



UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA PROFESIONAL DE PSICOLOGÍA

Diferencias en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que padecen de violencia y los que no la padecen del Hospital Militar, 2020.

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:
Licenciada en Psicología

AUTORA:

Otoya Chirinos, Elizabeht Angelica (ORCID: 0000-0002-6340-0381)

ASESOR:

Mg. Velarde Camaqui, Davids (ORCID: 0000-0001-9064-7104)

LÍNEA DE INVESTIGACIÓN:

LIMA - PERÚ

2021

Dedicatoria

Este trabajo está dirigido a mi familia y seres queridos que fueron mi apoyo hasta alcanzar mi meta.

A Dios, por ser quien me guía en cada paso que doy y me ayuda a tener la confianza de que todo con esfuerzo y perseverancia se puede lograr.

Agradecimiento

Mi sincero agradecimiento al Mg. Davids Camaqui Velarde, por su vocación de servicio y apoyo al estudiante universitario, para guiar e instruir en los avances de tesis durante el proceso de titulación.

Agradezco también, de manera especial, a todos los profesores que compartieron sus conocimientos durante mi trayectoria universitaria para lograr ser una profesional excelente y con valores para el bien de la sociedad.

Índice de contenidos

	páginas
Carátula	
Dedicatoria	ii
Agradecimiento	iii
Índice de contenidos	iv
Índice de tablas	v
Resumen	vi
Abstract	vii
I. INTRODUCCIÓN	8
II. MARCO TEÓRICO	11
III. METODOLOGÍA	20
3.1. Tipo y diseño de investigación	20
3.2. Variables y operacionalización	21
3.3. Población (criterios de selección), muestra, muestreo, unidad de análisis	21
3.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	22
3.5. Procedimientos	24
3.6. Método de análisis de datos	24
3.7. Aspectos éticos	25
IV. RESULTADOS	26
V. DISCUSIÓN	33
VI. CONCLUSIONES	37
VII. RECOMENDACIONES	38
REFERENCIAS	39
ANEXOS	
Anexo 1 Matriz de consistencia	43
Anexo 2 Matriz operacionalización de la variable	44
Anexo 3 Instrumento de recojo de información	45
Anexo 4: Base de datos	47
Anexo 5: Consentimiento informado	48
Anexo 6: Autorización del Hospital Militar para realizar el estudio	49

Índice de tablas

Tabla 1: Baremos del Neuropsi en edad: 60 y 88 años	24
Tabla 2: Prueba de normalidad muestral con Kolmogorv Smirnov	26
Tabla 3: Estadístico comparativo para deterioro cognitivo	27
Tabla 4: Estadístico comparativo para la dimensión atención y concentración	27
Tabla 5: Estadístico comparativo de la dimensión codificación	28
Tabla 6: Estadístico comparativo para la dimensión funciones ejecutivas	29
Tabla 7: Estadístico comparativo de la dimensión evocación	30
Tabla 8: Distribución de la muestra entre los pacientes expuestos y no expuestos a violencia	31
Tabla 9: Distribución y frecuencia de la variable deterioro cognitivo	31
Tabla 10: Distribución y frecuencia de la variable deterioro cognitivo en pacientes expuestos a la violencia y no expuestos	32

Resumen

El presente estudio tuvo como finalidad principal el conocer el nivel de funcionamiento y deterioro cognitivo en una muestra de 78 pacientes usuarios del Hospital Militar, esta muestra tuvo como otra característica que un grupo de ellos había padecido violencia de algún tipo, ya sea en su entorno familiar o comunitario; otro grupo que manifestó no haber vivido ningún tipo de maltrato o violencia. Se usó el test NEUROPSI, para recoger la información de la variable. El resultado del análisis comparativo evidenció que existe una diferencia significativa ($p=0,000$) en el deterioro cognitivo de los pacientes expuestos a violencia y no expuestos. Es necesario que se efectúen programas de intervención que fortalezcan las funciones cognitivas en los adultos mayores, en particular en los que sufren violencia.

Palabras claves: Deterioro cognitivo, funciones cognitivas, cognición, adulto mayor.

Abstract

The principal objective of the present study was to determine the level of cognitive functioning and deterioration in a sample of 78 patients who were users of the Military Hospital. Another characteristic of this sample was that a group of them had suffered some type of violence, either in their family or community environment; another group stated that they had not experienced any type of mistreatment or violence. The NEUROPSI test was used to collect information on the variable. The result of the comparative analysis showed that there is a significant difference ($p=0.000$) in the cognitive deterioration of patients exposed to violence and those not exposed. It is necessary to carry out intervention programs to strengthen cognitive functions in older adults, particularly in those who suffer violence.

Key words: Cognitive impairment, cognitive functions, cognition, older adults.

I. Introducción

Los adultos mayores, como parte del natural ciclo de la vida, paulatinamente adquieren dificultades en sus funciones cognitivas, es una característica esperada en esta etapa vital, en países europeos como España y Francia el 40% ostenta nivel de moderado de deterioro cognitivo que demanda ser estudiado y atendido para prevenir el avance del problema y mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (Gutiérrez, 2015). Es este natural declive cognitivo, una de las necesidades más importantes a ser atendidas por el sistema de salud, puesto que no solo afecta su desempeño en labores académicas sino también en el ámbito social y afectivo, ya sea manera indirecta o directa.

La OMS (2015) sostiene que un problema que se descubre recurrente, aunque no muy tocado, es el de la violencia en ancianos. Es un tema muy poco denunciado por temor al juzgamiento social que podría recibir la familia de la víctima y con mayor razón si es que los victimarios son precisamente miembros de la familia. Esta problemática está presente en territorios en vías de desarrollo y ya desarrollados, en ambos casos son pocas las denuncias. Se sospecha que la problemática existe entre el 1% y el 10% en la población, pero debido a la poca ventilación que tiene es difícil aún estudiarlo con más certeza. La Organización Mundial de la Salud también agrega que la causa del maltrato endofamiliar puede deberse a la poca paciencia y empatía que tienen con el adulto mayor y sobre las crecientes necesidades y limitaciones que le aquejan, esto acrecienta y no puede revertirse, en parte, por la poca atención que le dan las leyes a la protección y al apoyo oportuno a los ancianos.

Mundialmente se hizo un esfuerzo por recopilar pequeños estudios realizados a lo largo del globo para tener una idea un poco más certera sobre el nivel de presencia de este problema, para ellos se recopiló en 52 investigaciones hechas en 28 países del mundo entre desarrollados y no desarrollados, durante el 2019, al menos el 15% de los mayores de 60 años reporta haber sufrido algún tipo de maltrato por miembros de su familia, pero también personas externas. (OMS, 2020)

Prueba de lo anterior son los estudios realizados en Cuba, donde se reporta que los adultos mayores que presentan mayor dependencia de la familia debido a su deterioro cognitivo y físico, pueden llegar a ser víctimas de más modos de maltrato y exclusión por ser vistos como fuentes de carga o incomodidad, peor aun cuando hay cuestiones económicas causadas por el anciano como las asistencias a consulta sanitaria, medicación, dietas especiales, etc. Por lo tanto, la idea de que existe una relación entre el deterioro cognitivo y el maltrato es cuanto menos interesante (Rodríguez, Sotolongo, Luberta y Calvo, 2010).

En Perú, se estudió la posible relación entre el maltrato y la dependencia funcional que se refiere al conjunto de limitaciones que posee un individuo y que no le permiten realizar sus actividades por sí solos, las causas pueden ser físicas o cognitivas, pero el estudio resalta que mientras más dependencia del cuidado familiar haya es más probable la presencia de algún tipo de maltrato (Moquillaza, León, Dongo y Munayco, 2018).

Esto no es lejano a los pacientes adultos mayores del Hospital Militar, donde se ha observado desde la atención psicológica la presencia de pacientes que han sufrido algún tipo de violencia tanto en varones como en mujeres, del mismo modo se ha encontrado pacientes con deterioro cognitivo en distintas intensidades. Por ello es importante la verificación si es que existe o no una diferencia en el deterioro cognitivo entre los pacientes que sufren violencia y los que no.

Por lo mencionado anteriormente, se encuentra la **justificación** teórica, es necesario explorar más en la variable asociadas al aceleramiento del deterioro cognitivo, es evidente que, así como hay elementos que retardan el natural avance, hay otros que lo promueven y este estudio intenta ofrecer teoría al respecto. En la justificación metodológica, se ofrecen datos que puede ser de uso para confeccionar instrumentos orientados a la medida específica tanto adultos con deterioro cognitivo que consideren factores como la violencia o la negligencia. Finalmente, en lo práctico, encuentra su justificación en la ventaja de tener información certera para poder intervenir en las pacientes víctimas de violencia no

solo en elementos afectivos sino en cognitivos para remediar el posible avance del deterioro

En el mismo sentido, se establece como **objetivo general**: identificar las diferencias en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que padecen de violencia y los que no la padecen de violencia del Hospital Militar, 2020. De igual manera, los **objetivos específicos** apuntan a Identificar las diferencias en la dimensión **atención y concentración, codificación, funciones de evocación y funciones ejecutivas** del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que padecen de violencia y los que no padecen de violencia del Hospital Militar, 2020. Y en lo referido a lo descriptivo, Identificar el nivel de Deterioro Cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que padecen y los que no padecen violencia del Hospital Militar, 2020

Con lo anteriormente expuesto, se procede a presentar las hipótesis de investigación: en **hipótesis general**, existen diferencias en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020; mientras que, las **hipótesis específicas**, se tiene existen diferencias significativas en la dimensión atención y concentración, codificación, funciones ejecutivas y funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que padecen de violencia y los que no padecen de violencia del Hospital Militar, 2020.

II. Marco teórico

Respecto a los fundamentos teóricos, en primer lugar, se consideran los antecedentes internacionales a este estudio. Barrera (2016), realizó el estudio que buscaba la relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida, en 35 personas mayores en Ambato, Ecuador titulado. Se utilizó un cuestionario de deterioro cognitivo realizado para esa investigación. Se obtuvo como resultados, que el 89% respondió correctamente, mientras que un 11% respondió de forma errada; se concluye indicando, que el adulto mayor que tiene una calidad de vida mala se debe a sus actividades y condiciones de vida que tienen cada uno ellos y es en ellos donde el deterioro cognitivo es mayor, por lo tanto, se confirma la relación.

