

**UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA
FILIAL CHOTA**



TESIS

**DETERIORO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN
ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD CHIGUIRIP – CHOTA, 2023**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO
EN ENFERMERÍA**

AUTOR:

BACH. CARLOS ENRIQUE VÁSQUEZ GÁLVEZ

ASESORA:

M.Cs. DELIA MERCEDES SALCEDO VÁSQUEZ

CHOTA – PERÚ

2024

CONSTANCIA DE INFORME DE ORIGINALIDAD

1. Investigador: **Carlos Enrique Vásquez Gálvez**
DNI: **45216997**
Escuela Profesional/Unidad UNC: **ESCUELA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**
2. Asesor: **M.Cs. DELIA MERCEDES SALCEDO VÁSQUEZ**
Facultad/Unidad UNC: **FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD**
3. Grado académico o título profesional al que accede:
 Bachiller Título profesional Segunda especialidad
 Maestro Doctor
4. Tipo de Investigación:
 Tesis Trabajo de investigación Trabajo de suficiencia profesional
 Trabajo académico
5. Título de Trabajo de Investigación: **DETERIORO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHIGUIRIP - CHOTA, 2023**
6. Fecha de evaluación del Software antiplagio: **14/10/2024**
7. Software antiplagio: **TURNITIN** **URKUND (OURIGINAL) (*)**
8. Porcentaje de Informe de Similitud: **19%**
9. Código Documento: **oid:3117:392784360**
10. Resultado de la Evaluación de Similitud:
 APROBADO **PARA LEVANTAMIENTO DE OBSERVACIONES O DESAPROBADO**

Cajamarca, 15 de octubre del 2024



Dra. MARTHA VICENTA ABANTO VILLAR
DIRECTORA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN FCS-UNC
DNI: 26673990

* En caso se realizó la evaluación hasta setiembre de 2023

COPYRIGHT © 2024 by
CARLOS ENRIQUE VÁSQUEZ GÁLVEZ
Todos los derechos reservados

FICHA CATALOGRÁFICA

VÁSQUEZ, CE. 2024. **Deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el centro de salud Chiguirip – Chota, 2023** / Carlos Enrique Vásquez Gálvez / 61 pág.

Escuela Académico Profesional de Enfermería.

Asesora: MCS. Delia Mercedes Salcedo Vásquez

Disertación Académica para obtener el Título Profesional de Licenciado en Enfermería – UNC 2024.

HOJA DE JURADO EVALUADOR

TÍTULO DE LA TESIS:

**DETERIORO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES
ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD CHIGUIRIP – CHOTA, 2023**

AUTOR: Bach. Enf. Carlos Enrique Vásquez Gálvez

ASESORA: M.C.s Delia Mercedes Salcedo Vásquez

Tesis evaluada y aprobada para la obtención del título de licenciado en enfermería en la
Universidad Nacional de Cajamarca; por los siguientes miembros:

JURADO EVALUADOR



M.Cs. Oscar Fernando Campos Salazar

Presidente



Dra. Norma Bertha Campos Chávez

Secretaria



M.Cs. Luz Amparo Núñez Zambrano

Vocal



UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA
 "Norte de la Universidad Peruana"
 Fundada por Ley N° 14015 del 13 de Febrero de 1962
 FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

MODALIDAD "A"

ACTA DE SUSTENTACION DE TESIS PARA LA OBTENCION DEL TITULO PROFESIONAL DE LICENCIADA (O) EN ENFERMERIA

Siendo las 9.00 del 13 de setiembre de 2024, los integrantes del Jurado Evaluador para la revisión y sustentación de la tesis, designados en Consejo de Facultad a propuesta del Departamento Académico de Enfermería, reunidos en el ambiente Sala Profesors de la Universidad Nacional de Cajamarca, dan inicio a la sustentación de Tesis denominada:

Detección cognitiva y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el centro de salud Chiguirip - Chota, 2023

del (a) Bachiller en Enfermería:

Carlos Enrique Vésquez Gálvez

Siendo las 10.30 am del mismo día, se da por finalizado el proceso de evaluación, el Jurado Evaluador da su veredicto en los siguientes términos: Buena, con el calificativo de 15 (Quince), con el cual el (la) Bachiller en Enfermería se encuentra apt. para la obtención del Título Profesional de: **LICENCIADO (A) EN ENFERMERÍA.**

Miembros Jurado Evaluador Nombres y Apellidos		Firma
Presidente	Oscar Fernando Campos Salazar	
Secretario (a)	Juz Amparo Nuñez Zamborano	
Vocal	Norma Bethy Campos Chaves	
Accesitario (a)		
Asesor (a)	Delia Mercedes Salcedo Vespuz	
Asesor (a)		

Términos de Calificación:

EXCELENTE (19-20)

REGULAR (12 - 13)

MUY BUENO (17 - 18)

REGULAR BAJO (11)

BUENO (14 - 16)

DESAPROBADO (10 a menos)

DEDICATORIA

A Dios:

Por darme la salud y las fuerzas necesaria en la culminación de mi tesis.

A mis queridos padres:

Por su amor, paciencia y sobre todo darme valor para seguir adelante poder continuar con mis estudios superiores.

A mis hermanos:

Por ser mi soporte incondicional en cada momento y por todo el amor que recibo día a día. Por darme la fortaleza necesaria que me inspiró a seguir adelante.

A mis docentes y compañeros:

Quienes contribuyeron en mi formación profesional para culminar mis estudios.

Carlos.

AGRADECIMIENTO

A la Universidad Nacional de Cajamarca, por permitirme forjarme en su institución, a mis docentes universitarios quienes con su gran sabiduría y apoyo incondicional lograron formarme profesionalmente.

A mi asesora, la M.Cs. Delia Mercedes Salcedo Vásquez quien con su conocimiento y orientaciones me guiaron para poder elaborar la tesis.

Agradezco a mi familia por su apoyo ilimitado y darme ejemplo de superación, humildad y sacrificio; enseñándome a valorar todo lo que tengo, a todos ellos dedico este trabajo, porque han fomentado en mí el deseo de superación y de triunfo en la vida.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
DEDICATORIA.....	vi
AGRADECIMIENTO.....	vii
ÍNDICE DE CONTENIDOS.....	viii
LISTA DE TABLAS.....	ix
LISTA DE ANEXOS.....	x
GLOSARIO.....	xi
RESUMEN.....	xii
ABSTRACT.....	xiii
INTRODUCCIÓN	14
CAPÍTULO I	
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	16
1.1 Definición y delimitación del problema de investigación	16
1.2 Formulación del problema.....	19
1.3 Justificación del estudio	19
1.4 Objetivos: general y específicos	20
CAPÍTULO II	
2. MARCO TEÓRICO	21
2.1 Antecedentes del estudio	21
2.2 Bases Teóricas	23
2.2.1 Modelo de evaluación de la salud infantil de Barnard	23
2.2.2 Calidad de vida del niño	24
2.2.3 Trabajo infantil	27
2.3 Variables de estudio.....	30
2.4 Operacionalización de variables	34
CAPÍTULO III	
3. MARCO MÉTODOLÓGICO	36
3.1 Diseño y tipo de estudio	36
3.2 Población de estudio	36
3.3 Criterios de inclusión y exclusión	36
3.4 Unidad de análisis.....	37
3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos	37
3.6 Proceso de recolección de la información	38
3.7 Procesamiento y análisis de datos	38
3.8 Consideraciones éticas de la investigación.....	38
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	40
CONCLUSIONES	47
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	58

LISTA DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1: Deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.	39
Tabla 2: Capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023	41
Tabla 3: Relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.	43

LISTA DE ANEXOS

	Pág.
Anexo 1: Consentimiento informado	57
Anexo 2: Ficha de recolección de datos	57

GLOSARIO

- Deterioro cognitivo:** Es la pérdida o disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectuales superiores (memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, la capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y habilidad constructiva, la capacidad de aprendizaje y habilidad visuoespacial) (33).
- Capacidad funcional:** Capacidad de la persona para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales (40).
- Valoración de la capacidad funcional** Consiste en la recopilación de información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra (41).
- Mini Mental State Examination (MMSE):** Constituye uno de los más utilizados, que examina la orientación, atención, cálculo, memoria inmediata y diferida, capacidad visuoespacial, lenguaje y habilidad constructiva (39).

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip - Chota, 2023. Investigación de enfoque cuantitativo, de diseño no experimental, nivel relacional y de corte transversal, realizado con una población de 66 adultos mayores seleccionados por conveniencia, como técnica se utilizó la entrevista y como instrumentos el Cuestionario de estado cognitivo de Pfeiffer y el índice de Barthel. Resultados: el 45,5% de los adultos mayores tuvieron deterioro cognitivo moderado; seguido por 25,8% con deterioro cognitivo leve y 4,5% deterioro cognitivo severo. Respecto a la capacidad funcional, el 39,4% tuvo dependencia funcional leve; mientras que el 9,1% dependencia moderada, 9,1% dependencia grave y 9,1% dependencia total. Al establecer la relación entre variables mediante el Chi Cuadrado se encontró relación estadística significativa, cuyo resultado fue X^2 3,876; p-valor 0,000. Conclusión: Cerca de las tres cuartas partes de la población adulta mayor presentó algún grado de deterioro cognitivo y dependencia funcional, y al relacionar el deterioro cognitivo con la dependencia funcional, en ambas predominó la categoría de leve.

Palabras clave: Deterioro cognitivo, capacidad funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between cognitive impairment and functional capacity in older adults treated at the Chiguirip Health Center - Chota, 2023. Research with a quantitative approach, non-experimental design, relational and cross-sectional level, carried out with a population of 66 older adults selected by convenience, the interview was used as a technique and the Pfeiffer Cognitive Status Questionnaire and the Barthel Index were used as instruments. Results: 45.5% of older adults had moderate cognitive impairment; followed by 25.8% with mild cognitive impairment and 4.5% with severe cognitive impairment. Regarding functional capacity, 39.4% had mild functional dependence; while 9.1% moderate dependence, 9.1% severe dependence and 9.1% total dependence. When establishing the relationship between variables using the Chi Square, a significant statistical relationship was found, the result of which was $\chi^2 3.876$; p-value 0.000. Conclusion: Nearly three-quarters of the older adult population presented some degree of cognitive impairment and functional dependence, and when relating cognitive impairment to functional dependence, the mild category predominated in both.

Keywords: Cognitive impairment, functional capacity, older adults.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el deterioro cognitivo afecta en el mundo a 50 millones de individuos y se calcula que entre el 5% y 8% afecta a los adultos mayores en un determinado momento. Por lo que, se espera un incremento significativo de casos de deterioro cognitivo (1).

