

“Año del Bicentenario del Perú: 200 años de Independencia”

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

PROGRAMA ACADÉMICO DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**“DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES
ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD IPRES III - DISTRITO
FERNANDO LORES, LORETO 2019”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA**

AUTORA: BACH. Psic. JESLY BERENIZE MORI SANGAMA

ASESORA: Psic. ELIZABETH GUILLEN GALDOS

IQUITOS – PERÚ

2021

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

El trabajo de Suficiencia Profesional Titulado:

**"DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ASISTENTES AL CENTRO
DE SALUD IPRES III - DISTRITO FERNANDO LORES, LORETO 2019."**

De los alumnos: **JESLY BERENIZE MORI SANGAMA**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de 12% de plagio.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 9 de diciembre del 2020.



Dr. César J. Ramal Asayag
Presidente del Comité de Ética - UCP

DEDICATORIA

Agradezco principalmente a Dios, por darme la oportunidad de vivir y estar conmigo en cada paso que doy, en los triunfos y los momentos difíciles que me han enseñado a valorar cada día más. Por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente, siendo esta la base para mi formación como profesional de ciencias de la salud y darme el don de servir a los demás.

A mi madre Juana Sangama Vargas por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mi hija Yulenska, por ser mi motivo y fortaleza para salir adelante, no dejándome vencer por los obstáculos que se me presenten en la vida. Ella es mi pilar y el amor mas grande que hace que lo pueda todo.

JESLY BERENIZE MORI SANGAMA

AGRADECIMIENTO

Quiero expresar mi sincero agradecimiento a todas las personas que han hecho posible que la presente tesis culmine con éxito.

A todos nuestros queridos maestros de la Universidad Científica del Perú, que han sido parte de nuestra formación profesional, siendo ellos pieza fundamental para culminar esta hermosa carrera, por todos sus conocimientos tan asertivos que nos brindaron para crecer como profesionales y ser competitivos con el mundo exterior.


Agradecer de todo corazón a mi familia: mi madre, mi hija, mis hermanos que son el pilar fundamental de mi formación tanto personal como profesional.

A mi asesora de tesis, la Psicóloga. Elizabeth Guillen Galdos, por sus acertadas sugerencias y apoyo profesional permanente en el desarrollo de nuestra tesis.

JESLY BERENIZE MORI SANGAMA

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

Con **Resolución Decanal N° 170-2020-UCP-FCS, del 17 de Febrero del 2020**, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como Jurado Evaluador y Dictaminador de la Sustentación de Tesis a los señores:

-  **Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila, Mgr. Presidente**
-  **Psic. Nancy Mendoza Arragui, Mgr. Miembro**
-  **Psic. Alfredo Neyra Cisneros Miembro**

Como Asesor (es): **Psic. Elizabeth Guillen Galdos.**

En el ambiente virtual, con el uso de la herramienta (ZOOM), a causa de la emergencia nacional por el coronavirus (COVID-19), siendo las 18:00 p.m. horas, del día Viernes 15 de Enero del 2021, se constituyó el Jurado para escuchar la Sustentación y defensa del Trabajo de Suficiencia Profesional: **"DETERIORO COGNITIVO EN ADULTOS MAYORES ASISTENTES AL CENTRO DE SALUD IPRES III - DISTRITO FERNANDO LORES, LORETO 2019"**.

Presentado por la sustentante: **JESLY BERENIZE MORI SANGAMA**

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de: **LICENCIADA EN PSICOLOGIA.**

Luego de escuchar la Sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

..... *Satisfactoria*


El Jurado después de la deliberación en privado llevo a la siguiente conclusión:


La Sustentación es:

..... *Aprobado con Unanimidad (16)*

En fe de lo cual los miembros del Jurado firman el Acta.


Psic. Juan Alfonso Méndez del Águila, Mgr. Presidente


Psic. Nancy Mendoza Arragui, Mgr. Miembro


Psic. Alfredo Neyra Cisneros Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15

Iquitos - Perú

Sede Tarapoto - Perú

Contáctanos:

065 - 26 1088 / 065 - 26 2240

42 - 58 5638 / 42 - 58 5640

Universidad Científica del Perú

Av. Abelardo Quiñones km. 2.5

Leoncio Prado 1070 / Martínez de Compagnon 933

www.ucp.edu.pe

TESIS APROBADA EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA DEL DÍA 15 DE ENERO DEL AÑO 2021, EN EL AMBIENTE VIRTUAL, CON EL USO DE LA HERRAMIENTA ZOOM, A CAUSA DE LA EMERGENCIA NACIONAL POR EL CORONAVIRUS (COVID-19), EN LA CIUDAD DE IQUITOS – PERU MIEMBROS DEL JURADO



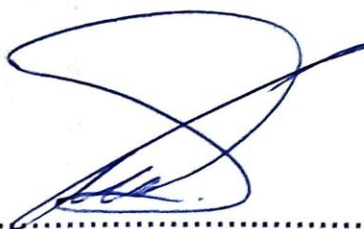
.....
PSIC. JUAN ALFONSO MENDEZ DEL AGUILA, MGR.
Presidente



.....
PSIC. NANCY MENDOZA ARRAGUI, MGR.
Miembro del Jurado



.....
PSIC. ALFREDO NEYRA CISNERO.
Miembro del Jurado



.....
PSIC. ELIZABETH GUILLEN GALDOS
Asesora

INDICE DE CONTENIDO

	Pág.
CARÁTULA	i
CONSTANCIA DE ANTIPLAGIO	ii
DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
ACTA DE SUSTENTACIÓN	v
HOJA DE APROBACIÓN	vi
INDICE DE CONTENIDO	vii
RESUMEN	ix
ABSTRAC	x
1. INTRODUCCIÓN	11
2. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACION	12
3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	13
4. ANTECEDENTES	15
5. OBJETIVOS	18
4.1 Objetivo General	18
4.2 Objetivos Específicos	18
4.3 Variables	19
4.4 Operación de las variables	20
5. METODOLOGIA	
5.1 Tipo y diseño de la investigacion	22
5.1.1 Tipo	22
5.1.2 Diseño	22
5.2 Poblacion y Muestra	
5.2.1 Población	22
5.2.2 Muestra	23
5.2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión	24
5.3 Técnicas e Instrumentos	24
5.4 Proceso de recolección de datos	25
5.5 Analisis de datos	25
5.6 consideraciones Éticas	25
6. RESULTADOS	26

7. DISCUSIÓN	33
8. CONCLUSIONES	34
9. RECOMENDACIONES	35
10.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	36
ANEXOS	40
FICHA TÉCNICA DEL CUESTIONARIO	41
FICHAS DE DATOS SOCIODEMOGRAFICOS	43
CONSENTIMIENTO INFORMADO	44

RESUMEN

El objetivo de investigación fue evaluar el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019; El Tipo de investigación desarrollada es de estudios poblacionales, descriptiva, no experimental de corte transversal cuantitativo, para esta investigación se aplicó la prueba Mini Mental State Examination (MMSE) se tuvo en cuenta la edad, sexo, grado de instrucción y morbilidad sentida. Se concluye que la edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, siendo el grupo de mayor número de adultos mayores entre 67 a 73 años 45.89%. En cuanto al sexo, el 65.89% de la muestra corresponde al sexo femenino. El 80% de la muestra tiene estudios primarios, con respecto a la morbilidad el 81.18% (69) sufre de alguna enfermedad. Con relación al deterioro cognitivo en los adultos mayores de ambos sexos un 74.12% se encuentra en el nivel de deterioro, se observa también que un 7.06% presentan demencia, con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de casos de deterioro cognitivo con un 75% y el sexo masculino con mayor porcentaje de casos con demencia con un 10.34%. El grupo de edad que presenta mayor deterioro cognitivo en el nivel de deterioro pertenece al grupo de 74 a 80 años 92.30%, también podemos evidenciar que el 100% de adultos mayores que presentan demencia pertenecen al grupo de 90 a 96 años.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, adulto mayor, Demencia.

