

Perfil cognoscitivo en adultos mayores con deterioro cognitivo

Cognitive profile in older adults with cognitive impairment

Perfil cognitivo em idosos com déficit cognitivo

ARTÍCULO ORIGINAL



Escanea en tu dispositivo móvil
o revisa este artículo en:

<https://doi.org/10.33996/revistavive.v8i22.363>

Marco Antonio Mori Doria 

marco_mori14@hotmail.com

Dante Jesus Jacobi Romero 

djacobi2002@yahoo.com

Tito Orlando Chunga Diaz 

tchungadiaz26@gmail.com

Yanet Yvonne Rocha Cuadros 

yvonnerochacuadros@gmail.com

Sabina Lila Deza Villanueva 

sdeza20@yahoo.com

Universidad Científica del Sur. Lima, Perú

Artículo recibido 16 de octubre 2024 / Aceptado 21 de noviembre 2024 / Publicado 22 de enero 2025

RESUMEN

Introducción: La evaluación adecuada del deterioro cognitivo en el adulto mayor es fundamental para mantener su autonomía y mejorar su calidad de vida. **Objetivo:** Determinar el nivel predominante de deterioro cognitivo en los adultos mayores y las diferencias en el rendimiento de las funciones cognoscitivas según la edad, el sexo y la escolaridad. **Materiales y métodos:** Se utilizó un estudio no experimental, tipo descriptivo comparativo, con una muestra de 94 pacientes adultos mayores. **Resultados:** La investigación evidenció una disminución significativa en el rendimiento de diversas funciones cognitivas, especialmente la atención y concentración, la codificación y las funciones ejecutivas. La asociación entre las funciones cognitivas y el nivel de deterioro cognitivo en adultos mostró que la función de evocación tiene la correlación más fuerte. Además, el análisis mediante la prueba de Chi cuadrado reveló una discrepancia significativa entre las frecuencias observadas y esperadas, esto resalta la importancia de considerar factores adicionales, como la edad, el género y el nivel educativo, que pueden influir en la prevalencia de cada nivel de deterioro. **Conclusiones:** La investigación mostró que las funciones más afectadas en la población evaluada son la atención y concentración, seguidas de la codificación y las funciones ejecutivas. A pesar de esto, el nivel normal de deterioro cognitivo fue el más representativo en el estudio. Además, se destaca la importancia de considerar factores que influyen en el deterioro cognitivo de forma negativa, como el género masculino y el aumento de la edad, así como al nivel educativo superior, como un factor protector.

Palabras clave: Niveles de deterioro; Adultos mayores; Envejecimiento; Función cognoscitiva; Proceso fisiológico

ABSTRACT

Introduction: Adequate evaluation of cognitive impairment in older adults is essential to maintain their autonomy and improve their quality of life. **Objective:** Determine the predominant level of cognitive impairment in older adults and the differences in the performance of cognitive functions according to age, sex and education. **Materials and methods:** A non-experimental study, descriptive comparative type, was used with a sample of 94 older adult patients. **Results:** The research showed a significant decrease in the performance of various cognitive functions, especially attention and concentration, coding and executive functions. The association between cognitive functions and the level of cognitive impairment in adults showed that the evocation function has the strongest correlation. Furthermore, the analysis using the Chi square test revealed a significant discrepancy between the observed and expected frequencies, this highlights the importance of considering additional factors, such as age, gender and educational level, that can influence the prevalence of each level of deterioration. **Conclusions:** The research showed that the most affected functions in the population evaluated are attention and concentration, followed by coding and executive functions. Despite this, the normal level of cognitive impairment was the most representative in the study. Furthermore, the importance of considering factors that influence cognitive deterioration in a negative way, such as male gender and increasing age, as well as higher educational level, as a protective factor, is highlighted.

Key words: Deterioration levels; Older adults; Aging; Cognitive function; Physiological process