Por otro lado, Gómez (2016) realizó un estudio donde exploró la relación entre la dependencia y el deterioro cognitivo en 100 adultos mayores que se encontraban institucionalizados en un centro residencial y, otros 100 que no lo estaban. Con tal fin, se empleó el Mini-Mental State Examination (Mec-35) para evaluar el deterioro de las funciones cognitivas, y el Goldberg GHQ-28, para conocer el estado de salud general de los participantes con miras a determinar el grado de dependencia. Se obtuvo como resultado que el 47% de participantes institucionalizados padecían de deterioro cognitivo, a diferencia del 8% encontrado en los evaluados no institucionalizados. Se concluyó que la edad y la dependencia se asocian de forma negativa. Asimismo, se evidenció que el involucramiento en actividades lúdicas y el propiciar la autonomía tiende a disminuir las probabilidades de presentar deterioro cognitivo.

Capote et al. (2016) efectuaron un estudio sobre deterioro y calidad de vida en Cuba que, con 30 pacientes de alrededor de 60 años, Se utilizaron el test de Karnofsky y el Minimental. Se logró como resultados, deterioro cognitivo en 16.6 % de los adultos mayores, de estos un 80% se asoció con una calidad de vida considerada como pobre. Como conclusión se obtuvo que la muestra estudiada tuvo una prevalencia de deterioro cognitivo y este se correlacionó con un déficit en la calidad de vida.

Tandazo y Peñafiel (2014) en su investigación sobre el predominio de deterioro cognitivo en 100 pacientes en tratamiento ambulatorio de enfermedades

venéreas en Guayaquil, en el cual se usó el test Mini Mental (MMSE), concluyen que el 45% tiene deterioro cognitivo y, la presencia de este fenómeno es mayor en mujeres que en hombres. Además, se encontró que la violencia sufrida en el hogar tiende a tener un efecto negativo sobre la calidad de vida de los usuarios.

Guapisaca, Guerrero e Idrovo (2014) realizó una investigación sobre el deterioro cognitivo en 182 ancianos de Cuenca, usando una encuesta que analizó los factores que se asocian al DC. Los resultados obtenidos indican que del 47% tiene deterioro cognitivo moderado de lo cual el 60% del género femenino, el 40% masculino, presumiblemente por la poca socialización y marginación que reciben las mujeres en esa comunidad.

En segundo lugar, se presentan los antecedentes nacionales. Así, se tiene a Valdez (2017) en Puno, Perú, quien realizó un estudio donde buscó identificar el impacto que tienen ciertos factores de riesgo psicológicos y sociales con respecto a la calidad de vida de 40 adultos mayores. Se dio como resultados que el 55% de los encuestados se encuentra con una mala calidad vida y, el 45% se encuentra con una calidad de vida regular; ausentándose la categoría de buena calidad de vida. En síntesis, se descubre que poco más de la mitad de la muestra tiene mala calidad de vida y los demás con nivel regular, los factores de riesgo psicológico recurrentes son la autoestima, exposición a la violencia y sentimientos de inutilidad.

Además, Velazco y Carrera (2016) evaluaron a 200 adultos mayores con el objetivo de identificar la relación entre el grado de deterioro cognitivo presente en ellos y la dependencia física. Para ello emplearon la Mini Prueba del Estado Mental (MMSE) y el Índice de Barthel. Se encontró que la relación entre las variables no tuvo un grado adecuado de significación estadística, lo cual se repitió en el sub-grupo de sexo; sin embargo, esta relación resultó estadísticamente significativa en el sub-grupo referido a la edad.

De igual manera, González, Carhuapoma, Zuñiga, Mocarro (2013) en Perú, realizaron un estudio donde se buscó evaluar el estado cognitivo y la capacidad funcional de 150 adultos mayores. Los instrumentos empleados por los investigadores fueron el Mini- Examen del Estado Mental, la Escala de Lawton y Brody y, el Índice de Barthel. Se encontró que el 21% de la muestra presentó algún

grado de déficit cognitivo, sobre todo los varones. Además, se encontró que los evaluados de sexo masculino presentaron mayor dependencia en actividades instrumentales, mientras que las de sexo femenino la presentaron frente a actividades comunes del día a día. Por otra parte, se identificó los índices de déficit cognitivo suelen ser mayor a medida que la edad se incrementa.

Finalmente, Varela, Chávez, Gálvez y Méndez (2004) hicieron una investigación correlacional titulado Valoración Geriátrico Integral en ancianos hospitalizados en Perú. Las mediciones se utilizó la prueba Minimental Test. Se obtuvo como resultados, deterioro moderado- severo en un 22.11% de la muestra y existe relación del deterioro cognitivo con mayor edad y no se encuentra relación entre deterioro cognitivo y sexo, asimismo, los factores que influyen la pérdida de la capacidad funcional del anciano suelen ser sociales como sobreprotección de la familia, pobres expectativas de sí mismo, estereotipos sociales y algún tipo de maltrato.

Sobre la fundamentación teórica respecto a la variable de estudio, se considera que el deterioro cognitivo es el declive de las funciones de la cognición, y para comprenderla es necesario explicar que la cognición es una actividad mental que implica la interpretación interna de la información obtenida de los diferentes estímulos con los que un individuo interactúa, además de la transformación de aquellos datos o experiencias ya almacenados. La información es adquirida mediante los sentidos y su almacenamiento se da en la memoria. El fenómeno de la cognición ocurre cuando se establecen asociaciones a partir de la observación de un hecho, o un acontecimiento; evento que hace posible, en una forma u otra, que poseamos la capacidad de representar mentalmente las diversas consecuencias de tales datos y consideraciones (Lacón y Ortega, 2015).

Por otro lado, un aspecto a estudiar de suma importancia para comprender completamente el objeto de estudio, son las dimensiones de la cognición.

Así se tiene que, el primer componente es la Orientación, la cual es descrita como la capacidad que permite al individuo ser consciente de sí mismo y del contexto que le rodea en el presente. Proceso que ayuda al individuo a resolver los conflictos de la vida. Dicho soporte implica asesoramiento, tutela, y dirección, y

tiende a conseguir la plena madurez del sujeto (Echeverría, 1993). Facilita la comprensión de sí mismo y del ambiente, siendo un proceso interactivo que lleva a establecer metas para la conducta y valores en un futuro. Es también la orientación un proceso sistemático, intencional y continuo y desarrolla la autodeterminación en las personas para que logren identificar, reducir, reconducir y seleccionar, lo que su entorno le brinde (Echeverría, 1993). Además, es un proceso de ayuda sistemática y continua, dirigida a todas las personas, en todos sus aspectos, con objeto de potenciar el desarrollo humano a lo largo de toda la vida (Bisquerra y Álvarez, 1998).

La segunda dimensión es la atención, que permite humano dirigir, generar y mantener el estado de activación adecuado para que la información sea procesada de una forma correcta. Se dirige a tres áreas: orientación a los sucesos sensoriales, detección de señales para un procesamiento enfocado y mantenimiento de un estado de vigilancia o alerta. (Lacón y Ortega, 2015) La atención cumple un papel fundamental ya que dirige los propios recursos mentales sobre algunos del medio y sobre la ejecución de acciones que sean las más adecuadas. Mediante esta, indica al estado de alerta y observación que permite que nuestro entorno sea consciente de los acontecimientos (Ballesteros y Reales, 2000).

Existen varios factores que inciden en la atención a pesar que es una función independiente, así como la emoción, percepción, memoria, la voluntad, motivación y nivel de alerta que posea una persona, de esta forma contribuirán en el rendimiento de una tarea. A más motivación, será mayor el esfuerzo que aplique la persona en la ejecución, así como mayor será su concentración mientras tenga más voluntad, logrando que los distractores se eliminen y, cuanto más elevado se encuentre su nivel de alerta, mayores serán los niveles de atención (Belmar, Navas y Holgado, 2013).

Los hallazgos obtenidos en pacientes con daño cerebral conllevaron a Posner y Dehaene (1994) a construir un modelo de la atención que implica tres operaciones mentales diferentes, siendo estas: 1) Liberar la atención de la localización en la que está fijada, 2) Cambiar la atención a una nueva localización y, 3) Dedicar la atención a una nueva localización para facilitar el procesamiento en dicha localización. En el caso de pacientes con lesión hemisférica lateral derecha,

refieren que cuando la señal dirigía la atención al lado derecho no desatendido y el objetivo aparecía en el lado izquierdo desatendido, los pacientes tenían problemas para liberar la atención del lado derecho intacto, y este déficit producía la marcada lentitud del tiempo de detección del objetivo (Ballesteros y Reales, 2000).

Para aproximarnos la clasificación de los distintos tipos de atención, se empleará el criterio de Belmar, Navas y Holgado (2013), quienes la dividen en 2 grandes categorías: 1) Atención interna (referida al dominio que tiene el sujeto para enfocar su atención en cualquier estimulación interoceptiva y atender sus propios procesos mentales, así como las sensaciones físicas que conllevan a un estado de relajación) y Atención externa (aquella que se refiere a cualquier estímulo externo que provee de estimulación a los sentidos); 2) Atención voluntaria (aquella en la que la decisión de la persona influye en el proceso de enfocarse en una actividad o estímulo determinado), y Atención involuntaria (aquella que depende de la fuerza en que el estímulo llega a la persona).

La tercera dimensión es memoria que es el proceso por el cual, de forma voluntaria o no, se recibe y registra información para ser fijada y almacenada hasta que esta sea evocada o recordada, es el almacenamiento de información. La codificación es uno de los procesos de memoria, siendo la captación de información del cerebro, por medio de una importante atracción. También el almacenamiento que es la retención de la información que tiene una codificación de forma persistente y también la recuperación. La información es codificada, se consolida y se recupera. Ballesteros y Reales, 2000 resaltan la postura de dos enfoques psicológicos diferentes, siendo la primera la cognitiva donde Piaget definiría la memoria como "...todo lo adquirido en el pasado... a través del aprendizaje y la percepción convertida en esquema, este es formado con las operaciones superiores y las actividades diarias"; mientras que según la postura conductual, la memoria está relacionada con codificar retener y con la recuperación de la información (estímulos) siendo los procesos y estructuras que permiten la entrada de la información, la conservación, codificación y el mantener sucesos para obtener la restauración posterior.

