

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**COGNICIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO
MAYOR DEL CENTRO POBLADO SARABAMBA, 2025**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA
AUTORAS**

BACH. ENF. KAREN LICETH CIEZA VARGAS

ORCID:0009-0004-2593-8094

BACH. ENF. ALICIA DELGADO HERRERA

ORCID:0000-0002-2539-6756

ASESORA

DRA. ERLINDA HOLMOS FLORES

ORCID:0000-0003-2896-236X

CHOTA – PERÚ

2026



Chota, 27 de enero de 2026.

C.O. N° 011-2026-UI-FCCSS


CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Responsable de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, hace constar que el Informe Final de Tesis titulado: **“COGNICIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO POBLADO SARABAMBA, 2025”** elaborado por las Bachilleres en enfermería: **Alicia Delgado Herrera** y **Karen Liceth Cieza Vargas**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 16%, sin incluir material bibliográfico, material citado, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes; asimismo, comparado con contenido de páginas web, boletines, periódicos y publicaciones [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento de Grados y Títulos de la Universidad Nacional Autónoma de Chota.

Se expide la presente, en conformidad a la directiva antes mencionada, para los fines que estime pertinentes.

Atentamente,




Dr. JORGE ROMAIN TENORIO CARRANZA
Jefe de la Unidad de Investigación
Facultad Ciencias de la Salud
UNACH




Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

C.c.
Archivo
Ci2026

Karen Liceth Cieza Vargas

Alicia Delgado herrera

Turnitin

 Revisiones

 Revisiones de tesis

 Universidad Nacional Autonoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid:::1:3465622444

Fecha de entrega

26 ene 2026, 11:45 a.m. GMT-5

Fecha de descarga

26 ene 2026, 12:00 p.m. GMT-5

Nombre del archivo

Turnititn.docx

Tamaño del archivo

101.0 KB

40 páginas

10.407 palabras

55.857 caracteres




16% Similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para ca...

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Texto citado

Fuentes principales

- 16%  Fuentes de Internet
- 3%  Publicaciones
- 0%  Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Marcas de integridad

N.º de alertas de integridad para revisión

No se han detectado manipulaciones de texto sospechosas.

Los algoritmos de nuestro sistema analizan un documento en profundidad para buscar inconsistencias que permitirían distinguirlo de una entrega normal. Si advertimos algo extraño, lo marcamos como una alerta para que pueda revisarlo.

Una marca de alerta no es necesariamente un indicador de problemas. Sin embargo, recomendamos que preste atención y la revise.

Fuentes principales

- 16% Fuentes de Internet
- 3% Publicaciones
- 0% Trabajos entregados (trabajos del estudiante)

Fuentes principales

Las fuentes con el mayor número de coincidencias dentro de la entrega. Las fuentes superpuestas no se mostrarán.

1	Internet	repositorio.unach.edu.pe	7%
2	Internet	hdl.handle.net	2%
3	Internet	repositorio.unc.edu.pe	1%
4	Internet	www.scielo.org.co	<1%
5	Internet	www.slideshare.net	<1%
6	Internet	doaj.org	<1%
7	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	<1%
8	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	<1%
9	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	<1%
10	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	<1%
11	Internet	revmedicina.sld.cu	<1%

12	Internet	core.ac.uk	<1%
13	Internet	idoc.pub	<1%
14	Internet	repositorio.unica.edu.pe	<1%
15	Internet	dspace.unl.edu.ec	<1%
16	Internet	www.coursehero.com	<1%
17	Internet	news.un.org	<1%
18	Publicación	María de Jesús Cruz-Peralta, Ana Luisa González-Celis. "Intervenciones para mejo..."	<1%
19	Internet	docta.ucm.es	<1%
20	Internet	archive.org	<1%
21	Internet	1library.co	<1%
22	Internet	repositorio.uileam.edu.ec	<1%



Formato N° 11: Acta de sustentación Informe final de tesis

Siendo las 11:00 horas del día 14 de ENERO del año 2026, se reunieron en la Sala de Sustentaciones de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, el Jurado Evaluador presidido por el (la) Dr. Hernán Tafur Coronel, secretario (a) Mg. Rafaél Artidoro Sandoval Núñez, como vocal Dr. Salomón Huamán Quiña y como asesor (a) del Informe Final de Tesis el (la) Dra. Erlinda Holmos Flores.

Actuando de conformidad con el Reglamento Específico de la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud, se dio inicio a la Sustentación del Informe Final de Tesis: Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025

presentado por el (los) bachiller (es): Karen Liceth Cieza Vargas y Alicia Delgado Herrera de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó APROBAR el Informe Final de Tesis en mención con la calificación de (números y letras): CATORCE (14) y con la denominación APROBADO por lo tanto el(la) bachiller(es) puede(n) proseguir con los trámites ulteriores, para la recepción del diploma que le (la) acredite como licenciado (a) en Enfermería.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 12:30 del 14 de ENERO del 2026.

JURADO EVALUADOR	FIRMA
Presidente : - Dr. Hernán Tafur Coronel	
Secretario: - Mg. Rafaél Artidoro Sandoval Núñez	
Vocal: - Dr. Salomón Huamán Quiña	
ASESOR	FIRMA
- Dra. Erlinda Holmos Flores	





HOJA DE FIRMA DE JURADOS

Título de la Tesis:

"COGNICIÓN Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR SARABAMBA, 2025"

Autor(es):

Karen Liceth Cieza Vargas
Alicia Delgado Herrera

Dr. Hernán Tafur coronel
Presidente

Mg. Rafael Artidoro Sandoval Nuñez
Secretario

Dr. Salomon Huamán Quiña
Vocal

AGRADECIMIENTO

En primer lugar, agradecer profundamente a Dios por darnos la fuerza, la paciencia y la sabiduría necesarias para culminar esta etapa tan importante en nuestra vida.

A nuestra asesora/a de tesis, Dra. Erlinda Holmos Flores, por su guía, su tiempo y sus valiosas sugerencias durante todo el proceso. Su compromiso y dedicación han sido fundamentales para el desarrollo de este trabajo.

A nuestra familia, especialmente a nuestros padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y por ser la principal fuente de motivación.

A nuestros profesores/as y compañeros/as de la Universidad Nacional Autónoma de Chota, por compartir sus conocimientos, experiencias y por formar parte de este camino de aprendizaje.

Al personal del Centro de Salud del Centro Poblado de Sarabamba por brindarnos acceso a recursos y datos estadísticos durante la realización de esta investigación.

Finalmente, gracias a todos aquellos que, de una forma u otra, contribuyeron a la culminación de esta tesis. Este logro también es de ustedes.

A:

A Dios, por guiarnos en cada decisión y darnos la fuerza para continuar cuando el camino se hacía difícil. Sin su bendición, esta meta no habría sido posible. Por darnos sabiduría y fortaleza.

A nuestros padres, por su apoyo constante y por enseñarnos que la perseverancia y el esfuerzo son el camino hacia el éxito.

A todos nuestros docentes, por compartir con dedicación y paciencia sus conocimientos, por su compromiso en nuestra formación profesional y por ser fuente de inspiración durante este proceso académico.

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	viii
ABSTRACT	ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	6
2.1. Antecedentes del estudio	6
2.2. Bases conceptuales	9
2.3. Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	18
3.1. Ámbito de estudio	18
3.2. Diseño de investigación	18
3.3 Hipótesis	18
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	19
3.5. Operacionalización de las variables	19
3.6. Descripción de la metodología	22
3.7. Procedimiento y análisis de datos	23
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	24
4.1. Características sociodemográficas del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025	24
4.2. Nivel cognitivo del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025	27
4.3. Capacidad funcional del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.	30
4.4. Relación entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025	33
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	36
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	38
ANEXOS	50

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Características sociodemográficas del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025	24
Tabla 2.	Nivel cognitivo del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025	27
Tabla 3.	Capacidad funcional del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.	30
Tabla 4.	Relación entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025	33

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM	: Adulto mayor
AAVD	: Actividades avanzadas de la vida diaria
ABVD	: Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	: Actividades instrumentales de la vida diaria
ACV	: Accidente cerebro vascular
ALC	: América Latina y el Caribe
CPF	: Córtex prefrontal
DC	: Deterioro cognitivo
DF	: Dependencia funcional
MINSA	: Ministerio de Salud
OMS	: Organización Mundial de la Salud

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025. Investigación de enfoque cuantitativo, diseño no experimental, nivel relacional y de corte transversal, ejecutada con 112 adultos mayores. La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumentos, el cuestionario para deterioro cognitivo (Pfeiffer) y Índice de Barthel. En lo que respecta a las características sociodemográficas, la mayoría tenía entre 60 y 69 años, el 63,4% eran mujeres, el 57,1% estaban casados y el 93,8% tenían estudios incompletos de primaria. En cuanto al estado cognitivo, el 33,9% mostró deterioro cognitivo leve, el 25,0% deterioro cognitivo moderado; el 8,9% deterioro cognitivo severo; y el 32,1% sin deterioro cognitivo. En lo concerniente a la capacidad funcional, el 11,6% tenía dependencia funcional grave, el 10,7% dependencia funcional moderada, el 2,7% dependencia funcional leve y el 74,1% fueron independientes. Al relacionar las variables de estudio, el 31,3% de los adultos mayores que fueron independientes no tienen deterioro cognitivo y otro 31,3% tienen deterioro cognitivo leve. Se concluye que existe relación entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor, prueba de Rho de Spearman, que presentó un valor de -0,632 y un p-valor de 0,000.