RESUMO

Introdução: A avaliação adequada do déficit cognitivo nos idosos é essencial para manter a sua autonomia e melhorar a sua qualidade de vida. **Objetivo:** Determinar o nível de comprometimento cognitivo predominante nos idosos e as diferenças no desempenho das funções cognitivas de acordo com a idade, sexo e escolaridade. **Materiais e métodos:** Foi utilizado um estudo não experimental, tipo descritivo comparativo, com uma amostra de 94 idosos. **Resultados:** A investigação demonstrou uma diminuição significativa do desempenho de diversas funções cognitivas, principalmente a atenção e concentração, a codificação e as funções executivas. A associação entre as funções cognitivas e o nível de comprometimento cognitivo em adultos mostrou que a função de evocação apresenta a correlação mais forte. Além disso, a análise através do teste Qui-quadrado revelou uma discrepância significativa entre as frequências observadas e esperadas, o que realça a importância de considerar fatores adicionais, como a idade, o sexo e a escolaridade, que podem influenciar a prevalência de cada nível de deterioração. **Conclusões:** A investigação demonstrou que as funções mais afetadas na população avaliada são a atenção e a concentração, seguidas da codificação e das funções executivas. Apesar disso, o nível normal de déficit cognitivo foi o mais representativo no estudo. Além disso, destaca-se a importância de considerar fatores que influenciam de forma negativa a deterioração cognitiva, como o sexo masculino e o aumento da idade, bem como o maior nível de escolaridade, como fator protetor.

Palavras-chave: Níveis de deterioração; Idosos; Envelhecimento; Função cognitiva; Processo fisiológico

INTRODUCCIÓN

Antes de la pandemia de COVID-19, la esperanza de vida a nivel mundial había experimentado un notable aumento de más de seis años entre 2000 y 2019, que pasaba de 66.8 años a 73.1 años. Durante el mismo período, la esperanza de vida saludable (EVAS) también creció un 9%, y aumentó de 58.1 años en 2000 a 63.5 años en 2019. Sin embargo, este incremento en la EVAS se debió principalmente a la reducción de la mortalidad y no tanto a una disminución en los años vividos con discapacidad. Esto indica que el aumento en la esperanza de vida no ha sido acompañado por un progreso equivalente en la calidad de vida de los adultos mayores (1).

La senectud debe ser considerada como una etapa natural del envejecimiento humano, en lugar de ser vista como un proceso patológico, sin embargo, no hay una frontera claramente establecida entre lo fisiológico y lo patológico, dado que las capacidades en el hombre, cuyo substrato natural son las aptitudes, están influidas por factores genéticos, laborales, económicos y culturales (2).

La evaluación del deterioro cognitivo en adultos mayores es fundamental para prevenir complicaciones como caídas y hospitalizaciones, lo que ayuda a mantener su autonomía y mejorar su calidad de vida. Además, facilita un apoyo más efectivo por parte de familiares y cuidadores al

permitirles comprender mejor las necesidades del individuo, lo que es esencial para diseñar planes de cuidados a largo plazo. Esta valoración también contribuye al desarrollo de mejores prácticas y tratamientos en geriatría, que promueve un enfoque integral en el cuidado de la salud mental y cognitiva de esta población (3).

Al evaluar esta variable compleja, se identifican limitaciones que pueden influir en los resultados y su interpretación. Entre estas limitaciones se encuentra el desafío relacionado con la predisposición de las personas objeto de estudio, ya que la asistencia para la recolección de información resultó ser algo dificultosa. Además, la presencia de múltiples factores, como comorbilidades médicas, diferentes niveles educativos y condiciones socioeconómicas, puede complicar la identificación precisa de los factores asociados al deterioro cognitivo o confundirlo a un estado de enfermedad o de tratamiento (4).

La situación de los adultos mayores en Perú enfrenta importantes desafíos debido a cambios demográficos y socioeconómicos. Actualmente, alrededor de 3.3 millones de personas en este grupo etario, constituyen el 10.4% de la población total, y se estima que para el 2050 esta cifra ascenderá a 8.7 millones. A pesar de contar con un marco normativo que protege sus derechos, como la Ley de la Persona Adulta Mayor y su reglamento, la aplicación efectiva de estas políticas sigue siendo un reto considerable. La disponibilidad de

servicios públicos y privados es limitada y carece de regulación adecuada, lo que deja a muchos adultos mayores sin acceso suficiente a atención médica especializada y servicios sociales (5). Teniendo en cuenta lo expuesto, es necesario cuestionarse: ¿cuáles son las funciones cognitivas con mayor afectación en los adultos mayores entre los 60 y 89 años edad evaluados en el Hospital PNP Luis N. Sáenz?

La presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel predominante de deterioro cognitivo en los adultos mayores y las diferencias en el rendimiento de las funciones cognitivas según la edad, el sexo y la escolaridad.

MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación se desarrolló en el hospital Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz, ubicado en Lima, Perú. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo y un diseño no experimental, tipo descriptivo comparativo.

Población y muestra

La población estuvo constituida por 124 pacientes adultos mayores, que oscilan entre los 60 y 89 años de edad pertenecientes al hospital Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz, ubicado en Jesús María, Lima, Perú, de los que se obtuvo una muestra de 94 pacientes. Para el estudio se calculó la muestra bajo la técnica de muestreo probabilístico, de tipo aleatorio simple.

