



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA ACADÉMICO DE ENFERMERÍA**

TESIS

**FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CAPACIDAD
FUNCIONAL EN USUARIOS ADULTOS MAYORES EN
UN CENTRO DE SALUD IQUITOS 2023**

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

**AUTORES : BACH. ENF. KAROL VIVIANA SANDOVAL PEZO
BACH. ENF. GREYSI LUANA ACUÑA GOÑEZ**

ASESOR : LIC. ENF. ESPERANZA CORAL AMASIFUEN

SAN JUAN BAUTISTA - IQUITOS - PERÚ

2024

“Año del Bicentenario, de la consolidación de nuestra Independencia, y de la conmemoración de las heroicas batallas de Junín y Ayacucho”

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN DE LA UNIVERSIDAD CIENTÍFICA DEL PERÚ - UCP

El presidente del Comité de Ética de la Universidad Científica del Perú - UCP

Hace constar que:

La Tesis titulada:

“FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN USUARIOS ADULTOS MAYORES EN UN CENTRO DE SALUD IQUITOS 2023”

De las alumnas: **KAROL VIVIANA SANDOVAL PEZO Y GREYSI LUANA ACUÑA GOÑEZ**, de la Facultad de Ciencias de la Salud, pasó satisfactoriamente la revisión por el Software Antiplagio, con un porcentaje de **17% de similitud**.

Se expide la presente, a solicitud de la parte interesada para los fines que estime conveniente.

San Juan, 07 de junio del 2024.



Mgr. Arq. Jorge L. Tapullima Flores
Presidente del Comité de Ética – UCP

UCP_ENFERMERIA_2024_T_KAROL SANDOVAL_LUANA ACUÑA_VI_RESUMEN

INFORME DE ORIGINALIDAD

17%

INDICE DE SIMILITUD

16%

FUENTES DE INTERNET

4%

PUBLICACIONES

11%

TRABAJOS DEL
ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	repositorio.unsch.edu.pe Fuente de Internet	1%
2	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	marnavas.com Fuente de Internet	<1%
4	Submitted to Universidad Cesar Vallejo Trabajo del estudiante	<1%
5	www.coursehero.com Fuente de Internet	<1%
6	diariooficial.elperuano.pe Fuente de Internet	<1%
7	revistas.ces.edu.co Fuente de Internet	<1%
8	www.actauniversitaria.ugto.mx Fuente de Internet	<1%



Recibo digital

Este recibo confirma que su trabajo ha sido recibido por Turnitin. A continuación podrá ver la información del recibo con respecto a su entrega.

La primera página de tus entregas se muestra abajo.

Autor de la entrega:	Karol Viviana Sandoval Peso
Título del ejercicio:	Quick Submit
Título de la entrega:	UCP_ENFERMERIA_2024_T_KAROL SANDOVAL_LUANA ACUÑA...
Nombre del archivo:	UCP_ENFERMERIA_2024_T_KAROL SANDOVAL_LUANA_ACU_A...
Tamaño del archivo:	513.65K
Total páginas:	50
Total de palabras:	11,730
Total de caracteres:	63,369
Fecha de entrega:	05-jun.-2024 08:43p. m. (UTC+0700)
Identificador de la entrega...	2396162380

RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023. El diseño del estudio fue cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional y prospectivo. La muestra consistió por el 100% de usuarios adultos mayores, es decir, los 300 adultos mayores que acuden al centro de salud San Juan. La técnica utilizada fue una entrevista y la observación. Se empleó un cuestionario previo otorgamiento de consentimiento informado hacia los adultos mayores. El cuestionario de Pfeiffer no fue validada, porque es un instrumento estandarizado y utilizado de manera formal por el Ministerio de Salud, al igual que el índice de Barthel ambos muestran una alta validez y confiabilidad intraobservador con índices de Kappa entre 0,47 a 1,0 e interobservador de 0,84 a 0,97. Los resultados fueron, que la mayoría de los adultos mayores eran mujeres mayores de 70 años (50,7%), con un alto porcentaje viviendo solos (50,3%). El estudio reveló una estrecha relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional. En cuanto al funcionamiento cognitivo, el 52,7% presentaba un funcionamiento normal, mientras que el 27,0% mostraba un deterioro leve, el 13,0% un deterioro moderado y el 7,3% un deterioro grave. Respecto a la capacidad funcional, el 40,0% disfrutaba de una independencia total, el 31,7% presentaba una dependencia leve, el 18,3% un nivel moderado de dependencia, y el 10,0% una dependencia severa. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud de Iquitos en 2023, con un valor de $p=0.068$ para todos los ítems. Esto lleva al rechazo de la hipótesis nula y a la aceptación de la hipótesis alternativa propuesta, indicando una asociación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en esta población.

Palabras Claves: Funcionamiento cognitivo, capacidad funcional y adulto mayor.

i

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS

Con Resolución Decanal N° 1690-2023-UCP-FCS, del 11 de diciembre de 2023, la Facultad de Ciencias de la Salud, de la UNIVERSIDAD CIENTIFICA DEL PERÚ – UCP, designa como jurado evaluador y dictaminador de la sustentación de tesis a los señores:

Dra. Luz Angélica Noriega Chevez	Presidente
Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba	Miembro
Lic. Enf. Nancy Aguilar Ruiz	Miembro

Como asesora: **Lic. Esperanza Coral Amasifuen.**

En la ciudad de Iquitos, siendo la 12:00 p.m. horas, del día viernes 21 de junio de 2024, en las instalaciones de la Universidad Científica del Perú, supervisado por el secretario académico, se constituyó el jurado para escuchar la sustentación y defensa de la tesis **FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN USUARIOS ADULTOS MAYORES EN UN CENTRO DE SALUD IQUITOS 2023.**

Presentado por las sustentantes:

KAROL VIVIANA SANDOVAL PEZO

GREYSI LUANA ACUÑA GOÑEZ

Como requisito para optar el TÍTULO PROFESIONAL de **LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Luego de escuchar la sustentación y formuladas las preguntas las que fueron:

Respondidas Satisfactoriamente

El jurado después de la deliberación en privado llego a la siguiente conclusión:

La sustentación es: POR UNANIMIDAD

En fe de lo cual los miembros del jurado firman el acta.

Dra. Luz Angélica Noriega Chevez
Presidente

Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba
Miembro

Lic. Enf. Nancy Aguilar Ruiz
Miembro

CALIFICACIÓN:	Aprobado (a) Excelencia	:	19-20
	Aprobado (a) Unanimidad	:	16-18
	Aprobado (a) Mayoría	:	13-15
	Desaprobado (a)	:	00-12

HOJA DE APROBACION

TESIS, DENOMINADO: FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y CAPACIDAD
FUNCIONAL EN USUARIOS ADULTOS MAYORES EN UN CENTRO DE
SALUD IQUITOS 2023.

FECHA DE SUSTENTACION: 21 DE JUNIO DE 2024.



Dra. Luz Angélica Noriega Chevez
Presidente



Lic. Enf. Susana Yñuaraqui Zumba
Miembro



Lic. Enf. Nancy Aguilar Ruiz
Miembro



Lic. Esperanza Coral Amasifuen
Asesora

DEDICATORIA

Dedicado a nuestros padres y seres queridos por brindarnos la orientación necesaria y la energía para seguir adelante. También reconocemos a nuestros asesores por ser guías invaluable y mantener su compromiso constante durante la creación y desarrollo de nuestra tesis.

**KAROL VIVIANA SANDOVAL PEZO.
GREYSI LUANA ACUÑA GOÑEZ.**

AGRADECIMIENTOS

Queremos expresar nuestros más sinceros agradecimientos a los distinguidos profesores de la Facultad de Enfermería por su constante respaldo y su dedicación incansable para transmitir conocimiento, a pesar de los desafíos que enfrentamos juntos.

También deseamos expresar nuestro profundo agradecimiento a los respetados miembros del Comité Evaluador, la Dra. Luz Angélica Noriega Chevez, la Lic. Enf. Susana Yhuaraqui Zumba y la Lic. Enf. Nancy Aguilar Ruiz, por su amplio conocimiento y su arduo trabajo en la evaluación de nuestra investigación.

Además, nos gustaría rendir homenaje y agradecer a los adultos mayores que participaron en el estudio realizado en el C.S. San Juan Bautista por su valiosa contribución fue fundamental.

Por último, queremos extender nuestra gratitud a la Lic. Enf. Esperanza Coral Amasifuen, quien nos brindó un asesoramiento metodológico integral durante el desarrollo de nuestra tesis, demostrando un apoyo inquebrantable y una motivación constante.

**KAROL VIVIANA SANDOVAL PEZO.
GREYSI LUANA ACUÑA GOÑEZ.**

INDICE DE CONTENIDO

Portada	i
Constancia de antiplagio	ii
Dedicatoria	v
Agradecimientos	vi
Acta de sustentación	vii
Hoja de aprobación	viii
Índice de contenido	ix
Índice de tablas	xi
Resumen	xii
Abstract	xiii
Capítulo I. Marco teórico	14
1.1. Antecedentes del estudio	14
1.2. Bases teóricas	21
1.3. Definición de términos básicos	34
Capítulo II. Planteamiento del problema	35
2.1. Descripción del problema	35
2.2. Formulación del problema	39
2.2.1. Problema general	39
2.2.2. Problemas específicos	39
2.3. Objetivos	40
2.3.1. Objetivo general	40
2.3.2. Objetivos específicos	40
2.4. Hipótesis	41
2.5. Variables	41
2.5.1. Identificación de las variables	41
2.5.2. Definición conceptual y operacional de las Variables.	41
2.5.3. Operacionalización de las variables	41
Capítulo III. Metodología	46

3.1. Tipo y diseño de investigación.	46
3.2. Población y muestra.	47
3.3. Técnicas, instrumentos y procedimientos de recolección de datos.	48
3.4. Procesamiento y análisis de datos.	50
3.5. Consideraciones éticas	50
Capítulo IV. Resultados	52
Capítulo V. Discusión, conclusión y recomendaciones	57
Referencias Bibliográficas	64
ANEXOS	70
Anexo 1. Matiz de consistencia	
Anexo 2. Consentimiento informado	
Anexo 3. Instrumentos	
Anexo 4: Solicitud de autorización para la realización de recolección de datos	

ÍNDICE DE TABLAS

Funcionamiento cognitivo y capacidad funcional en usuarios adultos mayores en un Centro De Salud Iquitos 2023

		Páginas
Tabla 1	Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, con quien vive, que presenta el usuario adulto mayor de un centro de salud Iquitos 2023.	52
Tabla 2	Relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.	53
Tabla 3	Niveles de funcionamiento cognitivo: normal, deterioro leve, moderado, grave, en usuarios adultos mayores.	54
Tabla 4	Capacidad funcional: total independencia, dependencia leve, moderada, severo, total dependencia, en usuarios adultos mayores.	55
Tabla 5	Relación el nivel de funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.	56

RESUMEN

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023. El diseño del estudio fue cuantitativo, no experimental, descriptivo, correlacional y prospectivo. La muestra consistió por el 100% de usuarios adultos mayores, es decir, los 300 adultos mayores que acuden al centro de salud San Juan. La técnica utilizada fue una entrevista y la observación. Se empleó un cuestionario previo otorgamiento de consentimiento informado hacia los adultos mayores. El cuestionario de Pfeiffer no fue validada, porque es un instrumento estandarizado y utilizado de manera formal por el Ministerio de Salud, al igual que el índice de Barthel ambos muestran una alta validez y confiabilidad intraobservador con índices de Kappa entre 0,47 a 1,0 e interobservador de 0,84 a 0,97. Los resultados fueron, que la mayoría de los adultos mayores eran mujeres mayores de 70 años (50.7%), con un alto porcentaje viviendo solos (50.3%). El estudio reveló una estrecha relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional. En cuanto al funcionamiento cognitivo, el 52.7% presentaba un funcionamiento normal, mientras que el 27.0% mostraba un deterioro leve, el 13.0% un deterioro moderado y el 7.3% un deterioro grave. Respecto a la capacidad funcional, el 40.0% disfrutaba de una independencia total, el 31.7% presentaba una dependencia leve, el 18.3% un nivel moderado de dependencia, y el 10.0% una dependencia severa. Se concluye que existe una relación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud de Iquitos en 2023, con un valor de $p=0.068$ para todos los ítems. Esto lleva al rechazo de la hipótesis nula y a la aceptación de la hipótesis alternativa propuesta, indicando una asociación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en esta población.

Palabras Claves: Funcionamiento cognitivo, capacidad funcional y adulto mayor.