En México, la prevalencia de deterioro cognitivo leve fue del 23,8%, se han evaluado diferentes factores de riesgo asociados, y se ha demostrado que los aspectos socio-demográficos se asocian a la presencia de este deterioro, como la edad mayor a 70 años, y escolaridad menor a 9 años. Además, de otros factores como: la dependencia funcional, ausencia de estimulación cognoscitiva, edad > 75 años, polifarmacia y descontrol de la presión arterial (2).

Al respecto, el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) informa que el 42,1% de adultos mayores sufren de discapacidad. Por zona de residencia, en el área rural el 46,6% tiene discapacidad, mientras que, en el área urbana es de 40,8%; por grupos de edad, el 14,3% de adultos mayores que tienen discapacidad tienen de 60 a 70 años y el 27,8% de 71 a más años de edad. Lo que indica que la discapacidad se incrementa conforme aumenta la edad (3).

En tal sentido, el deterioro cognitivo conlleva a la discapacidad y dependencia funcional en los adultos mayores, y tiene consecuencias significativas no solo en quienes se ven directamente afectados, sino también en las familias, los cuidadores y las comunidades. Por otro lado, el deterioro cognitivo está relacionado con las enfermedades no transmisibles (ENT) y genera mayores costos para las familias, comunidades, los gobiernos, así como un quebranto de productividad para las economías (4). Debido a que existe factores de riesgo modificables es necesario que el gobierno peruano implemente un enfoque de salud pública que contenga intervenciones clave para retrasar o desacelerar el deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Frente es esta problemática, la presente investigación tuvo como objetivo determinar la relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023. Los resultados proveen información actualizada sobre la

situación del adulto mayor, y en base a ello se espera que las instituciones que tiene que ver con la población adulta mayor implementen intervenciones y políticas regionales y locales que permitan mejorar la calidad de vida de este grupo etario.

El estudio contempla cuatro capítulos: Capítulo I, incluye el problema de investigación (estadísticas en todos los contextos sobre las variables). Capítulo II, marco teórico (antecedentes del estudio, bases teóricas y finalmente las variables en estudio). Capítulo III, abarca el marco metodológico (diseño y tipo de estudio, población, muestra, criterios, técnica e instrumento, procesamiento y análisis de datos y consideraciones éticas y rigor científico). Capítulo IV, incluye la interpretación, discusión y análisis de los resultados, conclusiones, recomendaciones, referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO I

PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Definición y delimitación del problema de investigación

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2021), el envejecimiento es producto de la acumulación de una gran variedad de daños moleculares y celulares a treves del tiempo, lo cual ocasiona un declive gradual de las capacidades físicas y mentales, que incrementa la morbimortalidad. Además, el envejecimiento suele estar asociado a otras transiciones vitales, como la jubilación, el traslado a viviendas más apropiadas y al fallecimiento de amigos y/o conyugue; los cuales podrán ocasionar descenso de la capacidad cognitiva, manifestado en el deterioro cognitivo (5).

El deterioro cognitivo, es un síndrome geriátrico caracterizado por cualquier alteración de las funciones mentales superiores, tales como memoria, orientación, cálculo, comprensión, juicio, lenguaje, reconocimiento visual, conducta y personalidad. De origen multifactorial, tales como la depresión, el déficit auditivo y visual, hipotiroidismo, efectos adversos de medicamentos, entre otros; el cual amerita una valoración geriátrica integral del adulto mayor (6).

Según la OMS en 2021, el deterioro cognitivo es una de las principales causas de discapacidad y dependencia entre las personas mayores a nivel mundial; tal es así, que el 25% a 30% de los adultos mayores sufren este trastorno; mientras que, en el África, la prevalencia está entre el 6,3 % y 25 % (7). En España en 2018, la prevalencia del deterioro cognitivo en las personas mayores es del 18,5%, incrementándose de manera exponencial con la edad (8); y en América Latina y el Caribe en 2023, este alcanzó el 26,4% en la población adulta mayor (9).

Argentina en 2019, muestra una prevalencia de deterioro cognitivo que oscila entre 16,9% y 18,3% en las personas mayores; además, este síndrome está relacionado con el proceso de envejecimiento, en el que pueden aparecer síntomas cognitivos como el olvido, el cual es el punto de partida de un proceso patológico (10).

Ecuador en 2022, muestra una prevalencia de 56,6% de deterioro cognitivo grave (11), y Perú en 2022, el 16,26% tuvieron deterioro leve y 12,32% deterioro moderado (12). Por su parte Huancavelica en 2019, muestra una prevalencia de 11% (13); en Cajamarca en 2022 fue de 42,9% (14); mientras que, en Chota no existe datos sobre el deterioro cognitivo en el adulto mayor. Siendo necesario determinar su prevalencia, puesto que el declive de funciones cognitivas asociadas a la edad, también contribuyen a la pérdida de la funcionalidad, autonomía e independencia; puesto que el rendimiento cognitivo está relacionado directamente con la capacidad funcional en actividades de la vida diaria (15).

La capacidad funcional integra una serie de atributos que permiten a las personas mayores ser y hacer lo que es importante para él; comprende la capacidad intrínseca de la persona, las características del ambiente que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características. Sin embargo, si no puede realizar sus actividades necesarias para la vida diaria, se considera que el adulto mayor tiene dependencia funcional (16).

La OMS, establece cuatro acciones fundamentales para mantener la capacidad funcional y con ello lograr un envejecimiento activo y saludable, entre ellos: cambiar la forma de pensar y actuar en relación con la edad, fomentar la capacidad funcional del adulto mayor, prestar una atención integral y brindar acceso a la atención a largo plazo para las personas adultas mayores. Situación que incrementará la demanda de atención y cuidados del adulto mayor para mantener su capacidad funcional, por lo que, los servicios de salud deben adaptarse a las necesidades de dicho grupo etario (17).

En España 2020, los hombres tienen más autonomía funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD) que las mujeres, como alimentarse, sentarse o levantarse, vestirse y asearse. Además, un 11,6% de mujeres de 55 y más años tienen dificultad para mantener su capacidad funcional (sentarse o levantarse), en comparación a los hombres (5,8%). Respecto a la dificultad para asearse, un 13,9% de mujeres de 55 y más años tienen dificultad para asearse, y en los hombres es del 7,0% (18).

Según el Banco Interamericano de Desarrollo (BID), en América Latina y el Caribe (ALC, 2019) existe 12% de personas mayores que tienen dificultades para mantener su capacidad funcional, esto se ve reflejado en las dificultades para realización de sus ABVD, como bañarse, comer, usar el excusado, vestirse, caminar dentro de un cuarto, o acostarse y levantarse de la cama. Esto, es lo que se conoce como dependencia funcional, cifras que se incrementan significativamente a mayor edad (19).

En Colombia en 2019, el 21,2% de adultos mayores sufren alteración de su capacidad funcional, lo que se manifiesta en algún grado de dependencia, lo cual equivale a alrededor de 1,1 millones de personas; cifras que se incrementan cuando se acompaña de enfermedades crónicas, llegando a sobrepasar los 2,1 millones en los próximos diez años, representando más de la cuarta parte (26,4%) de la población adulta mayor (20).

Ecuador en 2021, según el Centros Residenciales de Atención y Cuidados para Personas Adultas Mayores, indican que existe una estrecha relación entre la dependencia funcional y la edad; es decir, que la dependencia se incrementa con el envejecimiento, por lo que, afecta fundamentalmente a los adultos mayores. Tal es así que, el 5,8% de personas adultas mayores presentan dependencia total, el 26,1% dependencia severa y 68,1% dependencia moderada; asimismo, la discapacidad física fue la más prevalente con el 47,1% (21).

En el Perú, predomina la capacidad funcional independiente con 40,9%, seguido de la dependencia total en un 32,2%, dependencia escasa o leve con 10,4%, dependencia severa en un 8,7% y dependencia moderada con 7,8%. Estos porcentajes se incrementan sobre todo cuando el adulto mayor presenta comorbilidades como la diabetes mellitus, hipertensión arterial, entre otras, debido a que estas enfermedades pueden precipitar el deterioro cognitivo y la capacidad funcional del adulto mayor (22), de allí la importancia de realizar una valoración geriátrica integral, con la finalidad de conocer la magnitud de esta problemática, y en base a ello establecer medidas específicas para mantener la capacidad funcional.

Frente a este contexto, el Ministerio de Salud del Perú, ha implementado la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 (PNMPAM), el cual contiene objetivos, lineamientos, servicios, y propuestas normativas, orientados a

la participación social, productiva y política, el acceso a servicios de cuidado y salud, la promoción del buen trato y cuidado para garantizar una convivencia sin discriminación, una vida libre de violencia y mantener su capacidad funcional. Permitiéndole ejercer plenamente sus derechos, se garantice su calidad de vida, así como sus posibilidades de ejercer independencia y autonomía en la vejez (23).

En la región Cajamarca y a nivel local (Chiguirip), no existe estudios sobre las variables de estudio, de allí la importancia del mismo toda vez que el deterioro cognitivo se incrementa con la edad sobre todo en las personas adultas mayores, el cual conlleva muchas veces a pérdida de la capacidad funcional, evidenciada en dependencia funcional e inclusive puede llegar a ocasionar discapacidad, por lo que demanda mayores gastos económicos para las familias y mayor utilización de los servicios de salud. En el Centro de Salud Chiguirup los adultos mayores en su mayoría viven solo con su conyugue, otros han perdido a la pareja, por lo que viven con los hijos, no tienen estudios superiores por lo que se dedican a la agricultura y/o los quehaceres del hogar, siendo más propensos al deterioro cognitivo. En tal sentido, siendo fundamental poder determinar a tiempo mediante una adecuada valoración geriátrica integral, haciendo usos de diversos instrumentos y poder mitigar o mantener sus capacidades cognitivas y funcionales. Por ello, es importante realizar el presente estudio titulado “Relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023”.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023?

1.3. Justificación de la investigación

Teóricamente el estudio se justifica porque permitirá determinar la relación entre el deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores, puesto que con el envejecimiento se deteriora las habilidades cognitivas y la capacidad de poder realizar sus actividades de manera independiente, generando mayor demanda de atención de salud; de allí su importancia de poder conocer la magnitud de la problemática. Y en base a ello, poder tomar decisiones adecuadas en bases a sus necesidades y expectativas de atención.