Criterios de inclusión

- Pacientes adultos mayores entre los 55 y 89 años edad.
- Pertenecientes al hospital Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz.

Criterios de exclusión

- Fallecimiento.
- Salida de la zona donde se realiza el estudio.
- Negativa a continuar en la investigación.
- Técnicas e instrumentos de recolección de datos.

Se utilizó la encuesta como técnica de recolección de datos y como instrumento se empleó el Test Neuropsi para la recogida de datos sobre su rendimiento neuropsicológico, el cual se puede aplicar a sujetos con y sin proceso de alfabetización, y evalúa las áreas cognitivas de orientación, atención y concentración, codificación, lenguaje, lectura, escritura, funciones de ejecución y evocación.

Técnicas de procesamiento y análisis de datos.

Para el procesamiento de los datos se elaboró una base de datos en excel, para luego ejecutar un análisis estadístico mediante el programa IBM SPSS versión 24.0. Asimismo, se realizaron estadísticas descriptivas e inferenciales con pruebas de ANOVA, chi cuadrado de bondad de ajuste y t de Student para muestras independientes, tomando

la decisión estadística con niveles de significación de $p < 0,05$ y $p < 0,01$.

Para la validez del estudio se empleó el juicio de expertos y la fiabilidad se obtuvo mediante un proceso de confiabilidad global de test-retest, y se tuvo como resultado 0.87, aplicado a un piloto de 40 sujetos cognoscitivamente intactos, dentro de un intervalo de 3 meses.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Teniendo en cuenta el análisis del deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores de entre 60 y 89 años del Hospital Policía Nacional del Perú Luis N. Sáenz, se obtuvieron resultados significativos sobre el nivel predominante de este deterioro, así como las diferencias en el rendimiento según factores adicionales como la edad, el género y la escolaridad.

Los resultados de la prueba de ANOVA, en la Tabla 1, muestran diferencias significativas en el rendimiento cognitivo según el grado de deterioro cognitivo. En la función de orientación, los participantes con un deterioro cognitivo normal obtuvieron una media de 5.707, mientras que aquellos con deterioro leve, moderado y severo tuvieron medias de 4.846, 4.364 y 3.333, respectivamente y las derivaciones estándar variaron de 0,7498 en el primer grupo hasta 1,9403 en el último. El valor F fue de 13.272 con una significación de 0.000 lo que indica que las diferencias son altamente significativas.

En cuanto a la atención y concentración, las medias fueron de 17.878 para el grupo de deterioro cognitivo normal, 9.462 para el leve, 8.682 para el moderado y 7.667 para el severo y las derivaciones estándar variaron de 0,7498 en el tercer grupo hasta 5,8682 en el segundo. Un valor F de 25.700 y una significación también de 0.000, lo que sugiere un impacto considerable del deterioro cognitivo en esta función.

Para la codificación, las medias fueron 13.561 en el grupo de deterioro cognitivo normal, 8.615 en el leve, 7.932 en el moderado y 4.861 en el severo y las derivaciones estándar variaron de 2,8311 en el primer grupo hasta 3,8033 en el segundo. Un valor F de 37.557 y una significación de 0.000, lo que refuerza la tendencia observada.

En la función del lenguaje, las medias fueron 20.854 en el grupo de deterioro cognitivo normal, 19.154 en el leve, 19.091 en el moderado y 17.278 en el severo y las derivaciones estándar variaron de 1,6965 en el primer grupo hasta 3,0255 en el último. Un valor F de 11.531 y una significación de 0.000, lo que indica diferencias significativas entre los grupos según el nivel de deterioro cognitivo.

Para lectura, las medias fueron 1.854, 0.769, 1.045 y 0.389, correspondientes a los aspectos de deterioro cognitivo normal, leve, moderado y severo respectivamente y las derivaciones estándar variaron de 0,8498 en el último grupo hasta 1,0621 en el primero. Un valor F de 10.421 y significación de 0.000.

En escritura, las medias fueron de 1.902 para el grupo normal, 1.462 para el grupo leve, 1.500 para el grupo moderado y 1.111 para el grupo severo y las derivaciones estándar variaron de 0,4362 en el primer grupo hasta 0,9634 en el último. Este análisis mostró un valor F de 5.794 y una significación de 0.001, lo que indica diferencias significativas entre los grupos evaluados en esta función cognitiva.