ABSTRACT

The purpose of this study was to determine the relationship between cognitive functioning and functional capacity in older adult users of an Iquitos 2023 health center. The study design was quantitative, non-experimental, descriptive, correlational and prospective. The sample consisted of 100% older adult users, that is, the 300 older adults who go to the San Juan health center. The technique used was an interview and observation. A questionnaire was used after granting informed consent to older adults. The Pfeiffer questionnaire was not validated, because it is a standardized instrument and formally used by the Ministry of Health, like the Barthel index, both show high validity and intraobserver reliability with Kappa indices between 0.47 to 1.0 and interobserver from 0.84 to 0.97. The results were that the majority of older adults were women over 70 years of age (50.7%), with a high percentage living alone (50.3%). The study revealed a close relationship between cognitive functioning and functional capacity. Regarding cognitive functioning, 52.7% had normal functioning, while 27.0% showed mild impairment, 13.0% moderate impairment, and 7.3% severe impairment. Regarding functional capacity, 40.0% enjoyed total independence, 31.7% had mild dependence, 18.3% had a moderate level of dependence, and 10.0% had severe dependence. It is concluded that there is a statistically significant relationship between the level of cognitive functioning and functional capacity in older adults at the Iquitos health center in 2023, with a value of $p=0.068$ for all items. This leads to the rejection of the null hypothesis and the acceptance of the proposed alternative hypothesis, indicating an association between cognitive functioning and functional capacity in this population.

Keywords: Cognitive functioning, functional capacity and older adults.

CAPÍTULO I. MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes del estudio:

A nivel internacional:

Guamán AJ, Gavilanes FR. (Ecuador, 2023), se examinó la relación entre el funcionamiento cognitivo y la calidad del sueño en adultos mayores, utilizando una muestra de 127 individuos con edades comprendidas entre los 60 y 104 años, tanto institucionalizados como no institucionalizados. Para evaluar las funciones cognitivas, se aplicó el Mini-Examen Cognoscitivo (MEC), mientras que para medir la calidad del sueño se utilizó el Índice de Calidad de Sueño de Pittsburgh (PSQI). Los resultados mostraron que un 22.8% de los participantes presentaban un estado cognitivo normal, un 35.4% tenían un déficit cognitivo discreto, un 24.4% mostraban un deterioro cognitivo importante, un 7.9% presentaba un deterioro cognitivo grave, y un 9.4% mostraba un deterioro cognitivo general. Sin embargo, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre estas variables ($Rho = -0.072$, $p > 0.05$). En otras palabras, el estado de las funciones cognitivas no se relacionó de manera significativa con la calidad del sueño en la población de adultos mayores estudiada (1).

Felmer (Chile, 2023) realizó una investigación titulada "Funcionamiento cognitivo y factores de riesgo de deterioro cognitivo en adultos mayores Chilenos" utilizando un enfoque cuantitativo con un diseño transversal y un alcance descriptivo y correlacional. La muestra del estudio consistió en 1,271 individuos mayores de 60 años. Los hallazgos revelaron una tasa de prevalencia de deterioro cognitivo leve (DCL) del 9.13%. Se observó una asociación estadísticamente significativa entre el DCL y variables como la edad (OR: 1.08 [95% IC: 1.04 a 1.11], p

<0.0001), síntomas depresivos (OR: 1.20 [95% IC: 1.12 a 1.29], $p < 0.0001$), inactividad fuera del hogar (OR: 0.19 [95% IC: 0.88 a 0.442], $p < 0.0001$), falta de participación en tareas domésticas (OR: 0.22 [95% IC: 0.17 a 0.70], $p < 0.0001$) y no frecuentar el supermercado (OR: 2.55 [95% IC: 1.07 a 6.04], $p < 0.0001$). En resumen, el estudio indica que la edad, la presencia de síntomas depresivos y la ausencia de actividad fuera del hogar y en tareas domésticas se correlacionan significativamente con el deterioro cognitivo en la población de adultos mayores (2).

Sotomayor AM, Zhunio FI, Ajila AB, Pelaez PA. (Ecuador, 2022), llevaron a cabo una investigación destinada a evaluar el funcionamiento cognitivo y el grado de dependencia en adultos mayores dentro de un centro geriátrico, empleando una muestra de 35 individuos. Para ello, aplicaron la escala de Barthel y la escala de PFEIFFER. Los resultados revelaron que el 19,1% de los participantes tenían edades comprendidas entre los 60 y 70 años, el 76,6% entre 71 y 89 años, y el 4,3% entre 90 y 99 años. Respecto al género, el 76,6% eran mujeres y el 23,4% hombres. En cuanto al estado civil, el 65,96% estaban casados, el 23,4% eran viudos/as y el 1,64% solteros. En relación con el grado de dependencia, el 70,21% mostró independencia, el 14,89% dependencia moderada, el 10,64% dependencia leve, el 2,13% dependencia severa y el 2,13% dependencia total y severa. En términos cognitivos, el 80,85% presentó un índice cognitivo normal, el 17,02% mostró un deterioro cognitivo leve y el 2,13% un deterioro cognitivo severo. Estos hallazgos destacan la necesidad imperiosa de promover un envejecimiento activo y saludable mediante acciones dirigidas a la prevención y rehabilitación del deterioro mental en la población adulta mayor (3).

Flores AS, Fierros A, Gallegos VE, Magdaleno G, Velasco R, Pérez MG. (México, 2020), llevaron a cabo una investigación centrada en el estado cognitivo y la funcionalidad en una muestra de 32 adultos mayores de ambos sexos. Utilizaron pruebas estadísticas como la correlación de Spearman y Chi-cuadrado. Los resultados revelaron que el 12,5% de los participantes tenían un grado de funcionalidad independiente, el 6,25% presentaba dependencia funcional leve, el 46,85% estaba clasificado entre dependencia moderada y total, y el 34,4% mostraba dependencia funcional severa. En términos cognitivos, el 6,2% mantenía un funcionamiento cognitivo normal, el 34,37% experimentaba deterioro cognitivo severo y el 59,43% mostraba deterioro cognitivo entre moderado y severo. Se identificó una asociación significativa entre el estado cognitivo y la funcionalidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria ($r=0,66$, $p < 0,0001$). En conclusión, estos hallazgos sugieren que a medida que aumenta el deterioro cognitivo, se incrementa la dependencia funcional en los adultos mayores (4).

En el ámbito nacional:

Salazar, Mescua, Mejía (Lima, 2023) llevaron a cabo una investigación acerca del menor deterioro cognitivo en ancianos de los Andes peruanos y otros factores asociados a la dependencia. El estudio adoptó un diseño transversal analítico y encuestó a 110 ancianos residentes en la ciudad de Huancayo, Perú. Para evaluar el deterioro cognitivo se utilizó el Test de Pfeiffer, mientras que la dependencia se midió mediante el Test de Lawton y Brody. El análisis multivariado reveló que la dependencia estaba más relacionada con la edad avanzada (RPa: 1,05; IC 95 %: 1,02-1,08; valor $p = 0,002$), el consumo de cocaína o coca (RPa: 1,63; IC 95 %: 1,05- 2,54; valor $p = 0,030$), la situación de pobreza (RPa: 1,65; 1,11- 2,47; valor $p = 0,014$), la hospitalización previa (RPa: 1,57; IC 95 %: 1,01-2,15; valor $p = 0,046$) y el deterioro cognitivo moderado o

severo según el Test de Pfeiffer (RPa: 1,93; IC 95 %: 1,33-2,80; valor $p = 0,001$), todo ello ajustado por el nivel educativo. Estos resultados evidencian que el deterioro cognitivo en ancianos de la serranía peruana está asociado con la dependencia, la cual también se vincula con la edad, el consumo de cocaína, la situación de pobreza, la hospitalización previa y la presencia de enfermedades crónicas (5).

Fernández (Piura, 2021) llevó a cabo una investigación sobre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acudían al consultorio de geriatría del Hospital Sergio Bernales. Este estudio, de naturaleza cuantitativa, transversal no experimental y correlacional, se realizó con 51 pacientes mayores que asistieron al consultorio en 2019, cumpliendo con criterios de selección específicos.

Los resultados mostraron que el 25% de los pacientes evaluados mediante el Test de Pfeiffer presentaban deterioro cognitivo leve, mientras que el 20% tenía deterioro cognitivo severo. Además, el 59% de los pacientes evaluados con el Índice de Katz resultaron ser dependientes en su capacidad funcional, mientras que el 41% mantuvo una capacidad funcional independiente. No obstante, se concluyó que no existía una relación significativa entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en estos pacientes adultos mayores (6).

Mescua MP y Salazar JA. (Pucará-Huancayo, 2021) realizaron una investigación sobre el deterioro cognitivo y los factores relacionados con la dependencia funcional instrumental en una muestra de 110 adultos mayores. Los resultados mostraron que el 67,3% de los adultos mayores tenían un funcionamiento cognitivo normal, el 22,7% presentaban deterioro cognitivo leve, el 7,3% deterioro

cognitivo moderado y el 2,7% deterioro cognitivo severo. En cuanto a la capacidad funcional, el 54,5% de los adultos mayores eran funcionalmente independientes, mientras que el 45,5% eran dependientes (40,9% semiindependientes y 4,6% dependientes). El análisis multivariado reveló una asociación estadísticamente significativa entre la dependencia funcional y el funcionamiento cognitivo moderado o severo (RPa: 1,93; IC 95%: 1,33- 2,80; valor $p = 0,001$). Estos hallazgos indican que existe una asociación significativa entre el deterioro cognitivo moderado o severo y la dependencia funcional en los adultos mayores (7).

Leitón ZE, Fajardo E, López A, Martínez RM, y Villanueva ME. (La Libertad, 2020) llevaron a cabo un estudio sobre cognición y capacidad funcional en una muestra de 1,110 adultos mayores de ambos sexos, abarcando el período entre 2015 y 2016. Aplicando la prueba estadística de Chi-cuadrado, encontraron que el 93,6 % de los participantes presentaban cognición normal y que el 83,4% eran independientes en las actividades básicas de la vida diaria. Se identificó una relación estadísticamente significativa alta entre la cognición y la capacidad funcional ($\chi^2 = 206,0$, valor $p = 0,000$). Estos resultados sugieren que la cognición y la capacidad funcional están estrechamente relacionadas y son determinantes clave del envejecimiento saludable. Esto plantea un desafío para los profesionales de enfermería, quienes deben promover activamente estos determinantes para mejorar la calidad de vida en la población de adultos mayores (8).

Contreras C. (Huancayo, 2020) llevó a cabo una investigación sobre la prevalencia de demencia y la funcionalidad en una revisión de 382 historias clínicas de pacientes adultos mayores. Los hallazgos indicaron que el 75,7% de los adultos mayores no presentaban deterioro cognitivo, el 11% tenía deterioro cognitivo leve, el 7,3%

moderado y el 6% severo. Además, el 90,1% no presentó demencia, con una prevalencia de demencia del 9,9% (IC al 95%, 6,94%-12,94%). En cuanto a la funcionalidad en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), el 74,6% de los adultos mayores eran independientes, el 19,4% tenían dependencia parcial y el 6% dependencia total. Respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), el 51,3% eran funcionalmente independientes, el 3,9% tenían dependencia leve, el 21,7% dependencia moderada y el 23% dependencia severa. Estos resultados sugieren que la prevalencia de demencia y deterioro cognitivo leve es relativamente baja (9).

A nivel local:

Mori JB. (Tamshiyacu, 2021) llevó a cabo un estudio sobre el nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores atendidos en un centro de salud IPRESS III en Tamshiyacu, en el distrito de Fernando Lores en Loreto. La muestra incluyó a 108 personas en la etapa de adulto mayor, con edades comprendidas entre 65 y 96 años. Utilizando la prueba Mini Mental State Examination (MMSE), los resultados revelaron que el 9,41% de los adultos mayores tenía un nivel cognitivo normal, el 9,41% fue clasificado con sospecha patológica, el 74,12% presentó un nivel de deterioro cognitivo y el 7,06% calificó con demencia. Estos hallazgos indican que la mayoría de los adultos mayores estudiados presentaron algún grado de deterioro cognitivo, aunque un porcentaje menor fue diagnosticado con demencia (10).