La relevancia del estudio radica en qué permitirá la detección temprana del deterioro cognitivo y la dependencia funcional, mediante la valoración geriátrica integral, por parte del personal profesional del Centro de Salud Chiguirip, toda vez que dichos trastornos limitan la realización de las actividades básicas diarias, puesto que están relacionada con la disminución de las capacidades y su interacción con el entorno; por otro lado, beneficiará a los adultos mayores para tomar conciencia de la problemática y acudan a dicho establecimiento de salud para poder ser evaluados; luego se establecerá intervenciones preventivo-promocionales enfocadas en mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Metodológicamente, el estudio servirá de base para otros estudios a nivel regional y local respecto a deterioro cognitivo y capacidad funcional en el adulto mayor. Asimismo, aportará información a la carrera de Enfermería para que partir de la problemática se puedan plantear estrategias de prevención y control del deterioro cognitivo y la dependencia funcional; puesto que son ellos los encargados de brindar atención de salud al adulto mayor.

1.4. Objetivos

Objetivo general

Determinar la relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

Objetivos específicos

- ✓ Identificar el grado de deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.
- ✓ Identificar la capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Leitón SE. et al. (2020). Realizaron un estudio titulado Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor, tuvo como objetivo determinar la relación entre cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Estudio descriptivo, correlacional y transaccional, cuya muestra fue de 1110 adultos mayores. Los resultados muestran que el 6,4% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo; el 10% dependencia leve, el 4,2% dependencia moderada y el 1,55% dependencia total. Al relacionar las variables, se observa que las personas que presentan deterioro cognitivo el 1,9% también presentan dependencia leve. Además, existe relación significativa entre cognición y capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria ($\chi^2=206.0$ valor $p= 0.000$) (24).

Villamarín DT. (2020). Realizó una investigación titulada Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria del adulto mayor, cuyo objetivo fue determinar la relación entre la variable deterioro cognitivo y funcionalidad de las actividades de la vida diaria en los adultos mayores de la ciudad de Ambato. Estudio de enfoque cuantitativo, de nivel descriptivo-correlacional y de corte transversal con una población de 80 adultos mayores. Resultados: el 65% de personas mayores presentaron deterioro cognitivo grave, con puntuación de medias más altas se da en las áreas: alternativa conceptual, capacidad visoconstructiva, identificación, secuencia numérica, recuerdo diferido y orientación. En la segunda variable, se halló un porcentaje alto de dependencia severa (77,5%), siendo las puntuaciones de medias más altas en alimentación, deposición, micción y deambulación (25).

Flores AS. et al. (2020). Estudiaron sobre estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el adulto mayor Institucionalizado, tuvo como objetivo conocer la relación que existe entre el estado cognitivo y la funcionalidad para las actividades básicas de la vida diaria del adulto mayor (AM). Estudio descriptivo, transaccional, con participación de 32 adultos mayores. Los resultados muestran que solo el 12,5% eran independientes, en tanto que el 87,5% tuvieron algún grado de dependencia funcional. El 6,2% eran normales y el 93,8 presentó algún grado de deterioro cognitivo. La correlación de Spearman evidenció $r = 0.66$ y $p = < 0.0001$, lo que indica que existe

asociación entre el estado cognitivo con la funcionalidad para las ABVD en el AM institucionalizado (26).

A nivel nacional

Paucar SK y Villaverde WG. (2021). Estudiaron sobre funcionalidad y deterioro cognitivo en adultos mayores de la IPRESS Pariahuanca periodo 2017-2020, cuyo objetivo fue determinar la relación entre funcionalidad y deterioro cognitivo en adultos mayores. Estudio de enfoque cuantitativo, analítico y retrospectivo, con muestra de 138 adultos mayores. Los resultados muestran que existe relación significativa entre actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y deterioro cognitivo ($p = 0,020$), con $OR=3,57$ con un IC al 95%:(1,32-9,66), lo que indica que aquellos con dependencia en ABVD tienen 3,57 veces más riesgo de sufrir deterioro cognitivo (27).

Fernández WA. (2019). Investigó sobre Capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E. Bernales Comas año 2019, tuvo como objetivo analizar la capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores. Estudio de enfoque cuantitativo, de tipo correlacional y transversal, cuya muestra fue de 51 pacientes. Resultados: el 55% presentó deterioro cognitivo moderado, y el 25% deterioro cognitivo leve. Así mismo se evidenció que el 59% son pacientes dependientes a la capacidad funcional, y el 41% presentó capacidad funcional independiente. Se concluye en que no existe una relación significativa entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo mediante la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman (28).

Cano LA. (2019). Investigó sobre Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro médico naval cirujano mayor-Santiago Távara, 2018, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional en adultos mayores. Estudio observacional, analítico-transversal, retrospectivo, con una muestra de 218 pacientes. Los resultados muestran que el 80,73% presentó dependencia funcional leve, el 11,01% moderada y 5,5% grave; al relacionar las variables se encontró que los adultos mayores que tienen dependencia leve el 53,98% tiene deterioro cognitivo. Se concluye que existió relación entre las variables (deterioro cognitivo y dependencia funcional) (29).

Zevallos RN. (2018). Estudió sobre Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima, tuvo como objetivo

determinar la relación existente entre la dependencia funcional, el deterioro cognitivo leve y la depresión. Estudio diseño observacional, descriptivo-correlacional, cuya muestra fue 100 adultos mayores. Los resultados muestran que el 86,0% presentó dependencia funcional severa y el 14% moderada; el 40% deterioro cognitivo leve a moderado, el 9% deterioro cognitivo grave y el 51% no presentó deterioro cognitivo. Al relacionar las variables dependencia funcional con el deterioro cognitivo se determinó que no existe relación significativa (Rho de Spearman $\rho = ,237$) frente al grado de significación estadística $p > 0,05$ (30).

2.2 Bases teóricas

2.2.1 Teoría del envejecimiento asociada a los radicales libres (1956)

Teóricamente el estudio está sustentado por la Teoría del envejecimiento de los radicales libres propuesto por Harman en 1956, citado por Paredes y Roca en 2002 (31). Establece que los radicales libres producidos en el metabolismo del oxígeno causan daño a las células y alteraciones en el metabolismo. Los radicales libres ocasionan daño del ADN mitocondrial, las proteínas y los lípidos, los cuales están relacionados con el envejecimiento y con el deterioro de las capacidades mentales superiores y la disminución de la capacidad funcional en el adulto mayor. Además, estas lesiones oxidativas en el ADN mitocondrial, causan deleciones y mutaciones puntuales, lo cual puede contribuir a la aparición de enfermedades neurodegenerativas (31).

En tal sentido, la actividad respiratoria global de las mitocondrias disminuye con la edad en el hígado, músculo esquelético y cerebro, producen más radicales libres que las de los jóvenes y la tasa de producción de peróxido de hidrógeno contribuyen a la formación de prooxidantes, que influye en la velocidad del envejecimiento. Por tanto, el daño mitocondrial está estrictamente relacionado con el envejecimiento (depleción de las funciones cognitivas y la capacidad funcional) (31).

La teoría del envejecimiento se relaciona con el estudio, puesto que los radicales libres se proceden en mayor cantidad con el envejecimiento, producto de un descenso en la actividad de las enzimas proteasas, modificación de las bases nitrogenadas del ADN mitocondrial y disminución de los antioxidantes, los cuales producen deterioro de cognitivo y dependencia funcional. Siendo necesario el

consumo de antioxidantes como las vitaminas C o E para tratar de contrarrestar la producción de radicales libres y de esta manera contribuir a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

2.2.2 Teoría del déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem

La Teoría de Dorothea E., establecida en el año 1969, es una teoría del déficit de autocuidado constituida por tres teorías relacionadas entre ellas: Teoría de autocuidado, Teoría del déficit autocuidado y la teoría de los sistemas de Enfermería (32).

La Teoría del autocuidado, se refiere a la actividad que la persona debe realizar para cuidar de sí mismo; sin embargo, estos se ven repercutidos por factores condicionantes básicos (factores internos o externos que afecta a los individuos). Siendo fundamental, que el personal de enfermería identifique el déficit entre la capacidad potencial de autocuidado y las demandas de autocuidado de los clientes. En este autocuidado interviene los metaparadigmas: Persona (ser humano como un organismo biológico, racional y pensante); Salud (integridad física, estructural y funcional, ausencia de la enfermedad), Enfermería (prestación del cuidado) y Entorno (conjunto de factores externos que influyen sobre la decisión de la persona para el autocuidado) (32).

La Teoría del déficit de autocuidado, se refiere a la relación entre la demanda de autocuidado y la acción de autocuidado de los adultos mayores en las que el mantenimiento de las capacidades mentales superiores y la capacidad funcional constituyen las acciones adecuadas para el autocuidado efectivo. La Teoría de los sistemas de Enfermería, la enfermera es el actor principal para realizar el papel compensatorio para el paciente. Es decir, la enfermera es la responsable de satisfacer los requisitos de autocuidado del paciente hasta que se puede mantener su autonomía e independencia (32).

La teoría se relaciona con el estudio, puesto que la falta de autocuidado conlleva a una disminución de las capacidades cognitiva y funcional, y por ende de su bienestar, así como un incremento de los costos ligados a su atención médica que conllevan un riesgo de deterioro cognitivo y discapacidad respectivamente, que

tiene un alto impacto social y familiar. En tal sentido, la enfermera es la encargada de satisfacer los requisitos de deterioro cognitivo y discapacidad funcional de los adultos mayores durante la atención sanitaria.

2.2.3 Deterioro cognitivo en el adulto mayor

A. Definición de deterioro cognitivo

Es la pérdida o disminución del rendimiento de, al menos, una de las capacidades mentales o intelectuales superiores (memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, la capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y habilidad constructiva, la capacidad de aprendizaje y habilidad visuoespacial). Por lo tanto, el deterioro cognitivo no es una enfermedad específica, sino un síndrome caracterizado por una gran heterogeneidad clínica, diagnóstica y pronóstica (33).

Es un síntoma presente en múltiples síndromes, quien determina las características clínicas, el perfil de afectación cognitivo, la evolución y el pronóstico del adulto mayor. Como síndrome tampoco se limita a aquellos que son consecuencia específica de procesos neurodegenerativos, sino que se expresan como un cuadro lentamente progresivo, lo que se traduce en una afectación cognitiva creciente y en un continuum deterioro que lleva desde la normalidad a la demencia avanzada (34).

El deterioro cognitivo es más prevalente en la senectud, por lo que el adulto mayor muchas veces presenta dificultades en sus habilidades cognitivas, lo cual ocasiona problemas socio-asistencial, requiriendo mayor supervisión por parte de sus familiares y/o cuidadores. Por ello, conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente su calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones (35).