Para las funciones de ejecución las medias fueron 13,598, 9,077, 7,318 y 6,167, correspondientes a los aspectos de deterioro cognitivo normal, leve, moderado y severo respectivamente y las derivaciones estándar variaron de 2,6256 en el tercer grupo hasta 3,7961 en el segundo. Un valor F de 10.421 y significación de 0.000.

Finalmente, en la evocación las medias fueron de 17,805 para el grupo normal, 8,615 para el grupo leve, 7,318 para el grupo moderado y 4,472 para el

grupo severo y las derivaciones estándar variaron de 3,3627 en el último grupo hasta 5,4702 en el primero. Este análisis mostró un valor F de 5.794 y una significación de 0.001, lo que indica diferencias significativas entre los grupos evaluados en esta función cognitiva.

Estos resultados evidencian que a medida que aumenta el nivel de deterioro cognitivo, se observa una disminución significativa en el rendimiento en diversas funciones cognitivas en especial la atención y concentración, la codificación, y las funciones ejecutivas, lo que resalta la necesidad de desarrollar e implementar programas de estimulación cognitiva que se enfoquen en las áreas más afectadas y proporcionar formación continua al personal médico sobre cómo identificar y tratar el deterioro cognitivo.

Tabla 1. Estadísticos con la prueba de ANOVA de las funciones cognoscitivas en los adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz.

Función cognoscitiva	Estadístico	Deterioro cognitivo				F	Sig.
		Normal	Leve	Moderado	Severo		
Orientación	Media	5,707	4,846	4,364	3,333	13,272	0,000
	D. E.	0,7498	1,4051	1,7333	1,9403		
Atención y concentración	Media	17,878	9,462	8,682	7,667	25,700	0,000
	D. E.	5,5371	5,8682	4,3137	4,5890		
Codificación	Media	13,561	8,615	7,932	4,861	37,557	0,000
	D. E.	2,8311	3,8033	3,1331	3,3335		
Lenguaje	Media	20,854	19,154	19,091	17,278	11,531	0,000
	D. E.	1,6965	1,9936	2,4085	3,0255		
Lectura	Media	1,854	0,769	1,045	0,389	10,421	0,000
	D. E.	1,0621	1,0127	1,0455	0,8498		
Escritura	Media	1,902	1,462	1,500	1,111	5,794	0,001
	D. E.	0,4362	0,7763	0,8018	0,9634		
Funciones de ejecución	Media	13,598	9,077	7,318	6,167	31,712	0,000
	D. E.	3,0968	3,7961	2,6256	3,5189		
Evocación	Media	17,805	8,615	7,318	4,472	47,539	0,000
	D. E.	5,4702	3,7369	4,0460	3,3627		

Los resultados de la Tabla 2, presentan las medidas de asociación R y Eta entre las funciones cognitivas y el nivel de deterioro cognitivo en adultos, estas correlaciones muestran que la función de evocación tiene la asociación más fuerte, con un coeficiente R de -0.750 y un Eta de 0.783, lo que indica que a medida que el deterioro cognitivo aumenta, el rendimiento en esta función disminuye significativamente, esto se traduce en un R al cuadrado de 0.563 e indica que aproximadamente el 56.3% de la variabilidad en la evocación puede explicarse por el nivel de deterioro cognitivo.

La función de codificación también muestra una correlación notable, con un R de -0.729 y un Eta de 0.746, que implica que esta función cognitiva también se ve fuertemente afectada por el deterioro cognitivo, con un R al cuadrado del 53.1%. Asimismo, la atención y concentración presentan un R de -0.628 y un Eta de 0.679, que refleja una relación significativa con un R al cuadrado del 39.4%.

Las funciones de ejecución tienen un R de -0.695 y un Eta de 0.717, que evidencia una relación significativa con el deterioro cognitivo, donde aproximadamente el 51.4% de la variabilidad en esta función puede ser explicada por el nivel de deterioro cognitivo.

Finalmente, en cuanto a la orientación, el coeficiente R es -0.550 y el Eta es 0.554, que muestra una asociación moderada entre estas variables, con un R al cuadrado del 30.3%. Las funciones de lenguaje, lectura y escritura revelan asociaciones más débiles en comparación con las otras funciones, con coeficientes R que varían entre -0,386 y -0.511 y Etas entre 0,402 y 0.527. Estos resultados evidencian que existe una asociación clara entre las funciones cognitivas evaluadas y el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores y resalta la importancia de considerar estas variables en la evaluación y tratamiento de esta población.

Tabla 2. Medidas de asociación R y Eta entre las funciones cognoscitivas y el nivel de deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz.

