

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de **PSICOLOGÍA**

“DETERIORO COGNITIVO EN USUARIOS
AMBULATORIOS DE INSTITUCIONES QUE
ATIENDEN PROBLEMAS DE ADICCIONES EN LA
CIUDAD DE CAJAMARCA, SEGÚN SEXO, 2022”

Tesis para optar al título profesional de:

Licenciado en Psicología

Autores:

Cesar Augusto Oliva Cabanillas

Giancarlo Briones Saldaña

Asesor:

Mg. Lic. Juan Pablo Sarmiento Longo

<https://orcid.org/0000-0002-9742-2992>

Cajamarca - Perú

JURADO EVALUADOR

Jurado 1 Presidente(a)	Oscar Ivan Alfaro Bustamante	45628715
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 2	Eduardo Alonso Farfan Cedron	40988807
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

Jurado 3	Jonathan Alexander Orbegoso Villalba	47658123
	Nombre y Apellidos	Nº DNI

INFORME DE SIMILITUD

Oliva Briones

INFORME DE ORIGINALIDAD



FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.upn.edu.pe Fuente de Internet	3%
2	Submitted to Universidad Privada del Norte Trabajo del estudiante	3%
3	doaj.org Fuente de Internet	2%
4	www.neurologia.com Fuente de Internet	1%
5	repositorio.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	repositorio.unp.edu.pe Fuente de Internet	1%
7	repositorioacademico.upc.edu.pe Fuente de Internet	1%
8	dspace.ups.edu.ec Fuente de Internet	1%

DEDICATORIA

Dedico la presente investigación a mi familia que siempre estuvo apoyándome en todo momento, así como a mis compañeros más cercanos porque siempre me motivaron a salir a delante y finalmente a mi compañero Briones Saldaña, por todo el apoyo ofrecido en el transcurso de la carrera.

Oliva Cabanillas C.A.

Dedico el presente trabajo a mis padres que fueron, son y serán mi fuente de inspiración y la fuerza que día a día me impulsa a ser mejor persona y profesional

Briones Saldaña G.

AGRADECIMIENTO

La universidad me abrió las puertas al mundo como tal, todas las oportunidades de crecer profesional y personal que me ha brindado son incomparables, además de todos los conocimientos que adquirí del mundo de la psicología.

Agradezco mucho por la ayuda de mis maestros, mis compañeros a mi asesora Mg. Lic. Kelly Magdalena Santa Cruz Cáceres y en especial a mi familia que siempre fue un soporte y apoyo para que mi sueño de ser psicólogo se cumpla.

Oliva Cabanillas C.A.

Agradezco inmensamente a mis padres por su constante apoyo, confianza y capacidad para guiarme, a mi asesora Kelly Magdalena Santa Cruz Cáceres por guiarme de la mejor manera.

Briones Saldaña G.

TABLA DE CONTENIDO

JURADO CALIFICADOR.....	2
INFORME DE SIMILITUD.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO.....	5
TABLA DE CONTENIDO.....	6
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
ÍNDICE DE FIGURAS.....	8
RESUMEN.....	9
CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN.....	10
CAPÍTULO II: METODOLOGÍA.....	20
CAPÍTULO III: RESULTADOS.....	25
CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	30
REFERENCIAS.....	33
ANEXOS.....	37

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1. Prueba de normalidad del Test de Evaluación Cognitiva Montreal y Sustancias Psicoactivas.....	
	255
Tabla 2. Diferencia Significativa de Deterioro Cognitivo según el sexo.....	26
Tabla 3. Porcentajes de deterioro cognitivo presentes.....	27
Tabla 4. Diferencia de deterioro cognitivo en hombres y mujeres.....	28
Tabla 5. Deterioro Cognitivo y etapas inicio de consumo.....	299

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Diagrama de diferencia significativa.....21

RESUMEN

El objetivo de la investigación fue determinar la diferencia significativa de deterioro cognitivo por el consumo de sustancias psicoactivas en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, 2022. Se tuvo una muestra de 50 usuarios. Utilizándose un enfoque cuantitativo, diseño no experimental y alcance descriptivo, además aplicando el Test de Montreal Cognitive Assessment (MoCA) y una ficha sociodemográfica creada por los tesisistas. En los resultados se encontró que la diferencia significativa de deterioro cognitivo según el sexo ($p = .145$), dando a entender que no existe diferencia de deterioro cognitivo según sexo. Asimismo, se encontró un 50% de evaluados tienen una presencia leve de deterioro cognitivo. Además, se evidenció un 70% (hombres) y un 28% (mujeres) presentan deterioro cognitivo. Finalmente, la etapa de la vida donde se aprecia mayor inicio de consumo de sustancia y mayor deterioro cognitivo, es la adolescencia. Se concluye que no existe diferencia de deterioro cognitivo presentado en hombres y mujeres por consumo de sustancias psicoactivas, pero, se evidenció mayor prevalencia de deterioro cognitivo en hombres que en mujeres, cuanto más precoz sea el inicio de consumo de sustancias, mayor será el deterioro cognitivo en el futuro.

PALABRAS CLAVES: Deterioro cognitivo, consumo de sustancias psicoactivas y sexo.

CAPÍTULO I: INTRODUCCIÓN

En el Perú, existen registros que los incas empleaban sustancias psicoactivas comúnmente como analgésico y energizante de uso cotidiano, además de tener fines mágico-religiosos en fiestas, celebraciones, costumbre y tradiciones, para hacer frente a los problemas y para intentar regular sus estados emocionales (Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, 2015).

Hoy en día dichas prácticas se vienen realizando con normalidad y en gran mayoría dichas actividades son recreativas; así mismo, Espada (2003, p. 84), menciona que el consumo de alcohol y otras drogas en jóvenes y adultos suscita preocupación social, asociado al disfrute del ocio y de las relaciones sociales con la utilización de sustancias, por ello se dice que la relación adolescencia – drogas es bidireccional.

Por otro lado, el término droga se aplica a “sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva que tienen la capacidad de generar dependencia psicológica y física, ocasionando un grave deterioro psicorgánico y de conducta social” (Arce Cali, 2019, p. 7).

La Dirección Regional de Salud de Junín (2019), a través de los Centros de Salud Mental Comunitario y los establecimientos de salud de dicha región, menciona que en el año 2019 atendieron a 4,229 personas debido a consumo de sustancias psicoactivas, en las cuales hace énfasis en el alcohol y el tabaco; de este total 1,492 eran mujeres y adolescente.

Además, una encuesta realizada por el Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas, la cual fue aplicada a un aproximado de 300 personas de entre 18 a 59 años de edad, dicha prueba mostró que el 90% de los

encuestados reconoció tener alguna sustancia ilegal en su casa durante la cuarentena, así mismo, reveló que el 7.3% salió a buscar drogas durante la cuarentena, 2.4% recibió un ofrecimiento para consumirlas y 0.5% las compró en grupo. Por otro lado, se evidenció que más de la mitad de los encuestados afirmó haber consumido alcohol durante la pandemia. De dicho grupo, un 14.6% mencionó tomar casi diario o tomar diariamente, el 15.3% afirmó que consumían una vez a la semana, el 24,2% consume una vez al mes y el 45.9% consumió una vez durante la cuarentena. Por otro lado, en cuanto al tabaco, el 33% refirió haberlo consumido como mínimo una vez durante la cuarentena, un 20% consumió una vez al mes, como también un 20% consumió 1 vez por semana y un 26.7% fumaba casi diario. En cuanto al cannabis o marihuana, un 2.7% mencionó haber consumido durante la cuarentena, un 0.7% consumió cocaína y 1% consumió pasta básica de cocaína (CEDRO, 2020). Todo esto da en evidencia que a pesar de la coyuntura el consumo de sustancias psicoactivas se viene realizando con normalidad en todo el Perú.

