



**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA Y CIENCIAS DE LA  
SALUD**

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS

FRECUENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE AMNÉSICO EN  
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE ACUDEN AL  
CONSULTORIO EXTERNO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL  
NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2019

PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO

Autor: Bachiller ZACARÍAS EVANGELISTA, HANS ÁNGEL

Asesor: Dr. Uber Ramos Borda

Lima, Perú

2019

## HOJA DE APROBACIÓN

# **FRECUENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE AMNÉSICO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2019**

Esta Tesis fue evaluada y aprobada para la obtención del título Médico Cirujano

---

Dr. Holguin Coppa, Carlos Gabriel

Miembro

---

Dr. Llajaruna Zumaeta, Edwin Luis

Secretario

---

Dr. Jauregui Caycho, Lissette

Presidente

Lima, Perú

2019

Agradezco al hospital por brindarme en estos años las enseñanzas y las facilidades para elaborar esta investigación también al Dr. Ramos Borda y Dr. Herrera Morales especialistas en geriatría por guiarme.

## RESUMEN

**Objetivo:** Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico en pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019.

**Método y Material:** Estudio cuantitativo de diseño no experimental, estudio transversal de alcance descriptivo-prospectivo con uso del Test de alteración de Memoria por medio de la entrevista, la población fue de 200 pacientes y la muestra es censal por lo que se abarco a todos.

**Resultados:** La frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico (DCL amnésico) en pacientes mayores de 60 años fue de 40%, el rango de edad con un 36.4% es entre 60 a 69 años al igual que el otro grupo de edad entre 70 a 79 años, el género más frecuente es femenino con 58.5%, respecto al grado de instrucción la primaria incompleta represento el 37.5%, las comorbilidades más frecuentes entre los que presentan deterioro cognitivo leve amnésico es la diabetes mellitus tipo 2 con 57.5 % e hipertensión arterial 52.5 %.

**Conclusiones:** La frecuencia de DCL amnésico fue de 40 % en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales, El género predominante es femenino con el 58.5 %. El grupo etario más afectado fue entre 60 a 69 y 70 a 79 años, ambos con 36.4 %. El grado de instrucción más frecuente fue primaria incompleta con 37.5 %. Las comorbilidades con mayor frecuencia es la diabetes mellitus tipo 2 con 57.5% e hipertensión arterial 52.5 %.

**Palabras claves:** Deterioro cognitivo, Diabetes Mellitus Tipo 2.

## ABSTRACT

**Objective:** To determine the frequency of mild amnesic cognitive deterioration in patients over 60 years of age who attend the external geriatric clinic of the National Hospital Sergio E. Bernales 2019.

**Method and Material:** Quantitative study of non-experimental design, cross-sectional study of descriptive-prospective scope with use of Memory Alteration Test by means of the interview, the population was 200 patients and the sample is census so it was covered everyone.

**Results:** The frequency of mild amnesic cognitive deterioration (amnesic MCI) in patients over 60 years was 40%, the age range with 36.4% is between 60 to 69 years as the other age group between 70 and 79 years, the most frequent gender is female with 58.5%, with regard to the degree of instruction the incomplete primary represented 37.5%, the most frequent comorbidities among those with mild amnesic cognitive deterioration is type 2 diabetes mellitus with 57.5% and arterial hypertension 52.5 %.

**Conclusions:** The frequency of amnesic MCI was 40% in the National Hospital Sergio E. Bernales, the predominant gender is female with 58.5%. The most affected age group was between 60 to 69 and 70 to 79 years, both with 36.4%. The most frequent grade of instruction was incomplete primary with 37.5%. The most common comorbidities are diabetes mellitus type 2 with 57.5% and hypertension 52.5%.

**Key words:** Cognitive impairment, Type 2 Diabetes Mellitus.

## INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud refiere que entre los años 2000 y 2050, la proporción de este grupo etario se duplicara de 11 % a 22%<sup>1</sup>. La disfunción amnésica es frecuente en los adultos mayores originando deterioro en la calidad de vida siendo un problema de salud pública, en situaciones graves ocasiona discapacidad elevando la tasa de mortalidad<sup>2</sup>.

Actualmente en el Perú existe pocas investigaciones relacionados sobre el deterioro leve amnésico, su diagnóstico precoz posibilita una intervención adecuado impidiendo que avance a demencia entre lo más frecuente el Mal de Alzheimer.

Por medio de la entrevista se evaluó con el test de alteración de memoria que consta de cinco apartados evaluando entre ellas la memoria semántica, el test posee 43 preguntas con un total de 50 puntos a diferencia de otros test posee la ventaja que no requiere nivel de instrucción para ser utilizado.

La presente investigación es determinar la frecuencia de DCL amnésico en los pacientes que asisten al consultorio externo de geriatría en el Hospital Sergio E. Bernales. Actualmente en el consultorio externo para evaluar el deterioro cognitivo se usa otros test, con esta investigación se busca concientizar sobre el deterioro cognitivo y el uso del test en la atención primaria para disminuir la incidencia de la enfermedad de Alzheimer.

## INDICE

CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	12
1.1 Descripción de la realidad problemática .....	12
1.2 Formulación de Pregunta.....	13
1.2.1 Pregunta Principal.....	13
1.2.2 Preguntas Derivadas.....	13
1.3 Objetivos de la Investigación.....	14
1.3.1 Objetivo General.....	14
1.3.2 Objetivos Específicos .....	14
1.4 Justificación de la Investigación.....	15
1.4.1 Importancia de la investigación .....	16
1.4.2 Viabilidad de la Investigación .....	17
1.5 Limitaciones del Estudio .....	17
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	18
2.1 Antecedentes de la Investigación .....	18
2.2 Bases Teóricas .....	20
2.3 Definición de términos básicos .....	25
CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION .....	26
3.1 Formulación de Hipótesis principal y derivadas.....	26
3.2 Variables, definición conceptual y operacional .....	26

CAPITULO IV: METODOLOGIA .....	30
4.1 Diseño metodológico .....	30
4.2 Diseño Muestral, matriz de consistencia.....	30
4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos .....	33
4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información. ....	33
4.5 Aspectos éticos.....	34
 CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIONES.....	 35
5.1 Análisis Descriptivo.....	35
5.2 Análisis inferencial; pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras. ....	49
5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas. ....	49
5.4 Discusión y Conclusiones .....	49
 INDICE DE ANEXOS .....	 61

## ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico	35
Tabla N° 2: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según Edad	36
Tabla N° 3: Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según Grado de Instrucción.	37
Tabla N° 4: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según Género.	38
Tabla N° 5: Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según comorbilidades.	39
Tabla N° 6: Memoria inmediata según Test de Alteración de Memoria.	40
Tabla N° 7: Memoria semántica según Test de Alteración de Memoria.	40
Tabla N° 8: Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según memoria semántica.	41
Tabla N°9: Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según memoria inmediata.	42
Tabla N°10: Grado de Instrucción de pacientes que acudieron al consultorio externo.	43
Tabla N°11: Frecuencia de género de pacientes que asistieron al consultorio externo.	44
Tabla N°12: Frecuencia de Comorbilidades de pacientes que asistieron al consultorio externo.	45
Tabla N°13: Estado civil de pacientes que acudieron al consultorio externo.	46

Tabla N°14: Ocupación de pacientes que asistieron al consultorio externo. 47

Tabla N°15: Grupo de edad de pacientes que acudieron al consultorio externo. 48

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico.	35
Gráfico N° 2: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según Edad.	36
Gráfico N° 3: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según Grado de Instrucción.	37
Gráfico N° 4: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según Género	38
Gráfico N° 5: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según comorbilidades.	39
Gráfico N° 6: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según memoria semántica.	41
Gráfico N° 7: Frecuencia de Deterioro Cognitivo Leve Amnésico según memoria inmediata.	42
Gráfico N° 8: Grado de Instrucción de pacientes que acudieron al consultorio externo..	43
Gráfico N° 9: Frecuencia de género de pacientes que asistieron al consultorio externo.	44
Gráfico N°10: Frecuencia de Comorbilidades de pacientes que asistieron al consultorio externo.	45
Gráfico N°11: Estado civil de pacientes que acudieron al consultorio externo.	46
Gráfico N°12: Ocupación de pacientes que asistieron al consultorio externo.	47
Gráfico N°13: Edad de pacientes que acudieron al consultorio externo.	48

## **CAPITULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

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

La última difusión de la Organización Mundial De La Salud relacionado a los adultos mayores es que existe un crecimiento acelerado a diferencia de otros grupos de edades, se estima que la proporción pasara de 11 % a 22% respecto a los adultos mayores habitantes del planeta entre los años 2000 y 2050<sup>1</sup>.

La pirámide poblacional se ha invertido evidenciando un crecimiento de la población de adulto mayor a comparación de la población joven, transformándose actualmente en una situación publica negativa, que genera altas tasas de morbilidad y discapacidad<sup>2</sup>.

La constitución que innova la ley 26842, concede la legalidad a las personas con alteraciones de salud a nivel mental. Por tal motivo en Perú se dispone de servicios además de programas para una apropiada atención en relación a salud mental y disposición para préstamos de salud que sean de buena calidad<sup>3</sup>.

El envejecimiento va a depender de múltiples factores entre ellos físicos, cognitivos y mentales, la alteración cognitiva se entiende por la presencia de un déficit objetivo y subjetivo de las funciones cognitivas como la capacidad de razonamiento, adaptaciones nuevas, de lenguaje expresivo, memoria y orientación en el espacio lo cual le llevaran a situaciones graves de discapacidad, generando aumento en la tasa de mortalidad<sup>4</sup>.

En el envejecimiento, lo usual es la disfunción amnésica, con deterioro en la calidad de vida y obtener nuevos aprendizajes e invocar nueva información.

Cuando la sociedad envejece se le hace difícil el desempeño cognitivo. La enfermedad de Alzheimer representa un gran porcentaje dentro de la demencia, provocando un problema social y económico. Los estudios relacionados al costo de la enfermedad en el 2014 se demuestran que en el país de Estados Unidos efectúa un gasto de \$45,657 por año<sup>5</sup>. La búsqueda de tratamientos se ha dificultado por el diagnóstico tardío. Por esta razón la necesidad de estudio para un diagnóstico precoz.

## **1.2 Formulación de Pregunta**

### **1.2.1 Pregunta Principal**

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico en pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019?

### **1.2.2 Preguntas Derivadas**

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según edad?

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según nivel de instrucción?

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según género?

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según comorbilidades?

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria semántica?

¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria inmediata?

### **1.3 Objetivos de la Investigación**

#### **1.3.1 Objetivo General**

Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico en pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019.

#### **1.3.2 Objetivos Específicos**

Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según edad.

Establecer la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según nivel de instrucción.

Establecer la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según género.

Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según comorbilidades.

Describir la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria semántica.

Describir la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria inmediata.

#### **1.4 Justificación de la Investigación**

Actualmente se calcula que la cantidad en correlación al grupo de población adulta alcanzara un porcentaje entre 20 y 25% aproximándose en el siguiente año. El 50 % que pertenece a este grupo etario poseen problemas que afectan la facultad llamada memoria, pero por otra parte la demencia lo sobrellevan aproximadamente en un intervalo de cinco (5%) y diez por ciento (10%), otros reportes refieren que el nivel de deterioro cognitivo moderado y de nivel cognitivo severo que abarcan es de 20 a 28%<sup>6</sup>. Se proyecta a nivel mundial que la incidencia del síndrome demencial se incrementara en aquellas naciones con alto nivel de desarrollo de un valor de 13,5 a 21,5 millones en la posteridad, aproximadamente para el año 2025<sup>7</sup>. Las investigaciones realizadas en el ámbito nacional, relacionado al deterioro cognitivo en el adulto mayor son escasos<sup>8</sup>.

