIÓN N°331-D-FMH-UPLA/2021

Huancayo, 20 de setiembre de 2021

EL DECANO DE LA FACULTAD DE MEDICINA HUMANA DE LA UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

VISTOS:

Ley Universitaria N°30220, Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes adecuado a la Ley N°30220, Resoluciones N°011-2015-AU y 0429-D-FMH-UPLA/2019, Solicitud FUT 636890, Oficio N°347-2021-CGT-FMH-UPLA, Expediente N°132-FMH-GT-2021 - Provelido N°1657-2021-D-FMH-UPLA, respectivamente, y;

CONSIDERANDO:

Que, el Estado reconoce la autonomía universitaria. La autonomía inherente a las universidades se ejerce de conformidad con lo establecido en la Constitución, la presente Ley y demás normativas aplicables¹;

Que, la Asamblea Universitaria de la Universidad Peruana Los Andes en Sesión Extraordinaria de fecha 27.01.2015, aprueba y proclama el Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes, adecuado a la Ley Universitaria N°30220 por la Asamblea Universitaria, en cumplimiento a lo dispuesto en la Segunda Disposición Complementaria Transitoria de la Ley antes citada y dispone su vigencia a partir del día siguiente de su publicación (31.03.2015) en el Diario Oficial "El Peruano"²;

Que, la Universidad Peruana Los Andes es una institución con personería jurídica, de derecho privado sin fines de lucro, creada por Ley N°23757 y su ampliatoria Ley N°24697 y, con autorización definitiva por Resolución N°446-93-ANR de fecha 18.06.1993 cuya sigla es UPLA; es una comunidad académica, orientada a la investigación y a la docencia, que brinda una formación humanista, científica y tecnológica con una clara conciencia de nuestro país como realidad intercultural, de servicios públicos esenciales, conformado por docentes, estudiantes y graduados³;

Que, la Universidad Peruana Los Andes, se rige por sus principios y por las disposiciones pertinentes de la Constitución Política del Perú, Ley Universitaria N°30220, Ley General de Educación N°28044, el presente Estatuto, sus Reglamentos y demás normas conexas⁴;

Que, la Universidad Peruana Los Andes goza de autonomía normativa, de gobierno, académica, administrativa y económica, de conformidad con la Constitución y la Ley⁵;

Que, el Decano es la máxima autoridad de gobierno de la Facultad, representa a la Facultad ante el Consejo Universitario y Asamblea Universitaria, conforme dispone la Ley. Es elegido por un periodo de cuatro (04) años y no hay reelección inmediata, el cargo es a Dedicación Exclusiva⁶;

Que, la Universidad se organiza por Facultades que son unidades de formación académica, profesional y de gestión; las que están integradas por docentes y estudiantes⁷. Comprenden unidades orgánicas que participan en el proceso de formación profesional;

Que, el Consejo Universitario en Sesión Extraordinaria de fecha 14.06.2016, aprueba el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Los Andes, adecuado a la Ley Universitaria N°30220, propuesto mediante Oficio N°191-2016-VRAC-UPLA de fecha 29.04.2016 por el señor, Vicerrector Académico y los Coordinadores de Grados y Títulos de las Facultades de Universidad Peruana Los Andes, documento normativo que consta de 03 (Tres) Títulos, 011 (Once) Capítulos, 57 (Cincuenta y siete) Artículos, 05 (Cinco) Disposiciones Complementarias, 04 Disposiciones Finales, y 02 Disposiciones Transitorias, que forman parte de la presente; asimismo, aprobar la vigencia del Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Los Andes, adecuado a la Ley Universitaria N°30220, a partir del Semestre Académico 2016-II y hasta nueva disposición, y derogar a partir del Semestre Académico 2016-II, el Reglamento General de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Los Andes, aprobado mediante Resolución N°312-2001-CU de fecha 11.07.2001, y toda disposición contraria⁸;

Que, aprobado el Proyecto de Investigación por la Dirección de Investigación de la Facultad y nominado el asesor, previo informe del Coordinador de Grados y Títulos, el Decano aprueba y emite la Resolución y ordena el registro en el libro correspondiente⁹. Los datos a consignarse son los siguientes:

- a) Título de la tesis.
- b) Fecha de inicio y término de la preparación de la tesis y su asesoramiento.
- c) Nombre (s) de los responsables del trabajo.
- d) Nombre o nombres de los docentes asesores, quienes en señal de aceptación firmarán el libro conjuntamente con el aspirante al título profesional

Que, el asesor cumple con la labor de orientación y supervisión permanente de ejecución del Proyecto de Investigación, que en un plazo no mayor de un año presentará el informe de culminación de su labor de asesoría del trabajo final¹⁰;

¹ Artículo 8° de la Ley Universitaria N° 30220 de fecha 10.07.2014

² Artículo 1° de la Resolución N° 011-2015-AU de fecha 27.01.2015

³ Artículo 1° del Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes adecuado a la Ley Universitaria N° 30220, aprobado mediante Resolución N° 011-2015-AU de fecha 27.01.2015