Palabras clave: Cognición, capacidad funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

The research to determine the relationship between cognition and functional capacity in older adults from the Centro Poblado Sarabamba, 2025. This was a quantitative study with a non-experimental, relational, and cross-sectional design, conducted with 112 older adults. The technique used was a survey, and the instruments applied were the Pfeiffer Questionnaire for Cognitive Impairment and the Barthel Index. Regarding sociodemographic characteristics, most participants were between 60 and 69 years old, 63.4% were women, 57.1% were married, and 93.8% had incomplete primary education. Concerning cognitive status, 33.9% showed mild cognitive impairment, 25.0% moderate cognitive impairment, 8.9% severe cognitive impairment, and 32.1% had no cognitive impairment. Regarding functional capacity, 11.6% had severe functional dependence, 10.7% moderate functional dependence, 2.7% mild functional dependence, and 74.1% were independent. When relating the study variables, 31.3% of the older adults who were independent had no cognitive impairment, and another 31.3% had mild cognitive impairment. It is concluded that there is a relationship between cognitive level and functional capacity in older adults, based on the Chi-square test of independence, which yielded a value of 70.128 and a p-value of 0.001.

Keywords: Cognition, functional capacity, older adult.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La cognición es la capacidad mental que posee una persona para procesar información, tomar decisiones, resolver inconvenientes y comprender su ambiente. Implica diversas funciones cerebrales, como atención, memoria, lenguaje, funciones ejecutivas, praxias, habilidades visoespaciales, entre otras [1]. Sin embargo, al deterioro de estas funciones cerebrales se le conoce como deterioro cognitivo (DC), y es más prevalente en la etapa de adulto mayor (AM).

Según la organización Mundial de la Salud (OMS), cerca de 50 millones de personas mayores tienen DC. En Estados Unidos la prevalencia es del 11,2%, en Inglaterra 9,7%, al Oeste y Sur de Europa es de 7,1%, en China 6,0%, en India 7,4% y en Nigeria es de 4,9%. En Latinoamérica, la prevalencia de DC en las personas mayores (≥ 65 años) fue del 7,1% [2].

En Cuba la prevalencia de DC leve es del 7,76% a 16,5% en personas mayores a los 65 años y 40% en las personas de 85 años o más [3]. En las últimas décadas las estadísticas del DC se han incrementado principalmente en los países de América Latina y el Caribe (ALC) llegando hasta cifras de 65% en los AM [1]. El DC se incrementa con la edad, tal es así que un estudio afroamericano muestra una prevalencia de DC de 19,2% para el grupo de 65 a 74 años, 27,6% para los de 75 a 84 años y 38% para mayores de 85 años [4].

Un estudio realizado en Perú muestra una prevalencia de DC leve de 42,3% en las personas mayores, además, el DC se incrementa conforme aumenta la edad. Entre los factores de riesgo se encuentran la edad, el bajo grado de instrucción, las alteraciones de las pruebas de flexibilidad y movimiento, el accidente cerebrovascular (ACV) y la necesidad de un cuidador [5].

Con el envejecimiento se producen cambios que se evidencian en un DC, en especial en la función ejecutiva, que impacta la atención, la memoria operativa y

la flexibilidad cognitiva. Sin embargo, la concentración, la memoria de sucesos, el conocimiento de palabras y definiciones, así como la memoria pasada y procedimental parecen no disminuir. Asimismo, el vocabulario, la comprensión, la lectura y el lenguaje permanecen estables [6].

En tal sentido, es relevante tener en cuenta que la disminución de las funciones cognitivas está asociada con una edad más avanzada, lo cual contribuye a perder autonomía, independencia y funcionalidad. Esto se debe a que el rendimiento cognitivo tiene un vínculo directo con la capacidad funcional para llevar a cabo las actividades cotidianas [6]. Es importante valorar, preservar y mejorar la condición cognitiva en la vejez para promover el fortalecimiento de la identidad, la socialización con las nuevas generaciones y fomentar la independencia funcional, lo cual ayuda a tener una mejor calidad de vida y bienestar.

En Chota un estudio en AM muestra que el 60% de estos presentan algún grado de DC, siendo el deterioro moderado más frecuente con 33,7% [7]; el cual puede influir en la capacidad funcional del AM, conllevando en muchos casos a la dependencia funcional (DF). Este DC puede tener un impacto negativo en la capacidad funcional de los AM, esto implica que a las personas les podría costar llevar a cabo sus quehaceres diarios.

La DF es la condición de los ancianos que, debido a motivos relacionados con la pérdida de autonomía física, requieren asistencia y/o ayuda significativa para llevar a cabo sus actividades diarias [8]. Así, en ALC, cerca de ocho millones de AM son dependientes, lo que equivale a más del 1% de la población total [9].

La actividad de la corteza prefrontal del lóbulo frontal del cerebro es la que explica la relación entre la cognición y la capacidad funcional. Esta área desempeña funciones ejecutivas como la memoria operativa, flexibilidad cognitiva y atención, las cuales son esenciales para planificar, organizar, dirigir, revisar, regularizar y evaluar el comportamiento con el fin de adaptarse al entorno y lograr objetivos. No obstante, esta estructura se ve alterada por el envejecimiento. En este contexto, la capacidad funcional está determinada por la habilidad psicomotora.

Esta última se define como el desempeño de capacidades prácticas que requieren procesos cognitivos intencionales y coordinación muscular [6].

En México, 84% de los individuos de 75 años o más se enfrenta, al menos, un obstáculo para llevar a cabo las actividades diarias. En contraste, el 6,2% de las mujeres y el 2,5% de los hombres de entre 80 y 84 años tienen limitaciones físicas para ejecutar sus tareas cotidianas [10]. En Brasil, el 51,2% de las personas mayores tienen una dependencia moderada para las actividades básicas de la vida diaria; el 55,9%, para las actividades instrumentales; y el 85,7%, para las actividades avanzadas (AAVD) [11]. Porcentajes que ponen en evidencia una alta prevalencia de limitaciones funcionales en la población AM, lo que refleja la necesidad de fortalecer las políticas de atención geriátrica.

En Ecuador un estudio sobre la capacidad funcional reveló que el 31,1% de AM tuvieron dependencia funcional; mientras que, el 68,9% presentó independencia funcional para las actividades diarias [12]. En Huancayo, el 50% de las personas AM presentaron dependencia leve, mientras que, el 4% tuvo dependencia total [13]. Esto evidencia que una proporción considerable de AM que requieren apoyo parcial o total en sus actividades cotidianas, por lo que urge, la necesidad de fortalecer los programas de intervención y seguimiento a este grupo etario.

En Arequipa un estudio reveló que el 46,7% de los AM tuvieron dependencia funcional moderada, el 19,2% dependencia escasa, mientras que, solo el 6,7% tuvo dependencia severa [14]. Un estudio en Lima reveló que el 32,2% de los ancianos presentaba una dependencia total, el 10,4% una leve, el 8,7% una severa y el 7,8% una moderada [15]. De igual manera, en Chota el 69,7% tuvo dependencia moderada, el 21,2% dependencia grave y 3,0% dependencia total [16]. Esto indica que los AM con algún grado de dependencia funcional representa un desafío importante para los servicios sanitarios y la familia.

En consecuencia, el Ministerio de Salud (MINSA) ha puesto en marcha la Norma Técnica de Salud N° 229-MINSA/DGIESP-2025. Su objetivo es asegurar que se

ejerzan sus derechos con el fin de mejorar su calidad de vida y ofrecer asistencia en términos biológicos, emocionales y contextuales, cuidado integral de salud de las personas, así como desde los puntos de vista del paciente y considerando la interacción entre seres humanos durante el proceso de enfermedad [17].

El Centro Poblado de Sarabamba cuenta con un establecimiento de salud clasificado como categoría I-2, cuya finalidad es brindar atención primaria a la población. Sin embargo, se observa que los AM acuden a los servicios de salud únicamente cuando presentan alguna dolencia o problema físico, y no de manera preventiva o con fines de promoción de la salud. Asimismo, se identificó la ausencia de espacios de encuentro generacional orientados a fortalecer el proceso de envejecimiento saludable. Esto limita la implementación de programas que promuevan la integración familiar, el intercambio intergeneracional, la participación en actividades socioculturales y la adopción de estilos de vida saludables, fundamentales para lograr un envejecimiento activo y saludable.

El estudio tuvo como formulación del problema: ¿Cuál es la relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025?; y como hipótesis alterna: La relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025, es significativa. Objetivo general: Determinar la relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025; y como objetivos específicos: Caracterizar sociodemográficamente al adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025; Describir el nivel cognitivo del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025; Describir la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025 y Establecer el tipo de relación que existe entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.