Flores (Iquitos, 2020) llevó a cabo una investigación titulada "Función cognitiva de los adultos mayores del sector educación: Variables asociadas – Iquitos". Este estudio descriptivo, correlacional y transversal evaluó a 220 adultos mayores utilizando

el Mini Examen Cognitivo de Lobo, una escala de apoyo familiar y un test de percepción familiar. Los resultados, analizados con SPSS 21.0, revelaron una asociación significativa entre la función cognitiva y diversas variables, tales como la edad ($p=0.000$), el género ($p=0.035$), la educación ($p=0.005$), la situación marital ($p=0.023$), la convivencia con familiares ($p=0.000$), la dependencia económica de la pensión ($p=0.034$), el nivel de apoyo familiar ($p=0.012$), la funcionalidad familiar ($p=0.035$) y la percepción de salud ($p=0.001$). El estudio encontró que el 53.6% de los adultos mayores tenía una función cognitiva borderline, mientras que el 14.1% presentaba deterioro cognitivo leve. Además, se identificaron factores de riesgo que favorecen la aparición del deterioro cognitivo leve en adultos mayores, tales como tener 70 años o más, vivir solo y recibir poco apoyo familiar (11).

Villasis NA y Gutarra L. (Iquitos, 2020) llevaron a cabo una investigación sobre las variables asociadas a la capacidad cognitiva de personas mayores afectadas por hipertensión arterial. El estudio se realizó con una muestra de 78 pacientes de un centro de atención primaria, utilizando entre otros instrumentos el Mini Examen Cognoscitivo (MEC) y el índice de Barthel. Los resultados indicaron que el 89,7% de los pacientes presentaban una funcionalidad con nivel de dependencia leve, el 6,4% tenía dependencia moderada y el 3,8% dependencia grave. En cuanto a la capacidad cognitiva, el 26,9% calificó como borderline y el 15,4% presentaba deterioro cognitivo moderado. Se encontró una asociación estadísticamente significativa entre la capacidad cognitiva y algunas variables ($p < 0,005$)(12).

1.2. Bases Teóricas:

Funcionamiento cognitivo en el adulto mayor:

La población o grupo etario de 60 años y más de edad se considera en etapa de adulto mayor, conforme al criterio establecido por las Naciones Unidas (13)

El envejecimiento implica procesos de desarrollo y deterioro, siendo un proceso continuo, multifacético e irreversible de múltiples transformaciones biopsicosociales a lo largo del curso de la vida, que no son lineales ni uniformes y solo están vagamente asociados con la edad cronológica de una persona. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la vejez representa una construcción social y biográfica de las últimas décadas de la vida de una persona, cuyo punto final está marcado por la muerte. Este proceso está correlacionado con el avance de los años y con las transformaciones físicas, cognitivas, emocionales y sociales del individuo, las cuales, de manera inexorable, se relacionan con la pérdida gradual de capacidades corporales y funcionales, así como con la disminución de la densidad ósea, el tono muscular y la fuerza (14).

La clasificación de la etapa de adulto mayor tiene múltiples variantes. Según la OMS, las personas en edad adulta mayor se clasifica en:

- Edad avanzada: cuando tienen entre 60 a 74 años
- Viejas o ancianas: cuando tienen entre 75 a 90 años
- Grandes, viejos o longevos: aquellos que sobrepasan los 90 años (15).

La Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM) es una actividad realizada en el primer contacto entre la persona y el profesional de la salud. A través de esta valoración, se lleva a cabo un diagnóstico

multidimensional y multidisciplinario destinado a evaluar en términos funcionales las capacidades y problemas médicos, mentales y sociales del adulto mayor. Esto se realiza en base al paquete de atención integral y diferenciada de salud, con un enfoque biopsicosocial, gerontológico y geriátrico. El objetivo es identificar las necesidades de salud del adulto mayor y proporcionar la atención integral necesaria. La VACAM se lleva a cabo al menos una vez al año, o más frecuentemente según la necesidad y criterio del personal de salud. También se conoce como Valoración Geriátrica Integral (VGI) (16).

Según la Ley de la Persona Adulta Mayor No 30490, los servicios prestados por entidades públicas o privadas en beneficio de las personas adultas mayores están dirigidos a promover su autonomía e independencia con el fin de mejorar su calidad de vida y preservar su salud. El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, (17) El Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables promueve la creación de los Centros Integrales de Atención al Adulto Mayor (CIAM), los cuales son responsabilidad de los gobiernos locales dentro del marco de sus competencias. Estos centros tienen como objetivo facilitar la participación e integración social, económica y cultural de las personas adultas mayores mediante la prestación de servicios. Esto se realiza en coordinación o articulación con instituciones públicas o privadas, así como programas y proyectos destinados a la promoción y protección de sus derechos en la jurisdicción correspondiente. Los centros de atención para personas adultas mayores son espacios públicos o privados acreditados por el Estado donde se brindan servicios de atención integral e integrada o básica especializada, adaptados a las necesidades de cuidado de este grupo poblacional (18).

El envejecimiento es un proceso natural y universal que afecta a

cada individuo de manera única y personal en varios aspectos. El envejecimiento físico progresa a un ritmo particular en cada persona, al igual que otras funciones biológicas, mientras que a nivel psicológico, las características varían según la personalidad, la historia personal y las experiencias de vida de cada individuo. Las pérdidas a nivel psicológico suelen vivirse con mayor angustia, como por ejemplo, la preocupación por la pérdida de memoria en comparación con el dolor crónico.

Además, los cambios propios del envejecimiento, como los cambios físicos, la pérdida de funciones y las variables sociofamiliares (como la jubilación o la pérdida de seres queridos), también influyen en el área psicológica durante el proceso de envejecimiento (18).

Definición de funcionamiento cognitivo:

Las funciones cognitivas son procesos mentales que abarcan diversas habilidades, como la atención, la percepción, la memoria, el lenguaje, la resolución de problemas y la toma de decisiones. Estas funciones permiten a una persona recibir, procesar y elaborar información del entorno que le rodea. Gracias a estas habilidades cognitivas, el individuo puede tener un papel activo en su interacción con el mundo, comprendiendo lo que percibe y utilizando esa información para tomar decisiones, resolver problemas y desenvolverse de manera efectiva en su entorno (19).

La cognición se define como la capacidad de ciertos seres vivos para obtener información de su entorno y, a partir de su procesamiento en el sistema nervioso central por parte del cerebro, interpretar y dar significado a esa información. Es la dimensión textual de los procesos mentales, que permite llegar a conclusiones y tomar decisiones basadas en el conocimiento. Se expresa en ideas, conceptos y palabras, y es fundamental para comprender los

procesos mentales relacionados con el pensamiento abstracto, una característica distintiva de los seres humanos. La cognición permite percibir el entorno, aprender de él y recordar la información obtenida. Además, facilita la resolución de problemas que surgen en la vida y la comunicación con otras personas. Las facultades que componen la cognición son múltiples, e incluyen los principales procesos cognitivos: percepción, orientación, aprendizaje y memoria, lenguaje, emoción, razonamiento y solución de problemas, cognición social y metacognición (20).

Funciones psicológicas básicas que influyen en los cambios cognitivos:

Los cambios cognitivos se producen en las personas a lo largo del tiempo y comprenden diversas funciones psicológicas básicas, como:

- Memoria: La pérdida de memoria es un signo clave del envejecimiento. A las personas mayores les resulta difícil evocar sucesos recientes y experimentan pequeños olvidos. Esto puede ser causado por factores físicos como cambios neurológicos y circulatorios que afectan la función cerebral, la oxigenación y la nutrición celular, así como por factores psicológicos como la falta de motivación, la pérdida de interés por el entorno, sentimientos de impotencia, estados depresivos, el desacuerdo con la situación de vida actual y la vivencia de duelos. Tienen dificultades para retener u organizar información de poca importancia, pero la memoria a largo plazo suele estar bien conservada.

- Inteligencia: La inteligencia se mantiene estable con la edad y no parece ser modificada por el envejecimiento por sí solo. Sin embargo, pueden presentarse pérdida de interés, dificultades de

concentración o enlentecimiento, posiblemente debido a cambios físicos, como la disminución del riego sanguíneo que influye en el cerebro.

- Lenguaje: El lenguaje y el razonamiento verbal se mantienen bien, aunque pueden presentarse enlentecimientos ocasionales y pérdida de la capacidad de conceptualización y de flexibilidad mental.

- Capacidad para resolver problemas: Suele disminuir debido a la capacidad reducida para organizar información, aunque la creatividad puede mantenerse, con variaciones individuales.

- Personalidad: Los rasgos de personalidad se acentúan con la edad y suelen mantenerse estables. Las personas mayores tienden a centrarse en sus propias experiencias, tomando el pasado como referencia. Esto puede aumentar la resistencia al cambio y dificultar la comprensión de las generaciones actuales. Una buena adaptación a la vejez evidencia una persona más realista y activa, mientras que aquellos menos adaptados suelen ser más pasivos y descontentos.

- Motivación hacia actividades satisfactorias: No siempre se mantiene, ya que las personas mayores tienden a realizar menos actividades. Factores que pueden influir en estos síntomas cognitivos incluyen el estado general de salud, el nivel cultural, la actividad física y mental, los estímulos ambientales, la existencia de intereses y las relaciones personales.

- Afectividad: La afectividad es importante durante toda la vida, especialmente en la vejez, donde la disminución de los contactos sociales, la pérdida de seres queridos y la soledad pueden afectar

negativamente. Sin embargo, también pueden establecerse nuevos lazos sociales que antes no eran posibles debido a responsabilidades laborales y familiares. (18).

Tipos o grados del funcionamiento cognitivo:

De acuerdo al grado de déficit que presente el adulto mayor en las funciones cognitivas, se clasifica como:

- Funcionamiento normal: Las funciones cognitivas superiores no muestran déficit y la persona mayor se desenvuelve adecuadamente.

- Deterioro cognitivo leve: Ocurre un deterioro leve de la memoria y algunas funciones cognitivas superiores, sin repercusiones significativas en la vida diaria del paciente.

- Demencia leve: Comienza a afectar la situación funcional del paciente. Las actividades de la vida diaria empiezan a resentirse de forma leve. Suele haber desorientación en el tiempo y el espacio, olvido de nombres de personas conocidas, problemas con la memoria reciente y posibles cambios en la conducta (irritabilidad, mal humor).

- Demencia moderada: Los síntomas cognitivos se hacen evidentes y afectan diversas áreas de la vida del paciente (dificultad para comprender órdenes, dificultades de aprendizaje, desorientación temporoespacial, errores en el cálculo numérico, etc.). La afectación de las actividades instrumentales de la vida diaria se hace evidente, y lentamente, también se afectan las actividades básicas de la vida diaria. La conducta puede mostrar agitación, agresividad, ansiedad o depresión.

- Demencia grave: La comunicación con el adulto mayor se vuelve casi imposible. No comprende lo que se le dice y sus propias palabras carecen de sentido. Hay pérdida total de la memoria remota e incapacidad para escribir y cuidar de sí mismo. La persona se vuelve totalmente dependiente para las actividades básicas de la vida diaria (21).

Medición del funcionamiento cognitivo:

Existen diversos test psicométricos para valorar el funcionamiento cognitivo, siendo uno de los más utilizados en adultos mayores el Cuestionario de Memoria Acortado - SPMSQ (Short Portable Mental Status Questionnaire) desarrollado por E. Pfeiffer en 1975. Este test explora la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre hechos cotidianos y la capacidad de cálculo. Evalúa la existencia y el grado de deterioro cognitivo mediante 10 preguntas. La calificación se distribuye de la siguiente manera:

- Funciones intelectuales intactas: 0 a 2 errores
- Deterioro intelectual leve: 3 a 4 errores
- Deterioro intelectual moderado: 5 a 7 errores
- Deterioro intelectual severo: 8 a 10 errores

Este test permite identificar la existencia y el grado de deterioro cognitivo en los adultos mayores, proporcionando una herramienta esencial para su evaluación y posterior intervención (22).

El Ministerio de Salud (23), en su formato de atención del adulto mayor, realiza la valoración mental basándose en el estado cognitivo mediante el cuestionario de Pfeiffer. Este cuestionario incluye siete preguntas y tres aspectos, asignando un punto por cada error. Para personas con instrucción primaria y analfabetos, se recomienda restar un punto de la suma total de errores.

La calificación del estado cognitivo se realiza de la siguiente manera:

- Normal o sin deterioro cognitivo: 0 a 2 errores.
- Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores.
- Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores.
- Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores.

Capacidad funcional del adulto mayor:

La capacidad funcional abarca las habilidades que permiten a una persona realizar y ser aquello que considera importante en su vida. La capacidad intrínseca se refiere a la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de una persona, incluyendo la habilidad para caminar, ver, oír y recordar. Diversos factores afectan esta capacidad, como la presencia de enfermedades, traumatismos y cambios relacionados con el envejecimiento. Por otro lado, el entorno incluye el hogar, la comunidad y la sociedad en su totalidad. Este entorno comprende una serie de elementos que abarcan desde el entorno construido hasta las relaciones interpersonales, las actitudes y valores predominantes, así como las políticas de salud y sociales, los sistemas que las respaldan y los servicios que se necesitan (24).