Por otro lado, a raíz de la aparición de la COVID-19, todos los países fueron sometidos a un estado de cuarentena generado por la situación epidemiológica. (Lorente, 2020) De tal modo, Pascale (2020), menciona que, durante dicha pandemia, la población estuvo encerrada en sus hogares, este sumado al constante miedo y temor al contagio, miedo a morir y reiteradas noticias sobre el aumento de dicha enfermedad; todo esto generó un aumento de estrés. Si la pandemia ya fue un aumento de estrés para la población no consumidora de sustancias, para las personas que son consumidores, abusivos y dependientes a dichas sustancias, lo fue aún más; del mismo modo, Bueno (2021), afirma esta idea mencionando: “la cuarentena es estresante para

todos, pero para las personas que consumen cualquier sustancia psicotrópica la forma de enfrentar el estrés es el consumo” (p.30).

De otra manera, la Organización Mundial de la Salud (2020), menciona que el deterioro cognitivo es el detrimento de las capacidades mentales, como: afección de la memoria, el pensamiento, la orientación del espacio y tiempo, la comprensión, el cálculo, el lenguaje, la capacidad de aprendizaje, entre otros. El mayor problema que tienen las adicciones no son solo los efectos que producen a corto plazo, por el contrario, el problema principal son los efectos que producen a medio plazo (como puede ser desorientación en el tiempo y espacio, pérdida de memoria leve y cambios de conducta “irritabilidad, mal genio, etc.”), y a largo plazo (falencias en la comprensión de orden, desorientación temporal y espaciales, dificultades en el aprendizaje, afección de actividades que son automáticas, aparece la agitación, ansiedad, agresividad e incluso la depresión) (Becona Iglesias et al., 2010, p. 16). Así mismo, el deterioro cognitivo es el declive de las funciones mentales que, en función de su magnitud, puede calificarse como Trastorno Neurocognitivo leve o mayor (Silva Peña, 2019, p. 14).

Por ello, la presente investigación se centra en la línea de Salud Pública y Poblaciones Vulnerables, con la finalidad de determinar las diferencias significativas existentes entre el deterioro cognitivo frente a hombres y mujeres que consumen sustancias psicoactivas, además, de tener una finalidad implícita de aportar a futuras investigaciones resultados relevantes del estudio realizado a consumidores que se atienden en instituciones que atienden problemas de adicciones de la ciudad de Cajamarca. Por lo que, se revisó la bibliografía relacionada con la variable de deterioro cognitivo.

La investigación de Arce Cali (2019) titulada “Afectación cognitiva en paciente drogodependientes según la edad de inicio y tiempo de consumo”, en la cual se aplicó el Test Neuropsi al un grupo de pacientes consumidores y a otro grupo que no lo era. Los resultados muestran que el grupo que no presentó dificultades cognitivas (media de inicio de 19 años ± 5), el grupo que presenta deterioro cognitivo leve (media de inicio de consumo de 19 años ± 4), el deterioro cognitivo moderado (media de inicio de consumo de 16 años ± 3) y el deterioro cognitivo severo (media a inicio de consumo de 15 años ± 3). Se concluye que, para generar un deterioro cognitivo precoz, es adecuado discernir la edad de inicio de consumo de las sustancias. Además el grado de deterioro cognitivo es normal, moderado o severo, la edad de inicio de consumo es de 18.9, 16.3 y 15 años correspondientemente.

Por otro lado, Ochoa Arias (2020) en su investigación “Deterioro cognitivo asociado al consumo de marihuana en los pacientes institucionalizados en el Cetad Kairós”, se aplicaron fichas sociodemográficas, batería Neuropsi y el reactivo ASSIT. El Test ASSIST mostró un 100% de consumo de marihuana, un 45,7% en consumo de bases de cocaína y 22,9% consumo de cocaína. Asimismo, los resultados del Test Neuropsi fueron de 85,75% presenta un nivel cognitivo normal o alto, 7,1% presentan deterioro cognitivo leve y 4,3% presenta deterioro cognitivo severo. Concluyendo así que casi la mitad de pacientes con deterioro cognitivo leve se encuentra entre el grupo etario de 21 a 30 años y los evaluados con deterioro cognitivo severo se encuentra entre los 21 a 50 años.

Villa et. al. (2021), en el estudio “Funcionamiento cognitivo en pacientes con trastorno por uso de alcohol que inician tratamiento ambulatorio de deshabituación alcohólica”, se aplicó AD-HOC, WAIS-III, Test de Atención D2, California Verbal

Learning Test (CVLT), Wisconsin Card Sorting Test (WCST), Test de Stroop (SCWT), Iowa Gambling Test (IGT) y Association Test (IAT). Los resultados arrojaron que los evaluados consumidores presentaron un déficit mayoritario con respecto a los evaluados sanos. Las áreas en las cuales se observa dificultad fueron: velocidad de procesamiento, atención, memoria anterógrada y de trabajo, función ejecutiva, resistencia a la interferencia, razonamientos abstractos y flexibilidad cognitiva. Sin embargo, en las pruebas IGT e IAT, no se logró identificar alguna diferencia muy relevante. Concluyendo que existe presencia de deterioro cognitivo asociado al consumo de alcohol en los pacientes que demandan tratamiento ambulatorio.

García García et. al. (2017) en su investigación “La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias psicoactivas”, se la prueba de Deterioro Cognitivo evaluado a través de la escala The Montreal Cognitive Assessment, MoCA. Los resultados fueron: presencia de deterioro cognitivo ($M = 22.73$; $DT = 4.03$); deterioro cognitivo sobre cannabis es progresivamente mayor ($M = 21.20$; $DT = 5.93$), que de cocaína ($M = 22.55$; $DT = 4.18$), de alcohol ($M = 23.07$; $DT = 5.93$) y de heroína ($M = 23.50$; $DT = 2.76$). Se mostró existencia de diferencia entre deterioro cognitivo y la edad de inicio ($F(1,49) = 0.46$; M con deterioro = 16.97 , $DT = 4.8$; M sin deterioro = 18.08 , $DT = 5.87$). Se concluye que los consumidores de cannabis presentan mayor deterioro cognitivo que el resto de usuarios que consumen alcohol, cocaína o heroína, sin embargo, las diferencias que existen no son significativas.

CEDRO (2017) realizó un estudio a personas que residen en Perú y que consumen sustancias psicoactivas, en dicho estudio se encontró que el 81.8% de

hombres (5,134,551 aproximadamente) y el 77.2% de mujeres (6,439,703 aproximadamente) consumen alcohol, por otro lado, 62.8% de hombres (3,943,671 aproximadamente) y 44.7% de mujeres (3,728,712 aproximadamente) consumen tabaco, además; 15.5% de hombres (969,655 aproximadamente) y 2.6% de mujeres (219,376 aproximadamente) consumen marihuana, así mismo, 4.1% de hombres (256,744 aproximadamente) y 0.4% de mujeres (34,608 aproximadamente) consumen pasta básica de cocaína, por último; 3.2% de hombres (203,129 aproximadamente) y 0.4% de mujeres (37,267 aproximadamente) consumen clorhidrato de cocaína. Del mismo modo, se evidenció que la edad en la cual se inicia el consumo de sustancias psicoactivas está entre el rango de 18 años para drogas legales y desde los 19 años para drogas consideradas ilegales. Esto da a entender que en todas las sustancias psicoactivas investigadas, los hombres priman su consumo por encima de las mujeres.

Es importante aclarar que todos los antecedentes fueron seleccionados de las bases de datos internacionales y uno nacional, haciendo evidente la brecha existente en la falta de investigaciones sobre el tema presente en el Perú, como también en la ciudad de Cajamarca. Lo cual afirma que la presente investigación será una pieza clave para poder motivar a los futuros profesionales investigadores y del mismo modo aportar datos relevantes para futuros trabajos de investigación.

Cabe mencionar que el deterioro cognitivo se refiere a un estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente Enfermedad de Alzheimer (EA) (Grundman et al., 2004). Además, existe criterios diagnósticos que evidencian la existencia de un deterioro cognitivo, de los cuales podemos evidenciar:

1) olvidos más frecuentes; 2) olvidos de eventos importantes, como citas o compromisos sociales; 3) perder el hilo de los pensamientos o de las conversaciones, los libros o las películas; 4) resulta cada vez más abrumador tomar decisiones, planificar los pasos para realizar una tarea o comprender instrucciones; 5) problemas para orientarte en entornos familiares; 6) reacciones más impulsivo o se muestra cada vez menos juicio y 7) familiares y amigos notan cualquiera de estos cambios. (Clinic Mayo, 2020).