Los resultados muestran que, en cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría tenía entre 60 y 69 años, el 63,4% eran mujeres, el 57,1% estaban casados y el 93,8% estudios de primaria incompleta. En cuanto al estado

cognitivo, el 33,9% mostró deterioro cognitivo leve, el 25,0% deterioro cognitivo moderado; el 8,9% deterioro cognitivo severo; y el 32,1% sin deterioro cognitivo. En lo concerniente a la capacidad funcional, el 11,6% tenía dependencia funcional grave, el 10,7% dependencia funcional moderada, el 2,7% dependencia funcional leve y el 74,1% fueron independientes. Además, se encontró relación entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor, mediante la prueba de Chi-cuadrado de Independencia, con valor de 70,128 y un p-valor de 0,001.

Los resultados muestran que en cuanto a las características sociodemográficas, la mayoría tenía entre 60 y 69 años, el 63,4% eran mujeres, el 57,1% estaban casados y el 93,8% estudios de primaria incompleta. En cuanto al estado cognitivo, el 33,9% mostró deterioro cognitivo leve, el 25,0% deterioro cognitivo moderado; el 8,9% deterioro cognitivo severo; y el 32,1% sin deterioro cognitivo. En lo concerniente a la capacidad funcional, el 11,6% tenía deterioro cognitivo grave, el 10,7% deterioro cognitivo moderado, el 2,7% deterioro cognitivo leve y el 74,1% fueron independientes. Al relacionar las variables se encontró que existe relación entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor, prueba de Chi-cuadrado de Pearson, que presentó un valor de 71,201 y un p-valor de 0,000.

La investigación consta de cinco capítulos: El Capítulo I contempla la introducción del tema investigado, exponiendo el contexto y los problemas que fundamentan estudio. Marco teórico, que comprende el Capítulo II, es donde se fundamenta la investigación a partir del conocimiento ya existente. El Capítulo III expone los métodos utilizados, así como las técnicas para recolectar y examinar datos. El Capítulo IV presenta los resultados obtenidos y el Capítulo IV presenta los resultados obtenidos y los analiza. Por último, en el capítulo V se encuentran las conclusiones que resultan de los hallazgos y las sugerencias adecuadas, además de las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Rodríguez CJ. et al. (México, 2024) investigaron la “Relación del deterioro cognitivo y dependencia funcional con calidad de vida en residentes de viviendas para personas adultas mayores”, su objetivo fue determinar la relación del DC y la DF con la calidad de vida en los AM. Investigación de abordaje cuantitativo, no experimental, relacional y transversal, realizado con 60 AM. Se encontró que el 75% tuvo DC leve, manifestado en atención y cálculo; el 68,3% dependencia funcional leve, con mayor necesidad de asistencia al subir y bajar escaleras; el 53,3% presentó buena percepción global sobre calidad de vida. Existió relación significativa entre DC y calidad de vida ($r=0,268$, $p=0.038$). Concluyeron que, a mayor capacidad cognitiva y funcional, mayor es la calidad de vida [18].

Montaño AL. (Ecuador, 2023) desarrolló la investigación: “Deterioro cognitivo y actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del Centro-Norte de la ciudad de Quito”, con el objetivo de relacionar las actividades instrumentales de la vida cotidiana con el DC. Investigación cuantitativa, relacional y transversal, muestra de 50 ancianos. Se encontró que el 18% de los AM experimentó DC leves, el 16% moderadas y el 8% graves. El 52% de los encuestados eran autónomos, el 26% DF leve, el 18% moderada y el 4% tenía DF severa. Los AM presentan diferentes niveles de DC, siendo el más común el nivel normal, y cuentan con un alto grado de autonomía en las tareas instrumentales cotidianas. Se encontró una relación estadística al correlacionar las variables a través de la prueba chi-cuadrado, cuyo p-valor fue menor a 0,05 [19].

Álvarez M y Ávila C. (Ecuador, 2022) investigaron sobre: “Deterioro cognitivo y actividades de la vida diaria en adultos mayores del centro geriátrico Hogar Cristo Rey”, con el objetivo de evaluar el grado de DC en

AM en relación a las actividades de la vida diaria. Investigación cuantitativa, de tipo descriptivo, correlacional y de corte transversal, muestra de 40 AM. El 50% eran mujeres; el 55%, demencia severa; el 25%, leve; el 15%, demencia leve de tipo cerebral y el 5% no presentaba DC. En cuanto a las actividades cotidianas, un 40% era independiente, el 20% dependía de una actividad, un 30% era parcialmente independiente y un 10% dependía de las seis funciones. A través de la prueba Chi-cuadrado de Pearson, cuyo valor p fue 0,620, determinaron que estas variables no están relacionadas [20].

Leitón ZE., et al. (Colombia, 2020) investigaron sobre: “Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor”, cuyo objetivo fue establecer la relación entre la capacidad funcional y la cognición. Investigación observacional, no experimental, de carácter descriptivo y relacional, que incluye a 110 personas AM. La investigación reveló que el 93,6% tenía una cognición normal, el 83,4% era autónomo en las actividades esenciales de la vida cotidiana y el 60% era independiente en las actividades instrumentales de la vida diaria. A través del Chi cuadrado, con p-valor=0,000 concluyen que existe relación entre la cognición y la capacidad funcional a través de las actividades instrumentales de la vida cotidiana [21].

A nivel nacional

Gutiérrez LL y Laos CA. (Perú, 2024) estudiaron el: “Estado cognitivo y capacidad funcional en el Hogar del Adulto Mayor San Juan De Dios, Ica”, con el fin de establecer la evaluación entre la capacidad funcional y el estado cognitivo. Investigación cuantitativa, relacional y transversal, con una muestra de 60 AM. El 40,0% experimentó nivel DC; el 58,3% tuvo DF leve en términos de capacidad funcional; en cuanto a dimensiones, la independencia predominó en las siguientes capacidades: alimentarse (46,7%), vestirse (38,3%), arreglarse (55,0%), defecar (63,4%), ir al baño (55,0%), moverse (40,0%) y subir escaleras (51,7%). En la capacidad de moverse, fue más común necesitar ayuda (40,0%), mientras que en la capacidad para realizar higiene corporal y orinar prevaleció la dependencia

(55% y 80,0%, respectivamente). En la capacidad de comer, asearse, vestirse, arreglarse, usar el baño, moverse y caminar, así como en subir escaleras, se descubrió una relación entre el estado cognitivo y la funcionalidad ($p=0,000$); sin embargo, no hubo relación con la capacidad para orinar o defecar [22].

Montalvo E y Yauri YY. (Perú, 2022) indagaron sobre: “Relación entre la actividad física con el deterioro cognitivo en adultos mayores obesos atendidos en CAM-ESSALUD, Cusco, 2022”, cuyo objetivo fue establecer la evaluación entre el DC y la actividad física en AM. Investigación no experimental, cuantitativa, correlacional y transversal, que incluye una población de 60 AM. El DC estuvo presente en todos los AM con obesidad moderada y en el 54,8% de aquellos que tenían obesidad leve. En términos de actividad física, el 42,2% reportó una actividad física baja, un 33,3% reportó una actividad física media y un 24,4 % reportó una actividad física alta. A través del Chi cuadrado, concluyeron que existe una variación positiva entre la actividad física y el DC en AM, con un valor p de 0,000 [23].

Mamani RM., et al. (Perú, 2022) investigaron sobre: “Actividad física y deterioro cognitivo en adultos mayores, Perú”, tuvo como objetivo Establecer el vínculo entre la actividad física y el DC. Investigación cuantitativa, con diseño no experimental, es descriptivo y transversal; la muestra incluye 203 participantes. En actividad física, el 33,9% de los individuos tuvo actividad moderada, el 33% tuvo actividad alta, el 21,6% tuvo actividad baja y el 11,3% no realizó ninguna actividad física. En cuanto al DC, se encontró que el 71,4% no mostró DC, mientras que un 16,2% tenía DC leve y un 12,32%, DC moderado. Determinaron que existe una relación entre estas variables por medio de la prueba Chi-cuadrado de Pearson, cuyo p-valor resultó ser $p<0,05$ [24].

Bazalar GA. (Perú, 2021) investigó sobre: “Deterioro cognitivo y desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores de un hospital de día de Surco – 2020”, con objetivo de determinar la relación entre el DC y el

desempeño de las actividades de la vida diaria. Investigación cuantitativo, correlacional y corte transversal, con muestra de 50 AM. En los resultados se encontró que el 16% presentó ausencia de DC; 6% es independiente en actividades básicas de la vida diaria y el 100% tuvo algún grado de DF en actividades instrumentales de la vida diaria. Concluyó que el DC guarda una estrecha relación con el desempeño de las actividades básicas de vida diaria (p valor = 0,018); sin embargo, no existe relación con las actividades instrumentales de la vida diaria (p valor = 0,10) [25].