Hay cinco dominios clave de la capacidad funcional, que los factores ambientales pueden ampliar o restringir, estos son:

- Satisfacer las necesidades básicas
- Aprender, crecer y tomar decisiones
- Tener movilidad
- Establecer y mantener relaciones
- Interacciones entre la persona y esas características (24).

La función se define como la capacidad de ejecutar las acciones que conforman las actividades diarias de manera autónoma, es

decir, de la forma deseada tanto a nivel individual como social. El deterioro funcional es un predictor de mala evolución clínica y de mortalidad en pacientes mayores, independientemente de su diagnóstico (25).

Actividades de la capacidad funcional:

La capacidad funcional abarca las actividades de la vida diaria (AVD), que se dividen en actividades básicas, instrumentales y avanzadas.

- Actividades básicas de la vida diaria (ABVD): Estas actividades miden los niveles funcionales más elementales, como:

- Comer
- Usar el retrete
- Contener esfínteres
- Asearse
- Vestirse
- Andar

Estas actividades constituyen las esenciales para el autocuidado. Son universales y se realizan en todas las culturas, sin estar influenciadas por factores culturales ni por el sexo. Un aspecto importante es que su deterioro se produce de manera ordenada e inversa a su adquisición durante el desarrollo en la infancia.

- Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD): Estas actividades miden funciones que permiten a una persona ser independiente dentro de la comunidad, como:

- Hacer la compra
- Preparar la comida
- Realizar la limpieza doméstica
- Manejar las finanzas

Estas actividades permiten la relación con el entorno y su principal limitación es su dependencia de factores como el sexo, la cultura y las preferencias personales. Su medida suele basarse en el juicio y no en la observación. Son más útiles que las ABVD para detectar los primeros grados de deterioro. Para su evaluación, se utiliza principalmente la Escala de Lawton y Brody (ELB).

- Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD): Estas actividades valoran funciones más complejas, como:
 - Realización de actividades de ocio
 - Participación en actividades religiosas
 - Práctica de deportes
 - Trabajo
 - Transporte

- Estas categorías de actividades permiten una evaluación completa del grado de autonomía e independencia funcional del adulto mayor, facilitando la identificación temprana de deterioro y la implementación de intervenciones adecuadas para mantener o mejorar la calidad de vida. (26).

Clasificación de la capacidad funcional:

A través del uso de escalas que miden la fragilidad del adulto mayor y la capacidad funcional se clasifica a los adultos mayores en:

- Autónomo: no necesita apoyo para realizar tareas básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Autónomo en riesgo: persona con predisposición a la dependencia por alguna razón física o cognitiva.
- Dependiente: persona que necesita imprescindiblemente ayuda para poder movilizarse e incluso alimentarse (25).

Para valorar la funcionalidad del adulto mayor, se consideran dos parámetros:

- El Básico: que está relacionado con las actividades diarias, desplazarse por sus propios medios, alimentarse, bañarse, entre otros.
- El Instrumental: que se refiere a actividades de mayor complejidad como el uso del dinero, efectuar compras, cocinar o administrar sus medicamentos. Resulta evidente que el paso del tiempo conlleva modificaciones en el aspecto y capacidades del organismo, pero los cambios del cuerpo humano no son exclusivos de las personas mayores, sino que se suceden a lo largo de toda nuestra existencia (27).

Medición de la capacidad funcional:

La capacidad funcional se mide utilizando diversos tests o instrumentos, como el Índice de Katz, la Escala de la Cruz Roja, y el Índice de Barthel, entre otros. El más utilizado es el Índice de Barthel, diseñado por Mahoney y Barthel en 1955, modificado en 1979 por Granger, y traducido al español en 1983. Este índice evalúa la evolución de las personas en los procesos neuromusculares y músculoesqueléticos en base a 10 parámetros sobre actividades básicas de la vida diaria (ABVD), como:

- Capacidad de alimentarse
- Moverse de la silla a la cama y volver
- Realizar el aseo personal
- Ir al retrete
- Bañarse
- Desplazarse
- Subir y bajar escaleras
- Vestirse

- Mantener el control del esfínter anal
- Mantener el control del esfínter vesical

El Índice de Barthel valora el estado de salud de la persona para estimar la necesidad de cuidados personales, organizar ayudas a domicilio y valorar la eficacia de los tratamientos. Evalúa la capacidad de la persona para realizar de forma dependiente o independiente estas actividades. La puntuación va desde 0 (completamente dependiente) hasta 100 (completamente independiente) y 90 si utiliza una silla de ruedas. Las respuestas tienen entre 2 y 4 alternativas con intervalos de cinco puntos, en función del tiempo empleado y la necesidad de ayuda para realizar la actividad.

No es una escala continua, es decir, el cambio de 5 puntos en la situación funcional del individuo en la zona de mayor dependencia no es equivalente al mismo cambio producido en la zona de mayor independencia. La clasificación de la puntuación es la siguiente:

- Total dependencia: menos de 20 puntos
- Grave dependencia: entre 20-39 puntos
- Moderada dependencia: entre 40-59 puntos
- Leve dependencia: entre 60-99 puntos
- Total independencia: 100 puntos

La duración de la aplicación es de aproximadamente 15 minutos, permitiendo una evaluación rápida y efectiva del estado funcional del adulto mayor (28).

El funcionamiento cognitivo y la funcionalidad física son factores que abarcan características físicas, psicológicas y sociales, que son predictivas en el envejecimiento. Por lo tanto, mantener la

independencia y la autonomía son objetivos importantes para que el proceso del envejecimiento sea exitoso, sin embargo, hay que tener en cuenta que mantener estas capacidades no garantiza que el adulto mayor tenga buenas relaciones interpersonales. El significado que los adultos mayores otorgan a su dependencia funcional, puede impedir el autocuidado para su salud y conducirlo a una dependencia total, situación que es posible evitar a través del desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas a la rehabilitación, educación y reconstrucción de su significado (29).

La dependencia funcional en actividades instrumentales en adultos mayores se define como la limitación para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y valerse por sí mismo como contestar teléfono, caminar, usar el transporte, comer o bañarse con supervisión, ir de compras, medicación, siendo necesaria la dirección o asistencia activa de otra persona (30).

Teoría base de la investigación:

La Teoría de la Actividad, propuesta por Havighurst en 1961, se basa en una investigación realizada en una población de entre 50 y 90 años, donde se concluyó que aquellos que vivían más años libres de discapacidad coincidían con aquellos que realizaban alguna actividad gratificante, ya sea que la mantuvieran desde antes o que fuera una nueva. Esta teoría sugiere que las personas más activas están más satisfechas y mejor adaptadas, y que el proceso de envejecimiento es más satisfactorio cuanto más actividades sociales realiza la persona.

Bühler, en 1961, relacionó la adaptación satisfactoria a la vejez con patrones conductuales de acomodación, como:

- Anhelar descansar y relajarse tras haber cumplido el tiempo de trabajar.

- Desear y lograr mantenerse activos.
- Aceptar las limitaciones para continuar trabajando y resignarse ante la evidencia de falta de capacidades.
- Sentir frustración con el tipo de vida vivida.

Estas ideas proporcionan un marco teórico para la implementación de prácticas de animación entre los mayores y programas de envejecimiento activo, destacando la importancia de mantenerse física y socialmente activo para un envejecimiento satisfactorio (31).

1.3. Definición de términos básicos

Funcionamiento cognitivo: Se refiere a todas las capacidades mentales que permiten a una persona procesar y comprender la información del entorno que le rodea. Estas funciones cognitivas incluyen procesos como la percepción, la atención, la memoria, el lenguaje, el razonamiento, la resolución de problemas y la toma de decisiones (19).

Capacidad funcional: La capacidad funcional, comprende las capacidades que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella. La capacidad intrínseca, es la combinación de todas las capacidades físicas y mentales de la persona (32).

Adulto mayor: Se considera como personas en etapa de adulto mayor, a la población o grupo etáreo de 60 años y más de edad, en concordancia con el criterio adoptado por las Naciones Unidas (13).

CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

2.1. Descripción del problema

El envejecimiento biológico es un proceso complejo que involucra una serie de cambios moleculares, celulares y sistémicos en el organismo con el tiempo. Estos cambios pueden conducir a una disminución gradual en las capacidades físicas y mentales, aumentando la vulnerabilidad a diversas enfermedades y condiciones de salud. Los síndromes geriátricos son manifestaciones clínicas comunes del envejecimiento, que pueden incluir la fragilidad, el deterioro cognitivo, la incontinencia urinaria, las caídas, los estados delirantes y otros. Estos síndromes pueden tener múltiples causas y a menudo están interrelacionados, lo que hace que la atención médica y el manejo de la salud en la población anciana sean particularmente desafiantes. El entendimiento de estos procesos es fundamental para desarrollar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento efectivas para mejorar la calidad de vida en la vejez (33).

Es cierto que el envejecimiento de la población es una tendencia global importante y que presenta diversos desafíos para la sociedad y los sistemas de salud. A medida que aumenta la proporción de personas mayores en la población, es crucial abordar adecuadamente las necesidades de salud física y mental de este grupo demográfico. Como mencionas, los trastornos mentales en los adultos mayores pueden tener un impacto significativo en su calidad de vida y capacidad funcional. Estos trastornos pueden manifestarse de diversas formas, como deterioro cognitivo, demencia, depresión, ansiedad, entre otros. Además, es común que las personas mayores experimenten otros problemas de salud física, como movilidad reducida, dolor crónico y fragilidad, lo que puede complicar aún más su situación. Para abordar estas

complejas necesidades de salud, es importante implementar intervenciones integrales que incluyan no solo el tratamiento médico de los trastornos específicos, sino también la atención centrada en la persona, el apoyo emocional, la rehabilitación física, la promoción del bienestar mental y social, y la provisión de cuidados de largo plazo cuando sea necesario. Además, es fundamental promover la prevención de enfermedades y el mantenimiento de la salud en la población mayor a través de estilos de vida saludables, programas de actividad física, actividades cognitivas estimulantes, redes de apoyo social y acceso a atención médica preventiva y oportuna. En resumen, ante el envejecimiento de la población y la creciente prevalencia de trastornos mentales y problemas de salud en los adultos mayores, es necesario adoptar un enfoque integral y centrado en la persona para garantizar una atención de calidad y promover el bienestar en esta etapa de la vida (34).

Ante ello, la propuesta de las Naciones Unidas en el plan La Década del Envejecimiento Saludable (2021-2030) tiene el objetivo de reducir las desigualdades en salud y mejorar las condiciones de vida de las personas mayores, sus familias y su comunidad (34). Asimismo, la OMS declara que en el mundo, el deterioro cognitivo afecta a unos 50 millones de adultos mayores, calculando que entre 5 a 8 % de la población general de 60 años y más, tendrá deterioro cognitivo en un momento determinado de su vida (35).

En América Latina y el Caribe, el proceso de envejecimiento es más rápido respecto a otras regiones del mundo, pues la estructura demográfica poblacional ha mostrado cambios significativos con modificaciones hacia una rápida transición demográfica e incremento importante de la población adulta mayor. El hecho de

que un alto porcentaje de esta población viva en la zona urbana, plantea desafíos para acceder a infraestructuras hospitalarias de alta complejidad, además de que algunas ciudades presentan mayores índices de dependencia en la vejez y altos índices de envejecimiento (comparación entre proporción de adultos mayores con la proporción de niños y adolescentes), como en Montevideo con 32,9 %, Buenos Aires con 25,2 %, Cali con 25 %, Gran Santiago con 23,6 % (36).

El año 2020, en 21 países de esta región se reportaron 85 millones de personas con alguna discapacidad funcional, y a mayor envejecimiento el peso de la discapacidad aumenta así como cambian las principales causas que la ocasionan, donde las enfermedades no transmisibles como: Diabetes mellitus, seguido por Alzheimer y otras demencias debido al deterioro cognitivo especialmente a partir de 75 años, las afecciones estomatológicas, la artrosis presente en todas las edad, las caídas, errores de refracción no corregidos, se vuelven relevantes porque van generando dependencia y necesidad de cuidados a largo plazo. El Perú (CEPAL, 2022), pertenece al grupo de 16 países clasificados en etapa de envejecimiento moderadamente avanzado (36).

Según el informe técnico del Instituto Nacional de Estadística e Informática (2021) (37), la población adulta mayor aumentó en 13,0 %, donde el 25,9 % de hogares está a cargo de un adulto mayor y el 39,1 % de hogares en el área urbana tiene al menos un miembro de 60 años a más y 42,6% de hogares en el área rural. Por ello, el gobierno ha implementado la Red de soporte para adultos mayores en alto riesgo y personas con discapacidad severa (AMACHAY), para la intervención intersectorial e intergubernamental hacia políticas de cuidados más integrales orientados a un Sistema de Protección Social (38).