Se le reconoce también como la capacidad para recordar, lugares, personas y cosas a lo largo de la vida. Es una manera importante de cognición que orienta el comportamiento del individuo, la frustración en distintos tipos de sucesos ayuda de manera significativa para recordar la dependencia de la memoria. Sin este proceso no solo la capacidad del lenguaje y las habilidades mentales se perderían, sino que esto incluiría el sentimiento de identidad personal que cada uno de nosotros poseemos como individuos. Un recuerdo se gesta producto de la información se adquiere en el transcurso de una experiencia, la cual persiste en los almacenes mnémicos, de tal manera que posteriormente pueda recuperarse; incluso después de que la experiencia haya sucedido. Como se expondrá, algunas formas de memoria a largo plazo pueden recuperarse conscientemente y así podemos utilizar nuestras reminiscencias de algo pasado para guiar el pensamiento y las acciones del presente. Ballesteros y Reales (2000) refieren que como el conocimiento de un proceso previo de la mente en el momento que este se ha marginado de la consciencia. Asimismo, refiere que los sucesos del pasado afectan en forma no consciente al presente. Siendo de gran importancia el pensamiento y conducta a través de la consciencia (Ballesteros y Reales, 2000). Indican que es considerada como una memoria permanente que no requiere repetición continua. Contiene una ilimitada capacidad, es extensa, su recuperación depende de su organización. Este tipo de memoria también recoge información de minutos, como de años. La neuropsicóloga Larry Squire (2004), manifestó que la memoria a largo plazo se separa en dos subsistemas, la declarativa se evalúa preguntando de forma explícita y la procedimental esta se evalúa a través de la conducta, es decir implícitamente al momento de ejecutar una acción.

La cuarta dimensión es el lenguaje, según Luria, el lenguaje es la razón de todos los demás rasgos o propiedades que le definen al hombre. Siendo para la filosofía y la psicología antiguas eran el acto y la potencia, a diferencia que para la psicología moderna es la facultad y su uso, y para la psicología actual es su función y la estructura. Es la facultad que tiene el ser humano para expresar sus pensamientos, mediante el habla, sucede porque tiene la facultad que le capacita para ello. Siendo el lenguaje el proceso de la información, independientemente del tipo de tareas que se lleve a cabo. (1984) Por otro lado, Luria (1984) sostiene que, en el aspecto biológico del proceso comunicativo, en la localización neuronal del

lenguaje, están también incluidos los mecanismos periféricos ligados a la recepción del mensaje, producción y su integración en el proceso de la comunicación lingüística.

La idea acerca del desarrollo del cerebro ha sido modificada por el lenguaje motor según las últimas investigaciones en el área de neuroanatomía. Asimismo, las ideas clásicas relacionados al tamaño del cerebro y a las diferentes funciones mentales dependientes, han sido reemplazadas de forma paulatina por nuevas concepciones que últimamente han encontrado más herramientas que demuestran las reales diferencias entre el cerebro humano y otros primates. En lo que se refiere al lenguaje, estas diferencias no solo indica atención de los neuro lingüistas, sino que han llamado la atención de varios psicolingüísticos, en lo cual esta facultad es lo que nos diferencia de todos los animales, inclusive de otras diferencias conductuales y funcionales que nos identifican (Qin, 1994).

La quinta dimensión la componen las habilidades visoespaciales, las cuales están involucradas en la manera de analizar, representar y manipular objetos de forma mental, los cuales que pueden provenir de la experiencia concreta o generarse desde el mismo pensamiento. Dentro de estas habilidades encontraremos 2 procesos complementarios: 1) Relación espacial (manipulación y representación de objetos de forma mental en 2 dimensiones), y 2) Visualización espacial (manipulación y representación mental en 3 dimensiones).

Las habilidades visoespaciales son muy útiles, gracias a ellas es posible controlar la distancia que puede haber entre un diverso número de objetos (por ejemplo: el cálculo mental de las distancias entre objetos a la hora de estacionar con el fin de controlar el espacio que hay entre los obstáculos de alrededor y la distancia que se debe de medir con el auto para no chocar). También se emplean estas habilidades al momento de imaginar un sitio o dirección que alguien esté describiendo a través del habla o cuando es fundamental mover objetos de forma mental para anticiparnos a la posición de estos antes de llevar a cabo la acción (Roselli, 2015).

El desarrollo visoespacial y viso constructivo, en la unificación de estas facultades finaliza en la capacidad para ejecutar construcciones mentales y en la facultad visomotora de organizar y juntar elementos en uno solo, donde se identifica

que este proceso empieza desde el nacimiento hasta la edad escolar a nivel motor visual y espacial. Dando importancia a las vías visuales dorsales y ventrales en este desarrollo. Asimismo, se relaciona la intervención de las estructuras mediales del lóbulo temporal (memoria) con el lóbulo frontal (control ejecutivo). Teniendo en cuenta que en la edad infantil pueden aparecer en algunos casos, alteraciones de las habilidades espaciales (Roselli, 2015).

La sexta dimensión son las funciones ejecutivas que tienen una organización jerárquica. En primer lugar, se refiere a lo que es la realización, la formalización y la realización de planes. Empezando con la evaluación de la información que se almacena y desencadena diversas reacciones, siendo mentales, ideas que se realizaran o tal vez no depende de la decisión que se lleve a cabo. Se ejecutan los planes de acuerdo con un fin que es lo que se formula primero. Rebollo y Montiel (2006). Siendo de gran importancia, en este nivel, la anticipación, la verificación, la monitorización y la modulación de la salida conductual. Como nivel superior, está la creatividad, la autoconciencia y las decisiones, que es de gran importancia para tomar acciones acertadas, planificar el futuro, llevar a cabo planes, razonar y proceder de manera eficaz y eficazmente (Rebollo y Montiel, 2006)

Un modelo teórico explicativo de las funciones ejecutivas es el de Luria (citado por Rebollo y Montiel, 2006), quien indica que las funciones ejecutivas están conformadas por tres sistemas, los cuales se encargan de regular el nivel de tono y vigilia; de recibir la información del medio externo y procesarla a nivel sensorial - perceptivo; y el sistema ejecutivo propiamente, encargado de planificar, ejecutar y verificar la actividad mental y comportamental consciente.

La lectura, es la séptima dimensión, esta es una función intelectual multidimensional y compleja que forma parte de todo el proceso del lenguaje. A través de la lectura los sujetos construyen un significado en base a la decodificación de fonemas y vocales. Se combinan conocimientos y experiencias anteriores, la velocidad de procesamiento, la información y el contenido propio del texto, se correlacionan con el texto. Es, por lo tanto, un proceso psicolingüístico, sociocultural y cognitivo por el medio del cual se adquiere información y conocimientos nuevos.

(Tapia y Luna, 2008). Al ser una actividad dirigida por el pensamiento, implica un proceso más intrincado que la mera traducción de símbolos gráficos a modos de lenguaje oral y análisis de su significado que pone en relación a los conceptos, valores e ideas que lo contienen. La comprensión tiene lugar en la interacción y complementación entre las bondades de la lectura y la capacidad de lector. En el entendimiento literal e inferencial, es lo que aporta el lector. El texto en sí mismo tiene algunas características importantes pero el significado nace sólo del compromiso del deber del lector con el texto en un momento particular (Tapia y Luna, 2008).

Según Luria (1984), el lenguaje es un sistema completo de códigos, que ayuda a transmitir información, que designan características, objetos, aun si estuviera fuera del contexto. Asimismo, indica, que el ser humano se diferencia de los animales por estos códigos, que conllevan a la formación del pensamiento abstracto. Según Vigotsky, se va adquiriendo en cada etapa de su desarrollo, va logrando diversas estructuras semánticas, según va desarrollando su lenguaje a través del tiempo. Lo que significa que el desarrollo de la palabra se ve relacionado con ella (Vivas, 2016).

La octava dimensión es la escritura que es una función cognitiva compleja desarrollada en la segunda infancia y se va perfeccionando en los años consecuentes. Escribir es un modo de expresión propia de la grafomotricidad, pero va más allá de la reproducción de signos y símbolos numéricos y literales, es una manifestación de la comunicación verbal, pero mediante el uso del lenguaje escrito por donde se expresan pensamientos, ideas, sentimientos, creencias, actitudes y deseos del escritor (Lacón y Ortega, 2015). La escritura en si misma es el lenguaje hecho grafismo organizado según el idioma del escritor y el lector dentro de un contexto espaciotemporal. Requiere iniciativa a motivación y actitud intelectual (memoria, motricidad fina, velocidad de procesamiento, capacidad visoespacial, etc.) (Lacón y Ortega, 2015). La escritura es un acto altamente complejo solo propio de los seres humanos. Los mecanismos intelectuales empleados en la escritura varían según el tipo. Se pueden considerar dos tipos de escritura:

Para Vásquez (2010), la escritura se convierte en una práctica reguladora de la comunicación, siendo de esta única manera para tener una interlocución científica

y académica, abriendo el camino hacia la generación de un conocimiento nuevo. Siendo importante propiciar nuevas condiciones para que la escritura sea un compromiso para el saber y como testimonio del espíritu crítico y de la sensibilidad académica. También permite visualizar una estructura clara del lenguaje,

Finalmente, la novena dimensión es el Cálculo es la capacidad que permite hacer operaciones lógico matemáticas sin ayuda de utensilios tecnológicos adicionales al lápiz y papel. El cálculo puede no estar asociado con las operaciones netamente matemáticas a nivel académico sino como una necesidad del ser social para establecer valores a cantidades y proporciones en elementos cotidianos como terrenos, líquidos, alimentos, tiempo, etc. Entiéndanse esta tendencia natural al cálculo como una noción preestablecida en el individuo. (Bravo, 2016). El cálculo tiene dentro cabida en toda ciencia ya sea fáctica o formal para analizar, medir y evaluar los fenómenos que usan como objeto de estudio. Los cálculos más sencillos e importantes son aquellos que tienen ver con las operaciones básicas como la resta y suma o multiplicación y división (Bravo, 2016).

III. Metodología

3.1 Tipo y diseño de Investigación

Tipo

El tipo de investigación que se empleó el básico o pura, este tipo de estudios buscó reconocer y explorar hechos o fenómenos, intentado describir y explicar las características para poder contrastar estos con estudios anteriores o simplemente generar teoría nueva (Hernández, Fernández y Baptista. 2010). Se intentó descubrir de qué forma se manifiestan las variables de deterioro cognitivo y violencia en la muestra de adultos mayores, así mismo saber si es que existe un nivel significativo de asociación entre la violencia y el deterioro cognitivo (CONCYTEC, 2018).