Por otro lado, se le llama sustancias psicoactivas a diversos compuestos naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso, generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento. (Organización Panamericana de Salud, s.f.). Dentro de estas sustancias psicoactivas se dividen en dos: drogas sociales; que son aquellas que comprar u obtener de manera libre sin restricciones legales, dentro de las cuales se encuentran el alcohol, el tabaco y los fármacos; y, por otro lado, se encuentran las drogas ilegales, de las cuales su consumo está prohibido por ley, las personas que consume o venden dichas drogas pueden atravesar problemas legales, dentro de estas tenemos: marihuana, pasta básica de cocaína, inhalantes, drogas de síntesis, anfetamina, metanfetamina, MDMA o Extasis, Ketamina y Dietilamida del ácido lisérgico (LSD).

Asimismo, dentro de las sustancias psicoactivas legales se encuentra al alcohol, que se le conoce como alcohol etílico, este ha sido producido por los seres humanos durante miles de años, en manera de fermentados y destilados; en la actualidad se tiene diferentes variedades de bebidas alcohólicas y con diferentes grados de alcohol; todos estos utilizados de manera recreativa. La forma de ingerir dicha sustancia es de manera bucal debido a que es una sustancia líquida (CEDRO,

2015). Del mismo modo tenemos al tabaco, que es un alcaloide que se encuentra en la naturaleza, para ser más exactos en las hojas de tabaco. Existen diversas maneras de consumir nicotina, pero el tabaco es la forma más recurrente a lo que se refiere adicción a la nicotina. La forma de consumo es inhalando el humo del cigarrillo, que contiene dicha nicotina. (CEDRO, 2015).

A la vez que, en las sustancias psicoactivas ilegales, se encuentra la droga más conocida, la cual es la marihuana, que según CEDRO (2015), es una planta de color gris verdoso, que tiene el nombre científico de “cannabis sativa” y con el transcurso del tiempo los seres humanos han encontrado formas de utilizar todas las partes de la planta con fines psicoactivos. La manera de consumo de estas sustancias es de diversas maneras, pero la más común es mediante la inhalación de humo. También existe la Pasta Básica de Cocaína (PBC), el cual es un potente estimulante del sistema nervioso central. El PBC es una mezcla de sustancias, pero el principal componente es la hoja de coca, que es combinada con múltiples sustancias hasta lograr una consistencia blanquizca. La cocaína tiene efectos aún más devastadores que el consumo de marihuana. (CEDRO, 2015). Del mismo modo, el ser humano usa diversos productos químicos fabricados para objetivos prácticos que tienen un gran margen de toxicidad, dentro de estos podemos encontrar: terocal, solventes, cola sintética, aerosoles, etc. El modo de consumo de esos productos es mediante la inhalación que logra generar síntomas psicoactivos.

Finalizando, la Clínica los Condes (s.f.), menciona que un paciente o usuario ambulatorio, son todo tipo de personas que asiste a un establecimiento por un diagnóstico, consulta o tratamiento, pero que no pasa la noche y tampoco se interna en dicho establecimiento.

Con base en todo lo mencionado con anterioridad, la investigación se justifica haciendo énfasis en averiguar la diferencia de deterioro cognitivo según sexo, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, en el transcurso del año 2022. Del mismo modo, relacionado dichas variables con los factores que son: 1) tiempo de inicio de consumo y 2) nivel de deterioro cognitivo de los participantes. Además, que la investigación aportará una referencia bibliográfica en este campo, el cual no se encontraron investigaciones similares, tanto, el uso de la prueba con las variables, como, el uso de la prueba con la población elegida. Por último, la presente investigación tiene la finalidad de concientizar a los lectores sobre los efectos negativos que conlleva el consumo de sustancias psicoactivas y brindar una base literaria a investigaciones futuras en la misma línea de investigación.

Frente a todo lo expuesto, se formula el problema de investigación a través de la siguiente pregunta: ¿Existe diferencia significativa de deterioro cognitivo según sexo, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, en el año de 2022? Además, se plantean las preguntas específicas: 1) ¿Cuál es el nivel de deterioro cognitivo de mayor prevalencia en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022? 2) ¿Cuál es la etapa de vida dónde se presenta el mayor inicio de consumo de sustancia en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022?

Debido a eso, se estableció el objetivo general de encontrar la diferencia significativa del deterioro cognitivo presente en usuarios ambulatorios de

instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022. Asimismo, los objetivos específicos son: 1) Identificar el nivel de deterioro cognitivo con mayor prevalencia en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, el año de 2022. 2) Determinar en que etapa de vida donde se presenta el inicio de consumo de manera recurrente, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022.

Es por lo cual, se plantea la hipótesis general, si existe diferencia significativa en el deterioro cognitivo presentado en hombres frente a las mujeres, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022. Del mismo modo, las hipótesis específicas son: 1) El deterioro cognitivo moderado es el de mayor prevalencias, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022. 2) Existe mayor recurrencia de inicio de consumo de sustancias en la adolescencia, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

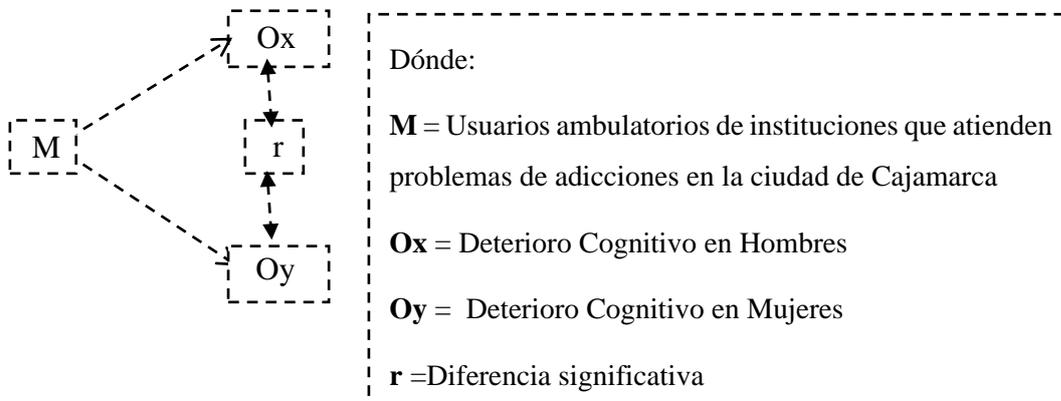
Hernández Sampiere et al., (2003) mencionan que el enfoque cuantitativo usa la recolección de datos para poder comprobar las hipótesis, basándose en la medición numérica y en su análisis para lograr establecer patrones de relación entre diferentes variables. Esta investigación utiliza dicho enfoque, puesto que se utilizó la recolección de datos numéricos, la observación y el adecuado análisis estadístico a fin de verificar si las hipótesis son correctas o erróneas.

Así mismo, presenta un diseño no experimental, puesto que las investigaciones no experimentales es improbable manipular las variables de estudio, por lo tanto, solo se observa y se miden las variables en un entorno de desarrollo natural. (Cívicos & Hernández, 2007).

Esta investigación se enmarca dentro de un alcance descriptivo, debido a que la investigación descriptiva se ocupa de los eventos actuales o pasados. Asimismo, describe las actitudes, comportamientos u otras características de un grupo que se ha seleccionado, evidenciándolas sin ningún tipo de modificación. Para así, proporcionar datos precisos y válidos, particularmente cuando se investiga un área por primera vez, y en este caso que es un área poco investigada. (McMillan, & Schumacher, 2005). Del mismo modo, Gómez y León (2014), mencionan que el método comparativo, permite diferencias o comparar uno o varios grupos que tienen la misma variable o problema. Esto se realiza en esta investigación al comparar el deterioro cognitivo por consumo de sustancias presente en hombres y en mujeres.

Figura 1

Diagrama de diferencia significativa



Nota: Diagrama adaptado por los tesisistas.