A nivel local

Altamirano M y Oblitas N. (Perú, 2023) indagaron sobre: “Deterioro cognitivo y depresión durante la covid-19 en adultos mayores del Centro Integral de Adulto Mayor, Chota 2022”, cuyo objetivo fue determinar la relación entre el DC y la depresión durante la COVID-19 en AM. Estudio cuantitativo, no experimental, tipo relacional y trasversal, con una muestra de 100 AM. En los resultados se encontró que el 23% presentaron depresión; el 11% DC leve, 3% DC moderado y 21% de los AM que no tuvieron DC tuvieron depresión. Concluyen que no hay relación significativa entre el DC y la depresión en los AM mediante Chi-cuadrado, con p -valor fue $p < 0,05$ [26].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1 Bases teóricas

La teoría del autocuidado de Orem [27] es la base teórica de este estudio. Esta teoría general está formada por tres teorías vinculadas: la teoría de autocuidado, que aborda el porqué y el cómo las personas se cuidan a sí mismas; la teoría del déficit de autocuidado, que explica cómo la enfermería apoya a los individuos; y la teoría de sistemas de enfermería, que trata sobre las relaciones que deben preservarse.

Orem describió los siguientes conceptos paradigmáticos [27]:
Persona: como un ser biológico, racional y pensante, capaz de reflexionar sobre sí mismo y su ambiente, ayudándole a simbolizar lo

que experimentan y usar creaciones simbólicas para pensar, y comunicarse.

Cuidados de enfermería: como el ayudar a la persona a mantener acciones de autocuidado para salvaguardar su salud y la vida.

Entorno: conjunto de factores, físicos, químicos, biológicos y sociales, que influyen e interactúan en la persona.

Salud: estado que representa cosas diferentes en sus diferentes componentes cambiando a medida que cambian las características humanas y biológicas de esta.

Para Orem, es necesario definir los conceptos dados en esta teoría, asegurando su comprensión y adecuada utilización, como se describen a continuación [27]:

- Autocuidado: capacidad de cuidarse a uno mismo en beneficio de su vida, salud y bienestar, actividad aprendida por las personas orientada hacia un objetivo.
- Requisitos de autocuidado: son acciones necesarias para lograr un correcto autocuidado.
- Agencia de autocuidado: capacidad que permite, a las personas identificar los factores de riesgo para poder ser controlados.
- Déficit de autocuidado: las habilidades de la persona disminuyen para ejercer su autocuidado.
- Agencia de enfermería: hace referencia a las personas, principalmente profesionales de enfermería, cuya función se enfoca en ayudar al individuo a identificar y satisfacer sus demandas de autocuidado terapéutico.
- Sistema de enfermería: encargada de articular las teorías en la contribución el déficit en el autocuidado.

En este sentido la teoría del autocuidado de Orem plantea que la capacidad de un adulto mayor para cuidar de sí mismo es el fundamento para fomentar su bienestar; no obstante, este proceso se

encuentra condicionado por su estado cognitivo y capacidad funcional para llevar a cabo las actividades de autocuidado. Por lo tanto, aquellas personas que no puede llevar a cabo sus actividades cotidianas debido a limitaciones físicas o cognitivas (déficit de autocuidado), es aquí donde el personal de enfermería desempeña un papel fundamental al brindar apoyo y colaborar para cubrir las necesidades que no puede satisfacer por sí solo.

2.2.2 Cognición en el adulto mayor

A. Definición

Conjunto de habilidades y funciones que posibilitan a la persona realizar sus actividades cotidianas. Abarcan las habilidades visoespaciales, la atención, el lenguaje, la memoria, las funciones ejecutivas y las prácticas. No obstante, hay grupos de edad que están en riesgo, como los AM, cuyos mecanismos pueden estar comprometidos. En particular, las dinámicas familiares y sociales han experimentado cambios debido al envejecimiento y a sus estilos de vida. Esto provoca alteraciones en las funciones cognitivas de estos individuos [28].

B. Dimensiones del estado cognitivo

- Orientación

Es la capacidad que permite ser consciente de uno mismo y del ambiente en el que se encuentra en un determinado momento. Implica reconocer la fecha, el lugar en el que se encuentra y la situación actual [28, 29].

- Memoria

Evalúa la habilidad para retener y recuperar información. Se divide en memoria inmediata (recuerda información reciente) y memoria diferida (recuerda información después de unos minutos) [28, 29].

- Atención y cálculo

Implica la capacidad de concentrarse en una tarea, mantener el foco mental y realizar operaciones básicas, como cálculos matemáticos simples [28, 29].

- Lenguaje y comprensión

Evalúa las habilidades para expresarse y entender instrucciones verbales y escritas. Contempla aspectos como nombrar objetos, repetir frases, seguir órdenes simples y escribir oraciones [28, 29].

- Capacidad de evocación

Es la habilidad para recordar espontáneamente información aprendida previamente, sin necesidad de pistas. Es clave para evaluar el funcionamiento de la memoria a corto y mediano plazo [28, 29].

- Funciones visoespaciales

Involucra la percepción visual y la capacidad de interpretar, reproducir y organizar el espacio. Se evalúa mediante tareas como copiar figuras geométricas, y es importante para la orientación y la movilidad [28, 29].

C. Factores de riesgo del deterioro cognitivo

Los factores más significativos para sufrir un DC incluyen: una educación de menor nivel, riesgo cardiovascular (como hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad), así como la presencia de accidentes cerebrovasculares o enfermedades cardíacas preexistentes. Los individuos que presentan síntomas neuropsiquiátricos, tales como la depresión, la ansiedad, la apatía y la agitación [29].

D. Tipos de deterioro cognitivo

Entre ellas tenemos [30]:

- **Deterioro cognitivo leve:** Alteraciones o pérdidas de memoria que están relacionadas con la cognición, pero no impactan en el funcionamiento diario. Hay dos subtipos: uno es el amnésico y el otro es el no amnésico. La memoria se deteriora en el deterioro amnésico, pero no se cumplen los criterios de diagnóstico necesarios para ser considerada demencia. Por su parte, el DC leve no amnésico se expresa a través de la reducción de las capacidades que no están relacionadas con la memoria, como son el lenguaje, la atención y las habilidades visuoespaciales, entre otras.
- **Deterioro cognitivo moderado:** Se refleja en una percepción confusa del espacio y del tiempo. La persona suele olvidar los nombres de sus seres queridos o mostrar dificultades con la memoria reciente y cambios en su humor (irritabilidad). Así, en una demencia leve, las habilidades cognitivas comienzan a deteriorarse de manera más notable.
- **Deterioro cognitivo severo:** Como el paciente ya no entiende el mensaje y tampoco puede responder, no hay posibilidad de comunicarse con él. La persona es completamente dependiente y su memoria a largo plazo está totalmente perdida, por lo que requiere de un cuidador.

E. Fisiopatología del deterioro cognitivo

El DC que se producen en el córtex prefrontal (CPF), que se presentan con disfunción ejecutiva en el individuo, lo que podría afectar a varios procesos, como la memoria operativa, la memoria prospectiva, la atención o la flexibilidad cognitiva. Por otro lado, está relacionado con el síndrome de desconexión, donde no hay conectividad entre CPF con las funciones ejecutivas (áreas

posteriores del cerebro) indispensables en la ejecución de los procesos básicos [6].

F. Diagnóstico del deterioro cognitivo

Para llevarlo a cabo, se someterá a las personas a una evaluación minuciosa de su condición física, neurológica, cognitiva, funcional y psicológica. Así, se evaluará el estado mental de los AM a través de diversas herramientas de medición, entre las cuales el Mini Mental es una de las más comunes [31].

G. Tratamiento del deterioro cognitivo

a) Tratamiento farmacológico: Está enfocado a la sintomatología de la enfermedad, no intenta curar, pero si aumentar la calidad de vida retrasando el disfuncionamiento cognitivo, por ende, es importante mantener un control estricto de la enfermedad. Algunos de ellos son los siguientes: inhibidores de la acetilcolinesterasa, noótrofos, neuroprotectores y bloqueadores del receptor NMDA del glutamato.

b) Tratamiento no farmacológico: Incluye una dieta mediterránea y estimulación cognitiva: Ingerir pescado, verduras, legumbres, cereales y frutas; vigilar los factores de riesgo vascular; hacer ejercicio físico; practicar pasatiempos; mantener relaciones sociales y consumir aceite de oliva y semillas [32].

H. Medidas preventivas del deterioro cognitivo

Un estilo de vida saludable, incluye realizar ejercicio de manera regular, no fumar, no beber alcohol, puede reducir el riesgo de DC, controlar el peso, tener una dieta saludable, manteniendo los valores de presión arterial, colesterol y azúcar en la sangre son otras recomendaciones para evitar la afección cognitiva [33].

2.2.3 Capacidad funcional en el adulto mayor

A. Definición

Es la capacidad de un individuo para llevar a cabo tareas específicas o actividades diarias y su habilidad para ajustarse a las demandas de la vida cotidiana. Es el resultado de la interacción entre la persona y su capacidad intrínseca, física, mental y las propiedades del medio ambiente. Este se vuelve un indicador fundamental para determinar la salud de los individuos de mayor edad. Así como las diferentes funciones que realiza el cuerpo, como el esfuerzo respiratorio, la función cardiovascular, muscular, renal, hepático, entre otros [34].

