



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

ESCUELA DE POSGRADO
PROGRAMA ACADÉMICO DE MAESTRÍA EN DOCENCIA
UNIVERSITARIA

**Reserva Cerebral y Deterioro Cognitivo en pacientes
de un hospital de Lima, 2021**

TESIS PARA OBTENER EL GRADO ACADÉMICO DE:

Maestra en Docencia Universitaria

AUTORA:

Olaya Dueñas, Rosario Carmen (ORCID: 0000-0001-5696-2864)

ASESORA:

Dra. Robladillo Bravo, Liz Maribel (ORCID: 0000-0002-8613-1882)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

Evaluación y Aprendizaje

LIMA – PERÚ

2021

Dedico este trabajo a mi Señor Jesús por los momentos difíciles que me ha podido sustentar en todo este proceso de desarrollo de mi tesis.

Agradezco a mi persona especial. Enma

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pag
Carátula.....	i
Dedicatoria.....	ii
Agradecimiento.....	iii
Índice de contenidos.....	iv
Índice de tablas.....	v
Índice de gráficos y figuras.....	vi
Resumen.....	vii
Abstract.....	viii
I. INTRODUCCIÓN.....	1
II. MARCO TEÓRICO.....	5
III. METODOLOGÍA.....	12
3.1 Tipo y diseño de investigación.....	12
3.2 Variables y operacionalización.....	13
3.3 Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis.....	14
3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	14
3.5 Procedimientos.....	18
3.6 Método de análisis de datos.....	18
3.7 Aspectos éticos.....	18
IV. RESULTADOS.....	19
V. DISCUSIÓN.....	29
VI. CONCLUSIONES.....	35
VII. RECOMENDACIONES.....	36
REFERENCIAS.....	37
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA N^a1

Tabla de frecuencias; relación entre reserva cerebral y deterioro cognitivo.

TABLA N^a2

Tabla de frecuencias; relación entre reserva cerebral y orientación.

TABLA N^a3

Tabla de frecuencias; relación entre reserva cerebral y registro.

TABLA N^a4

Tabla de frecuencias, relación entre reserva cerebral y evocación.

TABLA N^a5

Tabla de correlación; hipótesis general.

TABLA N^a6

Tabla de correlación; hipótesis específica 1.

TABLA N^a7

Tabla de correlación, hipótesis específico 2.

TABLA N^a8

Tabla de correlación; hipótesis específica 3.

ÍNDICE DE GRÁFICOS Y FIGURAS

FIGURA N^a 1 Relación entre reserva cerebral y deterioro cognitivo

FIGURA N^a2 Relación entre reserva cerebral y orientación.

FIGURA N^a3 Relación entre reserva cerebral y registro.

FIGURA N^a4 Relación entre reserva cerebral y evocación.

RESUMEN

En el presente trabajo de investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre la reserva cerebral y deterioro cognitivo en los pacientes de un hospital de Lima.

La investigación desarrollada fue de tipo básica y enfoque cuantitativo. El nivel fue de tipo descriptivo correlacional, de diseño no experimental transversal, la población fue de 100 personas, los instrumentos de recogida de datos fue un cuestionario adaptado que midió las variables reserva cognitiva y deterioro cognitivo obteniendo la validez con la técnica juicio de expertos y la confiabilidad se utilizó el coeficiente de Alfa de Cronbach.

Se determina una relación significativa entre reserva cerebral y deterioro cognitivo autorregulado con un p -valor 0,05, además se tiene un RHO de Sperman de 0,652 lo cual indica una correlación positiva.

Palabras claves: reserva cerebral, deterioro cognitivo, orientación, registro, evocación.

ABSTRACT

In this research work, the objective of this research was to determine the relationship between brain reserve and cognitive impairment in patients at a hospital in Lima.

The research developed was of a basic type and a quantitative approach. The level was descriptive correlational, of cross-sectional non-experimental design, the population was 100 people, the data collection instruments was an adapted questionnaire that measured the variables cognitive reserve and cognitive impairment obtaining the validity with the expert judgment technique and the reliability cronbach's alpha coefficient was used.

A significant relationship between cognitive reserve and self-regulated cognitive impairment is determined with a p.value of 0.05, in addition to a Sperman RHO of 0.652 which indicates a positive correlation.

Keywords: brain reserve, cognitive impairment, orientation, registration, evocation.

I. Introducción

En el perfeccionamiento de mi capacidad como especialista en neuropsicología, he tenido la opción de observar lo que significa la retención del cerebro para el avance de nuestras capacidades mentales superiores en jóvenes, adultos y ancianos. La maduración mental o cerebral es un ciclo heterogéneo, generalizado e irreversible, y estableciendo el factor de peligro abrumador para la gran mayoría de las infecciones y afecciones que limitan el bienestar. Actualmente, como público en general, nos encontramos con un ciclo de maduración mental o cerebral acelerado de la población por el estilo de vida, que se sustenta en una baja tasa de natalidad y mortalidad, ampliando el futuro.

Junto con la maduración mental, se producen cambios fisiológicos, útiles y subatómicos, que repercuten en el marco ansioso, cardiovascular, respiratorio, estomacal y renal. Las enfermedades con mayor penetración y frecuencia durante la madurez mental son las enfermedades neurodegenerativas como la demencia y las infecciones cardiovasculares.

Asimismo, se puede decir que la reserva mental o cerebral se identifica firmemente con el aprendizaje de cada persona que consigue en sus fases de avance, lo que permitirá a la mente responder rápidamente en la recuperación neuronal de los espacios del cerebro dañados por cualquier ocasión obsesiva o daño cerebral. Además, se ha establecido que cuanto más notable sea la reserva, más prominente será el componente defensivo contra el desarrollo de las enfermedades mentales, incluyendo la depresión. (neurociencia psicológica, 2014).

Un factor ilustrativo podría ser que la reserva mental, en su desarrollo especulativo que se centra en la capacidad de la mente para soportar los cambios que se producen en la maduración típica o neurótica, por lo que se observa una conexión inversa entre la reserva y el desmoronamiento

intelectual y útil, como resultado, un cerebro más grande tendrá un funcionamiento psicológico más prominente y una reserva cerebral mayor puede retrasar las fases preclínicas de la demencia. La retención del cerebro se identifica firmemente con la neuroplasticidad, que puede caracterizarse como el límite del sistema sensorial para reaccionar a la incitación natural o ecológica, rediseñando su construcción, capacidad y asociaciones, y que depende de la edad, pero también del entorno natural del individuo. (neurociencia psicológica, 2014).

La reserva cerebral o mental es la capacidad de la mente para adaptarse a los cambios mentales que se producen debido al envejecimiento como a la interacción con alguna enfermedad, lo que ayuda a disminuir las exposiciones clínicas. Por lo tanto, la idea de retención mental, esto regularía la conexión entre las lesiones mentales y sus efectos secundarios clínicos, esbozando la ruptura negativa de estas lesiones en las regiones neuropsicológicas. (neurociencia psicológica, 2014).

Por consiguiente, se ve la necesidad de hacer un análisis de la relación de la Reserva Cerebral o mental en individuos ante un deterioro cognitivo en un hospital de Lima, 2021.

La justificación práctica es para entender la importancia de la reserva cerebral en relación a un posible deterioro cognitivo de una persona adulta ante el envejecimiento normal o por la aparición de una alguna enfermedad degenerativa, más conocidas como las demencias, asimismo como las áreas cognoscitivas se van alterando. La derivación de esta investigación contribuirá a los profesionales de salud a conocer más el término de reserva cerebral y hacer programas de intervención en estimular las áreas cognoscitivas de atención, registro y evocación de la información de cada persona.

Por lo descrito en los párrafos anteriores enunciamos el siguiente problema general:

¿Cuál es la relación de la Reserva Cerebral y deterioro cognitivo en los pacientes de un hospital de Lima 2021? Asimismo, tenemos los

siguientes problemas específicos: ¿de qué manera la orientación se relaciona en la reserva cerebral en pacientes de un hospital de lima 2021?, ¿de qué manera el registro se relaciona con la reserva cerebral en los pacientes de un hospital de lima,2021?, ¿de qué manera la evocación se relaciona con la reserva cerebral en los pacientes de un hospital de lima, 2021?

La justificación teórica del presente estudio en la reserva cerebral como elemento sustentador en los pacientes que presenten algún deterioro cognitivo concomitante a cualquier enfermedad o daño cerebral. Si bien es cierto la reserva cerebral está definida por variables como las actividades cognitivas, actividades físicas o mentales durante la vida, lo que también se toma en cuenta la cultura y costumbre de cada persona. Por lo tanto, es importante saber cómo se dan estas variables en nuestra realidad y que implicancia tiene en cada paciente que probablemente presenta deterioro cognitivo. El deterioro cognitivo en los pacientes, altera su estilo de vida. A partir de las consecuencias de este análisis se ansía obtener una contribución al conocimiento de la importancia de la reserva cerebral en las personas como prevención para un posible desarrollo de alguna enfermedad degenerativa o un posible daño cerebral.

Por lo descrito en los párrafos anteriores enunciamos el siguiente Objetivo general

Determinar la relación de la reserva cerebral y deterioro cognitivo en los pacientes de un hospital de lima., 2021. Asimismo, tenemos los siguientes Objetivos específicos: Determinar como la orientación se relaciona con la reserva cerebral de los pacientes de un hospital de Lima, 2021; Determinar cómo el registro se relaciona con la reserva cerebral en los pacientes de un hospital de Lima, 2021; Determinar cómo la evocación se relaciona con la reserva cerebral de los pacientes de un hospital de Lima, 2021.