Según Arias Fidias (2012), la población, es un conjunto finito o infinito de elementos, personas o instituciones que son motivo de investigación y tienen características comunes. La presente investigación está constituida por una población de 200 usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca.

Por otro lado, Hernández Sampieri et al. (2010), menciona que la muestra es un subgrupo de la población de interés, en la cual se hace la recolección de datos estadísticos y descriptivos que se determinan con precisión. Se empleó el método no probabilístico por conveniencia para seleccionar a los individuos que convienen a los investigadores, los cuales fueron 50 personas.

Cabe mencionar que para determinar la muestra se establecieron los siguientes criterios de inclusión que serían: 1) personas de sexo masculino o femenino, 2) que tengan una edad entre 18 a 57 años, 3) que sean usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, 4) que posean un diagnóstico referente al consumo de sustancias

psicoactivas y 5) que tenga la voluntad para participar en la aplicación de los instrumentos. Sin embargo, se excluyeron a personas que vivían fuera de la ciudad de Cajamarca, además de personas con las que no se pueda comunicar oralmente, como también personas que tengan dificultades motrices y visuales.

Dentro de las técnicas; Abril (2008) menciona que constituyen un grupo de mecanismos, medios o recursos dirigidos a recolectar, analizar y transmitir los datos de los fenómenos sobre los cuales se investiga. Utilizándose principalmente la observación y cuestionario en físico.

En cuanto a lo que respecta el instrumento, Hernández Sampieri et al. (2020), mencionan que los instrumentos se refieren a una serie de procedimientos de una actuación específica y selectiva que tiene la finalidad de recopilar toda la información que está en relación con el método de investigación que se tenga planteado. Es por ello que, se utilizó una ficha que es una hoja elaborada en el Software Microsoft Word, la cual fue de elaboración propia, en la cual se describe los datos generales de los usuarios. Ver Anexo N.º 1. Ficha sociodemográfica creada por los tesisistas. Así como también, el Test de Montreal Cognitive Assessment (MoCA), el cual es una prueba breve que consta de 30 preguntas y cuya aplicación solo demora de entre 15 a 25 minutos. El Test se divide las siguientes áreas: 1) Área de visuoespacial/ ejecutiva, dicha área consta de tres ítems y si todo se realiza de manera adecuada se otorga un puntaje de 5 en total. 2) Área de denominación, consta de 3 ítems para reconocer, de los cuales se otorga 3 puntos en total. 3) Área de memoria, consta de 5 ítems, en este apartado no se asignan puntos. 4) Área de atención, la cual consta de 4 ítems, de ser contestados correctamente se otorga 6 puntos en total. 5) Área de lenguaje, evalúa dos ítems y de ser respondidos de manera correcta se otorga 3 puntos

en total. 6) Área de abstracción, que consta de 2 ítems y se otorga 2 puntos en total.

7) Área de recuerdo diferido, la que consta de 5 ítems y se otorga 5 puntos en total.

8) Área de orientación, la cual consta de 6 ítems y se otorga 6 puntos si todas las respuestas son correctas. Al finalizar la prueba se suma todos los puntajes de las áreas. Por otro lado, Oviedo & Campo (2005), mencionan que la confiabilidad es un indicador que se utiliza para poder medir la consistencia interna de una escala, lo que da a entender que sirve para evaluar el porcentaje en que los ítems del instrumento están relacionados entre sí. La prueba ha sido adaptada al ambiente sociodemográfico de Chimbote – Perú por Moreno López & Rodríguez Samillan (2020). Sin embargo, se ha obtenido datos de la validez y confiabilidad en latino américa, la cual arroja una consistencia interna (α de Cronbach: 0,71-0,85; $n = 5$), así mismo la fiabilidad intercalificador ($r = 0,85-0,93$; $n = 2$) y fiabilidad test-retest ($r = 0,62-0,92$; $n = 3$), validez de contenido ($n = 1$), validez convergente (con MMSE, $r = 0,62-0,76$), validez discriminante ($n = 2$) y valor predictivo ($n = 5$). (Loureiro et al., 2018). Cabe mencionar que no hay referencia de alguna adaptación a la población cajamarquina. Sin embargo, dicha ficha fue validada por tres expertos de la carrera de Psicología. Para luego poder ser aplicada a la población seleccionada en la ciudad de Cajamarca. Ver Anexo N.º 2. Ficha adaptada por los tesisistas. En la prueba piloto aplicada a la población seleccionada de la ciudad de Cajamarca y se logró identificar mediante el Alfa de Cronbach que presenta una confiabilidad de 0,777 en el contexto cajamarquino.

Mientras tanto, las herramientas utilizadas fueron: el programa SPSS, estadística descriptiva, de frecuencias y una prueba de normalidad. En un primer momento, se aplicó una prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov para

determinar la distribución de los datos y en función a ella se determinará el estadístico adecuado para encontrar los objetivos deseados. Seguido de esto se empleó la prueba de U de Mann – Whitney para encontrar la diferencia significativa correlaciones existente en el deterioro cognitivo presentado según el sexo de los evaluados.

Para hacer posible esta investigación se presentó una solicitud a la Dirección Regional de Salud de Cajamarca, con la finalidad de obtener los permisos y así poder acceder a la base de datos de los usuarios atendidos por entidades que atienden problemas de adicción en Cajamarca. Se realizó llamadas telefónicas para pactar un día en específico con los usuarios. Todas las evaluaciones se realizaron de manera presencial en los domicilios de los evaluados. Los datos obtenidos se extrajeron de la prueba MoCA una vez fueron aplicados a los 50 usuarios elegidos, para luego ser procesados en los programas estadísticos Microsoft Excel 2019 y SPSS, luego se digitalizaron, analizados y comparados, finalmente se obtuvo los datos deseados.

El presente estudio han considerado los principios éticos establecidos por el American Psychological Association (APA), en el año 2003, de los cuales se hace mención a: 1) Beneficencia y no maleficencia, puesto que la investigación busca generar un beneficio a todos los participantes y no perjudicarlos. 2) Fidelidad y responsabilidad, donde se asegura que la información que brindan los participantes no será compartida con otros fines que no sea la investigación. 3) Integridad, dando a conocer los datos exactos y precisos sin ningún tipo de alteración. 4) Justicia, que siempre estuvo presente al momento de la selección de los participantes, eligiéndolos de una manera imparcial y permitiendo que todos hayan tenido la oportunidad de acceder al estudio realizado 5) Respeto por los derechos y la dignidad de las personas, eliminando cualquier tipo de prejuicio al momento que se realizó las pruebas.

CAPÍTULO III: RESULTADOS

Una vez aplicado el test de MoCA a los usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, se obtuvo los siguientes resultados:

Tabla 1

Prueba de normalidad del Test de Evaluación Cognitiva Montreal y Sustancias Psicoactivas

Prueba de Kolmogorov-Smirnov			
N		50	
Parámetros normales ^{a,b}	Media	2.05600	
	Desv. Desviación	0.70450	
Máxima diferencias extremas	Absoluta	0.307	
	Positivo	0.307	
	Negativo	-0.214	
Estadístico de prueba		0.307	
Sig. Asin. (bilateral) ^c		<0.001	
		Sig.	0.000
Sig. Monte Carlo (bilateral) ^d	Intervalo de confianza 99%	Límite inferior	0.000
		Límite superior	0.000

Nota: Tabla elaborada por los tesistas.

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

d. El método de Lilliefors basado en las muestras 10000 Monte Carlo con la semilla de inicio 2000000.

Debido a que el tamaño de la muestra de 50 individuos, se empleó coeficiente de Kolmogorov-Smirnov para realizar la prueba de normalidad. Por ello, se determinó el valor “p” a través del índice de significancia.

Tabla 2

Diferencia Significativa de Deterioro Cognitivo según el sexo

DIFERENCIA SIGNIFICATIVA DE DETERIORO COGNITIVO	
	Deterioro Cognitivo
<i>U de Mann – Whitney</i>	<i>191,000</i>
<i>W de Wilcoxon</i>	<i>296,000</i>
<i>Z</i>	<i>-1.456</i>
<i>Sig. Asintótica (bilateral)</i>	<i>,145</i>

Nota: Tabla elaborada por los tesistas.