Diseño de Investigación

El diseño de la presente investigación es no experimental. De acuerdo a Hernández, Fernández y Baptista (2010) este se define como la investigación que se realiza sin manipular intencional o no intencionalmente el manejo, control o manipulación de variables. Es decir, se trata de estudios donde no se realizan modificaciones en las variables intervinientes en la situación investigativa. Por lo que, durante la recolección de los datos, la investigadora se limitó observar los fenómenos tal como se dan en su contexto natural y sin interrupción alguna, para posteriormente realizar el análisis e interpretación de los datos de tal forma que proporcione la información necesaria para satisfacer los objetivos planteados en la investigación. (CONCYTEC, 2018).

Además, este estudio se ajustó al tipo de diseño transeccional dado a que la recolección de datos fue únicamente en un determinado momento, en una sola situación en tiempo y espacio (Hernández, Fernández y Baptista, 2010). La investigadora realizó la recolección de datos en un solo momento usando sus instrumentos, pero de ningún modo se ejerce influencia o manipulación de las variables o los sujetos (CONCYTEC, 2018).

3.2 Variables y operacionalización

- **Definición Conceptual**

El deterioro cognitivo es la pérdida de funciones cognitivas, depende de factores

ambientales, fisiológicos, así como a una variabilidad interindividual. Su mantenimiento de la cognición del adulto mayor está relacionado al estado anímico, a las patologías del paciente y la presencia de enfermedades geriátricas, como la osteopenia, por lo tanto, sería un error decir que las alteraciones cognitivas en los adultos mayores se deben solo al aspecto del envejecimiento neurológico (Benavides, 2016).

La violencia, es el uso de una fuerza abierta con el objetivo de obtener de un individuo o grupo, aquello que ellos no desean consentir libremente (Platt, 2016).

- **Definición Operacional**

Puntajes obtenidos a través de la evaluación de funciones neuropsicológicas Neuropsi.

3.3 Población (Criterios de Selección) Muestra, muestreo, unidad de analisis

Población

La población para esta investigación es de 170 usuarios entre varones y mujeres cuya edad fluctúa entre los 60 y 90 años, que son usuarios del Hospital Militar Central ubicado en la Av Faustino Sanchez Carrión (antes Av. Pershing) Jesus Maria. Las áreas del Hospital, donde se realizaron la investigación fueron en las siguientes tres areas., Coroneles varones, Neuropsicología y el área de Hospitalización.

Criterios de selección:

- **Criterios de inclusión**

Usuarios del consultorio de Psicología del Hospital Militar

Ambos sexos

65 años en adelante

Nacionalidad peruana.

- **Criterios de exclusión**

No usuarios del consultorio de Psicología del Hospital Militar

Menores de 65 años

Nacionalidad distinta a la peruana

Muestra

La muestra está conformada por 78 usuarios adultos mayores del Departamento Psicológico del Hospital Militar. El tipo de Muestreo es censal porque se incluyó a la totalidad de la población como muestra de investigación, todas las personas son consideradas como muestra (Ramírez, 1997).

Muestreo

El muestreo usado en la investigación es no probabilístico por conveniencia que se caracteriza porque se elige a aquellos sujetos que son más accesibles para el investigador ya sea por proximidad o la aceptación de los mismos sujetos (Hernández, Fernández y Baptista, 2003).

3.4 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnica:

Para la exploración de la característica de la variable y el recojo de los datos correspondientes al objetivo se usó la técnica de la encuesta que cumple con las bondades que se adecuan a lo perseguido por este estudio. También se utilizó la técnica de la entrevista a cada paciente con la finalidad de conocer su historia personal y familiar para saber si padecieron de violencia o no padecieron.

Instrumentos de recolección de datos:

Para recolectar la información necesaria para cumplir los objetivos de esta investigación, se usará una prueba. Para medir el nivel de Deterioro cognitivo, de los usuarios del Hospital Militar Central se aplicará el Test Neuropsi.

Test NEUROPSI

Ficha Técnica

Los Autores del Neuropsi, fueron F. Ostrosky- Soliz, A. Ardilla y M. Roosselli, fue creado en el año 1994, su administración es individual. El tiempo para resolver el test es de 30 minutos, su aplicación es para personas desde los 16 a 85 años (Con y sin proceso de alfabetización). Sus dimensiones son Orientación (nivel de conciencia y estado general de activación), Atención y concentración (habilidad

para enfocar y sostener la atención), Memoria, Lenguaje, Habilidades visoespaciales, Funciones ejecutivas, Lectura, escritura y cálculo. Fue desarrollado el instrumento por F. Ostrosky-Soliz, A. Ardilla y M. Roselli, fundamentada en principios que se han descrito dentro de la evaluación neuropsicológica. Incluyeron medidas para evaluar dominios específicos que se ven con alteraciones diferencialmente ante algún daño en el área cerebral. Incluyeron procedimientos estandarizados como de administración y también de calificación de las subpruebas. Pueden ser aplicadas para personas analfabetas o de baja escolaridad. En las subpruebas de lenguaje se incluyen dibujos que anteriormente se analizaron en población hispanohablante de acuerdo a su frecuencia, ya sea baja, media o alta frecuencia. Sobre los aspectos psicométricos de la prueba, Ostrosky, Ardilla y Roselli (1998) realizaron la adaptación al español en una muestra de 800 sujetos de países hispanos de 16 a 85 años de ambos sexos.

Tabla 1. *Baremos del Neuropsi en edad: 60 y 88 años*

Categoría	Puntuación
Normal	89 - 65
Leve	60 - 46
Moderado	45 - 32
Severo	44 - 18

3.5 Procedimiento

Para iniciar con este estudio se indagó sobre los aspectos teóricos e investigaciones previas que se relacionan con las variables estudiadas con el propósito de obtener mayor evidencia y sustento a la investigación. Asimismo, se elaboró previamente un plan de trabajo para obtener la base de la investigación. Luego se solicitó el permiso mediante una carta de presentación al Director del Hospital militar central. Posterior a ello, el director de la institución, remitió una carta

de aceptación (anexo x) para realizar el trabajo de investigación en diversas áreas del Hospital. Se realizó la investigación a 78 pacientes en el Hospital militar central, donde se evaluó con las siguientes pruebas: evaluación Neuropsicológica Breve Neuropsi. Asimismo, a cada paciente se le realizó una entrevista para conocer su historia personal y familiar. También se realizó la descarga de datos a un documento de Microsoft Excel, estos datos fueron codificados y digitalizados para ser procesados mediante el programa IBM Statistics SPSS 25.0.

3.6 Método de análisis de datos

La base de datos se realizó en Excel. Los datos obtenidos de esta investigación fueron sometidos a análisis estadístico mediante el programa IBM Statistics SPSS 25.0, que permitió obtener los datos estadísticos cuantitativos como la prueba de Kolmogorov Smirnov, esta prueba se usó con la finalidad de determinar la distribución de la muestra, U de Mann - Withney con el propósito de saber las características de las poblaciones no relacionadas, entre otros lo cuales se realizaron según los objetivos. Se presentarán los resultados a analizar en figuras o tablas, según se especifican los datos en frecuencia, porcentajes y resultados en general

3.7 Aspectos éticos

Esta investigación se realizó bajo 4 principios éticos con el objetivo de proteger y garantizar los derechos de las personas incluidas en esta investigación considerando lo expuesto por el Código de ética del Colegio de Psicólogos del Perú (CPC, 2012) (Gomez, 2009). El primer principio refiere que no se mencionaron el nombre los pacientes que serán parte de la investigación, dicha información se mantendrá bajo confidencialidad. Según el Art.20 el cual nombra a la confidencialidad de los participantes. El segundo principio de beneficencia es hacer el bien. El tercer principio de no beneficencia se refiere a respetar la integridad de los pacientes de los cuidados prescritos. La cuarta es la justicia que se considera que los casos que sean parecidos se traten de manera similar y que los casos considerados diferentes, se traten de alguna forma que hagan evidenciar sus

diferencias. Los 3 últimos principios corresponden al Art.2, que nombra a los principios y valores éticos en la psicología y la responsabilidad en las investigaciones. Asimismo, se enviará un consentimiento informado al hospital y autoridades correspondientes acerca de la investigación. Se respetará las variables que fueron el objetivo de la evaluación en este estudio, los criterios de inclusión y exclusión para la administración del instrumento en los Usuarios del consultorio de Psicología del Hospital Militar. Se consideran las normas del código de Ética de la Universidad César Vallejo del año 2017., finalmente los Art.79 al Art. 87 los cuales hacen referencia al comportamiento en el transcurso de la actividad del estudio, todo ello en referencia al Código de Ética Profesional del Colegio de Psicólogos del Perú. También se cumplió con la Norma Apa del año 2010.

IV. Resultados

Hipótesis general.

H1: Existen diferencias significativas en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

H0: No existen diferencias significativas en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

Prueba de normalidad

Tabla 2. *Prueba de normalidad muestral con Kolmogorv Smirnov*

	N	Estadístico de prueba	Sig. asintótica (bilateral)
Orientación	77	0.294	,000 ^c
Atención y Concentración	78	0.135	,001 ^c
Codificación	78	0.123	,006 ^c
Lenguaje	78	0.203	,000 ^c
Lectura	78	0.170	,000 ^c
Escritura	78	0.432	,000 ^c
Ejecutivas	78	0.130	,002 ^c
Evocación	78	0.154	,000 ^c
Deterioro cognitivo	78	0.117	,010 ^c

En la tabla 2 se presentan los resultados del estadístico Kolmogorv Smirnov que analizan el tipo de distribución que tiene la muestra. En todos los casos se aprecia que la significancia está por debajo del p valor (0,05) por ello se asume que la muestra sigue una distribución no normal, lo que justifica el uso de estadísticos no paramétricos.

Tabla 3. *Estadístico comparativo para deterioro cognitivo*

Violencia	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)	
Deterioro cognitivo	Expuesto a violencia	25	21.02	525.50	200.500	0.000
	No expuesto a violencia	53	48.22	2555.50		
	Total	78				

En la tabla 3 se aprecian los resultados del estadístico comparativo. El rango promedio de los pacientes expuestos a violencia es 21,02 mientras que para los no expuestos es de 48,22. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis del investigador.