Es importante enfocarse en este grupo etario para poder afrontar los cambios que este crecimiento propone por motivo que se tiene informado que la memoria influye en la autonomía e independencia de las personas mayores. Las causas del deterioro cognitivo son diversas por eso es un síndrome geriátrico. Condiciona a situaciones de grave incapacidad provocando problemas socioasistencial de esta forma se incrementa la necesidad de supervisar por parte de la familia o el cuidador, hospitalizaciones, gastos farmacéuticos, etc. En la sociedad un pilar fundamental son los adultos mayores. Por este motivo se realiza este proyecto de investigación, los resultados se obtendrán mediante un test fiable, permitiendo identificar el grado deterioro cognitivo.

### **1.4.1 Importancia de la investigación**

Es trascendental estar informados y concientizar sobre la salud de los adultos mayores para que los familiares, sistema de salud y social se preparen, con el propósito de responder en presencia del déficit cognitivo.

En este estudio lo relevante es conocer la frecuencia de deterioro cognitivo amnésico leve en población de tercera edad; con la finalidad de que sea el origen para plantear acciones de promoción y prevención en la comunidad de riesgos identificados y demostrar que a través de los conocimientos adquiridos se podrá orientar al personal que cuida a las personas mayores, se capacita a los familiares y se podría plantear exposiciones a los profesionales de salud.

Los resultados de esta investigación tendrán como misión plantear estrategias educativas para aquellos pacientes que posean deterioro cognitivo. Sabiendo la realidad de salud del adulto mayor, deberán poner en práctica para una mejor atención de salud.

Los conocimientos que se obtienen de esta investigación servirán aportando a los ya existentes a nivel nacional y sea punto de partida para que otros profesionales o estudiantes de salud profundicen en el tema y buscar la tranquilidad de las personas mayores.

Como futuro medico investigador es colaborar con los conocimientos obtenidos sobre la realidad de salud en adulto mayor con el fin de enriquecer estrategias y buscar soluciones dentro del nosocomio.

#### **1.4.2 Viabilidad de la Investigación**

- Supervisión del geriatra en el transcurso de la entrevista.
- Disposición de materiales, medios financieros, tiempo y pacientes.
- La recopilación y análisis información es factible.

#### **1.5 Limitaciones del Estudio**

- La disminución auditiva de algunos adultos mayores, lo que conlleva a mayor tiempo en las entrevistas.
- Pacientes que acuden al consultorio que poseen otro dialecto.
- La poca presencia de pacientes mayores en el consultorio externo

## **CAPITULO II: MARCO TEORICO**

### **2.1 Antecedentes de la Investigación**

Los estudios presentados a continuación se enlazan a la investigación.

#### 2.1.1 Antecedentes Internacionales

Carlos et al.<sup>9</sup> en el año 2017 elaboro un estudio titulado “*Detección de deterioro cognitivo y factores demográficos asociados en adultos mayores de 50 años de la Región del Alto Valle, Argentina*”. en el país de Argentina. El estudio realizado fue de alcance descriptivo y tipo exploratorio con una muestra de 113 cuyo objetivo fue determinar el deterioro cognitivo para ello usaron dos pruebas neuropsicológicas denominadas Quejas de Memoria y Quejas ejecutivas. En los resultados se evidenciaron 70 % cognitivamente normal, 6.19 % con deterioro cognitivo leve amnésico, un 12.39 % tipo multidominio y asociados al género masculino, edad, nivel de instrucción y hábito de fumar. En la investigación se concluye que el 23% tiene riesgo probable de demencia en los próximos años.

Damián et al.<sup>10</sup> en el año 2016, realizaron una investigación titulado “*Deterioro cognitivo leve y multimorbilidad en adultos mayores, evaluados en la clínica de deterioro cognitivo. CITED.2014 – 2016*” en el país de Cuba. La investigación fue observacional descriptivo de corte transversal, la finalidad fue caracterizar el deterioro cognitivo con una muestra de 130 adultos mayores. Respecto a los resultados los más afectados son el género femenino (72.3%) además el grupo de edad más frecuente se encuentra entre 70 y 79 años y el nivel educacional medio predomina, referente al deterioro cognitivo leve de múltiples dominós se observa

que ambos sexos predominan, seguidamente del deterioro cognitivo tipo amnésico asimismo de menor cuantía el no amnésico.

Yolanda et al.<sup>11</sup> en su investigación titulado *Memoria, funciones ejecutivas y deterioro cognitivo en población anciana* en la Universidad de Murcia en el país de España, el objetivo fue revisar el estado de memoria y las funciones ejecutivas para ello se realizaron pruebas psicológicas denominado test de alteración de memoria y el Mini examen cognoscitivo, de este modo se concluye que el estado de memoria, las funciones ejecutivas y nivel de deterioro cognitivo poseen relación significativa además el género fue indiferente a la memoria así mismo no se evidencia diferencias en aquellos que vivían en residencias y en sus hogares en relación al estado de la memoria.

#### 2.1.2 Antecedentes Nacionales

Jesús et al.<sup>12</sup> realizaron una investigación titulado "*Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico y exploración de factores asociados en cuatro centros integrales del adulto mayor Lima – Perú*". Con respecto al método el estudio fue transversal con un número de casos de 321 personas mayores que asistían a los diversos centros de atención, ubicados en diversos distritos en la ciudad de Lima. Utilizaron un instrumento denominado Test de alteración de memoria y resultado en relación a la frecuencia fue de 18.1% además un factor importante es la edad y el nivel de instrucción menor además un factor protector son aquellos que provenían de Centros localizados en La Molina y estado civil casado.

Nilton et al.<sup>13</sup> en su tesis titulado “*Rendimiento del test de alteración de la Memoria para detectar deterioro cognitivo leve y enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales en población de bajo nivel de instrucción de dos distritos de Lima*”. El método de estudio fue descriptivo, prospectivo y observacional con una muestra de 81 individuos diagnosticados con enfermedad demencial (Alzheimer), 45 con el nivel de Deterioro cognitivo leve y 121 con estado cognitivo sano, se utilizó el test de alteración de memoria con la finalidad de ver su rendimiento, obteniendo una sensibilidad de 99.2% y especificidad 91.1% para determinar si posee deterioro cognitivo leve amnésico o queja subjetiva. La conclusión de la investigación en relación al test describe que posee utilidad discriminativa para determinar si el paciente presente quejas subjetivas o un determinado progresivo deterioro cognitivo.

## **2.2 Bases Teóricas**

### **2.2.1 Adulto mayor y el impacto de la sanidad mental**

Actualmente la etapa del envejecimiento está incrementando, se predice que entre los años 2015 y 2050, este grupo etario que es de 12% será 22%. En esta etapa de vida la salud mental es importante como el nivel emocional. Se tiene informado que un 15 % de los adultos mayores de 60 años poseen alguna alteración mental<sup>1</sup>. Se considera adulto mayor a toda persona que sobrepasa esta categoría de edad, también denominadas personas de tercera edad y senil. Posee el fenómeno biológico afectando como la salud física y fenómeno psicológico porque se visualiza modificaciones a nivel cognitivo y emocional.

En la salud mental existen diversos factores que pueden ser biológicos, sociales y psíquicos en los adultos mayores. La mayoría presenta dolores crónicos, alteraciones mentales o físicos de tal modo que a largo plazo requiere un asistente por eso motivo se vuelven dependientes, un problema es tener la experiencia de dolor por un fallecimiento de un ser querido, recursos económicos disminuidos por la jubilación o la presencia de discapacidad llevando a un estado depresivo así mismo afectando el deterioro cognitivo, todos estos factores provocan la pérdida de independencia<sup>14</sup>. La patología más asociada al envejecimiento es el deterioro cognitivo siendo una de las causas principales por lo que acuden al consultorio externo sin cumplir los criterios de demencia<sup>15</sup>.

### 2.2.2 Deterioro Cognitivo

Actualmente es una condición que anda en incremento en los adultos mayores provocando pérdidas en las capacidades mentales superiores, principalmente la memoria, la conducta, el cálculo, orientación y personalidad<sup>16</sup>. Se considera al deterioro cognitivo leve como el estado intermedio entre una persona con nivel cognitivo normal y demencia<sup>17</sup>. El grado de alteración puede ser desde el deterioro cognitivo leve y progresar hasta demencia siendo lo más frecuente la enfermedad de Alzheimer<sup>18</sup>.

Según las últimas estadísticas respecto a la prevalencia del deterioro cognitivo del adulto mayor se encuentra entre 3-19% con una incidencia entre 8-58 por 1.000 personas<sup>19</sup>. El deterioro cognitivo se diferencia de la demencia por el grado de afectación<sup>20</sup>. Otra diferencia es que la demencia interfiere en la vida cotidiana<sup>21</sup>. En Estados Unidos con respecto a las posiciones asociados al síndrome

demencial; la enfermedad de Alzheimer se encuentra en primer lugar y en países occidentales la prevalencia en personas mayores de 85 años es 35%<sup>22</sup>.

### 2.2.3 Deterioro Cognitivo Leve Amnésico (DCLa)

El estado de deterioro cognitivo leve (DCL) se clasifica en amnésicos y no amnésicos. El deterioro cognitivo leve amnésico se caracteriza porque predomina la pérdida de memoria y está asociada a la conversión para la enfermedad de Alzheimer<sup>23</sup>. Actualmente existe subdivisión según los dominios afectados por lo tanto podemos encontrar DCLa dominio único y con más severidad el deterioro DCLa multidominio, tiene mucha importancia los subtipos de esta forma se mejora la detección y diagnóstico adecuado<sup>24</sup>.

El deterioro cognitivo posee múltiples factores de riesgo significativos como: demográficos, estilos de vida y condiciones sociales. El deterioro cognitivo depende de factores ambientales como fisiológicos sujeto a variabilidad interindividual<sup>25</sup>. Con respecto al género femenino aumenta las probabilidades junto con escolaridad bajo o ninguno<sup>26</sup>. Un estudio determinó la asociación entre la enfermedad asociada al trastorno metabólico denominado diabetes mellitus tipo 2 y deterioro cognitivo en el cual 54,5% de los pacientes con deterioro cognitivo presentaban diabetes y 20,3% no tenían diabetes<sup>27</sup>.

### 2.2.4 Mal de Alzheimer

Es un trastorno asociado a degeneración progresiva a nivel neuronal y es causa más habitual dentro de las demencias, clínicamente se caracteriza porque

deteriora la memoria a hechos autobiográficos denominada episódica<sup>28</sup>. En Estados Unidos es la sexta causa de morbilidad afectando aproximadamente a 5 millones de estados unidenses<sup>29</sup>. Afecta aproximadamente 8% en adultos que superan los 60 años y 30% en personas que superan los 80 años, asociado a un incremento costo económico y social<sup>30</sup>.