En la Tabla 2, los resultados obtenidos muestran que la significancia es 0,145, lo cual da a entender que no existe diferencia significativa entre el deterioro cognitivo presentado en hombre y en mujeres.

Tabla 3*Porcentajes de deterioro cognitivo presentes*

DETERIORO COGNITIVO		
	Evaluados	%
Sin Deterioro Cognitivo	1	2
Presencia Leve de Deterioro Cognitivo	25	50
Presencia Moderado de Deterioro Cognitivo	19	38
Presencia Severo de Deterioro Cognitivo	5	10
TOTAL	50	100

Nota: Tabla elaborada por los tesisistas.

En la Tabla 3, los resultados obtenidos muestran que existe un 2% de evaluados no presentan deterioro cognitivo, 50% de presencia leve de deterioro cognitivo, un 38% de presencia moderada de deterioro cognitivo y un 10% de presencia severo de deterioro cognitivo. Estos resultados afirman que existe mayor porcentaje de una presencia leve de deterioro cognitivo.

Tabla 4
Diferencia de deterioro cognitivo en hombres y mujeres

DIFERENCIAS					
DETERIORO COGNITIVO	SEXO		DETERIORO COGNITIVO	SEXO	Porcentaje
Sin Deterioro Cognitivo	Hombres	Válido	1	1	2%
		Perdidos	0	0	
Presencia Leve de Deterioro Cognitivo	Mujeres	Válido	10	10	20%
		Perdidos	0	0	
Presencia Moderada de Deterioro Cognitivo	Hombres	Válido	15	15	30%
		Perdidos	0	0	
Presencia Severa de Deterioro Cognitivo	Mujeres	Válido	3	3	6%
		Perdidos	0	0	
Presencia Severa de Deterioro Cognitivo	Hombres	Válido	16	16	32%
		Perdidos	0	0	
Sin Deterioro Cognitivo	Mujeres	Válido	1	1	2%
		Perdidos	0	0	
Sin Deterioro Cognitivo	Hombres	Válido	4	4	8%
		Perdidos	0	0	

Nota: Tabla elaborada por los tesisistas

La Tabla 4 encontrándose el objetivo de determinar la diferencia que existe entre el deterioro cognitivo presentado por hombres y mujeres. Se evidenció que un 70% de los evaluados (hombres) y un 28% de evaluadas (mujeres) presentan algún tipo de deterioro cognitivo, mientras que un 2% de evaluados (hombres) no presentó deterioro cognitivo. Además, el mayor número de evaluados hombres (32%) se encuentra dentro de presencia moderada de deterioro cognitivo, mientras que el mayor número de evaluadas mujeres (20%) se encuentra presencia leve de deterioro cognitivo. Se observa que existe mayor prevalencia de deterioro cognitivo por los hombres que por las mujeres.

Tabla 5

Deterioro Cognitivo y etapas inicio de consumo

DIFERENCIAS				
ETAPAS DE LA VIDA	DETERIORO COGNITIVO		N° de Evaluados	Porcentaje
Niñez	Presencia Moderada de Deterioro Cognitivo	Válido	3	6%
		Perdidos	0	
	Presencia Severa de Deterioro Cognitivo	Válido	3	6%
		Perdidos	0	
Adolescencia	Sin Deterioro Cognitivo	Válido	1	2%
		Perdidos	0	
	Presencia Leve de Deterioro Cognitivo	Válido	21	42%
		Perdidos	0	
	Presencia Moderada de Deterioro Cognitivo	Válido	16	32%
		Perdidos	0	
Presencia Severa de Deterioro Cognitivo	Válido	2	4%	
	Perdidos	0		
Juventud	Presencia Leve de Deterioro Cognitivo	Válido	3	6%
		Perdidos	0	
Adultez	Presencia Leve de Deterioro Cognitivo	Válido	1	2%
		Perdidos	0	

Nota: Tabla elaborada por los tesisistas

En la Tabla 5, cumpliéndose el objetivo de determinar en que etapa de vida dónde se presenta el inicio de consumo de manera recurrente. Se evidenció que la adolescencia es la etapa con mayor presencia de deterioro cognitivo, siendo este el siguiente: 1) Sin Presencia (2%), 2) Presencia Leve (42%) , 3) Presencia Moderada (32%) y 4) Presencia Severa (4%). Asimismo, la niñez presentó deterioro cognitivo en la siguiente medida: 1) Presencia Moderada (6%) y 2) Presencia Severa (6%). Del mismo modo, la juventud presentó un deterioro cognitivo leve del (6%). Por último, la adultez presentó un deterioro cognitivo leve del (6%). Estos resultados dan a entender que mientras más precoz en las etapas de la vida sea el inicio de consumo de sustancias, mayor será el deterioro cognitivo presente a edades futuras.

CAPÍTULO IV: DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Según el objetivo general, se buscó encontrar la diferencia significativa entre el deterioro cognitivo de hombres y mujeres (Véase la Tabla 2), mostrando que no existe una diferencia significativa frente al deterioro cognitivo según sexo ($p = 0.145$). CEDRO (2017), mostró que existe mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas en hombres que en mujeres, por lo cual, si ese consumo continúa en el tiempo y desde una edad temprana, se presentará mayor prevalencia de deterioro cognitivo. Por otro lado, no se encontró bases teóricas o bibliográficas de deterioro cognitivo causado por consumo de sustancias psicoactivas según sexo.

Según los objetivos específicos, se logró identificar el mayor porcentaje de deterioro cognitivo presente en la población seleccionada (Véase la Tabla 3), de lo cual se encontró que la presencia de deterioro cognitivo leve a un 50%, seguido de deterioro cognitivo moderado en un 38%, deterioro cognitivo severo con un 10% y finalizando con un 2% que no deterioro cognitivo. Sin embargo, Ochoa Arias (2020) en su investigación con la batería de NEUROPSI, determinó un 85.75% presentó un nivel cognitivo de normal a alto, un 7.1% alteración cognitiva leve y el 4.3% una alteración moderada. Es evidente la diferencia existente entre ambos resultado, pero cabe mencionar que son diferentes países, por ello, en el contexto en el que se basa la investigación; el cual es la población cajamarquina, prima la presencia leve de deterioro cognitivo.

En una línea similar, se buscó encontrar las diferencias que pudieran existir en la presencia de deterioro cognitivo en hombre y mujeres, de lo cual se obtuvo que un 70% de la población (hombres) y un 28% (mujeres) presentan algún deterioro cognitivo, pero solo el 2% (hombre) no presenta deterioro cognitivo. Asimismo, se evidencia que los hombres

tienen mayor morbilidad al momento de padecer deterioro cognitivo, y esto se relaciona con el estudio de CEDRO (2017) donde las encuestas realizadas sobre el consumo de sustancias, siempre prevalece el hombre sobre la mujer, generando a largo plazo las dificultades cognitivas.

Del mismo modo, el último objetivo específico busca determinar la etapa de la vida más recurrente donde se inició en consumo de sustancias (Véase la Tabla 4), encontrando que el 78% de los evaluados iniciaron su consumo en la adolescencia, primando en esta etapa la presencia de deterioro cognitivo leve con el 42%, seguido del moderado (32%) y finalizando con el severo (4%). El resto de evaluado comenzaron su consumo en las otras etapas de la vida (Véase Tabla 5). Estos resultados dan a entender que mientras más antes se comience el consumo de sustancias psicoactivas, mayor será la presencia de deterioro cognitivo a futuro. Del mismo modo, Arce Cali (2019) menciona que a menor edad de inicio en el consumo de drogas, mayor es la afectación cognitiva. En otras palabras, cuanto más temprano es el inicio del consumo de la sustancia psicoactiva, mayor será el grado de deterioro cognitivo se padecerá. (García García, Luque, Santos Ruiz y Tabernero, 2017)

Se obtuvieron los datos deseados y pronosticados tanto en la relación como en las comparaciones, aunque el presente estudio tuvo la limitación que la población seleccionada fue de 200 usuarios y solo se usó una muestra de 50 participantes, debido a las dificultades de permisos para la aplicación de la prueba en las instituciones ambulatorias; del mismo modo, debido a las circunstancias ocurridas desde el inicio de la pandemia, muchos usuarios se negaron a la participación consensuada, por lo que siempre se realizaron llamadas telefónicas para poder coordinar una fecha y hora exacta para realizar la prueba en el domicilio de los usuarios, y esto limita el número de participantes.

Por otro, en investigaciones en una línea similar, se recomienda tratar de integrar un mayor grupo de participantes, logrando tener un mejor alcance de la problemática latente en la presente investigación, así como también poder analizar cuál es el deterioro cognitivo presentado por las diferentes sustancias psicoactivas.

Se concluye que no existe una diferencia significativa de deterioro cognitivo presentada en hombres y en mujeres ($p = 0.145$), lo que quiere decir que, el deterioro cognitivo presentado por el consumo de sustancias psicoactivas, es similar tanto en hombres como en mujeres. Asimismo, se identificó que el deterioro cognitivo leve tuvo una prevalencia del 50%, seguido del 38% de moderado, 10% de severo y finalizando con 2% que no presenta deterioro cognitivo. Además, existe presencia de deterioro cognitivo del 70% en hombre y del 28% en mujeres, siendo los hombres los que tienen mayor prevalencia a consumir sustancias psicoactivas. Por último, se encontró que la adolescencia es la etapa donde existe la mayor incidencia del inicio de consumo de sustancias psicoactivas.

REFERENCIAS

- Abril, V.H. (2008). Técnicas e instrumentos de la investigación. *DocPlayer*.
<https://docplayer.es/30483389-Tecnicas-e-instrumentos-de-la-investigacion-victor-hugo-abril-ph-d.html>
- American Psychological Association. (2003). Principios Éticos de los Psicólogos y Código de Conducta. IBIS INTERNATIONAL BIOETHICAL INFORMATION SYSTEM
Ética en la Educación.
https://ibiseducacion.org/IMG/pdf/APA2003_capacitacion.pdf
- Arce Cali, R. (2019). *Afectación cognitiva en pacientes drogodependientes según la edad de inicio y tiempo de consumo*. [Tes. Para obtener el título de especialista en psiquiatría y salud mental] Universidad de Guayaquil, Ecuador.
<http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/46362/1/CD%2017%20ARCE%20CALI%20ROXANA.pdf>
- Arias Fidiás, G. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. (6 ed.). Venezuela: Episteme
- Becoña Iglesias, E., Cortéz, T., Aries Horcajadas, F., Barreiro Sorribas, J., Iraurgi Castillo, I., Llorente del Pozo, J., López Durán, A., Madoz Gúrpide, A. Martínez González, J. Ocho Mangado, E., Muñoz Carmina, P., Palomares Martínez, A. & Villanueva Blasco, V. (2010). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación*.
<http://www.fundacioncsz.org/ArchivosPublicaciones/270.pdf>

- Bueno, A.V. (2021). Consumo de alcohol y violencia en contra de la mujer en la emergencia sanitaria de la covid-19. *Revista Científica Retos de La Ciencia*, 5(11), 25–35. 10.53877/rc.5.11.20210701.03
- Centro de información y Educación para la prevención del abuso de drogas. (2015). *El problema de las drogas en el Perú*.
http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/201/3/El_problema_de_las_Drogas.%C3%BA%20ver.pdf
- Centro de información y Educación para la prevención del abuso de drogas. (2017). *Epidemiología de Drogas en Población Urbana Peruana: Encuesta en Hogares*.
<http://repositorio.cedro.org.pe/bitstream/CEDRO/361/3/CEDRO.Estudio%20EPI.2017.pdf>
- Cívicos, A. y Hernández, M. (2007). Algunas reflexiones y aportaciones en torno a los enfoques teóricos y prácticos de la investigación en Trabajo Social. *Revista Acciones e Investigaciones Sociales*, 23, 25-55.
<file:///C:/Users/C%20A9sar%20Oliva/Downloads/Dialnet-AlgunasReflexionesYAportacionesEnTornoALosEnfoques-2264596.pdf>
- Espada, J., Botvin, G., Griffin, K. & Méndez, X. (2003). Adolescencia: Consumo de Alcohol y Otras Drogas. *Papeles del Psicólogo*, 23(84), 9-17. Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos. Madrid, España.
<https://www.redalyc.org/pdf/778/77808402.pdf>
- García García, V., Luque, B., Santos Ruiz, M. & Tabernero, C. (2017). La autorregulación emocional en la depresión y el deterioro cognitivo de consumidores de sustancias

psicoactivas. *Salud y drogas*, 17(2), 125-136.

<https://www.redalyc.org/pdf/839/83952052012.pdf>

García, T. (2003). *El cuestionario como instrumento de investigación/ evaluación*.

Almendralejo, 01-28. http://www.univsantana.com/sociologia/El_Cuestionario.pdf.

Gómez, C. & León E. (2014). Método comparativo. *Métodos y técnicas cualitativas y cuantitativas aplicables a la investigación en ciencias sociales* (pp. 223-251).

<http://eprints.uanl.mx/9943/>

Grundman, M., Petersen, R., Ferris, S. & Thomas, P. (2004). El deterioro cognitivo leve se puede distinguir de la enfermedad de Alzheimer y el envejecimiento normal para los ensayos clínicos. *Arch Neurol*, 61(1), 59–66. 10.1001 / archneur.61.1.59

Hernández-Sampieri, R., Fernández-Collado, C. & Baptista-Lucio, P. (2010). *Metodología de la Investigación*. (6 ed., pp. 88-101). México: McGraw-Hill.

Lorente, A. M. (2020). Violencia de género en tiempos de pandemia y confinamiento. *Revista Española de Medicina Legal*, 46(3), 139–145. 10.1016/J.REML.2020.05.005

Loureiro, C., García, C., Adana, L., Yacelga, T., Rodríguez Lorenzana, A. & Maruta, C. (2018). *Uso del test de evaluación cognitiva de Montreal (MoCA) en América Latina: revisión sistemática*. <https://doi.org/10.33588/rm.6612.2017508>

McMillan, J., & Schumacher, S. (2005). *Investigación educativa*. Pearson Educación. https://desfor.infed.edu.ar/sitio/upload/McMillan_J._H._Schumacher_S._2005._Inv_estigacion_educativa_5_ed..pdf.

Moreno López, F. & Rodríguez Samillan, D. (2020). *Evidencias psicométricas del*

Cuestionario Montreal Cognitive Assessment en una muestra de adultos mayores de

Chimbote. [Tes. Para obtener el título profesional de licenciada en psicología]

Universidad César Vallejo, Chimbote

[https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60682/Moreno_LFA-](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60682/Moreno_LFA-Rodr%C3%ADguez_SDC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

[Rodr%C3%ADguez_SDC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60682/Moreno_LFA-Rodr%C3%ADguez_SDC-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Ochoa Arias, P. (2020). *Deterioro Cognitivo asociado al consumo de marihuana en los*

pacientes institucionalizados en el Cetad Kairós.

<http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/20654>

Pascale, A. (2020). Consumo de sustancias psicoactivas durante la pandemia por COVID-

19: implicancias toxicológicas desde un enfoque integral y desafíos terapéuticos.

Revista Médica Del Uruguay, 36(3), 333–334. 10.7326/M20-1212

Silva Peña, D. (2019). *Deterioro cognitivo y alcohol: biomarcadores y neurogénesis*. [Tes.

Para obtener el grado de doctor] Universidad Complutense de Madrid, Madrid.

<https://eprints.ucm.es/id/eprint/59843/1/T41872.pdf>

Villa, R., Espandian, A., Sáiz, P., Astals, M., Valencia, J., Martínez Santamaría, E., Álvarez,

S., García Portilla, M., Bobes, J. & Flórez, G. (2021). Funcionamiento cognitivo en

pacientes con trastorno por uso de alcohol que inician tratamiento ambulatorio de

deshabitación alcohólica. *Adicciones*, 33(2), 161-174.

<http://dx.doi.org/10.20882/adicciones.1326>

ANEXOS

1.1. ANEXO N° 1. Matriz de consistencia

PROBLEMA GENERAL	¿Cuál es la diferencia significativa existe de deterioro cognitivo según sexo, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, en el año de 2022?
Objetivos	<p>Objetivo general:</p> <p>Determinar la diferencia significativa de deterioro cognitivo presente en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022.</p> <p>Objetivos específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Identificar el nivel con mayor prevalencia de deterioro cognitivo en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, el año de 2022. 2) Determinar en que etapa de vida donde se presenta el inicio de consumo de manera recurrente, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022.
Hipótesis	<p>Hipótesis general:</p> <p>Sí existe diferencia significativa en el deterioro cognitivo presentado en hombres frente a las mujeres, en usuarios</p>

	<p>ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022</p> <p>Hipótesis específicos:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) El deterioro cognitivo moderado es el de mayor prevalencias, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022. 2) Existe mayor recurrencia de inicio de consumo de sustancias en la adolescencia, en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, según sexo, en el año de 2022.
<p>Variables</p>	<p>Variable 1: Deterioro Cognitivo</p> <p>Variable 2: Consumo de sustancias psicoactivas</p>
<p>Metodología</p>	<p>Tipo de investigación: Básica.</p> <p>Nivel De Investigación: Descriptiva y comparativa</p> <p>Diseño De Investigación: No experimental</p> <p>Unidad De Estudio: Cada usuario ambulatorio de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca</p> <p>Población: Todos los usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca.</p>

	<p>Muestra: 50 personas tanto del sexo masculino como del femenino que se encuentren dentro del grupo etario de 18 años hasta los 57 años que sean usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca.</p> <p>Técnicas: Encuesta</p> <p>Instrumentos de recolección de datos: Cuestionario</p>
--	--

1.2. ANEXO N° 2. Matriz de operacionalización de la variable

Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensiones	Escala de medición
Deterioro Cognitivo	Estado transitorio entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo. En este periodo se presentan los	El deterioro cognitivo es la disminución, pérdida parcial o total de las funciones cerebrales y esto se evidencia en dificultades para poder realizar cálculos mentales, lentitud motora, déficit al momento de hablar, dificultad para poder evocar	VisuoEspacial/ Ejecutiva	26 - 30 Normal
			Identificación	20 – 25 Leve
			Memoria	15- 20 Moderado
				10- 15 Severo
				00 – 10

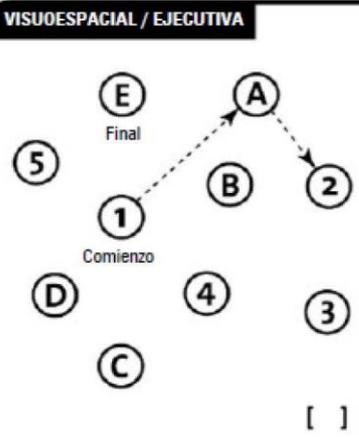
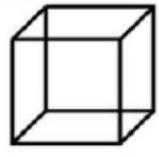
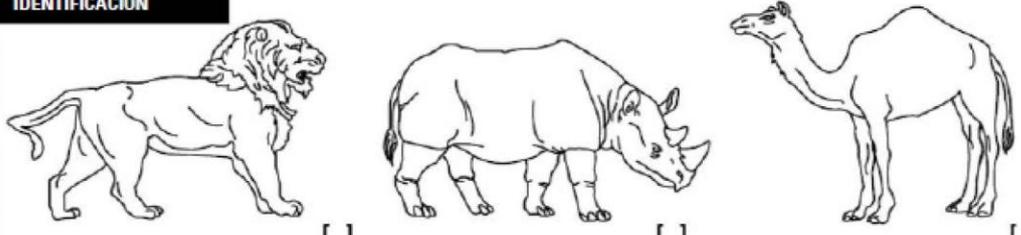
<p>siguientes síntomas 1) olvidos más frecuentes; 2) olvidos de eventos importantes, como citas o compromisos sociales; 3) perder el hilo de los pensamientos o de las conversaciones, los libros o las películas; 4) resulta cada vez más abrumador tomar decisiones, planificar los pasos para realizar una tarea o comprender instrucciones; 5) problemas para orientarte en entornos familiares; 6) reacciones más impulsivo o se muestra cada vez menos juicio y 7)</p>	<p>recuerdos, en pocas palabras todas las funciones cognitivas se ven estropeadas o en detrimento.</p>	<p>Atención</p>	<p>Demencia</p>
		<p>Lenguaje</p>	
		<p>Abstracción</p>	
		<p>Recuerdo Diferido</p>	
		<p>Orientación</p>	

	familiares y amigos notan cualquiera de estos cambios.			
--	--	--	--	--

1.3. ANEXO N° 2. Ficha sociodemografica

	<p>"DETERIORO COGNITIVO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN USUARIOS AMBULATORIOS DE INSTITUCIONES QUE ATIENDEN PROBLEMAS DE ADICCIONES EN LA CIUDAD DE CAJAMARCA, 2022"</p>
<p>FICHA SOCIODEMOGRAFICA</p>	
Nombre y Apellidos:	_____
Edad:	_____
Sexo:	_____
<p>¿Qué sustancia consume?</p>	
Alcohol	<input type="checkbox"/>
Marihuana	<input type="checkbox"/>
Cocaína	<input type="checkbox"/>
Heroína	<input type="checkbox"/>
Tabaco	<input type="checkbox"/>
Otro:	<input type="checkbox"/>
<p>¿A qué edad empezó a consumir dicha sustancia?</p>	
<p>_____</p>	
<p>¿Cuál es tipo de consumo que presenta?</p>	
Casual	<input type="checkbox"/>
Moderado	<input type="checkbox"/>
Compulsivo	<input type="checkbox"/>

1.4. ANEXO N° 3. Ficha adaptada MoCA

		"DETERIORO COGNITIVO Y CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS EN USUARIOS AMBULATORIOS DE INSTITUCIONES QUE ATIENDEN PROBLEMAS DE ADICCIONES EN LA CIUDAD DE CAJAMARCA, 2022"						
MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA) (EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)		NOMBRE: _____ Nivel de estudios: _____ Sexo: _____		Fecha de nacimiento: _____ FECHA: _____				
VISUOESPACIAL / EJECUTIVA		 Copiar el cubo	Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)			Puntos		
	[]	[]	[]	[]	[]	___/5		
IDENTIFICACIÓN						___/3		
MEMORIA	Lea la lista de palabras, el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Sin puntos
		1er intento						
		2º intento						
ATENCIÓN	Lea la serie de números (1 número/seg.) El paciente debe repetirla. [] 2 1 8 5 4 El paciente debe repetirla a la inversa. [] 7 4 2					___/2		
	Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores. [] FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB					___/1		
	Restar de 7 en 7 empezando desde 100. [] 93 [] 86 [] 79 [] 72 [] 65 4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos, 2 o 3 correctas: 2 puntos, 1 correcta: 1 punto, 0 correctas: 0 puntos.					___/3		
LENGUAJE	Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala. [] Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pida. []					___/2		
	Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min. [] _____ (N ≥ 11 palabras)					___/1		
ABSTRACCIÓN	Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta [] tren-bicicleta [] reloj-regla					___/2		
RECUERDO DIFERIDO	Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS	ROSTRO	SEDA	IGLESIA	CLAVEL	ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	
	Pista de categoría	[]	[]	[]	[]	[]		
Optativo	Pista elección múltiple							
ORIENTACIÓN	[] Día del mes (fecha) [] Mes [] Año [] Día de la semana [] Lugar [] Localidad					___/6		
Normal ≥ 26 / 30						___/30		
TOTAL						Añadir 1 punto si tiene ≤ 12 años de estudios		

1.5. ANEXO N° 4. Solicitud de acceso a la información



DA/P- 00023 -2022

Cajamarca, 25 de abril de 2022

Dr.
Edward Mundaca Vidarte
Director
Dirección Regional de Salud de Cajamarca

Presente. -

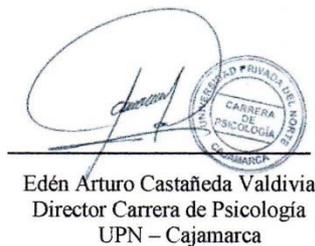
Es grato dirigirme a usted en nombre de la Universidad Privada del Norte sede Cajamarca, para saludarle cordialmente y al mismo tiempo presentarle a nuestros estudiantes del décimo ciclo de la Carrera de Psicología quienes llevan el curso de Taller de Tesis 2. los cuales solicitan permiso necesario para poder aplicar el test MoCA, a la población que asiste al área de adicciones del Centro de Salud Mental Comunitario "Esperanza de Vida". Así como también, poder acceder a las historias y/o la base de datos del área de adicciones, a fin de conocer datos sociodemográficos, para mayor facilidad de la aplicación del test. Todo esto será con fines netamente académicos, que se utilizará para la elaboración de la tesis de grado con el siguiente título "**Deterioro cognitivo y consumo de sustancias psicoactivas en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, 2022**". Cabe recalcar que toda información que se brinde a nuestro estudiante tiene fines estrictamente académicos.

Los estudiantes que tienen a cargo este trabajo son:

Apellidos y Nombres	Código
Oliva Cabanillas César Augusto	N00173213
Briones Saldaña Giancarlo	N00208266

Agradezco por anticipado la atención que brinde a la presente.

Atentamente;



Edén Arturo Castañeda Valdivia
Director Carrera de Psicología
UPN – Cajamarca

RED DE SERVICIOS DE SALUD CAJAMARCA TRAMITE DOCUMENTARIO	
MAD N°	6376069
FECHA	25-04-22
HORA	12:31h
FOLIOS	01
FIRMA	

1.6. ANEXO N° 5. 1° Validación de expertos

MATRIZ PARA EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Título de la investigación:	“Deterioro cognitivo y consumo de sustancias psicoactivas en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, 2022”
Apellidos y nombres del experto:	Juan Pablo Sarmiento Longo
El instrumento de medición pertenece a la variable:	Deterioro Cognitivo

Mediante la matriz de evaluación de expertos, Ud. tiene la facultad de evaluar cada una de las preguntas marcando con una “x” en las columnas de SÍ o NO. Asimismo, le exhortamos en la corrección de los ítems, indicando sus observaciones y/o sugerencias, con la finalidad de mejorar la coherencia de las preguntas sobre la variable en estudio.

Ítems	Preguntas	Aprecia		Observaciones
		SÍ	NO	
1	¿El instrumento de medición presenta el diseño adecuado?	X		
2	¿El instrumento de recolección de datos tiene relación con el título de la investigación?	X		
3	¿En el instrumento de recolección de datos se mencionan las variables de investigación?	X		
4	¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	X		
5	¿El instrumento de recolección de datos se relaciona con las variables de estudio?	X		
6	¿La redacción de las preguntas tienen un sentido coherente y no están sesgadas?			
7	¿Cada una de las preguntas del instrumento de medición se relaciona con cada uno de los elementos de los indicadores?	X		
8	¿El diseño del instrumento de medición facilitará el análisis y procesamiento de datos?	X		
9	¿Son entendibles las alternativas de respuesta del instrumento de medición?		X	Se puede considerar una presentación en dos hojas
10	¿El instrumento de medición será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
11	¿El instrumento de medición es claro, preciso y sencillo de responder para, de esta manera, obtener los datos requeridos?	X		

Sugerencias: Recomendaría evaluar la presentación del instrumento, es decir, quizás en dos hojas para que haya claridad al momento de responder..

Firma del experto:



Juan Pablo Sarmiento Longo
 C. Ps. P 14953

1.7. ANEXO N° 6. 2° Validación de expertos



MATRIZ PARA EVALUACIÓN DE EXPERTOS

Título de la investigación:	"Deterioro cognitivo y consumo de sustancias psicoactivas en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, 2022"		
Apellidos y nombres del experto:	PAREDES LIAVILLA DANY ANTONIO		
El instrumento de medición pertenece a la variable:	Deterioro Cognitivo		

Mediante la matriz de evaluación de expertos, Ud. tiene la facultad de evaluar cada una de las preguntas marcando con una "X" en las columnas de SÍ o NO. Asimismo, le exhortamos en la corrección de los ítems, indicando sus observaciones y/o sugerencias, con la finalidad de mejorar la coherencia de las preguntas sobre la variable en estudio.

Items	Preguntas	Aprecia		Observaciones
		SÍ	NO	
1	¿El instrumento de medición presenta el diseño adecuado?	X		
2	¿El instrumento de recolección de datos tiene relación con el título de la investigación?	X		
3	¿En el instrumento de recolección de datos se mencionan las variables de investigación?	X		
4	¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	X		
5	¿El instrumento de recolección de datos se relaciona con las variables de estudio?	X		
6	¿La redacción de las preguntas tienen un sentido coherente y no están sesgadas?	X		
7	¿Cada una de las preguntas del instrumento de medición se relaciona con cada uno de los elementos de los indicadores?	X		
8	¿El diseño del instrumento de medición facilitará el análisis y procesamiento de datos?	X		
9	¿Son entendibles las alternativas de respuesta del instrumento de medición?	X		
10	¿El instrumento de medición será accesible a la población sujeto de estudio?	X		
11	¿El instrumento de medición es claro, preciso y sencillo de responder para, de esta manera, obtener los datos requeridos?	X		

Sugerencias:

Firma del experto:



Dany Antonio Paredes Liavilla
PSICÓLOGO
C.Ps.P. N° 26500

1.8. ANEXO N° 7. 3° Validación de expertos



MATRIZ PARA EVALUACIÓN DE EXPERTOS

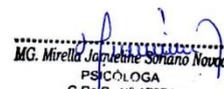
Título de la investigación:	"Deterioro cognitivo y consumo de sustancias psicoactivas en usuarios ambulatorios de instituciones que atienden problemas de adicciones en la ciudad de Cajamarca, 2022"		
Apellidos y nombres del experto:	Soriano Novoa Mirella Jaqueline		
El instrumento de medición pertenece a la variable:	Deterioro Cognitivo		

Mediante la matriz de evaluación de expertos, Ud. tiene la facultad de evaluar cada una de las preguntas marcando con una "x" en las columnas de SÍ o NO. Asimismo, le exhortamos en la corrección de los ítems, indicando sus observaciones y/o sugerencias, con la finalidad de mejorar la coherencia de las preguntas sobre la variable en estudio.

Ítems	Preguntas	Aprecia		Observaciones
		SÍ	NO	
1	¿El instrumento de medición presenta el diseño adecuado?	✓		
2	¿El instrumento de recolección de datos tiene relación con el título de la investigación?	✓		
3	¿En el instrumento de recolección de datos se mencionan las variables de investigación?	✓		
4	¿El instrumento de recolección de datos facilitará el logro de los objetivos de la investigación?	✓		
5	¿El instrumento de recolección de datos se relaciona con las variables de estudio?	✓		
6	¿La redacción de las preguntas tienen un sentido coherente y no están sesgadas?	✓		
7	¿Cada una de las preguntas del instrumento de medición se relaciona con cada uno de los elementos de los indicadores?	✓		
8	¿El diseño del instrumento de medición facilitará el análisis y procesamiento de datos?	✓		
9	¿Son entendibles las alternativas de respuesta del instrumento de medición?	✓		
10	¿El instrumento de medición será accesible a la población sujeto de estudio?	✓		
11	¿El instrumento de medición es claro, preciso y sencillo de responder para, de esta manera, obtener los datos requeridos?	✓		

Sugerencias:

Firma del experto:


 M.G. Mirella Jaqueline Soriano Novoa
 PSICÓLOGA
 C.Ps.P. N° 17971

1.9. ANEXO N° 8. Tabla de fiabilidad del Test de Evaluación Cognitiva de Montreal

ESTADÍSTICAS DE FIABILIDAD DEL TEST DE EVALUACIÓN COGNITIVA DE MONTREAL	
Alfa de Cronbach	N° de elementos
0,777	7