Por otro lado, en la acreditación, supervisión y fiscalización de los Centros de Atención para Personas Adultas Mayores (CEAPAM, 2022), encontraron 63 % con discapacidad y 37 % sin discapacidad, de ellos, un 50 % presentaba factores de riesgo para fragilidad funcional y 34 % con deterioro con funcional de acuerdo al nivel educativo; un 42 % con fragilidad funcional y 18,7 % en situación de dependencia funcional de acuerdo al tipo de seguro con que cuenta; mastranto nivel de deterioro entre leve y moderado en la capacidad de ver (57,9%), caminar (44,3%), escuchar (44,85), recordar (45,4%), autocuidado (28,5%) y comunicarse (26,9%), seguido de deterioro grave en las mismas capacidades con cifras que van entre 2,9 a 13 %, situación que exige un mejor abordaje en el cuidado de este grupo poblacional (39).

Mientras que en Loreto el año 2019, otorgaron 242 certificados de discapacidad a personas adultas mayores a través de la Dirección General de Intervenciones Estratégicas en Salud Pública del MINSA. La población certificada muestra gravedad de discapacidad con características coincidentes con la de los demás grupos poblacionales, con un 58,4 % de adultos mayores que presentan discapacidad severa, siendo el porcentaje más alto del total a nivel nacional (39).

Asimismo, en investigaciones realizadas en la ciudad de Iquitos sobre los principales síndromes geriátricos en los adultos mayores, encontraron que si bien presentan algún tipo de deterioro cognitivo, estos son moderados (12%), pero en cuanto a la capacidad funcional, los porcentajes son mayores con un 87% que presenta dependencia, siendo leve en 33,9% y moderada en 36,4%, especialmente respecto a la visión baja (83%) y déficit auditivo (33%) (40).

En este contexto, planteamos estudiar dos aspectos fundamentales en el funcionamiento del adulto mayor, como son el deterioro cognitivo y el deterioro de la capacidad funcional, dado que son discapacidades que aparecen a medida que avanzan los años, son poco estudiados en adultos mayores aparentemente sanos de la comunidad que asisten a un establecimiento de salud por otros problemas, que aunado al aumento de la esperanza de vida, aumenta en ellos la vulnerabilidad hacia la dependencia de cuidados por otras personas, que muchas veces no tienen la disposición o sencillamente no desean hacerlo, es necesario conocerlas para plantear propuestas de promoción y prevención a fin de retrasar su presentación, para ello se formula el siguiente problema de investigación.

2.2. Formulación del problema

2.2.1. Problema general

- ¿Cuál es la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023?

2.2.2. Problemas específicos

- ¿Qué características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, con quien vive, presenta el usuario adulto mayor de un centro de salud Iquitos 2023?
- ¿Cuáles son los niveles de funcionamiento cognitivo: normal, deterioro leve, moderado, severo, en los usuarios adultos mayores?

- ¿Cómo se presenta la capacidad funcional: total independencia, dependencia leve, moderada, severo, total dependencia, en los usuarios adultos mayores?
- ¿Existe relación significativa entre funcionamiento cognitivo y capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023?

2.3. Objetivos

2.3.1. Objetivo general

- Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.

2.3.2. Objetivos específicos

- Identificar las características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, con quien vive, que presenta el usuario adulto mayor de un centro de salud Iquitos 2023.
- Identificar los niveles de funcionamiento cognitivo: normal, deterioro leve, moderado, grave, en usuarios adultos mayores.
- Identificar la capacidad funcional: total independencia, dependencia leve, moderada, severo, total dependencia, en usuarios adultos mayores.
- Relacionar el nivel de funcionamiento cognitivo y la

capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.

2.4. Hipótesis

Hipótesis alterna

Existe relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional de los usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.

Hipótesis nula

No existe relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional de los usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.

2.5. Variables

2.5.1. Identificación de las variables

Variable Independiente: Funcionamiento cognitivo
Variable Dependiente: Capacidad funcional.

2.5.2. Definición conceptual y operacional de las Variables.

Funcionamiento cognitivo:

Definición conceptual: Se conceptualiza como los procesos mentales que permiten al adulto mayor, recibir, procesar y elaborar la información, permiten al sujeto tener un papel activo en los procesos de interacción, percepción y comprensión del entorno, para que pueda desenvolverse en

el mundo que le rodea (19).

Definición operacional: Es la variable independiente de la investigación. Está conformada por el tipo de personalidad y por la alteración que afecta a los procesos psicológicos básicos: memoria, inteligencia, lenguaje, capacidad para resolver problemas, motivación, afectividad, y que puede incrementarse gradualmente perjudicando el bienestar del adulto mayor.

Será valorado mediante el Cuestionario de Pfeiffer, cuyos indicadores son:

- Cognición normal : si tiene de 0 a 2 errores
- Deterioro cognitivo leve : si muestra de 3 a 4 errores
- Deterioro cognitivo moderado : si muestra de 5 a 7 errores
- Deterioro cognitivo severo : si muestra de 8 a 10 errores.

Capacidad funcional.

Definición conceptual: Comprende las capacidades intrínsecas, es decir, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella en la vida diaria (32).

Definición operacional: Es la variable dependiente del estudio. Será definida como las capacidades intrínsecas que refiere realizar el adulto mayor en estudio. Será evaluado mediante el instrumento Índice de Barthel que comprende 10 parámetros sobre actividades básicas de la vida diaria (ABVD): capacidad de alimentarse, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse,

desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse, y mantener el control del esfínter anal y vesical.

Sus indicadores son:

- Total dependencia : cuando logra < de 20 puntos
- Grave dependencia : cuando logra entre 20 a 39 puntos
- Moderada dependencia : entre 40 a 59 puntos
- Leve dependencia : si obtiene de 60 a 99 puntos
- Total independencia : cuando logra 100 puntos.

<p>Variable Dependiente: Capacidad funcional.</p>	<p>Comprende las capacidades intrínsecas, es decir, la combinación de todas las capacidades físicas y mentales que permiten a una persona ser y hacer lo que es importante para ella en la vida diaria (32).</p>	<p>Es la variable dependiente del estudio. Será definida como las capacidades intrínsecas que refiere realizar el adulto mayor en estudio. Será evaluado mediante el instrumento Índice de Barthel que comprende 10 parámetros sobre actividades básicas de la vida diaria (ABVD): capacidad de alimentarse, moverse de la silla a la cama y volver, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse, y mantener el control del esfínter anal y vesical.</p> <p>Sus indicadores son:</p> <p>Total dependencia: cuando logra < de 20 puntos. Grave dependencia: cuando logra entre 20 a 39 puntos. Moderada dependencia: entre 40 a 59 puntos. Leve dependencia: si obtiene de 60 a 99 puntos. Total independencia: cuando logra 100 puntos.</p>	<p>Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)</p>	<p>Indicadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Comer - Lavarse - Vestirse - Arreglarse - Deposiciones - Micción - Usar el retrete - Trasladarse - Deambular - Escalones <p>Índice de Barthel</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1. Dependencia total: cuando logra < de 20 puntos 2. Dependencia grave: de 20 a 39 puntos 3. Dependencia moderada: de 40 a 59 puntos 4. Dependencia leve: de 60 a 99 puntos 5. Independencia total: cuando logra 100 puntos. 	<p>Ordinal</p>
---	--	--	---	---	---	----------------

CAPÍTULO III. METODOLOGÍA

3.1. Tipo y Diseño de investigación:

Tipo de investigación

La investigación fue de tipo cuantitativa no experimental.

Cuantitativa, porque las variables fueron medidas de forma numérica, aplicando estadísticas y análisis, para presentar los resultados y comprobar la hipótesis.

No experimental, porque la variable independiente del estudio se estudió tal y como se presenta en la realidad, no estuvo sujeto a ningún tipo de manipulación deliberada. (41).

Diseño de investigación:

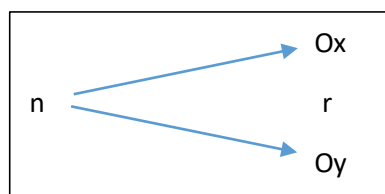
El diseño de la investigación fue: Analítico- observacional, descriptiva, correlacional, prospectiva, transversal.

Analítico-observacional, porque se analizaron la presencia o ausencia de la situación observada de forma independiente a la investigación.

Descriptiva porque considero la descripción detallada de cómo se manifiestan las variables y sus componentes a estudiar.
Correlacional, porque se determinó el tipo de relación entre las variables de estudio utilizando la estadística inferencial.
Prospectiva, porque los datos se fueron recolectando a medida que iban presentándose.

Transversal, porque la información se tomó en un solo momento en el tiempo durante la recolección de datos (41).

El diagrama del diseño de investigación, fue:



Donde.

n = Muestra

$Ox,$ = Variable

1(Funcionamiento

cognitivo). Oy =

Variable 2

(Capacidad

funcional).

r = Relación que se busca entre las variables de estudio.

3.2. Población y Muestra:

Población:

Estuvo conformada por los usuarios adultos mayores (de 60 años a más), de ambos sexos, del centro de salud San Juan Bautista, distrito del mismo nombre, que en base al número de atenciones mensuales en los diferentes consultorios y servicios de salud durante 30 días, son 300 adultos mayores en promedio.

Muestra:

Conformada por el 100% de usuarios adultos mayores, es decir, los 300 que en promedio solicitan atención en el centro de salud, que es una muestra representativa.

Tipo de muestreo:

Fueron el no probabilístico, por conveniencia, pues participaron en el estudio todos los adultos mayores que cumplan con los criterios de selección hasta completar los 300, los mismos que fueron abordados según llegaban al centro de salud, mientras esperan su turno de atención o al salir de ella.

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores de ambos sexos que acudieron al centro de salud San Juan Bautista.
- Adultos mayores que deseaban participar y firmaron
- El consentimiento informado.

Criterios de exclusión

- Adultos mayores hombres y mujeres que no acudieron al centro de salud San Juan Bautista.
- Adultos mayores que no deseaban participar y firma el consentimiento informado.

3.3. Técnicas e instrumentos y procedimientos, de recolección de datos.**Técnica:**

La técnica utilizada fue la entrevista, a fin de facilitar al adulto mayor el desarrollo de los mismos sin la dificultad que podrían tener para leer o escribir, y a la vez para precisar y aclarar sus dudas.

Instrumentos de recolección de datos

Los instrumentos que se utilizaron fueron dos:

Cuestionario de Pfeiffer: es un instrumento estandarizado, elaborado para evaluar el funcionamiento cognitivo. Comprende 10 interrogantes, cuya respuesta errónea califica con un punto. Valora a la cognición como: Normal: cuando obtiene de 0 a 2 errores, Deterioro cognitivo leve: cuando obtiene de 3 a 4 errores, Deterioro cognitivo moderado: cuando obtiene de 5 a 7 errores y Deterioro cognitivo severo: cuando obtiene de 8 a 10 errores. Duración de la aplicación: 10 minutos (42).

Índice de Barthel: es un instrumento estandarizado, que mide el nivel de independencia o de dependencia funcional, para desarrollar actividades básicas de la vida diaria (AVD) en el adulto mayor. Comprende 10 áreas o dimensiones, relacionadas con, la alimentación, lavarse, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso del baño, bañarse, traslado de la silla a la cama, deambular, subir y bajar escaleras. Cada dimensión tiene dos o tres ítems, cuyos valores son de 10 puntos, 5 y 0 puntos. La puntuación es de 0 a 100, donde cero indica total dependencia en AVD y movilidad y 100 independencia. Califica como: Dependencia total, si logra menos de 20 puntos; dependencia grave, de 20 a 39 puntos; dependencia moderada, de 40 a 59 puntos; dependencia leve de 60 a 99 puntos; independencia total, si logra 100 puntos. Duración de la aplicación: 15 a 20 minutos (42).

Validez y confiabilidad de los instrumentos

El cuestionario de Pfeiffer no fue validada, porque es un instrumento estandarizado y utilizado de manera formal por el Ministerio de Salud. El índice de Barthel igualmente no fue validado, porque es un instrumento estandarizado, con validez y confiabilidad comprobada; muestra una alta validez y confiabilidad intraobservador con índices de Kappa entre 0,47 a 1,0 e interobservador de 0,84 a 0,97 (43).

Procedimiento de recolección de datos:

- Se solicitó la autorización respectiva a través del decano de la Facultad de Enfermería de la Universidad Científica del Perú (UCP) y al centro de salud San Juan Bautista, para la evaluación y autorización para la aplicación de los

instrumentos de investigación teniendo en cuenta las medidas de bioseguridad contra el covid-19.