La enfermedad de Alzheimer inicialmente se distingue por carencia en la esfera de la memoria de carácter episódica que progresivamente se agrega la afectación de diversos dominios, conllevando a la dificultad de que realice su vida habitual. Conforme avanza la enfermedad necesitara ayudara externa para realizar actividades diarias como ejemplo: comer, vestirse, asearse, etc<sup>31</sup>.

Una de las alteraciones que manifiestan los adultos de tercera edad diagnosticadas con enfermedad de Alzheimer son las habilidades de predominio lingüística, no siempre aparecen al inicio, pero es recurrente encontrar manifestaciones como las anomias y parafasias<sup>32</sup>. Para la identificación del síndrome demencial se requiere de múltiples procesos determinados como: un test neuropsicológico, exámenes complementarios laboratoriales y gráficos, realizados por un especialista en neuropsicología, escasos en Perú<sup>33</sup>.

Para los estadios iniciales de la demencia se requiere métodos precoces para detección cognitiva breve que pueden ser ejecutadas en servicios primarios de atención para ello estas pruebas deben tener una adecuada sensibilidad y especificidad<sup>34</sup>. La enfermedad de Alzheimer en su fase temprana experimenta lapsos de memoria, dificultad en encontrar las palabras adecuadas, pérdida de

confianza y alteración en el humor, comprometiendo las actividades diarias que realizaba la persona mayor<sup>35</sup>.

Existen actualmente una prueba denominada el T@M (Test Alteración de Memoria), herramienta adecuada para la detección del DCL amnésico y las primeras fases de la Enfermedad de Alzheimer<sup>36</sup>. Constituye cinco secciones que el test determina sobre los subtipos de memoria como: inmediata, de orientación temporal, remota semántica, de evocación libre y de evocación con pistas; el test de forma individual no sirve para establecer un diagnóstico de demencia, pero si distingue aquellas personas adultas mayores que necesiten un estudio profundo. El test discrimina las quejas subjetivas y el deterioro cognitivo leve amnésico, los puntos de cohorte sin alteración mayor a 36 puntos, deterioro cognitivo leve amnésico entre 36 y 28, demencia menor de 28 puntos<sup>36</sup>. Los beneficios que posee este test es que se puede usar en la atención primaria y la ejecución es de un tiempo corto alrededor de cinco minutos además a comparación de otras herramientas de evaluación se puede aplicar a adultos mayores que no poseen grado de instrucción, es importante tener conocimiento de que por si el test sugiere no diagnostica por sí solo.

### 2.3 Definición de términos básicos

- Demencia. Síndrome que afecta de forma progresiva afectando funciones de alta integración cortical<sup>37</sup>.
- Cognición. Entendimiento obtenido por medio del ejercicio de las facultades mentales<sup>38</sup>.
- Anomias. Alteración que impide evocar las palabras precisas<sup>39</sup>.
- Parafasia. Es un trastorno que pertenece al grupo afásico, dificultando la selección de palabras no intencional<sup>40</sup>.
- Neuropsicología. Ciencia encargada de estudiar la relación entre conducta y cognición<sup>41</sup>.
- Sensibilidad. Competencia para detectar a los verdaderos enfermos<sup>42</sup>.
- Especificidad. Propiedad del test de detectar a los no enfermos en sujetos sanos<sup>42</sup>.
- Memoria. Proceso que se caracteriza por el almacenamiento, ingresada por una vía sensorial<sup>43</sup>.
- Test Alteración de Memoria. Test innovador diseñado para la detección de deterioro cognitivo leve amnésico y enfermedad de Alzheimer en estadios iniciales, comprende de 43 preguntas evaluando cinco habilidades cognitivas<sup>44</sup>.
- Memoria Inmediata. Mantiene experiencia en corto plazo de segundos a minutos.
- Memoria semántica. Memoria de largo plazo basado en conocimientos generales y significados sin recurrir a la experiencia<sup>45</sup>.

## CAPITULO III: HIPOTESIS Y VARIABLES DE LA INVESTIGACION

### 3.1 Formulación de Hipótesis principal y derivadas

El estudio realizado es descriptivo debido a su naturaleza no se realiza hipótesis.

### 3.2 Variables, definición conceptual y operacional

#### 3.2.1 Definición Conceptual

Deterioro Cognitivo Leve Amnésico: Subtipo de deterioro cognoscitivo leve donde se evidencia una afectación de la función intelectual como la memoria únicamente y que posee tener mayor probabilidad de padecer enfermedad de Azlheimer<sup>46</sup>.

#### 3.2.2 Definición Operacional

Tabla 1. Definición Operacional de Deterioro cognitivo leve amnésico

Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicador	Ítem
Deterioro Cognitivo Leve Amnésico	Se aplica la prueba neuropsicológica (test de alteración de Memoria) para observar el grado de alteración,	- 5 Memoria Inmediata (pag.37)  - 6 Memoria semántica (pag.36)	Memoria de corto plazo con durabilidad menor de 1 minuto  Conocimiento general obtenido en el transcurso de la vida, no tiene límite ni capacidad.	Test: T@M Pregunta 1 al 10.  Test: T@M Pregunta 16 al 30

Fuente: Elaboración Propia

### 3.3 Operacionalización de Variables

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	INDICADORES	INSTRUMENTO	TIPO	ESCALA
Deterioro Cognitivo Leve Amnésico (DCLa)	Subtipo de deterioro cognitivo leve donde se evidencia una afectación de la función intelectual como la memoria únicamente y que posee tener mayor probabilidad de padecer enfermedad de Alzheimer <sup>46</sup> .	-Sin alteración: > 36 puntos  -DCLa: entre 36 y 28 puntos  -Alzheimer estadio inicial  < 28	Test de alteración de Memoria	Cualitativa	Nominal
VARIABLES INTERVINIENTE Edad	Tiempo vivido a partir del nacimiento	60 – 69  70 – 79  > 80	Ficha de recolección de datos	Cuantitativa	discreta

Género	Condición biológica, femenino o masculino	Femenino Masculino	Ficha de recolección de datos	Cualitativa	Nominal
Nivel de Instrucción	Grado estudios realizados	Sin Estudios (1) Primaria Incompleta (2) Primaria Completa (3) Secundaria Incompleta (4) Secundaria Completa (5) Superior (6)	Ficha de recolección de datos	Cualitativa	Nominal
Antecedente Hipertensión Arterial	Diagnosticado de hipertensión arterial y actualmente en tratamiento	SI NO	Ficha de recolección de datos	Cualitativa	Nominal

Antecedente Diabetes Mellitus	Diagnosticado de Diabetes Mellitus tipo 2 y actualmente en tratamiento	SI NO	Ficha de recolección de datos	Cualitativa	Nominal
Antecedente Accidente Cerebrovascular	Episodio de déficit focal encefálico producto de una alteración circulatoria en el parénquima encefálico.	SI NO	Ficha de recolección de datos	Cualitativa	Nominal

## **CAPITULO IV: METODOLOGIA**

### **4.1 Diseño metodológico**

Se realizó una investigación aplicada de enfoque cuantitativo de diseño no experimental, estudio transversal de alcance descriptivo.

Diseño no experimental: los pacientes no son manipulados en el transcurso de la investigación<sup>47</sup>.

Estudio transversal: las variables fueron medidas en un determinado periodo<sup>48</sup>.

Alcance descriptivo: precisar las características de la variable<sup>48</sup>.

### **4.2 Diseño Muestral, matriz de consistencia**

#### **4.2.1 Población del estudio**

Se consideró 200 adultos que superan los 60 años en el consultorio externo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el periodo del mes de marzo.

#### **4.2.2 Muestra del estudio**

La muestra está conformada por toda la población; es decir 200 personas mayores de 60 años que acudieron al consultorio externo del Hospital Nacional Sergio E. Bernales en el mes de marzo 2019.

##### **4.2.2.1 Criterios de Inclusión**

- Aquellos pacientes que asisten al consultorio de geriatría en el nosocomio de Collique
- Pacientes mayores de 60 años.
- Adultos mayores que decidan participar voluntariamente.

#### 4.2.2.2 Criterios de Exclusión

- Pacientes con negativa de participar en el presente estudio.
- Pacientes que no posean capacidad de que se les aplique el instrumento para el presente trabajo(Hipoacusia, ceguera o acusia)
- Pacientes quechuahablantes.
- Pacientes que ingresan al consultorio con diagnóstico de demencia.

#### 4.2.3 Matriz de Consistencia

PROBLEMAS	OBJETIVOS	VARIABLES E INDICADORES	POBLACIÓN Y MUESTRA	METODOLOGIA
<p>Problema General:</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico en pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019?</p> <p>Problemas específicos:</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según edad?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según nivel de instrucción?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según género??</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según comorbilidades?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria semántica?</p> <p>¿Cuál es la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria inmediata?</p>	<p>Objetivo General:</p> <p>Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico en pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019.</p> <p>Objetivo específicos:</p> <p>Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según edad.</p> <p>Establecer la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según nivel de instrucción.</p> <p>Establecer la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según género.</p> <p>Determinar la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según comorbilidades.</p> <p>Describir la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria semántica.</p> <p>Describir la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria inmediata.</p>	<p>Variable:</p> <p>Deterioro cognitivo leve amnésico</p> <p>Dimensiones:</p> <p>Memoria Inmediata</p> <p>Memoria Semántica</p> <p>Indicadores:</p> <p>Memoria de corto plazo con durabilidad menor de 1 minuto</p> <p>Conocimiento general obtenido en el transcurso de la vida, no tiene límite ni capacidad.</p> <p>Items:</p> <p>Pregunta 1 al 10.</p> <p>Pregunta 16 al 30</p>	<p>La muestra está conformada por toda la población es decir 200 adultos mayores de 60 años en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.</p> <p>Criterios de Inclusión</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Aquellos pacientes que asisten al consultorio de geriatría en el nosocomio de Collique</li> <li>- Pacientes mayores de 60 años.</li> <li>- Adultos mayores que decidan participar voluntariamente.</li> </ul> <p>Criterios de Exclusión</p> <p>Pacientes con negativa de participar en el presente estudio.</p> <p>Pacientes que no posean capacidad de que se les aplique el instrumento para el presente trabajo (Hipoacusia, ceguera o acusia)</p> <p>Pacientes quechuahablantes.</p> <p>Pacientes que ingresan al consultorio con diagnóstico de demencia.</p>	<p>Se realizó una investigación enfoque cuantitativo diseño no experimental estudio transversal alcance descriptivo</p>

### **4.3 Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para este estudio la técnica a manejar es la entrevista, recopilando las características y antecedentes; el instrumento usado será el Test de alteración de memoria (T@M) que calcula si el paciente muestra una alteración cognitiva y además posee propiedades discriminativas diferenciando el Deterioro Cognitivo Leve Amnésico de la enfermedad más progresiva e irreversible conocido como Alzheimer en estadios iniciales. La pregunta consta de 50 preguntas que incluye cinco parámetros importantes en la evaluación como: memoria inmediata, memoria semántica, orientación temporal, recuerdo facilitado y recuerdo libre.

La sensibilidad fue del 91% y la especificidad fue del 78% para delimitar el que 28 punto discrimina el Mal de Alzheimer y deterioro cognitivo leve amnésico además de discriminar problemas subjetivos de memoria (35 puntos). En Perú el instrumento posee validez respaldada en la investigación clínica al igual que la confiabilidad<sup>13</sup>.