B. Tipos de deterioro cognitivo

- 1) **Normal (sin deterioro):** las personas sin estos trastornos mantienen las funciones cognitivas estables, como: concentración, retentiva y rapidez en el gestiona miento de los datos (36).
- 2) **Deterioro cognitivo leve:** existe alteración de la memoria, superior a la esperada para la edad y nivel de escolaridad del sujeto, quien se desenvuelve adecuadamente en su quehacer diario, por lo que no puede aplicarse el diagnóstico de demencia. Además, las alteraciones de memoria son adquiridas mediante la declaración de un informador fiable o bien por su objetivación en exploraciones diferentes (36).
- 3) **Deterioro cognitivo moderado:** se caracteriza por una agudización de los problemas que se habían detectado anteriormente y por tanto, conlleva una dependencia por parte de su familia. Hay alteración de la memoria y del lenguaje, cambios en el carácter y dificultades para las actividades de la vida diaria (37).
- 4) **Daño cognitivo severo:** existe gran pérdida de la memoria, así como graves problemas de conducta, movilidad y problemas de comunicación (37)

C. Cambios cognitivos en el adulto mayor

Entre estos cambios tenemos:

- En el envejecimiento cognitivo algunas personas mayores pueden experimentar muy pocos efectos del envejecimiento cognitivo, en otros, los efectos pueden ser más pronunciados. En otras palabras, la función cognitiva de una persona puede cambiar de un día para otro.
- Afecta las habilidades de una persona mayor de vivir independientemente, para poder realizar sus actividades cotidianas, y de mantener un sentido de identidad.
- Pérdida de interés, problemas de concentración o enlentecimiento, como disminución del ritmo del riego sanguíneo, afectando también al cerebro.

- No recuerde el nombre de los objetos o se olvida el nombre del hijo de los familiares.
- Dificultades para aprender o cambiar de una tarea a otra, entre otras (38).

D. Manifestaciones clínicas

Según Martín S (39), el deterioro cognitivo se caracteriza por:

- Afecta la memoria de trabajo, episódica y de recuerdo libre, mientras que la memoria icónica (a corto plazo), se mantiene preservada.
- Se deteriora la denominación y disminuye la fluencia verbal, pero se conserva la sintaxis y el léxico.
- El razonamiento, la capacidad de resolver problemas y la velocidad de procesamiento de la información declinan con la edad, sin embargo, se preserva la atención.

Por eso, la evaluación clínica se realiza debido a quejas de pérdida de memoria por parte del paciente o la familia. No obstante, sería conveniente que todo paciente anciano pasara regularmente un breve examen para detectar el deterioro cognitivo (39).

E. Factores de riesgo

Entre ellos tenemos: edad avanzada, antecedentes familiares de demencia, trauma craneoencefálico con pérdida de la conciencia, alteraciones en los vasos sanguíneos (hipertensión, hipercolesterolemia, vasculitis), diabetes mellitus y otros trastornos metabólicos, depresión y otros trastornos psiquiátricos (Esquizofrenia, psicosis, otros), infecciones del SNC (Meningitis, encefalitis, tuberculosis, sífilis, VIH), abuso del alcohol y otras sustancias, delirium postoperatorio o durante la hospitalización, evento vascular cerebral, cardiopatía isquémica y aterosclerosis (6).

F. Diagnóstico

La valoración de las funciones cognitivas es fundamental en el diagnóstico de demencia. Debe incluir examen de la atención, orientación, lenguaje, memoria, habilidades constructivas, cálculo, razonamiento y capacidad de abstracción. Existen varias herramientas neuropsicológicas que pueden emplearse para este

fin, como los tests breves que se han mostrado útiles en la detección del deterioro cognitivo:

- Mini Mental State Examination (MMSE) es uno de los más utilizados, que examina la orientación, atención, cálculo, memoria inmediata y diferida, capacidad visuoespacial, lenguaje y habilidad constructiva. Para incrementar su valor predictivo se recomienda corregir la puntuación en función de la edad y del nivel educativo.
- Memory Impairment Screen (MIS): es un test breve (se pasa en cuatro minutos) que explora la memoria, con cuatro ítems de recuerdo libre y facilitado.
- Test de los siete minutos: contiene una selección de subtests que exploran aspectos fundamentales que se alteran en la enfermedad de Alzheimer: test de recuerdo facilitado, fluidez por categorías, test de orientación temporal y dibujo de un reloj (39).

Los resultados de los tests deben interpretarse en conjunción con los datos de la historia. Si ésta sugiere deterioro cognitivo pero la exploración neuropsicológica está por encima del punto de corte, puede deberse a un nivel educativo alto, depresión o deterioro cognitivo leve, por el contrario, una puntuación baja sin datos en la historia de deterioro puede indicar un bajo nivel cultural, pero también un escaso reconocimiento de los síntomas por parte del paciente o la familia (39).

G. Tratamiento

❖ **Tratamiento no farmacológico:** Los cuales incluye:

- Modificación arquitectónica del domicilio para eliminar o disminuir potenciales riesgos y simplificar las actividades básicas de la vida diaria.
- Corrección de las deficiencias sensoriales visual y auditiva.
- Educar al cuidador sobre la sintomatología de la enfermedad.
- Vigilar la presencia de colapso, depresión, ansiedad o maltrato del cuidador
- Recomendar la actividad física para mejorar la funcionalidad.
- Incentivar al adulto mayor a realizar actividades básicas de la vida diaria, ajustadas a la capacidad del paciente.

- Realizar actividades físicas, recreativas y ocupacionales las cuales deben ser supervisadas según la gravedad del deterioro cognoscitivo (6).

❖ **Tratamiento farmacológico**

- Inhibidores de colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina), mejoran la función cognoscitiva, actividades de la vida diaria y síntomas neuropsiquiátricos en pacientes con demencia tipo Alzheimer leve a moderada debido a su mecanismo de acción, que aumenta la presencia de acetilcolina en la hendidura sináptica (6).

H. Cuidados de enfermería en el deterioro cognitivo

Entre las actividades más frecuentes, se encuentran:

- **Mejorar la comunicación:** mediante la realizan ejercicios como hablar claro y paulatinamente, mediante un lenguaje sencillo, utilizar comunicación no verbal, hablar con el paciente, darle espacio para responder las preguntas, entre otros.
- **Estimulación cognitiva:** el personal de enfermera debe estimular la memoria y la orientación través de la práctica como leer en voz alta, describir hechos del pasado, hacer sumas y restas, nombrar objetos que ayude a la concentración y memorización de los acontecimientos pasados.
- **Sostenimiento de acciones de la rutina diaria:** es conveniente que el AM realice diversos actos diarios, tales como alimentación y descanso, orden sus muebles y objetos, programas de televisión y momentos recreativos
- **Adaptación del entorno:** el profesional de enfermería debe mantener el ambiente donde se desenvuelve el AM con acciones que eviten confusiones y estrés, evitar ruidos y sonidos fuertes, retirar sustancias y objetos dañinos, tener el hogar iluminado, dejar los objetos de mayor utilidad a su alcance, etc. (39).

2.2.4 Capacidad funcional en el adulto mayor

a) Definición:

La funcionalidad es la capacidad de la persona para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relaciones sociales. Sin embargo, el declive de la capacidad funcional es común con el envejecimiento. Por lo tanto, el deterioro de la capacidad

funcional en el adulto mayor, estaría relacionado con la edad, factores sociales y/o enfermedades; por lo que muchas veces requieren de ayuda para realizar sus ABVD, como: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo (40).

b) Cambios funcionales

- Descenso de la masa corporal magra, sobre todo en el músculo esquelético, por disminución las fibras musculares tipo II, de contracción más rápida, que están relacionadas con contracciones potentes y súbitas.
- Disminución de la talla por pérdida de líquido en los discos intervertebrales y del contenido mineral de las vértebras.
- Problemas inflamatorios en las articulaciones con deformidades de las mismas, tendencia a la flexión de las rodillas y caderas.
- El movimiento es más lento y puede verse limitado, la marcha puede volverse inestable con pobre balanceo de los brazos, la fatiga es más frecuente a esta edad.
- La fuerza y resistencia cambian, al disminuir la masa muscular se pierde fuerza, pero la resistencia puede verse aumentada debido a los cambios en las fibras musculares (40).

c) Valoración de la capacidad funcional

La valoración funcional consiste en la recopilación de información sobre la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra. Las actividades se clasifican en: Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) y Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (AAVD) (41).

Las ABVD incluye tareas que la persona debe realizar diariamente para su autocuidado (aseo, vestido, alimentación, etc.); mientras que las AIVD hacen referencia a aquellas tareas en las que la persona interacciona con el medio para mantener su independencia (cocinar, comprar, uso del teléfono, entre otras) y las AAVD son aquellas que permiten al individuo su colaboración en actividades sociales, actividades recreativas, trabajo, viajes y ejercicio físico intenso. Sin embargo, conforme avanza el grado de deterioro funcional aumentan también el riesgo de mortalidad, el número de ingresos hospitalarios y la estancia media, las visitas médicas, el consumo de fármacos, el riesgo de institucionalización y la necesidad de recursos sociales. Por lo tanto, en el momento de realizar la valoración

geriátrica integral, es indispensable evaluar la esfera funcional para determinar la dependencia o independencia en el adulto mayor (41).

Las escalas más utilizadas para evaluar las ABVD son: el Índice de actividades de la vida diaria (KATZ), el Índice de Barthel, la Escala de incapacidad física de la Cruz Roja, Escala Plutchik. A continuación, describimos brevemente la escala más utilizada (Índice de Barthel) (41).

Índice de Barthel: es el instrumento que permite evaluar la esfera funcional de pacientes que se encuentran en unidades de rehabilitación y en unidades de media estancia (UME). Este instrumento evalúa 10 actividades, dando más importancia que el índice de Katz a las puntuaciones de los ítems relacionados con el control de esfínteres y la movilidad. Estas actividades son: baño, vestido, aseo personal, uso del retrete, transferencias (traslado cama-sillón), subir/bajar escalones, continencia urinaria, continencia fecal y alimentación. Se puntúa de 0 a 100, lo que le confiere mayor facilidad para el uso estadístico de los datos. Para una mejor interpretación, sus resultados se han agrupado en 5 categorías (41):

<i>Resultado</i>	<i>Grado de dependencia</i>
Puntuación menor de 20	Dependencia total
Puntuación de 20 a 35	Dependencia grave
Puntuación de 40 a 55	Dependencia moderada
Puntuación ≥ 60	Dependencia leve
100 puntos	Independiente

d) Importancia de la actividad física en la capacidad funcional del adulto mayor

Existen evidencia científica que la utilidad del juego en todas las edades y con alta significación en el adulto mayor, prolonga la vida, además, de proporcionar sensación de bienestar y activar las funciones de los órganos y sistemas del cuerpo humano, haciendo placentera la carga de los años. Desde esta óptica es necesario resaltar la importancia para los adultos mayores, puesto que favorece la voluntad, el colectivismo, la disciplina, en esta etapa final del desarrollo humano, porque las oportunidades que le brindan son esenciales en el mejoramiento del estilo de vida (42).