- Una vez autorizado se coordinó con el Gerente y la enfermera jefe del Centro de Salud San Juan Bautista, para las facilidades de ejecución del trabajo de investigación.
- Se realizó las encuestas a los adultos mayores de los sujetos de la muestra previa firma del consentimiento informado.
- La recolección de datos se realizó durante 30 días entre los días lunes, martes, miércoles, jueves y viernes en el horario de (8:00 am – 12:00 horas).
- La recolección de los datos estuvo bajo la responsabilidad única y exclusiva del investigador.
- Se procedió al análisis e interpretación de datos.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

Se elaboró una base de datos usando el programa estadístico SPSS versión 22. Para el análisis invariado se utilizó la estadística descriptiva (medidas de tendencia central) y para el análisis inferencial se utilizó la prueba estadística Chi Cuadrado (X^2) con un $p < 0.05$.

3.5. Consideraciones éticas

Los derechos humanos y la aplicación de principios éticos y bioéticos básicos fueron protegidos durante todo el procedimiento de estudio, de la siguiente manera:

- Autonomía: los adultos mayores recibieron información sobre la investigación y decidirán su participación de forma

voluntaria y libre, firmando el consentimiento informado.

- Beneficencia: los adultos mayores involucrados, pudieron acceder a los resultados de la aplicación de los instrumentos y a su solicitud recibieron una consejería breve y puntual, pudiendo comprender también sugerencias para que realcen una consulta especializada. Por otro lado, los resultados fueron utilizados por el Centro de Salud en sus decisiones programáticas a favor del adulto mayor.

- No maleficencia: no se causó daño alguno a la integridad biopsicosocial ni moral del adulto mayor participante. Fueron tratados con respeto en todo momento, se protegió la confidencialidad de la información obtenida y solamente fueron utilizada por las investigadoras para cumplir los fines del estudio.

- Justicia: todos los adultos mayores que asistieron al Centro de Salud, tuvieron la misma probabilidad de participar, sin hacer distinciones ni exclusiones.

CAPITULO IV. RESULTADOS

Tabla N° 1: Características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, con quien vive, que presenta el usuario adulto mayor de un centro de salud Iquitos 2023.

Características	N (300)	% 100,0
Edad		
65 a 69 años	48	16.0
70 a 74 años	67	22.2
> 75 años	185	61.8
Sexo		
Masculino	148	49.3
Femenino	152	50.7
Estado civil		
Soltero	57	19.0
Conviviente	29	9.7
Casados	118	39.3
Separado	18	6.0
Divorciada	31	10.3
Viudo	47	15.7
Ocupación		
Ama de casa	91	30.3
Profesional	102	34.0
Jubilado	107	35.7
Con quien vive		
Hijos	87	29.0
Amigos	62	20.7
Solo	151	50.3

Fuente: Propia del autor

En la Tabla 1 se exhiben las particularidades sociodemográficas predominantes de los adultos mayores participantes evidenciando que el 61.8% se situaban en el rango de edad de mayores de 70 años; el 50.7% fueron del sexo femenino, el 39.3% eran casados, el 35.7% eran jubilados y el 50.3% viven solos.

Tabla N°2: Relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.

Funcionamiento cognitivo	Capacidad funcional									
	Normal		Det. Leve		Det. moderado		Det. Grave		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Total independencia	48	16.0	24	8.0	14	4.7	8	2.7	94	31.3
Dependencia leve	39	13.0	20	6.7	12	4.0	7	2.3	78	26.0
Moderada	23	7.7	12	4.0	7	2.3	4	1.3	46	15.3
Severa	13	4.3	7	2.3	4	1.3	2	0.7	26	8.7
Total dependencia	35	11.7	18	6.0	2	0.7	1	0.3	56	18.7
Total	158	52.7	81	27.0	39	13.0	22	7.3	300	100.0

Fuente: Propia del autor

La tabla 2 muestra que, en relación al grado total de independencia, el 16.0% exhibía una capacidad funcional típica, mientras que el 2.7% mostraba un deterioro severo. En lo que respecta a la dependencia leve, el 13.0% mantenía una capacidad funcional normal, mientras que el 2.3% sufría un deterioro grave. En el caso de la capacidad funcional moderada, el 7.7% mantenía un funcionamiento normal, mientras que el 1.3% presentaba un deterioro grave. Similarmente, en el ámbito del funcionamiento cognitivo severo, el 4.3% mantenía una capacidad normal, mientras que el 0.7% experimentaba un deterioro grave. En última instancia, en términos de dependencia total, el 11.7% mantenía una capacidad funcional normal, mientras que el 0.3% mostraba un deterioro grave.

Tabla N°3: Niveles de funcionamiento cognitivo: normal, deterioro leve, moderado, grave, en usuarios adultos mayores.

Funcionamiento cognitivo	N (300)	% 100,0
Normal	158	52.7
Deterioro leve	81	27.0
Deterioro moderado	39	13.0
Deterioro grave	22	7.3
Total	300	100.0

Fuente: Propia del autor

En la tabla 3 se evidencia que, del total del 100%, en lo referente al funcionamiento cognitivo, el 52.7% se encontraba dentro de la categoría normal, mientras que el 27.0% presentaba un deterioro leve. El 13.0% exhibía un deterioro moderado, y el 7.3% mostraba un deterioro grave.

Tabla N°4: Capacidad funcional: total independencia, dependencia leve, moderada, severo, total dependencia, en usuarios adultos mayores.

Capacidad funcional	N (300)	% 100,0
Total, independencia	120	40.0
Dependencia leve	95	31.7
Moderada	55	18.3
Severa	30	10.0
Total, dependencia	180	60.0
Total	300	100.0

Fuente: Propia del autor

En la tabla 4 se demuestra que, del total del 100%, en lo que respecta a la capacidad funcional, el 60.0% estaba asociado con una dependencia total, mientras que el 40.0% estaba vinculado a una independencia total. Además, el 31.7% exhibía una dependencia leve, el 18.3% presentaba un nivel moderado de dependencia, y el 10.0% experimentaba una dependencia severa.

Tabla N°5: Relacionar el nivel de funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.

Funcionamiento cognitivo	Capacidad funcional								X ²
	Normal		Det. Leve		Det. moderado		Det. Grave		
	N	%	N	%	N	%	N	%	p-valor
Total independencia	48	16.0	24	8.0	14	4.7	8	2.7	0.068
Dependencia leve	39	13.0	20	6.7	12	4.0	7	2.3	
Moderada	23	7.7	12	4.0	7	2.3	4	1.3	
Severa	13	4.3	7	2.3	4	1.3	2	0.7	
Total dependencia	35	11.7	18	6.0	2	0.7	1	0.3	

Fuente: Propia del autor

En la tabla 5 se identificó una relación estadísticamente significativa entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional, con un valor de $p=0.068$ para todos los ítems, lo que lleva al rechazo de la hipótesis nula y a la aceptación de la hipótesis alternativa propuesta.

CAPITULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

DISCUSIÓN

El propósito de este estudio fue determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.

Según los datos sociodemográficos de los adulto mayores participantes el 61.8% se situaban en el rango de edad de mayores de 70 años; el 50.7% fueron del sexo femenino, el 39.3% eran casados, el 35.7% eran jubilados y el 50.3% viven solos. Estos resultados presentan una **difiere** con el estudio de Sotomayor AM, Zhunio FI, Ajila AB, Pelaez PA. (Ecuador, 2022) en su estudio titulado funcionamiento cognitivo y el grado de dependencia en los adultos mayores de un centro geriátrico, cuyos restados fueron que el 19,1 % tuvo entre 60 a 70 años, el 76,6 % entre 71 a 89 años y el 4,3 % de 90 a 99 años; el 76,6 % fue de sexo femenino y 23,4 % masculino; el 65,96 % fueron casados, 23,4 % viudos/as y 1,64% solteros (3).

En lo que concierne a la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores, en relación al grado total de independencia, el 16.0% demostraba una capacidad funcional típica, mientras que el 2.7% exhibía un deterioro severo. Respecto a la dependencia leve, el 13.0% mantenía una capacidad funcional normal, mientras que el 2.3% experimentaba un deterioro grave. En el caso de la capacidad funcional moderada, el 7.7% mostraba un funcionamiento normal, mientras que el 1.3% presentaba un deterioro grave. De manera similar, en el ámbito del funcionamiento cognitivo severo, el 4.3% mantenía una capacidad normal, mientras que el 0.7% sufría un deterioro grave. En última instancia, en términos de dependencia total, el 11.7% mantenía una capacidad funcional normal, mientras que el 0.3% manifestaba un deterioro grave.

Estos hallazgos guardan **similitud** con los resultados del estudio de Flores AS, Fierros A, Gallegos VE, Magdaleno G, Velasco R, Pérez MG (realizado en México, 2020) en su investigación titulada "Estado cognitivo y funcionalidad", donde encontraron que el 12.5% tenía grado de funcionalidad independiente, el 6.25% mostraba dependencia funcional leve, el 46.85% presentaba dependencia moderada a total, y el 34.4% demostraba dependencia funcional severa. Respecto al funcionamiento cognitivo, el 6.2% tenía un funcionamiento normal, el 34.37% experimentaba deterioro cognitivo severo, y el 59.43% presentaba deterioro cognitivo moderado a severo (11). Sin embargo, estos resultados **difieren** con el estudio de Fernández (realizado en Piura, 2021) en su investigación titulada "Capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E", donde encontraron que el 25% de los pacientes adultos mayores evaluados mediante el Test de Pfeiffer mostraban deterioro cognitivo leve, mientras que el 20% presentaba deterioro cognitivo severo. Además, el 59% de los pacientes evaluados con el Índice de Katz demostraron dependencia en la capacidad funcional, y el 41% mostró una capacidad funcional independiente (6).

En cuanto a los niveles de funcionamiento cognitivo (normal, deterioro leve, moderado y grave) en usuarios adultos mayores del 100%, el 52.7% se encontraba en la categoría normal, mientras que el 27.0% presentaba un deterioro leve. El 13.0% exhibía un deterioro moderado, y el 7.3% mostraba un deterioro grave.

Estos hallazgos guardan **similitud** con el estudio de Mescua MP, Salazar JA. (Realizado en Pucará-Huancayo, 2021) en su investigación titulada "Deterioro cognitivo y factores relacionados a la dependencia funcional instrumental", donde encontraron que el 67.3% de adultos mayores tenía funcionamiento cognitivo normal, el 22.7% presentaba deterioro cognitivo leve, el 7.3% mostraba cognición moderada y el 2.7% presentaba deterioro cognitivo severo (7). Asimismo, estos resultados son **similares** a los

encontrados por Contreras C. (realizado en Huancayo, 2020) en su estudio titulado "Prevalencia de demencia y funcionalidad", donde el 75.7% de adultos mayores no presentaba deterioro cognitivo, el 11% tenía deterioro cognitivo leve, el 7.3% presentaba deterioro cognitivo moderado y el 6% mostraba deterioro cognitivo grave (9).

En relación a la capacidad funcional (total independencia, dependencia leve, moderada, severa, y total dependencia) en usuarios adultos mayores, del total del 100%, el 40.0% estaba asociado con una independencia total. Además, el 31.7% presentaba una dependencia leve, el 18.3% mostraba un nivel moderado de dependencia, y el 10.0% experimentaba una dependencia severa. Estos hallazgos muestran **similitudes** con los resultados obtenidos por Sotomayor AM, Zhunio FI, Ajila AB, Pelaez PA. (Realizado en Ecuador, 2022) en su estudio titulado "Funcionamiento cognitivo y el grado de dependencia en los adultos mayores de un centro geriátrico", donde encontraron que el 70.21% eran independientes, el 14.89% presentaba dependencia moderada, el 10.64% mostraba dependencia leve, el 2.13% presentaba dependencia severa, y el 2.13% tenía dependencia total y severa (3).

En cuanto a la relación entre el nivel de funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores, se ha identificado una relación estadísticamente significativa entre ambos, con un valor de $p=0.068$ para todos los ítems. Esto conduce al rechazo de la hipótesis nula y a la aceptación de la hipótesis alternativa propuesta. Estos resultados son **similares** a los encontrados en el estudio de Flores AS, Fierros A, Gallegos VE, Magdaleno G, Velasco R, Pérez MG. (realizado en México, 2020), donde se encontró una asociación significativa entre el estado cognitivo y la funcionalidad para realizar las actividades básicas de la vida diaria ($r=0.66$, $p < 0.0001$). Es decir, a mayor deterioro cognitivo, mayor dependencia funcional. Sin embargo, estos hallazgos **difieren** con los reportados por Fernández (realizado en Piura, 2021) en su estudio "Capacidad funcional y

deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E". En este caso, el valor de $p=0.451$ indica que no existe una relación significativa entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en estos pacientes adultos mayores.