Función cognoscitiva	R	R al cuadrado	Eta	Eta cuadrada
Orientación	-0,550	0,303	0,554	0,307
Atención y concentración	-0,628	0,394	0,679	0,461
Codificación	-0,729	0,531	0,746	0,556
Lenguaje	-0,511	0,261	0,527	0,278
Lectura	-0,467	0,218	0,508	0,258
Escritura	-0,386	0,149	0,402	0,162
Funciones de ejecución	-0,695	0,483	0,717	0,514
Evocación	-0,750	0,563	0,783	0,613

Los resultados de la Tabla 3, presentan el análisis de Chi cuadrado de bondad de ajuste en relación con el deterioro cognitivo en adultos mayores y presenta las frecuencias observadas y esperadas para cada nivel de deterioro cognitivo, para el grupo normal, se registraron 41 casos observados frente a 23.5 esperados, que resultó en un residuo positivo de 17.5 e indica que hay más casos de los esperados. En contraste, el grupo leve mostró 13 casos observados frente a 23.5 esperados, con un residuo negativo de -10.5, que revela una subrepresentación significativa de este nivel de deterioro.

El grupo moderado tuvo 22 casos observados y 23.5 esperados, con un residuo de -1.5, lo que representa una ligera discrepancia entre las cifras observadas y las esperadas. Por último, el grupo severo presentó 18 casos observados frente a

23.5 esperados y resultó en un residuo negativo de -5.5. Esto también propone que hay menos casos severos de los anticipados en la población estudiada.

El valor del Chi cuadrado calculado fue de 19.106, con 3 grados de libertad y una significación asintótica de 0.000. Este resultado es altamente significativo al nivel de $p < 0.01$, que denota que existe una discrepancia significativa entre las frecuencias observadas y las esperadas para los diferentes niveles de deterioro cognitivo. Estos hallazgos evidencian que el perfil del deterioro cognitivo en esta población no se ajusta a lo que se podría esperar bajo una distribución uniforme, que destaca la necesidad de considerar factores adicionales que puedan influir en la prevalencia de cada nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores.

Tabla 3. Chi cuadrado de bondad de ajuste en la variable de estudio: deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz.

Nivel de deterioro cognitivo	N observada	N esperada	Residuo
Normal	41	23,5	17,5
Leve	13	23,5	-10,5
Moderado	22	23,5	-1,5
Severo	18	23,5	-5,5
Total	94		
Chi cuadrado	19,106		
Grados de libertad	3		
Sig. Asintótica	0,000		

En la Tabla 4, se presentan los resultados de un análisis de varianza ANOVA sobre las funciones cognitivas en adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz, segmentados por grupos de edad revelan un deterioro cognitivo significativo asociado al aumento de la edad. El grupo de 60 a 69 años presenta una media de 89.864 y muestra un rendimiento cognitivo superior en comparación con los grupos de 70 a 79 años, que tienen una media de 69.581 y a su vez a los de 80 a 89 años, cuya media es de 60.034.

El valor F de 11.243 y una significación de $p < 0.01$ indica que las diferencias observadas son estadísticamente significativas, lo que implica que la edad es un factor determinante en la disminución

de las funciones cognitivas. Estos hallazgos evidencian la importancia de realizar evaluaciones periódicas en adultos mayores para detectar y abordar el deterioro cognitivo, especialmente en aquellos mayores de 70 años.

También se pueden identificar otras oportunidades claves para mejorar la atención y el manejo del deterioro cognitivo en adultos mayores como crear e implementar programas específicos de estimulación cognitiva que aborden las necesidades de los diferentes grupos de edad, actividades como talleres de memoria, juegos de estrategia y ejercicios de razonamiento podrían ser beneficiosos para mantener y mejorar las funciones cognitivas.

Tabla 4. Chi cuadrado de bondad de ajuste en la variable de estudio: deterioro cognitivo en los adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz.

Edad	Media	N	Desviación estándar	F	Significación
De 60 a 69 años	89,864	22	22,5094	11,243	0,000
De 70 a 79 años	69,581	43	23,5314		
De 80 a 89 años	60,034	29	20,8673		

Los resultados de la Tabla 5, de la prueba t de Student en las funciones cognitivas de los adultos mayores según el género revelan diferencias significativas entre hombres y mujeres. El grupo masculino, compuesto por 52 participantes, presenta una media de 65.510 con una desviación estándar de 27.5502. En contraste, el grupo femenino, que incluye 42 participantes y muestra

una media notablemente más alta de 78.655 con una desviación estándar de 18.9690.