ABSTRAC

The research objective was to evaluate the level of cognitive decline in older adults assistant to the IPRES III health center - Fernando Lores district, Loreto 2019; The type of research developed is of population studies, descriptive, non-experimental quantitative cross-section, for this research was applied the Mini Mental State Examination (MMSE) test was taken into account age, sex, degree of instruction and felt morbidity. It is concluded that the average age of older adults is 78 years, being the largest group of older adults between 67 and 73 years 45.89%. As for sex, 65.89% of the sample corresponds to the female sex. 80% of the sample has primary studies, with respect to morbidity 81.18% (69) suffer from some disease. decline in adults older than both sexes 74.12% is at the level of impairment, it is also observed that 7.06% have dementia, relative to sex is the female group with the highest percentage of cases of cognitive impairment with 75% and the male sex with the highest percentage of cases with dementia with 10.34%. The age group with the highest cognitive impairment at the level of impairment belongs to the group of 74 to 80 years 92.30%, we can also show that 100% of older adults with dementia belong to the group of 90 to 96 years.

Keywords: Cognitive impairment, older adult, Dementia

1. INTRODUCCIÓN

Según la Organización de las Naciones Unidas en su informe sobre envejecimiento de la población mundial, entre el 2015 y el 2030 la población con edad de 60 años o superior tendrá un crecimiento del 56%, pasando de 901 millones a 1.4 billones, calculando que hacia el 2050 la población global de personas ancianas será más del doble en tamaño que en el 2015; cerca de 2.1 billones de personas. En Latinoamérica y el Caribe en los próximos 15 años la expectativa de crecimiento de la población de adultos mayores es de un 71%, siendo la más alta a nivel mundial, seguida por Asia (66%), África (64%), Oceanía (47%), Norte América (41%) y Europa (23%) (Naciones Unidas 2015).

El crecimiento de la población de adultos mayores implica necesariamente realizar cambios sociales, económicos y políticos y parte de esos cambios recaen de manera importante en el sistema de salud, algunos no necesariamente requieren grandes inversiones en tecnología y dinero, sino un mayor énfasis en la prevención de patologías propias del adulto mayor y del manejo primario del concepto de anciano sano; en esta definición se incluyen la supervivencia hasta una edad determinada, autonomía de las actividades de la vida diaria, bienestar, participación social, no padecer enfermedades crónicas y no tener alteración funcional o cognitiva o sólo alteración leve. (Fuchs J. 2013).

El envejecimiento es un proceso, continuo, heterogéneo, de carácter lento y complejo. Durante el mismo, el gradual deterioro de las capacidades funcionales hace a los individuos, debido a la pérdida de capacidad homeostática, particularmente susceptible y vulnerable ante una gran variedad de alteraciones patológicas. Nuestra investigación se enfoca en la identificación del deterioro cognitivo como una de las patologías más frecuentes en este grupo de edad con efectos muy importantes desde el punto de vista de calidad de vida del paciente mayor.

2. JUSTIFICACION DE LA INVESTIGACIÓN

Con el incremento de la esperanza de vida, han aumentado la incidencia y prevalencia de enfermedades que aparecen en edades avanzadas, lo que, unido a la revolución demográfica del mundo occidental, con un crecimiento explosivo de la población mayor de 65 años, hace que las dimensiones del problema se tornen "epidémicas" en la primera mitad del siglo XXI. Resulta de gran interés investigar aquellas enfermedades que causan incapacidad física y se asocian con el deterioro intelectual, pues afectan directamente la calidad de vida del paciente.

Las enfermedades demenciales degenerativas forman parte de las patologías crónicas que se incrementan espectacularmente en éste universo de poblaciones e individuos envejecidos.

La Demencia es una enfermedad frecuentemente infradiagnosticada e infravalorada por el médico de cabecera. De hecho, únicamente el 4% de las consultas de tipo neurológico atendidas por el médico de familia se ocupan en el diagnóstico o seguimiento de esta enfermedad. La detección temprana del declinar de las funciones cognitivas es de una extraordinaria importancia pues de este modo el paciente geriátrico puede mantener su independencia y así elevar su calidad de vida.

Consideramos que aún es insuficiente el conocimiento de esta afección médica por los médicos y enfermeras de la atención Primaria de Salud, por lo que esto pudiera estar influyendo en que no se realice un diagnóstico precoz de la misma, así como el uso insuficiente de tests psicométricos que pueden aplicarse de forma sencilla en sus consultorios para demostrar el deterioro cognitivo en sus pacientes, como insuficiente resulta también la capacitación de este personal en el tratamiento y evaluación de estos tests. (Avila Oliva, M. M., Vázquez Morales, E., & Gutiérrez Mora, M. 2007. p, 5-6, 9-10)

3. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo, definido como una disminución del funcionamiento intelectual con respecto a un nivel previo de intensidad tal que interfiere con la capacidad funcional del individuo, es muy común en casi todas las enfermedades mentales. Sin embargo, dicha alteración del funcionamiento cognitivo del sujeto tiene mayor importancia en aquellos trastornos que se definen sobre todo por la aparición del mismo, como es el caso de la demencia y el deterioro cognitivo leve. Estas enfermedades tienen como criterio diagnóstico fundamental la objetivación de un deterioro cognitivo significativo, en el que la afectación de la memoria tiene un papel predominante.

El concepto de deterioro cognitivo es más amplio, por lo tanto, que el de demencia, y no tiene un carácter categorial, sino dimensional. Actualmente, se cree que el funcionamiento cognitivo sigue un continuum desde la normalidad hasta la demencia avanzada, de manera que entre ambos extremos existirían toda una serie de estadios intermedios, cada uno de los cuales se asociaría a un nivel de funcionalidad. Esta teoría entronca directamente con la hipótesis de la reserva cerebral, que establece que sólo a partir de un determinado nivel de disminución del funcionamiento cerebral podemos objetivar la aparición de un síndrome demencial, aunque el deterioro se habría iniciado antes. (Cimadevila Álvarez, C. 2008. p. 30).

Los adultos mayores de esta población, se mostraban contentos y de vital energía para seguir realizando actividades para sus mejora personal, ellos encuentran motivación con el grupo que forman asistentes al centro de salud de Tamshiyacu, porque mediante ello se alientan día a día para salir adelante, a pesar de las enfermedades que puedan padecer trabajan en sus chacras, cosechando frutas y verduras para subsistir, muchos de ellos se mantienen solos, otros adultos mayores sólo se dedican a vender lo que sus hijos traen de las chacras, ellos quieren sentirse útil en la vida, y no quieren ser carga para sus familia. En este contexto, la presente investigación trató de responder a la siguiente interrogante: ¿Cuál es nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019?.