### **4.4 Técnicas estadísticas para el procesamiento de la información.**

En la investigación se realizó estadística descriptiva para ello se procesó la base de información en un dispositivo de interfaz elaborado en el programa Microsoft Excel; para la elaboración del análisis, gráficos y medición se empleó el software estadístico System Package for Social Sciences (SPSS) versión 20.0.

#### **4.5 Aspectos éticos.**

Presente investigación se tuvo en cuenta el anonimato de la población y la aceptación de su participación voluntaria. Se explicó a todos los participantes de la investigación y se garantizó su confidencialidad.

A partir de la postura ética, se asigna los principios universales a continuación:

La investigación realizada conserva el principio de beneficencia ya que tiene un propósito sustancial de propagar el conocimiento acerca del nivel cognitivo a la persona adulta mayor y acompañante que asisten al consultorio externo; diferenciando de posibles pérdidas de memorias subjetivas de este modo fomentar estrategias y proyectos de salud hacia los adultos mayores.

Se preserva el incógnito del implicado respetando el principio de no maleficencia y la seguridad de los resultados obtenidos.

Se juzgó por similar a los participantes adultos mayores, con adecuada consideración, tolerancia y respeto en el transcurso de la entrevista desde el inicio hasta el final. No se admitió el trato diferente.

## CAPITULO V: ANÁLISIS Y DISCUSIONES

### 5.1 Análisis Descriptivo

Tabla N°1 Frecuencia deterioro cognitivo leve amnésico.

	Puntaje	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	N°	%	Porcentaje Valido	Porcentaje Acumulado
Quejas subjetivas	36 -50	39.73	40	40	1.94	55	27.5%	27.5	27.5
DCL amnésico	29 -35	32.03	32	30	2.40	80	40 %	40	67.5
E.A estadios iniciales	≤ 28	22.88	24	26	3.38	65	32.5%	32.5	

Fuente: Elaboración Propia

La frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico mediante el test de alteración de memoria, se observa en un 40% y Alzheimer estadio inicial 32.5% y queja subjetiva 27.5%.

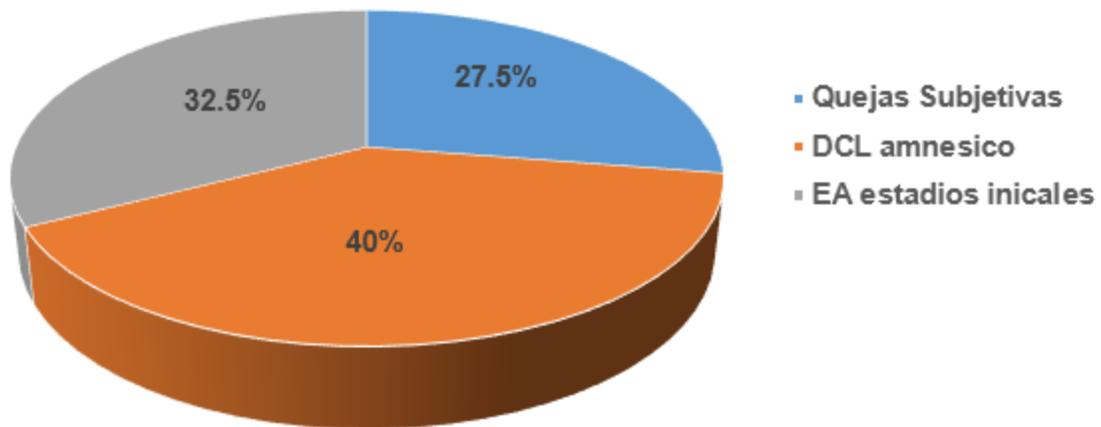


GRÁFICO N°1. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°2 Frecuencia deterioro cognitivo leve amnésico según edad.

EDAD	Deterioro Cognitivo Leve Amnésico			
	SI		NO	
	N°	%	N°	%
60 – 69	29(65.0)	36.3%	43(64.9)	35.8%
70 - 79	29(73.8)	36.3%	36(73.6)	30.0%
>80	22(82.1)	27.4%	41(81.6)	34.2%
Total	80(72.8)	100%	120(73.3)	100%

Fuente: Elaboración propia.

La frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según edad, se observa: 60-69 (36.3%), 70-79(36.3%) y >80 (27.4%).

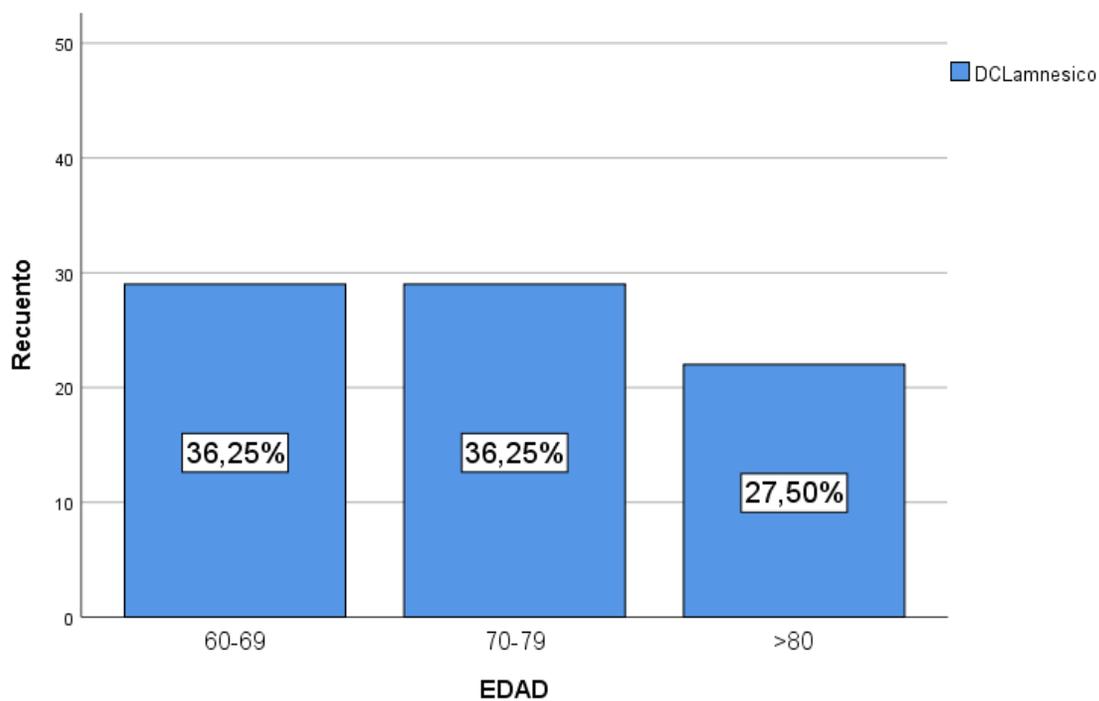


GRÁFICO N°2. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según edad (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°3 Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según grado de

Grado de Instrucción	Deterioro cognitivo leve amnésico	
	N°	%
Sin Estudios	6	7.50%
Primaria Incompleta	30	37.50%
Primaria Completa	25	31.25%
Secundaria Incompleta	7	8.75%
Secundaria Completa	11	13.75%
Superior	1	1.25%
Total	80	100%

Fuente: Elaboración propia

instrucción.

El grado de instrucción evidenciados en los pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico más frecuente es Primaria Incompleta (37,5%), mientras primaria completa (31,25%) y con menor porcentaje el grado de instrucción Superior (1,25%).

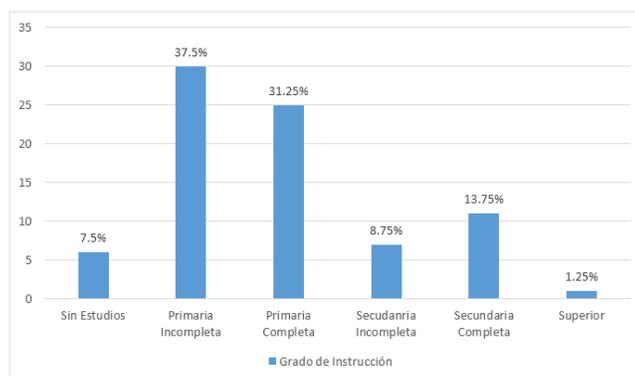


GRÁFICO N°3. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según grado de instrucción (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°4 Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según género.

Género	Deterioro Cognitivo Leve Amnésico	
	N°	%
Masculino	33	41.25%
Femenino	47	58.75%
Resultado	80	100%

Fuente: Elaboración Propia

En la Tabla N°4 y Grafico N°4 la frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según género, se observa femenino (58.75%) y masculino (41.25%).

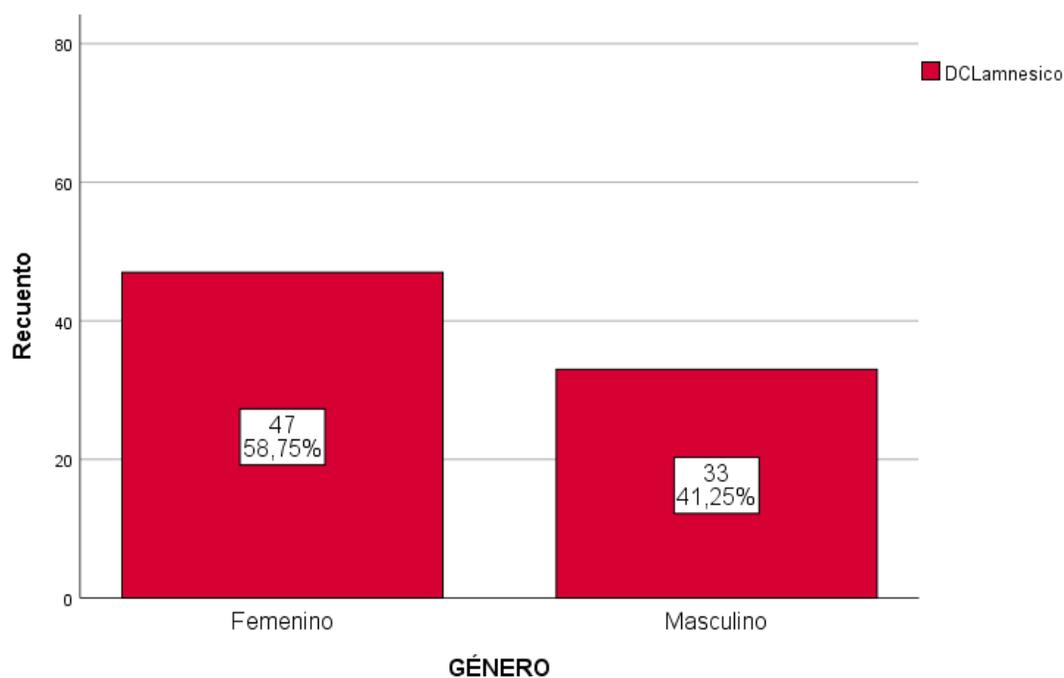


GRÁFICO N°4. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según género (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°5. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según comorbilidades.

Deterioro Cognitivo Leve Amnésico	Comorbilidades					
	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Enfermedad Cerebrovascular	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	46	57.5%	42	52.5%	15	18.8%
NO	34	42.5%	38	47.5%	65	81.2%
Total	80	100%	80	100%	80	100%

*Fuente:* Elaboración propia

La frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según comorbilidades, se observa la hipertensión arterial (57.5%), Diabetes Mellitus (52.5%) y Enfermedad Cerebrovascular(18.8%).