B. Dimensiones de la capacidad funcional

Algunas de ellas son: asearse, vestirse, bañarse, controlar esfínteres y heces, usar el baño, moverse de un lugar a otro (de la cama a la silla o viceversa), desplazarse y subir o bajar escaleras. En otras palabras, comprende actividades fundamentales de la vida cotidiana que los ancianos llevan a cabo con frecuencia [35].

C. Clasificación de la funcionalidad

Se clasifican en [35]:

- **Funcional o independiente:** El AM es capaz de preservarse a sí mismo y mantener vínculos sociales.
- **Dependiente leve:** El AM requiere de asistencia externa, como el transporte para llevar a cabo las compras.
- **Dependiente moderada:** El AM requiere asistencia para llevar a cabo varias actividades básicas de la vida diaria al menos una vez al día, aunque no de forma constante.
- **Dependiente severa:** El AM requiere apoyo para llevar a cabo varias tareas fundamentales de la vida cotidiana de dos a tres veces al día, aunque no necesita ayuda permanente de un cuidador.
- **Gran dependencia (total):** El AM requiere asistencia para llevar a cabo distintas tareas elementales de la vida cotidiana en varias

ocasiones al día, y dado que ha perdido completamente la autonomía física o mental, necesita el respaldo constante e indispensable de un cuidador.

D. Funcionalidad en los adultos mayores

La ancianidad es una etapa de la vida que van a experimentar un gran número de personas. Si bien esta etapa no es una enfermedad, sin embargo, se eleva el riesgo de enfermedades, pérdida de la autonomía y de la funcionalidad. Por ende, esta idea de función debemos conceptualizarla como la capacidad que tienen las personas para llevar a cabo de manera libre, actividades de un mayor o menor nivel de complejidad [36].

La vejez es un elemento relevante que se relaciona con la dependencia funcional, ya que el organismo sufre un deterioro natural a medida que envejece, lo cual hace que aumente la prevalencia y la intensidad de las enfermedades. Al examinar la condición de dependencia por tramo etario entre las personas, se observa que no es uniforme [37].

Es así que la dependencia baja desde los adultos jóvenes (de 18 a 29 años) hasta el grupo de adultos (de 30 a 45 años), y después se incrementa con grupos de edad más alta, sobre todo en Los AM. Por otra parte, la gravedad de la dependencia aumenta con el paso de los años; es decir, a medida que las personas envejecen, se presenta un porcentaje más alto de individuos que se encuentran en una situación de dependencia severa [37].

E. Instrumentos para medir la funcionalidad

Si consideramos que la funcionalidad no se basa en las habilidades físicas del hombre, sino en su conexión con la comunidad a través de su participación diaria, podemos medirla a partir de las actividades cotidianas. Estos se han calculado mediante la detección de

problemas para llevar a cabo actividades cotidianas básicas como vestirse, bañarse y comer. El Índice de Barthel y el Índice de Katz son las herramientas que se utilizan para valorar la capacidad a partir de las ABVD (actividades básicas de la vida diaria) [38].

2.3. Definición de términos básicos

- a) **Deterioro cognitivo:** Es un estado clínico que se encuentra entre el envejecimiento normal y un posible proceso de demencia, caracterizado por la pérdida de memoria que excede lo esperado para la edad [39].

- b) **Capacidad funcional:** Conjunto de acciones para conservar la independencia o autonomía de la persona, combinación e interacción de la capacidad intrínseca con el entorno donde la habita [40].

- c) **Envejecimiento:** Proceso ininterrumpido, complejo e irreversible de transformación múltiple que es biopsicosocial a lo largo de toda la vida. Esto implica una reducción progresiva de las capacidades físicas y mentales, así como un aumento en el riesgo de padecer enfermedades e incluso la muerte [41].

- d) **Adulto mayor:** Es una persona mayor de 60 años. Con cambios a nivel físico, psicológico y sociales. Esto es consecuencia de diferentes enfermedades, además de cambios en el entorno vinculado a la familia, economía y relaciones [42].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

Se realizó en el centro poblado Sarabamba, situado a 2718 metros sobre el nivel del mar. Este pertenece al distrito de Chota, dentro de la provincia con el mismo nombre y tiene un código modular 1330141. Para llegar a él, se puede acceder por carretera afirmada hacia dicho lugar. Los límites de la comunidad son: al norte con Cruz de Mayo, al sur con Limonal, al este con La Florida y al oeste con El Tambo. La población se dedica en su mayoría al sector primario (ganadería, agricultura y silvicultura) y hay cerca de 238 viviendas [43].

Está a una distancia de 45 a 50 minutos de la ciudad de Chota por la carretera Chota al Campamento. Cuenta con un aproximado de 240 viviendas, cuenta con centros educativos de nivel primario y secundario, así como un puesto de salud de categoría I – 2, que brinda atención a la población en general, en el caso de las personas adultas mayores, presta atención a unos 200 AM que proceden de la Capilla, Alicón, Progreso, Llasvilca y el mismo Sarabamba [44].

3.2. Diseño de investigación

El presente estudio es de diseño no experimental, puesto que se basa en observar los fenómenos tal y como se muestran en su contexto natural para después analizarlo. De enfoque cuantitativo, en otras palabras, emplea el análisis estadístico, de nivel descriptivo-relacional: descriptivo porque describe las variables que se están estudiando; relacional porque determinará la relación entre la cognición y la capacidad funcional en el AM; y de corte transversal, dado que la recolección de datos se llevó a cabo en un único momento [45].

3.3. Hipótesis

H1: La relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025, es significativa.

Ho: La relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025, no es significativa.

3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo conformada por 150 AM pertenecientes al Centro Poblado de Sarabamba correspondiente al año 2025. Teniendo en cuenta que es una población accesible y finita se trabajó con la totalidad, por lo que, no fue necesario obtener muestra. Es necesario indicar que algunos AM no se encontraron en sus viviendas, otros no quisieron participar del estudio y otros no cumplieron con los criterios de inclusión, por lo que solo se trabajó con 112 AM.

Criterios de inclusión:

- AM de ambos sexos.
- AM que residen en el Centro Poblado de Sarabamba.
- AM que firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión:

- AM que tienen enfermedad psiquiátrica o discapacidad mental.
- AM con alteraciones sensoriales o motoras.
- AM que cuenten como mínimo con estudios de primaria completos.

La unidad de análisis la constituye cada AM perteneciente al Centro Poblado de Sarabamba.

3.5. Operacionalización de variables

a) Cognición en el AM

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Cognición en el AM	Conjunto de funciones y habilidades que posibilitan que el AM lleve a cabo sus tareas diarias. El lenguaje, la atención, la memoria, las funciones ejecutivas, las praxias y las capacidades visoespaciales son algunas de estas funciones [28].	Orientación	- Orientación en tiempo. - Orientación en espacio.	Sin DC: ≤ 2 errores. DC leve: 3 a 4 errores. DC moderado: 5 a 7 errores. DC severo: 8 a 10 errores.
		Memoria	- Recuerda datos y fechas. - Recuerda sucesos actuales. - Recuerda sucesos pasados.	
		Atención y cálculo	- Cálculo mental y concentración.	
		Lenguaje y comprensión	- Denominación, repetición y comprensión de órdenes.	
		Capacidad de evocación	- Evocación espontánea de información.	
		Funciones visoespaciales	Reproducción de figuras o escritura	

b) Capacidad funcional en el AM

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Indicadores	Valor final
Capacidad funcional en el AM	Es la habilidad de una persona para realizar actividades cotidianas o tareas específicas, y su capacidad para adaptarse a las exigencias de la vida diaria [34].	Comer	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita ayuda - Independiente 	Dependencia total: 0 a 20 puntos. Dependencia grave: 21 a 60 puntos. Dependencia moderada: 61 a 90 puntos. Dependencia leve: 91-99 puntos. Independiente: 100 puntos.
		Aseo personal	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Independiente 	
		Vestido	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita ayuda - Independiente 	
		Baño	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Independiente 	
		Control de heces	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia - Episodios de incontinencia - Continencia normal 	
		Control de esfínteres	<ul style="list-style-type: none"> - Incontinencia - Episodios de incontinencia - Continencia normal 	
		Uso de retrete (letrina)	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita ayuda - Independiente 	
		Traslado silla/cama	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita ayuda - Independiente 	
		Desplazamiento	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita ayuda - Independiente 	
		Subida/bajada de escaleras (desplazarse por terrenos irregulares, pendientes naturales)	<ul style="list-style-type: none"> - Dependiente - Necesita ayuda - Independiente 	

3.6. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

Técnica de recolección de datos

Se utilizó como técnica la encuesta de manera personal, anónima y presencial, la cual permitió recoger la información referente a cognición y capacidad funcional del AM del Centro Poblado de Sarabamba.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó el permiso correspondiente al teniente gobernador del Centro Poblado de Sarabamba para que los adultos mayores estén informados sobre el estudio, luego se programó una reunión de manera presencial para informarles sobre el propósito del estudio, posteriormente se procedió a recabar la información mediante una visita domiciliaria, previa firma del consentimiento informado, y que cumplan con los criterios de inclusión.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

Se hizo uso de dos instrumentos para medir las variables en estudio. El primero es el Cuestionario para deterioro cognitivo (Pfeiffer), es una herramienta breve y sencilla diseñada para evaluar el estado cognitivo y detectar deterioro cognitivo especialmente en AM, fue adaptado por Villarejo y Puertas [46]; cuenta con 10 preguntas, en donde cada pregunta tiene dos opciones de respuesta ("0" cuando responde correctamente y "1" cuando no responde la interrogante, equivalente a un error); al final se suman todas las preguntas y se realizó la puntuación: No DC: ≤ 2 E, DC leve: 3 a 4 E, no tengan estudios o estudios de primaria incompleta se restará un punto a la puntuación total.