CONCLUSIONES

1. Los datos sociodemográficos revelaron que la mayoría de los adultos mayores en el centro de salud de Iquitos en 2023 eran mujeres mayores de 70 años, el 50.7% fueron del sexo femenino, el 39.3% eran casados, el 35.7% eran jubilados y el 50.3% viven solos. Estos hallazgos coinciden con estudios previos, destacando la importancia de programas de apoyo social y atención específica para esta población.
2. El estudio evidencia una estrecha relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en adultos mayores del centro de salud de Iquitos en 2023. Los diversos niveles de dependencia observados indican la necesidad de implementar intervenciones integrales que aborden tanto la salud cognitiva como la funcional para mejorar la calidad de vida de esta población vulnerable.
3. Con lo que respecta al funcionamiento cognitivo el 52.7% presentaba un funcionamiento cognitivo normal, mientras que el 27.0% mostraba un deterioro leve. Además, el 13.0% exhibía un deterioro moderado y el 7.3% presentaba un deterioro grave. Estos datos resaltan la importancia de evaluar y gestionar el funcionamiento cognitivo en esta población para proporcionar intervenciones adecuadas y mejorar su calidad de vida.
4. En cuanto a la capacidad funcional el 40.0% de los participantes disfrutaba de una independencia total. Además, el 31.7% presentaba una dependencia leve, el 18.3% mostraba un nivel moderado de dependencia, y el 10.0% experimentaba una dependencia severa. Estos hallazgos destacan la diversidad de necesidades en esta población y subrayan la importancia de proporcionar apoyo y servicios específicos para cada nivel de dependencia funcional.
5. Se concluye que se encontró una relación estadísticamente significativa entre el nivel de funcionamiento cognitivo y la capacidad

funcional en adultos mayores del centro de salud de Iquitos en 2023, con un valor de $p=0.068$ para todos los ítems. Esto conduce al rechazo de la hipótesis nula y a la aceptación de la hipótesis alternativa propuesta, lo que sugiere que existe una asociación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en esta población. Estos hallazgos resaltan la importancia de abordar tanto la salud cognitiva como la funcional en la atención integral de los adultos mayores.

RECOMENDACIONES

- A las autoridades, profesores y estudiantes de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Científica del Perú: Fomentar la realización de investigaciones adicionales que profundicen en la relación entre estos dos aspectos en la población de adultos mayores.
- A los líderes del ámbito sanitario de la Institución Prestadora del centro de salud: Implementar programas de capacitación y actualización para el personal de salud, con un enfoque en la evaluación y manejo integral del funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en adultos mayores y establecer protocolos y herramientas de evaluación estandarizados para identificar y monitorear el deterioro cognitivo y funcional en esta población.
- Al personal del centro de salud: Brindar una atención centrada en la persona, teniendo en cuenta las necesidades individuales de cada adulto mayor en relación con su funcionamiento cognitivo y capacidad funcional.
- Facilitar el acceso a servicios de apoyo y rehabilitación para aquellos adultos mayores que presenten deterioro cognitivo o funcional, con el fin de mejorar su calidad de vida y autonomía.
- A los adultos mayores: Promover la adopción de hábitos de vida saludables que contribuyan a mantener una buena salud cognitiva y funcional, como la actividad física regular, una dieta equilibrada y la participación en actividades sociales y cognitivamente estimulantes y fomentar la comunicación abierta y la búsqueda de ayuda profesional en caso de experimentar cambios significativos en el funcionamiento cognitivo o la capacidad funcional.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alexandra Jasmina Guamán Poaquiza F. Funcionamiento cognitivo y calidad de sueño en adultos mayores. LATAM [Internet]. 2023 Febrero; 1(919-2.).
2. Andrea F. Funcionamiento y rendimiento cognitivo e identificar factores de riesgo (sociodemográficos, psicosociales y de salud) de DCL en adultos de 60 años y más de la población chilena. tesis. Chile: Concepción; 2023. Reporte No.: 1.
3. Anita Margue Sotomayor Preciado F. Funcionamiento Cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor. Dialnet. 2022 Enero; 8(2477-8818,).
4. Alejandra Susana Flores Silva A. Estado Cognitivo y Funcionalidad para las Actividades Básicas en el Adulto Mayor Institucionalizado. Cuidarte. 2020 Abril; 9(17).
5. Janeth A. Salazar M. Menor deterioro cognitivo en ancianos de los Andes peruanos y otros factores asociados a la dependencia. Revista Cubana de Investigaciones Biomédicas [Internet]. 2023; 42(1).
6. Fernández Ayamamani W. Capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E. Bernales Comas año. Tesis. Piura; 2020. Reporte No.: 1.
7. Mescua Mucha MPSLJA. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo. Tesis. Perú.; Huancayo; 2021. Reporte No.: 1.

8. Leiton Espinoza ZE, Fajardo Ramos E, Lopez Gonzales A, Martínez Villanueva RM, Villanueva Benítez ME. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Salud. 2020 Jan/Apr; 36(1).
9. Contreras C, Córdor I, Atención J, Atención M. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo. An. Fac. med. 2019 ene/mar; 80(1).
10. Mori Sangama JB. Deterioro cognitivo en adultos mayores en distrito de Fernando Lores, 2019. Tesis para Licenciado en Psicología. Tamshiyacu: Centro de Salud IPRESS III, Loreto; 2021.
11. Flores Torres E. Función cognitiva de los adultos mayores del sector educación: Variables asociadas - Iquitos. Alicia. 2020 Enero; 1(23).
12. Villasis Fajardo NA, Gutarra Orihuela L. Variables asociadas a la capacidad cognitiva de personas mayores con hipertensión arterial. Tesis de Especialización en Gerontología y Geriatria. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Loreto; 2019.
13. Instituto Nacional de Estadística e Informática. m.inei.gob.pe. [Online]; 2023 [cited 2023 mayo 21. Available from: [https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico- poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2022.pdf](https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-oct-nov-dic-2022.pdf).
14. Givan, Duarte. [Online]; 2023 [cited 2023 mayo 21. Available from: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento>.
15. Quintanar Guzmán A. Análisis de la calidad de vida en adultos

mayores del Municipio del Tetepango. Tesis de titulación profesional. Hidalgo: Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo, México; 2010.

16. Ministerio de Salud. diresamdd.gob.pe. [Online].; 2020 [cited 2023 mayo 21. Available

from:

https://diresamdd.gob.pe/doc/ManualesHis/Manuales_Actualizados_2020/Manual-Adulto-Mayor-30-11-20.pdf.

17. Diario oficial El Peruano. Ley 30490, de la persona adulta mayor. Normas legales. 2016 junio.

18. Benavides Caro C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Revista Mexicana de Anestesiología. 2017 Abril-junio 2; 40(2): p. 6.

19. Neuron Up. neuronup.com. [Online].; 2021 [cited 2023 mayo 24. Available from:

<https://www.neuronup.com/actividades-de-neurorrehabilitacion/actividades-para-funciones-cognitivas/funciones-o-habilidades-cognitivas>.

20. Torres A. Psicología y mente. [Online].; 2022 [cited 2023 mayo 22. Available from:

<https://psicologiaymente.com/inteligencia/cognicion-definicion-procesos>.

21. Quadrat, Montse. salud.mapfre.es. [Online].; 2021 [cited 2023 mayo 24. Available from:

<https://www.salud.mapfre.es/salud-familiar/mayores/neuropsiquiatria-y-geriatria/concepto-y-tipos-de-deterioro-cognitivo/>.

22. RedElearn. Redeem. [Online]; 2020 [cited 2023 mayo 25. Available from: <https://redelearn.cl/wp-content>.
23. Ministerio de Salud. bvs.minsa.gob.pe. [Online].; 2010. [Cited 2023 21 30. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>.
24. Biblioteca Virtual de Salud; Ministerio de Salud. bvs.minsa.gob.pe. [Online].; 2010 [cited 2023 mayo 25. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>.
25. Trigás Ferrín M, Ferreira Gonzales L, Meijide Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Servicio de medicina interna. Galicia Clínica. 2011 enero 03; 72(1): p. 16.
26. William A, Blass JP, Williams F. Instruments for the functional assesment of older patients. New Eng Jornal Med. 1990;(322): p. 1207 - 1214.
27. Sánchez CR. Estrategias para el mantenimiento o mejora funcional del anciano en el Geriátrico "Nueva vida", que realizan los adultos mayores año 2022. Investigación. Universidad Nacional de Córdoba; 2022.
28. Cabañero Martínez MJ, Cabrero García J, Richart Martínez M, Muñoz Mendoza CL. Revisión estructurada de las medidas de actividades de la vida diaria en personas mayores. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2008; 43: p. 271-83.
29. Durán Badillo t, Domínguez Chávez CJ, Hernández Cortéz PL, Félix Alemán A, Cruz Quevedo JE, Alonso Castillo MM. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. Acta Univ. 2018 mayo/junio; 28(3).

30. Rodríguez Díaz MT, Cruz Quintana F, Pérez Marfil MN. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. *Índex Enferm.* 2014 junio; 23(1-2): p. 36-40.
31. Merchán Maroto E, Cifuentes Cáceres R. Tema 6. Teorías psicosociales del envejecimiento. In. Madrid.
32. Organización Mundial de la Salud. Who.int. [Online]; 2019 [cited 2023 mayo]
26. Available from: <https://www.who.int/docs/default-source/documents/decade-of-health-ageing/decade-healthy-ageing-update1->
33. Organización Mundial de la Salud. Who.int. [Online] 2022 [cited 2023 julio]
01. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>.
34. Organización Mundial de la Salud. who.int. [Online].; 2023 [cited 2023 noviembre 20]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-of-older-adults>.
35. Lopez Nolasco B, Austria Reyes A, Santander Hernández JJ, Maya Sánchez
- A. Nivel de deterioro cognitivo del adulto mayor de la comunidad de Tlahuelilpan. Investigación. México, Hidalgo; 2021.
36. Organización de Naciones Unidas; Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Cepal.org. [Online].; 2022 [cited 2023 julio 04]. Available from: https://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/48567/3/S2201043_es.pdf.

37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. inei.gob.pe. [Online].; 2021 [cited 2023 mayo 14]. Available from: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf.
38. EUROSOCIAL.eu. eurosocial.eu. [Online]; 2021 [cited 2023 julio 09]. Available from: https://eurosocial.eu/wp-content/uploads/2021/04/19_329_Red-Amachay-PERU.pdf.
39. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. cdn.gob.pe. [Online].; 2021 [cited 2023 noviembre 18]. Available from: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/5265049/1_Semana_de_la_Evidencia.pdf?v=1697061319.
40. Del Águila Coquinche CM, Schérmuly Gómez LA. Síndromes geriátricos y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud i-3 San Juan MINSA, Iquitos 2014. Tesis de Licenciatura en Enfermería. Iquitos: Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, Loreto; 2014.
41. Hernández Samperio R, Fernández Collado C, Baptista Lucio P. Metodología de la investigación. 6th ed. Interamericana, editor. Mexico: McGraw-Hill; 2014.
42. Ministerio de Salud. bvs.minsa.gob.pe. [Online].; 2006 [cited 2023 mayo 21]. Available from: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>.
43. Buzzini M, Secundini R, Gazzoti A, Giraldes RI, Arbildo Castro R, Druelta S, et al. [Online]. [cited 2023 julio 31].