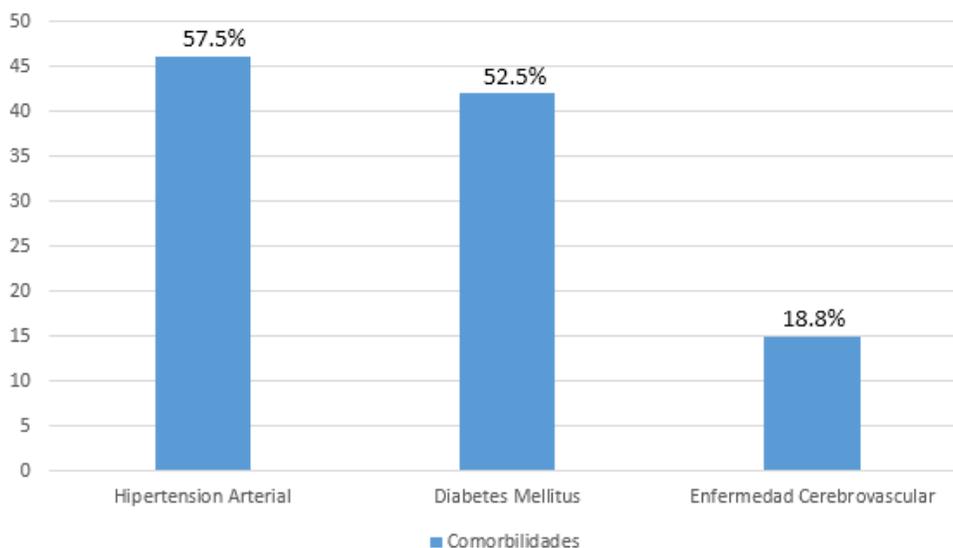


GRÁFICO N°5. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según comorbilidades (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°6. Frecuencia de memoria inmediata según test de alteración de memoria.

Test Alteración Memoria	Memoria Inmediata						
	N°	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Quejas Subjetivas	55	8.1	8	8	1.09	4	10
DCL amnésico	80	7.6	7	7	0.99	3	10
EA estadios iniciales	65	7.0	6	6	0.94	1	9

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°7 Frecuencia de memoria semántica según test de alteración de memoria.

Test Alteración Memoria	Memoria Semántica						
	N°	Media	Mediana	Moda	Desviación estándar	Valor Mínimo	Valor Máximo
Quejas Subjetivas	55	14	14	14	0.85	12	15
DCL amnésico	80	10	10	10	1.79	7	13
EA estadios iniciales	65	5.5	6	6	1.74	2	8

Fuente: Elaboración propia

Tabla N°8 Frecuencia de deterioro cognitivo leve según memoria semántica.

DCL Amnésico (puntaje)	Memoria Semántica			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Válido	Porcentaje Acumulado
7	3	1.5%	3.8	3.8
8	10	5%	12.5	16.3
9	17	8.5%	21.3	37.5
10	18	9%	22.5	60.0
11	18	9%	22.5	82.5
12	11	5.5%	13.8	96.3
13	3	1.5%	3.8	100.0
<b>Total</b>	<b>80</b>	<b>40.0%</b>	<b>100.0</b>	

Fuente: Elaboración propia.

La frecuencia de DCL amnésico en base a la memoria semántica es 18(9%) con 10 puntos semejante a los que obtuvieron 11 puntos.

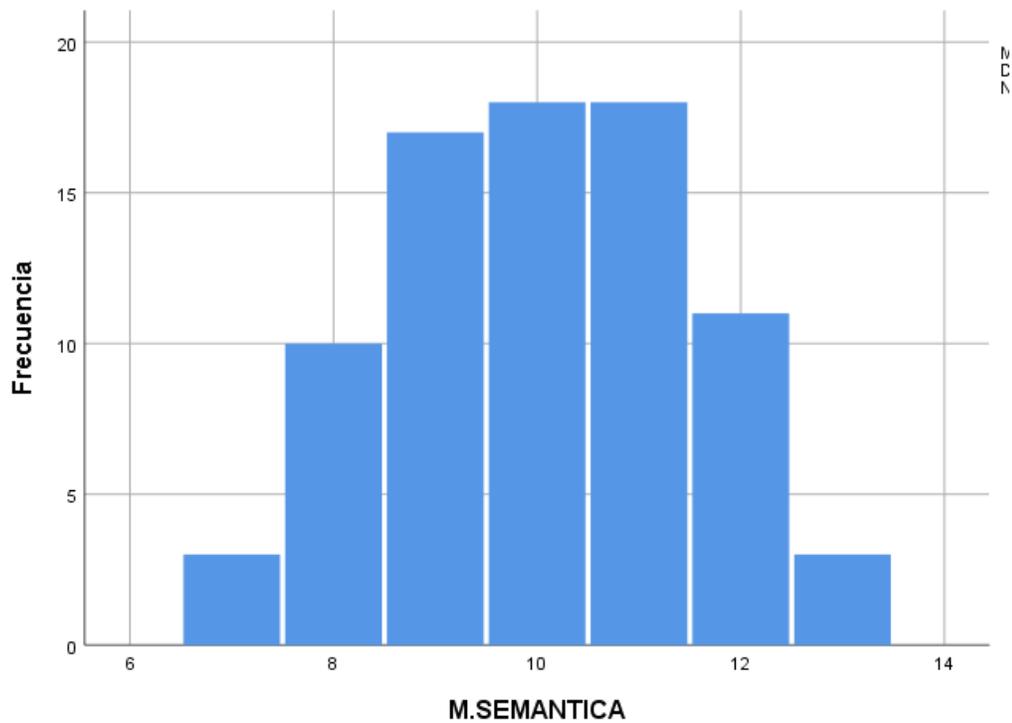


GRÁFICO N°6. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria semántica (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°9. Frecuencia de deterioro cognitivo leve según memoria inmediata.

DCL Amnésico (puntaje)	Memoria inmediata			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje Valido	Porcentaje acumulado
7	23	11.5%	28.7	28.7
8	45	22.5%	56.3	85.0
9	12	6%	15.0	100.0
Total	80	40.0%	100.0	

Fuente: Elaboración propia.

La frecuencia de DCL amnésico en base a la memoria inmediata es 45(22,5%) obtuvieron 8 puntos de 10.

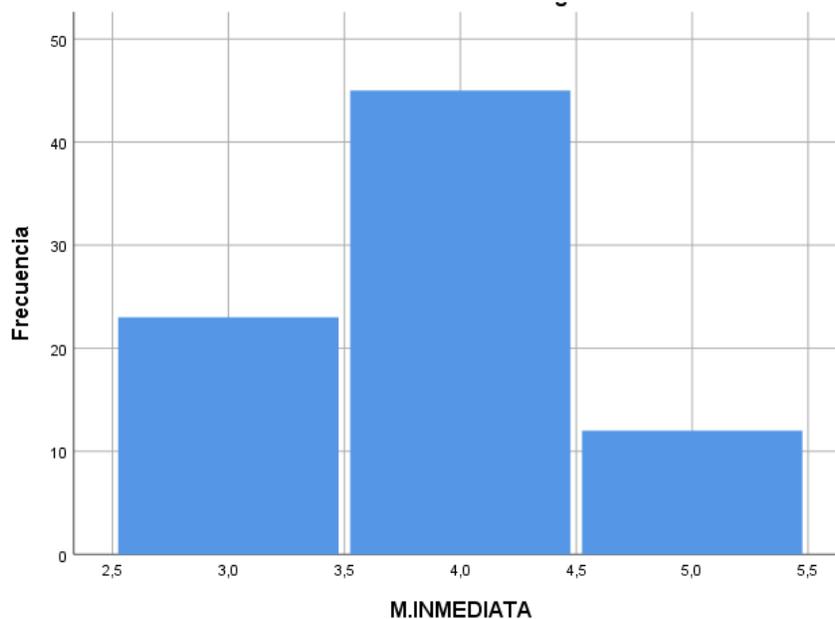


GRÁFICO N°7. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según memoria Inmediata (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°10 Grado de Instrucción de pacientes que acudieron al consultorio externo.

GRADO DE INSTRUCCIÓN	N°	%
Sin Estudios	37	18.5%
Primaria incompleta	70	35%
Primaria completa	45	22.5%
Secundaria incompleta	13	6.5%
Secundaria completa	26	13%
Superior	3	4.5%
Total	200	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°10 y Grafico N°8 según grado de instrucción que acudieron al consultorio externo de geriatría, se evidencia analfabeto (18.5%), primaria incompleta (35%), primaria completa (22.5%), secundaria incompleta (6.5%), secundaria completa (13%) y superior (4.5%).

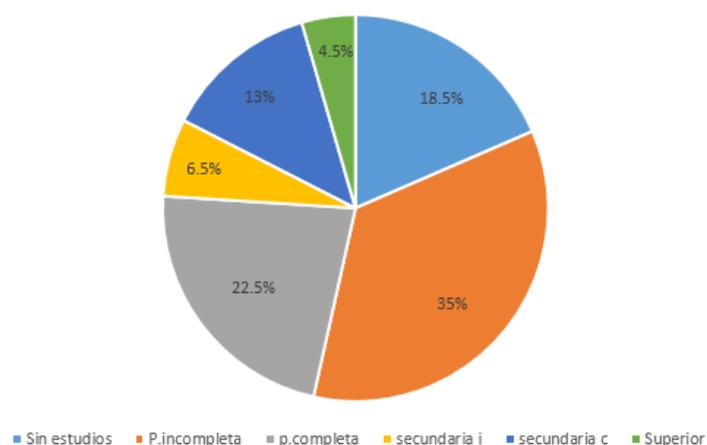


GRÁFICO N°8. Porcentaje del estudio de la variable grado de instrucción (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°11 Frecuencia de género de pacientes que asistieron al consultorio externo.

GÉNERO	N°	%
Femenino	124	62%
Masculino	76	38%
Total	100	100%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que género más frecuente es femenino (62%) en cambio el género masculino (38%).

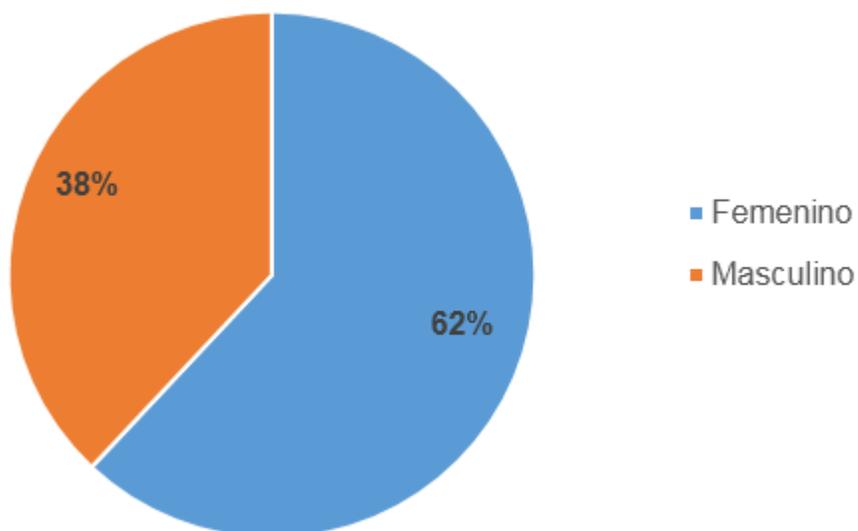


GRÁFICO N°9. Porcentaje del estudio de la variable género (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°12 Frecuencia de Comorbilidades de pacientes que asistieron al consultorio externo.

