



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y
CONSUMO DE ALCOHOL, CON EL
DETERIORO COGNITIVO EN LA
POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LOS
DEPARTAMENTOS DE HUÁNUCO Y
PASCO EN EL PERÚ

TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE
MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON
MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA

CARMEN ALICIA FORT D'AURIOL DE
CALDERON

LIMA - PERÚ

2026

ASESORA

Mg. Yolanda Isabel Robles Arana

JURADO DE TESIS

DR. GIANCARLO OJEDA MERCADO

PRESIDENTE

MG. HEINNET ABDALI PANEZ SALAZAR

VOCAL

MG. FREDDY ROLAND TOSCANO RODRIGUEZ

SECRETARIO

DEDICATORIA.

A los adultos mayores,
motivo y razón de esta investigación

AGRADECIMIENTOS.

A mi esposo y mis hijos, que sin su apoyo constante no lo hubiera logrado

A Juanjo, por sus consejos y tantos miércoles de Tesis....

A mis hermanos, por su continuo aliento, en especial a Alfredo por su
apoyo técnico y acompañamiento permanente

A mi asesora, Mg. Yolanda Robles, por el tiempo, paciencia y
conocimientos

A mi Profesor Giancarlo Ojeda, por su orientación y sabios consejos

A Edith Baca, por su importante acompañamiento en la recta final

A mi tocaya, Carmen Frisancho, por su decidido respaldo
Guardo en especial recuerdo y agradecimiento a la Dra. Ana Aguilar
Angeletti, quien me abrió la puerta y me alentó siempre.

A los investigadores, sustento, modelo y motivación

FUENTES DE FINANCIAMIENTO.

Tesis autofinanciada

Auspicio Científico a Proyecto de Investigación

DECLARACIÓN DE ORIGINALIDAD

Los egresados:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES
1.	FORT D'AURIOL DE CALDERON CARMEN ALICIA

Pertenecientes al programa de la **MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA, ORIENTACIÓN Y TERAPIA SEXUAL, PSICOLOGÍA DE LA SALUD Y TERAPIA INFANTIL Y DEL ADOLESCENTE**, autores del trabajo titulado: **RELACIÓN ENTRE DEPRESIÓN Y CONSUMO DE ALCOHOL CON EL DETERIORO COGNITIVO EN LA POBLACIÓN ADULTA MAYOR DE LOS DEPARTAMENTOS DE HUÁNUCO Y PASCO EN EL PERÚ**, el cual ha sido elaborado, sustentado y aprobado, según corresponda, para optar por el grado de **MAESTRA EN PSICOLOGÍA CLÍNICA CON MENCIÓN EN NEUROPSICOLOGÍA** bajo la modalidad de **TESIS**.

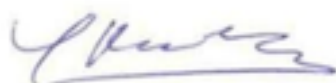
En calidad de docentes asesores de la Universidad Peruana Cayetano Heredia:

N°	APELLIDOS Y NOMBRES DEL DOCENTE	FACULTAD	NIVEL DE ASESORÍA
1.	ROBLES ARANA YOLANDA ISABEL	FAPSI	ASESOR

Declaramos que el contenido del presente documento es original y que las citas y referencias a otros autores cumplen con las normas académicas establecidas. En ese sentido, hacemos constar que:

- El documento presenta un porcentaje de similitud de **19%**, según el reporte emitido por el software **Turnitin®** (identificador de entrega: **2961408400**; fecha de entrega: **14-05-2026**).
- Tras una revisión detallada del reporte y del contenido del trabajo en cuestión, no se han identificado indicios de plagio.
- Se certifica que el documento respeta los principios de integridad académica y cumple con los requisitos institucionales de originalidad.

Lugar y fecha: **Lima, 14 de mayo de 2026**



Firma del asesor
N° DNI: 08808318
ORCID: 0000-0002-7732-2804

Firma del Co-asesor
N° DNI:
ORCID:

ÍNDICE

RESUMEN ABSTRACT

I	INTRODUCCIÓN	1
	1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	3
	1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA....	3
	1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	5
	1.4. OBJETIVOS de la investigación	7
	1.4.1 Objetivo General	7
	1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
II	MARCO TEÓRICO	8
	2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES	8
	2.1.1 Deterioro Cognitivo	8
	2.1.2 Depresión	13
	2.1.3 Consumo de Alcohol.....	16
	2.2. ANTECEDENTES.....	19
	2.2.1 Depresión y Deterioro Cognitivo.....	19
	2.2.2 Alcohol y Deterioro Cognitivo.....	23
	2.3. HIPÓTESIS.....	27
	2.3.1 Hipótesis General	27
	2.3.2 Hipótesis Específicas	27
III	METODOLOGÍA	27
	3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN	27

3.2.	POBLACIÓN Y MUESTRA.....	28
3.2.1	Población.....	28
3.2.2	Muestra y Método de Muestreo	29
3.3.	VARIABLES	31
3.3.1	Deterioro Cognitivo	31
3.3.2	Depresión	31
3.3.3	Consumo de Alcohol.....	32
3.4.	MÉTODOS E INSTRUMENTOS.....	35
3.5.	PROCEDIMIENTO.....	37
3.6.	ANÁLISIS DE DATOS.....	38
3.7.	CONSIDERACIONES ÉTICAS	40
IV	RESUL TADOS	41
V	DISCUSIÓN	52
VI	CONCLUSIONES	60
VII	RECOMENDACIONES	61
VIII	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	64
IX	ANEXOS	

LISTA DE TABLAS

Tabla 1 Matriz de operacionalización de variables.....	33
Tabla 2 Características descriptivas de la muestra de adultos mayores.....	42
Tabla 3 Características descriptivas de la submuestra de adultos mayores	43
Tabla 4 Rendimiento cognitivo de los adultos mayores, con menos de 8 y 8 a más años de instrucción, (con excepción de los analfabetos).....	44
Tabla 5 Deterioro cognitivo de la submuestra de adultos mayores.....	44
Tabla 6 Prevalencia de vida y anual del episodio depresivo de la submuestra de los adultos mayores	45
Tabla 7 Deterioro cognitivo según el episodio depresivo de vida y anual de la submuestra de los adultos mayores	46
Tabla 8 Prevalencia de bebedor riesgoso y abuso de consumo de alcohol de la submuestra de los adultos mayores	47
Tabla 9 Deterioro cognitivo según consumo de alcohol anual de la submuestra de los adultos mayores	48
Tabla 10 Deterioro cognitivo asociado a las características generales de la submuestra de los adultos mayores	49
Tabla 11 Deterioro cognitivo en relación con factores sociodemográficos y socioculturales y la prevalencia de episodio depresivo de vida y de bebedor riesgoso, de la submuestra de los adultos mayores	50
Tabla 12 Características descriptivas y variables clínicas de la muestra de adultos mayores analfabetos (Totales).....	52

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Criterios diagnósticos y subtipos de deterioro cognitivo leve.....	10
Figura 2 Factores de riesgo y enfermedades relacionadas con el Deterioro Cognitivo.....	12
Figura 3 Variables implicadas en el deterioro neuropsicológico ligado al consumo de alcohol	26

RESUMEN

El aumento de la población adulta mayor plantea desafíos en salud, entre ellos la presentación del deterioro cognitivo. Este estudio analiza la relación entre deterioro cognitivo, depresión y consumo de alcohol en adultos mayores de Huánuco y Pasco (Perú), utilizando datos de los Estudios Epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2016). La muestra final incluyó a 507 adultos mayores (260 mujeres y 247 hombres), Las personas analfabetas fueron excluidas de los análisis por la imposibilidad de evaluarlas cognitivamente. En cuanto a las variables clínicas, haber experimentado depresión alguna vez en la vida se asoció a un riesgo dos veces mayor de deterioro cognitivo; sin embargo, no se encontró relación significativa con la depresión en el último año ni con el consumo de alcohol en niveles de riesgo o abuso/dependencia. Respecto a las variables sociodemográficas, la edad avanzada y el bajo nivel educativo se identificaron como los principales factores asociados al deterioro cognitivo. Asimismo, se visibiliza la situación de riesgo de las personas analfabetas excluidas del análisis. Finalmente, se discuten las implicancias clínicas de los hallazgos y se presentan recomendaciones.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, Depresión, Consumo de alcohol, Reserva cognitiva, Adulto mayor

ABSTRACT

The increasing elderly population poses health challenges, among which cognitive impairment is a major concern. This study examines the relationship between cognitive impairment, depression, and alcohol consumption among older adults in Huánuco and Pasco (Perú), using data from the Epidemiological Studies of National Institute of Mental Health “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” (2016). The final sample comprised 507 older adults (260 women and 247 men). Illiterate participants were excluded from the analysis due to the impossibility of conducting cognitive assessment. Regarding clinical variables, having experienced depression at some point in life was associated with a twofold increased risk of cognitive decline; however, no significant relationship was found with depression in the past year or with alcohol consumption at risk levels or with abuse/dependence. With respect to sociodemographic variables, advanced age and low educational attainment were identified as the main factors associated with cognitive decline. The study also highlights the risk situation of illiterate individuals excluded from the analysis. Finally, the clinical implications of the findings are discussed and recommendations are presented.

Keywords: Cognitive impairment, Depression, Alcohol consumption, Cognitive reserve, older adult.

I INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud aproximadamente el 13.5% de la población mundial es adulta mayor, y para el año 2030, una de cada seis personas tendrá 60 años o más (OMS, 2021). Este crecimiento junto con el aumento de la esperanza de vida en las américas (a 73.3 años) han modificado los factores poblacionales, sociales, económicos y de la salud (OPS, 2023; ONU 2024). Actualmente las personas adultas mayores¹ buscan tener un envejecimiento activo, saludable, con bienestar, inclusión y desarrollo personal. La Organización Mundial de la Salud define el envejecimiento como el deterioro progresivo de las capacidades físicas y mentales, aumentando el riesgo de enfermedades (OMS, 2024), por ello la propuesta de La Década del Envejecimiento Saludable 2021-2030 que enfatiza la capacidad funcional e intrínseca (incluyendo la cognitiva) y la facilitación de entornos favorables cobra, gran importancia (OPS, 2022).

El deterioro cognitivo es un síndrome clínico caracterizado por el declive de la capacidad mental en sus diversos dominios, como orientación, atención, memoria, lenguaje, viso construcción, entre otras (Rivera Díaz et al., 2012), afectando la vida personal, laboral y social, pudiendo progresar hacia una enfermedad demencial (Petersen, 2016; Portet et al., 2006). Su impacto supone un reto global reflejado en los Objetivos de Desarrollo Sostenibles 2030 (ONU-ODS) y compromete al Perú, donde la vulnerabilidad social agrava el problema.

Un factor clave en el deterioro cognitivo es la depresión, (Pérez Zepeda, 2014) trastorno del humor caracterizado por ánimo bajo, falta de interés y disfrute, reducción de energía y actividad, afectación del sueño, del apetito y la libido, baja

¹ En el Perú se considera adulta mayor a las personas de 60 a más años, de acuerdo con la Ley de la Persona Adulta Mayor N° 30490 (Diario Oficial El Peruano, 2016).

autoestima e ideas de culpa e inutilidad (CIE-10). Estudios han demostrado que la depresión de inicio tardío en adultos mayores aumenta el riesgo de deterioro cognitivo, mientras que la depresión de inicio precoz multiplica hasta por cinco las probabilidades de desarrollar demencia (Blazer, 2003; Custodio et al., 2014).

Otro factor de riesgo es el consumo de alcohol, el cual puede presentarse como consumo riesgoso (ocasional pero abundante), perjudicial (con impacto negativo) y dependencia (prioridad absoluta por beber), configurando estos dos últimos el abuso de consumo. Investigaciones evidencian su impacto en el deterioro cerebral y cognitivo, aunque ciertos daños pueden revertirse con la abstinencia. Sin embargo, la alternancia entre consumo excesivo y abstinencia agrava la afectación neuronal (Aguilar-Navarro et al, 2007; Bernardin et al, 2014; Cadaveira y Corral-Varela, 2002; Cadaveira y Corral-Varela, 2005; Calvo Botella, 2003; Celsi Núñez et al., 2014; Flórez et al., 2019; Landa et al., 2004; Le Berre et al, 2017; Sachdeva et al, 2016).

Otros factores sensibilizantes o desencadenantes del deterioro cognitivo se encuentran en factores sociales tales como el sexo, la edad y el nivel educativo, que, aunque no constituyen el foco principal de la presente investigación son analizados por la posibilidad de influir en su desarrollo.

Según estudios epidemiológico del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” [INSM “HD-HN”] (2016), un alto porcentaje de adultos mayores en Huánuco (24.8%) y Pasco (18.3%) presenta algún grado de deterioro cognitivo. Por ello, esta investigación busca analizar su relación con la depresión y el consumo de alcohol.

1.1. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

El envejecimiento poblacional en el Perú ha aumentado de forma sostenida, pasando de 5.7 % en 1950 a 13.6 % en 2023 según los datos del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI, 2023). Aunque éste es un proceso natural del ciclo vital humano, determinado por factores genéticos y condicionado por aspectos sociales como el entorno, el estilo de vida, el acceso a salud, educación, trabajo, autocuidado y la existencia de sistemas de cuidado a lo largo de la vida, factores como la depresión y el consumo de alcohol pueden acelerar o agravar el deterioro, incrementando el riesgo de demencia; por lo que es esencial distinguir entre el deterioro cognitivo normal asociado a la edad y el deterioro patológico.

Las personas mayores, especialmente en zonas rurales, enfrentan mayores condiciones de vulnerabilidad debido a barreras geográficas, culturales y de acceso a servicios de salud y educación, lo que dificulta la prevención y detección temprana del deterioro cognitivo.

Frente a este crecimiento poblacional y sus necesidades, es prioritario generar información y conocimiento que respalden la formulación de políticas públicas, la gestión y expansión de servicios, así como intervenciones efectivas — públicas y privadas— a nivel nacional, regional y local; con participación de sectores civiles, académicos, sociales y privados enfocados en la prevención y cuidado de la salud del adulto mayor.

1.2. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

El deterioro cognitivo en la población adulta mayor constituye un problema de creciente interés en el ámbito de la neuropsicología y la psicología clínica, debido a su impacto en la funcionalidad, la autonomía y la calidad de vida. Si bien

la literatura ha abordado la relación entre deterioro cognitivo, depresión y consumo de alcohol, los hallazgos existentes resultan aún heterogéneos. En este sentido, la presente investigación posee una justificación teórica basada en la necesidad de analizar estas variables de manera integrada, así como incorporando factores sociodemográficos con potencial influencia, como la edad y el nivel educativo. La escasez de estudios desarrollados en contextos socioculturales andinos fundamenta la importancia de generar evidencia que amplíe la comprensión del deterioro cognitivo en poblaciones adultas mayores del Perú.

Desde una justificación metodológica, el estudio se sustenta en la necesidad de abordar la investigación con criterios de representatividad poblacional y rigor técnico. En tal sentido, se seleccionaron las ciudades de Huánuco (1898 msnm) y Cerro de Pasco (4342 msnm), ubicadas en la región andina del centro-oriente peruano, debido a sus particularidades geográficas y demográficas (INEI, 2022). El uso de la información proveniente de los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” posibilita examinar la relación entre las variables clínicas y cognitivas en adultos mayores de estas regiones, utilizando una base de datos de alta fiabilidad institucional.

La justificación práctica de este trabajo se hace evidente ante la magnitud del problema detectado en los registros epidemiológicos. Los reportes del INSM “HD-HN” indican que, en ambas ciudades, alrededor de un 20 a 25% de la población a partir de los 60 años, y entre un 40-60% de la misma, a partir de los 75 años muestra niveles básicos de deterioro cognitivo. Esto los sitúa en una condición de alta vulnerabilidad para desarrollar Deterioro Cognitivo Leve (DCL) o algún tipo de demencia, con la consecuente necesidad de atención especializada (Carnero

Pardo et al., 2013). Ante esta situación, resulta pertinente identificar las variables que actúan como factores sensibilizantes o detonantes, como la depresión y el consumo de alcohol, así como factores socio culturales asociados. La investigación se justifica por su potencial utilidad para los profesionales de la salud mental y para los programas de atención directa, identificando herramientas para el tamizaje oportuno y la identificación de factores de riesgo modificables en contextos donde el acceso a servicios especializados es limitado.

Finalmente, el estudio basa su justificación social en la respuesta a la vulnerabilidad de un grupo poblacional en crecimiento que, según el MIMP-DIPAM, ya en 2015 contaba con una amplia presencia en las zonas de estudio. Generar conocimiento sobre la relación entre salud mental y cognición permite aportar información clave para la formulación de políticas públicas, programas de prevención y estrategias comunitarias. Este enfoque territorial es importante para promover un envejecimiento saludable e inclusivo en las zonas altoandinas, reduciendo la brecha de atención y contribuyendo al bienestar de una población que se encuentra en alto riesgo de desarrollar cuadros de demencia con la consecuente pérdida de autonomía.

Por todo lo expuesto, se enuncia la pregunta general de investigación: *¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo con la depresión y el consumo de alcohol, en la población adulta mayor de los departamentos de Huánuco y Pasco en el Perú?*

1.3. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Es importante señalar que la presente investigación presenta limitaciones relacionadas tanto con la naturaleza de los datos utilizados como con el diseño

metodológico adoptado. Al tratarse de un estudio basado en el análisis de datos secundarios, existen restricciones inherentes al uso de información que no fue recolectada específicamente para responder a los objetivos del estudio, lo cual incide en la selección de variables, la estructura de los instrumentos de medición y el alcance de los análisis realizados. Entre las principales limitaciones se identifican las siguientes

1. Exclusión parcial de la población encuestada, debido a la influencia del nivel de alfabetización en la comprensión y respuesta del instrumento asociado a la evaluación del deterioro cognitivo. Esta condición implicó la reducción del tamaño de la muestra efectiva y limitó la posibilidad de generalizar los resultados a la totalidad de la población adulta mayor, especialmente en contextos con elevada prevalencia de analfabetismo.

2. Limitaciones de los instrumentos de recolección de datos, relacionadas tanto con los niveles de instrucción de los participantes como con la especificidad de las variables independientes. Algunos cuestionarios no se hallan diseñados considerando las particularidades cognitivas, emocionales y socioculturales propias de la población adulta mayor, que constituye la unidad de análisis del presente estudio.

3. Dificultades para integrar información objetiva y subjetiva, dado que el estudio combina datos de naturaleza objetiva —como variables sociodemográficas y puntajes obtenidos en instrumentos estandarizados de evaluación cognitiva— con información de carácter subjetivo, obtenida a través del autoinforme del adulto mayor o de informantes familiares. Este segundo tipo de información es particularmente susceptible a sesgos de memoria, deseabilidad

social y factores culturales, especialmente en contextos de deterioro cognitivo incipiente o avanzado, lo que podría afectar la precisión y consistencia de algunas variables evaluadas.

4. Limitaciones propias del diseño frente a la multicausalidad del deterioro cognitivo, considerando que este fenómeno está influenciado por múltiples factores de naturaleza biológica, conductual, social y ambiental. Variables relevantes reportadas en otras unidades de análisis —como la calidad y duración del sueño—, no pudieron ser incorporadas en el análisis, lo que restringe una comprensión más integral del fenómeno estudiado.

A pesar de estas limitaciones, la base de datos proporcionada por el Instituto Nacional de Salud Mental (INSM) “HD-HN” se considera adecuada para el desarrollo de la presente investigación, ya que cumple con criterios aceptables de validez y confiabilidad, lo que permitió analizar las variables de interés dentro de los alcances metodológicos establecidos.

1.4. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación plantea el siguiente objetivo general y los objetivos específicos detallados a continuación:

1.4.1 Objetivo General

Establecer las relaciones existentes entre depresión y consumo de alcohol con el deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.

1.4.2 Objetivos Específicos

1. Establecer la relación existente entre depresión y deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.
2. Establecer la relación existente entre consumo de alcohol y deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.
3. Identificar factores sociodemográficos asociados al deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.
4. Determinar los factores sociodemográficos y clínicos asociados independientemente al deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.

II MARCO TEÓRICO

2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES

A continuación, se presentan los fundamentos teóricos de las tres variables principales de la investigación: deterioro cognitivo, depresión y consumo de alcohol.

2.1.1 Deterioro Cognitivo

Las funciones cognitivas comprenden un conjunto de procesos mentales que permiten al ser humano interpretar su entorno, organizar información, planificar conductas y regular sus respuestas frente a diferentes estímulos. Estas funciones abarcan desde operaciones básicas, como la percepción y la atención, hasta funciones superiores como la memoria, el lenguaje y el razonamiento abstracto, así

como las funciones ejecutivas, responsables de la organización, planificación, resolución de problemas, toma de decisiones y autorregulación de la conducta (Jara Madrigal, 2008; Portellano, 2005; Tirapu-Ustárrroz y Luna-Lario, 2012).

Con el proceso natural de envejecimiento, dichas capacidades experimentan un declive gradual, producto de los cambios estructurales y funcionales que se producen en el cerebro. En esta etapa es común observar una ralentización de la velocidad de procesamiento, dificultades leves en la memoria episódica, alteraciones en habilidades visoespaciales y visomotoras, y una disminución de la flexibilidad cognitiva. No obstante, estas modificaciones no interfieren de manera significativa en la autonomía ni en el desenvolvimiento funcional del individuo (Ardila, 2012; Gil-Verona et al., 2002; Yubero Pancorbo, 2020). Estos cambios, si bien forman parte del envejecimiento normal, deben comprenderse dentro de un proceso acumulativo a lo largo del curso de vida.

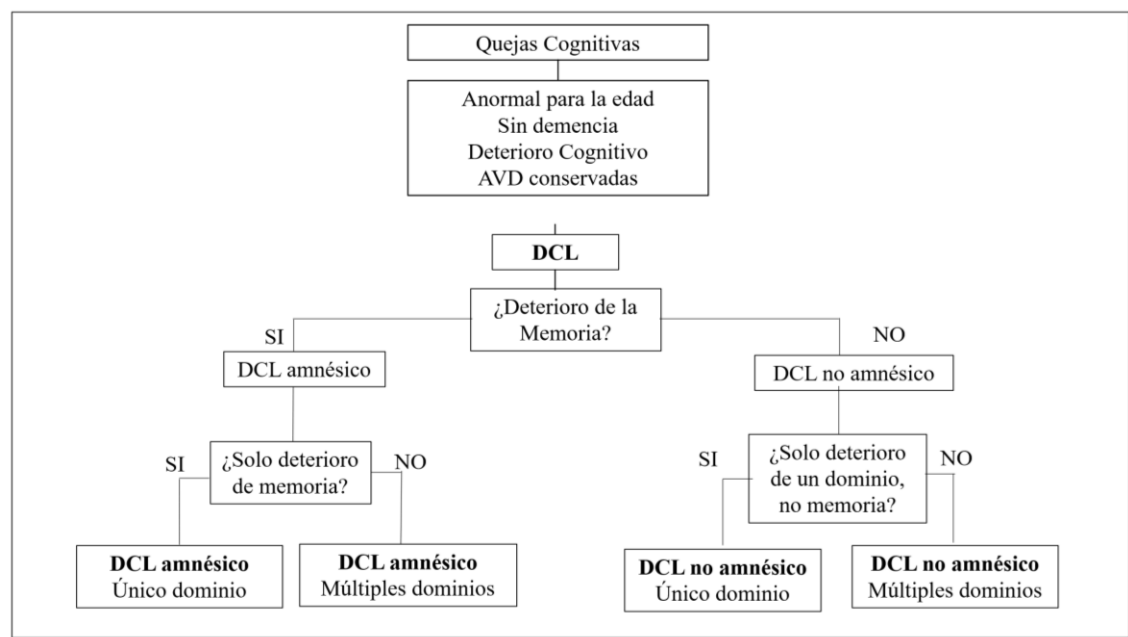
Sin embargo, cuando los cambios superan lo esperado para la edad y el nivel educativo, comprometiendo el rendimiento de una o más funciones cognitivas, se considera la presencia de deterioro cognitivo. Esta alteración puede presentarse en una fase inicial, como Deterioro Cognitivo Leve (DCL), que se caracteriza por un declive superior al esperado, aunque sin afectar de manera significativa la autonomía en las actividades de la vida diaria (CIE-10). En algunos casos, este deterioro puede progresar hacia síndromes demenciales más complejos, afectando de forma gradual la funcionalidad global del individuo (Petersen et al., 1999; Pose y Manes, 2010; Roqué et al., 2015). Se han establecido criterios diagnósticos para el DCL que incluyen la presencia de quejas subjetivas de memoria —manifestadas por la persona o por un informante—, un rendimiento cognitivo inferior al esperado

para su edad y nivel educativo según evaluaciones neuropsicológicas, conservación de la funcionalidad en la vida diaria y la exclusión de diagnóstico de demencia (Pelegrín Valero et al., 2012; Portet et al., 2006; Winblad et al., 2004). Además, Petersen (2016) propuso una clasificación que distingue cuatro subtipos de DCL, según el tipo y extensión del déficit cognitivo:

- I. DCL amnésico, de dominio único.
- II. DCL amnésico, de dominio múltiple.
- III. DCL no amnésico, de dominio único.
- IV. DCL no amnésico, de dominio múltiple (Figura 1)

Figura 1

Criterios diagnósticos y subtipos de deterioro cognitivo leve



Nota: gráfico tomado de Petersen, 2016.

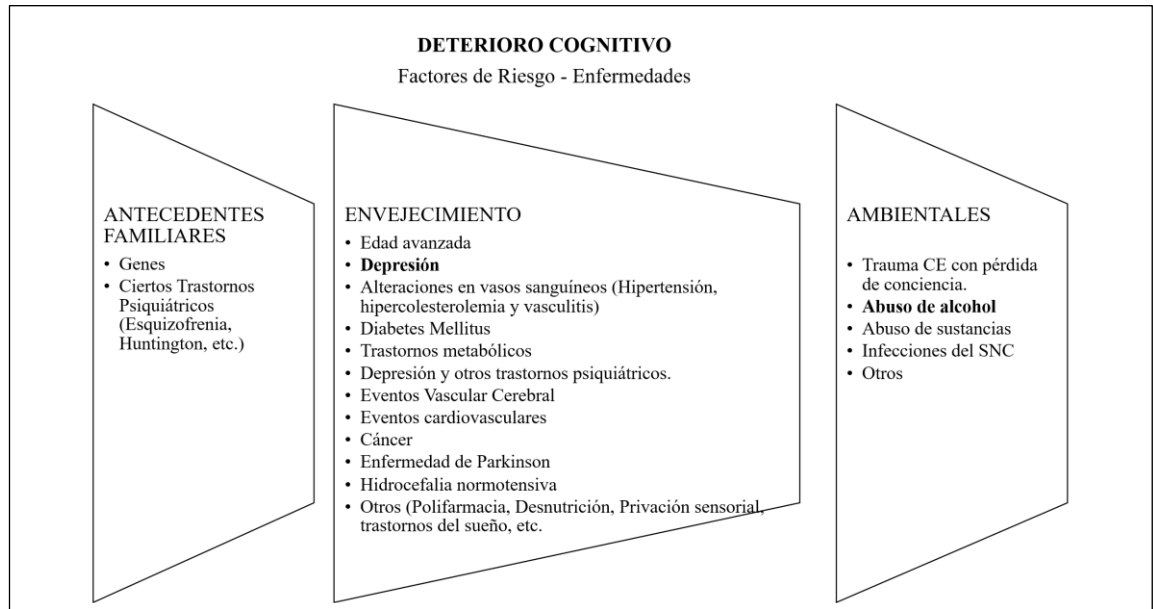
Esta categorización permite una evaluación más específica del estado cognitivo y orientar la intervención, ya que ciertos subtipos presentan mayor riesgo de progresar hacia demencias. La detección temprana del DCL es esencial, dado

que su progresión puede ser modificada mediante la identificación y control de factores de riesgo, así como mediante intervenciones que fortalezcan la reserva cognitiva y estimulen el mantenimiento de las funciones superiores y ejecutivas.

El deterioro cognitivo no es únicamente consecuencia del envejecimiento biológico, sino que responde también a la interacción de múltiples factores que incluyen condiciones médicas, hábitos de vida y variables psicosociales (Ribera Casado, 2005). En este contexto, la identificación de factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo resulta fundamental, dado que muchos de ellos son controlables o modificables, pudiendo contribuir a prevenir o retrasar la progresión hacia formas más severas de deterioro, como las demencias (Bartoloni et al., 2015; Carrillo Ñañez et al, 2017; Custodio et al., 2012). De acuerdo con el listado de factores de riesgo y enfermedades relacionadas con el deterioro cognitivo (figura 2) la presente investigación aborda dos de ellos: la depresión y el consumo de alcohol, que merecen especial atención por el impacto directo sobre el funcionamiento cerebral y cognitivo. La depresión puede afectar dominios clave como la memoria, la atención y la velocidad de procesamiento, mientras que el consumo riesgoso, crónico o abusivo de alcohol se asocian a daños estructurales y funcionales en regiones cerebrales vinculadas al aprendizaje, la planificación y la toma de decisiones (Bartoloni et al., 2015; Petersen, 2016).

Figura 2

Factores de riesgo y enfermedades relacionadas con el Deterioro Cognitivo



En otro sentido, se presenta como factor protector el modelo de la reserva cognitiva y cerebral. Los estudios lo plantean como una posible explicación de la variabilidad observada en la manifestación clínica y en la progresión del deterioro cognitivo entre individuos con condiciones neurológicas similares. Este modelo distingue dos componentes complementarios: la reserva cerebral, que hace referencia a las características estructurales del cerebro, tales como el volumen cerebral y la densidad de conexiones sinápticas, y la reserva cognitiva, entendida como la capacidad funcional adquirida a lo largo de la vida a través de la educación formal, el entrenamiento intelectual, la experiencia laboral y la adopción de estilos de vida activos y socialmente enriquecidos. Permitiendo ambos que, a pesar de la presencia de cambios neurodegenerativos o lesiones estructurales, el individuo logre mantener un funcionamiento cognitivo adecuado durante más tiempo (Rodríguez Álvarez y Sánchez Rodríguez, 2004).

Los procesos cognitivos son valorados a través de su expresión conductual y para su evaluación son catalogados, a nivel teórico, por áreas de funcionamiento, aunque, en realidad, su actividad suele ser simultánea, y organizada en redes. Uno de los instrumentos comúnmente utilizados para la evaluación del estado cognitivo, es el Mini Mental State Examination (MMSE), una herramienta breve y de aplicación sencilla que mide orientación, atención, memoria, lenguaje y habilidades visoconstructivas, con un puntaje máximo de 30; aunque su sensibilidad puede verse afectada por factores culturales y educativos (De Simone et al., 2008).

2.1.2 Depresión

La depresión es un trastorno mental complejo y multifactorial que afecta a un porcentaje significativo de la población mundial. Según la OMS, más de 300 millones de personas sufren de este trastorno, de las cuales un alto porcentaje, que oscila entre el 50% y el 90%, no recibe tratamiento, pese a la existencia de alternativas terapéuticas eficaces (OMS, 2018).

Desde una perspectiva clínica, la depresión se caracteriza por una alteración significativa del estado de ánimo que, de acuerdo con la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión (CIE-10), se manifiesta por una profunda sensación de tristeza, pérdida de interés o placer, disminución de energía, cansancio desproporcionado, baja autoestima y sentimientos de culpa o inutilidad. En casos graves, pueden aparecer pensamientos autolesivos o ideación suicida. Estos síntomas suelen acompañarse de alteraciones en el sueño, el apetito, el rendimiento cognitivo y la presencia de quejas somáticas (Parada Muñoz et al., 2022).

La comprensión de la depresión ha evolucionado significativamente con el avance de la investigación científica, especialmente en el campo de las neurociencias, donde se ha evidenciado que este trastorno es el resultado de una compleja interacción entre factores genéticos, epigenéticos, neuroquímicos y ambientales. Este enfoque multifactorial no solo explica la heterogeneidad en sus manifestaciones clínicas, sino que también ha motivado la distinción teórica entre depresión endógena—de origen predominantemente biológico y supuestamente sin causa aparente— y depresión exógena, asociada a factores externos claramente identificables como eventos psicosociales, enfermedades médicas o el uso de fármacos (Guadarrama et al., 2006). A su vez, el desarrollo de tecnologías de neuroimagen ha permitido identificar alteraciones en circuitos neuronales vinculados con la regulación emocional, destacando el papel de estructuras como la amígdala, el hipocampo, la ínsula y el cíngulo anterior, además de áreas de la corteza prefrontal (Callado, 2011; Sequeira y Fornaguera, 2009).

Desde un enfoque psicodinámico, Freud diferenciaba entre el duelo y la melancolía, entendiendo el primero como una respuesta natural frente a la pérdida de un objeto significativo, mientras que en la melancolía observaba síntomas adicionales como la pérdida de autoestima, autocrítica excesiva y sentimientos de inutilidad, anticipando algunas de las ideas centrales sobre el concepto actual de depresión (Sanz y Vásquez, 2008).

Por su parte, las teorías cognitivas y conductuales señalan que la depresión se asocia a distorsiones en el procesamiento de la información, donde el individuo tiende a interpretar de manera negativa su realidad, alimentando un círculo vicioso que refuerza su sintomatología a través de la denominada "triada cognitiva

negativa" que abarca una visión pesimista de sí mismo, del mundo y del futuro (Sanz y Vásquez, 2008). Las teorías cognitivo-sociales también han aportado a su comprensión al describir fenómenos como la indefensión aprendida, donde la percepción de falta de control sobre situaciones adversas puede derivar en desesperanza y depresión crónica (Seligman, citado por Sanz y Vásquez, 2008).

En la población adulta mayor, la depresión presenta particularidades clínicas que han llevado a replantear los criterios diagnósticos tradicionales. En este grupo, los síntomas afectivos suelen manifestarse de manera atípica, predominando la apatía, las preocupaciones somáticas, las quejas cognitivas subjetivas — especialmente sobre la memoria— y la pérdida de interés, en lugar de tristeza o llanto, lo cual dificulta su identificación y tratamiento oportuno (Izquierdo Munuera et al., 2003).

En cuanto a la relación entre depresión y deterioro cognitivo, se ha planteado que la depresión podría no solo coexistir con las alteraciones cognitivas, sino también contribuir activamente a su progresión. Diversos estudios han señalado que los episodios depresivos, sobre todo aquellos de inicio temprano y curso prolongado, constituyen un factor de riesgo relevante para el desarrollo de deterioro cognitivo y síndromes demenciales (Ownby et al., 2006; Sachs-Ericsson et al., 2013). La literatura también distingue entre la depresión de inicio tardío — aparecida después de los 65 años— y la depresión de inicio precoz, asociando ambas con diferentes trayectorias en la aparición de deterioro cognitivo y demencia (Custodio et al., 2014). En este sentido, la depresión en adultos mayores no solo es considerada un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, sino también un posible síntoma inicial de procesos neurodegenerativos, lo que ha motivado la superación

de categorías diagnósticas clásicas como la "pseudodemencia depresiva", en favor de modelos integradores que consideran a la depresión, el deterioro cognitivo y la demencia como fases de un mismo continuum patológico (Emery y Oxman, 1999 citado en Izquierdo Munuera et al., 2003).

Dada su alta prevalencia, complejidad clínica y sus posibles implicaciones en la funcionalidad cognitiva y calidad de vida, la detección temprana y el abordaje integral de la depresión, especialmente en la población adulta mayor, resultan fundamentales para prevenir su progresión y sus consecuencias a nivel neurocognitivo.

2.1.3 Consumo de Alcohol

El alcohol es una sustancia psicoactiva legal, cuyo consumo está ampliamente aceptado en diversas culturas, a pesar de sus conocidos efectos nocivos sobre la salud física, cognitiva y social, especialmente cuando su ingesta es riesgosa o abusiva (perjudicial o dependiente) (Cadaveira et al., 2005; Schlesinger Piedrahita et al., 2017). En las últimas décadas, se ha observado una disminución en la edad de inicio y una transformación en los patrones de consumo, destacando el fenómeno de *binge drinking* o ingesta intensiva de alcohol en cortos periodos, comúnmente asociado al ocio y festividades, tanto en jóvenes como en adultos, incluyendo adultos mayores en entornos festivos tradicionales (Rojas et al., 2013; Toledo Nunes et al., 2019).

Desde una perspectiva clínica y epidemiológica, la OPS (2008) clasifica las modalidades de consumo de alcohol en: consumo riesgoso, consumo perjudicial, dependencia y abuso:

Consumo riesgoso se refiere a ingestas episódicas elevadas que no implican dependencia, pero que por su volumen o frecuencia pueden desencadenar daños físicos, cognitivos y sociales. Este tipo de consumo incluye la intoxicación aguda, que se ha relacionado con alteraciones en la cognición y el riesgo de accidentes (Flórez et al., 2019).

Consumo perjudicial: ocurre cuando la ingesta de alcohol es persistente y genera consecuencias físicas, emocionales y sociales negativas, configurando un patrón desadaptativo.

Dependencia al alcohol: definida como un trastorno en el que el consumo de alcohol adquiere prioridad sobre otras conductas, comprometiendo la capacidad de control y generando síntomas fisiológicos y conductuales (CEDRO, 2020).

Abuso de consumo: implica un patrón caótico e indiscriminado de ingesta, que puede incluir elementos de consumo perjudicial, y cuyos efectos abarcan dimensiones biológicas, cognitivas, emocionales, familiares y socioculturales.

En contextos socioculturales específicos, como en las provincias peruanas, las festividades patronales suelen estar estrechamente ligadas a diversas modalidades de consumo, principalmente a los consumos riesgoso y perjudicial, debido a la variedad y prolongada duración de las celebraciones y al carácter socialmente aceptado del consumo en estos eventos (Pedersen, 2004).

Por otro lado, el entorno geográfico, en particular la altitud, constituye un factor adicional en el impacto del alcohol sobre el organismo. A mayor altitud, la disminución de la presión barométrica reduce la disponibilidad de oxígeno para los tejidos, generando una hipoxia fisiológica que, según el Ministerio de Sanidad de España (2020), puede oscilar entre un 26% y un 41% en comparación con el nivel

del mar. Este fenómeno resulta especialmente relevante en localidades como Huánuco (1,898 msnm) y Cerro de Pasco (4,342 msnm), donde la altitud intensificaría sus efectos. La combinación de hipoxia y consumo de alcohol —que además compromete la oxigenación cerebral al alterar la frecuencia respiratoria y cardíaca— podría potenciar el riesgo de deterioro cognitivo, particularmente en adultos mayores, quienes presentan una mayor vulnerabilidad neurofisiológica (NIDA, 2020).

El alcohol, al atravesar la barrera hematoencefálica, impacta en el sistema nervioso central afectando áreas como la corteza prefrontal, el sistema límbico y el cerebelo, deteriorando funciones ejecutivas, la memoria de trabajo, el equilibrio y la planificación conductual (Evora Soldo, 2017; Oscar-Berman y Marinkovic, 2007). Aunque algunos estudios señalan la posibilidad de recuperación parcial de estas funciones tras períodos prolongados de abstinencia, la evidencia indica que esta reversión es limitada en adultos mayores y depende de múltiples factores como la duración del consumo, la edad y la frecuencia de recaídas (Cadaveira y Corral-Varela, 2002; Goldman et al., 1983).

En suma, el presente estudio se centra en el análisis del consumo de alcohol y sus modalidades; no obstante, se reconoce que factores como el contexto sociocultural y geográfico, así como las condiciones fisiológicas propias de la altitud, pueden constituir un marco relevante para comprender de manera más amplia el riesgo de deterioro cognitivo en poblaciones que residen o participan en festividades en zonas altoandinas.

2.2. ANTECEDENTES

A continuación, se mencionan algunas investigaciones relacionadas con las variables de estudio.

2.2.1 Depresión y Deterioro Cognitivo

La relación entre la depresión, el deterioro cognitivo y la demencia ha sido ampliamente estudiada; sin embargo, los resultados han sido, en algunos casos, insuficientes o contradictorios. Diversas investigaciones han explorado los factores mediadores y predictivos de esta asociación, así como la influencia de variables contextuales y biológicas.

A nivel mundial, Chen Li et al. (2025) realizaron un estudio global a través de seis cohortes en Europa, Norteamérica, Asia y África, con el objetivo de examinar la asociación entre la cognición y la depresión en adultos de mediana edad y adultos mayores. Se incluyeron 89 056 participantes mayores de 65 años, provenientes de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE), el Estudio de Salud y Jubilación (HRS), el Estudio de Salud y Envejecimiento en México (MHAS), el Estudio Longitudinal de Salud y Jubilación en China (CHARLS), el Estudio Longitudinal Coreano sobre el Envejecimiento (KLoSA) y el Estudio de Salud y Envejecimiento en África: un estudio longitudinal de una comunidad INDEPTH en Sudáfrica (HAALSI), distribuidos en 28 conjuntos muestrales. Cada cohorte incluyó múltiples seguimientos. Se realizaron los análisis correspondientes para estimar el efecto promedio dentro de cada cohorte y el efecto global, controlando la heterogeneidad poblacional y regional. Los resultados concluyeron que el deterioro de la función cognitiva se asocia con un aumento del estado depresivo en adultos mayores a nivel mundial.

A nivel internacional, Herrera-Imbroda et al. (2025) realizaron un análisis longitudinal con datos de 1086 participantes del ensayo clínico SMART4MD, desarrollado en España y Suecia durante 18 meses, con evaluaciones cada seis meses, con el objetivo de examinar la relación temporal y bidireccional entre la depresión y el deterioro cognitivo leve o la demencia en fases iniciales. Los autores plantean que estudiar esta relación en individuos con deterioro cognitivo permite una mejor comprensión del vínculo entre ambas condiciones. Propusieron tres hipótesis sobre su relación temporal:

1. el deterioro cognitivo precede a los síntomas depresivos, siendo estos una reacción al deterioro cognitivo;
2. la depresión precede al deterioro cognitivo como pródromo de este;
3. la depresión, a medio o largo plazo, influye en la evolución del deterioro cognitivo, constituyéndose como un factor de riesgo.

En la misma línea, Izquierdo Munuera et al. (2003) analizaron tres posibles relaciones entre la depresión y la demencia: la depresión como fase inicial de la demencia, la demencia inducida por depresión y la comorbilidad. Por su parte, Jorm (2000) propuso seis hipótesis explicativas que incluyen, además de las anteriores, el consumo de antidepresivos, la presencia de factores de riesgo comunes y la depresión como reacción al deterioro cognitivo percibido.

Shimada et al. (2014) investigaron la relación entre los síntomas depresivos y el rendimiento cognitivo en una muestra de 4 352 adultos mayores. El estudio tuvo como objetivo identificar los dominios cognitivos afectados por la depresión y explorar posibles mediadores, como el factor neurotrófico derivado del cerebro

(BDNF) y la reducción del volumen del hipocampo. Asimismo, se analizó la influencia de variables demográficas, fisiológicas, de salud y conductuales. Los resultados evidenciaron que la depresión se asocia con un menor desempeño cognitivo general, afectando principalmente la memoria, la atención, las funciones ejecutivas y la velocidad de procesamiento. Estos hallazgos resaltan la importancia de evaluar dichos dominios para la detección temprana del deterioro cognitivo en personas con síntomas depresivos.

Verdelho et al. (2013) analizaron la relación entre los síntomas depresivos, el rendimiento cognitivo y los cambios en la sustancia blanca cerebral (SBC), utilizando datos del estudio LADIS (Leucoaraiosis and Disability in the Elderly). Esta investigación prospectiva, realizada durante tres años en adultos mayores de entre 65 y 84 años sin discapacidad inicial, evaluó la progresión del deterioro cognitivo mediante pruebas neuropsicológicas y resonancias magnéticas. Los resultados mostraron que los síntomas depresivos iniciales predijeron el deterioro cognitivo, independientemente de los cambios en la SBC. Además, cuando la depresión era severa, su impacto sobre la función cognitiva era mayor. En adultos mayores inicialmente autónomos con cambios en la SBC, la presencia de síntomas depresivos se asoció con un menor rendimiento cognitivo y con un deterioro más acelerado a lo largo del seguimiento. La investigación concluyó que tanto los síntomas depresivos como los cambios en la sustancia blanca cerebral constituyen factores de riesgo independientes para el desarrollo de demencia en adultos mayores.

Izquierdo Munuera et al. (2003) revisaron la depresión como factor de riesgo para demencia, destacando la necesidad de diagnósticos diferenciados en

adultos mayores. Identificaron diferencias en la manifestación clínica de la depresión en esta población y exploraron explicaciones psicosociales y biológicas, distinguiendo entre depresión de inicio precoz y tardío.

A nivel nacional, el Perú participó en el estudio internacional del Grupo de Investigación de Demencia 10/66, que incluye además a Cuba, República Dominicana, México, Puerto Rico y Venezuela, con el objetivo de examinar la relación entre los síntomas depresivos y la incidencia de demencia en adultos mayores. Con una muestra total de 11 472 participantes (1 769 del Perú), se realizaron evaluaciones iniciales y un seguimiento a los cuatro años. Los resultados mostraron que la depresión en la vejez se asocia con la incidencia de demencia en países de ingresos bajos y medios de América Latina, de manera consistente con la evidencia reportada en países de ingresos altos (Johansson et al, 2019).

En estudios realizados en el contexto peruano, Vilchez-Cornejo et al. (2017) hallaron una asociación entre depresión y deterioro cognitivo en adultos mayores de la selva peruana, con mayor prevalencia en edades avanzadas. Asimismo, Paz et al. (2015), en una muestra representativa de la sierra rural, evidenciaron una asociación significativa entre la depresión y el deterioro cognitivo, así como con la pérdida de la autonomía funcional.

En conjunto, estos estudios respaldan la hipótesis de que la depresión, tanto de inicio tardío como de inicio precoz, constituye un factor de riesgo relevante para el deterioro cognitivo y la demencia, resaltando la importancia de su identificación temprana para el diseño de intervenciones preventivas.

2.2.2 Alcohol y Deterioro Cognitivo

Diversas investigaciones internacionales han analizado la relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en adultos mayores, evidenciando que los efectos del alcohol sobre la cognición varían según la cantidad consumida, la duración del consumo a lo largo del curso de vida y las características sociodemográficas y de salud de la población estudiada.

En un estudio reciente realizado en Estados Unidos, Zhang et al. (2025) analizaron datos de la Encuesta Nacional de Examen de Salud y Nutrición (NHANES) correspondientes a adultos de 60 años a más, con el objetivo de evaluar la asociación entre diferentes niveles de consumo de alcohol y el funcionamiento cognitivo. La evaluación cognitiva incluyó pruebas estandarizadas como el aprendizaje y recuerdo de palabras del CERAD, la Prueba de Fluidez Animal y la Prueba de Sustitución de Dígitos y Símbolos. Los resultados evidenciaron que el consumo excesivo de alcohol se asocia significativamente con una disminución del rendimiento cognitivo en comparación con los no bebedores, mientras que los efectos del consumo leve y moderado fueron heterogéneos. Asimismo, el impacto negativo del consumo elevado fue más pronunciado en personas mayores de 70 años, mujeres, individuos con bajo nivel educativo y aquellos con otras comorbilidades, lo que sugiere una mayor vulnerabilidad cognitiva en estos subgrupos.

En la misma línea, estudios europeos recientes, basados en datos longitudinales de 15 años de 6 967 personas de la Encuesta de Salud, Envejecimiento y Jubilación en Europa (SHARE) analizaron el efecto del consumo de alcohol y otros factores de riesgo modificables sobre el envejecimiento

cognitivo. Los resultados han señalado que el consumo crónico y elevado de alcohol se asocia con un mayor riesgo de deterioro cognitivo, afectando principalmente funciones como la memoria, la atención y las funciones ejecutivas. Aunque algunos estudios han planteado que el consumo moderado podría asociarse con un mejor desempeño cognitivo, esta relación podría estar influenciada por factores de confusión, como el estado de salud previo, el nivel educativo y el contexto sociocultural. En conjunto, estos hallazgos refuerzan la evidencia de que el consumo excesivo de alcohol constituye un factor de riesgo relevante para el deterioro cognitivo en la vejez, especialmente cuando se mantiene de forma sostenida a lo largo del curso de vida (Listabarth et al., 2022).

También, desde una perspectiva longitudinal, Hassing (2018) desarrolló un estudio prospectivo en Suecia, utilizando datos del Registro Sueco de Gemelos y del estudio OCTO-Twin, con un seguimiento aproximado de 25 años. A diferencia de investigaciones previas, este estudio abordó explícitamente el denominado *sesgo de abstinencia*, que ocurre cuando el grupo de no bebedores incluye a personas que dejaron de consumir alcohol debido a problemas de salud previos, lo que puede generar una aparente ventaja cognitiva del consumo moderado. Para controlar este sesgo, la autora excluyó a los no bebedores del análisis y comparó únicamente distintos niveles de consumo entre personas que bebían alcohol. Los resultados evidenciaron una asociación dosis-respuesta negativa entre el consumo de alcohol en la mediana edad y el rendimiento cognitivo en la vejez, particularmente en el Mini-Mental State Examination y en pruebas de memoria episódica. El estudio concluyó que incluso niveles bajos de consumo de alcohol no confieren protección

cognitiva, cuestionando la supuesta relación beneficiosa descrita en investigaciones anteriores.

Desde un enfoque neuropsicológico, Flórez et al. (2019) describieron las consecuencias clínicas y cognitivas del daño cerebral asociado al consumo de alcohol. Señalan que dicho daño puede originarse tanto por los efectos neurotóxicos directos del alcohol, especialmente en patrones de consumo intensivo episódico (*binge drinking*), que alteran la regulación de neurotransmisores y receptores, como por los efectos indirectos de la deficiencia de tiamina, la cual puede desencadenar el síndrome de Korsakoff. Estas alteraciones afectan estructuras corticales y subcorticales, impactando principalmente en la atención, la memoria, las funciones ejecutivas y los procesos de neurogénesis.

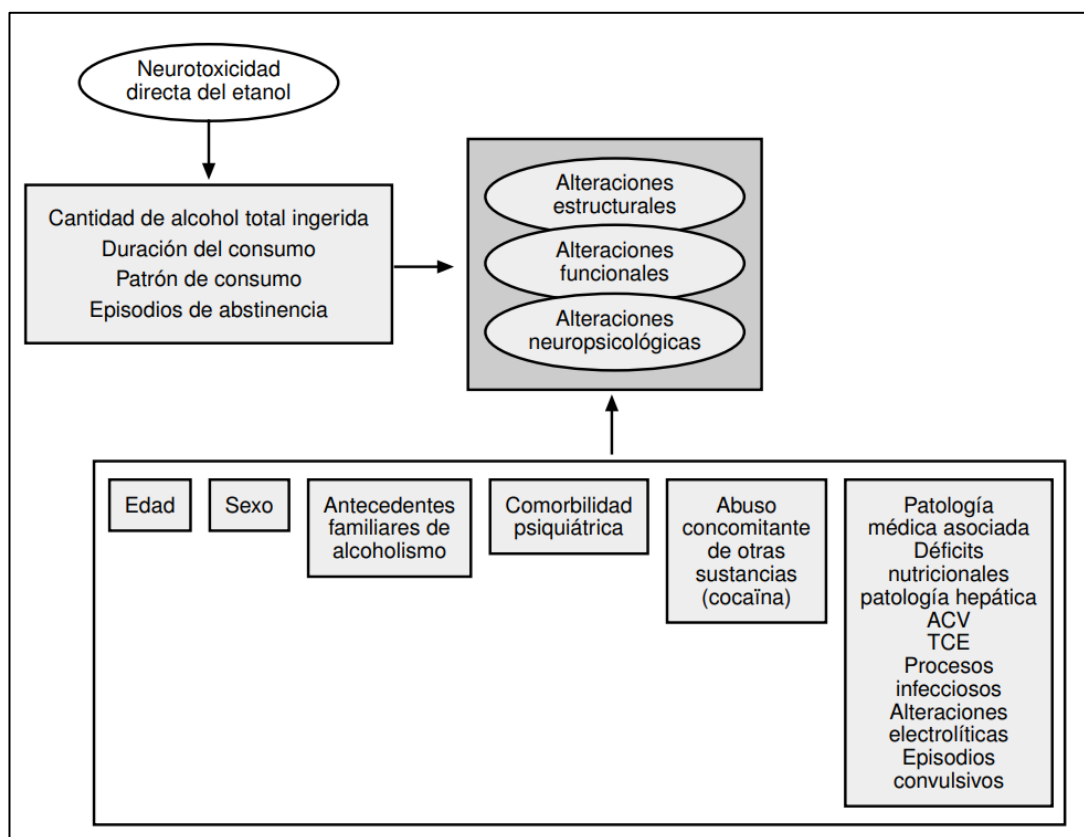
De manera complementaria, Ridley et al. (2013) señalan que entre el 9 % y el 22 % de los pacientes con demencia presentan antecedentes de abuso de alcohol, mientras que entre el 10 % y el 24 % de las personas con consumo abusivo desarrollan demencia. Respecto al pronóstico de recuperación cognitiva tras períodos prolongados de abstinencia, los autores indican que este varía según la etiología del daño: cuando el deterioro se debe principalmente a la toxicidad del alcohol, la recuperación es más probable; en cambio, cuando se asocia a deficiencias nutricionales y daño estructural cerebral, el pronóstico resulta menos favorable.

Por su parte, Calvo Botella (2003), en una revisión sobre los efectos neuropsicológicos del abuso de alcohol, describe que el consumo excesivo afecta tanto la estructura como la función cerebral. Identifica alteraciones en la percepción

visoespacial, la motricidad, la memoria, la atención, la capacidad de aprendizaje, la abstracción verbal y no verbal, así como en diversas funciones ejecutivas, entre ellas la flexibilidad cognitiva, la planificación y la generación de alternativas de conducta. Asimismo, subraya que la relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo es compleja y está condicionada por múltiples factores personales y patrones de consumo, (Figura 3) lo que refuerza la necesidad de investigaciones que consideren de manera integral estas variables.

Figura 3

Variables implicadas en el deterioro neuropsicológico ligado al consumo de alcohol



Nota: Tomado de *Alcohol y Neuropsicología* (p. 259), por H. Calvo Botella (2003), Revista Elsevier, 5(3).

En América Latina, Celsi Núñez et al. (2014) analizaron datos de la Encuesta Nacional de Salud de Chile (2009–2010) para estudiar la relación entre el

consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en adultos mayores de 60 años. En una muestra de 688 personas con puntajes iguales o inferiores a 24 en el Mini-Mental State Examination y consumo de alcohol en el último mes, encontraron una asociación significativa entre el consumo reciente de alcohol y un bajo rendimiento cognitivo, lo que aporta evidencia regional sobre los efectos adversos del alcohol en la cognición durante la vejez.

2.3. HIPÓTESIS

2.3.1 Hipótesis General

Existe relación entre depresión y consumo de alcohol con deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.

2.3.2 Hipótesis Específicas

1. Existe relación entre depresión y deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.

2. Existe relación entre el consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en la población adulta mayor de las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco en el Perú.

III METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La presente investigación corresponde a un estudio científico de nivel básico, de tipo no experimental, cuyo propósito es ampliar el conocimiento sobre las variables abordadas, contribuyendo así al acervo académico y social. Asimismo, se adopta un enfoque cuantitativo, en virtud de su capacidad para estimar, medir y analizar datos mediante procedimientos estadísticos, garantizando objetividad,

precisión y sistematización en el tratamiento de la información (Hernández et al. 2014).

El estudio se enmarca en un diseño descriptivo, transversal y correlacional, sustentado en el análisis de datos secundarios obtenidos del INSM “HD-HN”. Los datos fueron recolectados en los departamentos de Huánuco (2013) y Pasco (2012), Perú y cuyos resultados fueron presentados en estudios epidemiológicos publicados en 2016. Para el desarrollo de este estudio, el INSM “HD-HN” facilitó la base de datos consolidada que integra la información de ambas regiones.

El diseño es descriptivo, ya que permite identificar y caracterizar detalladamente las propiedades esenciales de las variables objeto de estudio. Asimismo, es correlacional, en tanto busca determinar la existencia de asociaciones entre las variables, sin establecer relaciones de causalidad. Finalmente, es de corte transversal, dado que la recolección de datos se realizó en un único tiempo, proporcionando una fotografía específica de la población estudiada (Bernal, 2010).

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

3.2.1 Población

La población objetivo está conformada por todos los adultos mayores de 60 años, residentes en las ciudades de Cerro de Pasco (Pasco) y Huánuco (Huánuco), Perú.

3.2.1.1. Criterios de Inclusión y Exclusión

Los criterios de inclusión y exclusión fueron establecidos conforme a los protocolos metodológicos de los estudios epidemiológicos del INSM “HD-HN”, siendo los mismos en ambos estudios.

Los criterios de inclusión contemplaron a personas adultas mayores que contaran con la capacidad de comunicarse de manera adecuada al momento de la entrevista. En aquellos casos en los que se identificaron trastornos mentales moderados o severos que dificultaban la comunicación directa con el evaluado, se procedió a realizar la entrevista de manera indirecta, recurriendo al jefe del hogar como informante.

Respecto a los criterios de exclusión, no se establecieron restricciones para la aplicación del cuestionario general epidemiológico. Sin embargo, para la aplicación específica del instrumento Mini-Mental State Examination (MMSE), se excluyó a las personas analfabetas, debido a las exigencias cognitivas y de lectoescritura que requiere la naturaleza del instrumento.

3.2.2 Muestra y Método de Muestreo

La muestra analizada en el presente estudio fue extraída de la base de datos de los estudios epidemiológicos del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi”. Dichos estudios emplearon un diseño muestral complejo, probabilístico y multietápico, estructurado en tres fases: primero, la selección de conglomerados; segundo, la identificación de viviendas; y finalmente, la selección de personas. El marco muestral consideró como estrato independiente a cada una de las ciudades incluidas (Cerro de Pasco y Huánuco).

En la primera etapa se identificaron conglomerados conformados por aproximadamente 100 viviendas contiguas, utilizando un muestreo sistemático con arranque aleatorio. En la segunda, se delimitaron segmentos compactos de viviendas numeradas consecutivamente, con 11 viviendas en Huánuco y 17 en Cerro de Pasco; la selección de viviendas dentro de cada segmento se realizó a partir

de un punto de inicio generado aleatoriamente bajo una distribución uniforme de probabilidades. Finalmente, en la tercera etapa, se seleccionaron las personas de acuerdo con los criterios de inclusión definidos para cada unidad de análisis, aplicando la tabla de Kish modificada. Para el presente estudio se consideró exclusivamente la unidad de análisis correspondiente a los adultos mayores (60 años o más).

Para el departamento de Huánuco, la muestra fue seleccionada a partir de 172 conglomerados y 1,892 viviendas, conformándose un total de 458 adultos mayores. En el departamento de Pasco, la muestra comprendió 125 conglomerados y 2,125 viviendas, resultando en 272 adultos mayores. En conjunto, la muestra inicial incluyó 730 personas adultas mayores, representando una población expandida de 19,976 individuos mediante ponderación estadística, con el fin de reflejar adecuadamente la estructura demográfica de la población.

Dado que el instrumento utilizado para la evaluación del deterioro cognitivo presentaba limitaciones para su utilización en personas analfabetas, estas fueron excluidas (215 adultos mayores) y 8 casos con información faltante en la variable sabe leer y escribir. . La submuestra final quedó constituida por 507 adultos mayores alfabetizados, lo que representa una población expandida de 15,085 individuos, equivalente al 76.3% de la población adulta mayor de ambas ciudades encuestadas.

Para los análisis específicos de depresión de vida y bebedor riesgoso anual, se registraron 5 y 6 valores perdidos respectivamente, por lo que los modelos se estimaron con los casos válidos disponibles en cada variable.

3.3. VARIABLES

En la presente investigación se definieron y operacionalizaron las siguientes variables, en concordancia con fuentes teóricas y los instrumentos aplicados por el INSM “HD-HN”.

3.3.1 Deterioro Cognitivo

Se entiende por deterioro cognitivo, según la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología, a la “alteración en uno o más dominios de la cognición superior a lo esperado en una persona de la misma edad y nivel educativo, aunque no es de suficiente intensidad como para establecer el diagnóstico de demencia” (Arriola et al., 2017). El deterioro cognitivo fue medido mediante el cuestionario Mini-Mental State Examination (MMSE) que evalúa diversos dominios cognitivos (Orientación, Atención, Memoria, Lenguaje y Praxias) y que se encuentra adaptado e incluido en el Módulo de Funciones Cognoscitivas EESISPR .J.09, preguntas del 1 al 22; aplicado por el INSM “HD-HN”.

3.3.2 Depresión

La depresión se conceptualiza de acuerdo con los criterios de investigación establecidos por la CIE-10 para el Episodio Depresivo (F32). Dichos criterios incluyen estado de ánimo persistentemente bajo, reducción de energía y actividad, alteraciones en el sueño, disminución de la autoestima, presencia de sentimientos de culpa e inutilidad. La detección de síntomas depresivos se realizó mediante el Módulo de Salud Integral del Adulto Mayor (EESISPR.I.08) aplicado por el INSM “HD-HN”. Las preguntas fueron adaptadas de la Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional MINI, versión 5.0.0 en español. Se consideraron dos niveles de

prevalencia: presencia de síntomas alguna vez en la vida (*vida*) y en el último año (*anual*).

3.3.3 Consumo de Alcohol

El consumo de alcohol fue abordado a partir de los criterios de investigación de la CIE-10, operacionalizados mediante la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), versión 5.0.0 en español, adaptada por el Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado – Hideyo Noguchi” e incorporada en el Módulo de Salud Integral del Adulto Mayor (EESISPR.I.08).

En el presente estudio se consideraron dos formas de clasificación del consumo de alcohol en el último año. En primer lugar, el *consumo riesgoso*, definido como la ingesta de alcohol en un período menor a tres horas de una cantidad igual o superior al equivalente de una botella de vino o tres vasos de licor fuerte, en tres o más ocasiones durante el último año (INSM “HD-HN”, 2016).

En segundo lugar, para efectos analíticos, se utilizó una variable construida denominada “*abuso o dependencia de alcohol*”, empleada en los estudios epidemiológicos del INSM “HD-HN”, que agrupa los criterios de consumo perjudicial y dependencia al alcohol según la CIE-10. Esta variable representa una forma de consumo problemático de alcohol, caracterizada por un patrón persistente o dependiente de ingesta asociado a consecuencias adversas en el comportamiento y en la salud física, mental y cognitiva.

Podemos observar la operacionalización de las variables en la Tabla 1

Tabla 1

Matriz de operacionalización de variables

MATRIZ DE OPERALIZACIÓN				
Variable	Definición Operacional	Dimensiones	Indicadores	Escala de Medición
Deterioro Cognitivo	<p>Mini Mental State Examination (MMSE)</p> <p>Nivel de corte para indicar algún grado de déficit cognitivo: ≤ 22 puntos.</p> <p>Adaptación en Módulo de funciones cognitivas EESISPR.J.09 por el INSM “HD-HN”</p>	Orientación Témporo/ Espacial	Reconocer fecha y lugar	Nominal
		Memoria Inmediata	Repetición de palabras	
		Atención, concentración y cálculo	Restas y Dígitos Inversos	
		Memoria diferida	Recuerdo de palabras	
		Lenguaje	Nominación, repetición, comprensión, lectura y escritura	
		Praxias	Ejecución de figuras geométricas	
Depresión	<p>Cuestionario</p> <p>Presencia de episodio depresivo en base a criterios de investigación de la CIE-10 de la Sección correspondiente de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI) versión en español 5.0.0.</p> <p>Adaptación en Módulo de Salud Integral del Adulto Mayor EESISPR.I.08 por el INSM “HD-HN”</p>	<p>Episodio depresivo (presencia de los síntomas, por al menos dos semanas consecutivas)</p> <p>Incluye: Prevalencia de vida y prevalencia anual</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Decaimiento - Pérdida de interés en las cosas - Alteración del apetito - Alteración del sueño - Enlentecimiento general - Fatiga - Sentimientos de culpabilidad o inutilidad - Dificultad de atención o toma de decisiones 	Nominal

			- Deseo de autolesión	
Consumo de alcohol	Presencia de consumo riesgoso.	Consumo riesgoso Prevalencia anual	Consumo en menos de 3 horas, de una cantidad mayor al equivalente de una botella de vino (o 3 vasos de alcohol fuerte); en tres o más ocasiones durante el último año. *	Nominal
	Variable construida en la base de datos del INSM “HD-HN”, que identifica la presencia de consumo problemático de alcohol, operacionalizado mediante la categoría <i>abuso o dependencia</i> . En base a criterios de investigación de la CIE-10, de la Sección correspondiente de la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica (MINI) versión en español 5.0.0. Adaptación en Módulo de Salud Integral del Adulto Mayor EESISPR.I.08 por el INSM “HD-HN”	Consumo problemático de alcohol. Prevalencia anual	Presencia de abuso o dependencia de alcohol - Frecuencia y Cantidad - Patrones de Consumo - Problemas Derivados - Conductas dependientes	

* Definición en los Estudios Epidemiológicos de INSM “HD-HN”, 2016

3.4. MÉTODOS E INSTRUMENTOS

La presente investigación se desarrolló a partir del análisis de una base de datos secundaria, cuya recolección de información se realizó siguiendo los procedimientos habituales en los estudios epidemiológicos de la institución. La aplicación de los instrumentos se realizó principalmente mediante entrevistas semiestructuradas administradas por el entrevistador, a través de entrevista directa al adulto mayor, llevadas a cabo en las viviendas seleccionadas por personal previamente entrenado, conformado por profesionales en psicología y trabajadores de la salud con experiencia en estudios de campo domiciliarios, preferentemente con formación o especialización en salud mental (INSM “HD-HN”, 2016). Con este procedimiento se buscó garantizar la adecuada comprensión de las preguntas y la calidad de la información recolectada. Si bien la modalidad de aplicación no correspondió a un autorreporte escrito, parte de la información obtenida tuvo un carácter subjetivo, en la medida en que las respuestas fueron proporcionadas verbalmente por los propios participantes, especialmente en variables como el consumo de alcohol y los antecedentes de salud mental, las cuales dependen del recuerdo, la percepción y la disposición del evaluado para informar sobre dichas experiencias.

No obstante, en aquellos casos en los que el participante presentaba dificultades para responder de manera autónoma debido a limitaciones cognitivas, sensoriales o de comunicación, se recurrió a la entrevista indirecta, utilizando al jefe del hogar como informante, quien proporcionó información correspondiente a las variables sociodemográficas, antecedentes de salud y consumo de alcohol.

En el caso específico de la evaluación del estado cognitivo, esta fue aplicada únicamente mediante entrevista directa, dado que requería la participación del adulto mayor para la ejecución de las tareas cognitivas. Por tal motivo, los participantes que no pudieron responder directamente a esta evaluación fueron excluidos del análisis cuantitativo del deterioro cognitivo, aunque se mantuvieron en la caracterización descriptiva de la muestra.

Los instrumentos utilizados en la presente investigación corresponden a cuestionarios elaborados por el INSM “HD-HN”, contruidos a partir de herramientas estandarizadas, validadas y de amplio uso internacional.

Para la evaluación del *deterioro cognitivo*, se empleó el Mini Mental State Examination (MMSE). Originalmente elaborado por Folstein, M.F.; Folstein, S.E.; McHugh, P.R. y Fanjiang, G. (1975) como instrumento de cribado del déficit cognitivo, posteriormente, adaptado al español por Quiroga et al (2004), en el marco de un proyecto multicéntrico de la Organización Mundial de la Salud desarrollado en población urbana y rural de Chile. Esta adaptación buscó reducir la influencia del nivel educativo en el desempeño de la prueba, y sus resultados reportaron una sensibilidad del 93.6% y una especificidad del 46.1%. Para el presente estudio se utilizó dicha validación, estableciéndose un punto de corte de ≤ 22 puntos sobre un total de 30, considerado como indicativo de deterioro cognitivo en adultos mayores.

Para la detección de sintomatología *depresiva* y *consumo de alcohol*, se utilizó la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), versión 5.0.0 en español, que se basa en los criterios de investigación de la Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud – Décima Revisión (CIE-10). Esta herramienta fue adaptada lingüísticamente por el INSM

“HD-HN” para su aplicación en la población de la Sierra peruana mediante pruebas de campo y grupos focales, asegurando su comprensión cultural y lingüística.

Complementariamente, se utilizaron cuestionarios elaborados por el INSM “HD-HN” específicamente para la unidad de análisis del adulto mayor, los cuales integran tanto los instrumentos antes descritos como módulos adicionales de recolección de datos:

- Módulo EESISPR.B4.01.D recoge datos generales y demográficos de la persona adulta mayor, incluyendo información de identidad, sexo, edad, nivel de instrucción.
- Módulo EESISPR.J.09 contiene las preguntas correspondientes al MMSE, permitiendo evaluar las funciones cognitivas.
- Módulo EESISPR.I.08 aborda aspectos relacionados con la salud integral del adulto mayor a través de un total de 164 preguntas, entre las que se incluyen los apartados utilizados en la presente investigación para la detección de sintomatología depresiva y para la identificación de consumo de alcohol

3.5. PROCEDIMIENTO

Una vez aprobado el presente proyecto, y dado que la investigación se llevó a cabo utilizando una base de datos secundaria perteneciente al INSM “HD-HN”, se procedió conforme a lo establecido en la Directiva Administrativa N° 19-INSM HD-HN/OEAIDE.V.01 para el “Uso de bases de datos con fines de investigación científica” (2004), emitida por la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del INSM “HD-HN” del Ministerio de Salud. Esta

normativa fue aprobada mediante la Resolución Directoral N° 405-2014-DG/INSM “HD-HN”, con fecha 31 de diciembre de 2014.

La investigación se desarrolló bajo el marco regulatorio de dicha directiva, específicamente en lo señalado en el Capítulo V, acápite 5.1.3, que define las investigaciones psicosociales, y en el acápite 5.1.6, referido a los investigadores externos. Asimismo, se cumplió con las disposiciones contempladas en el Capítulo VI, en lo relativo al tratamiento anónimo de los datos, al tiempo y uso permitido de la base de datos, y a la obligación de presentar un informe final acompañado de una copia completa del trabajo de investigación. Las solicitudes, autorizaciones y compromisos asumidos por el equipo de investigación fueron tramitados conforme a lo estipulado en el Capítulo X de la misma directiva.

La aceptación al proyecto y la conformidad para el uso de la base de datos se encuentra registrada en el documento de Auspicio Científico a Proyecto de Investigación presentado al Ministerio de Salud por la Oficina Ejecutiva de Apoyo a la Investigación y Docencia Especializada del Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado-Hideyo Noguchi”, con el código OEAIDE-890-2023 y aceptada mediante código de Auspicio INSM-PA-061-2023 (ANEXO B)

3.6. ANÁLISIS DE DATOS

En primer lugar, se efectuó un análisis descriptivo de las características sociodemográficas de la población adulta mayor. Para ello, se calcularon frecuencias y se estimaron porcentajes con el propósito de caracterizar la muestra en función de variables como edad, sexo y nivel de instrucción. En el caso de la edad, se establecieron dos grupos etarios: de 60 a 74 años y de 75 años a más.

Respecto al nivel educativo, se conformaron dos categorías: menor de ocho años de instrucción, e igual o mayor a ocho años.

Posteriormente, se realizaron análisis bivariados entre las características sociodemográficas y la presencia de deterioro cognitivo. Dado que las variables independientes fueron de tipo nominal, se aplicó la prueba de chi-cuadrado (χ^2) para determinar la existencia de diferencias estadísticamente significativas entre las prevalencias observadas. Se consideró un nivel de significancia estadística de $p < 0.05$; por tanto, valores inferiores a dicho umbral indicaron una diferencia significativa, mientras que valores iguales o superiores ($p \geq 0.05$) sugirieron que el resultado podría atribuirse al azar.

Considerando el efecto del nivel educativo sobre el desempeño en las pruebas cognitivas, se excluyó del análisis a las personas analfabetas, a fin de garantizar la validez de las comparaciones. En consecuencia, los análisis posteriores se realizaron sobre la submuestra restante.

Seguidamente, se desarrollaron análisis destinados a estimar la prevalencia de deterioro cognitivo en los adultos mayores en relación con la presencia de episodios depresivos y el consumo de alcohol. Para este propósito, se utilizaron las medidas de asociación denominadas *Odds Ratio* (OR) o razón de posibilidades, ampliamente empleadas en estudios epidemiológicos de tipo transversal.

El ajuste de los OR mediante un modelo de regresión logística permitió controlar el efecto conjunto de las variables independientes sobre la variable dependiente. En este modelo, cada coeficiente de regresión representa el efecto parcial de un factor, controlando la influencia potencial de otros factores que

podrían actuar como variables de confusión en la relación entre el factor de riesgo y el resultado.

La interpretación de los valores de OR se realizó conforme a lo descrito por Szumilas (2010): un $OR = 1$ indica ausencia de asociación entre las variables; un $OR > 1$ señala una asociación positiva, donde el factor en cuestión aumenta la probabilidad de ocurrencia del evento (por ejemplo, un $OR = 1.35$ indica un incremento del 35% en la probabilidad del evento); mientras que un $OR < 1$ refleja una asociación negativa, es decir, una disminución en la probabilidad de ocurrencia (por ejemplo, un $OR = 0.75$ implica una reducción del 25%).

Finalmente, se ajustó el modelo de regresión logística para examinar la relación entre la presencia de deterioro cognitivo y las variables independientes previamente señaladas, controlando los posibles efectos de confusión/variación de las características sociodemográficas, así como el efecto de la multicolinealidad entre variables estrechamente relacionadas.

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el módulo de muestras complejas del programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 20.0.

3.7. CONSIDERACIONES ÉTICAS

La presente investigación se desarrolló sobre una base de datos secundaria, por lo que las consideraciones éticas se remitieron a las disposiciones y lineamientos éticos establecidos durante la investigación primaria, la cual fue llevada a cabo por el INSM “HD-HN”. Dicho estudio contó con la aprobación correspondiente tanto del Comité de Investigación como del Comité de Ética Institucional, además de disponer de consentimientos informados debidamente

firmados por cada uno de los participantes, quienes fueron informados sobre la finalidad investigativa de los datos recabados, garantizando en todo momento la confidencialidad y el anonimato de la información.

Del mismo modo, las consideraciones éticas de la presente investigación quedaron enmarcadas en el compromiso asumido con el INSM "HD-HN" respecto al manejo responsable de la base de datos proporcionada, su uso exclusivo para fines de investigación y su posterior eliminación de los diferentes medios físicos y digitales en los que hubiera sido almacenada, en cumplimiento de lo estipulado por la entidad.

Las fuentes de financiamiento del estudio original provinieron de recursos ordinarios y recursos directamente recaudados por el INSM "HD-HN". En tanto, la presente investigación fue autofinanciada con recursos propios.

IV RESULTADOS

Para el análisis preliminar se consideraron variables generales como el sexo, el grupo etario, el alfabetismo (evaluado a partir de la capacidad de leer y escribir) y el nivel de instrucción alcanzado. La muestra incluyó adultos mayores de entre 60 y 95 años, con una media de 69.6 años, clasificados en dos grupos: "viejo-joven" (60 a 74 años) y "viejo-viejo" (75 años o más). En la variable de alfabetización se excluyeron ocho participantes por no contar con los datos completos.

El nivel educativo se categorizó en dos estratos: aquellos con menos de ocho años de instrucción formal (incluidos los analfabetos) y aquellos con por lo menos ocho años. En la población estudiada, se identificó que el 60.3 % de los adultos mayores tenía un nivel educativo inferior a ocho años, dentro de los cuales estaban incluidos un 23.7 % de personas analfabetas (Tabla 2).

Tabla 2*Características descriptivas de la muestra de adultos mayores*

Características	Total		Huánuco		Pasco	
	n=730	% Ponderado	n=458	% Ponderado	n=272	% Ponderado
Sexo						
Hombre	271	44.7%	175	45.0%	96	43.4%
Mujer	459	55.3%	283	55.0%	176	56.6%
Grupo etario						
Viejo-joven (60 a 74 años)	544	73.8%	329	72.2%	215	80.3%
Viejo-viejo (75 a más)	186	26.2%	129	27.8%	57	19.7%
Sabe leer y escribir₁						
No sabe	215	23.7%	117	22.2%	98	29.9%
Si sabe	507	76.3%	337	77.8%	170	70.1%
Por lo menos 8 años de instrucción						
No	468	60.3%	278	58.7%	190	66.9%
Si	262	39.7%	180	41.3%	82	33.1%

Nota: 1. n=8 por datos incompletos

Teniendo en cuenta la influencia del nivel educativo en la aplicación del instrumento para la detección de deterioro cognitivo, éste fue adaptado para ser utilizado únicamente en los individuos con por lo menos ocho años de educación y que supieran leer y escribir. No se aplicó a los adultos mayores que no sabían leer ni escribir (analfabetos), quienes fueron excluidos de la evaluación.

De esta manera, los análisis estadísticos posteriores se realizaron sobre la submuestra resultante, conformada por 507 adultos mayores, que representa una muestra expandida de 15,085 individuos, equivalente al 76.3 % de la población encuestada. Las características generales de esta submuestra se presentan en la Tabla 3.

La descripción de las variables se realizó mostrando los resultados totales y de cada ciudad (Huánuco y Cerro de Pasco) por separado. Posteriormente, en los análisis bivariados, solo se consideró la submuestra completa.

Tabla 3

Características descriptivas de la submuestra de adultos mayores

Características	Total		Huánuco		Pasco	
	n=507	Ponderado %	n=337	Ponderado %	n=170	Ponderado %
Sexo						
Hombre	247	53.4%	157	52.2%	90	58.8%
Mujer	260	46.6%	180	47.8%	80	41.2%
Grupo etario						
Viejo joven (60 a 74 años)	399	75.0%	248	72.4%	151	87.3%
Viejo/Muy viejo (75 a más)	108	25.0%	89	27.6%	19	12.7%
Por lo menos 8 años de instrucción						
No	245	47.4%	157	46.5%	88	51.6%
Si	262	52.6%	180	53.5%	82	48.4%

La Tabla 4 presenta el análisis del rendimiento cognitivo de la submuestra, considerando la importancia que la escolaridad y la instrucción formal tienen en el desarrollo de habilidades cognitivas y en el incremento de la reserva cognitiva. Para este propósito, la muestra fue dividida en dos grupos: encuestados con menos de ocho años de instrucción y aquellos con por lo menos ocho años.

En relación con el rendimiento cognitivo de la población representada —excluyendo a los individuos analfabetos—, se observa una puntuación promedio general de 23.0 puntos en el MMSE para los participantes con menos de ocho años

de instrucción, y de 26.1 puntos para quienes superaron dicho nivel educativo. Dentro del grupo con menor escolaridad, el puntaje promedio más bajo se registró en Huánuco (22.8 puntos), mientras que en Pasco el promedio fue ligeramente superior (23.9 puntos).

Tabla 4

Rendimiento cognitivo de los adultos mayores, con menos de 8 y 8 a más años de instrucción, (con excepción de los analfabetos)

	Menos de 8 años			De 8 años a más		
	Media	D.E	I.C 95 %	Media	D.E	I.C 95 %
Total	23.02	0.44	(22.15-23.89)	26.10	0.26	(25.57-26.62)
Huánuco	22.80	0.53	(21.76-23.84)	25.91	0.31	(25.30-26.52)
Pasco	23.95	0.48	(23.01-24.89)	27.05	0.26	(26.54-27.55)

La Tabla 5 muestra el deterioro cognitivo en la submuestra de adultos mayores, evaluada mediante una línea de corte igual o menor a 22 puntos en el Mini-Mental State Examination (MMSE). En el total de la submuestra, el 23.6 % de los adultos mayores presenta afectación del desempeño cognitivo. Al desagregar por ciudades, se observa que Huánuco registra una mayor prevalencia de deterioro cognitivo (24.8 %) en comparación con Cerro de Pasco (18.3 %), donde se evidencia una menor prevalencia.

Tabla 5

Deterioro cognitivo de la submuestra de adultos mayores

Variables	Total		Huánuco		Pasco	
	n=507	% Ponderado	n=337	% Ponderado	n=170	% Ponderado
Afectado (≤ 22)	120	23.6%	85	24.8%	35	18.3%

Normal (≥ 23)	387	76.4%	252	75.2%	135	81.7%
----------------------	-----	-------	-----	-------	-----	-------

Según lo expuesto en la Tabla 6, respecto a la variable independiente *episodio depresivo*, se consideraron dos niveles para evaluar la presencia de los síntomas: prevalencia de vida (al menos una vez en la vida) y prevalencia anual (síntomas presentes en los últimos doce meses). Se identificó una prevalencia de vida general estimada en 18.9 %, siendo más alta en la ciudad de Pasco (29.4 %) en comparación con Huánuco (16.6 %).

En cuanto a la prevalencia anual, la estimación general fue de 6.1 %, mostrando una diferencia entre las dos ciudades: 8.6 % en Pasco y 5.6 % en Huánuco

Tabla 6

Prevalencia de vida y anual del episodio depresivo de la submuestra de los adultos mayores

	N	Prevalencia	I.C 95%
Prevalencia de vida			
Total	120	18.9%	(15.1 - 23.4)
Huánuco	67	16.6%	(12.4 - 21.8)
Pasco	53	29.4%	(21.7 - 38.7)
Prevalencia anual			
Total	38	6.1%	(4.2 - 8.8)
Huánuco	22	5.6%	(3.5 - 8.8)
Pasco	16	8.6%	(5.2 -13.9)

De acuerdo con el objetivo específico # 1, la Tabla 7 muestra una asociación significativa entre el deterioro cognitivo con la presencia de episodios depresivos en la vida. Se observó que los adultos mayores que reportaron haber experimentado depresión alguna vez en su vida, presentaron un mayor deterioro cognitivo en

comparación con aquellos que no lo hicieron, con un riesgo estimado 2.1 veces superior. No obstante, al analizar la depresión durante el último año, no se evidenció una asociación estadísticamente significativa con el deterioro cognitivo, lo cual podría explicarse, en parte, por el reducido número de casos en una de las categorías analizadas.

Tabla 7

Deterioro cognitivo según el episodio depresivo de vida y anual de la submuestra de los adultos mayores

	Total	Deterioro Cognitivo				OR	IC 95%	p Valor
		Si		No				
		n	%	n	%			
Episodio depresivo vida								
Si	120	42	35.5%	78	64.5%	2.1	(1.3 - 3.7)	0.005*
No	382	75	20.5%	307	79.5%			
Episodio depresivo anual								
Si	38	12	30.2%	26	69.8%	1.5	(0.6 - 3.4)	0.378
No	464	105	22.9%	359	77.1%			

Categoría de referencia; *Significativo $p < 0.05$

En relación con el consumo de alcohol, se consideraron dos patrones de consumo: a) consumo riesgoso y b) abuso o dependencia de alcohol, registrados en los últimos doce meses.

Según los datos presentados en la Tabla 8, la prevalencia anual de consumo riesgoso de alcohol fue de 7.0%. Al comparar las ciudades evaluadas, se evidenció una proporción ligeramente mayor en la ciudad de Huánuco en relación con Pasco. En cuanto al patrón de abuso o dependencia, la prevalencia general fue de 1.9%, siendo también algo más elevada en Huánuco respecto a Cerro de Pasco. No

obstante, debido al escaso número de casos registrados en varias celdas para ambas variables, no fue posible establecer diferencias estadísticamente significativas entre las dos ciudades.

Tabla 8

Prevalencia de bebedor riesgoso y abuso de consumo de alcohol de la submuestra de los adultos mayores

	N	Prevalencia	I.C 95%
Bebedor riesgoso anual			
Total	33	7.0%	(4.8 - 10.3)
Huánuco	24	7.5%	(4.8 - 11.3)
Pasco	9	5.2%	(2.5 - 10.5)
Abuso o dependencia alcohol anual			
Total	9	1.9%	(4.2 - 8.8)
Huánuco	6	2.0%	(3.5 - 8.8)
Pasco	3	1.7%	(5.2 - 13.9)

De acuerdo con el objetivo específico # 2, en la Tabla 9, se analiza la relación entre deterioro cognitivo y consumo de alcohol, considerando el consumo riesgoso y el abuso o dependencia en los últimos doce meses. Si bien se observó una menor proporción (aproximadamente la mitad) de deterioro cognitivo entre los bebedores riesgosos (12.4%) en comparación con quienes no presentaron este tipo de consumo (24.0%), el escaso número de casos no permitió establecer diferencias estadísticamente significativas. En cuanto al abuso o dependencia de alcohol, se evidenció un mayor porcentaje de deterioro cognitivo (38.5%) entre quienes reportaron dicha condición, respecto de los que no lo hicieron (22.9%); sin

embargo, esta diferencia tampoco alcanzó significancia estadística, debido al tamaño limitado de la muestra en estas categorías.

Tabla 9

Deterioro cognitivo según consumo de alcohol anual de la submuestra de los adultos mayores

	Deterioro Cognitivo					OR	IC 95%	p Valor
	Total	Si		No				
		n	%	n	%			
Consumidor riesgoso de alcohol								
Si	33	5	12.4%	28	87.6%	2.2	(0.7 - 6.7)	0.149
No	468	111	24.0%	357	76.0%			
Abuso o dependencia alcohol anual								
Si	9	4	38.5%	5	61.5%	0.5	(0.1 - 2.2)	0.323
No	491	112	22.9%	379	77.1%			

Nota: Categoría de referencia; *Significativo $p < 0.05$. **Los totales pueden variar debido a valores perdidos en algunas variables.

En concordancia con el objetivo específico # 3, la Tabla 10 presenta la asociación entre el deterioro cognitivo y las características generales de los adultos mayores. Se observa que el deterioro cognitivo está significativamente relacionado con el grupo etario, siendo menos frecuente en los adultos de 60 a 74 años (17.2 %) en comparación con aquellos de 75 años o más (42.8 %).

Asimismo, se constata una asociación significativa entre el deterioro cognitivo y el nivel de instrucción, siendo mayor en los adultos con menos de ocho años de educación (37.0 %), quienes presentan un riesgo 4.5 veces superior respecto a aquellos con ocho años o más de instrucción (11.6 %). En cuanto al sexo, aunque

se evidencia un porcentaje ligeramente mayor de deterioro cognitivo entre las mujeres, esta diferencia no resulta estadísticamente significativa.

Tabla 10

Deterioro cognitivo asociado a las características generales de la submuestra de los adultos mayores

Características generales	Total	Deterioro Cognitivo				OR	IC 95%	P Valor
		Si		No				
		n	%	n	%			
Sexo								
Hombre	247	52	22.3%	195	77.7%	0.9	(0.5 -1.4)	0.508
Mujer	260	68	25.2%	192	74.8%			
Grupo etario								
Viejo joven (60 a 74 años)	399	70	17.2%	329	82.8%	0.3	(0.2 -0.5)	0.001**
Viejo viejo/Muy viejo (75 a más)	108	50	42.8%	58	57.2%			
Nivel de instrucción								
Menos de 8 años	245	87	37.0%	158	63.0%	4.5	(2.5 -7.9)	0.001**
8 a más años	262	33	11.6%	229	88.4%			

Categoría de referencia; *Significativo $p < 0.05$; **Significativo $p < 0.01$

En cumplimiento del objetivo específico # 4 se realizó un análisis de regresión logística para identificar las variables asociadas al deterioro cognitivo al ser evaluadas de manera conjunta. Se incluyeron las variables que, en el análisis bivariado, mostraron asociaciones significativas o diferencias importantes en las prevalencias, así como los resultados de las variables sociodemográficas. Para evitar el efecto de multicolinealidad, se excluyeron las variables estrechamente relacionadas entre sí (episodio depresivo anual y abuso o dependencia de alcohol).

La Tabla 11 muestra los resultados del modelo de regresión logística ajustado, que incorpora variables sociodemográficas, socioculturales, antecedentes de episodios depresivos y consumo riesgoso de alcohol, controlando el efecto de la edad y el nivel educativo en la submuestra. Se aprecia nuevamente la importancia de depresión de vida, los años de instrucción y el grupo etario en las relaciones con el deterioro cognitivo.

Tabla 11

Deterioro cognitivo en relación con factores sociodemográficos y socioculturales y la prevalencia de episodio depresivo de vida y de bebedor riesgoso, de la submuestra de los adultos mayores

	Total	Deterioro cognitivo		
		OR Ajustado	IC 95%	p Valor
Sexo				
Hombre	247	0.91	(0.53 - 1.58)	0.753
Mujer	260			
Grupo etario				
Viejo joven (60 a 74 años)	399	0.32	(0.18 - 0.58)	0.001**
Viejo viejo/Muy viejo (75 a más)	108			
Por lo menos 8 años de instrucción				
No	245	4.29	(2.30 - 8.00)	0.001**
Si	262			
Depresión vida				
Si	120	2.12	(1.18 - 3.81)	0.012*
No	382			
Bebedor riesgoso anual				
Si	33	1.36	(0.33 - 5.57)	0.655
No	468			

Nota: Categoría de referencia; *Significativo $p < 0.05$; **Significativo $p < 0.01$. ***Los totales pueden variar debido a valores perdidos en algunas variables.

Finalmente, si bien las personas analfabetas fueron excluidas de los análisis estadísticos debido a la imposibilidad de aplicar en ellas una evaluación estandarizada del deterioro cognitivo, resulta relevante *visibilizar* esta población, que representa el 23.7% de los adultos mayores encuestados, es decir, casi uno de cada cuatro. La Tabla 12 presenta los datos descriptivos y las variables clínicas correspondientes. Respecto a la depresión, un 30.5% de esta población reportó haber experimentado depresión en algún momento de su vida, lo que representa un porcentaje 60% mayor que el observado entre los adultos mayores alfabetos. Asimismo, un 12.2% manifestó haber sufrido depresión en el último año, el doble de lo reportado por los alfabetos. En relación con el consumo de alcohol, se registraron proporciones bajas tanto para el consumo riesgoso como para el patrón de abuso, aunque su interpretación resulta limitada debido al tamaño reducido de esta muestra. Por otro lado, con relación a los datos descriptivos, se observa que la mayoría de los adultos mayores analfabetos reside en la ciudad de Huánuco, con una proporción aproximada de tres a uno en comparación con Pasco, predominando el sexo femenino (84%). En cuanto a la distribución etaria, se identificó una relación cercana a siete adultos mayores (60 a 74 años) por cada tres adultos mayores muy longevos (75 años a más).

Tabla 12

Características descriptivas y variables clínicas de la muestra de adultos mayores analfabetos (Totales)

Variables	Total	
	n=215	% Ponderado
Ciudad		
Huánuco	117	75,5%
Pasco	98	24,5%
Sexo		
Hombre	19	15,9%
Mujer	196	84,1%
Grupo etario		
Viejo joven (60 a 74 años)	139	69,6%
Viejo viejo/Muy viejo (75 años a más)	76	30,4%
Prevalencia de vida de episodio depresivo		
Si	70	30,5%
No	141	69,5%
Prevalencia anual de episodio depresivo		
Si	25	12,2%
No	184	87,8%
Prevalencia anual de bebedor riesgoso de alcohol		
Si	2	1,8%
No	205	98,2%
Prevalencia anual de abuso o dependencia de alcohol		
Si	1	0,3%
No	206	99,7%

Nota: *Los totales pueden variar debido a valores perdidos en algunas variables.

V DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio fue describir las relaciones existentes entre el deterioro cognitivo, la depresión y el consumo de alcohol en adultos mayores, así como explorar su asociación con variables sociodemográficas como la edad, el sexo y el nivel de instrucción. Los resultados obtenidos revelan tanto

hallazgos congruentes con la literatura previa como otros que invitan a la reflexión crítica.

Desde el punto de vista correlacional, se evidenció una asociación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y los antecedentes de episodios depresivos alguna vez en la vida, observándose un riesgo 2.1 veces mayor de deterioro cognitivo en este grupo, lo que permitió confirmar de manera parcial la primera hipótesis específica del estudio. En cuanto a la magnitud del fenómeno, la prevalencia de depresión alguna vez en la vida fue del 18.9%, mientras que la prevalencia correspondiente al último año alcanzó el 6.1%, cifras comparables con las reportadas en investigaciones internacionales y regionales (Calderón, 2018; Green et al., 2003; Martina et al., 2018). Desde un enfoque teórico basado en el curso de vida y en los modelos que conciben la depresión como un factor de riesgo acumulativo la asociación encontrada resulta consistente con estudios previos que señalan que la depresión, especialmente cuando se presenta de forma temprana o persistente a lo largo del curso de vida, constituye un factor de riesgo para el deterioro cognitivo en etapas posteriores (Custodio et al., 2014; Singh-Manoux et al., 2010).

En esta línea, diversas aproximaciones teóricas han diferenciado formas de depresión según su origen y curso evolutivo, distinguiendo entre presentaciones de carácter más endógeno, con tendencia a la recurrencia o cronicidad, y formas reactivas o exógenas vinculadas a acontecimientos vitales adversos. Estas últimas pueden estar mediadas por esquemas cognitivos adquiridos a lo largo de la vida, tales como creencias irracionales o patrones de indefensión aprendida. Desde esta perspectiva, tanto la recurrencia de episodios depresivos como la internalización de

estilos cognitivos disfuncionales podrían contribuir, de manera acumulativa, a un mayor riesgo de deterioro cognitivo en la vejez.

En este sentido, la historia depresiva emerge como un predictor relevante de alteraciones cognitivas en la vejez, lo que resalta la necesidad de considerar la depresión dentro de una perspectiva longitudinal, reconociendo que sus efectos pueden extenderse más allá del episodio clínico. En este marco, la detección y el manejo oportuno de la depresión adquieren especial relevancia como parte de las estrategias orientadas a preservar la salud cognitiva y favorecer un envejecimiento saludable.

En el presente estudio no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y la presencia de episodios depresivos en los últimos doce meses, lo que sustenta la confirmación parcial de la primera hipótesis específica. Este resultado contrasta con la mayoría de las investigaciones previas y resulta particularmente llamativo si se considera el elevado nivel de deterioro cognitivo observado en la población evaluada y el reconocimiento de la depresión como un factor de riesgo para su desarrollo, por lo que requiere una interpretación cuidadosa.

Una primera explicación se relaciona con el posible subdiagnóstico de la depresión en adultos mayores, atribuible a la presentación clínica atípica de sus síntomas. Diversos estudios coinciden en que, si bien la depresión no forma parte del envejecimiento normal, representa el trastorno mental más frecuente en esta etapa de la vida; no obstante, sus manifestaciones pueden presentarse de forma inespecífica mediante quejas somáticas, fatiga, irritabilidad, pesimismo, trastornos del sueño, anhedonia, llanto, ansiedad o descuido del autocuidado, lo que dificulta

su identificación clínica (Antón Jiménez et al., 2006; Fernández Letamendi, 2020; Gallo y Rabins, 1999; González-Molejón et al, 2018; Izquierdo Munuera et al., 2003; Thomas y Hazif-Thomas, 2008).

Adicionalmente, la recolección de datos en este estudio se basó en información de carácter subjetivo declarada por el adulto mayor durante la entrevista y, en los casos en los que no fue posible la comunicación directa, mediante la entrevista indirecta al jefe del hogar como informante. Este procedimiento pudo introducir sesgos relacionados con el recuerdo, la deseabilidad social o el conocimiento parcial del estado emocional del evaluado; así como haber contribuido a la presencia de datos incompletos.

En este contexto, la prevalencia de depresión encontrada (5.7 %) concuerda con las estimaciones generales de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2018); sin embargo, la literatura muestra variaciones significativas según el país, el contexto poblacional y el período de evaluación. En Europa se han reportado rangos entre el 8.8 % y el 23.6 % (Copeland et al., 2004), mientras que en Estados Unidos y Sudáfrica las cifras oscilan entre el 1 % y el 5 %. En América del Sur, los índices tienden a ser más elevados: Colombia registra un 9.5 % en mayores de 60 años (Martina et al., 2018) y Chile, entre el 7.6 % y el 16.3 % (Calderón, 2018).

En el Perú, los estudios disponibles son escasos y mayoritariamente regionales. El Instituto Nacional de Salud Mental reportó una reducción de episodios depresivos en la Sierra Rural, del 5 % en 2003 al 4.3 % en 2008; no obstante, regiones como Huánuco y Pasco muestran cifras más altas (6.8 % y 10 %, respectivamente), con un promedio de 7.5 %. A nivel nacional, Martina et al. (2018)

identificaron una prevalencia del 14.3 % de depresión en adultos mayores según la ENDES 2014–2015.

Finalmente, debe considerarse que la prevalencia estimada también se ve influida por el tipo de instrumento empleado. Las herramientas basadas en criterios de investigación de la CIE-10 o el DSM-5 no siempre logran identificar adecuadamente los síntomas característicos de la depresión en adultos mayores, a diferencia de los instrumentos diseñados específicamente para esta población (Calderón, 2018; Martina Chávez et al., 2022).

Respecto al consumo de alcohol, no se encontró una asociación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo y el consumo riesgoso ni con la variable construida de abuso o dependencia de alcohol, por lo que la segunda hipótesis específica del estudio no se confirma. Este resultado difiere de algunos estudios que identifican al consumo problemático de alcohol como un factor de riesgo para el deterioro cognitivo, particularmente cuando se inicia de manera temprana y se mantiene de forma persistente a lo largo de la vida. Desde el marco teórico del curso de vida y de los modelos que distinguen trayectorias de consumo temprano y tardío, los hallazgos obtenidos en esta investigación sugieren que dicha relación no se expresa de la misma manera en la población adulta mayor evaluada, haciendo necesario considerar explicaciones alternativas. En este sentido, los resultados refuerzan la necesidad de interpretar el consumo de alcohol en la vejez considerando el momento del curso de vida y las características específicas de la población estudiada.

Una primera interpretación se vincula a la existencia de niveles efectivamente bajos de consumo de alcohol en la vejez. Diversos autores han

señalado que el consumo de alcohol tiende a disminuir con el avance de la edad (Dufour y Fuller, 1995; Solís et al., 2000), debido a cambios fisiológicos asociados al envejecimiento, la presencia de enfermedades crónicas, la disminución de la tolerancia al alcohol, la polifarmacia y la adopción de estilos de vida más restrictivos por motivos de salud (Aguilar-Navarro et al, 2007; Rigler, 2000;). Desde el enfoque del curso de vida, y en coherencia con la ausencia de asociación encontrada de consumo riesgoso y de abuso o dependencia el estudio podría reflejar un patrón real de reducción del consumo en esta etapa del ciclo vital.

Desde el punto de vista descriptivo, las prevalencias encontradas de consumo riesgoso (7.0 %) y de abuso o dependencia de alcohol (1.9 %) fueron bajas en comparación con otros estudios nacionales e internacionales. La literatura muestra una amplia variabilidad en las tasas de consumo de alcohol en adultos mayores, que oscilan entre el 2 % y el 22 %, dependiendo del contexto cultural, los criterios diagnósticos y los instrumentos de medición utilizados (Aguilar-Navarro et al, 2007; Alonso Formento et al., 2007). Investigaciones realizadas en México, Chile y otros países de Sudamérica también evidencian esta dispersión, así como diferencias importantes según sexo y nivel socioeconómico (Guimaraes Borges et al., 2014; Marín, 2015).

En el contexto nacional, los resultados del presente estudio son coherentes con los datos reportados por el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), los cuales evidencian niveles relativamente bajos de consumo de alcohol en la población adulta mayor. En Huánuco, el 12.7 % de los adultos mayores declaró haber consumido alcohol en el último mes, y solo el 1.51 % lo hizo en tres o más ocasiones; en Pasco, estas cifras se incrementan ligeramente a 15.8 % y 2.72 %,

respectivamente (INEI, 2014). Estos datos refuerzan la idea de que el consumo de alcohol tiende a disminuir con el envejecimiento, en comparación con la población adulta general, y permiten contextualizar las bajas prevalencias de consumo riesgoso y de abuso o dependencia encontradas en esta investigación.

Adicionalmente, a partir de un análisis comparativo elaborado en la presente investigación con base en los mismos estudios epidemiológicos del INSM “HD-HN” —presentado en el ANEXO A—, se identifican diferencias relevantes al contrastar los patrones de consumo entre adultos (18 años o más) y adultos mayores (60 años o más). En ambas ciudades se observa una reducción aproximada del 50 % en el consumo total de alcohol en la población adulta mayor, particularmente marcada en los varones, quienes, si bien mantienen las mayores prevalencias de consumo, son también quienes presentan la disminución más pronunciada con el envejecimiento. En contraste, las mujeres adultas mayores muestran un aumento proporcional de su consumo respecto a las mujeres adultas, tanto en consumo riesgoso (en Pasco) como en consumo abusivo o dependiente, lo que sugiere un cambio relevante en el patrón de consumo por género.

Este incremento proporcional del consumo en mujeres adultas mayores adquiere especial relevancia en el contexto del presente estudio, dado que las mujeres constituyen el 84.1 % de la población analfabeta y se encuentran también representadas en el 47.4 % del grupo alfabeto con deterioro cognitivo que posee menos de ocho años de escolaridad. La convergencia entre mayor consumo de alcohol, menor nivel educativo y condición femenina sugiere una doble vulnerabilidad que podría potenciar el riesgo de deterioro cognitivo en este grupo,

planteando la necesidad de estrategias preventivas y de detección temprana sensibles a las diferencias de género y educación.

Una segunda explicación posible, complementaria a la anterior, es la presencia de posible subreporte del consumo de alcohol, fenómeno particularmente relevante en estudios basados en entrevistas epidemiológicas con adultos mayores. Este subreporte puede estar asociado al estigma social, a la tendencia a minimizar conductas consideradas socialmente no aceptables, a dificultades de memoria o a limitaciones en la percepción del propio consumo, especialmente en personas con deterioro cognitivo incipiente. En los casos en que la información fue proporcionada por un informante indirecto, también es posible que el consumo no haya sido plenamente conocido o reconocido, lo que podría haber contribuido a una subestimación de la prevalencia real, como a la obtención de información incompleta en algunos participantes.

Finalmente, aunque no se identificaron estudios que analicen de manera directa la relación entre consumo de alcohol y representaciones culturales en Huánuco y Pasco, la influencia de los contextos socioculturales resulta evidente. En las zonas rurales andinas, el consumo de alcohol se encuentra normalizado en actividades comunitarias y festividades tradicionales, formando parte de sistemas de reciprocidad social (MINSA, 2011–2021). En Huánuco, esta integración cultural se expresa de manera simbólica en la valorización del aguardiente de caña (“shacta”) como patrimonio cultural regional, lo que refuerza la necesidad de abordar el consumo de alcohol desde una perspectiva culturalmente sensible y diferenciada por género y ciclo vital.

VI CONCLUSIONES

En relación con las variables clínicas, los resultados de esta investigación permiten concluir que haber experimentado depresión en algún momento de la vida se asocia con una mayor probabilidad de presentar deterioro cognitivo en la adultez mayor, lo que confirma la relevancia de la historia depresiva como un factor asociado al desempeño cognitivo en la vejez.

Respecto al consumo de alcohol, no se encontró una asociación estadísticamente significativa con el deterioro cognitivo en la población estudiada. Este hallazgo sugiere la necesidad de interpretar con cautela el rol de esta variable, considerando las características del consumo en la vejez y las posibles limitaciones metodológicas en su medición.

En cuanto a las variables sociodemográficas, se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el deterioro cognitivo, la edad y el nivel educativo. El riesgo de deterioro cognitivo aumenta con la edad, siendo menor en adultos mayores de 60 a 74 años en comparación con aquellos de 75 años o más. Asimismo, las personas con menos de ocho años de instrucción formal presentan un riesgo aproximadamente 4.5 veces mayor de desarrollar deterioro cognitivo en comparación con aquellas con mayor nivel educativo, lo que resalta la importancia de la educación como factor protector a lo largo del curso de vida.

Si bien las personas analfabetas fueron excluidas del análisis cuantitativo por razones metodológicas, su presencia en la muestra permitió visibilizar la elevada prevalencia de analfabetismo en la población adulta mayor, así como los significativos niveles de depresión detectados en este grupo, lo que plantea la

posibilidad de que se encuentren en una situación de mayor vulnerabilidad frente al deterioro cognitivo.

Finalmente, es importante señalar que, en promedio, el desempeño cognitivo general de la muestra fue bajo, lo que constituye una preocupación relevante en términos de salud pública, especialmente en contextos caracterizados por bajo nivel educativo y acceso limitado a servicios especializados.

VII RECOMENDACIONES

Los resultados obtenidos permitieron identificar asociaciones parciales en relación con los objetivos planteados; no obstante, los hallazgos del presente estudio invitan a profundizar en el análisis del deterioro cognitivo en adultos mayores, considerando tanto variables de salud mental como factores sociodemográficos. En este sentido, el deterioro cognitivo debe ser abordado desde una perspectiva de curso de vida, que permita comprender cómo determinadas condiciones y exposiciones influyen en la cognición durante la vejez. Cabe precisar que los factores socioculturales mencionados en las siguientes recomendaciones no fueron objeto de análisis directo en el presente estudio, por lo que se plantean como elementos contextuales y líneas de profundización para futuras investigaciones e intervenciones.

Se recomienda profundizar en el estudio de la relación entre la depresión y el deterioro cognitivo en adultos mayores, utilizando instrumentos de evaluación validados y adecuados para esta etapa de la vida, que faciliten la identificación precisa de los síntomas depresivos y reduzcan posibles sesgos en la medición. Asimismo, sería relevante impulsar el desarrollo y validación de instrumentos que evalúen la depresión no únicamente desde la presencia de síntomas, sino también

considerando su origen y trayectoria a lo largo del curso de vida. La distinción entre presentaciones de predominio endógeno y aquellas vinculadas a factores contextuales o exógenos, así como la incorporación de dimensiones cognitivas como las creencias irracionales o los patrones de indefensión aprendida, podría enriquecer la comprensión del riesgo acumulativo asociado a la depresión. Este enfoque ampliado permitiría explorar con mayor precisión los mecanismos que vinculan la historia depresiva con el deterioro cognitivo.

Respecto al consumo de alcohol, se sugiere desarrollar investigaciones en adultos mayores con diseños que permitan caracterizar con mayor precisión los patrones de consumo, considerando la frecuencia, la cantidad y la edad de inicio, así como el curso de vida y el contexto sociocultural en el que este se produce, especialmente en regiones donde las prácticas festivas y comunitarias influyen en su consumo.

Desde el punto de vista metodológico, resulta importante desarrollar y aplicar instrumentos de evaluación cognitiva adaptados a adultos mayores con bajo nivel educativo o analfabetismo, con el fin de mejorar la inclusión y representatividad de esta población en futuras investigaciones.

En relación con las intervenciones, se recomienda promover acciones de detección temprana del deterioro cognitivo y de la depresión en el primer nivel de atención, así como estrategias preventivas orientadas al fortalecimiento de la reserva cognitiva y la salud mental en la vejez.

Finalmente, se sugiere el desarrollo de políticas públicas que integren de manera sistemática la evaluación de la salud cognitiva, la depresión y el consumo de alcohol en los servicios dirigidos a adultos mayores, considerando tanto las

particularidades propias de la edad como las socioculturales de las regiones andinas, para el diseño de intervenciones contextualizadas.

VIII REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aguilar-Navarro, S.G.; Reyes-Guerrero, J. y Borgues, G. (2007). *Alcohol, tabaco y deterioro cognitivo en adultos mexicanos mayores de 65 años*. Salud Pública de México / vol.49, suplemento 4. pp. 467-474 Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México - Salud Pública de México ISSN: 0036-3634 Recuperado 22-11-18. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007001000005

Alonso Formento, E.; Saz-Muñoz, P.; Lobo-Satué, A.; Ventura-Faci, T.; de la Cámara-Izquierdo, C. y Marcos-Aragüés, G. (2007) Consumo excesivo de alcohol en la población geriátrica y su relación con los psicofármacos. *Atención Primaria*, Vol. 39. Núm. 10. Páginas 541-545 (octubre 2007) doi: [10.1157/13110734](https://doi.org/10.1157/13110734)

Antón Jiménez, J.; Gálvez-Sánchez, N. y Esteban-Sáiz, R. (2006) Depresión y Ansiedad, en el Libro *Tratado de Geriátrica para Residentes*, capítulo 23, págs. 243-249. ISBN: 84-689-8949-5 [file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S35-05%2023 II.pdf](file:///C:/Users/Usuario/Downloads/S35-05%2023%20II.pdf)

Ardila, A. (2012) *Neuropsicología del Envejecimiento Normal*. Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias, abril 2012, Vol.12, Nº1, pp. 1-20 1 ISSN: 0124-1265 <https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/2012-ardila-neuropsicologc3ada-del-envejecimiento-normal.pdf>

Arriola, E.; Carnero, C.; Freire, A.; López, R.; López, J.A.; Manzano, S. y Olazarán, J. (2017) - *Deterioro Cognitivo Leve en el Adulto Mayor, documento de Consenso*— Sociedad Española de Geriatria y Gerontología. <https://www.segg.es/media/descargas/Consenso%20deteriorocognitivo%20leve.pdf?platform=hootsuite> (25-11.18)

Bartoloni, L.; Russo, M.J.; Mesa y Morteo, M.; Iturry, M.; Román, F. y Sevlever, G. (2015) *Manejo inicial en Deterioro Cognitivo, Capítulo 5* en Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias: Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación – Argentina y Universidad Nacional La Matanza. ISBN 978-987-42-0055-6 - <https://www.algec.org/biblioteca/Deerieroro-cognitivo-Alzheimer.pdf>

Bernal C. A. (2010) *Metodología de la investigación*. Tercera edición PEARSON EDUCACIÓN, Colombia, 2010 ISBN: 978-958-699-128-5 - <https://abacoenred.org/wp-content/uploads/2019/02/El-proyecto-de-investigaci%C3%B3n-F.G.-Arias-2012-pdf.pdf>

Bernardin, F.; Maheut-Bosser, A. y Paille, F. (2014) Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects. (“Cognitive impairments in alcohol-dependent subjects - *Frontiers*”) *Frontiers in Psychiatry*, <https://doi.org/10.3389/fpsy.2014.00078>

Blazer DG. (2003) *Depression in late life: review and commentary*. *J Gerontol A Biol Sci Med Sci*. 2003 Mar;58(3):249-65. PMID: 12634292. <https://doi.org/10.1093/gerona/58.3.M249> Downloaded from

<https://academic.oup.com/biomedgerontology/article/58/3/M249/684130>

by guest on 18 April 2024

Cadaveira, F. y Corral-Varela, M. (2002) *Aspectos neuropsicológicos de la dependencia del alcohol: naturaleza y reversibilidad del daño cerebral.*

Revista de Neurología Vol. 35 N° 7 682-687.

doi: [10.33588/rn.3507.2002084](https://doi.org/10.33588/rn.3507.2002084)

Cadaveira, F. y Corral Varela, M. (2005) *Alcohol y cerebro: efectos de los nuevos patrones de consumo.* 03 parte (Quark) 1/6/05 12:55 Página 15-23 –

Universidad de Santiago de Compostela, Grupo de Investigación en Neurociencia cognitiva y afectiva. extraído de

https://www.usc.gal/necea/wp-content/uploads/2023/10/51e31307de83c-2005_cadaveira_et al-2.pdf (30-11-19)

Calderón, D. (2018) Epidemiología de la depresión en el adulto mayor - Revista

Médica Herediana. 2018; 29:182-191. doi:

<https://doi.org/10.20453/rmh.v29i3.340>

Callado, L. (2011) *Bases Neurobiológicas de la Depresión-* Sociedad

Iberoamericana de Información Científica - Colección Temas Maestros,

Serie Depresión, Volumen 1, Número 3 Págs. 4-7. Recuperado de

https://www.siicsalud.com/pdf/tm_depresion_1_3_80311.pdf (21-11-18).

Calvo Botella, H. (2003). *Alcohol y Neuropsicología* -13049864 *Revista Elsevier*

Vol. 5. Núm. 3. Julio 2003 pp.256-268 - [https://www.elsevier.es/es-](https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13049864)

[revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13049864](https://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-pdf-13049864)

Carnero Pardo, C.; Cruz Orduña, I.; Espejo Martínez, B.; Cárdenas Viedma, S.;
Torrero García, P. y Olazarán Rodríguez, J. (2013) *Efectividad del Mini-
Mental en la detección del deterioro cognitivo en Atención Primaria* -
0212-6567 © 2013 Elsevier España, S.L. -
<http://dx.doi.org/10.1016/j.aprim.2013.04.009>.

Carrillo Ñañez, L., Carrillo García, P., Varas Álvarez, M., Aliaga Córdova, F., &
Chian García, C. (2017). *Demencia reversible por déficit de vitamina B12
en un adulto mayor. Horizonte Médico, 17(2), 77-81. ISSN: 1727-558X.*

Celsi Núñez, J. A.; Gutiérrez Llanos, I.I.; Solís Barrientos, D.A. y Tapia Briones,
D. C. (2014) *Relación del consumo de alcohol y el deterioro cognitivo en
el adulto mayor según la Encuesta Nacional de Salud. Santiago de Chile.*
Recuperado de <http://repositorio.unab.cl/xmlui/handle/ria/1251>

Centro de Información y Educación para la Prevención del Abuso de Drogas -
CEDRO (2020) *El Problema de las Drogas en el Perú- 2020*. Págs. 23-27

Chen Li, Wei Wang, Yuxin Wei, Kai Lu, Junyu Wang, Menghan Yao, Qianqian
Du, Xuelin Li, Sheng Li, Xinyue Tian, Fei Yin, Tao Zhang, Yue Ma (2025)
*Association between cognitive decline and depression in middle-aged and
older adults: Findings from six large cohorts in different countries. Journal
of Affective Disorders, Volume 371,2025, Pages 215-223, ISSN 0165-
0327. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2024.11.058>.*

Copeland JR, Beekman AT, Braam AW, Dewey ME, Delespaul P, Fuhrer R,
Hooijer C, Lawlor BA, Kivela SL, Lobo A, Magnusson H, Mann AH,

Meller I, Prince MJ, Reischies F, Roelands M, Skoog I, Turrina C, deVries MW, Wilson KC. *Depression among older people in Europe: the EURODEP studies*. (2004) World Psychiatry. 2004 Feb;3(1):45-9. PMID: 16633454; PMCID: PMC1414664 -
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16633454/>

Custodio, N.; Altamirano, J.; Bendezú, L.; Montesinos, R.; Escobar, J.; Lira, D.; Torres, H. (2012) *¿Demencias reversibles o demencias tratables? La importancia del diagnóstico precoz* - Revista Peruana de Neurología, Vol. 12 N. °1
<https://alzheimeruniversal.eu/wpcontent/uploads/2015/11/Demencias-Reversibles-Demencias-Tratables-neurologia-1.1.pdf.pdf>

Custodio, N.; Herrera-Pérez, E.; Lira, D.; Montesinos, R.; Mar, M.; Guevara-Silva, E.; Castro-Suárez, S.; Cortijo, P.; Cuenca-Alfaro, J y Núñez del Prado, L. (2014) *Depresión en la tercera edad como factor de riesgo y su posible rol como pródromo de demencia*. Rev. Neuropsiquiátrica 77 (4), 2014.
<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/2191/2166>

De Simone, V.; Serrano, C. y Allegri, R. D. (2008). *La Evaluación en el consultorio médico. Exámenes cognitivos breves*. En Burin, D.; Drake, M. y Harri, P. Evaluación Neuropsicológica en Adultos. Pp. 63-95. Impreso en Bs. As. Print, Buenos Aires. ISBN 978-950-12-6084-7

Dufour, M. y Fuller, R.K. (1995). Alcohol in the elderly. M.S. National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, Maryland 20892-7003. Annual

Review of Medicine. 1995. 46:123–32 -

<https://doi.org/10.1146/annurev.med.46.1.123>

El Peruano, Diario Oficial. (2016) *Normas Legales. Ley de la persona adulta mayor*

N° 30490, Pp 4-9, publicada el 21 de julio del 2016.

<https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976>

[768c74/ley-reglamento-persona-](https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-)

[adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd697](https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd697)

[6768c74](https://www.pj.gob.pe/wps/wcm/connect/faaf840040a1b1078871bd6976768c74/ley-reglamento-persona-adulta.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=faaf840040a1b1078871bd697)

Evora Soldo, S. (2017) *Alcohol y fisiología humana*: Capítulo 2- Donde todo

comienza: el alcohol en el aparato digestivo. Recuperado de

[https://www.studocu.com/cl/document/universidad-nacional-andres-](https://www.studocu.com/cl/document/universidad-nacional-andres-bello/fundamentos-de-biologia/alcohol-y-fisiologia-humana-capitulo-2-)

[bello/fundamentos-de-biologia/alcohol-y-fisiologia-humana-capitulo-2-](https://www.studocu.com/cl/document/universidad-nacional-andres-bello/fundamentos-de-biologia/alcohol-y-fisiologia-humana-capitulo-2-)

[donde-todo-comienza-el-alcohol-en-el-aparato-digestivo/14358939](https://www.studocu.com/cl/document/universidad-nacional-andres-bello/fundamentos-de-biologia/alcohol-y-fisiologia-humana-capitulo-2-)

Fernández Letamendi, N. (2020) *Depresión en el anciano*. Hospital Quirónsalud

Zaragoza- <https://www.quironsalud.com/blogs/es/llevar-vida/depresion->

[anciano](https://www.quironsalud.com/blogs/es/llevar-vida/depresion-) . Recuperado el 9/1/2026

Flórez, G; Espadian, A; Villa, R y Sáiz, P. (2019) *Deterioro cognitivo y*

dependencia alcohólica, implicaciones clínicas. Revista ADICCIONES,

2019 · VOL. 31 NÚM. 1 · PÁGS. 3-7 [1015 \(adicciones.es\)](https://doi.org/10.20882/adicciones.31.1)

doi: <https://doi.org/10.20882/adicciones.31.1>

Gallo, J.J. y Rabins P.V. (1999) *Depression Without Sadness: Alternative*

Presentations of Depression in Late Life. - American Family

Physician.1999;60(3):820-826.

<https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/1999/0901/p820.html>

Gil-Verona, J.A.; Pastor, J.F.; De Paz, F.; Barbosa, M.; Macias, J.A.; Maniega, M.A.; Álvarez, I. y Rami-González, L. (2002), *Neuropsicología de la involución y el envejecimiento cerebral*. Revista Española de Neuropsicología 4,4: 262-282 – ISSN 1139-9872 - <file:///C:/Users/Usuario/Downloads/Dialnet-NeuropsicologiaDeLaInvolucionYElEnvejecimientoCere-1006796.pdf>

Gobierno del Perú. Estado Peruano. Gobierno Regional de Huánuco. Noticias. 8 de setiembre de 2020. *Huánuco celebra el día regional de la shacta*. <https://www.gob.pe/institucion/regionhuanuco/noticias/301032-huanuco-celebrara-el-dia-regional-de-la-shacta>

Gobierno del Perú. Estado Peruano. Ministerio de Cultura. Resolución Viceministerial N° 079-2016-VMPCIC-MC - 6 de julio de 2016. *Declarar al sistema de producción de Shacta, aguardiente de caña de azúcar de Huánuco, como Patrimonio Cultural de la Nación*. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/209388/rvm079.pdf?v=1594439893>

Goldman, M. S., Williams, D. L., & Klisz, D. K. (1983). *Recoverability of psychological functioning following alcohol abuse: Prolonged visual-spatial dysfunction in older alcoholics*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 51(3), 370–378. <https://doi.org/10.1037/0022-006X.51.3.370>

- González Molejón, J.A.; Valdés Álvarez, M.; Iglesias Ruisanchez, S.; García Álvarez, M.A. y González Bello, D. (2018) *La depresión en el anciano*. Revista digital NPunto, Volumen I. Número 8. noviembre 2018. ISSN: 2603-9680 - <https://www.npunto.es/revista-pdf/npunto-volumen-i-numero-8-noviembre-2018>
- Green, R.C.; Cupples A.; Kuz, A.; Auerbach, S.; Go, R.; Sadovnick, D.; Duara, R.; Kukull, W.A.; Chui, H.; Edeki, T.; Griffith, P.A.; Friedland, R.P.; Bachman, D.; Farrer, L. (2003) 1. *Depression as a risk factor for Alzheimer disease: the MIRAGE Study*. PMID: 12756140 doi: [10.1001/archneur.60.5.753](https://doi.org/10.1001/archneur.60.5.753)
- Guadarrama, L.; Escobar, A. y Zhang, L (2006) *Bases Neuroquímicas y Neuroanatómicas de la Depresión* – Rev. Fac Med UNAM, Vol. 49, No 002: 66-72 - <https://www.medigraphic.com/pdfs/facmed/un-2006/un062h.pdf>
- Guimaraes Borges, G.L.; Mendoza Meléndez, M.A.; López Brambila, M.A.; García Pacheco, J.A.; Velasco Ángeles, L.R.; Beltrán Silva, M.A.; Valdez Corchado, P.E.; Medina Mora, M.E. y Camcho Solís, R. (2014). *Prevalencia y factores asociados al consumo de tabaco, alcohol y drogas en una muestra poblacional de adultos mayores del Distrito Federal*. Salud mental, 37(1), 15-25 http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100003&lng=es&tlng=es.

Hassing, L.B. (2018) Light Alcohol Consumption Does Not Protect Cognitive Function: A Longitudinal Prospective Study. *Frontiers Aging Neurosci*, 25 March 2018. Sec. Neurocognitive Aging and Behavior. Volume 10 - 2018 | <https://doi.org/10.3389/fnagi.2018.00081>

Hernández, R.; Fernández, C. y Baptista, P. (2014) *Metodología de la Investigación*. McGraw-Hill / Interamericana Editores, S.A. de C.V – México - ISBN: 978-1-4562-2396-0

Herrera-Imbroda, J., Carbonell-Aranda, V., Guerrero-Pertiñez, G., Barnestein-Fonseca, P., Anderberg, P., Varela-Moreno, E., Cuesta-Vargas, A., Garolera, M., Lemmens, E., Berglund, JS, Mayoral-Cleries, F., Goodman-Casanova, JM, & Guzmán-Parra, J. (2025). *Asociaciones temporales entre deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: un análisis longitudinal*. *Revista Europea de Investigación en Salud, Psicología y Educación* , 15 (7), 132. <https://doi.org/10.3390/ejihpe15070132>

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2010). *Pasco: Compendio estadístico*.
https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib0971/libro.pdf - Recuperado de (1/11/2020).

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2014). *Situación de Salud de la Población Adulta Mayor, 2013*. Recuperado el (16/3/2024) de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1182/index.html

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2018).– *Informe Técnico # 3* setiembre 2018. Trimestre Abril-Mayo-Junio 2018. Recuperado de https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/03-informe-tecnico-n03_adulto-abr-may-jun2018.pdf. (18-11-18).

Instituto Nacional de Estadística e Informática [INEI] (2022).– *Huánuco: Compendio Estadístico 2022*. Pág. 20. <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/4269255/Compendio%20Estad%20C3%ADstico%20C%20Hu%20C3%A1nuco%202022.pdf>

Instituto Nacional de Estadística e Informática. [INEI] (2023).– Situación de la población mayor. Enero-febrero-marzo 2023. Informe Técnico N.º 02 - junio 2023 <https://www.gob.pe/institucion/inei/informes-publicaciones/4377976-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-enero-febrero-marzo-2023>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2002) *Estudio Epidemiológico Metropolitano en Salud Mental (2002). Informe General. Anales de Salud Mental* Vol. XVIII, Año 2002. Números 1 y 2. ISSN -1023-389X . <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/issue/view/v18n12a2002>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2003) *Estudio Epidemiológico de salud mental en la sierra peruana 2003. Informe General. Anales de Salud Mental* Vol. XIX, Año 2003. Números

1 y 2. ISSN -1023-389X

<https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/issue/view/v19n12a2003>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2016)
Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad de Huánuco (2013).

Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXII, Año 2016. Número

2. ISSN -1023-389X

<https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/issue/view/v32n2a2016>

Instituto Nacional de Salud Mental “Honorio Delgado - Hideyo Noguchi” (2016)

Estudio Epidemiológico de Salud Mental en la ciudad Cerro de Pasco.

(2013). Informe General. Anales de Salud Mental Vol. XXXII, Año 2016.

Número 1. ISSN -1023-389X

<https://openjournal.inism.gob.pe/revistasm/asm/issue/view/v32n1a2016>

Izquierdo Munuera, E.; Fernández, E.; Sitjas, M.; Elias, M. y Chesa, D. (2003)

Depresión y riesgo de demencia. Rev. Asoc. Esp. Neuropsiq. no.87

Madrid jul./sep. 2003- ISSN 2340-2733 *versión On-line -*

<https://scielo.isciii.es/pdf/neuropsiq/n87/n87a03.pdf>

Jara Madrigal, M. (2008) *La estimulación temprana cognitiva en personas adultas*

mayores. Revista Cúpula Vol. 22 n2 pp 4-14 Biblioteca Nacional de Salud

y Seguridad Social (BINASSS) de Costa Rica.

<https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v22n2/art1.pdf>

Johansson L, Guerra M, Prince M, Hörder H, Falk H, Stubbs B, Prina AM. (2019)

Associations between Depression, Depressive Symptoms, and Incidence of

Dementia in Latin America: A 10/66 Dementia Research Group Study. J Alzheimers Dis. 2019;69(2):433-441. DOI: [10.3233/JAD-190148](https://doi.org/10.3233/JAD-190148). PMID: 30958381; PMCID: PMC6598112.

Jorm, A.F. (2000) *Is Depression a Risk Factor for Dementia or Cognitive Decline?* Gerontology, Vol. 46 N° 4 Pp:219–227. Recuperado de <https://doi.org/10.1159/000022163>.

Landa, N.; Fernández-Montalvo, J. y Tirapu Ustárroz, J. (2004) *Alteraciones neuropsicológicas en el alcoholismo: una revisión sobre la afectación de la memoria y las funciones ejecutivas.* Revista Adicciones, versión online, Vol. 16, Núm. 1 (2004). <https://doi.org/10.20882/adicciones.417>

Le Berre, A.P.; Fama, R. y Sullivan, E. (2017) *Executive Functions, Memory, and Social Cognitive Deficits and Recovery in Chronic Alcoholism: A Critical Review to Inform Future Research.* Alcohol Clinical Experimental Research, 2017 August; 41(8): 1432–1443. doi: [10.1111/acer.13431](https://doi.org/10.1111/acer.13431)

Listabarth S, Groemer M, Waldhoer T, Vyssoki B, Pruckner N, Vyssoki S, Glahn A, König-Castillo DM, König D. (2022) *Cognitive decline and alcohol consumption in the aging population-A longitudinal analysis of the Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe.* Eur Psychiatry. 2022 Nov 18;65(1):e83. DOI: [10.1192/j.eurpsy.2022.2344](https://doi.org/10.1192/j.eurpsy.2022.2344). PMID: 36398412; PMCID: PMC9748981.

Marín, J.D, (2015) *Consumo de alcohol en los adultos mayores: prevalencia y factores asociados*. Observatorio Chileno de Drogas Estudios de SENDA – Boletín Observatorio Chileno de Drogas N.º 23 / marzo 2015. ISSN: 0719 – 2770 <https://www.senda.gob.cl/wp-content/uploads/boletines/Boletin%2023%20Consumo%20de%20alcohol%20en%20los%20adultos%20mayores%20prevalencia%20y%20factores%20asociados.pdf>

Martina, M., Ara, M. A., Gutiérrez, C., Nolberto, V., & Piscocoya, J. (2018). *Depresión y factores asociados en la población peruana adulta mayor según la ENDES 2014-2015*. Anales De La Facultad De Medicina, 78(4), 393-397. <https://doi.org/10.15381/anales.v78i4.14259>

Martina Chávez, M., Amemiya Hoshi, I., Sugimoto Watanabe, S. P., Arroyo Aguilar, R. S., Zeladita-Huaman, J. A., & Castillo Parra, H. (2022). *Depresión en adultos mayores en el Perú: distribución geoespacial y factores asociados según ENDES 2018 - 2020*. Anales De La Facultad De Medicina, 83(3), 180-187. <https://doi.org/10.15381/anales.v83i3.23375>

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Dirección de Personas Adultas Mayores (DIPAM) – Comisión Multisectorial – *Estadísticas – Departamento de Pasco*. Recuperado de <https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Pasco2.html> (18-11-18).

Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP). Dirección de Personas Adultas Mayores (DIPAM) – Comisión Multisectorial – *Estadísticas –*

<https://www.mimp.gob.pe/adultomayor/regiones/Huánuco2.html>

Departamento de Huánuco. (18-11-18).

Ministerio de Salud del Perú - MINSA (2011) *Plan Estratégico para la Reducción del Consumo Nocivo de Alcohol 2011-2021: Documento Técnico.* Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/informes-publicaciones/321686-plan-estrategico-para-la-reduccion-del-consumo-nocivo-de-alcohol-2011-2021-documento-tecnico>

Ministerio de Sanidad del Gobierno de España. (2020) [Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social - Profesionales - *La salud también viaja - Viajes Internacionales y Salud*] Capítulo 3- Recuperado de <https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/sanidadExterior/docs/CAPITULO-3.pdf>. (28-10-2020).

National Institute on Drug Abuse -NIDA. (2020), Julio 9. *El consumo de drogas entre los adultos mayores.* Obtenido el 14-11-2024 de <https://nida.nih.gov/es/publications/el-consumo-de-drogas-entre-los-adultos-mayores>

Organización de las Naciones Unidas. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Objetivo 3: *Garantizar una vida sana y promover el bienestar para todos en todas las edades.* Extraído de web de Naciones Unidas el 18/08/2024. <https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/health/>

Organización de las Naciones Unidas - ONU (2024) *Mirada global Historias humanas. Mayor esperanza de vida.* Extraído de web de la ONU 18

agosto,2024.

<https://news.un.org/es/story/2024/07/1531126#:~:text=Despu%C3%A9s%20de%20una%20breve%20disminuci%C3%B3n,hab%C3%ADa%20bajado%20a%2070%2C9>.

Organización Mundial de la Salud [OMS]: CIE-10 (1992) *Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Décima Revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico. Impreso en Técnicas Gráficas FORMA S.A. – Madrid.

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2018). Temas de Salud – *Depresión*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression> (4-12-18).

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2020) – Temas de Salud – *Demencia-Datos y Cifras*. Recuperado <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia> (13-12-20)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2021): *Década del Envejecimiento Saludable*. Informe de referencia – Resumen. ISBN 978-92-4-003975-9 (versión electrónica)

Organización Mundial de la Salud [OMS] (2024): *Envejecimiento y Salud*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2008) *Alcohol y atención primaria de la salud. Informaciones clínicas básicas para la identificación y el*

manejo de riesgos y problemas. Recuperado de https://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_atencion_primaria.pdf (7-12-2020).

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2020) *Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia, directrices de la OMS.* Recuperado de https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y 13-03-2020 de

Organización Panamericana de la Salud [OPS] (2022) *Década del Envejecimiento Saludable: Informe de referencia.* ISBN: 978-92-75-32658-9 (PDF) <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/350938/9789240039759-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento y salud. Octubre, 2022. Extraído de web 19/08/2024: <https://www.who.int/es/news-room/factsheets/detail/ageing-and-health>

Organización Panamericana de la Salud.(2023) *Esperanza de vida y carga de la enfermedad en las personas mayores de la Región de las Américas* ISBN: 978-92-75-32671-8 (PDF)

Oscar-Berman, M. y Marinkovic, K. (2007) *Alcohol: Effects on Neurobehavioral Functions and the Brain.* Neuropsychology Rev. 2007 Sep; 17 (3): 239–257. doi: [10.1007/s11065-007-9038-6](https://doi.org/10.1007/s11065-007-9038-6)

- Ownby, R.; Crocco, E.; Acevedo, A.; Vineeth, J. y Loewenstein, D. (2006) *Depression and Risk for Alzheimer Disease Systematic Review, Meta-analysis, and Metaregression Analysis*. Arch Gen Psychiatry. 2006;63(5):530-538. doi:10.1001/archpsyc.63.5.530. <https://jamanetwork.com/journals/jamapsychiatry/fullarticle/209578>
- Parada Muñoz, K.; Guapisaca Juca, J. F. & Bueno Pacheco, G. A. . (2022). *Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores: una revisión sistemática de los últimos 5 años*. Revista Científica UISRAEL, 9(2), 77–93. <https://doi.org/10.35290/rcui.v9n2.2022.525> -
- Paz, V.; Cruz, V.; Huamán, J. y Luna, Y. (2015) *Factores asociados al episodio depresivo en los adultos mayores de la sierra rural, 2008*. Instituto Nacional de Salud Mental HD-HN – Anales de Salud Mental 2015, Volumen XXXI (2) . <https://openjournal.insm.gob.pe/revistasm/asm/article/view/100/92>
- Pedersen, D. (2004). *Estudio sobre patrones de consumo de alcohol en poblaciones urbanas y rurales de la sierra (Ayacucho, Perú)*. Manuscrito no publicado, McGill University, Montreal.
- Pelegrín Valero, C.; Olivera Pueyo, O. y Castillo Jiménez, L. (2012) *Neuropsicología del Deterioro Cognitivo Leve y de las Demencias*. En Tirapu-Ustárrroz, J. Rios-Lagos, M. y Maestú-Unturbe, F. (2012) Manual de Neuropsicología, 2º Edición. Págs.369-397 Viguera Editores, España.

- Pérez Zepeda, M.U. (2014) *El deterioro cognoscitivo como un síndrome geriátrico*. Instituto de Geriátrica (INGER), SSA, México DF.
<https://es.scribd.com/document/790989979/El-deterioro>
- Petersen, R.C.; Smith, G.; Waring, S. y Ivnik, R. (1999) *Mild Cognitive Impairment: Clinical Characterization and Outcome*.
 doi: [10.1001/archneur.56.6.760](https://doi.org/10.1001/archneur.56.6.760)
https://www.researchgate.net/publication/13106983_Mild_Cognitive_Impairment_Clinical_Characterization_and_Outcome. (Recuperado 18/05/2022)
- Petersen, R.C. (2016). *Mild Cognitive Impairment. Continuum (Minneapolis, Minnesota)*, 22 (2 Dementia), 404 -418.
 doi: [10.1212/CON.0000000000000313](https://doi.org/10.1212/CON.0000000000000313)
- Portellano, J.A. (2005) *Introducción a la Neuropsicología*. Editorial McGraw-Hill/Interamericana de España, S.A.U – España.
- Portet, F.; Ousset, P.J.; Visser, P.J.; Frisoni, G.B.; Nobili, F.; Scheltens, Ph.; Vellas, B.; Touchon, J. (2006) The MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease [EADC]. *Mild cognitive impairment (MCI) in medical practice: a critical review of the concept and new diagnostic procedure*. Report of the MCI Working Group of the European Consortium on Alzheimer's Disease. *Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry*, Vol 77, N° 6, Pp714-718. doi: [10.1136/jnnp.2005.085332](https://doi.org/10.1136/jnnp.2005.085332)

Pose, M. y Manes, F. (2010) *Deterioro cognitivo leve*. Instituto de Neurología Cognitiva (INECO). Instituto de Neurociencias de la Fundación Favaloro, Buenos Aires, Argentina. Recuperado de

https://www.acnweb.org/acta/acta_2010_26_Supl3_1_7-12.pdf.

Quiroga, P.; Albala, C. y Klaasen, G. (2004) *Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile*. Rev. Méd Chile 2004; 132: 467-478. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872004000400009>

Ribera Casado, J.M. (2005) *Envejecimiento*. - Págs. 4-35 -Portal Envejecimiento en Red del Departamento de Población del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) Madrid. Recuperado el 8/3/22 <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/ribera-envejecimiento-01.pdf>

Ridley, N. J.; Draper, B. and Withall, A. (2013) *Alzheimer's Research & Therapy* 2013, 5:3 - - doi: [10.1186/alzrt157](https://doi.org/10.1186/alzrt157)

Rigler, S.K. (2000) *Alcoholism in the Elderly*. American Family Physician- AAFP 2000;61(6):1710-1716. <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2000/0315/p1710.html>

Rivera Díaz, M.; Cruz Toscano, M.M; Solis Lam, F.; Belio Campoy, J. y González Hernández, O.W. (2012): *Guía de Práctica Clínica, Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognitivo en el Adulto Mayor en el Primer*

Nivel de Atención, México: Instituto Mexicano del Seguro Social. ISBN 978-607-8270-37-8

Rodríguez Álvarez, M. y Sánchez Rodríguez, J.L. (2004) *Reserva Cognitiva y Demencia*. Anales de Psicología 2004, vol. 20 N° 2, págs. 175-186. Servicio de Publicaciones de la Universidad de Murcia. Murcia (España). Recuperado de: <https://revistas.um.es/analesps/article/view/27301>. (13-12-2020).

Rojas, M.J.; Rodríguez, A.B.; Zereceda, J. y Otiniano, F. (2013) *Abuso de drogas en adolescentes y jóvenes y vulnerabilidad familiar*. UNODC (2013). Recuperado de https://www.unodc.org/documents/peruandecuador/Publicaciones/Publicaciones2014/LIBRO_ADOLESCENTES_SPAs_UNODC-CEDRO.pdf. (14-06-2020).

Roqué, M.L.; Allegri, R.; Amengual, A.; Badaluco, P.; Bartoloni, L.; Bosio de Baldoni, A.M.; Casas Parera, I.; Chajet, G.; Chrem Méndez, P.; Croas, R.; Demey, I.; Diez, M.V.; Fernández Colmenero, L.; Fernández Suarez, M.; Ganci, G.; Hermann, B.; Lacub, R.; Iturry, M.; ... Zuin, D. (2015) *Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias: Formación Profesional para el Equipo Socio-Sanitario*. Ministerio de Desarrollo Social de la Nación- Argentina y Universidad La Matanza - 1a edición especial - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - 172 p.; 28 x 20 cm. ISBN 978-987-42-0055-6

Sachdeva, A.; Chandra, M.; Choudhary, M.; Dayal, P. y Anand, K.S. (2016) *Alcohol-Related Dementia and Neurocognitive Impairment: A Review Study*. doi: 10.5812/ijhrba.27976 (15/9/2022).

Sachs-Ericsson, N.; Corsentino, El; Moxley, J.; Hames, J.L.; Rushing, N.C.; Sayer, K.; Joiner, T.; Selby E.A.; Zarit, S.; Gotlib, I.H. y Steffens, D.C. (2013) *A longitudinal study of differences in late-and early-onset geriatric depression: Depressive symptoms and psychosocial, cognitive, and neurological functioning*. *Aging & Mental Health*, 2013 Vol. 17, No. 1, 1–11, <http://dx.doi.org/10.1080/13607863.2012.717253>

Sanz, J. y Vásquez, C. (2008). *Trastornos del Estado de Ánimo: Teorías Psicológicas*. En A. Belloch, B. Sandín y F. Ramos (Eds.), *Manual de Psicopatología*. Vol. 2, Págs. 271-298. McGraw Hill. Madrid. ISBN: 978-84-481-5606-0. https://www.researchgate.net/profile/Carmelo-Vazquez/publication/303637443_Trastornos_del_estado_de_animo_Teorias_psicologicas/links/612621aa76fa33409df9e09a/Trastornos-del-estado-de-animo-Teorias-psicologicas.pdf

Schlesinger Piedrahita, A; Pescador Vargas, B y Roa Culma, L.A. (2017) *Neurotoxicidad alcohólica*. *Revista Med* 25(1). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/med/v25n1/v25n1a10.pdf>.

Sequeira, A. y Fornaguera, J. (2009) *Neurobiología de la Depresión*. *Revista Mexicana de Neurociencia*, Nov-Dic 2009, 10(6) pp. 462-478. Extraído de

<https://previous.revmexneurociencia.com/wp-content/uploads/2014/05/Nm096-09.pdf>

Shimada, H.; Park, H.; Makizako, H.; Doi, T.L; Lee, S. y Suzuki, T. (2014) *Depressive symptoms and cognitive performance in older adults*. Journal of Psychiatric Research, Volume 57, October 2014, Pages 149-156
<http://dx.doi.org/10.1016/j.jpsychires.2014.06.004>

Singh-Manoux A, Akbaraly TN, Marmot M, Melchior M, Ankri J, Sabia S, Ferrie JE. *Persistent depressive symptoms and cognitive function in late midlife: the Whitehall II study*. J Clin Psychiatry. 2010 Oct;71(10):1379-85. doi: [10.4088/JCP.09m05349gry](https://doi.org/10.4088/JCP.09m05349gry). Epub 2010 Jun 1. PMID: 20584520; PMCID: PMC3112169.

Solís L. R., Vélez A, Berumen D. (2000) *Prevalencia del consumo de bebidas alcohólicas y problemas asociados en personas de la tercera edad que acuden a los servicios de atención primaria de la ciudad de México*. Salud Mental. 2000; V. 23 (3). Pp 38-45.
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58232305.pdf>

Szumilas, M. (2010) *Explaining odds ratios*. J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. Aug;19(3):227-9. Erratum in: J Can Acad Child Adolesc Psychiatry. 2015 Winter;24(1):58. PMID: 20842279; PMCID: PMC2938757.
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC2938757/>

Thomas, P- y Hazif-Thomas, C. (2008) *Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée - Article in Gériologie et société: cahiers de la*

Fondation nationale de gérontologie (141-145). September 2008 doi:
10.3917/ga.126.0141

Tirapu Ustárruz, J. y Luna Lario, P. (2012) *Neuropsicología de las funciones ejecutivas*. En Tirapu-Ustárruz, J. Ríos-Lagos, M. y Maestú-Unturbe, F. (2012) *Manual de Neuropsicología*, 2º Edición. Pp.219-260 Viguera Editores, España.

Toledo Nunes, P.; Kipp, B.; Reitz, N. y Savage, L. (2019) *Aging with Alcohol-Related Brain Damage: Critical Brain Circuits Associated with Cognitive Dysfunction*. *International Review of Neurobiology*. 148: 101–168.
DOI: [10.1016/bs.irn.2019.09.002](https://doi.org/10.1016/bs.irn.2019.09.002)

Verdelho, A.; Madureira, S.; Moleiro, C.; Ferro, J.M.; O'Brien, J.T.; Poggesi, A.; Pantoni, L.; Fazekas, F.; Scheltens, P.; Waldemar, G.; Wallin, A.; Erkinjuntti, T. e Inzitari, D.; (2013). *Depressive symptoms predict cognitive decline and dementia in older people independently of cerebral white matter changes: the LADIS study*. *J Neurol Neurosurgery Psychiatry* 2013 84: 1250-1254 originally published online May 28, 2013 -
DOI: [10.1136/jnnp-2012-304191](https://doi.org/10.1136/jnnp-2012-304191)

Vilchez-Cornejo, J.; Soriano-Moreno, A.; Saldaña-Cabanillas, D.; Acevedo-Villar, T.H.; Bendezú-Saravia, P.; Ocampo-Portocarrero, B. y Ciudad-Fernández, L. (2017). *Asociación entre trastorno depresivo y deterioro cognitivo en ancianos de tres ciudades del Perú*. *Acta Medica Peruana*. ;34(4):266-72.
<https://doi.org/10.35663/amp.2017.344.475>.

Winblad B, Palmer K, Kivipelto M, Jelic V, Fratiglioni L, Wahlund LO, Nordberg A, Bäckman L, Albert M, Almkvist O, Arai H, Basun H, Blennow K, de Leon M, DeCarli C, Erkinjuntti T, Giacobini E, Graff C, Hardy J, Jack C, Jorm A, Ritchie K, van Duijn C, Visser P, Petersen RC. (2004) *Mild cognitive impairment--beyond controversies, towards a consensus: report of the International Working Group on Mild Cognitive Impairment*. *Journal of Internal Medicine*. Sep;256(3):240-6. PMID: 15324367. doi: [10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x](https://doi.org/10.1111/j.1365-2796.2004.01380.x)

Yubero Pancorbo, R. (2020) *Valoración cognitiva y afectiva del anciano*. *Tratado de Medicina Geriátrica*, 39, 342-352 <https://bibvirtual.upch.edu.pe:2051/#!/content/book/3-s2.0-B9788491132981000399?scrollTo=%23hl0000356>. Descargado para Carmen Fort (cafd45@hotmail.com) en Cayetano Heredia Peruvian University de ClinicalKey.es por Elsevier en mayo 22, 2022

Zhang B, Bao D, Ma Y, Zhang M, Cao Y. (2025) *Effects of different levels of alcohol consumption on cognitive function in older adults: A cross-sectional study using 2011 to 2014 NHANES data*. *Medicine (Baltimore)*. 2025 Sep 26;104(39):e44853. DOI: [10.1097/MD.00000000000044853](https://doi.org/10.1097/MD.00000000000044853). PMID: 41029036.

IX ANEXOS

ANEXO A

Cuadro comparativo del consumo de alcohol entre las unidades de análisis: adulto y adulto mayor

COMPARATIVO CONSUMO DE ALCOHOL ANUAL: ADULTO Y ADULTO MAYOR							PORCENTAJE DE DIFERENCIA (Aumento/Disminución)		
	Adulto (18+ años)			Adulto mayor (60+ a años)					
	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.	Total	Masc.	Fem.
HUÁNUCO									
OH Riesgoso	13.2%	23.1%	3.0%	6.2%	12.4%	1.1%	↓ 47%	↓ 54%	↓ 37%
OH Perjudicial y Dependiente	3.6%	6.8%	0.4%	1.5%	1.5%	0.7%	↓ 42%	↓ 22%	↑ 175%
PASCO									
OH Riesgoso	7.4%	14.8%	1.5%	3.9%	5.3%	2.8%	↓ 53%	↓ 36%	↑ 187%
OH Perjudicial y Dependiente	2.6%	5.5%	0.3%	1.5%	2.7%	0.6%	↓ 58%	↓ 49%	↑ 200%

ANEXO B

Festividades y celebraciones anuales en las ciudades de Huánuco y Cerro de Pasco

FESTIVIDADES ANUALES				
Mes	HUÁNUCO	Fecha	PASCO	Fecha
Enero	Cofradía "Los Negritos"	1 al 20		
Febrero	Carnavales (todo el mes, pero principalmente...)	Última semana		
Marzo			La Herranza	8-13
Abril				
Mayo			Fiesta de las Cruces	Todo el mes
Junio				
Julio	Fiesta del Sol	27		
Agosto	Aniversario Española	Fundación 8 al 15		
Setiembre				
Octubre				
Noviembre	Fiesta de "Todos los muertos"	1 y 2	Aniversario de Pasco	Toda la semana del 27
Diciembre				
Fiestas agropecuarias, industriales, artesanales, comerciales, culinarias y religiosas				
Celebraciones: bautizos, cumpleaños, matrimonios y velorios				

Nota: elaboración propia

ANEXO C Auspicio Científico a Proyecto de Investigación - INSM “HD-HN”

ANEXO D Módulo EESISPR.B4.01.D -Demográficos - INSM “HD-HN”

ANEXO E Módulo EESISPR.J.09 - FF Cognoscitivas - INSM “HD-HN”

ANEXO F Módulo EESISPR.I.08 - Salud Mental - INSM “HD-HN”