Finalmente se estableció como hipótesis general que existe relación entre reserva cerebral y deterioro cognitivo en un hospital de la

ciudad de Lima. 2021. Asimismo, se propusieron las siguientes hipótesis específicas: la orientación se relaciona en la reserva cerebral en los pacientes de un hospital de lima 2021, el registro se relaciona en la reserva cerebral en pacientes de un hospital de lima 2021; La evocación se relaciona con la reserva cerebral en pacientes de un hospital de lima 2021.

II. Marco Teórico

El creador E. Guevara (2015) en el ámbito público dirigió un examen en la ciudad de Lima en el año 2013 donde el objetivo fue construir el nivel de impacto de la retención intelectual en pacientes determinados con infección de Parkinson llegando a la resolución de que el ahorro psicológico impacta enfáticamente en la capacidad psicológica en pacientes con enfermedad de Parkinson así mismo estos pacientes muestran impedimento psicológico siempre que de la enfermedad.

Fiorela López y Sheyla Requena (2018) en una investigación dirigida en Lima se plantearon ver si existe una conexión entre el grado de salvación intelectual versus el grado de dependencia práctica en pacientes con ictus isquémico llegando a la resolución de que la sujeción psicológica en individuos con esta problemática contribuye fundamentalmente a bajar los grados de dependencia útil.

Neurociencia Cognitiva (2014) en el ámbito internacional se demostró a más de una década en diferentes estudios que el cerebro de cada individuo actúan de diferentes formas. Se puede decir que dos personas pueden cumplir los criterios anatomopatológicos de la enfermedad de Alzheimer y, sin embargo, una de ellas puede mostrar los síntomas clínicos y por lo tanto un declive cognitivo, y la otra permanecer cognitivamente sana. En un estudio anterior se evidencio que las personas que mostraban criterios de la enfermedad de Alzheimer, pero mostraban un funcionamiento cognitivo dentro de la normalidad tenían un mayor tamaño cerebral, lo que sugiere que tal vez tuvieran más neuronas, la que les habría protegido de la expresión de los síntomas clínicos. Esta ventaja en cuanto a la capacidad para tolerar un mayor grado de enfermedad fue denominada reserva cerebral.

Bosch Capdevila, Beatriz (2010) hizo una exploración en Barcelona donde el objetivo era examinar las conexiones neuroanatómicas y

neurofuncionales del cerebro, llegando a la resolución de que el grado de asociación a lo largo de la existencia de tareas mentales, escolares, sociales y proactivas regula el diseño y la capacidad de la mente. Finalmente, la idea del cerebro aclara la oposición y la remuneración del signo clínico de una infección.

Forcada Pach Irene (2015) dirigió un examen en la ciudad de Lleida con la intención de investigar la relación de la retención psicológica y mental con las variables neurocognitivas, neuro-subyacentes y sus impactos en la utilidad psicosocial del problema bipolar. Presumieron que la sujeción psicológica podría ser un factor crítico en la expectativa práctica del problema bipolar.

Cerda Salom, Carola (2016) dirigió su investigación en la ciudad Jaume el objetivo era examinar la conexión entre los factores identificados con el ahorro psicológico comparables a largos períodos de tutoría y el coeficiente intelectual manipulativo y la decadencia del cerebro en la materia oscura en los pacientes determinados a tener esclerosis numerosos, con y sin debilidad intelectual, infiriendo que el ahorro intelectual asume una parte significativa en la decadencia de la mente y la ejecución psicológica en los pacientes con diferentes esclerosis.

David Bartres y José Molinuevo (2010) dirigieron una investigación en Barcelona en la que el examen se centró en las investigaciones de las correspondencias primarias y prácticas de la salvación del cerebro por resonancia magnética en mentes con una maduración sólida y con alguna enfermedad.

Sargiotto Paula (2016) dirigió un examen en la ciudad de río cuarto donde el objetivo era construir la conexión entre la retención psicológica y el trabajo intelectual frente a personas mayores, llegando a la resolución de que la escolaridad y la preparación musical impacta en la reserva del

cerebro.

Castro (2012) dirigió una investigación en México en la que evaluó el impacto de un programa de mediación de enfermería para desarrollar aún más la memoria y la satisfacción personal en adultos más experimentados con discapacidad psicológica leve, infiriendo que el programa logró altas puntuaciones en los grados de memoria y satisfacción personal y que la animación de la memoria ayuda a salvaguardar y mejorar las capacidades intelectuales protegidas del paciente y lograr el alivio de la debilidad de la demencia.

Pereyra (2017) dirigió una investigación en la ciudad de Córdoba-Argentina con el propósito de examinar la relación entre los grados de retención psicológica, ejercicios instrumentales, extensos y deportivos de la vida diaria en pacientes con impedimento intelectual típico y suave, llegando a la decisión de que existe una distinción según la variable de retención psicológica para el grupo de referencia y no se encontraron distinciones en los ejercicios instrumentales de la vida diaria de igual manera se encontraron contrastes en los ejercicios amplios y deportivos de la vida diaria. Los dos grupos son prácticamente dinámicos, pero contrastan en su estado psicológico, pero también en ciertos indicadores de control intelectual y ejercicios deportivos.

Amoretti Guadall(2019) realizo un estudio en la ciudad Barcelona con el objetivo de observar la capacidad predictiva de la reserva cognitiva en los resultados funcionales, clínicos y cognitivos a los dos años de seguimiento en personas con un primer episodio psicótico tiene como resultado que el nivel de reserva cognitiva predice el rendimiento neuropsicológico, la sintomatología negativa y la funcionalidad en los primeros episodios psicóticos, ejerciendo un papel diferencial según el diagnostico.

Soto (2016) dirigió un examen en la ciudad de Madrid con la intención de investigar el significado del nivel de pericia como proporción del ahorro intelectual en el entorno peruano y cómo se lleva a cabo el ahorro psicológico en el grado de control principal, llegando a la resolución de que una mejor ejecución de pericia se relaciona con una mejor ejecución en el nivel psicológico en general, pero en el grado de trabajos de líder específicamente, y que el nivel de pericia predice mejor en comparación con la variable períodos largos de tutoría la exposición intelectual general, pero particularmente la presentación en capacidades principales.

Además Ramírez y Martella (2019) dirigieron un examen en la ciudad de Chile donde necesitaban exhibir el resultado benéfico de la reserva mental en la disminución de los signos de la discapacidad psicológica y distinguir los factores normales que aclaran las restricciones de la mente llegando a la resolución de que las variables que se suman a la alta reserva parecen retribuir sólo las disminuciones intelectuales predominancia, agotando los instrumentos compensatorios en las medidas de demencia en estado avanzado.

Después de referirnos a las investigaciones que se han probado como fundamento, procedemos con el significado de los factores bajo examen para ayudar a cada factor bajo hipótesis. En este sentido, para ayudar a la variable de salvación del cerebro, debemos precisar a Redolar (2014) quien subraya que la salvación es la capacidad de la mente para adaptarse a los cambios mentales producidos por la maduración típica o por un ciclo neuropatológico, lo que se suma para disminuir sus indicaciones clínicas. Según la hipótesis, esto regularía la conexión entre las lesiones cerebrales y sus apariciones clínicas, restringiendo la consecuencia adversa de estas llagas en la región intelectual obtenida adicionalmente de factores, por ejemplo, el tamaño de la mente o la cantidad de neuronas y neurotransmisores, que podrían ser recordados por la idea del potencial anatómico.

Los cerebros que tienen un nivel serio de estos atributos tienen un sustrato estándar más prominente, que se llena como una forma de mantener el trabajo ordinario. Por ejemplo, un volumen más prominente de materia tenue es uno de los factores que se recordarían para lo que se llama límite de ahorro cerebral. Este límite es peculiar, está conectado a las correspondencias anatómicas y recomienda que elementos latentes específicos, (por ejemplo, la cantidad de neurotransmisores o el volumen del cerebro) den una capacidad específica para soportar medidas neuropatológicas. Una ramificación significativa del límite de retención del cerebro es que retrasaría el estado preclínico en los ciclos de predemencia y demencia (Redolar, 2014).

Variables de la reserva es cuando el individuo ha estado expuesto a ellas a lo largo de su vida tener más reserva, es decir, más resistencia a los efectos de la neurodegeneración asociados a la demencia o a los efectos del envejecimiento; son, por lo tanto, aquellas variables asociadas a las características dinámicas de la reserva:

Educación y cociente intelectual premórbido: los efectos significativamente protectores de la educación con respecto a la incidencia de demencia han sido encontrados en diversos estudios revisados por Valenzuela y Sachdev. Precisamente, la ausencia de adquirir conocimientos han sido establecidos como un factor de riesgo importante para desarrollar enfermedad de Alzheimer u otras demencias, también ha sido identificada como uno de los factores protectores contra las pérdidas cognitivas asociadas a la edad.

Ejercicios intelectuales y relajación: En la edad adulta, el interés por la recreación y los ejercicios intelectuales como leer, aprender a tocar cualquier instrumento musical, así como los ejercicios físicos, sociales y de reunión, se han relacionado como prevención a desarrollar una demencia muchos años después. En algunas investigaciones, los grados significativos de movimiento mental se han relacionado con un riesgo hasta la mitad menor de crear demencia. De hecho, incluso los ejercicios ordinarios, como leer el periódico, jugar a las cartas o hacer adivinanzas,

pueden suponer un menor riesgo de fomentar la enfermedad de Alzheimer.

Actividad física: el resultado constructivo del ejercicio real se ha identificado con un menor decaimiento relacionado con la edad en las imágenes de reverberación atractivas (MRI) contempla, incluyendo diseños de iniciación diferencial, proponiendo una versatilidad mental utilitaria más desarrollada.