ANEXOS

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPOTÉSIS	VARIABLES	DIMENSION/ INDICADOR	METODOLOGÍA
<p>Problema general</p> <p>¿Cuál es la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud, Iquitos 2023?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>¿Qué características sociodemográficas: edad, sexo, estado civil, ocupación, grado de instrucción, con quien vive, presenta el usuario adulto mayor de un centro de salud Iquitos 2023?</p> <p>¿Cuáles son los niveles de funcionamiento cognitivo: normal, deterioro leve, moderado, severo, en los usuarios adultos mayores?</p> <p>¿Cómo se presenta la capacidad funcional: total independencia, dependencia leve, moderada, severo, total dependencia, en los usuarios adultos mayores?</p> <p>¿Existe relación</p>	<p>Objetivo general</p> <p>Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.</p> <p>Objetivos específicos</p> <p>Identificar la capacidad funcional de los usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.</p> <p>Identificar los niveles de funcionamiento cognitivo: normal, deterioro leve, moderado, grave, en usuarios adultos mayores.</p> <p>Identificar la capacidad funcional: total</p>	<p>Hipótesis alterna</p> <p>Existe relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional de los usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.</p> <p>Hipótesis nula</p> <p>No existe relación significativa entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional de los usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.</p>	<p>Variable Independiente: Funcionamiento cognitivo</p> <p>Variable Dependiente: Capacidad funcional.</p>	<p>Normal: cuando obtiene de 0 a 2 errores</p> <p>Deterioro cognitivo leve: cuando obtiene de 3 a 4 errores</p> <p>Deterioro cognitivo moderado: cuando obtiene de 5 a 7 errores</p> <p>Deterioro cognitivo o severo: cuando obtiene de 8 a 10 errores</p> <p>Dependencia total : cuando logra < de 20 puntos</p> <p>Dependencia grave: de 20 a 39 puntos</p> <p>Dependencia moderada: de 40 a 59 puntos</p> <p>Dependencia leve: de 60 a 99 puntos</p> <p>Independencia total: cuando logra 100 puntos.</p>	<p>Tipo de investigación</p> <p>La investigación es de tipo cuantitativa, analítico-observacional, descriptiva, correlacional, prospectiva.</p> <p>Diseño de investigación:</p> <p>El diseño de la investigación es: No experimental, transversal.</p> <p>Población:</p> <p>Estará conformada por los usuarios adultos mayores (de 60 años a más), de ambos sexos, del centro de salud San Juan Bautista, distrito del mismo nombre, que en base al número de atenciones mensuales en los diferentes consultorios y servicios de salud del año 2023, son 300 adultos mayores en promedio.</p> <p>Muestra:</p> <p>Será obtenida de la población, conformada por el 100% de usuarios adultos mayores, es decir, los 300 que en promedio solicitan atención en el centro de salud, que es una muestra representativa.</p> <p>Tipo de muestreo:</p> <p>Será el no probabilístico, por conveniencia, pues podrán participar en el estudio todos los adultos mayores que cumplan con los criterios de selección hasta completar los 300, los mismos que serán abordados según vayan llegando al centro de salud, mientras esperan su turno de atención o al salir de la atención.</p> <p>Técnicas:</p> <p>En la aplicación de los instrumentos, se utilizará la técnica de entrevista, a fin de facilitar al adulto mayor el desarrollo de los mismos sin la dificultad que podría tener para leer o escribir, y a la vez para precisar y aclarar sus dudas.</p>

<p>n significativa entre funcionamiento cognitivo y capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023?</p>	<p>independencia, dependencia leve, moderada, severo, total dependencia, en usuarios adultos mayores. Relacionar el nivel de funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en usuarios adultos mayores de un centro de salud Iquitos 2023.</p>				<p>Instrumentos de recolección de datos Los instrumentos que se utilizarán son dos: Cuestionario de Pfeiffer. Índice de Barthel.</p> <p>Validez y confiabilidad de los instrumentos El cuestionario de Pfeiffer no será validada, porque es un instrumento estandarizado y utilizado de manera formal por el Ministerio de Salud. El índice de Barthel igualmente no será validado, porque es un instrumento estandarizado, con validez y confiabilidad comprobada; muestra una alta validez y confiabilidad intraobservador con índices de Kappa entre 0,47 a 1,0 e interobservador de 0,84 a 0,97 (35).</p>
---	--	--	--	--	---

ANEXO 1 MATRIZ DE CONSISTENCIA

ANEXO 02: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Señor/a, buenos días, somos Bachilleres en Enfermería, Karol Viviana Sandoval Pezo y Greysi Luana Acuña Goñez egresadas de la Universidad Científica del Perú, estamos desarrollando el estudio sobre Funcionamiento cognitivo y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de salud San Juan Iquitos 2023, al cual le invitamos a participar. El objetivo es: Determinar la relación entre el funcionamiento cognitivo y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de salud San Juan, Iquitos 2023.

La investigación ha sido revisada por las autoridades de la Facultad y aprobada para ser ejecutada. La información que nos proporcione será mantenida en reserva, resguardando su confidencialidad y solamente se utilizará con fines de la investigación. No existe riesgo alguno para su integridad física, emocional, económica, ni moral, porque no se utilizarán procedimientos invasivos o de otro tipo. No está obligado a participar, es voluntaria, no se ofrece pago alguno por la participación, usted decide si participa o no.

Si acepta participar, firmará un consentimiento informado antes de responder a los instrumentos, en un tiempo de 25 minutos. Si decide no continuar, puede retirarse sin ningún tipo de represalias, perjuicios económicos o morales, sin dar explicación sobre su decisión.

Firma del Consentimiento

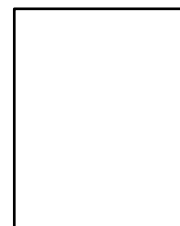
He leído la información sobre el estudio, he aclarado dudas satisfactoriamente y/o no fue necesario preguntar. Estoy de acuerdo en todo y decido participar en forma voluntaria. Firmo en señal de aceptación.

Iquitos.... de del 2024.

.....

Adulto mayor participante

Huella digital



ANEXO “3”: INSTRUMENTO 1 CUESTIONARIO DE PFEIFFER

I. PRESENTACIÓN

Es un instrumento estandarizado, cuya finalidad es explorar la memoria a corto y largo plazo, la orientación, la información sobre los hechos cotidianos y la capacidad de cálculo del adulto mayor, identificando en consecuencia la existencia y el grado de deterioro cognitivo. No brinda un diagnóstico definitivo, pero un resultado alto de errores requiere sugerir una evaluación médica más profunda o una evaluación psiquiátrica. Agradecemos su participación contestando de forma veraz. Duración de la aplicación: 10 minutos.

II. INSTRUCCIONES

Lea cada pregunta y escriba la respuesta en el recuadro correspondiente. Puede empezar diciendo "Le plantearé algunas preguntas para valorar su memoria". No haga juicios de valor como por ejemplo "las preguntas son muy sencillas", etc. Diga "Algunas veces pueden haber problemas para recordar ciertas cosas, pero si no sabe la respuesta, no hay problema". Considere la respuesta como correcta, si contesta sin mirar un calendario, periódico u otro documento que le facilite la respuesta. Si la respuesta es incorrecta o demora en responder, no corrija solo agradezca y marque como incorrecta. Sume el total de errores y califique de acuerdo a la guía de interpretación.

CONTENIDO

FECHA: / / **CÓDIGO.....**

DATOS DE IDENTIFICACIÓN

- Edad del evaluado: ____ - Sexo: F () M ()
- Estado civil: S () Conv () Cas () Sep/Div () Viuda/o ()
- Grado de instrucción: _____

PREGUNTA	RESPUESTA	
	Correcto	Error
1. ¿Cuál es la fecha de hoy? (Correcto, si dice día, mes, año)		
2. ¿Qué día de la semana es hoy? Correcto: si dice día exacto.		
3. ¿En qué lugar estamos? Correcto: si da alguna descripción correcta del lugar (hospital, hogar, centro, etc.)		
4. ¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene, pregunte ¿Cuál es su dirección completa? Correcto: si el dato es exacto.		
5. ¿Cuántos años tiene? Correcto: Si coincide con la fecha registrada en la historia clínica u otro documento del centro.		
6. ¿Dónde nació? Correcto: si dice día/mes/año, exacto.		
7. ¿Cuál es el nombre del presidente del Perú? Correcto: si dice al menos el apellido del presidente.		
8. ¿Quién fue el presidente anterior? Correcto: si dice el apellido		
9. ¿Cuál es el primer apellido de su madre? Correcto: si coincide con la historia clínica.		
10. Reste de 3 en 3, desde 30 hasta cero. Correcto: 30-27-24-21-18-15-12-9-6-3-0. Cualquier error se registra como tal.		
Total o número de errores:		
Marque con una X, el nivel de escolaridad del evaluado/a.	RESPUESTA	
a) Ninguna educación o analfabeto		
b) Educación básica o primaria incompleta		
c) Educación Superior		
NOTA: Colocar un punto por cada error. Adicione un error más si tiene Educación básica o ninguna, y disminuya un error si tiene Educación superior.		
VALORACIÓN COGNITIVA		

OBSERVACIONES:

¡Muchas gracias por su valiosa participación!

CALIFICACIÓN

- 1. Normal: cuando obtiene de 0 a 2 errores**
- 2. Deterioro cognitivo leve: cuando obtiene de 3 a 4 errores**
- 3. Deterioro cognitivo moderado: cuando obtiene de 5 a 7 errores**
- 4. Deterioro cognitivo severo: cuando obtiene de 8 a 10 errores**

ANEXO 3 ÍNDICE DE BARTHEL

I. PRESENTACIÓN

El Índice de Barthel, es un instrumento estandarizado, tiene la finalidad de valorar la funcionalidad del adulto mayor. Por ello, le solicitamos marcar todos los ítems con total veracidad, agradeciéndole anticipadamente su participación voluntaria. Duración de la aplicación: 10 minutos.

II. INSTRUCCIONES

Lea o escuche con atención cada aseveración y marque la respuesta en la columna de calificación.

CONTENIDO

FECHA: / /
 CÓDIGO:.....

DIMENSIONES	RESPUESTA	COD
En la situación en la que se encuentra, dígame ¿qué cosas es capaz de hacer?		
1. COMER		
a) Capaz de comer por si solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona	Totalmente independiente 10	1
b) Necesita ayuda para cortar la carne, el pan, etc. pero es capaz de comer solo	Necesita ayuda 5	2
c) Necesita ser alimentado por otra persona	Dependiente 0	3
2. LAVARSE		
a) Entra y sale solo del baño	Independiente 5	1
b) No es capaz de entrar y salir solo al baño	Dependiente 0	2
3. VESTIRSE		
a) Capaz de ponerse y quitarse la ropa, abotonarse, atarse los zapatos.	Independiente 10	1
b) Realiza al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	Necesita ayuda 5	2
c) Necesita ayuda total	Dependiente 0	3
4. ARREGLARSE		
a) Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda (bañarse, lavarse la cara, las manos, afeitarse, maquillarse, peinarse, etc.).	10 Independiente	1

b) Necesita que otra persona le provea o alcance los complementos necesarios.	5 Necesita Ayuda	2
c) Necesita ayuda en todo	0 Dependiente	3
5. DEPOSICIONES (Valore la semana previa)		
a) Ningún episodio de incontinencia urinaria	10 Continencia	1
b) Menos de una vez por semana o necesita ayuda para administrarse enemas o supositorios.	5 Incontinencia ocasional	2
c) Incontinente	0 Incontinencia	3
6. MICCIÓN (Valore la semana anterior)		
a) Ningún episodio de incontinencia urinaria, o es capaz de cuidar un dispositivo (sonda) solo.	10 Continencia normal	1
b) Máximo un episodio diario de incontinencia, o necesita ayuda para cuidar dispositivos (sonda)	5 Incontinencia ocasional	2
c) Incontinente	0 Incontinente	3
7. USAR EL RETRETE		
a) Entra y sale solo del retrete, no necesita ayuda	10 Independiente	1
b) Necesita ayuda para ir al retrete, pero se limpia solo	5 Necesita Ayuda	2
c) Incapaz de manejarse sin ayuda	0 Dependiente	3
8. TRASLADARSE SILLON-CAMA (Transferencia)		
a) No precisa ayuda para ir del sillón a la cama	15 Independiente	1
b) Necesita mínima ayuda física o supervisión verbal para ir del sillón a la cama.	10 Mínima Ayuda	2
c) Necesita gran ayuda, pero es capaz de mantenerse sentado solo	5 Gran Ayuda	3
d) Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	0 Dependiente	4
9. DEAMBULACION		
a) Camina solo y sin supervisión 50 metros o su equivalente por casa. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponerse y quitarse solo.	15 Independiente	1
b) Necesita ayuda física o supervisión para caminar 50 metros. Precisa utilizar andador	10 Necesita Ayuda	2
c) Independiente en silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisión	5 Independiente	3
d) Necesita ayuda total	0 Dependiente	4
1. SUBIR Y BAJAR ESCALERAS		
a) Capaz de subir y bajar escaleras de un piso, sin la ayuda ni supervisión de otra persona	10 Independiente	1
b) Necesita ayuda física o supervisión para hacerlo	5 Necesita ayuda	2
c) Incapaz de subir o bajar escalones	0 Dependiente	3

OBSERVACIONES:

.....

¡Muchas gracias por su participación!

CALIFICACIÓN

- 1. Dependencia total: cuando logra < de 20 puntos**
- 2. Dependencia grave: de 20 a 39 puntos**
- 3. Dependencia moderada: de 40 a 59 puntos**
- 4. Dependencia leve: de 60 a 99 puntos**
- 5. Independencia total: cuando logra 100 puntos.**