Problema general.

¿Cual es nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019;?

Problema específicos.

- ¿Cuáles son las características de los adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto de acuerdo a: edad, sexo, escolaridad, morbilidad sentida. del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019?
- ¿Cuál es el nivel de la dimensión de la Orientación temporal y Espacial según sexo de los adultos adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019?
- ¿Cuál es el nivel de la dimensión de la Orientación Espacial según sexo de los a adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019?
- ¿Cuál es el nivel de la dimensión de la Fijación del Recuerdo de los según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, , Loreto 2019?
- ¿Cuál es el nivel de la dimensión de la atención y cálculo de según sexo adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019 , Loreto 2019?
- ¿Cuál es el nivel de la dimensión del Lenguaje según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019?

4. ANTECEDENTES

En el ámbito internacional, se han podido encontrar las siguientes referencias:

Escarbajal et al.(2016) Murcia, España; Realizaron un estudio en 148 adultos mayores usuarios de Centros Municipales en Murcia, España, con el objetivo de conocer el nivel cognitivo de adultos mayores en relación con la edad, grupo étnico y el grado de instrucción, aplicando (test Mini-Mental State y pruebas neuropsicológicas), detectó 30% de su población con deterioro cognitivo, de los cuales el 80% tenía bajo nivel de escolaridad y el grupo étnico más afectado fue de 68 a 79 años (70%) y las mujeres con 73.3%. Obtuvo $p \leq 0.05$ demostrando la relación entre el deterioro cognitivo con el grupo étnico de mayor edad, el género femenino y el bajo grado de instrucción.

Pedraja (2015) Santa Clara, México; Realizaron un estudio en el Policlínico “José Ramón León Acosta” de Santa Clara- México, su objetivo fue determinar la funcionalidad y cognición de personas de 90 años y más en relación con la característica sociodemográfica género, utilizando el test Mini-mental State e Índice de Katz, constatando el predominio del deterioro cognitivo 57.2% y 19% con demencia, el sexo femenino entre 90 a 94 años de edad predominó entre los longevos, encontró relación entre el deterioro cognitivo y el género femenino con un valor de significancia menor a 0.05.

En el ámbito Nacional, se han podido encontrar las siguientes referencias:

Romero I. (2019) Lima, Perú desarrollo su tesis cuyo objetivo fue determinar la disfunción cognitiva en el adulto mayor que acude al centro de salud Tayta Wasi 2019. La técnica utilizada fue la encuesta y el instrumento fue el Minimental Status Examination ,con respecto a la disfunción cognitiva que predomina una disfunción cognitiva leve con 45,3%. Disfunción cognitiva según las dimensiones en adultos mayores, el mayor porcentaje en la dimensión orientación en el tiempo presenta estado leve en un 31,3%, en orientación en el espacio se presenta sin disfunción cognitiva en un 50,6% , en registro y fijación se presenta sin disfunción

cognitiva en un 71,3%, en atención y cálculo se presenta disfunción cognitiva moderada en un 38,6%, en evocación y memoria se presenta sin disfunción cognitiva en un 88% y en lenguaje disfunción cognitiva moderada en un 50%. Conclusiones.

López N. (2016) Lima, Perú; el objetivo de su investigación fue conocer el nivel de deterioro cognitivo en los pacientes que asisten a un centro de adulto mayor de Satipo y Huancayo, se tomó como muestra de la investigación a 156 adultos mayores con edades que oscilan entre 60 y 85 años. El instrumento utilizado fue el Mini-Mental State Examination, Como resultado, el 27,6% presentan deterioro cognitivo leve y el 32,1% presento un deterioro cognitivo moderado, el 3,8% un deterioro cognitivo severo y el 36,5% presento un nivel cognitivo normal.

Farfán C. y Col. (2015) Lima, Perú; Realizó una investigación cuyo objetivo fue la de conocer la frecuencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que practican Tai chi en la Casa de la Edad de Oro, Pueblo Libre 2015. Se utiizó el test de mini mental los resultados fueron: el 14,4% presentan deterioro cognitivo leve, el 64,9%, en relación a la edad, el grupo más representativo fueron los adultos mayores de 65 a 68 años con 44,1% en relación al sexo el más representativo fue el masculino con 63.1%. El 81,3% de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve, seguido del 61,1% con deterioro cognitivo moderado y finalmente 56,5% con deterioro cognitivo severo fueron varones, en relación al grado de instrucción de los adultos mayores, los que tuvieron secundaria completa fueron los más frecuentes con 49,5%, con respecto a la ocupación deterioro cognitivo severo se muestra en los contadores con 95,7%.

Llanos C. (2015) Lima, Perú; realizo una investigación cuyo objetivo de estudio fue determinar el deterioro cognitivo en el adulto mayor según género "Centro Ceragem - Los olivos" - Marzo – Junio 2015. El estudio es de tipo descriptivo y de corte trasversal. La muestra estuvo conformada por 70 adultos mayores del Centro Ceragem. La Técnica usada fue la encuesta, el cuestionario es el test mini mental. Resultados: El deterioro cognitivo leve se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 42.1%, con mayor frecuencia en las

dimensiones memoria - concentración y cálculo. Conclusiones: El deterioro cognitivo fue más frecuente en el sexo femenino.

Chuquipul P. et al (2018) Lima, Perú desarrollo su tesis cuyo objetivo fue Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla 2018. El instrumento utilizado fue el Test Mini Mental y el SF36. Los resultados fueron : Se observó que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70%; en cuanto a sus dimensiones como orientación en el tiempo tuvo un 84%, orientación en el espacio 58%, lenguaje/nominación 46% y atención/cálculo 46%; por otro lado la Calidad de vida se evidenció que la categoría que prevaleció es la promedio con un 88%, en relación a sus dimensiones la función física presentó un 74%, dimensión Dolor corporal 80%, dimensión Salud general 60%, dimensión Vitalidad 86 %, dimensión Función social 70 %, dimensión a Salud mental 78 %, dimensión transición de la salud 70 % dando así un resultado de una calidad de vida alta.

En el ámbito local : se ha podido encontrar las siguiente referencia:

Flores S. et al (2018) su investigación tuvo como objetivo determinar los factores predictores (edad, sexo, nivel de instrucción, estado civil, persona de convivencia, seguro de salud, situación económica, procedencia, presencia de diabetes, presencia de HTA) relacionados a la función cognitiva del adulto mayor del Centro del adulto mayor del Hospital Regional de Loreto, Punchana – 2018. Se empleó el diseño no experimental, de tipo transversal: descriptivo correlacional. La muestra estuvo conformada por 60 Adultos Mayores sus resultados fueron: 45.0% son adultos intermedios con una media de edad de 72.5 años, predominó el sexo femenino con el 93.3%, nivel de instrucción primaria presenta el 63.3%, estado civil 41.7% son casados. Con respecto a la persona de convivencia el 41.6% conviven con sus hijos o hijas. En cuanto al seguro de salud, el 96.7% cuentan con seguro. El 60.0% no reciben apoyo económico. El 96.7% viven en zona urbana. El 16.7% presentan diabetes mellitus, y el 63.3% presentan HTA. Los adultos mayores que presentan función cognitiva borderline es del 35.0% y el 6.7% tienen deterioro leve. Al relacionar

los factores predictores y la función cognitiva tenemos, los factores que mejor predicen la función cognitiva son: edad ($p = 0.009$), sexo ($p = 0.010$), grado de instrucción ($p = 0.012$) y seguro de salud ($p = 0.006$), según los resultados de la correlación bivariada y la regresión logística ordinal.