El valor t calculado fue de -2.628, con 92 grados de libertad y una significación bilateral de 0.010, indica que las diferencias observadas son estadísticamente significativas al nivel de $p < 0.05$. Esto significa que las mujeres tienen un rendimiento cognitivo superior en comparación

con los hombres en esta muestra, lo que podría tener implicaciones importantes para el diseño de programas de intervención y estimulación

cognitiva adaptados a cada género en la población adulta mayor.

Tabla 5. Estadísticos con la prueba t de Student en las funciones cognoscitivas en los adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz, según el género.

Género	N	Media	Desviación estándar	t	gl	Sig. bilateral
Masculino	52	65,510	27,5502	-2,628	92	0,010
Femenino	42	78,655	18,9690			

En la Tabla 6, los hallazgos de la prueba de ANOVA sobre las funciones cognitivas según el nivel de escolaridad, revelan diferencias significativas en el rendimiento cognitivo entre los distintos grupos educativos. El grupo de participantes analfabetos, compuesto por 6 personas, presenta una media de 30.583 y una desviación estándar de 10.0221, que denota un rendimiento cognitivo muy bajo en comparación con el grupo de educación primaria que tiene una media de 49.800 con 10 participantes y una desviación estándar de 16.5835, el de secundaria que muestra una media de 59.404 con 26 participantes y una desviación estándar de 16.4146 y el de educación superior con una media de 86.231 y una desviación estándar de 18.7466, la cual destaca significativamente por encima de todos los anteriores y apunta a un rendimiento cognitivo notablemente superior al de los otros grupos.

El valor F obtenido fue de 32.393, con una significación de $p < 0.01$, que indica que las diferencias en las medias son estadísticamente

significativas. Estos resultados resaltan la importancia del nivel educativo como un factor determinante en las funciones cognitivas y sugiere que mayores niveles de escolaridad están asociados con un mejor rendimiento cognitivo en la población adulta mayor. Esta información es crucial para el diseño de intervenciones que busquen mejorar la calidad de vida y la salud mental en esta población vulnerable.

En el contexto de las funciones cognoscitivas en los adultos mayores, según la escolaridad, se identifican varias oportunidades de mejoras como implementar programas que promuevan la alfabetización y la educación continua para adultos mayores, especialmente dirigidos a aquellos con bajo nivel educativo, que puede ayudar a mejorar sus funciones cognitivas y su calidad de vida. También diseñar intervenciones específicas basadas en el nivel educativo de los participantes, por ejemplo, crear actividades cognitivas adaptadas que se alineen con las capacidades y experiencias de cada grupo educativo.

Tabla 6. Estadísticos con la prueba de ANOVA en las funciones cognoscitivas en los adultos mayores del Hospital PNP Luis N. Sáenz, según la escolaridad

Escolaridad	Media	N	Desviación estándar	F	Significación
Analfabeta	30,583	6	10,0221	32,393	0,000
Primaria	49,800	10	16,5835		
Secundaria	59,404	26	16,4146		
Superior	86,231	52	18,7466		

Los datos demuestran firmemente que el nivel predominante de deterioro cognitivo en los adultos mayores en esta investigación es la función de atención y concentración. Además, se observan diferencias significativas en el rendimiento según la edad, el sexo y escolaridad.

Discusión

Los resultados de la investigación realizada por Portillo (6), indica que los adultos mayores con deterioro cognitivo leve (DCL) presentaron puntajes significativamente más bajos en diversas áreas evaluadas. En memoria, aquellos con DCL lograron menos de la mitad del puntaje máximo, mientras que los sin DCL alcanzaron un promedio cercano al máximo. La prueba t de Student reveló que las áreas más afectadas en los adultos mayores con DCL fueron el lenguaje, la memoria, la orientación, la atención, la praxis y el pensamiento abstracto.

López y Calero (7), destacan que el deterioro cognitivo está relacionado con cambios estructurales en el cerebro debido a la edad, aunque existen factores de protección, como mantener un

estilo de vida intelectual activo y coinciden en que la edad es un predictor significativo del deterioro cognitivo, hallazgo que también se observa en el estudio de Contreras et al. (8).

Varela et al. (9), señalan que el deterioro cognitivo es común entre adultos mayores hospitalizados y está asociado con diversos síndromes geriátricos y sugieren que un bajo nivel educativo y escasa estimulación intelectual pueden limitar la reserva neurológica, mientras que un mayor nivel educativo favorece mecanismos de protección. Aunque se evidencia una mayor severidad del deterioro cognitivo con la edad, su estudio no encontró asociación con el género.