El segundo instrumento fue el Índice de Barthel (IB), que fue adaptado por Correa y Gala [47]; se usa para evaluar el grado de independencia en las ABVD. La escala incluye diez áreas de ABVD: asearse, ir al baño, bañarse, v trasladarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, controlar el intestino y la orina, trasladarse entre la silla y la cama. Que tiene una calificación total que va de 0 a 100 puntos; donde se clasifica en función del

puntaje obtenido: 0-20 es dependencia total, 21-60 es dependencia grave, 61-90 es dependencia moderada, 91-99 es dependencia leve y 100 es independencia.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

Una vez recolectada la información se elaboró una matriz de datos en Microsoft Excel, que luego fueron exportadas al programa estadístico R(R-Project). La estadística descriptiva incluye la obtención de frecuencias absolutas y relativas (tablas simples); mientras que la estadística inferencial, permitió determinar la relación entre la cognición y capacidad funcional en el AM; y para la comprobación de hipótesis se utilizó prueba de Rho de Spearman, estableciendo un nivel de confianza del 95% y considerando un valor de significancia de $p < 0,05$.

CAPÍTULO IV RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025

Tabla 1: Características sociodemográficas del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025

Edad	N	%
60 a 69 años	46	41,1
70 a 79 años	44	39,3
80 a más años	22	19,6
Sexo		
Masculino	41	36,6
Femenino	71	63,4
Estado civil		
Casada (o)	64	57,1
Divorciada (o)	7	6,3
Soltera (o)	35	31,3
Viuda (o)	6	5,4
Grado de instrucción		
Primaria completa	7	6,3
Primaria incompleta	105	93,8
Total	112	100,0

La tabla 1 muestra que el grupo de edad con mayor cantidad de AM es el de 60 a 69 años (41,1%), lo cual concuerda con la tendencia demográfica del envejecimiento progresivo de dicho grupo. Investigaciones indican que, si bien el DC se intensifica con la edad, las transformaciones tienden a volverse más rápidas después de los 65 años. Tal es así, un estudio llevado a cabo en China encontró que la función cognitiva disminuye con el paso de los años y que este descenso se agudiza después de los 65 [49].

Se cree que con el envejecimiento se producen cambios que se evidencian en un DC, en especial en la función ejecutiva, que impacta la atención, la memoria operativa y la flexibilidad cognitiva. Sin embargo, la concentración, la memoria de sucesos, el conocimiento de palabras y definiciones, así como la memoria pasada y procedimental parecen no disminuir. Asimismo, el vocabulario, la comprensión, la lectura y el lenguaje permanecen estables [6].

Por otro lado, las actividades básicas de la vida diaria están fuertemente relacionada con la salud cognitiva. Una revisión sistemática de investigaciones acerca de la fragilidad cognitiva (una combinación de deterioro cognitivo y fragilidad física) en AM mostraron que las personas con ambas condiciones tienen una probabilidad considerablemente más alta de dependencia funcional [50].

En tal sentido, es relevante tener en cuenta que la disminución de las funciones cognitivas está asociada con una edad más avanzada, lo cual contribuye a perder autonomía, independencia y funcionalidad. Esto se debe a que el rendimiento cognitivo tiene un vínculo directo con la capacidad funcional para llevar a cabo las actividades cotidianas [6]. Es por ello, que es importante valorar, preservar y mejorar la condición cognitiva en la vejez para promover el fortalecimiento de la identidad, la socialización con las nuevas generaciones y fomentar la independencia funcional, lo cual ayuda a tener una mejor calidad de vida y bienestar.

Se observa que el sexo femenino predomina (63,4%), lo cual se debe a que las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres. De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), las mujeres tienen una esperanza de vida más alta que los hombres, entre cinco y siete años más, lo cual explica que estén más representadas en los grupos de edad avanzada. Sin embargo, a pesar de que las mujeres tienen mayor esperanza de vida, varios estudios han demostrado que su prevalencia de DC y DF en términos funcionales es más alta que la de los hombres [51].

Esto está relacionado con elementos sociales, biológicos y económicos. Un estudio hecho en China demostró que las mujeres más viejas tienen un riesgo más alto de sufrir DC y un rendimiento funcional inferior; esto podría estar vinculado con

diferencias hormonales, menor acceso a la educación a lo largo de la historia y una carga de enfermedades crónicas más elevada [51]. En tal sentido, la preponderancia de mujeres en esta muestra representa una tendencia poblacional prevista, pero también indica que es necesario elaborar estrategias concretas para fomentar la función y la cognición en las mujeres de edad avanzada, el sector con más riesgo de DC o dependencia en los últimos períodos de vida.

En cuanto al estado civil, el 57,1% está casado, esto podría tener un impacto positivo en su estado cognitivo, ya que la relación matrimonial tiende a promover el acompañamiento, el soporte emocional y la Interacción social. Por otra parte, un alto porcentaje (93,8%) no terminó la escuela primaria, lo cual muestra una limitación en términos educativos que es habitual en generaciones pasadas. Esta circunstancia no solamente constituye un obstáculo para acceder a información acerca del autocuidado, sino que además podría tener un impacto negativo en la condición cognitiva de las personas AM, al disminuir las posibilidades de estimular su intelecto y desarrollar habilidades para manejar los cambios externos del envejecimiento.

Diversos estudios recientes señalan que las personas mayores que están casadas tienden a presentar menor riesgo de deterioro cognitivo en comparación con quienes viven solos, están divorciados o viudos. Un estudio en China encontró que tener cónyuge se relaciona con mejor funcionamiento cognitivo, y que los efectos del estado civil en la cognición están parcialmente mediados por el apoyo social informal [52].

Un estudio en India reveló que los AM casados tienen un riesgo más bajo de sufrir DC en comparación con los que son solteros o viudos. Este descubrimiento indica que la relación matrimonial podría tener un efecto protector sobre la función cognitiva, probablemente a causa del respaldo emocional, el acompañamiento permanente y la estimulación social que brinda el vivir en pareja [53].

4.2. Nivel cognitivo del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025

Tabla 2: Nivel cognitivo del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.

Nivel cognitivo	N	%
Sin deterioro cognitivo	36	32,1
Deterioro cognitivo leve	38	33,9
Deterioro cognitivo moderado	28	25,0
Deterioro cognitivo severo	10	8,9
Total	112	100,0

La tabla 2 muestra que el 33,9% de los AM presentan DC leve, el 25,0% DC moderado, el 8,9% DC severo y el 32,1% sin DC. Los resultados muestran que más de la mitad de los AM estudiados presentan algún nivel de afectación cognitiva, siendo el deterioro leve el más común. Este resultado es congruente con el estudio de Zhang et al [54], que indica que el DC leve es la forma más frecuente en las fases tempranas del envejecimiento y puede avanzar hacia una demencia si no se actúa a tiempo.

Sin embargo, hay antecedentes internacionales cuyos resultados no coinciden con los hallazgos de esta investigación. Rodríguez et [18], reportaron que un 75% de los AM tuvieron una leve disminución cognitiva, lo cual sugiere una prevalencia más alta en comparación con nuestros hallazgos. Montaña [19] halló, de forma parecida, que el 18% de los AM sufrieron un leve deterioro cognitivo, el 16% un deterioro moderado y el 8% uno grave. Esto demuestra una distribución más variada de los grados de compromiso cognitivo.

Asimismo, a escala nacional se observan antecedentes cuyos resultados no coinciden con los hallazgos de la presente investigación. Gutiérrez y Laos [22], informó que el 40% de los AM mostraban un cierto nivel de DC. En cuanto a Mamani et al [24], hallaron que el 71,4% no mostró DC, en tanto que un 16,2% tuvo un DC leve y otro 12,3%, un DC moderado. En la misma línea, Bazalar [25] informó que el 16% de las personas AM no mostraban DC. Las disparidades mencionadas podrían

deberse a las variaciones en los rasgos sociodemográficos de las muestras, los criterios usados para el diagnóstico, los instrumentos que se utilizaron para la evaluación o el estado de vida y salud de los participantes.