5 OBJETIVOS

4.1 Objetivo General

- Identificar la dimensión de deterioro cognitivo de los adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019.

4.2 Objetivos Específicos

- Determinar características demográficas de los adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - de acuerdo a: edad, sexo, escolaridad, morbilidad sentida. del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.
- Identificar la dimensión Orientación temporal y Espacial según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019.
- Identificar la dimensión de la Orientación Espacial según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019.
- Conocer la dimensión de la Fijación del Recuerdo según sexo en adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III -. del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.
- Identificar la dimensión de la atención y cálculo según sexo en adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III – del distrito Fernando Lores, Loreto 2019.
- Identificar la dimensión del Lenguaje según sexo en adultos mayores asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019.

4.3 Variables

Variable dependiente

Y_1 Deterioro cognitivo.

Variable Independiente

X_1 Edad

X_2 sexo

X_3 grado de instrucción

X_4 morbilidad sentida.

4.4 Operación de las variables

Variable	Definición conceptual	Indicador	Definición operacional	Escala de medición	Pregunta/Instrumento DIMENSIONES
Factores sociodemográficos	Constituye la variable independiente del estudio. Está conformada por el conjunto de características demográficas de las personas adultos mayores de un Centro de Salud y se midió a través de los siguientes indicadores: edad, sexo, grado de instrucción y morbilidad sentida.	Edad	Número de años cumplidos en el momento del estudio	Razón	Edad
		Sexo	Femenino y masculino	Nominal	Sexo
		Grado de Instrucción	Primaria Secundaria Superior	Nominal	Estudios y/o profesión
		Morbilidad sentida	Tipo de enfermedad	Razón	¿Sufres de alguna enfermedad? Si () No ()

Definición conceptual	Indicadores	Definición operacional	Escala de medición	Pregunta/Instrumento Dimensiones
<p>Deterioro cognitivo disminución del funcionamiento intelectual con respecto a un nivel previo de intensidad tal que interfiere con la capacidad funcional del individuo. (Cimadevila Álvarez, C. 2008. p. 30)</p>	<p>Normal :</p>	<p>27 a más puntos</p>	<p>Ordinal</p>	<p>Orientación Temporal ¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1</p> <p>Orientación Espacial ¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1</p> <p>Fijación Recuerdo Nombre 3 palabras peseta – caballo – manzana (o balón – bandera – árbol) a razón de 1 por segundo. Peseta 0-1 caballo 0-1 manzana 0-1 (balón 0-1 bandera 0-1 árbol 0-1)</p> <p>Atención Cálculo Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, cuantos le van quedando?</p> <p>Recuerdo Diferido Preguntar por las 3 palabras mencionadas anteriormente Peseta 0-1 caballo 0-1 manzana 0-1 (balón 0-1 bandera 0-1 árbol 0-1)</p> <p>Lenguaje Denominación: mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto? Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1 Repetición: pedirle que repita la frase: “ni sí, ni no, ni pero” (o “en un trigal había 5 perros”) 0-1 Órdenes: pedirle que siga la orden: “coja un papel con la mano derecha” 0-1, “dóblelo por la mitad” 0-1, “poner en el suelo” 0-1 Lectura: escriba legiblemente en un papel “Cierre los ojos”. Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase. 0-1 Escritura: que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1 Copia: dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar los 10 ángulos y la intersección 0-1</p>

5.1 Tipo y diseño de la investigación

5.1.1 Tipo

Es un estudio cuantitativo, observacional, descriptivo. Se empleó el método Cuantitativo, porque se inicia con ideas preconcebidas acerca de las variables asociadas, permitiéndonos hacer predicciones de probabilidades y generalizaciones, utilizando procedimientos estructurales e instrumentos formales para recabar la información numérica requerida mediante procedimientos estadísticos

La intervención es Observacional: No existe intervención del investigador, los datos reflejan evolución natural de los eventos, ajena a la voluntad del investigador. Según la planificación de la toma de los datos es prospectivo: Los datos necesarios para el estudio son recogidos a propósito de la investigación (primarios). Por lo que, posee control de sesgo y medición.

Según el número de variables de interés es descriptivo: El análisis estadístico, es univariado porque solo describe finalidad cognoscitiva) o estima parámetros (propósito estadístico) en la población de estudio a partir de una muestra.

5.1.2 Diseño

Según el número de ocasiones en que mide la variable de estudio es transeccional: Todas las variables son medidas en una sola ocasión, por ello de realizar comparaciones, se trata de muestras independientes

No correlacional: no busca la relación entre variables

5.2 Población y Muestra

5.2.1 Población

Constituida por 108 adultos mayores de ambos sexos, cuyas edades son de 65 a 96 años, asistentes al centro de salud IPRES III - distrito Fernando Loes.

5.2.2 Muestra

Para hallar la muestra se aplicó la fórmula de tamaño muestral para poblaciones finita de la siguiente manera:

- **Tamaño de muestra para poblaciones finitas:**

El tamaño de muestra requerido para estimar la proporción de una población finita, se obtuvo con la fórmula:

$$n = \frac{z^2 \times p(1 - p) \times N}{z^2 \times p(1 - p) + e^2 \times (N - 1)}$$

Dónde: n = el tamaño de la muestra requerido.

N = tamaño de la población

Z = el valor de Z para el cual $\pm z$ corresponde al nivel de confianza deseado.

p = el valor estimado de la proporción poblacional (como estrategia conservadora, utilice $p = 0.5$ si no tiene idea de cuál es el valor real de π)

e = El máximo error probable aceptado.

- **Determinación de los parámetros para la estimación de la muestra.**

Para el presente estudio, se hace necesario tener una confianza de 95% de que la proporción de la muestra estar a no más de 0.3 (3,0% de error máximo)

Se han considerado los siguientes valores:

$Z = 1.96$: el valor de Z para el cual $\pm z$ corresponde al nivel de confianza deseado.

$p = 0.5$: el valor estimado de la proporción poblacional (como estrategia conservadora, utilice $p = 0.5$ si no tiene idea de cuál es el valor real de π)

$e = 0.05$: el máximo error probable aceptado.

- **Estimación de la muestra**

$$n = \frac{z^2 \times p(1 - p) \times N}{z^2 \times p(1 - p) + e^2 \times (N - 1)}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2(0.5)(1 - 0.5)(108)}{(1.96)^2(0.5)(1 - 0.5) + (0.05)^2(108 - 1)} = 85$$

Redondeando: $n = 85$ adultos mayores (tamaño de muestra)

La muestra estuvo conformada por 85 adultos mayores hombres y mujeres, cuyas edades fluctúan 66 a 90 años, todos asistentes frecuentes Centro de Salud de Tamshiyacu del distrito de Fernando Lores.

5.2.3 Criterios de Inclusión y Exclusión

Inclusión:

- Asistir frecuentemente como paciente al Centro de Salud de Tamshiyacu.
- Ambos sexos
- Adultos mayores de 65 años a más

Exclusión:

- Formar parte de otros Centros de Adultos Mayores
- Adultos Mayores de 65 años a mas que presentan alguna enfermedad mental.

5.3 Técnicas e Instrumentos

a. Técnica: La técnica que se empleó para el desarrollo de la presente investigación, fue la evaluación psicométrica, pues es la más apropiada para recabar información de grupos con características de la población y la variable de estudio.

b. Instrumento: El instrumento utilizado fue el MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE) cuyo autor es Marshal F. Folstein, Susan E. Folstein y Paul R. McHugh.

c. Constructo: Deterioro cognitivo medido en 5 dimensiones.

5.4 Proceso de recolección de datos

- Se solicitó la autorización al director del Centro de Salud de Tamshiyacu y al responsable del grupo de los adultos mayores del Centro de Salud para la evaluación respectiva a los adultos mayores de nuestra muestra.
- Por motivos de remodelación del centro de salud, no se pudo realizar la evaluación en el centro de salud por tal motivo nos facilitaron las direcciones de los adultos mayores para realizar la visita respectiva.
- Se procedió a recolectar la información durante 5 días aproximadamente, con material impreso (TEST DE MINIMENTAL), en la aplicación se procedió de la siguiente manera, se visitó personalmente cada vivienda de los pacientes asistentes al centro de salud, luego se les explicó lo que se haríamos mediante el consentimiento informado. posteriormente procediendo a evaluar a los adultos mayores.
- Una vez terminada la recolección de datos se procedió a elaborar la base de datos para el análisis estadístico respectivo.
- Posteriormente se desarrolló el informe final de la investigación para su respectiva sustentación.

5.5 Analisis de datos

Una vez culminada la aplicación del Test de Minimental se procedió a la codificación de toda la información llevándola a una matriz (vaciada de datos al programa, de Excel) para luego realizar el análisis, todo ello se llevó a cabo por medio de la estadística descriptiva (tablas).

5.6 consideraciones Éticas

La participación de las unidades de estudio fue en forma voluntaria, a través del consentimiento informado, explicando el propósito de la investigación, duración esperada y procedimientos, su derecho a negarse a participar una vez iniciada su participación, no se tomó en cuenta la identidad de los adultos mayores los mismos que fueron tratados con total discreción.

Se respetó la integridad de las personas Adultos Mayores en todo momento, se lo trató con respeto y amabilidad, no se permitió tomar fotografías y no se enfatizó en los problemas fuera del tema.

6. RESULTADOS

Tabla 1.

Características de los adultos mayores del centro de salud de Tamshiyacu de acuerdo a edad, sexo, escolaridad, morbilidad sentida del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.

Características Sociodemográficas	n	%
Edad		
60-66 años	6	7.05
67-73 años	39	45.89
74-80 años	26	30.59
81-87 años	12	14.11
90-96 años	2	2.36
Total	85	100
Sexo		
Masculino	29	34.11
Femenino	56	65.89
Total	85	100
Grado de Instrucción		
Sin instrucción	15	17.64
Primaria	68	80.00
Secundaria	1	1.18
Superior	1	1.18
TOTAL	85	100
Morbilidad		
No	16	18.82
Si	69	81.18
Total	85	100

Fuente: Base de datos del centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores, Loreto 2019.

tabla N° 1, se observa del 100% (85) de la muestra, la edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, siendo el grupo de mayor número de adultos mayores entre 67 a 73 años 45.89%(39). En cuanto al sexo, el 65.89%(56) de la muestra corresponde al sexo femenino. El 80%(68) de la muestra tiene estudios primarios con respecto a la morbilidad, el 81.18% (69) sufre de alguna enfermedad.

Tabla 02

Nivel de deterioro cognitivo de los adultos mayores según sexo asistentes al centro de salud de Tamshiyacu del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.

Deterioro cognitivo	Sexo				Total	
	Masculino		femenino		ni	%
	n	%	n	%		
Normal	2	6.90	6	10.71	8	9.41
Sospecha patológica	3	10.34	5	8.93	8	9.41
Deterioro	21	72.42	42	75.00	63	74.12
Demencia	3	10.34	3	5.36	6	7.06
Total	29	100.0	56	100.0	85	100.0

Fuente: Mori,J.(2019).

tabla 02, se observa del 100 % de la muestra(85); con relación al deterioro cognitivo en los adultos mayores de ambos sexos un 74.12%(63) se encuentran en el nivel de: deterioro , seguidamente de un 9.41%(8) en el nivel de sospecha y normal respectivamente,se observa también que un 7.06% (6) presentan demencia,con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de casos de deterioro cognitivo con un 75%(42) y el sexo masculino con mayor porcentaje de casos con demencia con un 10.34%(3).

Tabla 03

Nivel de Orientación temporal según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud de Tamshiyacu, del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.

Deterioro cognitivo en la dimensión de orientación temporal	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		ni	%
	n	%	n	%		
Normal	1	3.45	3	5.36	4	4.71
Sospecha patológica	6	20.69	6	10.71	12	14.12
Deterioro	19	65.52	47	83.93	66	77.64
Demencia	3	10.34	0	0.0	3	3.53
Total	29	100.0	56	100.0	85	100.0

Fuente: Mori,J.(2019).

Tabla 03, se observa que del 100 % de la muestra(85); con relación al deterioro cognitivo en la dimensión de orientación temporal en los adultos mayores de ambos sexos un 77.64%(66) se encuentran en el nivel de: deterioro, seguidamente de un 14.12%(12) en el nivel de sospecha,se observa también que un 3.53% (3) presentan demencia,con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de deterioro en la orientación temporal con un 83.93%(47) y el sexo masculino con mayor porcentaje con demencia en la orientación temporal con un 10.34%(3).

Tabla 04

Nivel de Orientación Espacial según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud de Tamshiyacu, del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.

Deterioro cognitivo en la dimensión de orientación espacial	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		ni	%
	n	%	n	%		
Normal	1	3.45	5	8.93	6	7.06
Sospecha patológica	3	10.34	5	8.93	8	9.41
Deterioro	24	82.76	45	80.35	69	81.18
Demencia	1	3.45	1	1.79	2	2.35
Total	29	100.0	56	100.0	85	100.0

Fuente: Mori,J.(2019).

Tabla 04, se observa que del 100 % de la muestra(85); con relación al deterioro cognitivo en la dimensión de orientación espacial en los adultos mayores de ambos sexos un 81.18%(69) se encuentran en el nivel de: deterioro, seguidamente de un 9.41%(8) en el nivel de sospecha patológica, se observa también que un 2,35% (2) presentan demencia, con relación al sexo es el grupo Masculino con mayor porcentaje de deterioro en la orientación espacial con un 82.76%(24) y demencia con un 3.45%(1) respectivamente.

Tabla 05

Nivel de Fijación del Recuerdo según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud de Tamshiyacu del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.

Deterioro cognitivo en la dimensión de Fijación del recuerdo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		ni	%
	n	%	n	%		
Normal	1	3.45	10	17.86	11	12.94
Sospecha patológica	2	6.90	4	7.14	6	7.06
Deterioro	25	86.20	40	71.43	65	76.47
Demencia	1	3.45	2	3.57	3	3.53
Total	29	100.0	56	100.0	85	100.0

Fuente: Mori,J.(2019).

Tabla 05, se observa que del 100 % de la muestra(85); con relación al deterioro cognitivo en la dimensión de Fijación del recuerdo en los adultos mayores de ambos sexos un 76.47%(65) se encuentran en el nivel de: deterioro, seguidamente de un 12.94%(11) en el nivel de normal, se observa también que un 3.53% (3) presentan demencia, con relación al sexo es el grupo masculino con mayor porcentaje de deterioro en la fijación del recuerdo con un 86.20%(25) y el sexo femenino con mayor porcentaje con demencia en la fijación del recuerdo con un 3.57%(2).

Tabla 06

Nivel de atención cálculo según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud de Tamshiyacu del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.

Deterioro cognitivo en la dimension de Atención Cálculo	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		ni	%
	n	%	n	%		
Normal	3	10.34	2	3.57	5	5.88
Sospecha patológica	4	13.80	2	3.57	6	7.06
Deteriro	20	68.96	47	83.93	67	78.82
Demencia	2	6.90	5	8.93	7	8.24
Total	29	100.0	56	100.0	85	100.0

Fuente: Mori,J.(2019).

Tabla 06, se observa que del 100 % de la muestra(85); con relación al deterioro cognitivo en la dimension de atención cálculo, en los adultos mayores de ambos sexos un 78.82%(67) se encuentral en el nivel de: deterioro, seguidamente de un 7.06%(6) en el nivel de sospecha,se observa también que un 8.24% (7) presentan demencia,con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de casos de deterioro en la atencion cálculo con un 83.93%(47) seguidamente de un 8.93%(5) en el nivel de demencia.

Tabla 07**Nivel del Lenguaje según sexo de los adultos mayores asistentes al centro de salud de Tamshiyacu del distrito de Fernando Lores, Loreto 2019.**

Deterioro cognitivo en la dimension de lenguaje	Sexo				Total	
	Masculino		Femenino		ni	%
	n	%	n	%		
Normal	2	6.90	5	8.93	7	8.24
Sospecha patológica	5	17.24	4	7.14	9	10.59
Deterioro	17	58.62	44	78.57	61	71.76
Demencia	5	17.24	3	5.36	8	9.41
Total	29	100.0	56	100.0	85	100.0

Fuente: Mori,J.(2019).

Tabla 06, se observa que del 100 % de la muestra(85); con relación al deterioro cognitivo en la dimension de Lenguaje en los adultos mayores de ambos sexos un 71.76%(61) se encuentran en el nivel de: deterioro , seguidamente de un 10.59%(9) en el nivel de sospecha,se observa también que un 9.41% (8) presentan demencia de la dimension del lenguaje,con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de casos de deterioro en el lenguaje con un 78.57%(44) y el sexo masculino con mayor porcentaje de casos con demencia en el lenguaje con un 17.24%(5).

7. DISCUSIÓN

La frecuencia de deterioro cognitivo encontrada en nuestra investigación es de 74.12% siendo una de las más altas reportadas en el Perú después de la investigación de Chuquipul P. et al (2018) Lima, Perú que observó que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70%; encontrando diferencias porcentuales con las investigaciones de Escarbajal et al. (2016) que detectó que el 30% y la de Romero I. (2019) que encontró con respecto a la disfunción cognitiva una frecuencia de 45,3%.; Con relación al sexo encontramos similitud con nuestra investigación siendo las mujeres con mayor frecuencia de deterioro cognitivo con 75.00%, en comparación a la investigación de Escarbajal (2016) que encontró mayor porcentaje de casos de deterioro cognitivo en mujeres con un 73.3% conjuntamente con Llanos C. (2015) que encontró deterioro cognitivo con mayor frecuencia en el sexo femenino con un 42.1%.

En nuestra investigación el deterioro cognitivo estuvo presente en las diferentes dimensiones de nuestra tesis así como: En la dimensión de orientación temporal el 77.64%, En la dimensión de orientación espacial el 81.18% , En la dimensión de la Fijación del recuerdo un 76.47% , En la dimensión de atención y cálculo un 78.82% y En la dimensión de Lenguaje un 71.76% , con estos resultados encontramos similitudes con la investigación de Romero I. (2019) Lima, con relación al deterioro cognitivo según las dimensiones en adultos mayores, el mayor porcentaje en la dimensión orientación es un 31,3%, en orientación en el espacio se presenta sin disfunción cognitiva en un 50,6% , en registro y fijación se presenta sin disfunción cognitiva en un 71,3%, en atención y cálculo se presenta disfunción cognitiva en un 38,6%, en evocación y memoria se presenta sin disfunción cognitiva en un 88% y en lenguaje disfunción cognitiva moderada en un 50%. Encontramos también similitudes con Chuquipul P. et al (2018) Lima, Perú , que observó que los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado con un 70%; en cuanto a sus dimensiones como orientación en el tiempo tuvo un 84%, orientación en el espacio 58%, lenguaje/nominación 46% y atención/cálculo 46%; por otro lado la Calidad de vida se evidenció que la categoría que prevaleció es la promedio con un 88%.

8. CONCLUSIONES

- 1) Se concluye que la edad promedio de los adultos mayores es de 78 años, siendo el grupo de mayor número de adultos mayores entre 67 a 73 años . En cuanto al sexo, el mayor número de participantes corresponde al sexo femenino. La gran mayoría de los adultos mayores tiene estudios primarios, y sufre de alguna enfermedad.
- 2) Con relación al deterioro la gran mayoría de los adultos mayores en ambos sexos se encuentra en el nivel de deterioro, se observa también que un mínimo porcentaje presentan demencia, con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de casos de deterioro cognitivo y el sexo masculino con mayor porcentaje de casos con demencia.
- 3) En la dimensión de orientación temporal la gran mayoría de los participantes se encuentra en el nivel de deterioro ,en esta dimensión es mínima la presencia de demencia, con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de deterioro en la dimensión de la orientación temporal.
- 4) En la dimensión de orientación espacial un alto porcentaje de adultos mayores presentan deterioro con relación al sexo ,los varones presentan mayor porcentaje de deterioro en esta dimensión.
- 5) En la dimensión de la fijación del recuerdo en los adultos mayores de ambos sexos la mayoría de los participantes se encuentra en el nivel de deterioro , solo un mínimo de adultos mayores presentan demencia ,con relación al sexo es el grupo masculino con mayor porcentaje de deterioro y el sexo femenino con mayor porcentaje de demencia.
- 6) En la dimensión de atención y cálculo, en los adultos mayores de ambos sexos un gran porcentaje se encuentra en el nivel de deterioro, con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de deterioro en esta dimensión.
- 7) En la dimensión de lenguaje ,la mayoría de los adultos mayores de ambos sexos se encuentra en el nivel de deterioro ,con relación al sexo es el grupo femenino con mayor porcentaje de casos de deterioro en el lenguaje.

9. RECOMENDACIONES

1. Implementar en el centro de salud IPRES III - distrito Fernando Lores y todos los centros de salud de la región protocolos de atención dirigidos al adulto mayor en actividades tales como ejercicios psicomotrices, actividades físicas, manualidades, actividades de atención y concentración que prevengan el riesgo de deterioro cognitivo en los adultos mayores de nuestra región.
2. Elaborar programas de intervención a través de la estimulación cognitiva en adultos mayores en todos los centros de salud del departamento de Loreto priorizando las áreas de orientación temporal, orientación espacial, fijación del recuerdo, atención cálculo, recuerdo diferido y lenguaje.
3. Incorporar en el equipo multidisciplinario del centro de salud de Tamshiyacu a un psicólogo para la prevención y atención del adulto mayor, el cual se encargue de diseñar y aplicar protocolos de tratamiento, promoción y prevención del deterioro cognitivo concerniente a las necesidades del paciente.
4. Incluir permanentemente a los familiares de los pacientes adultos mayores que asisten al centro de salud de Tamshiyacu en las acciones preventivas y de atención para el apoyo desde sus hogares y de esa manera mejorar el tratamiento.
5. Motivar a las futuras generaciones de psicólogos de la Universidad Científica del Perú a seguir investigando sobre el deterioro cognitivo en adultos mayores para desarrollar proyectos preventivos y de atención en conjunto con el ministerio de salud creando así mayor necesidad de ayuda para estos grupos humanos muchas veces olvidados por nosotros o no priorizados ,generándoles mejor calidad de vida.

10.REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Avila Oliva,M., Vázquez Morales,E., Mora,M. (2007) Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. Revista Chilena de Neuropsicología. ,p,5-6,9-10. Disponible en:
<http://www.ciencias.holguin.cu/index.php/cienciasholguin/article/view/409/281>
2. Contreras, M. S., Gómez, G. A. M., & Ortiz, L. H. G. (2010). Deterioro cognitivo, nivel educativo y ocupación en una población de una clínica de memoria. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 39(2), 347-361.
3. Cimadevila Álvarez, C. (2008). *Estudio de la relación entre deterioro cognitivo y sintomatología depresiva en la población gallega mayor de 65 años*. Univ Santiago de Compostela
4. Custodio, N., García, A., Montesinos, R., Escobar, J., & Bendezú, L. (2008, December). Prevalencia de demencia en una población urbana de Lima-Perú: estudio puerta a puerta. In *Anales de la Facultad de Medicina* (Vol. 69, No. 4, pp. 233-238). UNMSM. Facultad de Medicina.
5. Chuquipul Mendoza, Pamela e Izaguirre Martínez, Carito ,tesis Deterioro Cognitivo y Calidad de Vida Del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes, Ventanilla , Universidad Privada Norbert Wiener 2018.
6. Escarbajal A, Martínez S, Romero J. El deterioro cognitivo leve en personas mayores usuarias de centros municipales de la Región de Murcia (España). *Anales de psicología*. 2016; 32(1):234-40.
7. Farfán Reaño, Carmen del Rosario .tesis Frecuencia de deterioro cognitivo en adultos mayores que practican Tai chi en la Casa de la Edad de Oro, Pueblo Libre; Universidad Alas Peruanas 2015.

8. Folstein, M. Folstein S. & McHugh, P. (1975). Mini-mental State. A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *Journal of Psychiatry Research*, 12, 189-198.
9. Fuchs J, Scheidt-Nave C, Hinrichs T, Mergenthaler A, Stein J, RiedelHeller SG, et al. Indicators for healthy ageing-a debate. *Int J Environ Res Public Health*. 2013;10:6630-6644.
10. Flores S., Papa T., Pinedo A. (2018) tesis: Factores predictores y la función cognitiva del adulto mayor del centro del adulto mayor del hospital regional de Loreto, Punchana – 2018, facultad de enfermería UNAP.
11. Gómez Viera, Nelson, Bonnin Rodríguez, Beatríz María, Gómez de Molina Iglesias, Marisel T., Yáñez Fernández, Belkis, & González Zaldívar, Arnaldo. (2003). Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognitivo. *Revista Cubana de Medicina*, 42(1).
12. Gracia Rebled, A. C., Santabárbara Serrano, J., López Antón, R., Tomás Aznar, C., & Marcos Aragüés, G. (2016). Ocupación laboral y riesgo de deterioro cognitivo y demencia en personas mayores de 55 años: una revisión sistemática. *Rev Esp Salud Publica*, 0-0.
13. González Fabián, Justo Luis, Gómez Viera, Nelson, González González, Justo Luis, & Marín Díaz, Miguel E.. (2006). Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico “La Rampa”. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 22(3) Recuperado en 03 de mayo de 2017.
14. Romero, L. M. C., López, I. E. N., Velez, C. D., & Ortiz, J. P. (2013). Tamizaje de deterioro cognitivo leve en adultos mayores con enfermedad cardiovascular en un Hospital Nacional de Chiclayo, Perú. *Revista Médica de Risaralda*, 20(1).

15. Naciones Unidas. Envejecimiento [sede web]. San Francisco- Nueva York; 2017. [Acceso 10 de marzo de 2015]. Disponible en: <http://www.un.org/es/sections/issues-depth/ageing/index.html>.
16. Sánchez M., Moreno García L, . Rendimiento cognitivo y calidad de vida de adultos mayores asistentes a grupos de tercera edad. *Acta Neurol Colomb.* [Internet] 2015 [acceso 20 de marzo de 2010] 31(4): p.348. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n4/v31n4a07.pdf>
17. Pérez Martínez, Víctor T.. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2) Recuperado en 10 de junio de 2017.
18. López Pérez-Díaz AG, Calero MD, Navarro-González E. Predicción del deterioro cognitivo en ancianos mediante el análisis del rendimiento en fluidez verbal y en atención sostenida. *Rev Neurol* 2013; 56: 1-7.
19. López Guevara, Noelia Guadalupe .Tesis de pregrado nivel de deterioro cognitivo en los pacientes que asisten a un centro de adulto mayor de Satipo y Huancayo, Universidad Alas Peruanas 2016.
20. Llanos Huayra, Carol Estefany , tesis Deterioro cognitivo en el adulto mayor según género "Centro Ceragem - Los Olivos", Universidad Privada San Juan Bautista 2015.
21. Pedraja E, Mederos E, Rosales A, Ibarra A, Herrera M. Evaluación funcional, cognitiva y biomédica de ancianos de 90 años y más. *Acta Médica del Centro.* 2015; 9(2):48-53
22. Pérez Martínez, Víctor T.. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 21(1-2) Recuperado en 09 de marzo de 2017.

23. Romero Aguilar, Isabel Elena, Tesis Disfunción cognitiva en el adulto mayor que acude al centro de salud Tayta Wasi, Universidad Privada Norbert Wiener 2019.

24. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division (2015). World Population Ageing 2015 (ST/ESA/SER.A/390).

ANEXOS

ANEXO 01

FICHA TÉCNICA Y TEST MINI MENTAL DE FOLSTEIN

Nombre original: Mini-mental State Examination MMSE

Nombre en español: Examen Mini Mental de Folstein

Autores: Marshal F. Folstein, Susan Folstein, Paul R. McHugh

Forma de aplicación: Individual

Duración: De 5 a 10 minutos

Población: A personas mayores de edad o personas que presentan una sospecha de deterioro cognitivo

Material: Cuestionario, lápiz y papel

Objetivo: Es una herramienta o test que nos permite sospechar el déficit cognitivo, proporcionando así un análisis del estado mental de la persona.

La prueba: Es un cuestionario de 11 preguntas donde las características esenciales que se evalúan son: Orientación espacial, temporal, capacidad de atención, concentración y memoria

Comprensión (3 puntos): Se le indican tres órdenes simples que pueda realizar. Por ejemplo, Tome el papel con su mano derecha, dóblelo a la mitad y póngalo en el suelo. Se otorga un punto por cada acción correcta.

Lectura (1 punto): Se solicita al paciente que lea la orden "Cierre los ojos" (escrita previamente) y la obedezca. No debe decirlo en voz alta y sólo puede explicársele una vez.

Escritura (1 punto): Se pide al paciente que escriba una oración, que debe tener sujeto y predicado. Se otorga 1 punto si la oración tiene sentido.

Dibujo. Debe copiar un dibujo simple de dos pentágonos cruzados, Se considera correcto si su respuesta tiene dos figuras de 5 lados y su cruce tiene 4 lados.

CONSIGNA

“Le voy a preguntar algunas cosas y a dar algunos problemas para que usted los pueda resolver. Por favor trate de responder lo mejor que pueda al momento de realizarle la pregunta”.

INTERPRETACIÓN

Se puntúa en función del número de aciertos en las pruebas de tal forma que puntuaciones altas indican un mejor funcionamiento cognitivo. El punto de corte más ampliamente aceptado y frecuentemente empleado para el MEC de 30

puntos es 23; las puntuaciones iguales o menores que esta cifra indicarían la presencia de un déficit cognitivo. 27 puntos o más: Normal.

La persona presenta una adecuada capacidad cognoscitiva. 23 puntos o menos: Sospecha patológica ,12-23 puntos: Deterioro ,9-12 puntos: Demencia, Menos de 5 puntos. Fase terminal. Totalmente desorientado. No se reconoce él mismo. Incoherente. Postración.

PROPIEDADES PSICOMÉTRICAS DE VALIDEZ Y FIABILIDAD:

Este instrumento ha demostrado suficiente validez y fiabilidad en pacientes de psicología, psiquiatría, neurología , geriatría y de otros campos clínicos. La consistencia interna varía entre 0.82-0.84, y la fiabilidad interjueces entre 0.83 a 0.99 en ancianos y pacientes con enfermedades neurológicas. La fiabilidad test-retest muestra buenos resultados, si bien declina con el paso del tiempo, debido al proceso de deterioro cognitivo de las personas mayores y con trastornos. Se han mostrado buenas correlaciones con diversos instrumentos que evalúan memoria, y otros aspectos del funcionamiento cognitivo. Esta versión muestra los resultados más equiparables al MMSE en los EE.UU., así como ha resultado ser el instrumento más útil para comparaciones internacionales.

ANEXO 02

Instrumento de medición de Deterioro Cognitivo en Adultos Mayores

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Basado en Folstein et al. (1975), Lobo et al. (1979)

Nombre: _____ Varón [] Mujer []
 Fecha: _____ F. nacimiento: _____ Edad: _____
 Estudios/Profesión: _____ Núm. Historia: _____
 Observaciones: _____

¿En qué año estamos? 0-1 ¿En qué estación? 0-1 ¿En qué día (fecha)? 0-1 ¿En qué mes? 0-1 ¿En qué día de la semana? 0-1	ORIENTACIÓN TEMPORAL (máx. 5)	
¿En qué hospital (o lugar) estamos? 0-1 ¿En qué piso (o planta, sala, servicio)? 0-1 ¿En qué pueblo (ciudad)? 0-1 ¿En qué provincia estamos? 0-1 ¿En qué país (o nación, autonomía)? 0-1	ORIENTACIÓN ESPACIAL (máx. 5)	
Nombre tres palabras peseta-caballo-manzana (o balón-bandera-árbol) a razón de 1 por segundo. Luego se pide al paciente que las repita. Esta primera repetición otorga la puntuación. Otorgue 1 punto por cada palabra correcta, pero continúe diciéndolas hasta que el sujeto repita las 3, hasta un máximo de 6 veces. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	Núm. de repeticiones necesarias FIJACIÓN RECUERDO inmediato (máx. 3)	
Si tiene 30 euros y me va dando de tres en tres, ¿Cuántos le van quedando?. Detenga la prueba tras 5 sustracciones. Si el sujeto no puede realizar esta prueba, pídale que deletree la palabra MUNDO al revés. 30 0-1 27 0-1 24 0-1 21 0-1 18 0-1 (O 0-1 D 0-1 N 0-1 U 0-1 M 0-1)	ATENCIÓN CÁLCULO (máx. 5)	
Preguntar por las tres palabras mencionadas anteriormente. Peseta 0-1 Caballo 0-1 Manzana 0-1 (Balón 0-1 Bandera 0-1 Árbol 0-1)	RECUERDO DIFERIDO (máx. 3)	
DENOMINACIÓN. Mostrarle un lápiz o un bolígrafo y preguntar ¿qué es esto?. Hacer lo mismo con un reloj de pulsera, lápiz 0-1, reloj 0-1. REPETICIÓN. Pedirle que repita la frase: "ni sí, ni no, ni pero" (o "en un tragal había 5 perros") 0-1. ÓRDENES. Pedirle que siga la orden: "coja un papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad, y póngalo en el suelo". Coge con la mano derecha 0-1 dobla por la mitad 0-1 pone en suelo 0-1. LECTURA. Escriba legiblemente en un papel "cierre los ojos". Pídale que lo lea y haga lo que dice la frase 0-1. ESCRITURA. Que escriba una frase (con sujeto y predicado) 0-1. COPIA. Dibuje 2 pentágonos intersectados y pida al sujeto que los copie tal cual. Para otorgar un punto deben estar presentes los 10 ángulos y la intersección 0-1.	LENGUAJE (máx. 9)	
Puntuaciones de referencia: 27 ó más: normal 24 ó menos: sospecha patológica 12-24: deterioro 9-12: demencia	PUNTUACIÓN TOTAL (máx. 30 puntos)	

a.e.g.(1999)

ANEXO N°03

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Estimado (a) paciente del centro de salud de Tamshiyacu del distrito de Fernando Lores ,Loreto , soy la bachiller Jesly Berenize Mori Sangama de la carrera de Psicología de la Universidad Científica del Perú, el motivo de dirigirme a ustedes es para solicitarle su valiosa información que me servirá para determinar el nivel de deterioro cognitivos en el adulto mayor. Su participación en el estudio es voluntaria, cabe mencionar que Ud. No recibirá ningún tipo de beneficio económico si acepta colaborar con el estudio.

Todos los datos que se obtengan de Ud. Serán en forma anónima y se respetara la confidencialidad. Los datos obtenidos del presente estudio solo serán utilizados por los investigadores con fines de investigación.

Si Ud. Tiene alguna pregunta o duda, gustosamente serán explicadas o si desea algún tipo de información adicional se le dará en cualquier momento.

Por favor coloque su firma y su huella digital al final de este formato, con lo cual Ud. Está dando la autorización para la participación en este estudio.

Firma Huella digital

DNI N°:-----

¡Muchas Gracias!

ANEXO 04