La investigación de Belón (10), no encontró diferencias significativas en el sexo, aunque las mujeres presentaron una media inferior e identificó una fuerte relación entre el nivel educativo y el deterioro cognitivo; destacó que la actividad mental constante actúa como un factor protector, sin embargo, no se observaron diferencias significativas entre quienes realizan actividades ocupacionales y los jubilados.

Ríos et al. (11), aportan evidencia de un deterioro significativo en áreas cognitivas como lenguaje, memoria y atención, enfatizando que un mayor nivel educativo reduce el impacto en el rendimiento de deterioro cognitivo mientras que García (12), revela que el perfil cognitivo general de su muestra se encuentra dentro del rango normal, sin diferencias significativas entre sexos; sin embargo, se identificaron áreas de deterioro leve en recuerdo, lenguaje, atención y cálculo.

En su análisis sobre funciones cognitivas, Ávila, Vázquez y Gutiérrez (13), destacan que las más afectadas son la memoria a corto plazo, orientación, atención, cálculo y lenguaje. De León et al. (14), observan que, aunque la fragilidad aumenta después de los 75 años, la mayoría de los participantes afectados tenían entre 60 y 69 años y que ninguna variable laboral mostró asociación significativa con el deterioro cognitivo o funcional y aunque predominó el sexo femenino en la muestra, esto podría estar influenciado por factores socioculturales de la región. Además, evidencian que aquellos con niveles educativos más altos tienden a tener un desarrollo cerebral más favorable.

Finalmente, Mejía et al. (15), argumentan que las bajas puntuaciones en pruebas cognitivas están más relacionadas con la falta de educación que con alteraciones inherentes a las pruebas mismas, aunque también coinciden en que el deterioro cognitivo aumenta con la edad.

CONCLUSIONES

Los resultados indican que las funciones cognitivas más afectadas y con la asociación más significativa al deterioro cognitivo severo en los adultos mayores evaluados en el Hospital PNP Luis N. Sáenz, son la atención y concentración, con una media de 7,667, le siguen la codificación, con una media de 4,861 y las funciones ejecutivas, que presentan una media de 6,167. Sin embargo, se observa que el nivel normal de deterioro cognitivo es el más representativo en este estudio.

Se observan diferencias significativas en el rendimiento de las funciones cognitivas según la edad. Los grupos de 55 a 69 años presentan un rendimiento superior, con una media de 89.864, en comparación con los de 70 a 79 años, que tienen una media de 69.581, y los de 80 a 89 años, cuya media es de 60.034. Estos resultados representan que, a medida que avanza la edad en los adultos mayores, la alteración de las funciones cognitivas se vuelve más acentuada.

También se observan diferencias significativas en el rendimiento de las funciones cognitivas según el género. En este estudio, participaron 52 pacientes masculinos con una media de 65.510 y 42 pacientes femeninos con una media de 78.655. Estos resultados muestran que hay un mayor número de casos de adultos mayores varones diagnosticados con deterioro cognitivo severo, que resalta la necesidad de considerar el género al abordar el deterioro cognitivo en esta población.

Del mismo modo, se observan diferencias significativas en el rendimiento de las funciones cognitivas según el nivel de escolaridad. El grupo analfabeto presenta una media de 30.583, mientras que los grupos de educación primaria tienen una media de 49.800, el de secundaria 59.404, y el de educación superior 86.231. Estos resultados evidencian que, a mayor grado de instrucción, menor es el riesgo de presentar deterioro cognitivo severo.