Por ello, las actividades que se organizan y desarrollan no deben regirse por las operaciones implícitas que tienen, sino incluir variados juegos que le permitan desarrollar sus vivencias, experiencias, la intervención directa incluso en la elaboración o búsqueda de medios, acondicionamiento de las áreas, que favorezca las interrelaciones, amistad, respeto y en especial el fortalecimiento de la voluntad y la memoria. Realizar actividades físicas con sistematicidad es una necesidad de todo ser humano, permite una vida sana, placentera y en gran medida retrasa los síntomas de envejecimiento, evita enfermedades, siempre que estén antecedidas por una organización y planificación acorde a la edad y necesidades de los adultos mayores, porque contribuyen a mejorar en gran medida el estado de ánimo, siendo básico la motivación para lograr la asistencia y participación y elevar la autoestima tan necesaria en esta edad (42).

2.2.5 Políticas nacionales y normas del adulto mayor

- **Resolución Ministerial N° 941-2005/MINSA, que aprueba el Documento Técnico:** Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores.
- **Resolución Ministerial N° 756-2014/MINSA, que aprueba el Documento Técnico:** Organización de los Círculos de los Adultos Mayores en los establecimientos de salud del primer nivel de atención.
- **Resolución Ministerial N° 220-2021/MINSA que aprueba el Documento Técnico:** Manual de implementación del Modelo de Cuidado Integral de Salud por cursos de vida para la persona, familia y comunidad (23).

2.3. Hipótesis

Ha: Existe relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

Ho: No existe relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

2.4. Variables del estudio

Variable 01: Deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Variable 02: Capacidad funcional en el adulto mayor.

2.5. Operacionalización de las variables

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL
Deterioro cognitivo en el adulto mayor	Es la disminución progresiva de funciones mentales en el adulto mayor, el cual no llega a una afección grave como para ser llamada demencia (43).	Cuestionario Estado Cognitivo (Pfeiffer)	<ul style="list-style-type: none"> - Memoria a corto y largo plazo. - Orientaciones. - Actividades diarias. - Capacidad cognitiva. 	<p>Ítem 1</p> <p>Ítem 2</p> <p>Ítem 3</p> <p>Ítem 4</p> <p>Ítem 5</p> <p>Ítem 6</p> <p>Ítem 7</p> <p>Ítem 8</p> <p>Ítem 9</p> <p>Ítem 10</p>	<p>Normal: < = 2 errores</p> <p>Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores</p> <p>Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores</p> <p>Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores</p>

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADORES	Nº DE ÍTEMS	VALOR FINAL
Capacidad funcional en el adulto mayor	Es la capacidad del anciano para realizar su actividad habitual y mantener su independencia en el medio en que se encuentra (41).	Se determinará a través del Índice de Barthel.	<ul style="list-style-type: none"> - Comer. - Aseo personal. - Vestido. - Baño. - Control de heces. - Control de esfínteres. - Uso de retrete. - Traslado silla/cama. - Desplazamiento. - Subida/bajada de escaleras. 	Ítem 1	Dependencia total: < 20 puntos
				Ítem 2	Dependencia grave: 21 – 60 puntos
				Ítem 3	
				Ítem 4	Dependencia moderada: 61 – 90 puntos
				Ítem 5	
Ítem 6					
Ítem 7	Dependencia leve: 91 - 99 puntos				
Ítem 8					
Ítem 9	Independencia: 100 puntos				
Ítem 10					

CAPÍTULO III

DISEÑO METODOLÓGICO

3.1 Diseño y tipo de estudio

La investigación fue de diseño no experimental, porque no se hizo variar intencionalmente la variable independiente, es decir se observó el fenómeno tal y como se da en el contexto; de enfoque cuantitativo, puesto que emplearon datos numéricos con base en análisis estadísticos; y de tipo correlacional, porque estableció la relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor; transversal porque, la información se recolectó en un momento determinado y única vez (44).

Esquema del diseño:

Donde:

m: Muestra

M: X-----r-----Y

X: Variable 1: Deterioro cognitivo en el adulto mayor.

Y: Variable 2: Capacidad funcional en el adulto mayor.

r: Relación entre variables.

3.2 Población y muestra

La población estuvo conformada por 66 adultos mayores que se atienden en el Centro de Salud Chiguirip, obtenido a partir de la información brindada por dicho establecimiento de salud (45). Por ser un número manejable por el investigador, se trabajó con toda la población, por lo que, no se obtuvo muestra. Además, el muestro utilizado fue por conveniencia.

3.3 Criterios de inclusión

- Pacientes mayores de 60 años de edad, de ambos sexos.
- Pacientes adultos mayores que se atendieron en el Centro de Salud Chiguirip.
- Pacientes adultos mayores que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adulto mayor con discapacidad física crónica.
- Adulto mayor que tenían deterioro cognitivo.

3.4 Unidad de análisis

Lo constituyó cada uno de los adultos mayores que fueron atendido en el Centro de Salud Chiguirip y que cumplieron con los criterios de inclusión.

3.5 Técnicas e instrumentos de recolección de datos

El estudio utilizó como técnica la entrevista, individual, anónima y presencial. La recolección de datos fue heteroadministrada porque el investigador realizó la lectura de las preguntas para que el investigado las responda para así recabar la información sobre deterioro cognitivo y capacidad funcional en el adulto mayor (40).

Para el presente estudio se utilizó dos instrumentos, los cuales se detallan a continuación:

Primero: para la variable deterioro cognitivo se utilizó como instrumento el Cuestionario Estado Cognitivo (PFEIFFER), validado al castellano por Martínez J, et al, 2001 (46); dicho cuestionario (**Anexo 02**) también está en la Norma Técnica del Adulto Mayor (47), consta por 10 preguntas, marcando con “1” punto por cada pregunta errada (E), y “0” por cada pregunta acertada; luego se suman el número total de preguntas erradas, y luego se realizó la valoración cognitiva de la siguiente manera:

Estado cognitivo (PFEIFFER)	ERRORES (E)
No deterioro cognitivo:	≤ 2 E
Deterioro Cognitivo leve:	3 a 4 E
Deterioro Cognitivo Moderado:	5 a 7 E
Deterioro Cognitivo severo:	8 a 10 E

A las personas con primaria incompleta y analfabeta se restó un punto a la suma total y se procedió a la valoración de acuerdo a lo señalado.

Segundo: para la variable capacidad funcional, se utilizó como instrumento el Índice de Barthel (**anexo 03**), adaptado por Trigás M en 2011 (48), es una escala general que se aplica al adulto mayor de cualquier contexto por lo que no requiere validación, valora la capacidad de una persona para realizar de forma dependiente o independiente 10 actividades básicas de la vida diaria como la capacidad de comer, aseo, control de heces, control de orina, baño, vestirse, usar el retrete, traslado cama/silla, desplazarse y subir/bajar escaleras. Su puntuación oscila entre 0 (completamente dependiente) y 100 (completamente independiente) y las categorías de repuesta entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos en función del tiempo empleado en su realización y la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las puntuaciones son las siguientes: Dependencia total: < 20 puntos Dependencia grave: 21 a 60 puntos Dependencia moderada: 61 a 90 puntos Dependencia leve: 91 a 99 puntos e Independencia: 100 puntos.

Su confiabilidad se logró gracias a una buena reproductibilidad inter e intraobservador y estos resultados han sido confirmados en trabajos posteriores, con unos coeficientes de correlación de 0.88 y 0.98 respectivamente. En cuanto a su validez, es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, utilización de servicios sociosanitarios, mejoría funcional y del riesgo de caídas (48).

3.6 Procesamiento y análisis de datos

Una vez terminada la recolección de información, estos fueron sometidos a un control de calidad; posteriormente, los datos fueron codificados, luego se ingresaron en una matriz de datos diseñada en el paquete estadístico, SPSS V.26.0. Posteriormente, se elaboró la base de datos en el software respectivo y se procedió a la presentación de la información mediante tablas simples y de contingencia, teniendo en cuenta el análisis la estadística porcentual con números y frecuencias. Además, se usó la prueba estadística Chi cuadrada por ser variables categóricas para medir la relación de las variables de estudio

3.7 Consideraciones éticas

Los principios éticos utilizados en la investigación, fueron (49):

- **Autonomía:** capacidad de una persona para tomar una decisión. En nuestro estudio, se respetará las decisiones de cada adulto mayor de participé del estudio.

- **Beneficencia:** es la obligación ética de maximizar el beneficio y mitigar el daño. En el estudio se beneficiará a los adultos mayores pertenecientes al Centro de Salud Chiguirip, y en base a los resultados poder implementar intervenciones en beneficio de este grupo etario.

- **No maleficencia:** es el principio que afirma el deber de hacer que el beneficio sea mayor que el maleficio. En la investigación no se realizará manipulación de las variables de estudio, por lo tanto, no existe riesgo a la salud del adulto mayor.

- **Justicia:** se refiere al trato que debe darse a cada persona de acuerdo con lo que se considera correcto y apropiado. En el estudio, todos los adultos mayores, tendrán la misma posibilidad de participar en la investigación.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tabla 1 Deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

Deterioro cognitivo	N°	%
Normal (\leq a 2 errores)	16	24,2
Deterioro cognitivo leve (2 a 4 errores)	17	25,8
Deterioro cognitivo moderado (5 a 7 errores)	30	45,5
Deterioro cognitivo severo (8 a 10 errores)	3	4,5
Total	66	100,0

La Tabla 1 muestra que el 45,5% de los adultos mayores tienen deterioro cognitivo moderado; seguido por 25,8% con deterioro cognitivo leve y 4,5% deterioro cognitivo severo.

Resultados parecidos a los de Zevallos RN (30), que encontraron en su estudio que el 40% de adultos mayores presentó deterioro cognitivo leve a moderado, el 9% deterioro cognitivo grave y el 51% no presentó deterioro cognitivo. Diferentes a los estudios de Villamarín DT (25), que encontró que el 65% de personas mayores presentaron deterioro cognitivo grave, con puntuación de medias más altas se da en las áreas: alternativa conceptual, capacidad visoconstructiva, identificación, secuencia numérica, recuerdo diferido y orientación.