	Comorbilidades					
	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus		Enfermedad cerebrovascular	
	N°	%	N°	%	N°	%
SI	106	53%	73	37%	18	9%
NO	94	47%	127	64%	182	91%
Total	200	100%	200	100%	200	100%

Fuente: Elaboración propia

Se evidencia que la comorbilidad más frecuente es diabetes mellitus (53%), continuando Hipertensión Arterial (53%) y Enfermedad Cerebrovascular (9%).

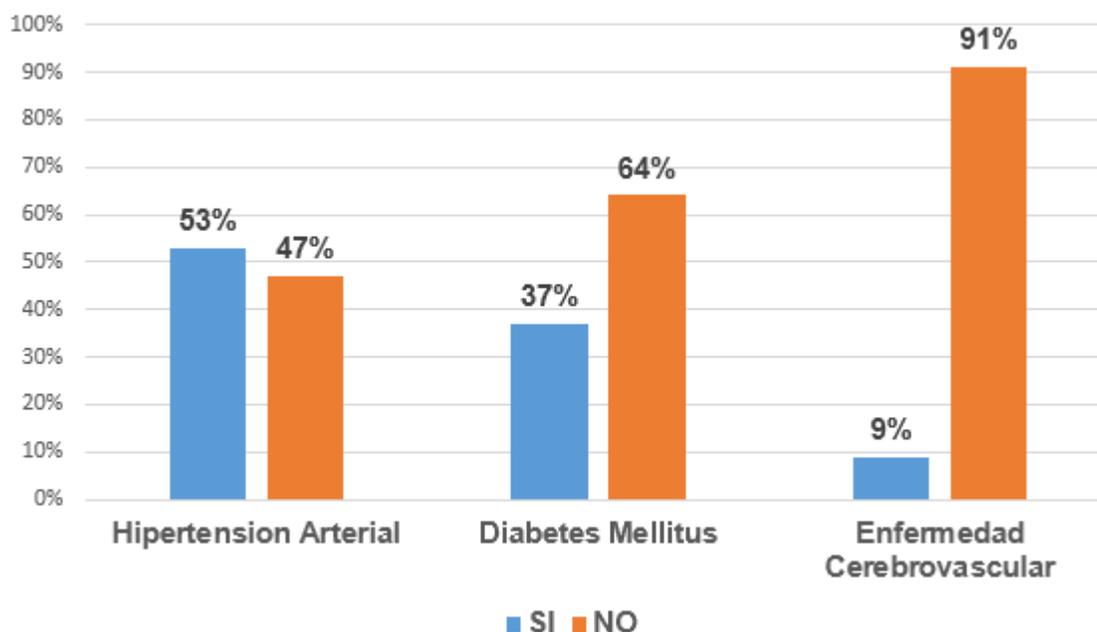


GRÁFICO N°10. Porcentaje del estudio de la variable ocupación (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°13 Estado civil de pacientes que acudieron al consultorio externo.

ESTADO CIVIL	N°	%
Soltero	28	14%
Casado	71	35.5%
Viudo	63	31.5%
Divorciado	13	6.5%
Conviviente	25	12.5%
Total	200	100%

*Fuente:* Elaboración propia

En la Tabla N°13 y Grafico N°11 según estado civil que acudieron al consultorio externo de geriatría, se evidencia soltero (14%), casado (35.5%), viudo (31.5%), divorciado (6.5%) y conviviente (25%).

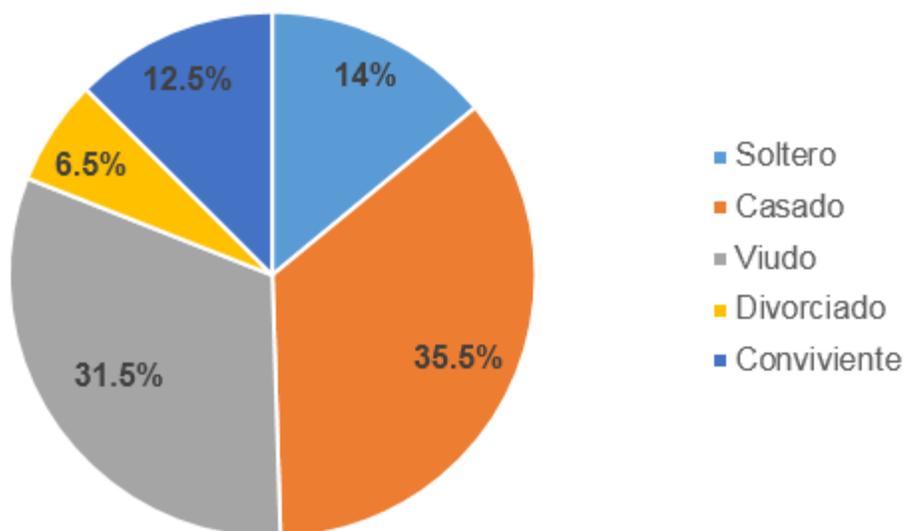


GRÁFICO N°11. Porcentaje del estudio de la variable estado civil (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°14 Ocupación de pacientes que asistieron al consultorio externo.

OCUPACIÓN	N°	%
Ninguno	133	66.5%
Jubilado	10	5%
Trabajo independiente	57	28.5%
Total	200	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°14 y Grafico N°12 según ocupación que acudieron al consultorio externo de geriatría, se observaron: ninguno (66.5%), jubilado (5%) y trabajo independiente (28.5%).

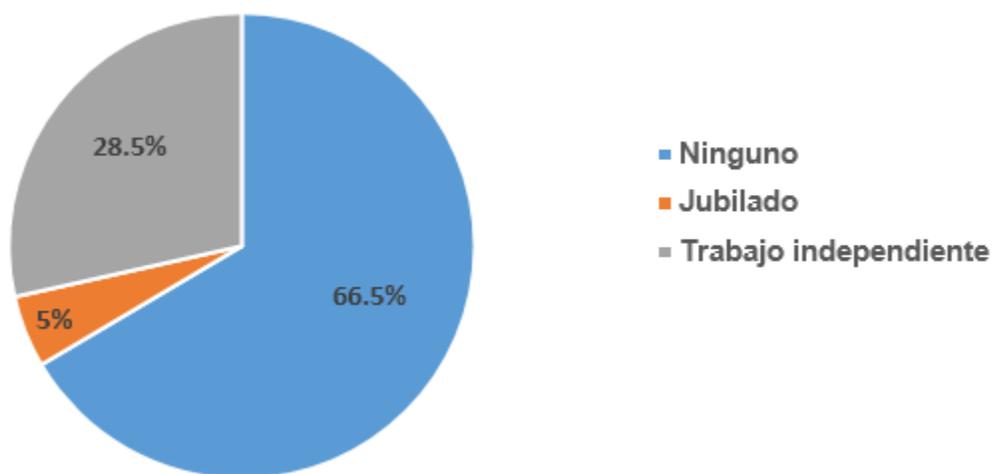


GRÁFICO N°12. Porcentaje del estudio de la variable ocupación (Fuente: Elaboración Propia).

Tabla N°15 Grupo de edad de pacientes que acudieron al consultorio externo.

GRUPO DE EDAD	N°	%
60 – 69	72	36%
70 – 79	65	32.5%
> 80	63	31.5%
TOTAL	200	100%

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla N°15 y Grafico N°13 según el grupo de edad que acudieron al consultorio externo de geriatría, se observa 60-69(36%), 70-79(32.5%) y > 80(31.5%)

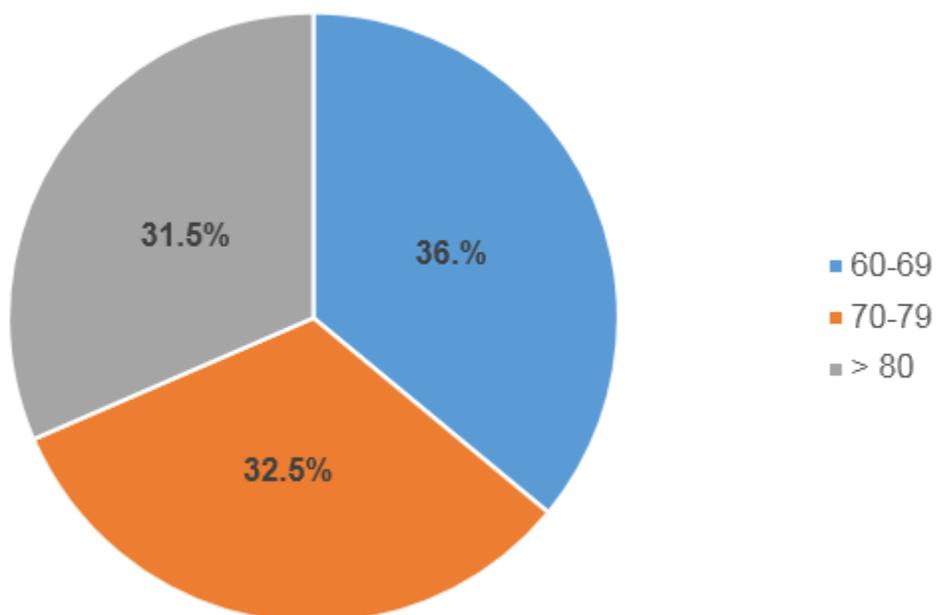


GRÁFICO N°13. Porcentaje del estudio de la variable edad (Fuente: Elaboración Propia)

## **5.2 Análisis inferencial; pruebas estadísticas paramétricas, no paramétricas, de correlación, de regresión u otras.**

El presente trabajo no requiere realizar un análisis inferencial y prueba estadística por motivo de que no posee hipótesis debido a su naturaleza de la investigación.

## **5.3 Comprobación de hipótesis, técnicas estadísticas empleadas.**

La naturaleza del estudio es descriptivo por tal motivo no se comprobó hipótesis y no se realizó técnicas estadísticas.

## **5.4 Discusión y Conclusiones**

### **5.4.1 Discusión**

El deterioro cognitivo ha aumentado en los últimos años provocando impacto social. En el presente estudio se identificó la constancia de deterioro cognitivo leve amnésico sobre los pacientes que asistieron al consultorio externo de geriatría en el nosocomio de Comas, demostrando una frecuencia de 40%, lo que comparado al estudio nacional Jesús et al.<sup>12</sup> presentó una frecuencia de 18.1% y Mias et al.<sup>9</sup> realizado en Argentina se evidencia una frecuencia de 6.19%. Esta variabilidad probablemente es producto de que los datos recolectados por el Test de alteración de memoria fueron realizados en cuatro centros integrales de diversos distritos de la ciudad de Lima; donde la mayoría de habitantes posee secundaria completa y superior en comparación con el estudio realizado en el distrito de Comas, donde los habitantes adultos mayores tienen un grado de instrucción de primaria (completa e incompleta) evidenciado en los resultados obtenidos. Los estudios relacionados a estas variables establecen una relación

entre el nivel de instrucción y la presencia de dificultades progresivas asociadas a la memoria en la edad avanzada.