Altamirano y Oblitas [26], llevaron a cabo una investigación en el ámbito local cuyos hallazgos contrastan con los de este estudio. En su investigación, informó que el 21% de los AM no mostró indicios de DC, el 11% presentó un DC leve y el 3% experimentó un DC moderado. Estas cifras muestran que la prevalencia general de afectación cognitiva es menor que los resultados del presente estudio. Las disparidades podrían ser debidas a elementos como el nivel de escolaridad, la edad promedio de los participantes, las condiciones socioeconómicas o el contexto social y familiar, que tienen un impacto directo en la estimulación cognitiva y en cómo se preservan las funciones mentales.

El estado cognitivo, se refiere al conjunto de habilidades y funciones que posibilitan a la persona realizar sus actividades cotidianas. Abarcan las habilidades visoespaciales, la atención, el lenguaje, la memoria, las funciones ejecutivas y las prácticas. No obstante, hay grupos de edad que están en riesgo, como los AM, cuyos mecanismos pueden estar comprometidos como se muestra en el resultado. En particular, las dinámicas familiares y sociales han experimentado cambios debido al envejecimiento y a sus estilos de vida, esto provoca alteraciones en las funciones cognitivas de estos individuos [28].

Entre los factores de riesgo del DC se encuentra la educación de menor nivel, riesgo cardiovascular (como hipertensión arterial, diabetes mellitus y obesidad), así como la presencia de accidentes cerebrovasculares o enfermedades cardíacas preexistentes. Los individuos que presentan síntomas neuropsiquiátricos, tales como la depresión, la ansiedad, la apatía y la agitación [29].

En el caso del DC leve, generalmente existe alteraciones de memoria que están relacionadas con la cognición, pero no impactan en el funcionamiento diario. Hay dos subtipos: uno es el amnésico y el otro es el no amnésico. La memoria se deteriora en el deterioro amnésico, pero no se cumplen los criterios de diagnóstico necesarios para ser considerada demencia. Por su parte, el DC leve no amnésico se expresa a través de la reducción de las capacidades que no están relacionadas

con la memoria, como son el lenguaje, la atención y las habilidades visuoespaciales, entre otras [29].

Asimismo, el DC que se producen en el CPF, que se presentan con disfunción ejecutiva en el individuo, lo que podría afectar a varios procesos, como la memoria operativa, la memoria prospectiva, la atención o la flexibilidad cognitiva. Por otro lado, está relacionado con el síndrome de desconexión, donde no hay conectividad entre CPF con las funciones ejecutivas (áreas posteriores del cerebro) indispensables en la ejecución de los procesos básicos [6].

Es por ello, que debe someterse a las personas AM a una evaluación minuciosa de su condición física, neurológica, cognitiva, funcional y psicológica. Así, se evaluará su estado mental a través de diversas herramientas de medición, entre las cuales el Mini Mental es una de las más comunes [31]. Además, es imprescindible establecer medidas preventivas para atenuar el DC mediante la promoción de un estilo de vida saludable, que incluye realizar ejercicio de manera regular, no fumar, no beber alcohol, controlar el peso, tener una dieta saludable, manteniendo los valores de presión arterial, colesterol y azúcar en la sangre para evitar la afección cognitiva [33].

4.3. Capacidad funcional del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.

Tabla 3. Capacidad funcional del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.

Capacidad funcional	N	%
Dependencia total	1	0,9
Dependencia grave	13	11,6
Dependencia moderada	12	10,7
Dependencia leve	3	2,7
Independiente	83	74,1
Total	112	100,0

La Tabla 3 muestra que el 74,1% de los AM son funcionalmente independientes, lo cual significa que mantienen su autonomía para llevar a cabo las actividades fundamentales de la vida cotidiana; sin embargo, el grupo de adultos mayores con algún grado de dependencia es un conjunto que necesita atención prioritaria. El 11,6% exhibe dependencia funcional severa, lo cual indica limitaciones significativas que podrían poner en riesgo su seguridad y su habilidad para desenvolverse sin ayuda continua. Asimismo, el 10,7% muestra dependencia moderada y el 2,7%, dependencia leve, lo que señala que hay problemas para llevar a cabo las actividades diarias. Por último, el 0,9% muestra dependencia total, lo que significa que el anciano requiere ayuda constante para casi todas las actividades fundamentales.

Estos resultados muestran que, a pesar de que la mayor parte tiene un nivel funcional aceptable, hay un grupo vulnerable que necesita asistencia total o parcial para desenvolverse en su entorno. La presencia de factores como enfermedades crónicas, el deterioro cognitivo, la escasez de redes familiares que brindan apoyo, o ser mayor de edad pueden contribuir a esta situación, los cuales impactan directamente sobre la capacidad funcional del AM [35].

El hallazgo obtenido no concuerda con lo que varios autores reportaron en investigaciones anteriores. Rodríguez et [18], hallaron que el 68,3% de los AM

experimentaron DF leve, subrayando que la asistencia fue más requerida en actividades vinculadas con la movilidad; esto muestra una reducción temprana de la habilidad física por encima de la autonomía total. Montaña [98], informó también que el 52% de los participantes eran autónomos; el 26%, dependientes de manera leve; el 18%, moderado, y el 4%, severo. Esto muestra un patrón gradual en la dependencia, con la mayor parte manteniendo aún cierta autonomía para las tareas básicas del día a día. Gutiérrez y Laos [22] indicaron, por su parte, que el 58,3% de las personas mayores mostraron dependencia funcional leve. Esto también señala que los niveles leves son los más comunes entre la población geriátrica.

La vejez es un elemento relevante que se relaciona con la dependencia funcional, ya que el organismo sufre un deterioro natural a medida que envejece, lo cual hace que aumente la prevalencia y la intensidad de las enfermedades. Al examinar la condición de dependencia por tramo etario entre las personas, se observa que no es uniforme [37]. Es así que la dependencia funcional se incrementa con grupos de edad más elevada, sobre todo en los AM, como se muestra en el estudio. Además, la gravedad de la dependencia aumenta con el paso de los años; es decir, a medida que las personas envejecen, se presenta un porcentaje más alto de individuos que se encuentran en una situación de dependencia severa [37].

La funcionalidad del AM se clasifica en cinco niveles: independencia, que ocurre cuando es capaz de valerse por sí mismo y sostener vínculos sociales; dependencia leve, que se presenta cuando necesita ayuda ocasional, como al ir a comprar o al transportarse; dependencia moderada, que sucede cuando precisa asistencia en algunas actividades básicas cotidianas; dependencia severa, que se da cuando requiere apoyo regular pero no constante; y dependencia total, que tiene lugar cuando ha perdido la autonomía física o mental y exige cuidado permanente [35].

La dependencia funcional, que es un marcador indirecto de vitalidad o limitaciones, cambia considerablemente dependiendo de cómo cada AM la experimenta en relación con la combinación de enfermedades crónicas que presenta, el tiempo que lleva lidiando con dichos problemas y otros factores vinculados con su estilo de vida y su soporte dependencia funcional. La evaluación funcional comprende las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y las actividades básicas de la

vida diaria (ABVD) que junto las enfermedades y lesiones obstaculizan que los AM puedan llevar a cabo sus actividades cotidianas de manera autónoma e independiente [55].

Por otra parte, los síndromes geriátricos (SG), en grupos de AM, son muy comunes y se componen de un conjunto de situaciones clínicas que tienen múltiples causas y que hacen que aumenten la discapacidad, la morbilidad y la dependencia funcional. Estos síndromes, como son la incontinencia urinaria, las caídas, la fragilidad, la depresión y el deterioro cognitivo, tienden a aparecer al mismo tiempo y aumentan el peligro de perder autonomía. Un estudio efectuado en Brasil mostró que la DF en las ABVD, el hecho de ser mujer, tener 80 años o más, padecer diabetes mellitus, haber tenido un accidente cerebrovascular (ictus) y sufrir incontinencia urinaria se relacionaron significativamente con varias categorías sociodemográficas y sanitarias [56].

En este sentido, resulta esencial determinar el nivel funcional para dirigir intervenciones concretas de apoyo familiar, rehabilitación y cuidado. Conforme crecer la dependencia, se hace más necesaria la ayuda social y profesional, lo que demuestra cuán importante es fomentar medidas preventivas que mantengan la independencia el mayor tiempo posible. Estos hallazgos subrayan la importancia de diseñar estrategias de atención de integral enfocadas en el bienestar y la calidad de vida del AM [35,37].

4.4. Relación entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025

Tabla 4. Relación entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.

Capacidad funcional	Nivel cognitivo									
	Sin DC		DC leve		Moderado		Severo		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
D. Total	0	0,0	0	0,0	1	0,9	0	0,0	1	0,9
D. Grave	0	0,0	1	0,9	5	4,5	7	6,3	13	11,6
D. Moderada	1	0,9	2	1,8	8	7,1	1	0,9	12	10,7
D. Leve	0	0,0	0	0,0	2	1,8	1	0,9	3	2,7
D. Independiente	35	31,3	35	31,3	12	10,7	1	0,9	83	74,1
Total	36	32,1	38	33,9	28	25,0	10	8,9	112	100,0

*D: Dependencia.