CONFLICTO DE INTERESES. Los autores declaran que no existe conflicto de intereses para la publicación del presente artículo científico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organization W. GHE: Esperanza de vida y esperanza de vida saludable: World Health Organization; 2024. <https://acortar.link/QKgtgB>
2. Aoki A, Medina M, Nicolini H. Programa de estimulación cognitiva en línea para pacientes adultos mayores con deterioro cognitivo leve: estudio de factibilidad. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2024; 59(6):101526. <https://acortar.link/42JuGm>
3. Oscanoa T, Romero R, Cruz A. Estereotipos negativos asociados a la fragilidad en personas mayores. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2016; 51(4):225-8. <https://acortar.link/TTIZNb>
4. Díaz U, Buiza C, Yanguas J. Reserva cognitiva: evidencias, limitaciones y líneas de investigación futura. *Revista Española de Geriatria y Gerontología*. 2010; 45(3):150-5. <https://acortar.link/tjD7vE>
5. Perú CdIRd. Ley de las personas adultas mayores Perú: Congreso de la República de Perú; 2016. <https://acortar.link/eHHQil>
6. Portillo P. Factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid; 2015. <https://acortar.link/u0vVsl>
7. López Á, Calero M. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. *Revista española de geriatría y gerontología*. 2009;44(4):220-4. <https://acortar.link/NjZVBy>
8. Contreras B, Izquierdo M, Galbete A, Gutiérrez M, Cedeño B, Martínez N. Diferencias en la capacidad predictiva para declive funcional, cognitivo y mortalidad para distintas escalas de fragilidad: un estudio de cohortes longitudinal. *Medicina clínica*. 2020; 155(1):18-22. <https://acortar.link/8xMPI8>
9. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista de la sociedad peruana de medicina interna*. 2004;17(2):37-42. <https://acortar.link/rtvkzB>
10. Belón M. Perfil cognitivo del adulto mayor en Arequipa y análisis psicométrico del Mini-Mental State Examination. *Revista de Psicología*. 2015; 17: 91-103. <https://acortar.link/eM2Zu9>
11. Ríos Á, Muñoz L, Aldana L, Santamaría M, Villanueva C. Perfil neuropsicológico de un grupo de adultos mayores diagnosticados con deterioro cognitivo leve. *Revista mexicana de neurociencia*. 2017;18(5):2-13. <https://acortar.link/M1bBL8>
12. García O. Perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social en una iglesia cristiana del distrito de San Martín de Porres. Perú: Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017. <https://acortar.link/XSiKZM>
13. Avila M, Vázquez E, Gutiérrez M. Deterioro cognitivo en el Adulto Mayor. *Ciencias Holguín*. 2007;13(4):1-11. <https://acortar.link/uxLYdQ>
14. De León R, Milián F, Camacho N, Arévalo R, Escarpín M. Factores de riesgo para deterioro cognitivo y funcional en el adulto mayor. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2009;47(3):277-84. <https://acortar.link/sqJsOs>

15. Mejía S, Jaimes A, Villa A, Ruiz L, Gutiérrez L. Deterioro cognoscitivo y factores asociados en adultos mayores en México. Salud pública de México. 2007;49: s475-s81. <https://acortar.link/qWezx1>

ACERCA DE LOS AUTORES

Marco Antonio Mori Doria. Psicólogo Clínico. Maestría en Docencia e Investigación Universitaria UIGV. Doctorado en Psicología UCV. Segunda especialidad en Neuropsicología UNFV. Docente universitario a nivel de pre y posgrado. Miembro de la Asociación Peruana de neuropsicología (APN); miembro de Chapter Perú Sociedad de neurociencias, Perú.

Tito Orlando Chunga Diaz. Posdoctorado (Ph.D.) en Educación y Formación Científica, Universidad de Oriente, México. Doctor en psicología y Magister en Gestión Pública, Universidad Cesar Vallejo. Licenciado en Psicología humana, Universidad Alas Peruanas y egresado de segunda especialidad en Psicología y neurociencias, Universidad Nacional Emilio Valdizan. Docente universitario en la universidad científica del Sur, Cesar Vallejo, Norbert Wiener, Autónoma de Ica. Ponente internacional y nacional en investigación; afiliado a la línea de investigación en ciencias sociales e investigador con afiliación al RENACYT del Perú.

Dante Jesus Jacobi Romero. Bachiller Académico, Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Licenciado en Psicología, Universidad de San Martín de Porres. Maestro en Investigación y Docencia Universitaria, Universidad Inca Garcilaso de la Vega. Miembro de la Asociación Americana de Psicología como Community College Teacher y Miembro Asociado Internacional del Consejo General de la Psicología de España. Evaluador de Competencias Profesionales y Docente Facilitador del SINEACE. Coordinador Académico de Psicología de la Universidad Norbert Wiener. Docente Universitario de Psicología, Universidades Norbert Wiener, Científica del Sur y Cesar Vallejo. Doctorando en Educación, Universidad César Vallejo, PhD en Filosofía e Investigación Multidisciplinaria de la Educación por el Centro Universitario de Desarrollo Intelectual de Hidalgo, México. Docente investigador RENACYT.

Yanet Yvonne Rocha Cuadros. Psicóloga Clínica, Terapeuta Cognitivo Conductual. Maestría en terapia Cognitivo Conductual UIGV. Doctorado en Psicología, UIGV. Docente universitaria a nivel de posgrado. Miembro profesional de la Sociedad Interamericana de Psicología, Perú

Sabina Lila Deza Villanueva. Psicóloga. Magíster en educación, UIGV. Investigadora sobre temas de género, violencia y grupos vulnerables. Profesora universitaria a nivel de pre y posgrado. Consultora del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables del Perú y de la ONG Centro de la mujer Peruana Flora Tristán, Perú.