Hipótesis específica 1

H1: Existen diferencias significativas en la dimensión atención y concentración del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

H0: No existen diferencias significativas en la dimensión atención y concentración del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

Tabla 4. *Estadístico comparativo para la dimensión atención y concentración*

Violencia	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)	
Atención y Concentración	Expuesto a violencia	25	28.32	708.00	383.000	0.003
	No expuesto a violencia	53	44.77	2373.00		
	Total	78				

En la tabla 4 se aprecian los resultados del estadístico comparativo para la dimensión atención y concentración. El rango promedio de los pacientes expuestos a violencia es 28.32 mientras que para los no expuestos es de 44.77. El índice de

significancia es de 0,003 lo que indica que la diferencia es significativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis específica 2

H2: Existen diferencias significativas en la dimensión codificación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

H0: No existen diferencias significativas en la dimensión codificación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

Tabla 5. *Estadístico comparativo de la dimensión codificación*

Violencia	N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)	
Codificación	Expuesto a violencia	25	25.78	644.50	319.500	0.000
	No expuesto a violencia	53	45.97	2436.50		
	Total	78				

En la tabla 5 se aprecian los resultados del estadístico comparativo para la dimensión codificación. El rango promedio de los pacientes expuestos a violencia es 25.78 mientras que para los no expuestos es de 45.97. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis específica 3

H3: Existen diferencias significativas en la dimensión funciones ejecutivas del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

H0: No existen diferencias significativas en la dimensión funciones ejecutivas del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

Tabla 6. *Estadístico comparativo para la dimensión funciones ejecutivas*

Violencia		N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
Funciones ejecutivas	Expuesto a violencia	25	24.66	616.50	291.500	0.000
	No expuesto a violencia	53	46.50	2464.50		
	Total	78				

En la tabla 6 se aprecian los resultados del estadístico comparativo para la dimensión funciones ejecutivas. El rango promedio de los pacientes expuestos a violencia es 24.66 mientras que para los no expuestos es de 46.50. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Hipótesis específica 4

H4: Existen diferencias significativas en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

H0: No existen diferencias significativas en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.

Tabla 7. *Estadístico comparativo de la dimensión evocación*

violencia		N	Rango promedio	Suma de rangos	U de Mann-Whitney	Sig. asintótica (bilateral)
Evocación	Expuesto a violencia	25	19.42	485.50	160.500	0.000
	No expuesto a violencia	53	48.97	2595.50		
	Total	78				

Se aprecian los resultados comparativos. El rango promedio de los pacientes expuestos a violencia es 21,02 mientras que para los no expuestos es de 48,22. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Resultados Descriptivos

En lo siguiente se exponen los resultados estadísticos descriptivos que corresponden a los objetivos del estudio. Todos los datos presentados se obtuvieron al recoger las respuestas de la prueba Neuropsi en la muestra de estudio.

Tabla 8. Distribución de la muestra entre los pacientes expuestos y no expuestos a violencia

	Frecuencia	Porcentaje
Expuesto a violencia	25	32.1
No expuesto a violencia	53	67.9
Total	78	100.0

En la tabla 8 se tiene el total de la muestra analizada donde el 32.1% que corresponde a 25 pacientes ha sufrido algún tipo de violencia, mientras que el 67.9% que son 53 personas no refiere sufrir ningún tipo de violencia.

Tabla 9. *Distribución y frecuencia de la variable deterioro cognitivo*

	Frecuencia	Porcentaje
Leve	22	28.2
Normal	23	29.5
Moderado	18	23.1
Severo	15	19.2
Total	78	100.0

Se muestran los resultados de los niveles de la variable de deterioro cognitivo, del total de la muestra el 29.49% tiene nivel normal, 28.21% nivel leve, 23,08 en moderado y el 19.23% con deterioro severo.

Tabla 10. *Distribución y frecuencia de la variable deterioro cognitivo en pacientes expuestos a la violencia y no expuestos*

	Expuesto a violencia		No expuesto a violencia	
	f	%	f	%
Leve	1	4	21	39.6
Normal	1	4	22	41.5
Moderado	11	44	7	13.2
Severo	12	48	3	5.7
Total	25	100	53	100.0

Se muestran los resultados de los niveles de la variable de deterioro cognitivo, dividido en pacientes expuestos y no expuestos a la violencia. Los no expuestos son 53 pacientes, donde el 5.7% tiene nivel severo, 13.2% nivel moderado, 41.5% en deterioro normal y el 39.6% en deterioro leve. En el grupo de expuestos a la violencia, de los 25 casos estudiados, el 48% ostenta nivel severo, el 44% en moderado, el 4% en normal y otro 4% para nivel leve de deterioro cognitivo.

V. Discusión

El presente estudio tuvo como finalidad principal el conocer el nivel de funcionamiento y deterioro cognitivo en una muestra de pacientes usuarios del Hospital Militar, esta muestra tuvo como otra característica que un grupo de ellos había padecido violencia de algún tipo, ya sea en su entorno familiar o comunitario; otro grupo que manifestó no haber vivido ningún tipo de maltrato o violencia. Es menester también mencionar que las evaluaciones con el instrumento fueron realizadas de manera presencial e individualmente, lo que permitió conocer más detalladamente a cada uno de ellos o individuos que fueron parte de la muestra. En general, en la muestra pudo observarse la presencia de limitaciones cognitivas al recordar hechos, orientarse en tiempo, espacio y persona o al hacer cálculos numéricos. Este estudio busca determinar si existe o no una diferencia en las funciones cognitivas entre los pacientes que han vivido o viven algún tipo de violencia y los que no, con la finalidad de ofrecer un indicador inicial sobre el posible efecto de la violencia en el adecuado funcionamiento de la cognición en los ancianos.

Con respecto a la hipótesis general, se encontró como resultado que existe una diferencia significativa en el deterioro cognitivo observado en los pacientes que han sufrido violencia y los que no la han padecido, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Esta diferencia puede ser atribuida al hecho de que las personas que sufren maltrato suelen tener poca atención a sus necesidades y cierta marginación social. Esto último puede tener una repercusión en su nivel de interacción, actividades que debe asumir o responsabilidades que se le otorga al adulto mayor, lo que traería disminución en sus funciones cognitivas, esto fue lo que se apreció en la muestra. En los hogares de los pacientes que viven violencia, estos eran dejados de lado, subestimados o directamente discriminados por su edad, usando como justificación una presunta incapacidad. Los resultados aquí encontrados coinciden con los presentados por Capote (2006) cuya muestra cubana de pacientes de alrededor de 30 años, encontró que, del total de la muestra, los pacientes que tenían una calidad de vida pobre, que incluye marginación social, económica y maltrato, suelen tener un mayor nivel de deterioro a diferencia de quienes si tiene una calidad de vida satisfactoria, alejada del maltrato o violencia.

Cabe recalcar que, pese a que la edad de la muestra de Capote es menor a la de este estudio que fue hecho en adultos mayores, los resultados continúan siendo semejantes, la violencia puede influir de alguna manera en el deterioro cognitivo también en adultos más jóvenes. Este autor lo atribuye a la poca vinculación social y entusiasmo por la vida que tiene una persona con pobre calidad de vida y maltratado, esto produce que el adulto mayor no tenga deseos de actualizarse, interactuar o asumir responsabilidades que servirán como factor protector ante el deterioro cognitivo esperado para su etapa del desarrollo. Otro estudio afín en sus resultados es el efectuado por Tamadazo y Peñafiel (2014) que en una muestra de adultos mayores de Ecuador encontró que los pacientes que tiene bajos puntajes en la evaluación del funcionamiento cognitivo, suelen tener calidad de vida de nivel bajo, sobre todo en lo asociado a la interacción social y a la capacidad de asumir responsabilidades puesto que en esas comunidades se deja de lado a los ancianos considerándolos incapaces. Esto se corresponde al mismo tiempo con el sustento teórico presentados por la OMS (2020) quienes sostienen que mientras más grande es la expectativa de vida del adulto mayor, más grande será la necesidad de asistencia que tenga por lo tanto lo hará vulnerable a violencia o maltrata por parte de los cuidadores: Al mismo tiempo este maltrato acelera el propio deterioro de los sistemas del individuo.

Sobre la primera hipótesis específica se buscó establecer la existencia de diferencias significativas entre la dimensión de Atención y concentración en los pacientes adultos mayores que han sufrido violencia y los que no la han padecido. Se halló como resultado que existe una diferencia significativa en el nivel de la dimensión Atención y concentración, observado en los pacientes que han sufrido violencia y los que no la han padecido, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Esta diferencia puede encontrar su justificación en las pocas actividades que realizan los ancianos en sus hogares por ser subestimado por la familia e incluso por la comunidad. El que un adulto mayor cumpla con ejercicios que demanda atención y concentración cómo organizar útiles del hogar, revisar las tareas de los escolares, hacer compras, etc. Podría permitir fácilmente la conservación de sus funciones, el que no se les permita realizarlas es una exclusión que puede traer consecuencia en su cognición. Estos resultados son coincidentes con los

encontrados por Echevarría (2014) cuya muestra de ancianos en Quito, encuentra mayor cantidad de alteraciones cognitivas, el particular en la atención selectiva en los pacientes que han sufrido maltrato de algún tipo. Al respecto puede agregarse el aporte teórico de Rangel (2014) quien realiza una extensa recopilación bibliográfica sobre este fenómeno donde concluye que es de esperarse que una persona que atraviese episodios de violencia, tenga mala atención y concentración porque el propio maltrato causa alteraciones afectivas que van a interrumpir su procesamiento cognitivo. La tristeza, ansiedad, angustia o culpa no le permitirán focalizar correctamente en sus tareas, sino que por el contrario estarán distraídos.

Sobre la segunda hipótesis específica se buscó establecer la existencia de diferencias significativas entre la dimensión de codificación en los pacientes ancianos que son víctimas de violencia y los que no la han padecido. Se halló como resultado que existe una diferencia significativa en el nivel de la dimensión codificación, observado en los pacientes que han sufrido violencia y los que no la han padecido, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula. Resultado que es semejante al hallado por Echevarría (2014) cuya muestra de adultos mayores ecuatorianos, halla que hay menor capacidad de codificación gnosis o uso del lenguaje en los pacientes que han sufrido maltrato de algún tipo. De igual forma, Tabueña (2006) hizo un aporte teórico coincidente, donde atribuye una de las causas principales de la demencia senil a la violencia y maltratos a los que son expuestos los ancianos. A lo largo de su experiencia observo que las dificultades mnésicas y modificatorias son notoriamente más acentuadas en las víctimas de abuso.

Con respecto a la tercera hipótesis específica, se busca hallar diferencia entre las funciones ejecutivas de usuarios del Hospital que han sufrido algún tipo de violencia y los que no la han padecido. El resultado hallado indica que, si existe una diferencia significativa en el nivel de funciones ejecutivas, hay mayor deterioro cognitivo en aquello que si han padecido violencia. El estudio hecho por González, Carhuapoma, Zuñiga, Mocarro (2013) en Perú, tiene un resultado coincidente con el presente estudio. Estos investigadores encontraron que las personas que recibían apoyo familiar para realizar sus actividades, que recibían acompañamiento

afectivo, solían tener menos dependencia funcional y podían realizar mejor sus tareas pues poseían mejores capacidades ejecutivas al planificar, analizar y decidir sobre lo que debían hacer. Sobre el aporte teórico en esta dimensión se tiene a Ballesteros, Mayas y Reales (2013) quienes sostienen que el desempeño de las funciones ejecutivas como organizar, planificar, evaluar o analizar se ven disminuidas en la adultez mayor de forma natural pero el maltrato y la discriminación hacen que estas decrezcan más rápidamente y sobre todo por factores afectivos. Al ser víctima de maltrato un anciano, este puede desarrollar rasgos de depresión como la culpa y sentimientos de inutilidad, lo que hace que se sienta incapaz de realizar estas funciones como guiar a sus nietos, planificar su semana, analizar problemas coyunturales, organizar recursos económicos o materiales. Al excluirse de estas tareas deja una huella en el pensamiento y afecto del anciano que termina por perder el entusiasmo por hacerlas y al no ponerlas en práctica, las va perdiendo con mayor rapidez.

Finalmente, en la cuarta hipótesis específica, se busca establecer si existe o no diferencia entre las funciones de evocación de los pacientes del Hospital que han sufrido algún tipo de violencia y los que no la han padecido. El resultado arrojado demuestra que, si existe una diferencia significativa en el nivel de funciones de evocación, hay mayor deterioro cognitivo en aquellos que si han padecido violencia. Estos resultados se coinciden muy bien con los encontrados por Echevarría (2014) en su muestra ecuatoriana donde encuentra mayor cantidad de alteraciones cognitivas en las funciones mnésicas de los pacientes que implica dificultades para almacenar y evocar información recogida, sobre todo en aquellos que han padecido algún tipo de maltrato. Tabueña (2005) nuevamente aporta su experiencia en el trato con adultos mayores al proponer que el maltrato y la violencia causa dificultades notables y un avance más vertiginoso de deterioro de la memoria y de las capacidades de evocar y almacenar nueva información, asociado a la discriminación que reciben al no permitírsele una opinión o asumir labores que contribuyan a su familia y comunidad.

.VI. Conclusiones

Habiéndose realizado los análisis y procesos correspondientes a los objetivos e hipótesis, resta efectuar las conclusiones pertinentes:

Primero: sobre el objetivo general, El resultado del análisis comparativo evidenció que el rango promedio de los pacientes expuestos a violencia es 21,02 mientras que para los no expuestos es de 48,22. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa.

Segundo: sobre el primer objetivo específico, al analizar la dimensión atención y concentración del deterioro cognitivo se demostró que el rango promedio de los pacientes expuestos a violencia es 28.32 mientras que para los no expuestos es de 44.77, además, la significancia es de 0,003 lo que indica que la diferencia es significativa.

Tercero: sobre el segundo objetivo específico, al analizar las diferencias entre los grupos de estudio, se descubrió que el puntaje promedio para la dimensión codificación de los pacientes expuestos a violencia es 25.78 mientras que para los no expuestos es de 45.97. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa.

Cuarto: sobre el tercer objetivo específico, al indagar en las diferencias entre los grupos de estudio, se descubrió que el puntaje promedio para la dimensión funciones ejecutivas de los evaluados expuestos a violencia es 24.66 mientras que para los no expuestos es de 46.50. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa,

Quinto: sobre el cuarto objetivo específico, donde se exploró la dimensión de evocación se tiene evidenció que el puntaje promedio para los adultos mayores que sufren violencia es 21,02 mientras que para los no expuestos es de 48,22. El índice de significancia es de 0,000 lo que indica que la diferencia es significativa, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

Sexto: En el quinto objetivo específico se presentó los resultados descriptivos de la variables deterioro cognitivo, donde se halló que, de la muestra, el 29.49% tiene nivel normal, 28.21% nivel leve, 23,08 en moderado y el 19.23% con deterioro severo.

VII. Recomendaciones

Finalmente, después de observar el contexto del estudio, es pertinente realizar las siguientes recomendaciones:

Primero: Para la jefatura del hospital, se sugiere aperturar más espacios continuos de talleres para la integración e interacción entre los pacientes de la tercera edad, esto como modo de prevenir el declive de su calidad de vida, incluso puede hacerse de forma remota.

Segundo: Para el personal del departamento psicológico del hospital, crear e incentivar la asistencia de los adultos mayores a talleres psicológicos de prevención del deterioro cognitivo a través de aplicativos virtuales como Kahoot o Educaplay que son apropiados para contenido educativo en un entorno virtual.

Tercero: Para la familia de los pacientes, pasar más tiempo de calidad con los adultos mayores que son parte de su familia, es también importante que estos sean visitados o acompañados en su día a día, además de atribuirles responsabilidades que les hagan sentir importantes en la familia.

Cuarto: A la comunidad de investigación en psicología, se recomienda realizar un estudio correlacional causal para reconocer cual es el factor causante del deterioro cognitivo, si es que es la violencia o inclusive otras variables como autoestima y tipo de familia.

REFERENCIAS.

- Arias, F. (2012). *El Proyecto de Investigación. Introducción a la metodología científica (1.ª ed.)* Episteme.
- Apolo, J. (2012). *Deterioro cognitivo leve en pacientes de la tercera edad ambulatorios.* (Trabajo de grado, tesis de licenciatura) Pontificia Universidad Católica de Ecuador).: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5015>
- Ballesteros, J. y Reales, A. (2000). Atención y memoria. <http://dialnet.unirioja.es/servlet/extaut?codigo=528799>
- Barrera, J. (2016) Deterioro cognitivo y su influencia en la calidad de vida del adulto mayor. (Trabajo de grado, tesis de licenciatura) <http://repositorio.uta.edu.mec/bitstream/123456789/24676/2/Tesis%20Deterioro%20cognitivo%20y%20Calidad%20de%20vida-Carolina%20Barrera.docx.pdf>
- Belmar, M.; Navas, L. y Holgado, F. (2013). Procesos atencionales implicados en el Trastorno por Déficit Atencional con Hiperactividad (TDAH). *Convergencia Educativa*, 2(1), pp. 9-19. Disponible en: <http://rua.ua.es/dspace/handle/10045/35728>
- Bravo, V. (2016). El aprendizaje de las matemáticas: psicología cognitiva y neurociencias. *Revista virtual de la Institución Universitaria de Envigado*, 11(19), pp. 174-92.
- Calero, J. (2011) Incidencia del deterioro cognitivo y la dependencia funcional en mayores de 26 años hospitalizados por fracturas óseas: Análisis de variables moduladoras. (Trabajo de grado, tesis de doctorado) <http://ruja.ujaen.es/bitstream/10953/367/1/9788484396680.pdf>
- Capote, E.; Casamayor, Z.; Castañer, J.; Rodríguez, A.; Moret, Y.; Peña, M. (2016) Deterioro cognitivo en adultos mayores pacientes de diálisis. *Rev Club Med*, 45(3), 11-24.
- Colegio de Psicólogos del Perú (2017). Código de ética y deontología. http://api.cpsp.io/public/documents/codigo_de_etica_y_deontologia.pdf
- Echevarría, Y. (2014). Nivel de conocimiento y calidad de autocuidado del adulto mayor con hipertension. Florencia de mora, 2014. (Trabajo de grado, tesis de licenciatura) Universidad Nacional de Trujillo. <http://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/13845/1615.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Gómez, F. (2016) Prevalencia de deterioro cognitivo en España. Estudio Gómez de Caso en redes centinelas sanitarias. *Neurología*, 33(8), pp. 491-498.

- Gómez, L.; Alcedo, M.; Verdugo, A.; Arias, B.; Fontanil, Y.; Arias, V, Monsalve, A y Morán L. (2016). Escala KidsLife: Evaluación de la calidad de vida de niños y adolescentes con discapacidad intelectual. (1.ª ed.). INICIO.
- Gómez, M.; Gómez, J.; Ado, M. y Gómez, J. (2012). Estudio del acuerdo entre las valoraciones sobre la calidad de vida de pacientes con la enfermedad de Alzheimer y sus cuidadores. *Real Investigación de Demencias*, 51(1), pp. 22-27.
- Gonzáles, B.; Carhuapoma, M.; Zúñiga, E. y Mocarro. (julio 2013). Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día – Lima, Perú. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas*, 38(1), pp. 11-16. <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/7758>
- Gonzáles, R. Hornauer, A. (2014) Cerebro y lenguaje. *Redclínica*, 25(2), 4-14. https://www.redclinica.cl/Portals/0/Users/014/14/14/Cerebro_%20y_lenguaje.pdf
- Grote, G. y Guest, D. (2017). The case for reinvigorating quality of working life research. *Human Relations*, 70(2), 149-167. doi.org/10.1177/0018726716654746
- Guapisaca D, Guerrero J, Idrovo P. Prevalencia y factores asociados al deterioro cognitivo en adultos mayores de los asilos de la ciudad de Cuenca, (Trabajo de grado, tesis de doctorado). Universidad de Cuenca Facultad de Ciencias Médicas.
- Gutiérrez, R. El Proceso de envejecimiento y los cambios biológicos psicológicos y sociales. (2.ª ed.). Mheducation. <https://www.mheducation.es/bcv/guide/capitulo/8448176898.pdf>.
- Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2010). Metodología de la investigación. (6.ª ed.). Mc Graw Hill.
- Hernández, A.; Lumbreras, M.; Méndez, P, Rojas, E.; Cervantes, M. y Juárez, C. (2017). Validación de una escala para medir la calidad de vida laboral en hospitales públicos de Tlaxcala. *Salud Publica Mex*, 59(2), 182-192. Disponible en: <http://doi.org/10.21149/7758>
- Kim, M. y Ryu, E. (2015). Structural equation modeling of quality of work life in clinical nurses based on the culture-work-health model. *Journal of Korean Academy of Nursing*, 45(6), 879-889.
doi: <https://doi.org/10.4040/jkan.2015.45.6.879>
- Lacón, L. y Ortega, H. (2015) Cognición, metacognición y escritura. *Revista Signos*, 41(67), 231-255.
https://www.researchgate.net/publication/240841092_Cognicion_metacognicion_y_escritu

- Leiva, A.; Sánchez, J.; Palacios, L. (2016) Factores predictores de deterioro cognitivo en población mayor de 64 años institucionalizada y no institucionalizada. *MeDes*, 26(2), 10-18. <https://medes.com/publication/108547>
- Luria, A.(1984). *Conciencia y lenguaje*. (2.^a ed.). Visor
- Ordoñez, A. (2012) *Deterioro cognitivo leve en pacientes de la tercera edad ambulatorios*. (Trabajo de grado, Tesis de doctorado). Pontificia Universidad Católica de Chile. <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/5015>
- Organización Mundial de la Salud (2015). Las estadísticas de la OMS revelan una disminución de las desigualdades sanitarias entre los países con las mejores y las peores condiciones de salud. <https://www.who.int/es/news/item/15-05-2013-who-statistics-show-narrowing-health-gap-between-countries-with-best-and-worst-health-status>
- Organización Mundial de la Salud (2020). Maltrato de las personas mayores <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/elder-abuse>
- Organización de las Naciones Unidas (2020) Recomendaciones generales para la atención a personas mayores desde una perspectiva de derechos humanos. https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/45316/4/S2000271_es.pdf
- Otzen, T. y Manterola, c. (2017) Técnica de muestreo sobre una población. *Scielo*, 35(1). 97- 102. <https://scielo.conicyt.cl/pdf/ijmorphol/v35n1/art37.pdf>
- Papalia, D; Olds, W. y Feldman, S. (2009). *Desarrollo humano*. (5.^a ed.). McGraw Hill.
- Papalia, D.; Sterns, H.; Feldman, R. y Camp, C. (2009). *Desarrollo del adulto y vejez*. (2.^a ed.). McGraw Hill.
- Paz, T. y Pereda, A. (2020). Propiedades psicométricas de la Escala de satisfacción laboral de Warr, Cook y Wall en una universidad privada, Lima, 2020. (Trabajo de grado, tesis de licenciatura). Universidad César Vallejo.
- Posner, M.. y Dehaene, S. (1994). Attentional networks. *Trends in Neuroscience*, 17(1), 75-79. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0166223694900787?via%3Dihub>
- Qin, T. (1994) *Psicología y Lenguaje*. (1.^a ed.). Tobal.
- Rebollo, M. y Montiel, S. (2006) Atención y funciones ejecutivas. *Neurología*, 42(2), 2-7. <https://www.neurologia.com/articulo/2005786>
- Roselli, M. (2015) Desarrollo Neuropsicológico de las Habilidades Visoespaciales y Visoconstruccionales. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y*

- Neurociencias*, 15(1), 175-200 175.
https://revistannn.files.wordpress.com/2015/05/14-rosselli_desarrollo-habilidades-visoespaciales-enero-junio-vol-151-2015.pdf
- Squire, L. (2004) Memory systems of the brain: A brief history and current perspective. *Neurobiology Learn*, 82(1), 171–177.
- Tapia, V. y Luna, J. (2008) Procesos cognitivos y desempeño lector. *Revista de Investigación en Psicología*, 11(1),37-68.
<https://doi.org/10.15381/rinvp.v11i1.3873>
- Valdez, J. (2017). Factores psicológicos y sociales relacionados a la calidad de vida del adulto mayor, Centro de Salud Cono Sur I-4. (Trabajo de grado, tesis de licenciatura) Universidad Nacional del Altiplano.
http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/6975/Valdez_Condori_Jackeline_Vanesa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Varela, L.; Chávez, H.; Gálvez, M. y Méndez (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista Sociedad Peruana Médica Internacional*, 17(2), 37-42.
http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_17_2_2004/a02.pdf
- Vásquez, F. (2010) Impacto de los estilos de vida entre cafetaleros y cañeros en la vejez. worldwidescience.org/topicpages/e/entre+los+estilos.html
- Velazco, L. y Carrera, T. (2017) Dependencia física y deterioro cognitivo en los adultos mayores de la casa hogar “misioneros de amor”, Chaclacayo, 2016. (Trabajo de grado, tesis de licenciatura). Universidad Peruana Unión.
https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/UPEU/415/Lessly_Tesis_bachiller_2017.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Vivas, J. (2016) ¿Por qué el estudio del lenguaje es fundamental para la cognición? (1.ª ed.). Pirámide.
- Luna, Y. y Vargas, H. (2018). Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 81(1), 9-19.
<http://www.scielo.org.pe/pdf/rnp/v81n1/a03v81n1.pdf>
- Segura Cardona, A., Cardona Arango, D., Segura Cardona, A., Muñoz Rodríguez, D. I., Jaramillo Arroyave, D., Lizcano Cardona, D., Agudelo-Cifuentes, M. C., y Morales Mesa, S. (2018). Factores asociados a la vulnerabilidad cognitiva de los adultos mayores en tres ciudades de Colombia. *Aquichan*, 18(2), 210-222.
<https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/7782>

Anexo 1: Matriz de consistencia

NIVEL	PROBLEMA		OBJETIVOS		HIPÓTESIS		METODOLOGÍA	
	GENERAL	ESPECÍFICOS	GENERAL	ESPECÍFICAS	GENERAL	ESPECÍFICAS		
Descriptivo comparativo		¿Cuáles son las diferencias en la dimensión atención y concentración del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020?		Identificar las diferencias en la dimensión atención y concentración del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		H1: Existen diferencias significativas en la dimensión atención y concentración del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020. H0: No existen diferencias significativas en la dimensión atención y concentración del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		
		¿Cuáles son las diferencias en la dimensión codificación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020?		Identificar las diferencias en la dimensión codificación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		H1: Existen diferencias significativas en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020. H2: Existen diferencias significativas en la dimensión codificación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		
	¿Cuáles son las diferencias en los usuarios adultos mayores víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020?		Identificar las diferencias en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.				H0: No existen diferencias significativas en la dimensión codificación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.	Enfoque: cuantitativo Tipo: básica Diseño: no experimental
		¿Cuáles son las diferencias en la dimensión funciones ejecutivas del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020?		Identificar las diferencias en la dimensión funciones ejecutivas del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		H3: Existen diferencias significativas en la dimensión funciones ejecutivas del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020. H0: No existen diferencias significativas en la dimensión funciones ejecutivas del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		Nivel: descriptivo - comparativo
	¿Cuáles son las diferencias en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020?		Identificar las diferencias en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		H0: No existen diferencias significativas en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020. H4: Existen diferencias significativas en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.			
	¿Cuáles son las diferencias en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020?		Identificar las diferencias en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.		H0: No existen diferencias significativas en la dimensión funciones de evocación del deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que son víctimas de violencia y los que no son víctimas de violencia del Hospital Militar, 2020.			

Anexo 2: Matriz de operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Items	Escala	Nivel y Rango
Deterioro cognitivo	Paulatina disminución de las funciones cognitivas, aparece de forma natural en la edad adulta y, puede llegar hasta la pérdida completa de la función.	Puntajes obtenidos a través de la evaluación de funciones neuropsicológicas NEUROPSI	Orientación	Conciencia de sí mismo y del contexto presente que le rodea	1 al 6	Ordinal	Normal - 75 a 48
			Atención y concentración	Capacidad para focalizarse voluntariamente en una tarea	7 al 9		
			Codificación	Memoria verbal espontanea y capacidad visoespacial	10		Leve 47 - 33
			Lenguaje	Procesos de simbolización relativos a la codificación, decodificación y repetición de los mensajes verbales.	11 al 14		
			Lectura	Capacidad para interpretar símbolos y caracteres transformarlos en habla.	15		Moderado 33 - 20
			Escritura	Capacidad para transformar ideas y pensamientos en códigos y símbolos.	16		
			Funciones ejecutivas	Capacidad para asociar ideas, movimientos y acciones simples para llevar a cabo tareas más complejas	17 al 18		Severo 19 - 6
			Funciones de evocación	Capacidad para recodar y actualizar contenidos mnésicos	19 al 21		

Anexo 3: Instrumento

Evaluación Neuropsicológica Breve NEUROPSI

Apellidos y Nombre:.....HC:.....DNI:.....
 Edad:.....Sexo:.....Escolaridad:.....Lateralidad:.....Ocupación:.....
 Fecha de evaluación:...../...../..... Dirección:.....Telf.:.....
 Ocupación:.....Vive con:.....N° de hijos:.....
 Observaciones de importancia:.....

I. ORIENTACIÓN

Tiempo: Día _____ Mes _____ Año _____
 Espacio: Ciudad _____ Lugar _____
 Persona: Edad: _____
Puntaje total (6): _____

II. ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN.

Dígitos en regresión: Puntaje (5): _____
 4-8/9-1 (2) 2-8-3/7-1-6 (3)
 8-6-3-2/ 2-6-1-7 (4) 6-3-5-9-1/ 3-8-1-6-2
 (5)

Detección visual: Puntaje (16): _____
 Aciertos: _____ Errores: _____

Sustracción: Puntaje (5): _____

20 / 17 / 14 / 11 / 8 / 5

Puntaje total (26): _____

III. CODIFICACIÓN.

A. Memoria verbal espontánea: puntajes (6) _____

Intrusiones _____
 Perseveraciones _____
 Primacia _____
 Presencia _____

I Ensayo	II Ensayo	III Ensayo
Gato _____	Mano _____	Codo _____
Pera _____	Vaca _____	Fresa _____
Mano _____	Fresa _____	Pera _____
Fresa _____	Gato _____	Vaca _____
Vaca _____	Codo _____	Gato _____
Codo _____	Pera _____	Mano _____
Total _____	Total _____	Total _____

B. Proceso visoespacial: Puntaje (12) _____ (Lámina 1)

Puntaje total (18) _____

IV. LENGUAJE

A. Denominación: Puntaje(8) _____

1. Chivo.....2. Guitarra.....3. El niño llora.....
 4. Dedo.....5 Llave.....6. Serpiente.....
 7. Reloj.....8 Bicicleta.....

B. Repetición: Puntaje(4) _____

1. Sol.....2.Ventana.....3.El niño llora.....
 4. El hombre caminaba lentamente por la calle.....

C. Compresión: Puntaje(6) _____

1. Señale el cuadrado pequeño _____
2. Señale el un círculo y un cuadrado _____
3. Señale un círculo pequeño y un cuadrado grande _____
4. Toque un círculo pequeño, si hay un cuadrado grande _____
5. Toque un cuadrado grande en lugar del círculo pequeño _____
6. Además de tocar los círculos, toque el cuadrado pequeño _____

D. Fluidez verbal: Puntaje(8) _____

Fluidez Semántica: N° palabras (Anim)____=Pje.____

Fluidez fonológica: N° palabras _____ F _____=pje.____

Puntaje total (26) _____

Fluidez Semántica:

Puntaje natural	valor codificado
0-8	1
9-18	2
19-24	3
25-30	4

Fluidez fonológica:	
Puntaje natural	valor codificado
0-6	1
7-13	2
14-18	3
19-50	4

I. LECTURA

1. ¿Por qué se ahogó el gusano?

2. ¿Qué pasó con el otro gusano?

3. ¿Cómo se salvó el gusano?

Puntaje (3) _____

II. ESCRITURA

a. El perro camina por la calle

b. Las naranjas crecen en los arboles

Puntaje (2) _____

III. FUNCIONES EJECUTIVAS

A. CONCEPTUAL

Semejanzas Puntaje (6) _____

1. Naranja/Pera : _____

2. Perro/Caballo : _____

3. Ojo/Nariz : _____

Calculo: Puntaje (3) _____

1. 13+15 = _____

2. 12 soles+9-14 = _____

3. 2 ¹/₂ docenas = _____

Secuenciación: Puntaje (1) _____

B. MOTORA:

Posición de la mano: Puntaje (4) _____

Derecha _____

Izquierda _____

Movimientos alternos: Puntaje (2) _____

Movimiento opuesto: Puntaje (2) _____

Puntaje total (18) _____

IV. FUNCIONES DE EVOCACIÓN

Memoria Visoespacial: Puntaje total(12) _____

(Lámina 1)

Memoria Verbal:

1. Evocación	2. C/Clave
	Partes del cuerpo
	Frutas
	Animales
Puntaje (6) _____	Puntaje (6) _____

3. Reconocimiento

Boca	Codo	Vaca
Gato	Árbol	Mano
Cama	Gallo	Zorro
Pera	Lápiz	Caja
Flor	Fresa	

Puntaje (6): _____

Intrusiones/Perseveraciones/Primacia/Presencia

Puntaje total (30): _____

RESUMEN GENERAL

Áreas	
Orientación	6
Atención y concentración	26
Codificación	18
Lenguaje	26
Lectura	3
Escritura	2
Funciones ejecutivas	18
Funciones de evocación	30
PUNTAJE GENERAL: (129)	_____

Escolaridad nula (analabeto)				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	91-60	59-45	44-30	29-14
31-50	94-68	67-54	53-41	40-28
51-65	90-59	58-44	43-28	27-13
66-85	75-48	47-34	33-20	19-06
1 a 4 años (primaria incompleta)				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	104-73	72-58	57-42	41-27
31-50	104-81	80-69	68-58	57-46
51-65	97-77	76-67	66-57	56-47
66-85	89-61	60-46	45-32	31-18
5 a 9 años (primaria completa y sec. Incompleta]				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	113-102	101-97	96-86	85-75
31-50	117-106	105-101	100-90	89-79
51-65	110-98	97-91	90-79	78-67
66-85	90-80	79-72	71-56	55-39
10 a 24 años (secundaria completa y sup. Completa)				
Edad	Normal	Leve	Moderado	Severo
16-30	114-103	102-98	97-87	86-77
31-50	112-102	101-97	96-88	87-78
51-65	101-93	92-88	87-80	79-72
66-85	91-78	77-72	71-59	58-40

CONCLUSIÓN DIAGNÓSTICA:.....

RECOMENDACIONES:.....

Anexo 4: Base de datos

IBM SPSS Statistics Editor de datos

Archivo Editar Ver Datos Transformar Analizar Marketing directo Gráficos Utilidades Ampliaciones Ventana Ayuda

12: Sexo 1 Visible: 13 de 13 variables

	Sexo	Edad	violencia	Orientación	Atención	Codificación	Lenguaje	Lectura	Escritura	Ejecutivas	Evocación
1	1	85	1	5	15	9	20	3	0	0	0
2	1	93	1	5	8	4	17	0	2	8	5
3	2	89	1	6	20	9	20	0	1	15	6
4	2	82	1	6	2	9	17	0	2	8	3
5	2	64	1	2	13	2	10	0	2	5	2
6	2	79	1	1	2	4	14	3	0	7	5
7	1	74	1	6	12	10	13	0	0	0	0
8	1	74	1	6	12	10	13	0	0	0	0
9	2	70	1	6	21	11	22	1	2	7	4
10	2	72	1	6	26	13	21	3	2	15	21
11	2	83	1	5	14	6	16	0	0	9	7
12	1	91	1	5	19	11	20	1	2	9	6
13	1	81	1	3	3	3	15	0	1	8	4
14	1	84	1	6	7	7	19	2	2	15	5
15	1	67	1	6	22	12	24	3	2	17	7
16	1	82	1	4	7	4	20	0	1	8	6
17	1	92	1	5	13	5	17	1	1	7	3
18	1	86	1	0	8	2	14	0	0	2	3
19	1	86	1	4	8	4	8	0	1	6	9
20	2	73	1	5	22	4	20	2	0	13	3
21	1	85	1	5	14	5	13	0	2	11	3
22	1	78	1	3	18	4	20	3	2	9	0

Vista de datos Vista de variables

DRIORCPG - Excel

Archivo Inicio Insertar Disposición de página Fórmulas Datos Revisar Vista Ayuda ¿Qué desea hacer?

Calibri 11 Fuente Alineación Número Estilos Celdas Edición

M3 =SUMA(E3:L3)

	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R
1				1: Si; 2: No	neuropsi													
2	Sujeto	Sexo	Edad	Violencia	Orientación	Atención	Codificación	Lenguaje	Lectura	Escritura	Ejecutivas	Evocación		Rangos				
3	1	2	70	2	6	15	10	17	1	2	8	9	68	1				
4	2	2	65	2	5	20	10	21	2	2	10	19	89	2				
5	3	1	65	2	6	21	17	21	1	2	16	7	91	2				
6	4	1	87	2	6	11	4	17	0	1	13	8	60	1				
7	5	1	85	1	5	15	9	20	3	0	0	0	52	4				
8	6	1	83	2	5	15	16	19	2	2	11	14	84	2				
9	7	1	93	1	5	8	4	17	0	2	8	5	43	3				
10	8	2	89	1	6	20	9	20	0	1	15	6	77	3				
11	9	2	81	2	6	25	8	21	2	2	13	11	88	1				
12	10	1	88	2	5	17	4	20	1	1	12	6	66	1				
13	11	2	82	1	6	2	9	17	0	2	8	3	47	4				
14	12	2	84	2	6	10	7	19	1	2	10	4	59	1				
15	13	2	64	1	2	13	2	10	0	2	5	2	36	3				
16	14	2	79	1	1	2	4	14	3	0	7	5	36	3				
17	15	1	74	1	6	12	10	13	0	0	0	0	41	4				
18	16	2	75	2	5	8	10	20	0	2	9	10	64	1				
19	17	1	85	2	6	13	7	19	2	2	17	18	84	2				
20	18	1	81	2	6	20	16	23	2	2	14	11	94	2				
21	19	2	72	2	6	20	11	21	3	2	16	18	97	2				
22	20	1	74	1	6	12	10	13	0	0	0	0	41	4				
23	21	2	70	2	6	15	10	17	1	2	8	9	68	1				
24	22	2	76	2	6	21	11	23	3	2	14	17	97	2				
25	23	2	76	2	6	21	11	22	3	2	12	19	96	2				
26	24	1	89	2	6	18	8	20	1	2	14	14	83	1				
27	25	2	69	2	6	21	11	22	3	2	17	16	98	2				
28	26	2	70	1	6	21	11	22	1	2	7	4	74	3				
29	27	2	72	1	6	26	13	21	3	2	15	21	107	2				
30	28	2	83	2	5	14	6	16	0	0	9	7	57	4				
31	29	2	82	2	6	20	16	20	1	2	10	6	81	1				

Hoja1 Hoja2 Hoja4 Hoja3

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Soy Elizabeht Otoy Chirinos con DNI 44059857, estudiante del Taller de Elaboración de Tesis de la Universidad Cesar Vallejo - Programa de Titulación UCV, para obtener el título profesional de Licenciada en Psicología, me presento con la finalidad de realizar un estudio denominado “Diferencias en el deterioro cognitivo en los usuarios adultos mayores, entre los que padecen de violencia y los que no la padecen del Hospital Militar, 2020.

Este estudio investigativo tiene como principal finalidad determinar si existe diferencias en el deterioro cognitivo entre los usuarios adultos mayores víctimas violencia y en los que no lo padecen. Si existe alguna duda que desee absolver con respecto a la investigación, siéntase en total libertad de formularla para responderle.

Los datos de este estudio, serán mantenidos en el anonimato y aquellos que se recojan serán utilizados exclusivamente con fines propios de este estudio.

De antemano se le agradece por participar en esta investigación.

Firma del participante:

Nombre:

DNI:

Anexo 6: Autorización del Hospital Militar para realizar el estudio

	PERU	Ministerio de Defensa	Ejército Del Perú	Comando de Salud del Ejército	Hospital Militar Central	Departamento de Apoyo a la Docencia
---	------	-----------------------	-------------------	-------------------------------	--------------------------	-------------------------------------

"AÑO DE LA LUCHA CONTRA LA CORRUPCIÓN Y LA IMPUNIDAD"

Jesus María, 6 de Noviembre de 2019

Oficio N° 1308AA-11/8/HMC

Señor **Dr. Oices Cantón Marín**
Decano (e) Facultad de Psicología y Trabajo Social
Universidad Inca Garcilaso de la Vega
Av. Petit Thouars 248 - Lima

Asunto: Autorización para realizar investigación científica en el HMC -

Ref: a. Carta N°2158-2019-DFPTS del 4 Nov 2019
b. Directiva N° 002/ Y- 6,3.c./05.00 "Normas para la realización de trabajos de investigación y ensayos clínicos en el Sistema de Salud Del Ejército"

Tengo el agrado de dirigirme a Ud., para saludarlo cordialmente y en relación al documento de la referencia "a", comunicarle que esta dirección autoriza que la Srta. ELIZABETH ANGELICA OTOYA CHIRINOS, bachiller de la carrera de Psicología de vuestra universidad, realice la muestra representativa de investigación para la elaboración de su tesis en nuestro hospital.

Es propicia la oportunidad para expresarle nuestra consideración más distinguida.


06554167- 0+
SERVIN SOLIS OCHOA
General de Brigada
Director General del HMC

DISTRIBUCIÓN:
- UIGV01
- Archivo.....01/02
LMM/eyl