En el estudio elaborado por Damián et al.<sup>10</sup> refieren que el intervalo de edad es de 70 a 79 años de mayor frecuencia, similar a lo encontrado en este estudio. En el trabajo de investigación de Yolanda et al.<sup>11</sup> refieren que el promedio de edad es 78 años. En este estudio se evidencia que ambos grupos de edades de 60-69 y 70-79 poseen 36.8% estos dos grupos son los de mayor frecuencia. Por tal motivo, se debe realizar este Test en las atenciones primarias para una detección precoz.

En relación con el género se obtuvo una frecuencia de 58.75% del género femenino en comparación con el masculino 41.25%, similar a los estudios ya realizados en pacientes adultos mayores, probablemente el motivo sea la esperanza de vida del género femenino, superior al masculino por lo que se relaciona que el deterioro cognitivo, más prevalente en este género.

Las comorbilidades con mayor frecuencia en pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico es la Hipertensión Arterial (57.5%) y Diabetes Mellitus (52.5%). Según el estudio de Angel G et al<sup>49</sup> la tensión arterial en valores elevados tiene relación significativa al grado de deterioro cognitivo producto de un daño cerebral y que depende del tratamiento, y se presentan los IECA más eficaces en comparación con otros antihipertensivos para proteger el funcionamiento cognitivo. Ruy A. et al<sup>50</sup> refiere que los pacientes con diabetes mellitus tienen menor grado cognitivo en comparación con los que no poseen la enfermedad.

La frecuencia según el deterioro cognitivo leve amnésico, quejas subjetivas y EA estadios iniciales en base a la memoria inmediata no difiere excesivamente a comparación de la memoria semántica.

#### **5.4.2 Conclusión**

1) La frecuencia que se determinó en este estudio sobre el deterioro cognitivo leve tipo amnésico (DCLa) referente a las personas mayores que asistieron en el Hospital Nacional Sergio E. Bernales fue de 40%.

2) Respecto al grupo de edad sobre aquellos pacientes con DCLa fue de 60-69 años y 70-79, ambos grupos con 36.3% respectivamente con promedio total de 72.8.

3) Lo más frecuente según género es femenino (58.75%) a comparación de masculino (41.25%).

4) La frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico según grado e instrucción es Sin estudios (7.5%), primaria incompleta (37.5%), primaria completa (31.25%), secundaria incompleta (8.75%), secundaria completa (13.75%) y superior (1.75%).

5) La comorbilidad más frecuente en los pacientes con deterioro cognitivo leve amnésico es Diabetes Mellitus tipo 2 (52.5%).

6) La frecuencia de DCL amnésico en base a la memoria inmediata es 45(22,5%) obtuvieron 8 puntos de 10.

7) La frecuencia de DCL amnésico en base a la memoria semántica es 18(9%) con 10 puntos semejante a los que obtuvieron 11 puntos.

## 5. 5 Recomendaciones

- 1) Los adultos mayores que muestran algún grado de deterioro a nivel cognitivo se sugiere ser evaluado por el geriatra del Hospital Nacional Sergio E. Bernales para la confirmación del diagnóstico por medio de estudios complementarios.
- 2) La actividad de estimulación cognitiva se recomendará para la detención evolutiva del deterioro cognitivo en pacientes según su grado de alteración.
- 3) Se recomendará el control y prevención de los factores de riesgo como la diabetes mellitus por el motivo que disminuye la progresión del deterioro.
- 4) El uso del Test debería incluirse en la atención primaria a los pacientes mayores de 60 años y con mayor prioridad en pacientes que poseen grado de instrucción primaria o sin estudios.

## FUENTE DE REFERENCIA

1. Who.int [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2015 [actualizado 2016, citado 7 febrero 2019]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
2. Ana M. Salazar, María F. Reyes, Sandra J. Plata. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurol Colomb.* 2015; 31(2):176-183.
3. Minsa.gob.pe [Internet]. Peru: Minsa; 2012 [actualizado 2012, citado 10 may 2017]. Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997%20-%20Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf>
4. Organización mundial de la salud. [Sede web]. Ginebra: OMS, 2015. [Acceso Ene 2017]. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [282 pág.] Disponible: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873\\_spa.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf)
5. Prada S, Takeuchi Y, Ariza Y. Costo monetario de tratamiento de la enfermedad de Alzheimer en Colombia. *Acta Neurologica Colomb.* 2014; 30(1):247-55
6. Kennedy GJ, Sealmati A. The interfase of depression an dementia. *Curr Opin Psychiatry* 2001;14:367-9.
7. Ashman T, Mohs R, Harvey P. Cognition and Aging. En: Hazzard W. et al, ed. *Principles of geriatric medicine and gerontology*, 4th ed. McGraw Hill, 1999. 1219-1228.

8. Villar D, Varela L, Chigne O. Evaluación geriátrica integral en pacientes hospitalizados y ambulatorios. Bol. Soc. Peru. Med. Interna 2000; 13(3):143-50
9. Carlos M, Alfredo R, Maria C, Maria P. Detección del deterioro cognitivo y factores demográficos asociados en adultos mayores de 50 años en la Región Alto Valle. Rev Argent Neurol Psiquiatr.2017; 30:34-49.
10. Damian V, Niurka C, Ludmila B. Deterioro cognitivo leve y multimorbilidad en adultos mayores, evaluados en la clínica de deterioro cognitivo. CITED. 2014-2016. GEROINFO.2017; 12(2).
11. Yolanda C, Julia G, Inmaculada M. Memoria, funciones ejecutivas y deterioro cognitivo en población anciana. EJIHPE.2015 ;5(2): 153 – 163
12. Jesús A, Sofía S. Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico y exploración de factores asociados en cuatro centros integrales del adulto mayor de Lima-Perú. [Tesis Bachiller]. Lima: UPCH; 2017.
13. Nilton C. Rendimiento del Test de alteración de memoria para detectar deterioro cognitivo leve y enfermedad de alzheimer en estadios iniciales en población de bajo nivel instrucción de dos distritos de Lima. [Tesis]. Lima: USMP; 2016.
14. Organización Mundial de Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud, 20 Avenue Appia, 1211 Ginebra 27, Suiza. 2015 pag 13.
15. Angela M, Luisa M, Laura A, María S, Cristian V. Perfil neuropsicológico de un grupo de adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo leve. RevMexNeuroci.2017; 18(5): 1-13.

16. Nilton C, Eder H, David L, Rosa M, Ulio L, Liliana B. Deterioro cognitivo leve: ¿dónde termina el envejecimiento normal y empieza la demencia? [Internet]. 2012 [citado el 10 de enero del 2019]. Disponible en: [http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=s1025-55832012000400009](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s1025-55832012000400009)
17. Monica V, Jose G, Mansur S. Prevalencia de depresión y factores de riesgos asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores. *Rev Cubana Med Gen Integr.* 2017; 33(4):2-3.
18. T. Vega Alonso, M. Miralles Espí, J.M. Mangas Reina, D. Castrillejo Pérez, A.I. Rivas Pérez, M. Gil Costa, A. López Maside, E. Arrieta Antón, J.E. Lozano Alonso, M. Fragua Gil. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudió Gómez de caso en redes centinelas sanitarias. *Neurologia.* 2018; 33(8): 491-498.
19. Panza F, D'Introno A, Colacicco AM, Capurso C, Del Parigi A, Caselli RJ, et al. Current epidemiology of mild cognitive impairment and other predementia syndromes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2005; 13: 633-44.
20. Román Alberca. Deterioro cognitivo leve en la práctica diaria del neurólogo general y el médico de atención primaria [Internet]. 2011 [citado el 10 de enero del 2017]. Disponible en: <http://media.axon.es/pdf/78553.pdf>
21. David S, Knopman, MD, Ronald C. Mild Cognitive Impairment and Mild Dementia: A Clinical. Perspective Concise Review for Clinicians. 2014; 89(10): 1452 – 1459.

22. Wei X, Lan T, Hui-Fy W, Teng J, Meng-Shan T, LinT, et al. Meta-analysis of modifiable risk factors for Alzheimer's disease. *J Neurol Neurosurg Psychiatry*.2015; 86(12): 1299-306
23. Gábor Csukly, Enikő Sirály, Zsuzsanna Fodor, András Horváth, Pál Salacz, Zoltán Hidasi, Éva Csibri, Gábor Rudas, Ádám Szabó. The Differentiation of Amnesic Type MCI from the Non-Amnesic Types by Structural MRI Front Aging Neurosci. 2016; 8: 52. Published online 2016 Mar 30.
24. Margarita C, Lucio R. Anticipatory signs and risk factors for mild cognitive Impairment (MCI): A synoptic view. *SciELO*. 2016; 34(3).
25. Benavides-Caro, C. A. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. *Revista Mexicana de Anestesiología*.2017. 40(2), 107–112
26. Guapisaca Siguenza, D. J., Guerrero Guevara, J. D., & Idrovo Toledo, P. A. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca. 2014. Recuperado a partir de <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/20233>
27. Gonzalo M, Christina D, Johannes Schröder, Pablo T. Diabetes mellitus y su asociación con deterioro cognitivo y demencia. *ELSEVIER*.2016; 27 (2):134.282.
28. P. Tellechea, N. Pujol, P. Esteve-Belloch, B. Echeveste, M.R. García-Eulate, J. Arbizu, M. Riverol. Early- and late-onset Alzheimer disease: Are they the same entity? *Neurology (English Edition)*.2018; 33(4):244-253.
29. Alzheimer's Association. Alzheimer's impact is growing [Internet].2017[consultado 15 En 2019]. Disponible en: <https://www.alz.org/>

30. Juan J, Milagros G. Actualización sobre la enfermedad de Alzheimer. SciELO Cuba. [Internet].2002 [consultado 15 En 2019]; 18(4). Disponible en : [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252002000400007&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252002000400007&lng=es&nrm=iso)
31. Herrera-Rivero, Hernández Aguilar, M.E., Manzo, J. Aranda Abreu. Enfermedad de Alzheimer: inmunidad y diagnóstico. Revista de Neurología. 2010; 51: 156-164.
32. Lourdes A, Macarena G, J.Miguel Enamorado, Miguel L. Estudio del lenguaje en las diferentes fases de la enfermedad de Alzheimer a través de Test de Boston. ELSEVIER Logopedia, Foniatría y Audiología. 2017; 37(3):111 – 120.
33. Nilton C, Carlos A, Yahaira B, Rosa M, David L, Eder H, Sheila C. Performance of cognitive brief test in elderly patients with dementia in advanced stage living in an urban community of Lima, Peru. Rev Perú Med Exp Salud Publica. 2016; 33(4):662-668.
34. Francisco B, Esteban L, Natalia B, Iztel M, María López, Luis M. Diagnostico Actual de la Enfermedad de Alzheimer. Rev Med Clinica.2018; 2(2):64-65.
35. Khan TK. An Algorithm for Preclinical Diagnosis of Alzheimer’s Disease. Front Neurosci. 2018; 12:275.
36. David L, Nilton C, Eder H, Rosa M. Memory Alteration test to Detect Amnestic Mild Cognitive Impairment and Early Alzheimer’s Dementia in Population with Low Educational Level. Front. Aging Neurosci.2017; 9:278.
37. Roberto P. Dementias: treatment within Uruguayan Health System. Rev. SciELO Uruguay.2018; 8(2).

38. Julio Alberto Rodríguez. Cognición y ciencia cognitiva 2009 [citado el 18 de febrero del 2019]. Disponible en: <http://supervivir.org/cgn/cognicion1.pdf>
39. Paula S. Revisión Sistemática de la Anomia como síntoma de la Afasia. [Tesis de Grado en Logopedia]. España: Universidad de Valladolid; 2016.
40. Angélica A, Erika P, Jose P. Tipos de parafasias que presentan un grupo de pacientes afásicos fluentes que acuden a un centro hospitalario. [Tesis de Grado Magister]. Perú: Pontificia Universidad Católica Del Perú; 2013.
41. J, Castaño. Aportes de la neuropsicología al diagnóstico y tratamiento de los trastornos de aprendizaje. *RevNeurol*.2002; 34:1 – 7.
42. Sebastián B, Juan C. Estudios de exactitud diagnóstica: Herramientas para su interpretación. *Rev. Chilena de Radiología*.2015; 21(4): 158-164.
43. Hugo S, Estela L. Neuroanatomía funcional de la memoria. *Neurociencia Mex*.2009; 14(3):176-187.
44. A. Villarejo, V. Puertas-Martin. Usefulness of short tests in dementia screening. *Neurologic*. 2011; 26(7): 425-433.
45. Martínez-Cuitiño, M. M., Jaichenco, V. I. Semantic memory assessment. *Rev Psicología*. 2012; 8(6).
46. T. Vega Alonso, M. Miralles Espi, J.M. Mangas Reina, D.Castrillejo Perez. Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gomez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Rev. Elsevier Neuro*.2018; 33(8): 491-498.
47. Aloysio M, Magela M, Zulma M. Algunos elementos de diseño metodológico en los artículos publicados en la revista cubana de medicina general integral. *Rev. Cubana de medicina general integral*.2012; 28 (3): 235 – 245.

48. Isolina S. El diseño metodológico de las investigaciones evaluativas relacionadas con la calidad de salud. Rev. SciELO. 2016; 20 (4).
49. Angel G, Lopez Perez Diaz, Juan Jimenez. La hipertensión arterial como factor de riesgo para el deterioro cognitivo en la vejez. Rev. Psicogeriatría 2011; 3(1):19 – 28.
50. Ruy Arjona, Ramón Esperón, Gloria Herrera. Asociación de diabetes mellitus con deterioro cognitivo en adultos mayores. Rev Med Inst Mex Seguro Soc. 2014; 52 (4): 416 – 421.

## ANEXOS

## **INDICE DE ANEXOS**

- A. Ficha de recolección de datos
- B. Consentimiento Informado
- C. Test de Alteración de Memoria
- D. Autorización del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.



**FRECUENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE AMNESICO EN  
PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE ACUDEN AL  
CONSULTORIO EXTERNO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL  
NACIONAL SERGIO E. BERNALES 2019**

Anexo A: Ficha de recolección de datos.

Ficha de recolección de datos

- 1) Edad: 60 – 69 (1)  
70 – 79 (2)  
> 80 (3)

- 2) Sexo: Femenino (1)                      Masculino (2)

3) Estado Civil:

- Soltera (1)  
Casada (2)  
Viudo (3)  
Divorciada (4)  
Conviviente (5)

4) Grado de Instrucción:

- Analfabeto (1)  
Primaria Incompleta (2)  
Primaria Completa (3)  
Secundaria Incompleta (4)  
Secundaria Completa (5)  
Superior (6)

4) Ocupación:

- Hogar (1)  
Jubilado (2)  
Trabajo independiente (3)

5) Antecedentes:

HTA: SI (1)      NO (2)

DM: SI (1)      NO (2)

ACV: SI (1)      NO (2)

Anexo B: Consentimiento Informado



**Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico en pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019**

## **PROPÓSITO DE ESTUDIO**

Usted está invitado a participar en el estudio titulado “Frecuencia de deterioro cognitivo leve amnésico en pacientes mayores de 60 años que acuden al consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio E. Bernales 2019” con el fin de identificar los cambios cognitivos ya que el deterioro cognitivo leve debe distinguirse de las quejas subjetivas y actualmente existe un consenso que es un precursor de Enfermedad de Alzheimer.

## **PROCEDIMIENTOS**

Si usted decide participar se le tomara un test para estimar el deterioro cognitivo leve, el test asignado “Test de alteración de memoria” asimismo datos sociodemográficos. Esta información será recolectada a través del encuestador.

## **RIESGO**

No existe riesgo alguno en este estudio.

## **BENEFICIOS**

A partir de este estudio, usted se beneficiara de forma indirecta ya que con la información que se obtendrá se planteara estrategias preventivas y un manejo adecuado.

## **CONFIDENCIALIDAD**

Se protegerá su privacidad dentro de los límites de la ley, los resultados serán guardados con un código, no se consignara su nombre en ningún momento.

## **CONSENTIMIENTO**

Usted determina si apetece pertenecer al estudio, está en todo su derecho de abandonar en cualquier ocasión en el transcurso de la entrevista, al no participar no afectara el trato. Si tiene alguna duda acerca de este estudio puede preguntar en cualquier momento de la evaluación a la persona responsable. En caso de dudas comunicarse con: Zacarías Evangelista Hans, teléfono 935971723, correo: zacariashans@gmail.com.

\_\_\_\_\_  
Firma del participante

Fecha:

Lima, Febrero 2019

\_\_\_\_\_  
Firma del Investigador

Fecha:

## Anexo C: Test de Alteración de Memoria



**MEMORIA INMEDIATA** "Intente memorizar estas palabras. Es importante que esté atento/a"

Repita: **cereza (R) hacha (R) elefante (R) piano (R) verde (R)**

- |   |       |                   |
|---|-------|-------------------|
| 1. Le he dicho una fruta, ¿cuál era?          | 0 - 1 | (Si 0, repetirla) |
| 2. Le he dicho una herramienta, ¿cuál era?    | 0 - 1 | "                 |
| 3. Le he dicho un animal, ¿cuál?              | 0 - 1 | "                 |
| 4. Le he dicho un instrumento musical, ¿cuál? | 0 - 1 | "                 |
| 5. Le he dicho un color, ¿cuál?               | 0 - 1 | "                 |

*"Después le pediré que recuerde estas palabras"*

"Este atenta/o a estas frases e intente memorizarlas" (máximo 2 intentos de repetición):

Repita: **TREINTA GATOS GRISES SE COMERON TODOS LOS QUESOS (R)** (máximo 2 intentos):

6. ¿Cuántos gatos había? 0 - 1; 7. ¿De qué color eran? 0 - 1; 8. ¿Qué se comieron? 0 - 1

(Si 0 decirle la respuesta correcta)

Repita: **UN NIÑO LLAMADO LUIS JUGABA CON SU BICICLETA (R)** (máximo 2 intentos):

9. ¿Cómo se llamaba el niño? 0 - 1; 10. ¿Con qué jugaba? 0 - 1

(Si 0, decirle la respuesta correcta)

**Memoria de Orientación Temporal**

11. Día semana 0 - 1; 12. Mes 0 - 1; 13. Día de mes 0 - 1; 14. Año 0 - 1; 15. Estación 0 - 1

**Memoria Remota Semántica** (2 intentos; si error: repetir, la pregunta)

- |  |       |
|--|-------|
| 16. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?   | 0 - 1 |
| 17. ¿Cómo se llama el profesional que arregla autos?                           | 0 - 1 |
| 18. ¿Cómo se llamaba el anterior presidente del gobierno?                      | 0 - 1 |
| 19. ¿Cuál es el último día del año?  | 0 - 1 |
| 20. ¿Cuántos días tiene un año que no sea bisiesto?                            | 0 - 1 |
| 21. ¿Cuántos gramos hay en un cuarto de kilo?                                  | 0 - 1 |
| 22. ¿Cuál es el octavo mes del año?  | 0 - 1 |
| 23. ¿Qué día se celebra la Navidad?  | 0 - 1 |
| 24. Si el reloj marca las 11 en punto, ¿en qué número se sitúa la aguja larga? | 0 - 1 |
| 25. ¿Qué estación del año empieza en abril después del verano?                 | 0 - 1 |
| 26. ¿Qué animal bíblico engañó a Eva con una manzana?                          | 0 - 1 |
| 27. ¿De qué fruta se obtiene el pisco?   | 0 - 1 |
| 28. ¿A partir de qué fruto se obtiene el chocolate?                            | 0 - 1 |
| 29. ¿Cuánto es el triple de 1?   | 0 - 1 |
| 30. ¿Cuántas horas hay en dos días?  | 0 - 1 |

### Memoria de Evocación Libre

31. De las palabras que dije al principio, ¿Cuáles podría recordar? **0 - 1 - 2 - 3 - 4 - 5**

(Esperar la respuesta mínimo 20 segundos)

32. ¿Se acuerda de la frase de los gatos? **0 - 1 - 2 - 3** (un punto por idea: 30 - grises - quesos)

33. ¿Se acuerda de la frase del niño? **0 - 1 - 2** (un punto por idea: Luis - bicicleta)

### Memoria de Evocación Con Pistas

34. Le dije una fruta, ¿cuál era? **0 - 1**

35. Le dije una herramienta, ¿cuál? **0 - 1**

36. Le dije un animal ¿cuál era? **0 - 1**

37. Un instrumento musical, ¿cuál? **0 - 1**

38. Le dije un color, ¿cuál? **0 - 1**

### ¿Se acuerda de la frase de los gatos?

39. ¿Cuántos gatos había? **0 - 1**

40. ¿De qué color eran? **0 - 1**

41. ¿Qué comían? **0 - 1**

### ¿Se acuerda de la frase del niño?

42. ¿Cómo se llamaba? **0 - 1**

43. ¿Con qué estaba jugando? **0 - 1**

(Puntuar 1 en las ideas evocadas de forma libre)

### Normas de Puntuación:

La cuenta de puntuaciones por cada acertada será equivalente a uno. En el test la puntuación máxima es cincuenta, se sugiere las puntuaciones parciales por cada apartado.

## Anexo D: Autorización del Hospital Nacional Sergio E. Bernales.



PERU

MINISTERIO  
DE SALUD

HOSPITAL SERGIO E.  
BERNALES

OFICINA DE APOYO A LA  
DOCENCIA E INVESTIGACION

"Año de la lucha contra la Corrupción y la Impunidad"

**MEMO N°. 204 -2019-OF-ADEI-HSEB**

A : Sr. ZACARIAS EVANGELISTA Hans Angel  
Asunto : Autorización para aplicación de instrumento de Proyecto de Investigación  
Ref. : Solicitud de fecha 29 de Marzo del 2019  
Fecha : 29 MAR 2019

Mediante el presente me dirijo a usted, para dar respuesta a su solicitud de la referencia y comunicarle que esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación Titulado: "FRECUENCIA DE DETERIORO COGNITIVO LEVE AMNESICO EN PACIENTES MAYORES DE 60 AÑOS QUE ACUDEN AL CONSULTORIO EXTERNO DE GERIATRIA DEL HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES, 2019".

Esta Jefatura luego de revisar su Trabajo de Investigación, acepta su solicitud para la aplicación de instrumento.

Atentamente,

HOSPITAL NACIONAL SERGIO E. BERNALES  
MG. EPIFANIO SANCHEZ GARAVITO  
CMP. 18663 RNE. 9074 RM. 0041  
JEFE DE LA OF. DE APOYO A LA DOCENCIA  
E INVESTIGACION

C. c  
Archivo  
ESG/Sofia

Entrevista en consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Sergio

E. Bernal.