El deterioro cognitivo leve (DCL) (mild cognitive impairment de Petersen o DCL amnésico) designa un conjunto sindrómico que comprende:

Quejas mnésicas de la persona de edad avanzada confirmadas por sus familiares.

Un trastorno objetivo de la memoria caracterizado desde el punto de vista psicométrico por debajo de una población de control de la misma edad y nivel cultural.

Una función cognitiva general normal.

Una perseveración de las funciones de la vida diaria.

La ausencia de signos de demencia. (Roger Gil, 2019).

El obstáculo psicológico es introducido por el debilitamiento de la memoria, los problemas de aprendizaje y la disminución de la capacidad de atención en una tarea que conlleve tiempo en ejecutarla. A menudo se encuentra una sensación de debilidad mental para abarcar el trabajo académico, y la obtención del aprendizaje se ve como abstractamente problemática, en cualquier caso, cuando es desapasionadamente eficaz. (CIE 10).

Además, Parkin (1999), la cognición es la parte de la ciencia del cerebro que se esfuerza por dar una aclaración lógica de cómo el cerebro completa las capacidades cognoscitivas complejas como los procesos mnémicos, el lenguaje y el pensamiento, por ejemplo está comprometida

con la investigación de los ciclos psicológicos fundamentales y superiores responsables de la obtención de nueva información. Podemos referirnos a lo siguiente:

Isturiz caracteriza la orientación como el límite que nos permite saber de nosotros mismos y del escenario en el que terminamos en un segundo determinado, la realidad. (Isturiz, 2018).

Piaget caracteriza el registro como la fase inicial durante el tiempo de aprendizaje de nuevos datos para almacenarlos con la ayuda del foco de consideración. (Piaget, 1969).

Portelano caracteriza la evocación (memoria) como una capacidad neurocognitiva que permite registrar, codificar, fusionar, retener, guardar, recuperar y revisar los datos recientemente guardados (Portelano, 2005).

III. METODOLOGIA

3.1 Tipo y diseño de investigación

Tipo

Será un tipo de investigación de tipo básica, como indica Carrasco (2015), quien especifica este tipo de estudio no tiene la razón de ser de las aplicaciones garantizadas, por lo que simplemente se espera que amplíe y desarrolle los establecimientos de información lógica. Su motivación es adquirir datos a través del surtido para construir información lógica.

Diseño

Hernández et al (2014) advierten que un diseño no experimental depende del no control de los factores a crear en la investigación y solo establece el surtido de datos en un momento establecido, en el momento que sucede, Carrasco (2015) las características de la configuración de examen permiten al analista explorar y percibir la relación de los factores de examen para construir el impacto, en esta línea tener la opción de diferenciar la conexión entre los factores. Se detalla este gráfico:

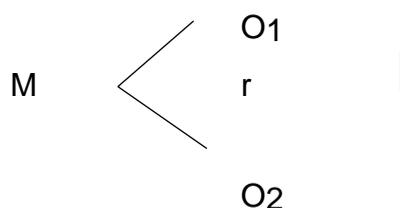


Figura 1. Diagrama del diseño

En donde:

M= Pacientes de un Hospital de Lima, 2021

O1= Reserva Cerebral

O2= deterioro cognitivo

r = coeficiente de correlación entre variables

3.1 Operacionalización de variables

Variable 1: Reserva Cerebral

Redolar (2015), es la capacidad de la mente para acomodarse a los cambios cerebrales creados por la maduración ordinaria o por un ciclo neuropatológico, lo que se suma a la disminución de sus signos clínicos, esto regularía la conexión entre las llagas mentales y sus apariciones clínicas, restringiendo la consecuencia adversa de estas llagas en la región psicológica.

Variable 2: Deterioro Cognitivo

Pérez (2005) a partir de ahora, el deterioro cognitivo perdura como una idea ineficazmente caracterizada e inadecuadamente concurrida, que refleja una reducción en la presentación de no menos de uno de los déficits mentales o intelectuales que la acompañan en la alteración en la memoria, orientación, pensamiento, disminución en la capacidad de cálculo y ayuda, dificultad de aprendizaje y capacidad visoespacial. Supone un nivel intelectual superior al actual, un decaimiento o declive en cuanto al grado de trabajo pasado, una pérdida a medias o mundial de las capacidades recientemente obtenidas, lo que no es generalmente verificable. El decaimiento escolar relacionado con la edad se presenta típicamente como un problema de memoria claramente suave para las ocasiones en curso, cuyas indicaciones clínicas difieren en un amplio alcance, desde un descuido ordinario y momentáneo simplemente abstracto, hasta un verdadero problema de la capacidad de recordar en la zona límite de la demencia.

Definición Operacional

La variable reserva cerebral, fue medida mediante escala ordinal, empleando así la escala tipo Likert (1: nunca o raras veces, 2: algunas veces, 3: buen número de veces, 4: la mayoría de veces). se utilizaron 13 ítems que evaluaron las tres dimensiones de la presente variable de estudio.

La a variable deterioro cognitivo, fue medida mediante escala ordinal, empleando así la escala tipo Likert (1: nunca o raras veces, 2: algunas veces, 3: buen número de veces, 4: la mayoría de veces). se utilizaron 13 ítems que evaluaron las tres dimensiones de la presente variable de estudio. (ver anexo)

3.2 Población, muestra y muestreo

3.2.1 Población

La población está constituida por 100 pacientes, de un hospital de Lima, 2021.

De acuerdo a Hernández- Sampieri y Mendoza (2018), la población o universo es un agregado de casos que convergen en una especificación determinada.

3.2.2 Muestra.

La muestra es igual que la población está establecida por 100 personas, hospital de Lima, 2021.

Según Hernández- Sampieri y Mendoza (2018), la muestra es un subconjunto representativo de la población con el cual se pueden realizar inferencias a partir de los datos seleccionados.

3.2.3 Muestreo.

Hernández- Sampieri y Mendoza (2018), menciona que en el enfoque cuantitativo tenemos dos tipos de muestro: probabilístico, donde los casos tienen la misma probabilidad de formar parte de la muestra y no probabilístico, mediante el cual la elección de las unidades está relacionada con las características y contexto de la investigación y no depende de la probabilidad. En esta investigación no hay muestreo. La población es igual a la muestra. Se considero un muestreo por conveniencia.

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validación y confiabilidad

Técnica.

El método de investigación empleado en este estudio es la encuesta. Al respecto McMillan y Schumacher (2005) exponen que por medio de la encuesta el investigador recaba información sobre actitudes, opiniones entre otros tipos de datos.

Instrumentos

En la presente investigación se obtendrá información de forma virtual empleando un formulario de Google Drive para obtener las respuestas de los cuestionarios aplicados con referencia a las variables de investigación.

Para Hernández- Sampieri y Mendoza (2018), un cuestionario lo conforman una serie de preguntas referidas a una o más variables a ser medidas. Asimismo, indican que un cuestionario debe ser con el planteamiento del problema e hipótesis.

Ficha técnica para variable 1: Reserva Cerebral

Nombre del cuestionario: cuestionario de reserva cerebral

Autor: Rosario Carmen Olaya Dueñas

Año: 2021

Significación: validación por expertos

Extensión: 13 ítems

Administración: individual

Ámbito de aplicación: pacientes de un hospital de Lima

Duración: 10 minutos

Escala de medición: Ordinal tipo Likert

1: nunca o raras veces

2: algunas veces

3: buen número de veces

4: la mayoría de veces

Niveles y Rangos: Se muestran tres niveles

Bajo

Medio

Alto

Ficha técnica para variable 2: Deterioro Cognitivo

Nombre del cuestionario: cuestionario Deterioro Cognitivo

Autor: Rosario Carmen Olaya Dueñas

Año: 2021

Significación: validación por expertos

Extensión: 20 ítems

Administración: individual

Ámbito de aplicación: pacientes de un hospital de Lima

Duración: 10 minutos

Escala de medición: Ordinal tipo Likert

1: nunca o raras veces

2: algunas veces

3: buen número de veces

4: la mayoría de veces

Niveles y Rangos: Se muestran tres niveles

Bajo

Medio

Alto

Validez

En la validez de los instrumentos se empleó la técnica juicio de expertos. Según Hernández- Sampieri y Mendoza (2018) al grado en el que un instrumento mide la variable objetivo de medición se le denomina validez la cual se logra cuando se tiene evidencia que el instrumento muestra congruencia con los indicadores empíricos de acuerdo con expertos calificativos.

Confiabilidad

Hernández Sampieri y Mendoza (2018) indican que la confiabilidad de un instrumento es el grado en que este produce resultados iguales al

ser aplicado a una muestra. Se utilizó el SPSS 25 para verificar la confiabilidad de los instrumentos empleando el coeficiente de Alfa de Cronbach puesto que la escala de respuestas de los instrumentos es politómicas tipo Likert.

3.5 Procedimientos

Los cuestionarios aplicados para medir las variables reserva cerebral y deterioro cognitivo tiene escala Likert y se validan mediante juicio de expertos para constatar si son aplicables. Luego se procede a realizar la encuesta para obtener información de las variables estudiadas y empleando el software estadístico SPSS 25 se elabora las tablas y diagramas pertinentes, así como las pruebas que permitan contrastar las hipótesis para verificar correlación y significancia.

3.6 Métodos de análisis de datos

Las encuestas se realizan a los pacientes, luego de la recolección de datos mediante los cuestionarios, se organiza los datos en una hoja de cálculo Microsoft Excel 2019. Se procede a los análisis estadísticos descriptivo e inferencial. El coeficiente de Spearman se emplea para verificar la correlación debido a la naturaleza de las variables.