De igual manera, son diferentes a los reportes de Fernández WA (28), donde el 25% de las personas adultas mayores presentó deterioro cognitivo leve; al estudio de Leitón SE et al. (24), quien encontró que el 6,4% de adultos mayores presentan deterioro cognitivo; y a los de Flores AS. et al. (26), quienes encontraron que el 6,2% de adultos mayores no presentaron deterioro cognitivo y el 93,8% presentó algún grado de deterioro cognitivo.

El deterioro cognitivo es la pérdida o disminución del rendimiento de las capacidades mentales o intelectuales superiores (memoria, orientación, pensamiento abstracto, lenguaje, la capacidad de juicio y razonamiento, capacidad para el cálculo y habilidad constructiva, la capacidad de aprendizaje y habilidad visuoespacial). El deterioro cognitivo no es considerado

una enfermedad específica, sino un síndrome caracterizado por una gran heterogeneidad clínica, diagnóstica y pronóstica (33).

El deterioro cognitivo se presenta en personas con edad avanzada y con características demográficas, médicas y funcionales generalmente precarias, sobre todo en los contextos rurales (50). Por otro lado, los altos índices de obesidad, la inactividad física, tabaquismo, alimentación no saludable y las enfermedades crónicas como la diabetes mellitus y la hipertensión arterial, son factores de riesgo para el deterioro cognitivo en la población adulta mayor (51).

Al respecto Moreno M. et al (2), indican que el deterioro cognitivo estaría relacionado con el incremento en la esperanza de vida, escolarización menor a 9 años, ausencia de estimulación cognoscitiva, edad mayor a 75 años, polifarmacia y el descontrol de tensión arterial. Además, el bajo grado de instrucción, el desempleo y la dependencia en las actividades básicas de la vida se asocian con deterioro cognitivo en los adultos mayores; mientras que, el realizar actividades físicas constituye un factor protector (52).

Por otro lado, la Teoría de Dorothea E (32), se relaciona con el estudio, puesto que la falta de autocuidado conlleva a una disminución de las capacidades cognitivas, y por ende de su bienestar, así como un incremento de los costos ligados a su atención médica que conllevan un riesgo de deterioro cognitivo, que tiene un alto impacto social y familiar. En tal sentido, la enfermera es la encargada de satisfacer los requisitos de deterioro cognitivo de los adultos mayores durante la atención sanitaria.

El predominio del deterioro cognitivo en más de las tres cuartas de adultos mayores participantes del estudio, estaría relacionado con la senectud, alteración en la memoria, orientación, actividades cotidianas y capacidad cognitiva, por lo que el adulto mayor muchas veces presenta dificultades en sus habilidades superiores, lo cual ocasiona problemas socio-asistenciales, requiriendo mayor supervisión por parte de sus familiares y/o cuidadores. Por ello, conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico es importante para planificar los cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente su calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones (35).

Tabla 2. Capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

Capacidad funcional	N°	%
Dependencia total (< a 20 puntos)	6	9,1
Dependencia grave (20 a 40 puntos)	6	9,1
Dependencia moderada (45 a 55 puntos)	6	9,1
Dependencia leve (60 a 95 puntos)	26	39,4
Independiente (100 puntos)	22	33,3
Total	66	100,0

En Tabla 2 se muestra que el 39,4% de los adultos mayores tienen dependencia funcional leve; mientras que el 9,1% tuvo dependencia moderada, 9,1% dependencia grave y 9,1% dependencia total.

Resultados similares los Fernández WA (28), que encontró que el 59% de los adultos mayores presentaron dependientes a la capacidad funcional y el 41% fue independiente; sin embargo, fueron diferentes al estudio de Villamarín DT (25), que mostró un porcentaje alto de dependencia severa (77,5%) en las personas mayores, siendo las puntuaciones de medias más altas en alimentación, deposición, micción y deambulación.

Diferentes a Cano LA (29), donde el 80,73% de adultos mayores presentó dependencia funcional leve, 11,01% dependencia moderada y 5,5% dependencia grave; al reporte de Zevallos RN (30), el 86,0% presentó dependencia funcional severa y 14% dependencia moderada; y a la investigación de Leitón SE. et al. (24), que reportó que 10% de las personas adultas mayores tuvieron dependencia leve, 4,2% dependencia moderada y 1,55% dependencia total.

La OMS, indica que cualquier grado de dependencia funcional (66,7% como se evidencia en el estudio), dificulta en los adultos mayores la realización de sus actividades diarias, por lo no permiten a las personas ser y hacer lo que es importante para él; comprometiendo su capacidad intrínseca, las características del ambiente que afectan esa capacidad y las interacciones entre la persona y esas características (16).

Segovia y Torres (40), indican que la capacidad funcional se refiere a la capacidad que posee el adulto mayor para movilizarse en su entorno, realizar tareas físicas para su autocuidado, conductas y actividades para mantener su independencia y relacionarse. Sin embargo, el declive de la capacidad funcional, se manifiesta como dependencia funcional. Además, el deterioro de la capacidad funcional está relacionado con la edad, factores sociales y/o enfermedades; por lo que muchas veces requieren de ayuda para realizar sus ABVD, como: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo.

Como resultado del envejecimiento acelerado, la transición demográfica, los cambios fisiológicos y biológicos han tomado relevancia, entre ellos, debido a los trastornos en la composición corporal que traen consigo riesgos de fragilidad, dependencia, afecciones y defunción. Con el envejecimiento el sistema musculoesquelético sufre importantes modificaciones: disminución de la masa muscular, infiltración del músculo con grasa y tejido conjuntivo, disminución de las unidades motoras y del flujo sanguíneo, y se manifiesta como dependencia funcional, dificultando la realización de sus actividades cotidianas (53).

En tal sentido, la relación entre la disminución de la masa y la fuerza muscular se asocia con la sarcopenia, el cual es característica del envejecimiento corporal, donde hay pérdida progresiva de agilidad y la fuerza, lo que con el transcurrir del tiempo conlleva al incremento en el grado de dependencia de las personas adultas mayores, con el consiguiente descenso en su calidad de vida y una mayor morbimortalidad (53).

La dependencia funcional en más del 66% de los adultos mayores se debería al descenso de la masa corporal magra, sobre todo en el músculo esquelético, por disminución las fibras musculares tipo II, de contracción más rápida, que están relacionadas con contracciones potentes y súbitas, y con los problemas inflamatorios en las articulaciones por lo que el movimiento es más lento y puede verse limitado, presentando marcha inestable con pobre balanceo de los brazos (40).

Tabla 3. Relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

Deterioro cognitivo	Capacidad funcional									
	Grave		Moderada		Leve		Independiente		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	1	1,5	1	1,5	3	4,5	11	16,7	16	21,2
Leve	0	0,0	0	0,0	12	18,2	5	7,6	17	25,8
Moderado	5	7,6	5	7,6	11	16,7	6	9,1	30	45,5
Severo	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	3	4,5
Total	6	9,1	6	9,1	26	33,3	22	33,3	66	100,0

X²: 3,876

p-valor: 0,000

En Tabla 3 se observa un predominio de dependencia funcional leve en los adultos mayores que tienen deterioro cognitivo leve (18,2%) y moderado cognitivo moderado (16,7%). Al realizar el análisis inferencial entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional en adultos mayores mediante la prueba estadística del Chi Cuadrado (X²) se encontró relación estadística significativa, cuyo resultado fue X² 3,876; p-valor 0,000.

Resultado similar al estudio de Cano LA (29), donde los adultos mayores que tienen dependencia leve el 53,98% tiene deterioro cognitivo leve. Además, concluyó que existió relación entre las variables (deterioro cognitivo y dependencia funcional); al reporte de Leitón SE. et al. (24), que muestra que existe relación significativa entre la cognición y capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria (x²=206.0 valor p= 0.000).

Parecidos al estudio de Flores AS. et al. (26), quien al establecer la correlación mediante la prueba estadística de Spearman evidenció r = 0,66 y p = < 0,000, lo que indica que existe asociación entre el estado cognitivo con la funcionalidad para las ABVD en el AM institucionalizado; y al reporte de Paucar SK y Villaverde WG. (27), quienes indican que existe relación significativa entre actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y deterioro cognitivo (p =0,020), con OR=3,57 con un IC al 95%:(1,32-9,66); además, la dependencia en ABVD tienen 3,57 veces más riesgo de sufrir deterioro cognitivo.

Sin embargo, son diferentes al reporte de Fernández WA. (28), que concluye en que no existe una relación significativa entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo mediante la prueba estadística no paramétrica de Rho de Spearman; y a Zevallos RN. (30), donde al relacionar la dependencia funcional con el deterioro cognitivo se determinó que no existe relación significativa (Rho de Spearman $\rho = ,237$) frente al grado de significación estadística $p > 0,05$.

La Teoría del envejecimiento de los radicales libres de Harman (31), está relacionado con el estudio, puesto que los radicales libres producidos en el metabolismo del oxígeno causan daño a las células, lo misma que ocasiona alteraciones en el metabolismo. Por otro lado, los radicales libres producen daño del ADN mitocondrial, las proteínas y los lípidos, los cuales están relacionados con el envejecimiento y con el deterioro de las capacidades mentales superiores y la disminución de la capacidad funcional en el adulto mayor. Además, estas lesiones oxidativas en el ADN mitocondrial, causan depleciones y mutaciones puntuales, lo cual puede contribuir a la aparición de enfermedades neurodegenerativas (31). Asimismo, Dorothea E. (32), establece que el autocuidado del adulto mayor es una función humana reguladora que debe utilizar cada persona de forma deliberada para mantener sus capacidades cognitiva y funcional.

El deterioro cognitivo y funcional es un problema que afecta sobre todo al adulto mayor en la etapa del envejecimiento, alterando tanto la salud como la actividad física, lo cual conlleva a un envejecimiento patológico, provocando demencias de origen vascular, enfermedad de alzheimer, parkinson entre otros, incrementando el grado de dependencia por la falta de actividad física y programas que ayuden a mejorar la neurogénesis y los cuidados que deben de tener las personas mayores (54).

En tal sentido, el deterioro cognitivo conlleva a la dependencia funcional en los adultos mayores, y tiene consecuencias significativas no solo en quienes se ven directamente afectados, sino también en las familias, los cuidadores y las comunidades. Por otro lado, el deterioro cognitivo está relacionado con las enfermedades no transmisibles (ENT), generando mayores costos para las familias, comunidades, los gobiernos, así como un quebranto de productividad para las economías (4).

Debido a que existe factores de riesgo modificables es necesario que el gobierno peruano implemente un enfoque de salud pública para retrasar o desacelerar el deterioro cognitivo en el adulto mayor. Además, de la implementación y del cumplimiento la Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030 (PNMPAM), el cual contiene objetivos, lineamientos, servicios, y propuestas normativas, orientados a la participación social, productiva y política, el acceso a servicios de cuidado y salud, para mantener sus capacidades cognitiva y funcional (23). Por otro lado, es necesario el gobierno local implementar programas y estrategias de atención desde el nivel primario al adulto mayor tanto desde la etapa inicial, durante y después de su enfermedad (54, 4); con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de este grupo etario.

CONCLUSIONES

1. Cerca de la mitad de los adultos mayores partícipes del estudio presentan deterioro cognitivo moderado; seguido por la cuarta parte que tienen deterioro cognitivo leve.
2. Tres de las cuatro partes de adultos mayores presentan algún grado de dependencia funcional, ya sea leve, moderado, grave o total; mientras que un cuarto fue independiente.
3. Menos de la cuarta parte de los adultos mayores con dependencia leve presentaron deterioro cognitivo leve. Al realizar el análisis inferencial entre las variables, se encontró que existe relación entre el deterioro cognitivo y la capacidad funcional mediante la prueba estadística del Chi Cuadrado cuyo resultado fue X^2 3,876; p-valor 0,000.

RECOMENDACIONES

AL GOBIERNO REGIONAL DE CAJAMARCA

1. Crear programas de actividades lúdicas (actividades de entretenimiento, diversión y juegos) para adultos mayores, con el fin de fortalecer y mantener las capacidades cognitivas y funcionales para realizar sus necesidades básicas.
2. Establecer políticas públicas que contenga intervenciones clave para retrasar o desacelerar el deterioro cognitivo en el adulto mayor.

A LA MUNICIPALIDAD PROVINCIAL DE CHIGUIRIP

3. Fortalecer el Centro Integral de Atención al Adulto Mayor con la finalidad de brindar servicios de atención primaria en salud y proporcionar espacios propios para la socialización e interacción, promoviendo su participación e integración social.
4. Implementar programas y estrategias de atención al adulto mayor desde el primer nivel de atención, con la finalidad de mejorar las condiciones de vida de este grupo etario.

AL PERSONAL DE SALUD DE CHIGUIRIP - CHOTA

5. Sensibilizar y concientizar a la familia y adultos mayores para que estos últimos realicen actividad física y/o estimulación cognitiva con la finalidad de mantener la funcional y la autonomía.
6. Realizar charlas informativas con los adultos mayores, sobre la importancia de la salud mental.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CAJAMARCA

7. A la Escuela Académico Profesional de Enfermería realizar investigaciones basadas en factores asociados al deterioro cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. López B, Austria A, Santander JJ, Maya A, Cano EA. Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan, Hidalgo, México. *Revista de Enfermería Neurológica* [Internet]. 2021. [citado el 14 de enero del 2023]; 20 (1): 45–48. Disponible en: <https://revenferneuroenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/324>
2. Moreno M, Castillo J, García LR, Gómez HR. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores: estudio transversal. *Revista del Instituto Mexicano del Seguro Social*. [Internet]. 2023. [citado el 03 de marzo del 2024]; 61(3): S395-S406. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC10732693/>
3. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima, Perú: INEI; 2023. [citado 03 de marzo del 2024]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_2.pdf
4. Organización Mundial de la Salud. Reducción de los riesgos de deterioro cognitivo y demencia. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020. [citado el 03 de marzo del 2024]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/52426/9789275322574_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
5. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021. [citado el 14 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
6. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor en el Primer Nivel de Atención. [Internet]. México: IMSS; 2012. [citado el 14 de enero del 2023]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
7. Organización Mundial de la Salud. Demencia. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2021. [citado el 14 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

8. Coteló J. Prevalencia del deterioro cognitivo en mayores de 65. [Internet]. España, 2018. [citado el 14 de enero del 2023]. Disponible en: <https://espanol.medscape.com/verarticulo/5903268#:~:text=La%20prevalencia%20del%20deterioro%20cognitivo,Espa%C3%B1a%20es%20de%2018%2C5%25>
9. Organización Mundial de la Salud. La demencia en América Latina y el Caribe: prevalencia, incidencia, repercusiones y tendencias a lo largo del tiempo. [Internet]. Estados Unidos: OMS; 2023. [citado el 14 de enero del 2023]. Disponible en: https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57337/9789275326657_spa.pdf?sequence=1
10. Ministerio de Desarrollo Social de Argentina. Deterioro cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. [Internet]. Argentina: MDS; 2019. [citado el 14 de enero del 2023]. Disponible en: <https://revistadiagnosis.org.ar/index.php/diagnosis/article/view/227>
11. Fárez PX, Feijoo JC. Deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca. 2022. Tesis de Título. [Internet]. Ecuador: Universidad de Cuenca; 2023. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/40996/1/Trabajo-de-Titulaci%C3%B3n.pdf>
12. Mamani RM, Roque E, Colque NM. Actividad física y deterioro cognitivo en adultos mayores, Perú. Tesis de Título. [Internet]. Perú: Universidad Peruana Unión; 2022. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: [https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6140/Rossana_Tesis_Licenciatura_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20cambio%2C%20\(Sotomayor%20et%2C,un%202.13%25%20deterioro%20cognitivo%20severo.](https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6140/Rossana_Tesis_Licenciatura_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y#:~:text=En%20cambio%2C%20(Sotomayor%20et%2C,un%202.13%25%20deterioro%20cognitivo%20severo.)
13. Contreras C, Condor I, Atencio J, Atencio M. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017. [Internet]. Huancavelica, 2019. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-55832019000100009

14. Bautista LM. Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor en el puesto de salud Cuyumalca-Chota, 2021– Cajamarca, 2022. [Tesis de Grado]. Universidad Nacional de Cajamarca. [Internet]. Cajamarca, 2022. [Fecha de acceso el 31 de mayo del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/handle/20.500.14074/4748>
15. Abizanda P, Rodríguez L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la Atención Sanitaria a los Mayores. España: Elsevier; 2020. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=927935>
16. Organización Mundial de la Salud. Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2015. [citado el 14 de enero del 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789241565042>
17. Organización Mundial de la Salud. Década del envejecimiento Saludable 2020-2030. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2018. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1-es.pdf?sfvrsn=d9c40733_0
18. Instituto Nacional de Estadística. Estado de salud (estado de salud percibido, enfermedades crónicas, dependencia funcional). [Internet]. España: INE; 2020. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/ss/Satellite?L=es_ES&c=INESeccion_C&cid=1259926692949&p=%5C&pagename=ProductosYServicios%2FPYSLayout¶m1=PYSDetalle¶m3=1259924822888
19. Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecer con cuidado: Atención a la dependencia en América Latina y el Caribe. [Internet]. Washington - Estados Unidos: BID; 2019. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: file:///C:/Users/accor/Downloads/Envejecer_con_cuidado_Atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Am%C3%A9rica_Latina_y_el_Caribe_es.pdf
20. Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecimiento y atención a la dependencia en Colombia. [Internet]. Colombia: BID; 2019. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en:

https://publications.iadb.org/publications/spanish/document/Envejecimiento_y_atenci%C3%B3n_a_la_dependencia_en_Colombia_es.pdf

21. Banco Interamericano de Desarrollo Eurosocial. Envejecimiento y atención a la dependencia en Ecuador. [Internet]. Ecuador: BID; 2021. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: <https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
22. Hernández MA, Altamirano L. Capacidad funcional en adultos mayores de un albergue ubicado Lima-Sur. Rev. Cuidado Salud Pública. [Internet]. 2021. [citado el 15 de enero del 2023]; 1 (1): 1-7. Disponible en: <http://www.cuidadoysaludpublica.org.pe/index.php/cuidadoysaludpublica/article/view/12>
23. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Política Nacional Multisectorial para las Personas Adultas Mayores al 2030. [Internet]. Lima, Perú: MIMP; 2021. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1934191/Pol%C3%ADtica-Nacional-Multisectorial-para-las-Personas-Adultas-Mayores-al-2030.pdf>
24. Leitón SE, Fajardo E, López A, Martínez RM, Villanueva ME. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Salud, Barranquilla. [Internet]. Colombia, 2020. [citado el 15 de enero del 2023]; 36(1): 124-139. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000100124
25. Villamarín DT. Deterioro cognitivo y su relación con la funcionalidad de la vida diaria del adulto mayor. Tesis de Grado. [Internet]. Ecuador: Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2020. [citado el 15 de enero del 2023]. Disponible en: <https://repositorio.pucesa.edu.ec/bitstream/123456789/3034/1/77206.pdf>
26. Flores AS, Fierros A, Gallegos VE, Magdaleno M, Velasco R, Pérez MG. Estado Cognitivo y Funcionalidad para las Actividades Básicas en el Adulto Mayor Institucionalizado. Rev. Cuidarte. [Internet]. México, 2020 [citado el 15 de enero del

2023]; Volumen: 9 Número: 17, pg 28-38. Disponible en:
<https://www.medigraphic.com/pdfs/cuidarte/cui-2020/cui2017d.pdf>

27. Paucar SK, Villaverde WG. Funcionalidad y deterioro cognitivo en adultos mayores de la IPRESS Pariahuanca periodo 2017-2020. Tesis de Título. [Internet]. Huancayo - Perú: Universidad Nacional del Centro del Perú; 2021. [citado el 15 enero del 2023]. Disponible en:
https://repositorio.uncp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12894/6643/T010_75844328_T.pdf?sequence=1
28. Fernández WA. Capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E. Bernales Comas año 2019. Tesis de Título. [Internet]. Piura - Perú: Universidad César Vallejo; 2019. [citado el 15 enero del 2023]. Disponible en:
https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60641/Fernandez_AWA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
29. Cano LA. Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval cirujano mayor-Santiago Távara, 2018. Tesis de Título. [Internet]. Lima - Perú: Universidad Ricardo Palma; 2018 [citado el 15 enero del 2023]. Disponible en:
<https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/URP/1766/DJARASANDOVAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
30. Zevallos RN. Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima, cuyo objetivo fue determinar la relación existente entre sus variables. Tesis de Grado. [Internet]. Lima - Perú: Universidad César Vallejo; 2018. [citado el 15 enero del 2023]. Disponible en:
[file:///C:/Users/accer/Downloads/Zevallos_ZRN%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/accer/Downloads/Zevallos_ZRN%20(3).pdf)
31. Paredes F, Roca JJ. Influencia de los radicales libres en el envejecimiento celular. Rev. Offarm. [Internet]. 2002 [citado el 17 enero del 2023]; 21 (7): 2-5. Disponible en:
<https://www.elsevier.es/es-revista-offarm-4-articulo-influencia-los-radicales-libres-el-13034834>

32. Naranjo Y, Concepción JA, Rodríguez M. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Elizabeth Orem. Rev. Gac Méd Espirit. [Internet]. 2017. [citado el 05 septiembre del 2023]; 19 (3): 89-100. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1608-89212017000300009#:~:text=La%20teor%C3%ADa%20del%20autocuidado&text=Es%20una%20conducta%20que%20existe,vida%2C%20salud%20o%20bienestar%208.
33. Ministerio de Desarrollo Social de Argentina / Universidad Nacional de la Matanza. Deterioro Cognitivo, Alzheimer y otras Demencias. [Internet]. Argentina, 2015. [citado el 17 enero del 2023]. Disponible en: <https://www.algec.org/biblioteca/Deerieroro-cognitivo-Alzheimer.pdf>
34. Viñuela F. Recomendaciones para el manejo del deterioro cognitivo. [Internet]. España, 2019. [citado el 17 enero del 2023]. Disponible en: <https://www.saneurologia.org/wp-content/uploads/2019/10/LIBRO-DETERIORO-COGNITIVO-DEF.pdf>
35. Varela L, Chávez H, Gálvez M, Méndez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. Rev. Soc. Per. Med. Inter [Internet]. Perú, 2004. [citado el 17 enero del 2023]. 17(2). Disponible en: <https://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/pdf/a02.pdf>
36. Chuquipul P, Izaguirre C. Relación entre el deterioro cognitivo y la calidad de vida del Adulto Mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa los Reyes 2018 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Novert Wiener; 2018 [citado 23 de abril 2023]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/2575/TESIS%20Chuquipul%20Pamela%20-%20Izaguirre%20Carito.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Meet WordPress. Deterioro Cognitivo Moderado [Internet]. 2016 [citado 29 de abril 2023]. Disponible en: <http://www.centromente.com/novedades/como-ayudar-a-un-familiar-que-padece-un-deterioro-cognitivo-moderado/>
38. Academia Nacional de las Ciencia. El envejecimiento cognitivo. [Internet]. España, 2015. [citado el 05 septiembre del 2023]. Disponible en:

<https://nap.nationalacademies.org/resource/21693/Action-Guide-for-Individuals-and-Families-ESPANOL.pdf>

39. Martín SAAE. Tratado de geriatría para residentes: Deterioro cognitivo leve. [Internet]. España, 2004. [citado el 18 enero del 2023]. Disponible en: file:///C:/Users/accer/Downloads/S35-05%2016_II.pdf
40. Segovia MG, Torres EA. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos. [Internet]. Barcelona – España. [citado el 18 enero del 2023]; (4): 162-166. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003
41. Sanjoaquín AC, Fernández E, Mesa P, Arilla EG. Tratado de geriatría para residentes: Valoración Geriátrica Integral. [Internet]. España, 2004. [citado el 18 enero del 2023]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2004_I.pdf
42. Balbuena E. Actividades físicas para mejorar la capacidad funcional del adulto mayor que le permita realizar las actividades de la vida diaria. Revista Digital. [Internet]. Argentina, 2018. [citado el 21 enero del 2023]. Disponible en: <https://www.efdeportes.com/efd181/actividades-fisicas-para-la-vida-diaria.htm>
43. Borrás C, Viña J. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. Revista Española de Geriatría y Gerontología [Internet]. 2016 [citado 18 de enero 2023]; 51(1):3-6. Disponible en: <https://medes.com/publication/114993>
44. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 1ra ed. México: McGraw-Hill; 2018.
45. Municipalidad Distrital de Chiguirip. Plataforma digital. [Internet]. [citado el 22 de enero del 2023]. Disponible en: <http://munichiguirip.gob.pe/>
46. Martínez J. Dueñas R, Onís MC, Aguado C, Albert C, Luque R. Adaptación y validación al castellano del cuestionario de Pfeiffer (SPMSQ) para detectar la existencia de deterioro

cognitivo en personas mayores de 65 años. *Med Clin (Barc)*. [Internet]. España, 2001; Vol. 117, N° 4, pp. 129-134. [citado 22 de enero 2023]. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adaptacion-validacion-al-castellano-del-S0025775301720404>

47. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la atención integral del adulto mayor. [Internet]. Lima – Perú, 2010. [citado 06 de septiembre del 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>
48. Trigás M. Escalas de valoración funcional en el anciano. *Galicia Clin*. 2011. [citado el 15 enero del 2023]; 72(1): 11-16. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
49. Ferro M, Molina L, Rodríguez WA. La bioética y sus principios. *Acta odontol. venez* [Internet]. 2009 [citado 05 septiembre de 2023]; 47(2): 481-487. Disponible en: http://ve.scielo.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0001-63652009000200029
50. Paredes YV, Yarce E, Aguirre DC. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. *Interdisciplinaria*. [Internet]. 2021. [citado 04 de marzo del 2024]; 38(2), 59-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v38n2/1668-7027-Interd-38-02-00072.pdf>
51. Leiva AM, Petermann F, Troncoso C, Lanuza F, Poblete F, Díaz X. et al. Factores asociados al deterioro cognitivo en personas mayores en Chile. *Revista médica. Chile* [Internet]. 2019 [citado 04 marzo del 2024]; 147(8): 1013-1023. Disponible en: https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872019000801013
52. Carrión D, Gómez CC. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores del Puesto de Salud Xauxa, periodo 2017-2021. Tesis de Título. [Internet]. Huancayo - Perú: Universidad Continental; 2022. [citado el 04 marzo del 2024]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11297/2/IV_FCS_502_TE_Carrion_Gomez_2022.pdf

53. Carrillo AL, Medina M, Sánchez L, Cortez C, Medina A, Cortes B. Sarcopenia como factor predictor de dependencia y funcionalidad en adultos mayores mexicanos. Revista Index Enferm [Internet] 2022 [citado 05 marzo del 2023]; 31(3): 170-174. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962022000300007

54. Pinto JE. Deterioro cognitivo y funcional como grandes síndromes geriátricos desde la neurorehabilitación fisioterapéutica. Revista Académica CUNZAC [Internet] 2022 [citado 05 marzo del 2023]; 06 (1): 1-7. Disponible en: <https://www.revistacunzac.com/index.php/revista/article/view/94/160>

ANEXO N° 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título de la investigación:

“Deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip- Chota, 2023”

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Chiguirip – Chota, 2023.

Yo, identificado(a) con DNI N°, mediante la información dado por el Bachiller en Enfermería Carlos Enrique Vasquez Gálvez, acepto brindar la información que solicita de manera personal, teniendo en cuenta que la información obtenida será confidencial y que mi identidad no será revelada.

En tal sentido, manifiesto que mi participación en esta investigación es totalmente voluntaria, en merito a ello firmo el presente documento.

Chiguirip.....de.....del 2023

.....

Firma o huella

ANEXO N° 02. Formato de cuestionarios

CUESTIONARIO ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)

DATOS GENERALES

Fecha:

HCL:

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

ESTADO COGNITIVO (PFEIFFER)	
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es el número telefónico? Si no tuviera ¿cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Dígame cuál es el nombre del presidente del Perú?	
¿Dígame cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta.	

Valoración cognitiva

- Normal ()
- Deterioro cognitivo leve ()
- Deterioro cognitivo moderado ()
- Deterioro cognitivo severo ()

Nota: Colocar un punto por cada error, a las personas con primaria incompletas y analfabetas restar un punto a la suma total

→ Normal: ≥ 2 errores

→ Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores

→ Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores

→ Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores

ANEXO N° 03. Formato de cuestionarios

ÍNDICE DE BARTHEL

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario es anónimo y será utilizado sólo para cuestiones de investigación científica; en tal sentido se le ruega que sea sincero (a) en cuanto a sus respuestas. Gracias por su participación.

Puntuaciones originales de las AVD incluidas en el Índice de Barthel

Comer

<i>Pts</i>	<i>Actividades</i>
0	incapaz
5	necesita ayuda para cortar, extender mantequilla, usar condimentos, etc.
10	independiente (la comida está al alcance de la mano)

Trasladarse entre la silla y la cama

<i>Pts</i>	<i>Actividades</i>
0	incapaz, no se mantiene sentado
5	necesita ayuda importante (una persona entrenada o dos personas), puede estar sentado
10	necesita algo de ayuda (una pequeña ayuda física o ayuda verbal)
15	independiente

Aseo personal

<i>Pts</i>	<i>Actividades</i>
0	necesita ayuda con el aseo personal
5	independiente para lavarse la cara, las manos y los dientes, peinarse y afeitarse

Uso del retrete

<i>Pts</i>	<i>Actividades</i>
0	dependiente
5	necesita alguna ayuda, pero puede hacer algo sólo
10	independiente (entrar y salir, limpiarse y vestirse)

Bañarse/ ducharse

<i>Pts</i>	<i>Actividades</i>
0	dependiente
5	independiente para bañarse o ducharse

Desplazarse

Pts	Actividades
0	inmóvil
5	independiente en silla de ruedas en 50 m
10	anda con pequeña ayuda de una persona (física o verbal).
15	independiente al menos 50 m, con cualquier tipo de muleta, excepto andador

Subir y bajar escaleras

Pts	Actividades
0	incapaz
5	necesita ayuda física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta
10	independiente para subir y bajar

Vestirse y desvestirse

Pts	Actividades
0	dependiente
5	necesita ayuda, pero puede hacer la mitad aproximadamente, sin ayuda
10	independiente, incluyendo botones, cremalleras, cordones, etc

Control de heces

Pts	Actividades
0	incontinente (o necesita que le suministren enema)
5	accidente excepcional (uno/semana)
10	continente

Control de orina

Pts	Actividades
0	incontinente, o sondado incapaz de cambiarse la bolsa
5	accidente excepcional (máximo uno/24 horas)
10	continente, durante al menos 7 días

Valoración de la capacidad funcional

- Dependencia total: < 20 puntos ()
- Dependencia grave: 21 – 60 puntos ()
- Dependencia moderada: 61 – 90 puntos ()
- Dependencia leve: 91 a 99 puntos ()
- Independiente: 100 puntos ()

NOMBRE DEL TRABAJO

TESIS CARLOS ENRIQUE VÁSQUEZ GÁLVEZ (23-09-2024).docx

AUTOR

Carlos Enrique Vasquez Galvez

RECUENTO DE PALABRAS

12947 Words

RECUENTO DE CARACTERES

77669 Characters

RECUENTO DE PÁGINAS

62 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

143.0KB

FECHA DE ENTREGA

Oct 14, 2024 1:38 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Oct 14, 2024 1:40 PM GMT-5**● 19% de similitud general**

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 13% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 16% Base de datos de trabajos entregados
- 3% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Material citado
- Fuentes excluidas manualmente
- Coincidencia baja (menos de 12 palabras)