⁴ Artículo 3° del Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes vigente

⁵ Artículo 4° del Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes vigente

⁶ Artículo 47° del Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes vigente

⁷ Artículo 73° del Estatuto de la Universidad Peruana Los Andes vigente

⁸ Artículo 1° de la Resolución N° 0730-CU-2016 de fecha 14.06.2016

⁹ Artículo 23° del Reglamento de Grados y Títulos vigente

¹⁰ Artículo 24° del Reglamento de Grados y Títulos vigente

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES
FACULTAD DE MEDICINA HUMANA



Que, concluida con la redacción de la tesis y con el informe aprobatorio del Asesor él y los interesados presentarán por triplicado al Decano los borradores y solicitará (n) el nombramiento de tres docentes especialistas y un suplente como revisores de tesis¹¹;

Que, los docentes revisores presentarán su dictamen a fin de que el aspirante al título profesional pueda absolver las observaciones si es que las hubiera. El dictamen debe contener aspectos formales, metodológicos y de contenido¹²;

Que, previo informe del Coordinador de Grados y Títulos, el Decano, nombra mediante resolución tres docentes revisores de la tesis y un suplente, los mismos que serán necesariamente miembros del jurado¹³;

Que, a los docentes revisores designados se les entregará los borradores de tesis, que en un plazo no mayor de quince (15) días hábiles, emitirán su dictamen debidamente fundamentado y bajo responsabilidad¹⁴;

Que, el Decano de la Facultad de Medicina Humana mediante Resolución N°266-D-FMH-UPLA/2021 de fecha 13.08.2021 aprueba la inscripción del Plan de Tesis denominado "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO," presentado por la Bachiller MUÑO CÁRDENAS MILAGROS MARIA, para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL de MÉDICO CIRUJANO¹⁵;

Que, la Bachiller en Medicina Humana MUÑO CÁRDENAS MILAGROS MARIA, mediante Solicitud FUT N°636890, peticiona la revisión y designación de Jurados Revisores de la Tesis titulada "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO"

Que, el Coordinador de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana mediante Oficio N°347-2021-CGT/FMH-UPLA de fecha 20.09.2021 hace de conocimiento que la Bachiller en Medicina Humana MUÑO CÁRDENAS MILAGROS MARIA, cumple con los requisitos establecidos por el Reglamento para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL de MÉDICO CIRUJANO; por lo tanto, solicita la designación de los Jurados Revisores y la emisión de la Resolución correspondiente;

Que, el señor Decano de la Facultad de Medicina Humana toma conocimiento de lo actuado y mediante Expediente N°132-FMH-GT-2021 - Proveído N°1657-2021-D-FMH-UPLA de fecha 20.09.2021 remite a Secretaría Docente para emisión de la Resolución pertinente;

En uso de las atribuciones conferida por la Ley Universitaria N°30220, Estatuto de la Universidad, Reglamento de Grados y Títulos de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Peruana Los Andes y demás disposiciones legales vigentes; se,

RESUELVE:

Art.1° **AUTORIZAR** la Revisión de la Tesis titulada "PERFIL EPIDEMIOLÓGICO DEL DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DE UNA CLÍNICA GERIÁTRICA DE HUANCAYO," presentado por la Bachiller en Medicina Humana MUÑO CÁRDENAS MILAGROS MARIA, para la obtención del TÍTULO PROFESIONAL de MÉDICO CIRUJANO, para la cual fue designado como asesor al **DR. ANÍBAL VALENTÍN DÍAZ LAZO**.

Art. 2° **DESIGNAR** a los Jurados Revisores de la Tesis, integrado por los siguientes Docentes:

Mg. Santiago Cortez Orellana	MIEMBRO
Mg. Fabricio Paul Gamarra Castillo	MIEMBRO
M.C. Francisco Edgardo Meza Legua	MIEMBRO
M.C. Henry Aguado Taquire	SUPLENTE

Art. 3° **ENCARGAR** al Coordinador de Grados y Títulos y a los Miembros del Jurado Examinador, el cumplimiento de la presente Resolución.

REGÍSTRESE, COMUNÍQUESE Y RCHÍVESE

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

M.G. SEGUNDO RONALD SAMAMÉ TALLEDO
DECANO

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

M.C. JOSE ENRIQUE SEVERINO BRONCALES
SECRETARIO DOCENTE

Distribución: CGT/DUIFMH/JURADOS (4)/INTERESADO/ARCHIVO

EFP

¹¹ Artículo 27° del Reglamento de Grados y Títulos vigente

¹² Artículo 28° del Reglamento de Grados y Títulos vigente

¹³ Artículo 29° del Reglamento de Grados y Títulos vigente

¹⁴ Artículo 30° del Reglamento de Grados y Títulos vigente

¹⁵ Artículo 1° de la Resolución N° 0423-D-FMH-UPLA/2019 de fecha 15.09.2019