3.7 Aspectos éticos

La presente investigación se realizó conforme a las normas planteadas por la Universidad Cesar Vallejo (UCV), la cual determina mediante una resolución la secuencia para llevar a cabo el trabajo de investigación. También se realiza la referencia de los derechos de autor en la información bibliográfica en la que se destaca a los autores que han sido consultados.

Se requirió el consentimiento de los participantes antes de la encuesta.

IV. RESULTADOS

3.3 Análisis descriptivo

Análisis descriptivo del objetivo general: establecemos la relación de Reserva Cerebral y el Deterioro Cognitivo, 2021.

Tabla 1

Tabla de frecuencias: relación entre Reserva Cerebral y Deterioro Cognitivo

Tabla cruzada RESERVA CEREBRAL (Agrupada)*DETERIORO COGNITIVO (Agrupada)				DETERIOROCOGNITIVO (Agrupada)			
				BAJO	MEDIO	ALTO	Total
RESERVA (Agrupada)	CEREBRAL BAJO	Recuento		18	10	6	34
		Recuento esperado		15,6	10,2	8,2	34,0
		% del total		18,0%	10,0%	6,0%	34,0%
	MEDIO	Recuento		16	13	13	42
		Recuento esperado		19,3	12,6	10,1	42,0
		% del total		16,0%	13,0%	13,0%	42,0%
	ALTO	Recuento		12	7	5	24
		Recuento esperado		11,0	7,2	5,8	24,0
		% del total		12,0%	7,0%	5,0%	24,0%
Total		Recuento		46	30	24	100
		Recuento esperado		46,0	30,0	24,0	100,0
		% del total		46,0%	30,0%	24,0%	100,0%

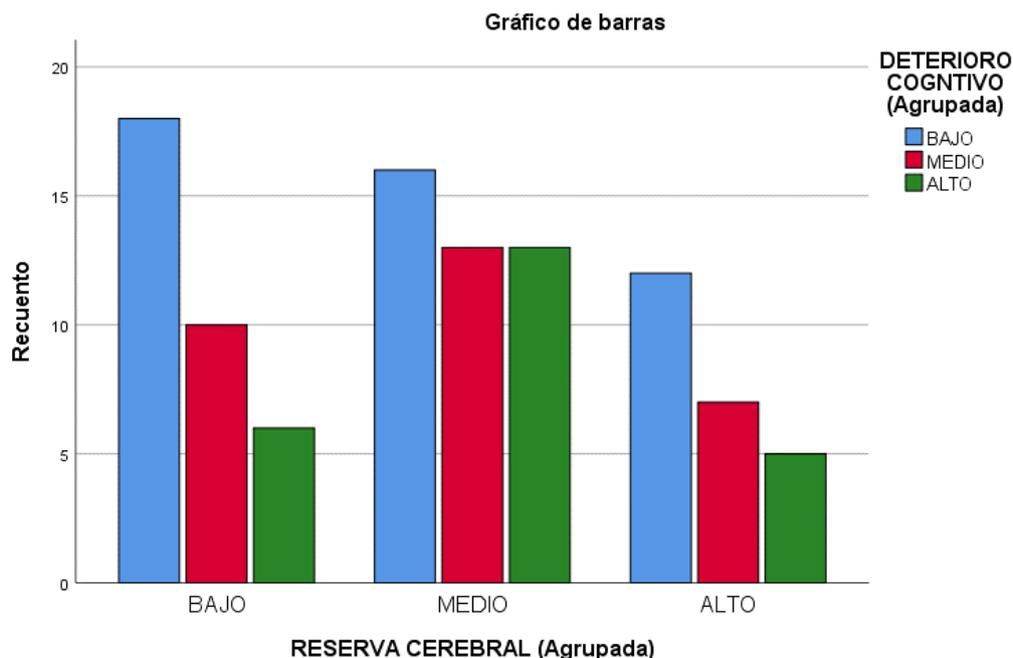


Figura 1: relación entre reserva cerebral y deterioro cognitivo

De la Tab. 1 y fig. 1 se observa la relación entre la Reserva Cerebral en el nivel bajo obtiene un total de 34% a la vez que el deterioro cognitivo tiene el 18% en el nivel bajo, 10% en el nivel medio y 6% en el nivel alto. En el nivel medio la reserva cerebral tiene un total 42% a su vez el deterioro cognitivo tiene el 16% en el nivel bajo, 13% en el nivel medio y 13% en el nivel alto. En el nivel alto el total de reserva cerebral es de 24% a la vez que el deterioro cognitivo presenta 12% en el nivel bajo, 7% en el nivel medio y el 5% en el nivel alto. Se puede concluir que, del 100% de las personas encuestadas, cualquiera sea el nivel de reserva cerebral, el 46% afirmaron que el deterioro cognitivo es bajo, el 32,0% confirmaron que es media y el 24% que es alta.

Análisis descriptivo del primer objetivo específico: relación entre reserva cerebral y orientación de los pacientes de un hospital de Lima, 2021.

Tabla 2

Tabla de frecuencias: relación entre reserva cerebral y orientación

Tabla cruzada RESERVA COGNITIVA(Agrupada)*ORIENTACION (Agrupada)				ORIENTACION (Agrupada)			Total
				BAJO	MEDIO	ALTO	
RESERVA CEREBRAL (Agrupada)	BAJO	Recuento	16	12	6	34	
		Recuento esperado	17,7	8,2	8,2	34,0	
		% del total	16,0%	12,0%	6,0%	34,0%	
	MEDIO	Recuento	23	6	13	42	
		Recuento esperado	21,8	10,1	10,1	42,0	
		% del total	23,0%	6,0%	13,0%	42,0%	
	ALTO	Recuento	13	6	5	24	
		Recuento esperado	12,5	5,8	5,8	24,0	
		% del total	13,0%	6,0%	5,0%	24,0%	
Total	Recuento	52	24	24	100		
	Recuento esperado	52,0	24,0	24,0	100,0		
	% del total	52,0%	24,0%	24,0%	100,0%		

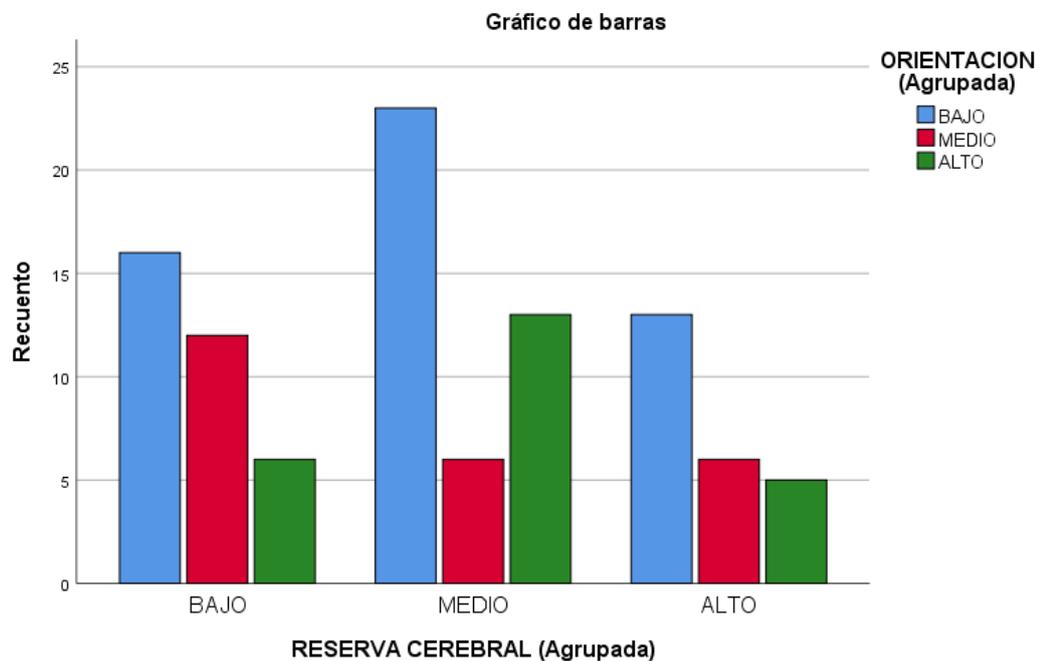


Figura 2: relación entre orientación y la reserva cerebral

De la tab. 2 y fig. 2 se observa la relación entre la Reserva Cerebral en el nivel bajo obtiene un total de 34% a la vez que la Orientación tienen

el 16% en el nivel bajo, 12% en el nivel medio y 6% en el nivel alto. En el nivel medio la reserva cerebral tiene un total 42% a su vez la orientación tiene el 16% en el nivel bajo, 12% en el nivel medio y 6% en el nivel alto. En el nivel alto el total de reserva cerebral es de 24% a la vez que la orientación presenta 16% en el nivel bajo, 12% en el nivel medio y el 6% en el nivel alto. Se puede concluir que, del 100% de las personas encuestadas, cualquiera sea el nivel de reserva cerebral, el 52% afirmaron que la orientación es bajo, el 24,0% confirmaron que es media y el 24% que es alta.

Análisis descriptivo del segundo objetivo específico: relación entre la reserva cerebral y registro en los pacientes de un hospital de Lima.

Tabla 3 : *relación de reserva cerebral y registro*

Tabla cruzada RESERVA CEREBRAL (Agrupada)*REGISTRO (Agrupada)				REGISTRO (Agrupada)			
RESERVA CEREBRAL	BAJO	MEDIO	ALTO	BAJO	MEDIO	ALTO	Total
(Agrupada)		Recuento		16	13	5	34
		Recuento esperado		19,4	10,9	3,7	34,0
		% del total		16,0%	13,0%	5,0%	34,0%
	MEDIO	Recuento		28	12	2	42
		Recuento esperado		23,9	13,4	4,6	42,0
		% del total		28,0%	12,0%	2,0%	42,0%
	ALTO	Recuento		13	7	4	24
		Recuento esperado		13,7	7,7	2,6	24,0
		% del total		13,0%	7,0%	4,0%	24,0%
Total	Recuento		57	32	11	100	
	Recuento esperado		57,0	32,0	11,0	100,0	
	% del total		57,0%	32,0%	11,0%	100,0%	

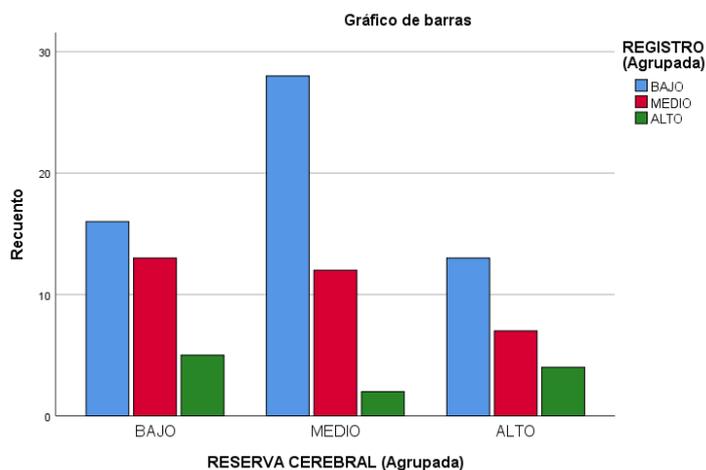


Figura 3: relación entre reserva cerebral y registro

De la tab. 3 y fig. 3 se observa la relación entre la reserva cerebral en el nivel bajo obtiene un total de 34% a la vez que el registro tiene el 16% en el nivel bajo, 13% en el nivel medio y 5% en el nivel alto. En el nivel medio la reserva cerebral tiene un total 42% a su vez el registro tiene el 16% en el nivel bajo, 13% en el nivel medio y 5% en el nivel alto. En el nivel alto el total de reserva cerebral es de 24% a la vez que el registro presenta 16% en el nivel bajo, 13% en el nivel medio y el 5% en el nivel alto. Se puede concluir que, del 100% de las personas encuestadas, cualquiera sea el nivel de reserva cerebral, el 57% afirmaron que el registro es bajo, el 32,0% confirmaron que es media y el 11% que es alta.

Análisis descriptivo del tercer objetivo específico: relación entre la reserva cerebral y evocación en los pacientes de un hospital de Lima

Tabla 4

Tabla de frecuencias: relación entre reserva cerebral y la evocación

				EVOCACION (Agrupada)			Total
				BAJO	MEDIO	ALTO	
RESERVA CEREBRAL (Agrupada)	BAJO	Recuento	17	12	5	34	
		Recuento esperado	13,9	14,3	5,8	34,0	
		% del total	17,0%	12,0%	5,0%	34,0%	
	MEDIO	Recuento	13	21	8	42	
		Recuento esperado	17,2	17,6	7,1	42,0	
		% del total	13,0%	21,0%	8,0%	42,0%	
	ALTO	Recuento	11	9	4	24	
		Recuento esperado	9,8	10,1	4,1	24,0	
		% del total	11,0%	9,0%	4,0%	24,0%	
Total	Recuento	41	42	17	100		
	Recuento esperado	41,0	42,0	17,0	100,0		
	% del total	41,0%	42,0%	17,0%	100,0%		

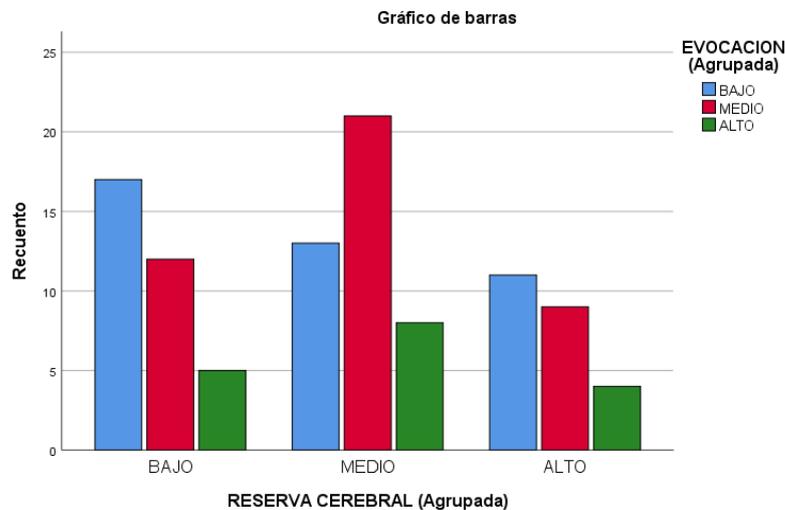


Figura 3: relación entre reserva cerebral y evocación.

De la tab. 4 y fig. 4 se observa la relación entre la reserva cerebral en el nivel bajo obtiene un total de 34% a la vez que el recuerdo tiene el 17% en el nivel bajo, 12% en el nivel medio y 5% en el nivel alto. En el nivel medio la reserva cerebral tiene un total 42% a su vez el recuerdo tiene el

17% en el nivel bajo, 12% en el nivel medio y 5% en el nivel alto. En el nivel alto el total de reserva cerebral es de 24% a la vez que el recuerdo presenta 17% en el nivel bajo, 12% en el nivel medio y el 5% en el nivel alto. Se puede concluir que, del 100% de las personas encuestadas, cualquiera sea el nivel de reserva cerebral, el 41% afirmaron que el recuerdo es bajo, el 42,0% confirmaron que es media y el 17% que es alta.

Análisis Inferencial

Prueba de hipótesis general

Ho: No existe relación significativa entre la Reserva Cerebral y el Deterioro Cognitivo.

H1: Existe relación significativa entre la Reserva Cerebral y el Deterioro Cognitivo.

Tabla 5

Correlaciones: hipótesis general.

Correlaciones				RESERVA CEREBRAL (Agrupada)	DETERIORO COGNITIVO (Agrupada)
Rho de Spearman	RESERVA (Agrupada)	CEREBRAL	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	1,000 . 100	,652 ,001* 100
	DETERIORO COGNITIVO (Agrupada)	COGNITIVO	Coefficiente de correlación Sig. (bilateral) N	,652 ,001* 100	1,000 . 100

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De la tab. 5, la correlación obtenida con el coeficiente Rho de Spearman fue de 0,652, muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y deterioro cognitivo, dicha correlación es indicadora al nivel 0,05 bilateral. Por otra parte, el nivel de significancia bilateral obtenido fue de 0,001; menor a 0,05 ($0,000 < 0,05$) por consiguiente se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alterna (H1).

Prueba de hipótesis específica 1

Ho: No existe relación significativa entre la Reserva Cerebral y la Orientación.

H1: Existe relación significativa entre la Reserva Cerebral y la Orientación.

Tabla 6

Correlaciones: hipótesis específica 1.

Correlaciones			
	RESERVA CEREBRAL (Agrupada)		RESERVA CEREBRAL (Agrupada)
			ORIENTACION (Agrupada)
Rho de Spearman	RESERVA (Agrupada)	CEREBRAL Coeficiente de correlación	de 1,000 ,524
		Sig. (bilateral)	. ,002*
		N	100 100
	ORIENTACION (Agrupada)	Coeficiente de correlación	de ,524 1,000
		Sig. (bilateral)	,002* .
		N	100 100

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De la tab. 6, la correlación obtenida con el coeficiente Rho de Spearman fue de 0,524, muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y orientación, dicha correlación es indicadora al nivel

0,05 bilateral. Por otra parte, el nivel de significancia bilateral obtenido fue de 0,002; menor a 0,05 ($0,000 < 0,05$) por consiguiente se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

Prueba de hipótesis específica 2

H_0 : No existe relación significativa entre la Reserva Cerebral y el Registro.

H_1 : Existe relación significativa entre la Reserva Cerebral y el Registro.

Tabla 7

Correlaciones: hipótesis específica 2

Correlaciones			RESERVA CEREBRAL (Agrupada)	REGISTRO (Agrupada)
Rho de Spearman	RESERVA (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000	,670
		Sig. (bilateral)	.	,002*
		N	100	100
	REGISTRO (Agrupada)	Coefficiente de correlación	,670	1,000
		Sig. (bilateral)	,002*	.
		N	100	100

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De la tab. 7, la correlación obtenida con el coeficiente Rho de Spearman fue de 0,670, muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y registro, dicha correlación es indicadora al nivel 0,05 bilateral. Por otra parte, el nivel de significancia bilateral obtenido fue de 0,002; menor a 0,05 ($0,000 < 0,05$) por consiguiente se rechaza la hipótesis nula (H_0) y se acepta la hipótesis alterna (H_1).

Prueba de hipótesis específica 3

H_0 : No existe relación significativa relación entre la Reserva Cerebral y evocación.

H1: Existe relación significativa relación entre la Reserva Cerebral y la evocación.

Tabla 8

Correlaciones: hipótesis específica 3.

Correlaciones			RESERVA CEREBRAL (Agrupada)	EVOCAION (Agrupada)
Rho de Spearman	RESERVA (Agrupada)	Coefficiente de correlación	1,000	,556
		Sig. (bilateral)	.	,001*
		N	100	100
	RECUERDO (Agrupada)	Coefficiente de correlación	,556	1,000
		Sig. (bilateral)	,001*	.
		N	100	100

*. La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

De la tab. 8, la correlación obtenida con el coeficiente Rho de Spearman fue de 0,556, muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y evocación, dicha correlación es indicadora al nivel 0,05 bilateral. Por otra parte, el nivel de significancia bilateral obtenido fue de 0,001; menor a 0,05 ($0,000 < 0,05$) por consiguiente se rechaza la hipótesis nula (H0) y se acepta la hipótesis alterna (H1).

3.4 DISCUSIÓN

En la actualidad el término reserva cerebral o mental no es bien conocido a nivel nacional, y como esta se relaciona con el deterioro cognitivo en cada persona en su desarrollo cronológico; y como estas funciones cognitivas pueden irse alterando y así convertirse en un deterioro cognitivo que perjudicaría en el entorno en que se desenvuelve cada persona.

Los resultados obtenidos en el objetivo e hipótesis general, al analizar los resultados descriptivos de la Tab. 1 - fig. 1, mencionamos que la variable reserva cerebral según la percepción de los pacientes que el 34% de personas tiene un nivel bajo en reserva cerebral, el 42% un nivel medio y el 24% un nivel alto; con respecto a la variable deterioro cognitivo se evidencia que el 18% tiene un nivel bajo, el 10% un nivel medio y el 6% un nivel alto, en el análisis estadístico y contrastación de la hipótesis general, se obtuvo una correlación de Spearman de 0,05 y un p valor , 0,001 <0,01, concluyéndose que existe relación directa alta entre la variable reserva cerebral y deterioro cognitivo según la percepción en los pacientes de un hospital de Lima 2021, asimismo podemos mencionar en su estudio de Guevara (2015) sobre la influencia de la reserva mental sobre la función cognoscitiva en pacientes con Parkinson donde evaluó a 90 pacientes con un promedio de edad de 66.5 años, cuyos resultados mostraron que el promedio de reserva cognitiva de 22.2% alta; 48.9% media y 28.9% baja.

Así, en el examen dirigido por Ramírez y Martella (2019) en el que necesitaban construir el resultado beneficioso de la retención del cerebro en la disminución de los signos y manifestaciones de debilitamiento cognoscitivo en una población de individuos de más de 60 años con un hallazgo de deterioro cognoscitivo y demencia, cuyos resultados fueron que en los casos de la enfermedad de Alzheimer en los que un alto ahorro de la mente no ayuda las indicaciones psicológicas en la demencia, los resultados proponen además que el alto ahorro de la mente sólo tiene impactos defensivos en el deterioro

cognoscitivo, y que en la demencia bloquea áreas significativas como el hipocampo, responsable de la memoria inmediata.

Existen contrastes críticos comparables a la reserva cerebral y al estadio de la enfermedad. En vista de ello, la retención cerebral alta favorece un trabajo defensivo justo en las etapas previas a la demencia, ya que, a pesar de los grados de deterioro mental a los que se llegó, se mantiene un gran trabajo intelectual en consideración, ejecución, memoria y capacidad visoespacial. Por lo tanto, una alta capacidad cerebral tendría un valioso potencial para aplazar o aliviar la debilidad intelectual que precede a la demencia, ya que una vez establecida, la escasez de memoria y otros ciclos psicológicos no pueden ser restringidos.

Al final en la exploración retratada arriba podemos fortificar que sus estrategias establecidas en cada examen dieron como resultado positivo que la retención cerebral o mental tiene un impacto positivo en ciertas enfermedades neurológicas en la población considerada con un nivel más significativo de mejora social en correlación con nuestra población pública donde la retención cerebral no está todavía en el aire y conocida.

Los resultados obtenidos en el primer objetivo específico e hipótesis específica, al analizar los resultados descriptivo de la Tab. 2 - fig. 2, podemos determinar el nivel bajo de uso de reserva cerebral es un 34,0% bajo, orientación al 12%, en el nivel medio la reserva cerebral obtiene un total de 42% en relación a la orientación 12%, para el nivel alto de uso de reserva cerebral se evidencio un 24% alto en orientación frente a un 6,0% de alto, en el análisis estadístico en contrastación de la hipótesis específica se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,524 asimismo una significancia de 0,002* $p < 0.01$ se comprobó que existe una relación significativa con la reserva cerebral y orientación, en pacientes de un hospital de Lima 2021, en el estudio de Fiorela López y Sheyla Requena (2018) después de evaluar a 70 pacientes con ictus (ACV) de un hospital de Lima donde llegaron a la conclusión que el 40% de los pacientes

presentaron una baja reserva cognitiva, el 49% presentaron una reserva cognitiva media y el 11% de los pacientes tenían una reserva cognitiva alta.

Los resultados obtenidos en el segundo objetivo específico e hipótesis específica, al analizar los resultados descriptivo de la Tab. 3 - fig. 3, podemos mencionar que en el nivel bajo de uso de reserva cerebral un 34,0% a la vez que el registro tiene el 16% en el nivel bajo, 13% en el nivel medio y 5% en el nivel alto. En el nivel medio la reserva cerebral tiene un total 42% a su vez el registro tiene el 16% en el nivel bajo, 13% en el nivel medio y 5% en el nivel alto. En el nivel alto el total de reserva cerebral es de 24% a la vez que el registro presenta 16% en el nivel bajo, 13% en el nivel medio y el 5% en el nivel alto. en el análisis estadístico en contrastación de la hipótesis específica se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,670 asimismo una significancia de $0,002p < 0.01$ se comprobó que existe una relación directa significativa con la reserva cerebral y registro, en pacientes de un hospital de Lima 2021, en el estudio de Fiorela López y Sheyla Requena (2018) en el nivel de reserva cognitiva que tenía la muestra, respecto a la dimensión de actividades cognitivas, donde el 30% de los pacientes presentaron baja reserva cognitiva, el 56% presentaron una reserva cognitiva media y el 14% de los pacientes tenían una reserva cognitiva alta.

Asimismo, en la investigación dirigida por Ramírez y Martella (2019) en la que intentan relacionar la educación y la retención mental en una población adulta mayor de 60 años con hallazgos de déficits cognoscitivo y demencia, donde diseccionaron el efecto del entrenamiento sobre el grosor cortical en pacientes con déficit cognoscitivos y demencia vascular subcortical, se vio que, tras relacionar un grado innegable de educación y un alto de reserva mental o cerebral, estos descuidan la disminución cortical crítica experimentada en la demencia vascular. Esto deduciría que los impactos defensivos de la retención mental en la comprensión disminuyen a pesar de un enorme deterioro del cerebro. Estos descubrimientos son predecibles con las investigaciones pasadas de la demencia vascular,

donde se vio que las repercusiones psicológicas no se debilitan debido a una disminución crítica en los volúmenes de materia gris. Observando a la población sin patología psicológica e impedimento intelectual, se vio que un grado significativo de educación en déficits cognoscitivos relacionándola a una corteza cerebral más delgada.

Al examinar los exámenes realizados en nuestra realidad pública o desconocida, llegamos a hablar de lo significativo que es el nivel social o instructivo y de cómo estos factores repercuten en el ahorro cerebral o mental.

Los resultados obtenidos en el tercer objetivo específico e hipótesis específica, al analizar los resultados descriptivo de la Tab. 4 - fig. 4 , podemos mencionar que en el nivel bajo de uso de reserva cerebral un 34,0% deficiente frente a un 5,0% de alto en evocación, para el nivel alto de uso de reserva cerebral se observa un 24,0% alto, evocación frente a un 17,0% bajo y un 12,0% medio, en el análisis estadístico en contrastación de la hipótesis específica se obtuvo un coeficiente de correlación Rho de Spearman de 0,556 asimismo una significancia de 0,001 $p < 0.05$ se comprobó que existe una relación directa significativa con la reserva cerebral y la evocación en los pacientes de un hospital de Lima, 2021, en el estudio de Fiorela López y Sheyla Requena (2018) en la muestra de 70 pacientes con ictus (ACV) de un hospital de lima, donde el nivel de reserva mental se relaciona con la dimensión años de estudios donde llegaron a la conclusión que los pacientes que tenían de 6 y 12 años de estudios el 30% tenían reserva cognitiva baja, el 44% de 12 y 17 años de estudio tenían reserva mental media y el 26% de los pacientes de 18 a más años de estudio tenían reserva mental alta observado que a mayor años de estudios , mayor reserva mental, además, en la exploración dirigida por Ramírez y Martella (2019), en la que intentan relacionar la ejecución psicológica y el mantenimiento mental en una población adulta de más de 60 años con los descubrimientos de carencias intelectuales y demencia, establecieron que un alto mantenimiento mental afecta positivamente a la velocidad de

preparación, la memoria de trabajo, la familiaridad verbal y la memoria circular. Sin embargo, no hay ninguna relación entre una mayor capacidad cerebral y el control de la disminución de estas capacidades. En resumen, la población con una mayor capacidad cerebral tiene una mejor ejecución psicológica que los que tienen una menor capacidad mental; sin embargo, no hay diferencias en cuanto a la capacidad de desintegración. En esta línea, la retención mental a través de la relación de trabajo patología-intelectual, tendría la intención de aplazar el inicio de las manifestaciones clínicas, pero no de disminuir la disminución psicológica en la demencia.

Adicionalmente Amoretti Guadall (2019) dirigió un examen donde intenta construir el salvamento intelectual o cerebral en pacientes con problemas mentales extremos llegando a la resolución de que el grado de salvamento psicológico es menor en pacientes con una primera escena maníaca en contraste con los controles, los pacientes con una psicosis emocional muestran un nivel más significativo de salvamento psicológico que aquellos con una psicosis no plena de sentimientos; la reserva intelectual predice el resultado neuropsicológico estándar y a largo plazo, las manifestaciones adversas y el trabajo en un ejemplo de primeras escenas locas; los contrastes clínicos entre las primeras escenas locas llenas de sentimientos y las no emocionales en el incremento del patrón durante el seguimiento, no se encuentran distinciones con respecto a la ejecución neuropsicológica en el seguimiento de 2 años entre las dos agrupaciones; una ejecución menos afortunada en las capacidades principales en el punto de referencia junto con una gravedad sintomatológica más prominente son indicadores de un funcionamiento más desafortunado en las primeras escenas maníacas; los pacientes con una primera escena de locura con un ahorro intelectual más notable muestran una mejor ejecución neurocognitiva; no obstante, las ramificaciones del ahorro psicológico dependen de si el hallazgo es una psicosis llena de sentimientos o no; la valoración del salvamento intelectual puede ayudar a delinear los pacientes con una primera escena de locura que pueden introducir impedimentos intelectuales a lo largo de la enfermedad y plantear

metodologías restauradoras personalizadas; el tratamiento de recuperación intelectual puede ser especialmente valioso para los pacientes no emocionales con bajo salvamento psicológico, mientras que un tratamiento de restauración práctica puede ser de decisión para aquellos con una psicosis emocional y bajo salvamento psicológico.

Podemos decir que el procedimiento impacta en cada trabajo de exploración en cuanto a lo que se va a estimar y es significativa la población de examen en cada examen notado y podemos probar los factores de investigación en contraste con prácticamente todo lo hecho que muestra la importancia de la mente salva y los ciclos mentales superiores igualmente antes de cualquier infección neurológica o mental.

3.5 CONCLUSIONES

PRIMERA

El objetivo general propuso que existe relación entre reserva cerebral y deterioro cognitivo demostrando que la correlación obtenida con el coeficiente de Spearman fue 0,652, lo cual muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y deterioro cognitivo.

SEGUNDA

El primer objetivo específico determinó la correlación entre la reserva cerebral y orientación obtenida con el coeficiente de Spearman fue 0,524, lo cual muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y orientación.

TERCERA

En el segundo objetivo específico se determinó la correlación entre reserva cerebral y registro donde se obtiene con el coeficiente de Spearman fue 0,670, lo cual muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y registro.

CUARTA

En el tercer objetivo específico se concluyó la correlación frente a la reserva cerebral y evocación donde se obtiene con el coeficiente de Spearman fue 0,556, lo cual muestra una correlación positiva moderada frente a la reserva cerebral y la evocación.

3.6 RECOMENDACIONES

PRIMERA

La primera recomendación a los médicos del centro de salud es conocer el término reserva cerebral y el deterioro cognitivo en las personas adultas donde se les sugiere hacer programas de intervención para estimular los procesos cognoscitivos superiores como la atención, registro, evocación.

SEGUNDA

Se sugiere realizar un programa de Intervención para rehabilitar las áreas cognoscitivas alteradas en los pacientes que presentan deterioro cognitivo en el hospital donde se realizó el estudio de investigación.

TERCERA

Asimismo, se sugiere a las instituciones educativas difundir a los estudiantes como podemos desarrollar o estimular nuestra reserva cerebral en el proceso aprendizaje- enseñanza.

CUARTA

Se sugiere a los futuros investigadores hacer estudios prospectivos longitudinales para una mejor determinación de la correlación entre las variables estudiadas ya que no hay muchas investigaciones en nuestra realidad nacional.

REFERENCIAS

Diego Redolar Ripoll 2012; **Neurociencia Cognitiva** ed.2; editorial medica panamericana.

Daniel P. Cardinali 2007; **Neurociencia aplicada sus fundamentos** ed.1; editorial medica panamericana.

Dale Purves, George J. Augustine, David Fitzpatrick, William C. Hall, Anthony Samuel LaMantia, Leonard E. White; 2016; **Neurociencia** ed.5; editorial medica panamericana.

Roger Gil 2019; **Neuropsicología**, ed. 7; GEA Consultoría Editorial S.L.

José Antonio Portellano 2005; **Introducción a la Neuropsicología**; ed.1; McGRAW-HILL/INTERAMERICANA DE ESPAÑA, S.A.U.

Guevara, Ernesto. 2015 **influencia de la reserva cognitiva sobre la función cognitiva en pacientes con enfermedad de Parkinson en dos hospitales nacionales de lima. Abril - setiembre del 2013 [tesis]. Lima, Perú.**

Revistas Virtuales:

<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13044/SARGIOTTO%20Paula%20Milena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<http://lildbi.fcm.unc.edu.ar/lildbi/tesis/Pereyra-carla-andrea1.pdf>

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/35873/1/T36873.pdf>

https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/4305/Guevara_se.pdf?sequence=1&isAllowed=y

http://repositorio.uwiener.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/123456789/2061/E_SPECIALIDAD%20-%20Fiorella%20Andrea%20L%C3%B3pez%20Jurado.pdf?sequence=1&isAllowed=y

<https://repositorio.uesiglo21.edu.ar/bitstream/handle/ues21/13044/SARGIOTTO%20Paula%20Milena.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s0864-21252005000100017

<https://www.tesisenred.net/bitstream/handle/10803/284342/tics1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=2ca2d2ad-5d5c-40c1-b0bc-d68bb1b224a7%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtYm90ZQ%3d%3d#db=edsair&AN=edsair.od.....1500..ffbb5b032085443feaa159487a630f23>

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=4edb7d34-9149-462e-8848-373b871a1ecf%40sessionmgr4007&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtYm90ZQ%3d%3d#AN=edstdx.10803.78907&db=edstdx>

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=2d2dab86-b81b-442d-a8f4-cde005f53c5e%40sdc-v->

[sessmgr03&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=S1138359321000642&db=edselp](#)

[http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=3&sid=01097725-8397-4fd5-b34b-4b1edadd2fc3%40pdc-v-sessmgr01&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=S0211139X12000649&db=edselp](#)

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100008&lng=en&tlng=en](#)

[http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=01097725-8397-4fd5-b34b-4b1edadd2fc3%40pdcsessmgr01&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edssci.S1657.92672013000100008&db=edssci](#)

[http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=a10685d4-d401-499a-878e-a2e7e772fd12%40sessionmgr101&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=S185300282030077X&db=edselp](#)

[http://hdl.handle.net/10803/667995](#)

[http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=0496a9ff-b1cc-419a-91b2-5312a5072bdc%40sessionmgr4008&bdata=Jmxhbm9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edstdx.10803.667995&db=edstdx](#)

[http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=35f05fb5-](#)

9a1e-497c-8f49-57f95ff28350%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edstdx.10803.365043&db=edstdx

<http://hdl.handle.net/10803/284342>

<http://eds.a.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=2&sid=795a1c93-ca03-403e-9a5e-18fac46a73ee%40sdc-v-sessmgr02&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edstdx.10803.284342&db=edstdx>

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=5&sid=79aa8255-ca41-4559-b26c-91976fa9262b%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=138464844&db=fua>

<https://doaj.org/article/82674dd847344d478f00e2f59c8b618c>

<http://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=7&sid=79aa8255-ca41-4559-b26c-91976fa9262b%40sessionmgr102&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZQ%3d%3d#AN=edsdoj.82674dd847344d478f00e2f59c8b618c&db=edsdoj>

ANEXO 1

Tabla N° 01

Operacionalización de variable Reserva Cerebral

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala	Niveles y Rango
Actividades Cognitivas	<ul style="list-style-type: none"> • Leer, escribir • Cursos primaria 	1, 2, 3,4	Ordinal	Bajo Medio Alto
	<ul style="list-style-type: none"> • Cursos Secundaria 	5,6,7 8		
Conocimientos	<ul style="list-style-type: none"> • Superior 			Bajo Medio Alto
Actividades Físicas	<ul style="list-style-type: none"> • Información 	9,10,11,12,13	Ordinal	Bajo Medio Alto
	<ul style="list-style-type: none"> • Comprensión 			
	<ul style="list-style-type: none"> • Capacitación 			
	<ul style="list-style-type: none"> • respiración • caminar • correr • natación • futb 			

ANEXO 2

Tabla N° 02

Operacionalización de la variable de deterioro cognitivo

Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escalas	Niveles y Rango
Orientación	<ul style="list-style-type: none">• Tiempo• Espacio• Persona	<i>1,2,3,4</i>	<i>Ordinal</i>	<i>Bajo Medio Alto</i>
Registro	<ul style="list-style-type: none">• Almacén de información nueva	<i>5,6,7,8 9,10,11,12</i>	<i>Ordinal</i>	<i>Bajo Medio Alto</i>
Recuerdo	<ul style="list-style-type: none">• Memoria	<i>13,14,15,16 17,18,19,20</i>	<i>Ordinal</i>	<i>Bajo Medio Alto</i>

ANEXO 3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimada Sra. / Sr.

Invitamos a Ud. a participar de este estudio que lleva como título “Reserva cerebral y Deterioro cognitivo de un Hospital de Lima 2021”. El cual tiene como objetivo principal determinar la relación de reserva cerebral y deterioro cognitivo, con el propósito de aportar mayor conocimiento acerca de este tipo de lesión neurológica, mejorar las medidas de prevención y fomentar estilos de vida saludables en nuestro país.

Este estudio no conlleva a riesgos que la puedan perjudicar ni a Ud. ni a su familia. Por participar del estudio Ud. No recibirá ningún beneficio, salvo la satisfacción de contribuir con esta importante investigación.

Para poder participar del estudio, Ud. tendrá que responder mediante una entrevista virtual que durará un promedio de 15 a 25 minutos, y será de carácter anónimo; dos instrumentos de evaluación propuestos por los profesionales, científicamente válidos y confiables, esperando su total seriedad y sinceridad.

La participación en este estudio será de forma voluntaria. Si usted cree que no debe ser involucrado en este estudio, puede decidir retirarse del estudio en cualquier momento sin tener que dar motivo alguno. En todo momento tendrá plena libertad de decisión.

Cabe destacar, que todos los datos que Usted nos ofrezca serán sólo usados por los investigadores, y en lugar de su nombre se usará un código para procesar la información. Si tuviese alguna duda con respecto al estudio puede comunicarse con nosotras a los siguientes teléfonos: Lic. Rosario Carmen Olaya Dueñas 989130355

Por lo tanto, yo.....manifiesto que he sido informado sobre el estudio titulado “Reserva cerebral y Deterioro cognitivo en Pacientes de un Hospital de, Lima 2021”, y que conozco y comprendo el procedimiento que se me va a aplicar; realizado por las licenciada Rosario Carmen Olaya Dueñas.

He tenido tiempo y la oportunidad de realizar las preguntas con relación al tema, las cuales fueron respondidas de forma clara. Por todo lo anterior doy mi consentimiento voluntario para participar del estudio.

Firma del paciente _____ DNI:

Lima, __ de _____ del 2021.

Investigadores:

Lic. Rosario Carmen Olaya Dueñas

ANEXO 4

Matriz de consistência

Título: reserva cerebral y deterioro cognitivo en pacientes de un hospital de la ciudad de Lima, 2021

Autor:

Problema	Objetivos	Hipótesis	Variables e indicadores				
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la relación de la Reserva Cerebral y deterioro cognitivo en los pacientes de un hospital de lima 2021?</p> <p>Problemas Específicos:</p> <p>¿de qué manera la orientación se relaciona con en la reserva cerebral en los pacientes de un hospital de lima 2021?</p> <p>¿de qué manera el registro se relaciona con la reserva cerebral en los pacientes de un hospital de lima, 2021?</p> <p>¿de qué manera la evocación se relaciona con la reserva cerebral en los pacientes de un hospital de lima, 2021?</p>	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la relación de la Reserva Cerebral y deterioro cognitivo en los pacientes de un hospital de lima., 2021</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Determinar la relación de la reserva cerebral con la orientación de los pacientes de un hospital de Lima, 2021.</p> <p>Determinar la relación de registro y reserva cerebral de los pacientes de un hospital de Lima, 2021.</p>	<p>Hipótesis general:</p> <p>Hipótesis General la Reserva Cerebral se relaciona con e en pacientes en un hospital de la ciudad de Lima. 2021.</p> <p>Hipótesis específica</p> <p>La orientación se relaciona en la reserva cognitiva en los pacientes de un hospital de lima 2021.</p> <p>El registro se relaciona en la reserva cognitiva en los pacientes de un hospital de Lima 2021.</p> <p>El recuerdo se relaciona en la reserva cognitiva en los pacientes de un hospital de Lima 2021.</p>	Variable 1: reserva cognitiva				
			Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos
			Nivel instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria superior	1,2,3,4	Ordinal	Alto Medio Bajo
conocimientos	Información Comprensión capacitación	5,6,7,8					
Actividades físicas	respiración caminar correr fútbol natación	9,10,11,12					
Variable 2: funciones mentales superiores							
Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala de medición	Niveles y rangos			
Orientación	Tiempo, espacio y persona	1,2,3,4,	Ordinal	Bajo Medio Alto			
Registro	Información nueva	5,6,7,8,10,11,12					
Evocación	Memoria a largo plazo	13,14,15,16 17, 18,19,20					

	Determinar la relación de la evocación y la reserva cerebral de los pacientes de un hospital de Lima, 2021.						
Nivel - diseño de investigación	Población y muestra	Técnicas e instrumentos		Estadística a utilizar			
		Variable : deterioro cognitivo Técnicas: Encuestas Observación Instrumentos: Cuestionario					

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONTROL INTERNO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	siempre recuerdo el día de la semana					✓		
2	siempre identifico el lugar donde me encuentro.					✓		
3	puedo sentir en que estación del año estamos.					✓		
4	mis nombres completos son difíciles de olvidar.					✓		
DIMENSIÓN 2								
5	menciono los nombres de las frutas varias veces.					✓		
6	memorizo varias veces los nombres de mis nuevos amigos.					✓		
7	confundo algunas palabras o cambio de nombres					✓		
8	hago mi lista de compras para recordar.					✓		
DIMENSIÓN 3								
9	Resto de 3 en 3 desde 20 con facilidad.					✓		
10	puedo memorizar dígitos 4.					✓		
11	lleno Pupletras todos los días como deporte.					✓		
12	digo el abecedario sin problemas.					✓		
DIMENSIÓN 3								
13	últimamente he olvidado lista de compras					✓		
14	antes retenía con facilidad historias que me contaban mis padres.					✓		
15	tengo que escribir para no olvidarme lo que me dejan en el trabajo.					✓		
16	tengo dificultad en recordar fechas importantes en mi vida.					✓		
17	encuentra facilidad en mencionar los nombres de los animales del zoológico					✓		
18	repito con facilidad trabalenguas o palabra complicadas.					✓		
19	escribo con mucha facilidad dictados o copio oraciones.					✓		
20	comprendo las noticias del periódico o lo que escucho en la radio.					✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dni Mg: ROGER EMERSON TORALBA JIMENEZ DNI: 46934347

Especialidad del validador: Psicólogo Clínico / Psicólogo Forense

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

de junio de 2020

OS-397520-A(*)
Roger Emerson TORALBA JIMENEZ
CNI/PSIC. FNP
C. #. P. 22939

Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONTROL INTERNO

N°	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1								
1	tuve la oportunidad de leer y escribir en mis momentos de clases					✓		
2	La primaria fue más fácil los cursos de religión y civismo					✓		
3	estar en la secundaria fue difícil por los cursos de física y química.					✓		
4	en el post grado obtuve un puntaje alto que me ayudo a destacar con mis compañeros.					✓		
DIMENSIÓN 2								
5	me preparo todos los días leyendo sobre la realidad económica del país.					✓		
6	conozco temas de la realidad Política que estamos atravesando con comparación a la realidad Política en sub América	Si	No	Si	No	Si	No	
7	comprendo lo que significa la oferta y la demanda de productos importados que ingresan a nuestro País.					✓		
8	trato de estar Capacitada en lo que he estudiado para competir con los demás					✓		
DIMENSIÓN 3								
9	practico caminatas diarias por 20 minutos alrededor de mi casa					✓		
10	hago mis respiraciones de 5 minutos diarias antes de ejercitarme y después de hacerlo					✓		
11	para mi es importante practicar la natación porque es el deporte más completo.					✓		
12	el fútbol lo práctico de vez en cuando con mis amigos y considero que no solo es exclusividad para los hombres					✓		
13	me gusta correr todas las mañanas.					✓		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir No aplicable

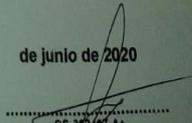
Apellidos y nombres del juez validador. Dr. Mg: ARIAS LUJAN, ANDRE ALBERTO DNI: 45129097

Especialidad del validador: TERAPIA FAMILIAR

¹Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.
²Relevancia: El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo
³Claridad: Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados

de junio de 2020


 OS-307497-A+
 ANDRE ALBERTO ARIAS LUJAN
 CAP. PSIC. PNR
 C.P.P. 17483 DNI. 45129097
 DR. ESCUELA CESAR VALLEJO
 Firma del Experto Informante.

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE CONTROL INTERNO

Nº	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
	DIMENSIÓN 1							
1	siempre recuerdo el día de la semana						✓	
2	siempre identifico el lugar donde me encuentro.						✓	
3	puedo sentir en que estación del año estamos.						✓	
4	mis nombres completos son difíciles de olvidar.						✓	
	DIMENSIÓN 2							
5	menciono los nombres de las frutas varias veces.						✓	
6	memorizo varias veces los nombres de mis nuevos amigos.						✓	
7	confundo algunas palabras o cambio de nombres						✓	
8	hago mi lista de compras para recordar.						✓	
		Si	No	Si	No	Si	No	
9	Resto de 3 en 3 desde 20 con facilidad.						✓	
10	puedo memorizar dígitos 4.						✓	
11	lleno Pupletras todos los días como deporte.						✓	
12	digo el abecedario sin problemas.						✓	
	DIMENSIÓN 3							
13	últimamente he olvidado lista de compras						✓	
14	antes retenía con facilidad historias que me contaban mis padres.						✓	
15	tengo que escribir para no olvidarme lo que me dejan en el trabajo.						✓	
16	tengo dificultad en recordar fechas importantes en mi vida.						✓	
17	encuentra facilidad en mencionar los nombres de los animales del zoológico						✓	
18	repito con facilidad trabalenguas o palabra complicadas.						✓	
19	escribo con mucha facilidad dictados o copio oraciones.						✓	
20	comprendo las noticias del periódico o lo que escucho en la radio.						✓	

Observaciones (precisar si hay suficiencia): _____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir [] No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador, Dr/ Mg: ARIA LUJAN, ANDRE ALBERTO DNI: 41129097

Especialidad del validador: TERAPIA FAMILIAR

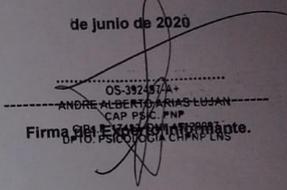
¹**Pertinencia:** El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo.

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

de junio de 2020



05-382487A
ANDRE ALBERTO ARIAS LUJAN
CAP. P.S.C. P.N.P.
Firma del Examinador/Validador.
D.P.O. P.S.E.C. CAP. P.N.P. L.S.