PRUEBA DE HIPÓTESIS

Capacidad funcional / Nivel cognitivo			
Estadísticos	Valor	gl	sig.
Prueba Rho de Spearman	-0,632	-	0,000

La Tabla 4 revela que el 31,3 % de los AM independientes no tienen DC y otro 31,3 % sí lo tienen, pero leve. Este descubrimiento indica que una porción significativa de la población AM puede conservar su autonomía funcional.

Al respecto, la literatura señala que el DC leve en personas funcionalmente independientes es coherente con la idea de que este grado de afectación no suele interferir de manera significativa en las ABVD, aunque puede tener un impacto en tareas más complejas o AIVD, como administrar dinero o usar transporte [57].

Por otra parte, el grupo sin DC demuestra que la preservación de las habilidades mentales promueve de manera directa la autonomía, lo cual se alinea con investigaciones que indican una elevación notable entre la capacidad funcional y el desempeño cognitivo [58]. Estos resultados, en su conjunto, subrayan la relevancia de identificar a tiempo el DC leve. Esto se debe a que es una etapa que tiene el potencial de ser revertida si se ponen en práctica programas de actividad física y estrategias para estimular la cognición y controlar los factores de riesgo. Para evitar que se avance hacia la dependencia y mantener una buena calidad de vida durante el envejecimiento, es fundamental conservar la funcionalidad en esta fase.

La prueba de Rho de Spearman mostró una relación significativa desde el punto de vista estadístico entre la capacidad/funcionalidad física y el estado cognitivo en los AM, esto indica que, a niveles más altos de funcionalidad, se relaciona con un mejor desempeño cognitivo global y ejecutivo.

Los resultados concuerdan con investigaciones anteriores que demuestran una relación importante entre el deterioro cognitivo y la funcionalidad en personas mayores. Rodríguez et al [18], encontraron una evaluación significativa entre la dependencia funcional y el deterioro cognitivo. Asimismo, Gutiérrez y Laos [22], hallaron una calificación estadísticamente relevante entre la funcionalidad y el estado cognitivo ($p = 0,000$), evidenciando que los ancianos con un rendimiento cognitivo más alto muestran una autonomía superior al desempeñar las labores instrumentales y básicas de la vida cotidiana.

De igual manera, investigaciones transversales y longitudinales han demostrado que la relación entre la funcionalidad y la cognición puede ser bidireccional: el deterioro de la capacidad cognitiva contribuye a perder autonomía en las funciones esenciales e instrumentales del día a día, y la reducción de la capacidad funcional (fuerza, movilidad, resistencia), por su parte, puede causar un declive más rápido de la función cognitiva [59]. Esto significa que las acciones destinadas a optimizar la función física pueden influir de manera positiva en la cognición, y viceversa.

Además, estudios recientes han determinado factores moduladores y mediadores (como el aislamiento social, la depresión, las comorbilidades sensoriales, las enfermedades crónicas como la diabetes y los antecedentes de ictus) que conectan la cognición con la dependencia funcional. Estos elementos podrían ser la razón de

una parte de la relación observada y tienen que tenerse en cuenta en el análisis multivariado con el fin de identificar efectos independientes y posibles rutas causales [60].

Sin embargo, hay investigaciones que indican que no existe una relación significativa entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional en personas de edad avanzada. Álvarez y Ávila [20] son un ejemplo de esto; ellos lograron un valor $p = 0,620$ a través de la prueba chi-cuadrado de Pearson. Esto puede deberse a múltiples factores relacionados con la metodología y el contexto, como el tamaño y los rasgos de la muestra, así como en los instrumentos empleados para evaluar la cognición y la funcionalidad.

Desde la perspectiva teórica, los resultados del estudio pueden ser analizados con base en la teoría del autocuidado de Dorothea Orem [27], que considera como un derecho el deber de cuidarse a uno mismo. En esta situación, la cognición juega un rol fundamental, porque las funciones mentales (por ejemplo, la atención, la memoria, la toma de decisiones y la comprensión) son necesarias para organizar, comenzar y sostener comportamientos de autocuidado. Asimismo, la capacidad funcional es la faceta práctica de ese proceso, ya que muestra la aptitud del AM para realizar esas acciones cotidianas (como asearse, alimentarse, movilizarse o gestionar sus medicamentos). El AM puede sufrir una falta de autocuidado cuando se vuelve evidente la disminución funcional o el deterioro cognitivo. Según Orem, en este caso es necesario implementar un sistema de identificación temprana de las deficiencias cognitivas y funcionales, así como estrategias personalizadas para intervenir.

Por ello, se aconseja combinar exámenes cognitivos breves (como el MMSE adaptado o el MoCA) con valoraciones funcionales (pruebas de marcha o fuerza de presión, ADL/IADL) para detectar a aquellos que corren el riesgo de volverse más dependientes, dada la relación entre la capacidad funcional y la cognición [61]. Asimismo, es necesario intervenciones multidisciplinarias para mantener la autonomía, los programas más prometedores son aquellos que combinan estimulación cognitiva, ejercicio físico (concentrado en equilibrio, resistencia y fuerza) y tratamiento de comorbilidades (manejo de depresión, control de diabetes o rehabilitación después del ictus) [62].

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- En cuanto a las características sociodemográficas, la mayor proporción de AM tienen entre 60 y 69 años, con predominio de mujeres, estado civil casado y con estudios de nivel primaria incompleta.

- El estado cognitivo en este grupo de personas muestra que más de la mitad de los adultos mayores tienen algún grado de deterioro cognitivo, siendo el deterioro cognitivo leve el más común, lo que contribuye a retardar la progresión hacia estadios más severos. lo cual es un factor de riesgo importante que afecta su capacidad para llevar a cabo actividades básicas de la vida diaria. Fue el más frecuente porque corresponde a una fase temprana del envejecimiento, también puede explicarse porque la mayoría de los participantes mantienen actividades de la vida diaria, roles familiares activos.

- La mayoría de los adultos mayores evaluados conservan un grado de independencia funcional, porque conservan habilidades físicas y cognitivas suficientes para realizar sus actividades de la vida diaria. Además, al tratarse de una población comunitaria, muchos mantienen rutinas activas, participación familiar y social, lo que favorece la autonomía y previene la dependencia funcional. Sin embargo, se encontró un grupo que muestra diferentes niveles de dependencia funcional, lo cual demuestra que es necesario reforzar las estrategias de apoyo y cuidado integral para fomentar la funcionalidad, evitar la pérdida de autonomía e incrementar la calidad de vida en esta población.

- En relación con las variables, se encontró entre los adultos mayores funcionalmente independientes, aquellos que mantienen un estado cognitivo apropiado y otros que muestran una leve disminución de la función cognitiva. Asimismo, se encontró una relación estadística entre el nivel cognitivo y la capacidad funcional mediante la prueba Rho de Spearman.

5.2. Recomendaciones

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Promover la ejecución de estudios preexperimentales en grupos de adultos mayores, con el fin de crear intervenciones preventivas y rehabilitadoras centradas en preservar la autonomía y el bienestar de esta población.

A los estudiantes de Enfermería de la UNACH

- Fortalecer las capacidades y saberes en la detección precoz de alteraciones cognitivas, el fomento del autocuidado y la programación de intervenciones que benefician la calidad de vida y la autonomía de este grupo social vulnerable.
- Mejorar las capacidades y conocimientos en la valoración funcional del adulto mayor, utilizando herramientas validadas que hacen posible detectar a tiempo los diferentes niveles de dependencia.

A los representantes del Centro Poblado Sarabamba

- Realizar tamizaje de identificación precoz de exámenes cognitivos breves (como el MMSE adaptado o el MoCA) con valoraciones funcionales (pruebas de marcha o fuerza de presión, ADL/IADL) para detectar a aquellos que corren el riesgo de volverse más dependientes.
- Enfatizar la educación en salud en relación a la nutrición equilibrada, ejercicio físico de manera regular y evitar el consumo de sustancias psicoactivas, con la finalidad de fomentar prácticas que fortalezcan su autonomía y el envejecimiento saludable.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. National Institutes of Health. Salud cognitiva y los adultos mayores. [Internet]. National Institutes of Health: NIH; 2024 [Consultado 03 diciembre 2025]. Disponible en: <https://www.nia.nih.gov/espanol/cerebro-salud/salud-cognitiva-adultos-mayores>
2. Zegarra JA, Chino BN, Paredes CN. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad. Revista Ecuatoriana de Neurología [Internet]. 2023 [Consultado 03 de enero 2025]; 32(1): 43-54. Disponible en: http://scielo.senescyt.gob.ec/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2631-25812023000100043
3. Fonte T, Santos DJ. Deterioro cognitivo leve en personas mayores de 85 años. Revista Cubana de Medicina [Internet]. 2020 [Consultado 03 de enero 2025]; 59 (1). Disponible en: <https://revmedicina.sld.cu/index.php/med/article/view/1314/1576>
4. Remacha L, Cabetas C, