

# UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

## Facultad de Ciencias de la Salud

### Escuela Profesional de Psicología



## TESIS

Titulo	: DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO INDOAMÉRICA, TOCACHE, 2022
Para optar	: El Título Profesional de Psicólogo
Autor	: Bach. Alvaro Lorenzo Poves Arevalo
Asesor	: Dra. Maribel Ruiz Balvin
Línea de Investigación	: Salud y Gestión de la Salud Institucional
Fecha de inicio y culminación	: Enero 2022 - julio 2023

Lima – Perú  
2023

## **DEDICATORIA**

Dedico esta tesis al Gran Arquitecto del Universo, porque permitió que pueda concretar y cerrar un capítulo más en mi vida profesional. Así también a mi padre Lorenzo por ser mi mentor en todo momento, y de manera especial a mi querida madre Milagros porque estuvo siempre pendiente de mis proyectos desde que inicié a estudiar para ser Psicólogo, pues sin ella no sería posible.

**El autor**

## **AGRADECIMIENTO**

A mi Alma mater la Universidad Peruana Los Andes por la formación y dedicación académica que han dedicado los diferentes docentes en la carrera profesional de Psicología. De igual forma a mi asesora Dra. Maribel Ruiz Balvin por su constante perseverancia, dedicación y orientación en mi trabajo de investigación. Asimismo, a las autoridades de la ONG Renacer Asociación Holística Gerontológica que accedieron para la evaluación a los adultos mayores de Tocache.

**Alvaro Poves A.**



Oficina de  
Propiedad Intelectual  
y Publicaciones

NUEVOS TIEMPOS  
NUEVOS DESAFÍOS  
NUEVOS COMPROMISOS

## CONSTANCIA DE SIMILITUD

N° 00138-FCS -2023

La Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones, hace constar mediante la presente, que la **Tesis** Titulada:

**DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES DEL ASENTAMIENTO HUMANO INDOAMÉRICA, TOCACHE, 2022**

Con la siguiente información:

Con autor(es) : **BACH. POVES AREVALO ALVARO LORENZO**

Facultad : **CIENCIAS DE LA SALUD**

Escuela profesional : **PSICOLOGÍA**

Asesor(a) : **Dra. MARIBEL RUIZ BALVIN**

Fue analizado con fecha **19/12/2023** con **88 pág.**; en el Software de Prevención de Plagio (Turnitin); y con la siguiente configuración:

Excluye Bibliografía.

**Excluye Citas.**

**Excluye Cadenas hasta 20 palabras.**

Otro criterio (especificar)

<input type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input checked="" type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>

El documento presenta un porcentaje de similitud de **25** %.

En tal sentido, de acuerdo a los criterios de porcentajes establecidos en el artículo N° 15 del Reglamento de Uso de Software de Prevención de Plagio Versión 2.0. Se declara, que el trabajo de investigación: **Si contiene un porcentaje aceptable de similitud.**

Observaciones:

En señal de conformidad y verificación se firma y sella la presente constancia.

Huancayo, 19 de diciembre de 2023.



*Lizet Doriela Mantari Mincami*

**MTRA. LIZET DORIELA MANTARI MINCAMI**  
**JEFA**

Oficina de Propiedad Intelectual y Publicaciones

## INTRODUCCIÓN

El Instituto Nacional de Estadística e Informática -INEI (2019), informo que para el quinquenio 2020 - 2025, la esperanza de vida al nacer en el Perú sería de 76.9 años en promedio (79.8 para las mujeres y 74.5 para los hombres), esto debido a la transición demográfica experimentada en esta última década. Asimismo, según los informes técnicos en relación a la Situación de la Población Adulta Mayor para el periodo pre-pandemia y pandemia de la COVID-19, reporta un incremento en los pobladores de 60 años a más. Los resultados de la población adulta mayor en el año 1950 fue 5,7%, en el 4° trimestre del 2019 fue 12.4%, en el 1° trimestre del 2020 fue 12,7% y en el 1° trimestre del año 2021 fue 13%.

La memoria al deteriorarse es conocida como el descenso de la cognición o factores cognitivos, que son: memoria, aprendizaje, atención, lenguaje, ya sea debido a las alteraciones a causa del proceso fisiológico de la ancianidad o debido a otros factores (Livia, 2017).

La presente investigación realiza diversas contribuciones al desarrollo del deterioro cognitivo, con especial atención a la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. Así mismo fue importante complementar esta investigación con resultados sociodemográficos de otros estudios, con el fin de comprobar las hipótesis planteadas. También, se pudo plantear diferentes objetivos que tienen como finalidad complementar la estadística sociodemográfica en la ciudad de Tocache - San Martín y sean utilizados por las diferentes entidades públicas o privadas para una mejor intervención en personas adultas mayores que puedan sufrir de deterioro cognitivo. La metodología fue el método científico, siendo de tipo cuantitativo, de diseño descriptivo no experimental, se utilizó la técnica bola de nieve. Se realizó un consensó logrando captar a 38

personas de los cuales se consideraron 28 adultos mayores tomando en cuenta los criterios de inclusión mencionados en la investigación.

Para la accesible comprensión de este trabajo de investigación, se divide en las siguientes partes:

El capítulo I describe la realidad problemática, su definición y formulación, seguida de sus fundamentos y objetivos.

El capítulo II introduce los antecedentes, incluyendo autores, trabajos de investigación y libros de diferentes autores, así como la base teórica y el marco conceptual de las variables y dimensiones.

El capítulo III plantea las hipótesis generales e hipótesis específicas, así como la variable de estudio.

El Capítulo 4 presentan la metodología, el tipo, el nivel y el diseño de este estudio, luego presenta la población y la muestra con la que se ha trabajado, y finalmente presenta las técnicas y herramientas de recopilación de datos.

El capítulo V se expresan de forma narrativa la descripción de resultados e hipótesis.

Al final se realiza un análisis y discusión de resultados, así como las conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

## CONTENIDO

DEDICATORIA .....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
INTRODUCCIÓN.....	v
CONTENIDO.....	vii
CONTENIDO DE TABLAS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
<b>CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA .....</b>	<b>14</b>
1.1. Descripción de la realidad problemática .....	14
1.2. Delimitación del problema .....	17
1.2.2. Delimitación espacial .....	17
1.2.3. Delimitación temporal .....	17
1.3. Formulación del problema.....	17
1.3.1. Problema general.....	<b>¡Error! Marcador no definido.</b>
1.3.2. Problemas específicos .....	17
1.4. Justificación .....	18
1.4.1. Social.....	18
1.4.2. Teórica.....	19
1.4.3. Metodológica.....	19
1.5. Objetivos.....	19
1.5.1. Objetivo general.....	19
1.5.2. Objetivos específicos .....	20

<b>CAPITULO II. MARCO TEÓRICO</b> .....	21
2.1. Antecedentes.....	21
2.1.1. Internacionales .....	21
2.1.2. Nacionales .....	24
2.2. Bases Teóricas o Científicas.....	26
2.2.1. Deterioro cognitivo .....	26
2.2.2. Demencia.....	29
2.2.2. Factores de riesgo.....	32
2.3. Marco Conceptual.....	35
<b>CAPITULO III. HIPÓTESIS</b> .....	37
3.1. Hipótesis general .....	37
3.2. Hipótesis específicas.....	38
3.3. Variables.....	39
3.3.1. Deterioro cognitivo .....	39
<b>CAPITULO IV. METODOLOGÍA</b> .....	40
4.1. Método de Investigación .....	40
4.2. Tipo de Investigación .....	41
4.3. Nivel de Investigación .....	41
4.4. Diseño de la Investigación.....	41
4.5. Población y muestra.....	42
4.6. Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	43
4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos.....	47
4.8. Aspectos éticos de la investigación .....	48

<b>CAPITULO V. RESULTADOS .....</b>	<b>49</b>
ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE RESULTADOS .....	52
CONCLUSIONES .....	55
RECOMENDACIONES .....	56
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	57
ANEXOS.....	70
Matriz de consistencia .....	71
Operacionalización de la variable.....	73
Matriz del instrumento para la recolección de datos.....	74
Instrumento de investigación.....	75
Confiabilidad del instrumento la data del procesamiento de datos.....	76
Datos sociodemográficos.....	77
Declaración de confidencialidad.....	79
Consentimiento Informado.....	80
Solicitud para realizar la investigación en la ONG Renacer.....	83
Autorización para ejecutar trabajo de investigación con la ONG Renacer.....	84
Evidencia fotográfica.....	85

## CONTENIDO DE TABLAS

<b>Tabla 1.</b> <i>Prueba de la moneda peruana: características demográficas y resultados de exámenes de evaluación cognitiva</i> .....	45
<b>Tabla 2.</b> <i>Prueba de la moneda peruana: sensibilidad y especificidad para distintos puntos de corte</i> .....	46
<b>Tabla 3.</b> <i>Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores</i> .....	49
<b>Tabla 4.</b> <i>Deterioro cognitivo en adultos mayores según grupos etarios</i> .....	50
<b>Tabla 5.</b> <i>Deterioro cognitivo en adultos mayores según el nivel de escolaridad</i> .....	50
<b>Tabla 6.</b> <i>Deterioro cognitivo en adultos mayores según el sexo</i> .....	51

**CONTENIDO DE FIGURAS**

<b>Figura 1.</b> <i>Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) de la prueba de la moneda peruana</i>	
.....	..46

## RESUMEN

La investigación tuvo como propósito medir la prevalencia del deterioro cognitivo en los adultos mayores de Indoamérica, Tocache, San Martín - 2022. Se utilizó la metodología cuantitativa, transversal, descriptiva y analítica. La población estuvo compuesta por 28 adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica entre los 60 y 87 años, El muestreo fue no probabilístico: bola de nieve. Se planteó el instrumento del test de la moneda peruana (SOLTEST). El 57.1 % del grupo evaluado dio positivo a deterioro cognitivo objetivado por el test de la moneda peruana, también detectó deterioro cognitivo en el 66.6% de 06 adultos mayores que no reportaron queja subjetiva de memoria. El 21.4% de la población presentó impacto en la dependencia funcional. Existe diferencia significativa: para la edad (Chi-cuadrado de Pearson: 0.012) y sexo (Chi-cuadrado de Pearson: 0.000). Por el contrario, no manifestó diferencia significativa, con el grado de instrucción. Finalmente, el Test de la Moneda Peruana es útil para detectar deterioro cognitivo que pueda afectar las actividades de la vida diaria; la edad y el sexo son factores de riesgo. Se recomienda el SOLTEST para tamizaje de deterioro cognitivo e implementar estrategias socio-sanitarias para prevenir el deterioro cognitivo.

**Palabras clave:** *Deterioro cognitivo, dependencia funcional y adulto mayor*

## ABSTRACT

The objective of the research was to measure the prevalence of cognitive impairment in older adults in Indoamerica, Tocache, San Martin - 2022. The quantitative, cross-sectional, descriptive and analytical methodology was used. The population was made up of 28 older adults from the Indo-American Human Settlement between 60 and 87 years old. The sampling was non-probabilistic: snowball. The instrument used was the Peruvian currency test (SOLTEST). 57.1% of the studied population presented cognitive deterioration objectified by the Peruvian currency test, also detected cognitive deterioration in 66.6% of 06 older adults who did not report subjective memory complaints. 21.4% of the population presented an impact on functional dependency. There is a significant difference: for age (Pearson's Chi-square: 0.012) and sex (Pearson's Chi-square: 0.000). On the contrary, no significant difference was found with the level of education. It is concluded that the Peruvian currency test is useful to detect cognitive impairment, which may affect activities of daily living; age and sex are risk factors. The SOLTEST is recommended for screening for cognitive impairment and to implement social and health strategies to prevent cognitive impairment.

Keywords: Cognitive impairment, functional dependence and older adults.

## **CAPITULO I**

### **PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

#### **1.1. Descripción de la realidad problemática:**

Para el Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021), el 12,4% de las personas mayores no tienen nivel educativo, el 38,3% pudieron completar la primaria, el 27,9% tiene secundaria y el 21,4% tiene nivel técnico y universitario. Hay una gran diferencia entre hombres y mujeres: la proporción de mujeres sin educación es del 19,1%, mientras que los hombres en las mismas condiciones representan el 4,8%, es decir, 14,3 puntos porcentuales menos que las mujeres. Las diferencias más pequeñas entre hombres y mujeres se observan en el nivel primario y técnico con 0,8 y 0,3 puntos porcentuales, respectivamente.

González et al (2021), asegura que en los últimos años aumentó el foco de investigación sobre la identificación temprana de la incidencia y la prevalencia de la

demencia. Sin embargo, los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo objetivo han cambiado utilizando diferentes métodos y algoritmos. En España, el predominio de demencia entre las personas de 40 a 65 años es del 0,05%, y entre personas mayores de 90 años, la prevalencia de demencia es del 39,2%.

Para la OMS (2020), la enajenación afecta de forma universal a unos 50 millones de habitantes, donde el 60% viven en países con baja economía. Al año se registran 10 millones de casos nuevos. Se aprecia que entre el 5% y el 8% de las personas mayores de 61 años padecen demencia. Se prevé que en el 2030 se alcancen los 82 millones de personas con problemas de demencia y el 2050 alcancemos 152 millones. Gran parte de este aumento puede atribuirse al creciente número de personas que viven con demencia en los países de bajos ingresos.

Solís y Vargas (2018), afirman que el 6% de adultos mayores sufren de deterioro en el factor cognitivo y que la salud mental y bienestar emocional también son importantes en la edad mayor. En el Perú está representado por el 10,4% los adultos mayores de 60 años. Las mejoras en los centros de sanidad han supuesto un incremento de la esperanza de vida, que actualmente oscila entre los 70 y los 76 años. El deterioro cognitivo se define como un declive de la función cognitiva que afecta la memoria, el lenguaje, la atención y el aprendizaje. Este deterioro cognitivo está relacionado con cambios en los procesos fisiológicos que ocurren con el envejecimiento u otros factores que afectan la salud. En una muestra de 210 adultos mayores de una institución de salud de Lima, dando como resultado un 6% en edades promedio de 67,3 años.

La DSM-5 (2014), menciona los criterios para el diagnóstico de trastorno neurodegenerativo, dividiéndolas en dos categorías. El trastorno neurodegenerativo mayor, se puede evidenciar con un declive cognitivo sustancial que puede interferir con la independencia de uno mismo e impidiéndole ejecutar actividades instrumentales para vida diaria, tareas complejas, como controlar medicamentos o dinero. Los estudios epidemiológicos han arrojado resultados contradictorios sobre la vinculación entre dislipidemia y deterioro cognitivo. Entre algunos casos el análisis sugiere que los niveles altos de colesterol pueden contribuir a la asociación con el deterioro cognitivo en la vejez.

Custodio et al (2012), sostiene que el deterioro cognitivo leve es considerado un estadio temprano de la demencia, y sobre todo del Alzheimer. Además, se ha documentado el incremento del deterioro en las funciones cognitivas, dando como resultado, DCL a demencia y EA, exclusivamente en individuos con deterioro cognitivo leve amnésico. Según un estudio realizado en Perú, la prevalencia de demencia entre personas mayores de 65 años es del 6,85%.

Varela (2004), menciona que el estado mental del 10.5% en la población adulto mayor de Lima, según el Mini Mental de Folstein, revela que tiene las funciones cognitivas anormales. La prevalencia de deterioro cognitivo es de 30.2% en personas de 75 años, por otro lado, el 5.3% corresponde a los adultos de 60 a 74 años. Sin embargo, los adultos mayores de la provincia de Trujillo presentan en alto porcentaje un estado mental integro y los adultos de 85 años a más presentaron un severo deterioro.

## **1.2. Delimitación del problema**

### **1.2.1. Delimitación espacial**

El estudio se desarrolló en el Asentamiento Humano Indoamérica, ubicada en la ciudad de Tocache, Departamento de San Martín.

### **1.2.2. Delimitación temporal**

El trabajo de investigación de grado se desarrolló en el periodo comprendido en los meses de enero a diciembre del 2022.

## **1.3. Formulación del problema**

### **1.3.1. Problema general**

¿Cuál es la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022?

### **1.3.2. Problemas específicos**

- ¿Cuál es la prevalencia de deterioro cognitivo según el grupo etario en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022?
- ¿Cuál es la prevalencia de deterioro cognitivo según el grado de instrucción en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022?

- ¿Cuál es la prevalencia de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022?

## **1.4. Justificación**

### **1.4.1. Social**

Este estudio tuvo la finalidad de proporcionar datos estadísticos basados en evidencia sobre los determinantes sociales en la salud que contribuyen a la prevalencia del deterioro de las funciones cognitivas de la población adulta mayor del Asentamiento Humano Indoamérica – Tocache – San Martín. Además, de proporcionar una herramienta importante para los proveedores de atención médica, a los gobiernos locales y regionales, e instituciones no gubernamentales, a fin de implementar programas de prevención de la demencia en la población adulta mayor de la rural, urbano-rural y urbana de la Provincia de Tocache.

Debido a la pandemia del COVID-19, en el 2020 por motivos de bioseguridad del personal, se realizaron entrevistas telefónicas y gradualmente avanzaron hacia entrevistas presenciales. Así mismo, también se implementó estrategias para esta etapa, con el fin de ampliar la cobertura de las mediciones que no se pudieron ejecutar durante el aislamiento social obligatorio (INEI, 2021)

### **1.4.2. Teórica**

El estudio brindó información de manera descriptiva sobre el deterioro de las funciones cognitivas en adultos mayores en el Asentamiento Humano Indoamérica, considerando determinantes sociales en la salud como dependencia funcional para las actividades de vida diaria (AVD), sexo, edad y nivel de instrucción, siendo así, un aporte estadístico para esta región del Perú. Se extrae conocimiento de estudios similares al nuestro para obtener datos relevantes, con el fin de poder realizar y aportar una investigación integral.

### **1.4.3. Metodológica**

En este estudio, se utilizó el test de la moneda peruana, SOL TEST (versión peruana del EUROTTEST), por ser un instrumento de fácil aplicación y de corto tiempo, que cuenta con la validez y confiabilidad, así mismo, el instrumento fue adaptado a la población peruana de tal manera que es válido. El estudio se llevará a cabo con el propósito de evaluar la prevalencia del deterioro en las funciones cognitivas en personas ancianas con nivel de instrucción básica (inicial-primaria-secundaria).

## **1.5. Objetivos**

### **1.5.1. Objetivos generales**

Establecer la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022.

### **1.5.2. Objetivos específicos**

- Determinar la relación de deterioro cognitivo según el grupo etario en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022.
- Determinar la relación de deterioro cognitivo según el grado de instrucción en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022.
- Determinar la relación de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022.

## **CAPITULO II**

### **MARCO TEORICO**

#### **2.1. Antecedentes de la investigación**

##### **2.1. 1. Internacionales:**

Paredes et al (2021), en su estudio sobre *deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*, El objetivo era identificar factores asociados con el deterioro cognitivo en residentes rurales de edad avanzada. Este estudio fue cuantitativo, transversal y analítico, e incluyó a 266 personas de edad avanzada que habitan en zonas rurales de La Unión, municipio de Nariño, Colombia. Para la evaluación, se aplicaron el Mini-Mental, Yesavage y el cuestionario VIDA. Los resultados mostraron que el 51% de los adultos mayores presentaban deterioro cognitivo. En términos de características sociodemográficas, algunos individuos tenían casi tres veces más probabilidades de mostrar implicación cognitivo al aumentar sus actividades diarias o trabajar.

Mejía et al (2021), en su búsqueda sobre *Deterioro cognitivo en poblaciones urbanas y rurales de la mediana altura geográfica en Bolivia: Prevalencia y factores asociados*. El propósito de esta evaluación fue describir e identificar factores asociados con el deterioro de las funciones cognitivas en las ciudades y pueblos. Utilizaron una metodología del estudio analítico transversal, donde empleó el test de Pfeiffer para la detección del deterioro cognitivo en 400 adultos mayores de 66 años a más del Hospital Clínico Viedma. En los resultados de logro observar que el 67% pertenecía a la población rural, donde el 26,5% no manifestó deterioro, el 74,5% presento un leve deterioro cognitivo, el 25,5% tuvo deterioro equilibrado y el 0,5% tuvo deterioro cognitivo grave.

Grimaldo y Mancera (2019), *Salud mental y deterioro cognitivo en adultos mayores del municipio de Girardot Colombia*. El propósito de esta evaluación fue valorar la salud mental y el deterioro de las funciones cognitivas en la población de la tercera edad que participan en el programa Centro Día. Los sujetos a ser evaluados estuvieron constituidos por 70 adultos mayores asociados a la secretaría, con edades entre 59 y 92 años. El método de investigación fue cuantitativo, de diseño no experimental, descriptivo y correlacional. Para la evaluación se utilizó el cuestionario breve del estado mental Pfeiffer. En los resultados se logró observar que 12 personas de la tercera edad denotaron un funcionamiento cognitivo adecuado, 16 con un leve deterioro cognitivo, 27 con deterioro.

Barrera (2017). Realizo un estudio con el fin de identificar el nivel que influye el deterioro cognitivo en la calidad de vida de personas de la tercera edad que asisten a la Fundación de personas Discapacitadas San José de Huambaló. La investigación fue de tipo correlacional, donde participaron 35 individuos mayores de 65 años y de ambos sexos. Para la evaluación, se aplicaron la GENCAT Escala de Calidad de Vida y el Mini Examen

Cognoscitivo (MEC). Al obtener como efecto un 51% del total posee un bajo déficit y un 29% tiene deterioro cognitivo leve, el 17% un deterioro cognitivo moderado y el 3% de los adultos mayores se encuentran estables.

González (2017), en su exploración sobre la *Frecuencia de deterioro cognitivo y riesgo de caídas en pacientes adulto mayores de la UMF No.28 Mexicali, B.C.* Plantea como finalidad de estudio, disponer la reiteración de trastornos cognitivos y el riesgo de caídas en pacientes de edad avanzada, de la UMF No. 28 Mexicali Baja California. El tipo de estudio fue prospectivo, descriptivo, observacional y transversal. La población estuvo constituida por 176. Los instrumentos utilizados fueron el examen Mini-mental de Folstein y escala de Tinetti. En cuanto al resultado del estudio se obtuvo el 10.2% presentó un leve deterioro cognitivo.

Moreira (2016), *Diabetes y deterioro cognitivo en el paciente adulto mayor de 65 años.* El siguiente estudio plantea con el propósito de conocer la relación entre diabetes y la aparición temprana de alteraciones cognitivas en los pacientes diabéticos mayores de 65 años que participaron por medio de una consulta externa en el Hospital Alfredo Noboa Montenegro de Ecuador. Su metodología de investigación fue de enfoque cuantitativo, prospectiva, transversal, observacional y de análisis correlacional. La población estuvo conformada por 93 pacientes. El instrumento utilizado fue el MoCA. La investigación tuvo como resultado el 58.06% presentan una baja escolaridad, ya que solo habían estudiado el nivel primario.

### 2.1. 2. Nacionales

Torres (2021), realizó un estudio con el objeto de especificar y examinar la asociación entre el deterioro cognitivo y la depresión. El estudio fue experimental, de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, donde participaron 80 personas de 60 a 69 años, donde se utilizó el test de Pfeiffer y el Yesavage abreviado. Dando como resultado lo siguiente, el 60% de la muestra presentó indicios de deterioro cognitivo y el 33.7% deterioro moderado con respecto a la depresión, el 87,5% de los participantes la presentan, donde el 75% presenta depresión leve. De esta manera se logra percibir que existe relación significativa entre ambas variables en la población del adulto mayor con un nivel 0,01.

Prado (2020), *Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma 2020*. La finalidad del proyecto fue disponer la relación entre deterioro cognitivo y los síntomas depresivos en pacientes del Centro Integral. Este análisis fue de tipo observacional, prospectivo y transversal, realizando una muestra no aleatoria. Se encuestó a 242 personas, de los cuales se evaluaron a 130 personas de la tercera edad del Centro Integral del Adulto Mayor. Los instrumentos usados fueron el test de Pfeiffer y el Yesavage. Los resultados de este estudio muestran que el 55.4 % presentaron un leve deterioro e indicadores depresivos el 49.2%.

Cabrera y Lescano (2020), en *Deterioro cognitivo en adultos mayores de un Hospital de las Fuerzas Armadas*. El estudio tuvo como objetivo conocer los niveles de deterioro cognitivo en personas de la tercera edad. participaron 200 adultos mayores de 60 años a más, ambos sexos, que asistieron al Hospital de las Fuerzas Armadas, el método de investigación

es descriptiva y no probabilístico. El instrumentó usado fue el NEUROPSI, dándonos como resultado que los adultos entre las edades de 73 años a 90 años presentan deterioro cognitivo.

Reinoso (2019), el sentido de esta investigación fue identificar los factores asociados a deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años, del hospital de Chosica en el 2019. La metodología fue observacional, cuantitativo, analítico transversal, donde participaron 272 adultos mayores. El instrumento usado el Test de Pfeiffer. En los resultados el 52.94% presentaron un leve deterioro, el 45.5% moderado y 1.47% severo. El deterioro de las funciones cognitivas es una condición colectiva en la persona adulta mayor, asociándolas a edades > de 85 años, mayormente del sexo femenino, escolarización inconclusa, no evidenciando algún oficio, y muchas veces con problemas familiares.

Bobadilla y Del Aguila (2020), *Valoración del estado cognitivo-afectivo en asistentes al centro del adulto mayor EsSalud en Chiclayo del 2018*. El siguiente estudio plantea como interés describir el estado cognitivo – afectivo de la población geriátrica. La metodología de investigación fue descriptivo, de corte transversal, no probabilístico. Participaron 62 personas adultas mayores de sesenta años. Los instrumentos que se utilizaron fueron Mini Mental (MMSE) y la Escala de Yesavage. La investigación tuvo como resultado el 50% del total, tuvo un estado cognitivo normal, el 18% evidencio demencia y el 32% obtuvo un leve deterioro cognitivo.

Chuquipul e Izaguirre (2018), realizaron el estudio del *Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, en el centro poblado Villa Los Reyes, Ventanilla 2018*. El sentido del estudio fue determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida en adultos mayores. La metodología fue cuantitativo, diseño correlacional, de corte transversal. Fueron 120 participantes, de las

cuales se tomó como muestra a 50 adultos mayores. El muestreo fue no probabilístico. Los instrumentos utilizados fueron el Test mini mental y el SF36. En cuanto al resultado del estudio se obtuvo que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70% y una calidad de vida alta.

Echevarría y Solano (2019), *Deterioro cognitivo y variable sociodemográfica en adultos mayores de Huancayo, 2019*. El presente estudio tiene como finalidad determinar si existen discrepancias en los niveles de deterioro cognitivo según las variables sociodemográficas. El enfoque fue descriptivo comparativo. Se empleó el test de la Moneda Peruana. Se logró entrevistar a 74 adultos mayores; donde el 32.3% no presenta ningún tipo de deterioro, 25.8% trastorno cognitivo ligero, no obstante, el 14.5% evidenció un leve deterioro, el 17.7% indicador moderado, y 9.7% demencia grave.

## **2.2. Base teórica**

### **2.2.1. Deterioro cognitivo**

Zec (1995), sostiene que la capacidad cognitiva del adulto mayor es una entidad única en las personas y que tiene manifestaciones distintas tanto en la retención de información, el lenguaje, abstracción y en las habilidades cognitivas.

Para Barahona et. al. (2014), manifiestan que se trata de un estado de transición entre los cambios cognitivos del envejecimiento normal y las primeras etapas de la demencia. Actualmente, el término "deterioro cognitivo leve" se considera una condición patológica con la edad y se emplea únicamente para hacer mención a personas con deterioro cognitivo conocido de déficit cognitivo que no es lo suficientemente grave como para cumplir los

criterios de demencia individual, porque no afectan significativamente las actividades diarias.

Puig (2000), afirma que las experiencias de vida de las personas mayores están estrechamente relacionadas al deterioro cognitivo. Donde, la baja educación, tener una vulnerabilidad patológica, la falta de motivación e incluso la confianza en uno mismo dificulta la plena expresión del funcionamiento intelectual.

Gutiérrez y Guzmán (2017), refiere que la cognición es la capacidad de realizar fácilmente actividades diarias, resolver problemas o situaciones adversas, además de mantener un aprendizaje adecuado y procesar correctamente la información del entorno para su posterior memoria y uso. Las personas cuyos cerebros muestran un envejecimiento fisiológico conservarán esta capacidad durante toda su vida. Sin embargo, las personas con envejecimiento anormal pueden sufrir diversos grados de deterioro de funciones psicológicas de orden superior.

Según López et, al. (2017), refieren que el deterioro cognitivo leve son los cambios en los diferentes dominios cognitivos que son mayores de lo esperado para una persona de edades similares y educación. Sin embargo, no es suficientemente significativo como para demostrar un diagnóstico de demencia, por ello, sugiere una valoración integral que incluya historia clínica, desarrollo de síntomas, datos sobre los medicamentos utilizados, examen clínico y neurológico, test que evalúen la cognición, estado mental y funcional. Para la detección rápida del DCL, sugiere los siguientes instrumentos: Fototest, Test de la alteración de la memoria, Eurotest, Test del reloj, MiniMental, Test de Pfeiffer, etc.

Para Allegri (2016), sostiene que la demencia se caracteriza por un deterioro adquirido y repetitivo de una o más capacidades cognitivas, las cuales usualmente manifiestan cambios de comportamiento graves ocasionando pérdida progresiva de la autonomía. La principal consecuencia de la demencia es la enfermedad de Alzheimer, la enfermedad cerebrovascular y otros tipos de demencia. El autor también hace referencia a la demencia como la tercera causa de discapacidad y muerte en personas mayores de 65 años.

Benavides (2017), define como una carencia cognitiva siendo un síndrome neurológico acompañado de una amplia inversión económica y social, que no solo debe ser manejado desde un enfoque clínico-farmacológico, sino que requieren una evaluación integral, los déficits neurológicos y los síndromes geriátricos asociados con una calidad de vida reducida pueden detectarse tempranamente.

León y León (2017), refiere como déficits cognitivos en adultos mayores que no presenta demencia, es decir, que no hay cambios ni limitaciones en su capacidad para realizar tareas domésticas, pasatiempos o dificultad para relacionarse con los demás, pueden describirse como deterioro cognitivo leve sin demencia o como deterioro cognitivo leve con sospecha de demencia.

El DSM 5 (2014), define la demencia como un deterioro neurocognitivo significativo que muestra implicaciones en uno o más dominios cognitivos previos (atención compleja, funciones ejecutivas, aprendizaje y memoria, lenguaje, habilidades perceptivo-motoras o cognición social). Las diversas inquietudes sobre una disminución significativa en la función cognitiva en relación con el nivel de desempeño pueden ser causadas por el individuo, esta disminución de la

función cognitiva se documenta mejor mediante una prueba neuropsicológica estandarizada o, en su defecto, otra evaluación clínica cuantitativa.

### **2.2.2. Demencia**

McKeith et, al. (1996), refieren que la demencia por cuerpos de Lewy, son alucinaciones visuales recurrentes, fluctuación cognitiva y signos motores parkinsonianos. Estos mismos autores definen ciertos aspectos que apoyan el diagnóstico; entre ellos destacan las caídas repentinas, pérdida del conocimiento, pérdida de la conciencia, hipersensibilidad a los neurolépticos y delirios sistematizados.

Esperanza (2005), menciona que la demencia es un término que abarca una serie de enfermedades crónicas provocando un deterioro en todas las funciones ejecutivas. Específicamente, en el desarrollo de diversas insuficiencias cognitivos, incluido el deterioro de la memoria además se pueden presentar los siguientes cambios cognitivos: afasia, apraxia, agnosia o cambios en las funciones ejecutivas.

Según Portelano (2005), sostiene que en la demencia por cuerpos de Lewy se manifiestan trastornos motores, cognitivos y psiquiátricos. Las alteraciones cognitivas comprenden déficits de atención y concentración, alucinaciones visuales y déficit en la memoria anterógrada. Para su detección temprana es importante realizar la historia clínica y exploración física exhaustiva, junto con analítica de sangre y pruebas de neuroimagen.

Gregorio y Sanchez (2006), definen como un síndrome que declinan las funciones superiores, entre ellas la memoria y en suma a los síntomas generan cambios psicológicos y del comportamiento ocasionando una discapacidad progresiva en el paciente. Los síndromes de demencia se evidencian como niveles normales de

conciencia, que se adquieren y mantiene en el tiempo, sin embargo llegan a afectar múltiples funciones y son de intensidad significativa para afectar el funcionamiento personal, ocupacional o social.

Romano et, al. (2007), mencionan que la enfermedad de Alzheimer es una enfermedad neurológica que provoca la muerte de las células nerviosas del cerebro. Según como avanza la enfermedad, las funciones cognitivas disminuyen, añadiendo a ello la capacidad de tomar decisiones, la solución de conflictos y al realizar tareas diarias, además, pueden ocurrir cambios de personalidad sumando a ello algunas alteraciones de la conducta. En la etapa más avanzada, la Enfermedad de Alzheimer conduce a la demencia y finalmente a la muerte.

Ayuso et al (2007), refieren que la demencia es un síndrome clínico plurietiológico, caracterizado afectar las funciones intelectuales como la orientación, lenguaje, cálculo, capacidad de abstracción y planificación que interfieren con la capacidad de desarrollar actividades cotidianas que a largo plazo generara una dependencia funcional y la necesidad de un cuidador primario.

López et, al. (2011), en la demencia vascular y los infartos tienden a ser bilaterales, múltiples y localizados en el hemisferio dominante y estructuras límbicas, provocando con el tiempo, la cantidad total de accidente conducirá al síndrome de demencia, generando signos neurológicos, incontinencia urinaria y alteraciones en su caminar. El paciente al no ser intervenido a tiempo y de forma adecuada, puede presentar secuelas a lo largo de su vida.

Román y Pascual (2012), sostienen que la demencia vascular es una de las demencias más frecuentes después de la enfermedad de Alzheimer y podrían ser muy

comunes que se presenten de manera paralela, como la demencia mixta en el anciano. El paciente con demencia vascular, debe presentar demencia, una lesión cerebral vascular y una relación causa-efecto entre las dos primeras. Esto permite tener un diagnóstico preciso para la detección temprana del deterioro cognitivo.

Gutiérrez (2014), menciona que la demencia es uno de los factores que más contribuyen a la discapacidad y a la falta de autonomía en las personas adultas mayores. El tener Alzheimer (EA), es considerada el tipo de demencia con mayor frecuencia, presentando mayor prevalencia en el sexo femenino, además de adolecer de EA, se intensifica con la presencia de síndrome metabólico, diversas enfermedades cardiovasculares y trastornos del estado de ánimo.

Nuñez et al (2020), sostienen que la demencia constituye un síndrome de declinación progresiva de las funciones mentales como la memoria, orientación, razonamiento y juicio, generando lesiones del cerebro altamente significativas afectando el desenvolvimiento del paciente en su entorno. Aunque afecta principalmente al adulto mayor, la demencia no constituye una consecuencia normal del envejecimiento.

Vasquez y Asenjo (2017), afirman que la demencia senil es un síndrome que ocasiona un progresivo deterioro cognitivo y constante en todas las funciones ejecutivas, provocando pérdida de la autonomía, por otro lado, está relacionada principalmente a patologías crónicas como la hipertensión arterial y la diabetes.

Para Gutiérrez et al (2016), la enfermedad de Alzheimer son alteraciones que afectan diferentes dominios cognitivos, por lo general, casi siempre comienza con cambios en la memoria y progresa hasta producir efectos significativos en la vida diaria, las cuales están catalogadas en diferentes niveles de

gravedad, dependiendo de la etapa de la enfermedad que puede ser: leve, moderada o severa.

El CIE 10 (2000), la demencia es un síndrome causado por un deterioro constante del cerebro, comúnmente se evidencia deterioro en varias funciones corticales superiores, incluidas la memoria, el pensamiento, la orientación, la comprensión, el cálculo, el aprendizaje, el lenguaje y el juicio. La conciencia permanece estable. Los déficits cognitivos a menudo acompañan y a veces preceden a las deficiencias en el control emocional, el comportamiento social o la motivación.

### **2.2.3. Factores de riesgo**

Arriola (2017), menciona que un mayor porcentaje de los estudios sobre los factores de riesgo de deterioro de las funciones cognitivas presentan limitaciones porque se ven afectadas por pacientes que cumplen los criterios de demencia prematura. El DCL es indudablemente complicado, involucra varios e interrelacionados factores que pueden estar relacionados con la causa o aspectos etiopatológicos de la enfermedad.

#### **Factores genéticos**

El gen de la apolipoproteína E (APOE), es el único gen de susceptibilidad establecido para EA. Sin embargo, en una investigación no encontró asociación entre los casos de DCL, sobre todo en personas de 65 años. En otras investigaciones encontraron que la frecuencia de APOE4 era incrementaba en pacientes comparados con controles, aunque la frecuencia absoluta era solo del 20 %.

### **Factores cardiovasculares**

Existe referencia de datos clínicos, patológicos y epidemiológicos respaldan la relación entre los factores de riesgo cardiovascular y el deterioro cognitivo. Algunos de estos factores pueden tener relaciones no monótonas y la mayoría son modificables.

Los estudios epidemiológicos han arrojado resultados contradictorios sobre la relación entre dislipidemia y deterioro cognitivo. Algunos análisis sugieren que los niveles altos de colesterol pueden contribuir a la asociación con la presencia de deterioro cognitivo en la vejez.

### **Factores sensoriales**

Los factores que están vinculados con el área cognitiva no se localizan totalmente definidos, ocasionando un gran impacto en las personas y su entorno, añadiendo a ello la pérdida de audición se asocia con la dificultades físicas y cognitivas.

### **Estilos de vida**

Los metaanálisis de estudios prospectivos sugieren que el ejercicio físico, en particular la actividad física de intensidad moderada, se asocia con un bajo riesgo de deterioro cognitivo.

Varias investigaciones han comprobado la conexión entre el consumo de alcohol y el riesgo de deterioro cognitivo. Algunas referencias respaldan una relación tipo U, es decir, un riesgo ligero de los consumidores leves versus los grandes consumidores. Otros no aprobaron las precauciones. La atención, el tipo y la constancia de la ingestión varían entre los estudios, ante ello se evidencia dificultad en la obtención de las conclusiones.

De manera similar, un nivel más bajo de educación se asoció con un mayor riesgo de DCL. La actividad intelectual puede alterar la neurobiología al aumentar la materia gris y activar los sistemas de neurotransmisores.

## **COVID-19**

Liu et, al. (2022), aseguran que el deterioro cognitivo leve post COVID-19, fue incrementando con más frecuencia en adultos mayores, generando un riesgo mayor de deterioro cognitivo de inicio temprano en pacientes con enfermedades graves. El envejecimiento es progresivo según pasan los años y con ella las enfermedades desencadenan y dificultan la cotidianidad en las personas mayores, esto complica la pronta recuperación o deja secuelas en las personas que tuvieron COVID -19.

Ruso et, al. (2021), señalan algunos factores que influenciaron en el bienestar y estado de salud en adultos mayores durante la pandemia de COVID-19. Esto da como resultado una combinación de aislamiento social, falta de recuperación, mayor estrés del cuidador y miedo a enfermarse. Conllevando al adulto mayor al distanciamiento social de manera forzada, inhabilitándolo en su capacidad funcional, generando progresivamente un deterioro cognitivo leve.

## **Envejecimiento**

Para Torrades (2004), el envejecimiento es un proceso irreversible ya que afectan de forma heterogenea las células que componen la vida de los seres vivos. Con el tiempo, la morfología y función de las células se deterioran y provocan la muerte. Este proceso ocurre en todos los órganos y sistemas de un individuo, incluido el sistema nervioso central, pero ocurre de manera diferente. Evidenciando de que los adultos

mayores pueden mantener la salud mental incluso en la vejez, a diferencia de aquellos que sufren deterioro mental debido a cambios patológicos en el cerebro.

De acuerdo con Maiese (2021), la funcionalidad cerebral varía con el paso de los años en la transición de la infancia a la vida adulta y posterior senectud, algunas personas, disminuyen anualmente de tamaño ciertas áreas del cerebro. Sin embargo, su funcionalidad permanece estable. Por lo tanto, los cambios en el sistema nervioso central respectivos con la edad no siempre causan una pérdida de la función cognitivas, motriz y verbal. No obstante, se presenta una disminución de la función cerebral producida por el declive de las funciones cognitivas y físicas puede ser el resultado de numerosos factores tales como cambios en los neurotransmisores, afectando la memoria de corto plazo, habilidades verbales y rendimiento intelectual.

### **2.3. Marco conceptual**

#### **2.3.1. Deterioro cognitivo**

Petersen et, al. (1999), sostienen que el Deterioro Cognitivo Leve (DCL), es una condición caracterizada por quejas de memoria, funciones cognitivas normales, desempeñarse con habitualidad en las tareas de la vida diaria, una memoria anormal para la edad y que no cumplan con los indicadores de demencia. Estas limitaciones son importantes para identificar alteraciones en el área cognitiva de la memoria.

### **2.3.2. Adulto mayor**

Según la OMS (2019), se refiere a cualquier persona mayor de 60 años. Algunas publicaciones clasifican a los adultos mayores a partir de los 55 años, mientras que otras comienzan a clasificar a los adultos mayores a los 65 años. En el Perú (2016), según la Ley N° 30490 “Ley de la Persona Adulta Mayor”, en su Artículo 2, se entiende que la persona adulta mayor tiene 60 o más años de edad.

## **CAPÍTULO III**

### **HIPÓTESIS**

#### **3.1. Hipótesis general**

- Ha: Existe prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022.
- Ho: No existe prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022.

### 3.2. Hipótesis específica

- Ha1: Los grupos etarios de 60 a 74 años influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.
- Ho1: Los grupos etarios de 75 a 90 años influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.
- Ha2: El no tener grado de instrucción influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.
- Ho2: El grado de instrucción primaria o secundaria influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.
- Ha3: El sexo masculino influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.
- Ho3: El sexo femenino influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.

### **3.3. Variable**

#### **3.3.1. Deterioro cognitivo**

##### **Definición Conceptual**

Borrás y Viña (2016), refiere que la cognición en sentido general se entiende como las funciones intelectuales que nos permiten interactuar con el entorno. El envejecimiento implica cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios en el cerebro, y estos cambios dependen de la plasticidad cerebral y de las diversas funciones cerebrales que pueden conducir a cambios cognitivos o continuar con sus funciones normales.

##### **Definición Operacional**

El test de la moneda peruana (versión adaptada del EUROTTEST), tiene como punto de corte menor a 24 puntos para confirmar deterioro cognitivo (S: 90.5%; E: 83.3%); evalúa las funciones cognitivas en tres áreas: conocimiento, cálculo y memoria diferida. (Oscanoa y col, 2016)

## **CAPÍTULO IV**

### **METODOLOGIA**

#### **4.1. Metodología de la investigación**

Según Hernández (2014) el método cuantitativo, es la operación de datos que se utilizan para identificar hipótesis basadas en mediciones numéricas y resultados estadísticos, establecer modelos de conducta y emplear teorías.

Hernández (2014) menciona que los métodos descriptivos son importantes para representar con precisión diferentes perspectivas o dimensiones de un fenómeno, evento, comunidad, contexto o situación.

#### 4.2. Tipo de investigación

Sampieri (2014), sostiene que la investigación bajo el enfoque cuantitativo, busca describir, explicar, comprobar y predecir los fenómenos causales, generar y probar teorías.

#### 4.3. Nivel de investigación

El presente estudio fue de nivel descriptivo – analítico. Hernández (2014), menciona que lo descriptivo es la información que se logra captar en primera instancia después de ser analizado, interpretado y evaluado.

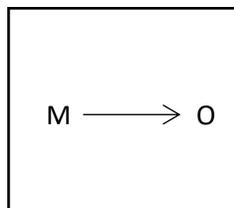
#### 4.4. Diseño de la investigación

El presente estudio fue de diseño no experimental, de corte transversal descriptivo.

Sampieri (2014), menciona que un diseño no experimental es un diseño que se lleva a cabo sin manipulación deliberada de variables, donde los fenómenos se observan y analizan únicamente en su entorno natural.

Sampieri (2014), sostiene que el diseño trasversal o transeccional, son investigaciones que recopilan datos en un momento único, con el propósito de medir, analizar o evaluar el propósito de una o más variables.

La investigación se representó con el siguiente paradigma



Donde:

M= Pobladores del Asentamiento Humano Indoamérica - Tocache

O= Deterioro cognitivo.

#### **4.5. Población y muestra**

##### **Población:**

Según Westreicher (2017), la población es un grupo de personas sobre las cuales un investigador está interesado en un estudio estadístico, o un grupo de personas que serán afectadas por el proyecto.

Los participantes del presente estudio se encuentran conformada por 53 personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín.

##### **Muestra:**

Se usó un muestreo no probabilístico ya que se utilizó la técnica “bola de nieve” permitiendo localizar a los participantes y los mismo nos guiaron a los demás (Ato et al., 2013).

La muestra tomada para la presente investigación fueron personas de la tercera edad de ambos sexos, entre las edades de 60 a 87 años, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, por ello, se contó con la participación de 28 adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica.

**Criterios de inclusión:**

- Poblador adulto mayor que acepte participar del estudio de detección de deterioro cognitivo.
- Poblador adulto mayor que residan en el Asentamiento Humano Indoaméricaa.
- Poblador adulto mayor con grado de instrucción inicial, primaria y secundaria o sin instrucción.

**Criterios de exclusión:**

- Poblador adulto mayor que no acepte participar del estudio de detección de deterioro cognitivo.
- Poblador adulto mayor que no residan en el Asentamiento Humano Indoaméricaa.
- Poblador adulto mayor con grado de instrucción técnica o universitaria.

**4.6 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de los datos se utilizó la encuesta a través de instrumentos válidos y confiables:

- Encuesta

El objetivo fue recopilar datos sociodemográficos y de salud bio-psico-social, para lo cual se participó en colaboración con RENACER Asociación Holística Gerontológica, en el proyecto de censo socio-sanitario en comunidades rurales y urbano-rurales.

- Test de la moneda peruana (Versión peruana del EUROTTEST)

El objetivo es evaluar la utilidad y fiabilidad del test de la moneda peruana en la detección de sujetos con deterioro cognitivo y demencia.

### **FICHA TECNICA DEL TEST DE LA MONEDA PERUANA**

- NOMBRE DEL TEST: EUROTEST (Dr. Cristóbal Carnero Pardo)
- NOMBRE ADAPTADO: “Prueba de la moneda peruana”
- ADAPTACION PERUANA: Teodoro J. Oscanoa, Edwin Cieza, Jose F, Parodi, Napoleón Paredes.
- PROCENDENCIA: España.
- OBJETIVO: Evaluar indirectamente la memoria y sus dimensiones.
- FINALIDAD: Evaluar las dimensiones de conocimiento, cálculo y recuerdo.
- ADMINISTRACIÓN: Individual.
- APLICACIÓN: Personas mayores 60 años en adelante.
- DIMENCIONES: Conocimiento, calculo y recuerdo.
- ITEMS: La prueba cuenta con 10 ítems que suman 31 puntos en total.
- DURACION: 05 a 10 minutos.

El “Eurotest”, es un test de cribado o evaluación rápida que ayuda en la detección de demencia y deterioro cognitivo en poblaciones con bajo nivel educativo y cultural, adaptada en el Perú por Oscanoa y col, al cual se denominó “Prueba de la moneda peruana”, presentando una sensibilidad mayor al 90% y especificidad superior al 83% con punto de corte de 24, en consecuencia es una prueba con una alta significancia y especificidad en la detección de deterioro cognitivo en personas de la tercera edad, constituyéndose en una herramienta válida para la detección de los trastornos neurocognitivos en adultos mayores de nuestro país.

## Validez y confiabilidad

Oscanoa (2016), realizó la validación y confiabilidad para que la “Prueba de la moneda peruana” se pueda aplicar dentro de nuestra población en general. Para aplicar las pruebas en nuestro contexto, utilizamos el juicio de expertos y realizamos pruebas piloto para garantizar la confiabilidad.

Oscanoa (2016), determinó la validez de contenido del instrumento, se adaptó el EUROTTEST a la test de la moneda peruana, dividiéndolas en dos etapas. La primera consistía en la adaptación de los euros en moneda peruana. La segunda, en las preguntas del test fueron adaptadas semánticamente y los estudios experimentales determinaron la necesidad de cambiar una de las preguntas: ¿Me puede cambiar esta moneda (€ 1,00) por otras más pequeñas?, por una expresión más común: ¿Puede cambiarme en sencillo esta moneda de 1 sol?

El test de la moneda peruana consta de 3 partes al igual que el EUROTTEST.

**Tabla 1**

*Prueba de la moneda peruana: características demográficas y resultados de exámenes de evaluación cognitiva.*

Característica	Casos (n:42)	Controles (n:42)	Valor p
Edad (media y rango)	77,88 ± 6,01 (Rango: 60-90 años)	76,14 ± 6,49 (Rango: 60-90 años)	No significativo
Sexo	Femenino: 24(57,1%) Masculino: 18 (42,9%)	Femenino: 30 (71,4%) Masculino: 12 (28,6%)	No significativo
Grado de instrucción	13,69 ± 3,70 Rango:0-17 años	8,17 ± 4,71 Rango:2-17 años	No significativo
MMSE*	17,76 ± 5,78	27,57 ± 1,50	p<0,001
Prueba de la moneda peruana	16,74 ± 5,96	26,38 ± 3,19	p<0,001
Tiempo de aplicación de prueba de la moneda peruana	8,89 ± 0,88 minutos (rango: 8-9 minutos)	7,47 ± 0,92 (rango: 6-9 minutos)	No significativo

*Nota.* Mini Mental State Examination, versión en español del Lobo (2002).

Oscanoa (2016), tomo como muestra a 84 personas de la tercera edad (edad > 60 años), cuyas características demográficas fueron las siguientes: la media de edad de fue de 77,01 + 6,28, con un rango entre 60 y 90 años de edad; el 64,3%, lo presento el sexo femenino mientras que el masculino fue un 35,7%, los años de nivel educativo fueron en promedio de 0 a 17 años.

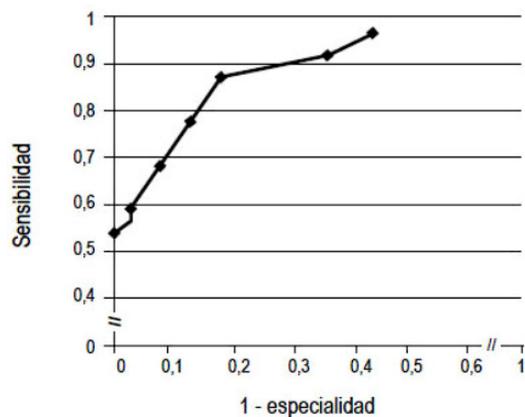
**Tabla 2**

*Prueba de la moneda peruana: sensibilidad y especificidad para distintos puntos de corte.*

Punto de corte	Sensibilidad (%)	Especificidad (%)
≥26	1	0,59
≥25	0,95	0,67
≥24*	0,90	0,83
≥23	0,81	0,88
≥22	0,71	0,93
≥21	0,62	0,98
≥20	0,59	0,98
≥19	0,57	1

**Figura 1**

*Curva ROC (Receiver Operating Characteristic) de la prueba de la moneda peruana.*



Oscanoa (2016), se alcanzó la media del MMSE en los casos fue de  $17,76 \pm 5,78$  y en los controles fue de  $27,57 \pm 1,50$  ( $p < 0,001$ ). Al relacionar los resultados del test de la moneda peruana con el MMSE, se obtuvo una correlación de Pearson igual a 0,73. Se alcanzó un puntaje con el test de la moneda peruana de  $16,74 \pm 5,96$  en los casos y de  $26,38 \pm 3,19$  en los controles. Mediante la aplicación de diferentes puntos de corte en una curva ROC, se dispuso que el mejor punto de corte fue 24, la sensibilidad fue de 90,5% y la especificidad de 83,3%. La muestra incluyó pacientes sometidos a evaluación geriátrica en el hospital. Se consideraron pacientes de 60 años y más que estuvieron incluidos en los servicios geriátricos del hospital durante el período de estudio y aceptaron participar en el estudio; pacientes que presentaban discapacidad visual (discapacidad visual) y/o discapacidad auditiva y que no aceptaron participar en el estudio. La validez de contenido del instrumento se estableció adaptando la prueba europea a la prueba de la moneda peruana en dos fases. Siendo la primera fase, la adaptación de los euros en monedas peruanas. La segunda etapa es la adaptación semántica de las preguntas del test, estudios experimentales han encontrado que es necesario modificar las preguntas de los test iniciales: *¿Me puede cambiar esta moneda (€ 1,00) por otras más pequeñas?*, por la expresión más común en Perú: *¿Puede cambiarme en sencillo esta moneda de 1 sol?*

#### **4.7. Técnicas de procesamiento y análisis de datos**

Los datos obtenidos fueron procesados en el programa estadístico SPSS-26, y lograron obtener puntuaciones con los datos procesados de las otras variables independientes, que fueron consignadas en una base de datos para su posterior análisis, considerando:

1. El análisis descriptivo: la media aritmética, mediana y desviación estándar.

2. La asociación entre determinantes sociales y las variables independientes la prueba del chi<sup>2</sup>.

#### **4.8. Aspectos éticos de la investigación**

Para el proceso de investigación se tuvo en cuenta los artículos 04 y 05 del Código de Ética para la investigación y el artículo 27 del Reglamento General de Investigación de la Universidad Peruana Los Andes en el que manifiesta lo siguiente: valorar y respetar a los participantes de la investigación, que su colaboración sea voluntaria y confidencial, asegurando el bienestar del grupo, actuar con responsabilidad y que la investigación sea veraz.

Por lo tanto, las personas participaron voluntariamente y dan su consentimiento informado para que comprendan el propósito del estudio y también mantengan la privacidad y confiabilidad de los participantes. Cabe señalar que este estudio se realizó con el permiso previo de los directores de las instituciones religiosas con el fin de obtener su apoyo.

Por otra parte, el investigador se obliga por las condiciones de la Cláusula 28 del Reglamento General de Investigación, demuestra que la investigación es original y coordinada, sus procedimientos son científicamente rigurosos, asume responsabilidad, garantiza la confiabilidad y el anonimato de los participantes, informa investigación Como resultado, debe mantener la confidencialidad de la información obtenida, seguir los estándares de investigación, no falsificar los datos obtenidos, no plagiar el contenido publicado, excluir a los autores que no participaron en el estudio, no estar de acuerdo con las condiciones del estudio Estar de acuerdo con su evaluación científica, la visión y misión de la universidad, y publica los resultados de investigación de acuerdo con las normas de propiedad intelectual de la Universidad Peruana Los Andes

## CAPÍTULO V

### RESULTADOS

#### 5.1. Análisis de resultados

**Tabla 3**

*Prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores.*

Datos	N	%	
Deterioro Cognitivo	Si	16	57.1
	No	12	42.9
Total	48	100%	

*Nota.* Datos recolectados en la encuesta sociosanitaria en población rural de RENACER Asociación Holística Gerontológica (2022).

La prevalencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica – Tocache, determinado por el punto de corte ( $\leq 24$  puntos) del test de la moneda peruana (SOLTEST) es del 57.1%.

**Tabla 4**

*Deterioro cognitivo según grupo etario en adultos mayores.*

			GRUPO ETARIO		Total
			60 - 74	75 - 90	
DETERIORO COGNITIVO	NO	Recuento	7a	5a	12a
		% del total	25.0%	17.9%	42.9%
	SI	Recuento	9a	7a	16a
		% del total	32.1%	25.0%	57.1%
Total	Recuento	16	12	28	
	% del total	57.1%	42.9%	100.0%	

Según los resultados de la tabla de contingencia para establecer asociación entre grupo etario y deterioro cognitivo, se observa que el grupo etario comprendido entre 60 y 74 años presenta el mayor porcentaje (32.1%) del total presentan deterioro cognitivo; en comparación con el grupo comprendido entre 75 a 90 años. Encontrándose diferencia significativa entre ambos grupos (Chi-cuadrado de Pearson: 0.012).

**Tabla 5**

*Deterioro cognitivo según grado de instrucción en adultos mayores.*

			GRADO DE INSTRUCCION			Total
			NO TIENE	PRIMARIA	SECUNDARIA	
DETERIORO COGNITIVO	NO	Recuento	2a	8b	2a, b	12
		% del total	7.1%	28.6%	7.1%	42.9%
	SI	Recuento	9a	4b	3a, b	16
		% del total	32.1%	14.3%	10.7%	57.1%

Total	Recuento	11	12	5	28
	% del total	39.3%	42.9%	17.9%	100.0%

Según los resultados de la tabla de contingencia para establecer asociación entre grado de instrucción y deterioro cognitivo: se observa que los adultos mayores que presentan deterioro cognitivo determinado por el punto de corte ( $\leq 24$  puntos) del test de la moneda peruana (SOLTEST), se evidencia en mayor porcentaje en aquellos que no tienen ningún grado de instrucción (32.1%), siendo el doble en relación aquellos que cuentan grado de instrucción primaria (14.3%) y el triple con aquellos que cuentan con instrucción secundaria (10.7%). Sin embargo, no presenta una diferencia significativa (Chi-cuadrado de Pearson: 5.529).

**Tabla 6**

*Deterioro cognitivo según sexo en adultos mayores.*

		SEXO		Total	
		FEMENINO	MASCULINO		
DETERIORO COGNITIVO	NO	Recuento	9a	3a	12
		% del total	32.1%	10.7%	42.9%
	SI	Recuento	12a	4a	16
		% del total	42.9%	14.3%	57.1%
Total		Recuento	21	7	28
		% del total	75.0%	25.0%	100.0%

Según los resultados de la tabla de contingencia para establecer asociación entre sexo y deterioro cognitivo: se observa que el sexo femenino obtuvo un 42.9%, superando por mucho a su contraparte que obtuvo un 14.3%. Encontrándose una diferencia significativa entre ambos grupos (Chi-cuadrado de Pearson: 0.000).

## ANÁLISIS Y DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicada en la provincia y distrito de Tocache -San Martín en el 2022, determinado por la prueba de la moneda peruana (SOLTEST), instrumento psicométrico que permite evaluar tres (conocimiento – cálculo – recuerdo) de las funciones cerebrales superiores – cognición – que son la capacidad de pensar, aprender, recordar, utilizar el juicio y el lenguaje, determino que el 57.1% de la población estudiada presentan deterioro cognitivo; la importancia que reviste evidenciar este síndrome geriátrico en la población adulta mayor, es prevenir la dependencia funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria, que establecería algún nivel de demencia (deterioro cognitivo + dependencia funcional), con el impacto en la dinámica socio-familiar y en los recursos sociosanitarios que oferta el estado. La logras una pronta detección del Deterioro Cognitivo Leve, debe presentar quejas subjetivas de memoria, funciones cognitivas normales, desempeñarse con normalidad en las actividades de la vida diaria, una memoria atípica para la edad y que no cumplan con los criterios de demencia (Petersen et, al., 1999).

Podemos entender que de cada 10 adultos mayores evaluados en el Asentamiento Humano Indoamérica 6 poseen deterioro cognitivo llegando afectar negativamente a los factores psicológicos y sociales, el cual le impide desenvolverse de manera independiente por causa de las quejas subjetivas de memoria (González, 2017). Dichos resultados fueron respaldados por Torres (2021), Echevarría y Solano (2019) y Reinoso (2019).

Por otro lado, los resultados de la investigación de Echevarría y Solano (2019), realizado en el Hospital Daniel Alcides Carrión – Huancayo, mediante un grupo de 74 personas de la tercera edad que fueron evaluados con el Test de la Moneda Peruana - EUROTTEST, lograron obtener múltiples escalas de valoración en sus resultados, donde el 25.8% presenta un ligero trastorno cognitivo, 14.5% una demencia leve 17.7% una demencia moderada y el 9.7% tiene demencia grave.

En el primer objetivo específico, se buscó determinar la relación de deterioro cognitivo según el grupo etario en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022. Se observó que los adultos mayores de 60 a 74 años presentaron mayor porcentaje en la detección de deterioro cognitivo logrando alcanzar un 32.1%. Los resultados difieren con el trabajo de Prado (2020), donde categorizo como anciano a los adultos mayores de 75 a 90 años y reflejando en sus resultados un 66.9% tienen deterioro cognitivo. Teniendo en consideración la divergencia de lo reportado con referencia a la edad como factor de riesgo, se debe desterrar el concepto de que es “normal” que los adultos mayores presenten problemas de memoria – olvidos benignos – según lo reportado en ambos estudios.

En el segundo objetivo específico, se buscó determinar la relación de deterioro cognitivo según el grado de instrucción en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022. Se observó que el 32.1% presenta deterioro cognitivo, siendo el porcentaje más alto y corresponde al grupo de adultos mayores que no presentan grado de instrucción. Los resultados difieren en el trabajo de Prado (2020), reporto deterioro cognitivo en el 46.15% correspondientes al nivel primario. Así mismo Moreira (2016), reporto deterioro cognitivo en el 58.06% en el nivel primario. En contraste a lo hallado en el

presente estudio que reporta que el deterioro cognitivo es más frecuente en los adultos mayores sin grado de instrucción.

En el tercer objetivo específico, se buscó determinar la relación de deterioro cognitivo según el sexo en personas de la tercera edad del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022 obtuvo un 42.9% fueron del sexo femenino. Así mismo, encontramos similitud en el trabajo de Reinoso (2020), se puede observar que el sexo femenino influye un 64,1% en el deterioro cognitivo, del mismo modo Cabrera y Lescano (2020), evidenciaron un 60% con deterioro cognitivo, perteneciendo al sexo femenino. Demostrándose que un elemento de riesgo para el deterioro cognitivo es el sexo femenino.

## CONCLUSION

1. La prevalencia de deterioro cognitivo encontrada en los pobladores del Asentamiento Humano de Indoamérica, es de 57.1%. Esto indica que de 10 adultos mayores 6 presentaran deterioro cognitivo.
2. El grupo etario de adultos mayores, se encontró mayor porcentaje de deterioro cognitivo en personas de 60 a 74 años. Esto nos da a entender que el grupo etario 75 a 90 años presentan menos riesgo de tener deterioro cognitivo.
3. Se identifico que las personas de la tercera edad que no tienen grado de instrucción presentan un alto riesgo de contraer deterioro cognitivo. Dándonos a entender que los adultos mayores que tienen algún grado académico terminado, no presentan deterioro cognitivo.
4. Se evidencia que las mujeres son más propensas a presentar deterioro cognitivo que el sexo masculino.

## **RECOMENDACIONES**

- Aplicar el test de la moneda peruana (SOLTEST), en futuros estudios de prevalencia de deterioro cognitivo; como instrumento de tamizaje en las personas de la tercera edad que tengan bajo nivel de instrucción,
- Diseñar estudios de prevalencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor de zonas rurales y urbano-marginales; que además tengan bajo nivel educativo.
- Implementar estrategias sociosanitarias, para prevenir el incremento de deterioro cognitivo y sus efectos en el descargo de las tareas de vida diaria del adulto mayor.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Allegri, R. F. (2016). *Latinoamérica, un camino hacia la prevención del deterioro cognitivo*, *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 7(2), 307-310.  
<https://www.redalyc.org/journal/4978/497857393002/html/>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5)*.
- Ayuso T., Eterra M., Manubens J., Nuin M., Villar D. y Zubicoa J. (2007). *Abordaje de la demencia. Guía de actuación en la coordinación Atención Primaria – Neurología*. Editorial Graficas Lizarra S.L. <https://www.navarra.es/NR/rdonlyres/90E6356A-73C3-4CA1-9291-834501AA4324/0/Guiaabordajedelademencia.pdf>
- Ato, M., López, J., & Benavente, A. (2013). Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología. *Anales de Psicología*, 29(3), 1038-1059.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16728244043>
- Barrera Urrutia, J. (2017). *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*, Ambato [Tesis de pregrado, Universidad Técnica De Ambato].<https://repositorio.uta.edu.ec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>

Benavides C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Médica Anestesióloga*, 40(2), 107-112. <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>

Bobadilla, L. y Del Aguila, B. (2020), *Valoración del estado cognitivo-afectivo en asistentes al Centro del adulto mayor Essalud en Chiclayo del 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo] <http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/20.500.12423/2386>

Borrás, B. y Viña, R. (2016). Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista SEGG*, Vol. 51(1), 3-6. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-156770>

Custodio, N., Herrera, E., Lira, D., Montesinos, R., Linares, J. y Bendezu, L. (2012). Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia?. *Revista An Fac. med*, 73 (4), 321 - 325. <file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/2012%20Peru%20-%20Deterioro%20cognitivo%20leve%3B%20donde%20termina%20el%20envejecimiento%20normal%20y%20empieza%20la%20demencia.pdf>

Chuquipul, P. e Izaguirre, C. (2018), *Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la asociación organización social del adulto mayor, Villa Los Reyes, Ventanilla 2018* [Tesis de pregrado, Universidad Privada Norbert Wiener].

Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIE 10 (2018). CIE 10, decima revisión. <https://www.minsa.gob.pe/reunis/data/cie10/volumen3-2018.pdf>

Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales DSM V (2018). DSM -V, 5ta edición. <https://psychiatryonline.org/pb-assets/dsm/update/DSM5Updateoctubre2018.es.pdf>

Dzul Escamilla M. (2019). *Fundamentos de la metodología de la investigación*. Mexico. [https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI\\_Presentaciones/licenciatura\\_en\\_mercadotecnia/fundamentos\\_de\\_metodologia\\_investigacion/PRES38.pdf](https://www.uaeh.edu.mx/docencia/VI_Presentaciones/licenciatura_en_mercadotecnia/fundamentos_de_metodologia_investigacion/PRES38.pdf)

Echevarría Laureano, J y Solano Condor, E. (2019), *Deterioro cognitivo y variables sociodemográficas en adultos mayores de Huancayo, 2019* [Tesis de pregrado, Universidad Peruana Los Andes].

Esperanza A. (2005). La demencia: diagnóstico y evaluación. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 10 (3), 6-13. <https://www.medigraphic.com/pdfs/quirurgicas/rmq-2005/rmq053b.pdf>

Ferrer S, Nova Á, Barros M, García L, Cruz M. (2012), Caracterización de las Actividades Básicas de la Vida Diaria ABVD en un grupo de adultos mayores institucionalizados. *Revista Salud en Movimiento*, 4(1), 4-18. <http://publicaciones.unisimonbolivar.edu.co/rdigital/ojs/index.php/saludmov/article/view/269/266>

González, A. (2017), *Frecuencia de deterioro cognitivo y riesgo de caídas en pacientes adulto mayores de la UMF No.28 Mexicali, B.C.* [Tesis de pregrado, Universidad Autónoma de Baja California]. <https://repositorioinstitucional.uabc.mx/handle/20.500.12930/4338>

Gonzalez, P., Oltra, M., Sitges, E., y Bonete, B. (2021). Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia, *Revista Neurol*, 72 (8), 288-295.

<file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/2021%20Espa%C3%Bl%20-%20Revision%20y%20actualizacion%20de%20los%20criterios%20de%20DC.pdf>

Grimaldo, S. & Mancera, L. (2019). Salud mental y deterioro cognitivo en adultos mayores del municipio de Girardot Colombia. *Revista Conrado*, 15(70), 460-464.

[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1990-864420190005\\_00460](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-864420190005_00460)

Gregorio P. y Sanchez F. (2006). Valoración funcional en la demencia grave. *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, 41(1), 43-49. <https://www.elsevier.es/en-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-articulo-valoracion-funcional-demencia-grave-13096077>

Gutiérrez, J. y Guzmán, G. (2017). Definición y prevalencia del deterioro cognitivo leve, *Revista Médica*, 52(2), 16-42. [https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/03/Definicion-y-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-leve.-SEGG-](https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/03/Definicion-y-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-leve.-SEGG-2017.pdf)

[2017.pdf](https://www.capacitacionesonline.com/blog/wp-content/uploads/2021/03/Definicion-y-prevalencia-del-deterioro-cognitivo-leve.-SEGG-2017.pdf)

Gutiérrez L., Garcia M., Roa P. y Martinez A. (2016). *La enfermedad de Alzheimer y otras demencias como problema nacional de salud*. Editorial Intersistemas.

[https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas\\_publicaciones/ANM-ALZHEIMER.pdf](https://www.anmm.org.mx/publicaciones/ultimas_publicaciones/ANM-ALZHEIMER.pdf)

Gutiérrez L. (2014). *Demencia una visión panorámica. Demencias en México: La necesidad de un Plan de Acción*. Editorial Universitaria Potosina.

<http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/publicaciones/Demencia.pdf>

Hernández Sampieri, R. (2014). *Metodología de la investigación*. Edición McGraw- Hill. México

[https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n\\_Sampieri.pdf](https://www.uv.mx/personal/cbustamante/files/2011/06/Metodologia-de-la-Investigaci%C3%83%C2%B3n_Sampieri.pdf)

Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, P. (2014). *Metodología de la Investigación*. México: 6ta edición. Mc Graw Hill.

[https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia\\_de\\_la\\_investigacion\\_-\\_roberto\\_hernandez\\_sampieri.pdf](https://periodicooficial.jalisco.gob.mx/sites/periodicooficial.jalisco.gob.mx/files/metodologia_de_la_investigacion_-_roberto_hernandez_sampieri.pdf)

Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2019) Nota de Prensa N° 109 – 21 junio 2019. <https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/noticias/notadeprensa109.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática INEI (2019 - 2021), Situación de la Población Adulta Mayor. <https://www.inei.gov.pe/biblioteca-virtual/boletines/ninez-y-adulto-mayor/1/>

Iverico Nuñez L. (2016, 20 de julio), Normas legales. *El Peruano*. <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1>

León G. y León E. (2017). Factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de la parroquia El Salto - Babahoyo. *Revista CUMBRES*, 3(2), 9-16. <https://investigacion.utmachala.edu.ec/revistas/index.php/Cumbres/article/view/295>

Ley 30490 de 2016. (2016, 30 de junio). Congreso de la República. El Peruano – Diario Oficial Año XXXIII - N.º 13745. <https://busquedas.elperuano.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

Liu. Y., Chen Y., Wang Q., Wang L., Jiang L., Yang Y., Chen X., Li Y., Cen Y., Cheng X., Zhu J., Li W., Wang Y., Zhang L., Juan L., Xu Z. y Wang Y. (2022). Los pacientes mayores con COVID-19 presentan deterioro cognitivo más grave un año después del alta. *Revista JAMA Neurol*, 79(5), 509-517. <https://jamanetwork.com/journals/jamaneurology/fullarticle/2789919>

Lopez, J., Arriola, E. y Carnero, C. (2017). Deterioro cognitivo leve en el adulto mayor. *Revista SEGG*, 14(1). <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivoleve.pdf>

López R. Duaso E., Aguilar M. y Julia J. (2011). Nota Clínica. Caso de demencia vascular. *Revista Psicogeriatría*, 3 (1), 45-49. [https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO\\_0301\\_045\\_NC\\_2610029\\_Lopes.pdf](https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_045_NC_2610029_Lopes.pdf)

Maiese K. (2021). *Efectos del envejecimiento sobre el sistema nervioso*. Manual MSD. <https://www.msmanuals.com/es-pe/hogar/enfermedades-cerebrales,-medulares-y-nerviosas/biolog%C3%ADa-del-sistema-nervioso/efectos-del-envejecimiento-sobre-el-sistema-nervioso>

Mejia, Fernandez y Cossio. (2021). Deterioro cognitivo en poblaciones urbanas y rurales de la mediana altura geográfica en Bolivia: Prevalencia y factores. *Revista Chil. Neuro-psiquiatr*, 59(4): 280-288. <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1388410>

Ministerio de Educación MINEDU (2016), *Modernización-Personal administrativo en las II.EE. según nivel educativo*. <http://www.minedu.gob.pe/politicas/modernizacion/nivel-educativo.php>

Mc Dowell, I. (2006), *Measuring health: A guide for rating scales and questionnaires*, New York: Oxford University Press.

McKeith I., Galasko D, Kosaka K, Perry E., Dickson D., Hansen L. (1996). Pautas de consenso para el diagnóstico clínico y patológico de la demencia con cuerpos de Lewy (DCL): Informe del taller internacional del consorcio sobre DCL. *Neurología*, 47 (5), 13-24. <https://doi.org/10.1212/WNL.47.5.1113>

Moreira Cedeño, R. (2016), *Diabetes y deterioro cognitivo en el paciente adulto mayor de 65 años*. [Tesis de pregrado, Universidad De Guayaquil]. <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/35523/1/CD-666-MOREIRA%20CEDE%C3%91O.pdf>

Navarro, J. (2014). *Definición de Edad*. Definición ABC. <https://www.definicionabc.com/general/edad.php>

Núñez N., Benítez A., Rodríguez T., Fernández A. y Borges O. (2020). La demencia senil: un problema de salud en los tiempos actuales. *Revista Medicoquir*, 12(1). <https://www.medigraphic.com/pdfs/invmed/cmq-2020/cmq201u.pdf>

Oblitas, A., Carranza, W. O., Herrera, J. U., & Sánchez, A. (2021). Deterioro cognitivo de adultos mayores en un sector urbano de la ciudad de Chota Perú. *Revista Científica De Enfermería*, 10(2), 33-44. <https://revista.cep.org.pe/index.php/RECIEN/article/view/107>

Organización Mundial de la Salud OMS (2000). *Guía de bolsillo de la clasificación CIE-10 : clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento*. Editorial Médica Panamericana. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/42326>

Organización Mundial de la Salud OMS (2020) *Declaración acerca de la quinta reunión del Comité de Emergencia del Reglamento Sanitario Internacional (2005) sobre la pandemia de enfermedad por coronavirus (COVID-19)*. [https://www.who.int/es/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-\(2005\)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-\(covid-19\)-pandemic](https://www.who.int/es/news/item/30-10-2020-statement-on-the-fifth-meeting-of-the-international-health-regulations-(2005)-emergency-committee-regarding-the-coronavirus-disease-(covid-19)-pandemic)

Organización Mundial de la Salud OMS (2020) *Demencia*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia#:~:text=La%20demencia%20afecta%20a%20nivel,demencia%20en%20un%20determinado%20momento.>

Organización Panamericana de la Salud OPS (2020). *Intervenciones recomendadas en salud mental y apoyo psicosocial durante la pandemia de COVID-19*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/52427>

Organización Panamericana de la Salud OPS (2000), *Promoción de la salud sexual, Recomendaciones para la acción.*

[https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion\\_salud\\_sexual.pdf](https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/promocion_salud_sexual.pdf)

Oscanoa, T., Cieza, E., Parodi, J., y Paredes, N. (2016). Evaluación de la prueba de la moneda peruana en el tamizaje de trastorno cognitivo en adultos mayores. *Revista Peruana de*

*Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(1), 67–73.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000100009&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1726-46342016000100009&script=sci_abstract)

Paredes Y., Yarce E. y Aguirre D. (2021), *Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor*, Nariño – Colombia. [Tesis de pregrado, Universidad Mariana].

<https://www.redalyc.org/journal/180/18066677004/>

Petersen RC, Smith GE, Waring SC, Ivnik RJ, Tangalos EG, Kokmen E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome, *Revista Arch Neurol*, 56(2), 303-8.

Portelano J. (2005). Introducción a la neuropsicología. Editorial *McGraw Hill*, 45-62.

<https://clea.edu.mx/biblioteca/files/original/43a9d63fc649d7606bd928a7bdf87ca7.pdf>

Prado J. (2020). *Deterioro cognitivo asociado a manifestaciones depresivas en las personas del centro integral del adulto mayor de la Municipalidad Distrital de Cayma 2020*. [Tesis de

pregrado, Universidad Nacional de San Agustín de Arequipa].

<https://renati.sunedu.gob.pe/handle/sunedu/3137198>

- Puig, A. (2000), Un instrumento eficaz para prevenir el deterioro cognitivo de los ancianos institucionalizados: El Programa de Psicoestimulación Preventiva. *Revista Multidisciplinar de Gerontología*, 10 (3), 146-151. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1996>
- Red Interangencial para la Educacion en Situaciones de Emergencia INEE (2011), Nivel educativo. <https://inee.org/es/eie-glossary/nivel-educativo>
- Reinoso, C. (2020). *Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de 65 años en el hospital José Agurto Tello de Chosica en el año 2019*, Lima -Perú. <https://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2999>
- Registro Nacional de Identificación y Estado Civil RENIEC (2001). *Marco General*, <https://www.reniec.gob.pe/portal/acercaDni.htm#>
- Rodríguez M. y Mendivelso F. (2018). Tópicos en investigación clínica. *Revista Medica. Sanitas*, 21(3), 12-19. [https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3\\_MRodriguez\\_et\\_al.pdf](https://www.unisanitas.edu.co/Revista/68/07Rev%20Medica%20Sanitas%2021-3_MRodriguez_et_al.pdf)
- Román G. y Pascual B. (2012). Demencia Vascular y Deterioro Cognitivo de Origen Vascular. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 12 (1), 203-218. <http://revistaneurociencias.com/index.php/RNNN/article/view/324/266>
- Romano M. et al. (2007). Enfermedad de Alzheimer. *Revista de posgrado de la vía cátedra de medicina*, 75(1), 9-12. [https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3\\_175.pdf](https://med.unne.edu.ar/revistas/revista175/3_175.pdf)

Ruso M. et al (2021). COVID-19 y adultos mayores con deterioro cognitivo: ¿puede influir el aislamiento social en la enfermedad?. *Neurología Argentina*, 13(3), 159–169.

<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1853002821000574>

Herrera M. (2014). Validación de un test breve para el diagnóstico de capacidad funcional en adultos mayores en Chile. *Revista Med Chile*, 142, 1128-1135.

<file:///C:/Users/Alvaro/Downloads/2014%20Articulo%20-%20Validacion%20de%20un%20test%20breve%20para%20el%20diagnostico%20de%20capacidad%20funcional%20en%20adultos%20mayores%20en%20Chile.pdf>

Solis Y. y Vargas H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista Neuropsiquiatr* 81(1), 9 - 17.

[http://www.scielo.org.pe/scielo .php?pid=S0034-85972018000100003&script=sci\\_abstract](http://www.scielo.org.pe/scielo .php?pid=S0034-85972018000100003&script=sci_abstract)

Supo J. (2014). *Seminarios de Investigación Científica*. México: 2ta edición, Bioestadístico.

<https://seminariosdeinvestigacion.com/>

Torres G. (2021). *Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Patrona de Chota, 2021* [Tesis de pregrado, Universidad Nacional de Cajamarca].

<https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5184/TESIS%20DETERIORO%20COGNITIVO%20%20Y%20DEPRESION%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%202022.%20gelin%20dani%20ksa%20%20final.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

- Torrades S. (2004). Aspectos neurológicos del envejecimiento. La lucha para retrasar el deterioro cerebral. *ELSEVIER*, 23 (9), 106-109. <https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-aspectos-neurológicos-del-envejecimiento-13067353>
- Vega, T., Miralles M., Magnas J., Castillejo D., Rivas A., Gil M., López A., Arrieta E., Lozano J. y Fragua M. (2018). Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Revista SEN*, 33(1). 491-498. <https://medes.com/publication/138664>
- Varela L. (2004) *Desarrollando respuestas integradas de los Sistemas de Cuidados de la Salud para una población en rápido envejecimiento INTRA II – PERÚ*. <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/peru-perfil-01.pdf>
- Vasquez K. y Asenjo J. (2017). Factores patológicos asociados a demencia senil en adultos mayores de un centro médico. *Ciencia y Salud*, 5(2), 19-26. <https://doi.org/10.22206/cysa.2021.v5i2.pp19-26>
- Zec, R. (1995). The neuropsychology of aging, *Journal of Experimental. Revista Gerontology*, 30(3), 431-42. <https://www.crefal.org/rieda/images/rieda-2012-1/rieda-34-1.pdf>

## ANEXOS

## ANEXO 1

### MATRIZ DE CONSISTENCIA

TITULO: Deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache, 2022.

PROBLEMA	OBJETIVO	HIPÓTESIS	VARIABLE	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache -San Martín 2022?</p> <p>Problemas específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de deterioro cognitivo según el grupo etario en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martín 2022?</li> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de deterioro cognitivo según el grado de instrucción en adultos mayores del Asentamiento Humano</li> </ul>	<p>Objetivos generales</p> <p>Estableces la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martín 2022.</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la relación de deterioro cognitivo según el grupo etario en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martín 2022.</li> <li>• Determinar la relación de deterioro cognitivo según el grado de instrucción en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martín 2022.</li> </ul>	<p>Hipótesis general</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha: Existe prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martín 2022.</li> <li>• Ho: No existe prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martín 2022.</li> </ul> <p>Hipótesis específica</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha1: Los grupos etarios de 60 a 74 años influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022.</li> <li>• Ho1: Los grupos etarios de 75 a 90 años influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas</li> </ul>	<p>Deterioro cognitivo</p>	<p>TIPO:</p> <p>Cuantitativa</p> <p>DISEÑO:</p> <p>Transversal, que según Rodríguez, Mendivelso y coautores (2018), nos dice que el diseño de corte trasversal, este clasificado como un estudio observacional de base individual que normalmente es descriptivo y analítico. También identifican la frecuencia, magnitud y</p>

<p>Indoamérica, Tocache - San Martin 2022?</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ¿Cuál es la prevalencia de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martin 2022?</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Determinar la relación de deterioro cognitivo según el sexo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache - San Martin 2022.</li> </ul>	<p>adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ha2: El no tener grado de instrucción influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.</li> <li>• Ho2: El grado de instrucción primaria o secundaria influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.</li> <li>• Ha3: El sexo masculino influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.</li> <li>• Ho3: El sexo femenino influirían en la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas adultas mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martin 2022.</li> </ul>	<p>distribución de una enfermedad en una determinada comunidad.</p> <p>POBLACIÓN:</p> <p>Personas que asistieron a la campaña medica realizada pro La Municipalidad de Tocache.</p> <p>MUESTRA:</p> <p>130 adultos mayores.</p>
--	--	---	---

**ANEXO 2**  
**OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE**

Variable	Definición Conceptual	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Ítems	Escala
Deterioro cognitivo	Borrás y Viña (2016), refiere que la cognición en sentido general se entiende como las funciones intelectuales que nos permiten interactuar con el entorno. El envejecimiento implica cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios en el cerebro, y estos cambios dependen de la plasticidad cerebral y de las diversas funciones cerebrales que pueden conducir a cambios cognitivos o continuar con sus funciones normales.	Oscanoa, Cieza, Parodi y Paredes (2016), del test de la moneda peruana (versión adaptada del EUROTTEST), tiene como punto de corte menor a 24 puntos para confirmar deterioro cognitivo (S: 90.5%; E: 83.3%); evalúa las funciones cognitivas en tres áreas: conocimiento, cálculo y memoria diferida.	Conocimiento	Monedas circulantes en la actualidad	1	Intervalo
				Billetes circulantes en la actualidad	2	Intervalo
			Calculo	Conteo	3	Intervalo
				Cambio fraccionado de una moneda	4	Intervalo
				Suma	5	Intervalo
				División	6 y 7	Intervalo
			Recuerdo	Memoria	8, 9 y 10	Intervalo

**ANEXO 3**

**MATRIZ DEL INSTRUMENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS**

<b>VARIABLE</b>	<b>DIMENSIONES</b>	<b>INDICADORES</b>	<b>PESO</b>	<b>Nº DE ITEMS</b>	<b>ÍTEMES</b>	<b>CRITERIO DE EVALUACIÓN</b>	
<b>Deterioro Cognitivo</b>	Conocimiento	Monedas circulantes en la actualidad.	20%	2	¿Recuerda de qué cantidades hay monedas en la actualidad?	Correcto = 3  Correcto segundo intento = 2  Incorrecto = 1	
		Billetes circulantes en la actualidad.			¿Recuerda de qué cantidades hay billetes actualmente?		
	Calculo	Conteo.	50%	5	¿Cuántas monedas hay aquí?		
		Cambio fraccionado de una moneda.			¿Puede cambiarme en sencillo esta moneda?		
		Suma			¿Cuánto dinero hay aquí en total?		
		División			Por favor, reparta estas monedas en dos montones que tengan el mismo dinero		
	Recuerdo	Memoria.		30%	3		¿Cuántas monedas le enseñé antes?
							¿Cuánto dinero había en total?
							¿Recuerda qué monedas había exactamente?

## ANEXO 4.

### INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN

#### TEST DE LA MONEDA PERUANA - SOLTEST

<p>"¿Recuerda de qué cantidades hay monedas en la actualidad?; fíjese que le pregunto monedas y no billetes" (máximo un minuto) Céntimos 10 ( ) 20 ( ) 50 ( ) Soles 1 ( ) 2 soles ( ) 5 soles ( ) Otras (especificar):            total correctas:            Intrusiones:</p>	A
<p>"¿Recuerda de qué cantidades hay billetes actualmente?" (máximo un minuto) Soles: 10 ( ) 20 ( ) 50 ( ) 100 ( ) 200 ( ) Otras (especificar):            total correctas:            Intrusiones:</p>	

**2. Segunda parte (ítems 3 a 7: calculo con monedas)**

Ponga delante del sujeto las monedas (3 de dos soles, 1 de un sol, 2 de 50 céntimos, 5 de 20 céntimos) y pídale de forma consecutiva las siguientes tareas. En caso de que la contestación sea errónea, hágaselo saber y dele un único nuevo intento. Algunos ítems tienen varias soluciones, todas ellas son válidas. Conceda un máximo de un minuto por cada ítem y pase al siguiente si no ha contestado correctamente en este tiempo o ha agotado los dos intentos.

<p>¿Cuántas monedas hay aquí? (11) Correcto ( ) Correcto segundo intento ( ) incorrecto ( )</p>	B
<p>"¿Puede cambiarme en sencillo esta moneda?" (retirar las 2 moneda de 2 soles y mostrarla solo una) Correcto ( ) Correcto segundo intento ( ) incorrecto ( )</p>	
<p>"¿Cuánto dinero hay aquí en total?" (9 soles) (de nuevo todas las monedas) Correcto ( ) Correcto segundo intento ( ) incorrecto ( )</p>	
<p>Por favor, reparta estas monedas en dos montones que tengan el mismo dinero (4,50 soles) Correcto ( ) Correcto segundo intento ( ) incorrecto ( )</p>	
<p>Ídem, en tres montones que tengan el mismo dinero (3 soles) Correcto ( ) Correcto segundo intento ( ) incorrecto ( )</p>	

**3. Tarea de distracción: fluencia verbal semántica (60 segundos)**

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

**4.- Tercera parte (recuerdo)**

"Para finalizar, quiero que haga un último esfuerzo y trate de recordar":

<p>"¿Cuántas monedas le enseñé antes?" (11) Respuesta: correcto ( ) incorrecto ( )</p>																										
<p>"¿Cuánto dinero había en total?" (9 soles) Respuesta: correcto ( ) incorrecto ( )</p>																										
<p>"¿Recuerda qué monedas había exactamente?"</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-bottom: 5px;"> <thead> <tr> <th style="width: 15%;">Cantidad</th> <th style="width: 25%;">Moneda</th> <th style="width: 15%;"></th> <th style="width: 15%;">Intrusiones</th> <th style="width: 30%;">Total intrusiones</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>5 de</td> <td>20 céntimos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2 de</td> <td>50 céntimos</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>1 de</td> <td>1 sol</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>3 de</td> <td>2 soles</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	Cantidad	Moneda		Intrusiones	Total intrusiones	5 de	20 céntimos				2 de	50 céntimos				1 de	1 sol				3 de	2 soles				C
Cantidad	Moneda		Intrusiones	Total intrusiones																						
5 de	20 céntimos																									
2 de	50 céntimos																									
1 de	1 sol																									
3 de	2 soles																									
<p><b>TOTAL (A + B + C)</b></p>																										

## ANEXO 5

### CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO LA DATA DEL PROCESAMIENTO DE DATOS

Edad	Sexo	Zona de Residencia	Tipo de Hogar	DETERMINANTES SOCIALES					DETERMINANTES DE SALUD										TEST DE LA MONEDA PERUANA					
				Nivel Educativo	Condicion de Alfabetismo	Seguro Salud	Sistema de Pensión	Ocupación	HTA	DM	OA	OTRAS	Visual	Auditivo	DEPRESION	Queja subjetiva	FAQ	Monedas	Billetes	calculo	recuerdo	total		
76	MAS	URBANO	UNIPERSONAL	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	0	0	0	0	1	0	1	0	1	2	0	3	2	3	4	12
65	FEM	URBANO	COMPUESTO	NO TIENE	ANALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	0	0	0	0	1	0	4	1	1	13	1	5	5	5	7	22
60	FEM	URBANO	EXTENDIDO	NO TIENE	ANALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	0	1	0	0	1	0	4	1	1	7	1	3	4	5	6	18
87	MAS	URBANO	SIN NUCLEO	SECUNDARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	1	0	0	0	0	1	0	0	3	0	4	5	10	6	25	
74	MAS	RURAL	NUCLEAR	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	AFP	Agricultor	0	0	0	0	1	0	1	0	1	12	1	5	4	10	8	27
81	FEM	URBANO	NUCLEAR	NO TIENE	ALFABETO	NO TIENE	NO TIENE	Ama de casa	0	0	0	0	1	1	3	1	1	21	1	6	4	1	3	14
62	FEM	URBANO	COMPUESTO	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Mototaxista	0	0	1	0	1	0	1	0	1	4	0	6	5	10	9	30
85	FEM	URBANO	NUCLEAR	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	0	0	0	0	1	1	1	0	1	9	1	5	2	4	3	14
82	FEM	URBANO	NUCLEAR	NO TIENE	ANALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	0	0	1	0	0	1	3	1	1	1	0	4	4	4	6	18
70	FEM	URBANO	NUCLEAR	NO TIENE	ANALFABETO	NO TIENE	NO TIENE	Ama de casa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	6	5	8	6	25
67	FEM	URBANO	NUCLEAR	NO TIENE	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	0	1	0	0	1	1	4	1	0	9	1	6	5	1	6	18
78	MAS	URBANO	NUCLEAR	SECUNDARIA	ALFABETO	ESSALUD	ONP	Agricultor	1	0	0	0	1	1	1	0	0	6	0	4	5	2	2	13
77	MAS	URBANO	NUCLEAR	NO TIENE	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	0	0	0	0	1	1	4	1	1	9	1	4	5	10	10	29
62	FEM	RURAL	NUCLEAR	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	5	5	8	8	26
61	FEM	URBANO	NUCLEAR	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	6	5	7	9	27
79	FEM	URBANO	NUCLEAR	SECUNDARIA	ALFABETO	ESSALUD	ONP	Ama de casa	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	6	5	10	9	30	
68	MAS	URBANO	NUCLEAR	SECUNDARIA	ALFABETO	ESSALUD	NO TIENE	Agricultor	1	0	0	0	1	0	3	1	0	2	0	6	5	8	5	24
73	FEM	URBANO	NUCLEAR	SECUNDARIA	ALFABETO	ESSALUD	NO TIENE	Ama de casa	1	0	0	0	0	1	2	1	1	5	0	3	5	7	8	23
80	FEM	URBANO	SIN NUCLEO	NO TIENE	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	1	0	0	1	1	0	2	1	0	17	1	6	4	0	5	15
73	FEM	URBANO	UNIPERSONAL	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	1	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	6	5	9	9	29
75	FEM	URBANO	COMPUESTO	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	1	0	0	1	0	0	1	0	1	4	0	6	5	5	9	25
72	FEM	URBANO	EXTENDIDO	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Ama de casa	1	0	1	0	1	0	2	1	1	2	0	4	4	8	7	23
82	FEM	URBANO	EXTENDIDO	PRIMARIA	ALFABETO	ESSALUD	NO TIENE	Costurera	1	0	0	0	1	1	0	0	1	6	0	6	5	8	9	28
69	FEM	URBANO	EXTENDIDO	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	1	0	0	0	0	1	1	0	1	5	0	5	4	9	10	28
71	MAS	RURAL	NUCLEAR	PRIMARIA	ALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	0	0	1	0	1	1	1	0	1	3	0	4	4	4	7	19
70	FEM	RURAL	UNIPERSONAL	NO TIENE	ANALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	1	0	0	1	1	1	4	1	1	0	0	2	5	4	8	19
64	FEM	RURAL	NUCLEAR	NO TIENE	ANALFABETO	SIS	NO TIENE	Agricultor	0	0	0	1	1	1	4	1	1	4	0	3	2	6	6	17
76	FEM	RURAL	UNIPERSONAL	NO TIENE	ALFABETO	SIS	AFP	Agricultor	0	0	0	1	1	1	4	1	1	3	0	4	1	6	5	16

## ANEXO 6

### DATOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Luego de ordenar y codificar los datos con los determinantes sociales en el Excel, se lograron los siguientes resultados y tablas descriptivas.

**Tabla 7**

*Datos sociodemográficos*

<b>DATOS</b>		<b>N°</b>	<b>%</b>
Edad	60 - 74	16	57.1
	75 – 90	12	42.9
Sexo	M	7	25.0
	F	21	75.0
Nivel Educativo	Sin Instrucción	11	39.3
	Primaria	12	42.9
	Secundaria	5	17.8
Ocupación	Agricultor	13	46.4
	Ama de casa	13	46.4
	Costurera	1	3.6
	Mototaxista	1	3.6
Zona Residencia	Rural	6	21.4
	Urbano	22	78.6
Tipo de Hogar	Compuesto	3	10.7
	Extendido	4	14.3
	Nuclear	15	53.6
	Sin Núcleo	2	7.1
	Unipersonal	4	14.3
TOTAL		28	100%

*Nota.* Datos recolectados en la encuesta sociosanitaria en población rural de RENACER Asociación Holística Gerontológica (2022).

**Tabla 8***Quejas subjetivas de problemas de memoria en adultos.*

			QUEJAS DE MEMORIA		Total
			NO	SI	
DETERIORO COGNITIVO	NO	Recuento	2a	10a	12
		% del total	7.1%	35.7%	42.9%
	SI	Recuento	4a	12a	16 <sup>a</sup>
		% del total	14.3%	42.9%	57.1%
Total		Recuento	6	22	28
		% del total	21.4%	78.6%	100.0%

Según los resultados de la tabla de contingencia para establecer asociación entre queja subjetiva de memoria y deterioro cognitivo, se observa que el 66.6% de los 06 adultos mayores que manifiestan no tener dificultades para recordar, presentan deterioro cognitivo corroborado con la prueba de la moneda peruana. Sin embargo, no presenta una diferencia significativa (Chi-cuadrado de Pearson: 0.283).

**Tabla 9***Relación de deterioro cognitivo y dependencia funcional.*

			DETERIORO COGNITIVO		Total
			NO	SI	
DEPENDENCIA FUNCIONAL	NO	Recuento	10	10	20
		% del total	35.70%	35.70%	71.40%
	SI	Recuento	2	6	8
		% del total	7.10%	21.40%	28.60%
Total		Recuento	12	16	28
		% del total	42.90%	57.10%	100.00%

Según los resultados de la tabla de contingencia para establecer relación entre deterioro cognitivo y dependencia funcional, se observa que el 21.4% de las personas de la tercera edad del estudio tienen deterioro cognitivo y dependencia funcional. Sin embargo, no presenta una diferencia significativa (Chi-cuadrado de Pearson: 1.458)

## ANEXO 7

### DECLARACIÓN DE CONFIDENCIALIDAD

## Declaración de confidencialidad

Yo, Alvaro Lorenzo Poves Arevalo identificado (a) con el DNI N° 71127978 egresado de la escuela profesional de psicología, habiendo implementado el proyecto de investigación titulado "Deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache, 2022" en ese contexto declaro bajo juramento que los datos que se generen como producto de la investigación, así como la identidad de los participantes serán preservados y serán usados únicamente con fines de investigación de acuerdo a lo especificado en los artículos 27 y 28 del Reglamento General de Investigación y en los artículos 4 y 5 del Código de Ética para la investigación Científica de la Universidad Peruana Los Andes, salvo con autorización expresa y documentada de alguno de ellos.

Huancayo, 30 de julio del 2022

A handwritten signature in blue ink is written over a horizontal line. The signature appears to read "Alvaro Lorenzo Poves Arevalo".

Poves Arevalo Alvaro Lorenzo  
**Responsable de la Investigación**

## ANEXO 8

### CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Alvaro Lorenzo Poves Arevalo, de la Universidad Peruana Los Andes. La meta de este estudio es **“Establecer la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022”**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Tocache, 30 de *Octubre* del 2022



  
-----  
Firma del participante

Apellido y nombre: *Morriague Lucas Teodoro Juan*  
DNI: *043105573*



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGIA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Alvaro Lorenzo Poves Arevalo, de la Universidad Peruana Los Andes. La meta de este estudio es **“Establecer la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022”**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Tocache 30 de Octubre del 2022



  
-----  
Firma del participante

Apellido y nombre: Lucía Mamani Pérez  
DNI: 014577627



UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES  
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación con una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes.

La presente investigación es conducida por Alvaro Lorenzo Poves Arevalo, de la Universidad Peruana Los Andes. La meta de este estudio es **“Establecer la prevalencia del deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, ubicado en el distrito y provincia de Tocache - San Martín 2022”**

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista (o completar una encuesta, o lo que fuera según el caso). Esto tomará aproximadamente 10 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Tocache... 30 de *Octubre*..... del 2022



*GAMEZ CLEMENTE*  
-----  
Firma del participante

Apellido y nombre: *GAMEZ CLEMENTE SOFIA LUZ*  
DNI: *05137714*

## ANEXO 9

### SOLICITUD PARA REALIZAR LA INVESTIGACIÓN EN LA ONG RENACER

**SOLICITO: Permiso para realizar trabajo  
de investigación**

**Lima, 26 de julio de 2022**

**Señor:**

**LORENZO SEGUNDO POVES REQUENA**

**Director General de Renacer Asociación Holística Gerontológica .**

Yo, Alvaro Lorenzo Poves Arevalo identificado (a) con el DNI N° 71127978 con domicilio Av. Grau N° 315 - Urb, Valdiviezo del distrito de ATE. Ante Ud. respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de PSICOLOGÍA en la Universidad Peruana Los Andes, solicito a Ud. permiso para realizar un trabajo de investigación el cual lleva como titulo "Deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache, 2022" para optar el grado de Psicólogo.

**POR LO EXPUESTO**

**Ruego a usted acepte a mi solicitud**



---

**Poves Arevalo Alvaro Lorenzo**  
**DNI: 71127978**

**ANEXO 10**

**AUTORIZACIÓN PARA EJECUTAR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN CON  
LA ONG RENACER**

**Lima, 27 de julio de 2022**

**A: ALVARO LORENZO POVES AREVALO**

**DE: LORENZO SEGUNDO POVES REQUENA  
Director General de Renacer Asociación Holística Gerontológica.**

**ASUNTO: Autorización para ejecutar trabajo de investigación.**

Yo, Lorenzo Segundo Poves Requena con DNI 06554126, por medio de la presente, de acuerdo a lo solicitado, otorgo la autorización al Br. Alvaro Lorenzo Poves Arevalo con DNI N° 71127978 para que pueda ejecutar el trabajo de investigación que esta realizando, el cual lleva como titulo "Deterioro cognitivo en adultos mayores del Asentamiento Humano Indoamérica, Tocache, 2022".

Atentamente.



---

**LORENZO SEGUNDO POVES REQUENA**  
DNI: 06554126  
Celular: 992 715 460

## ANEXO 11

### EVIDENCIAS FOTOGRÁFICAS





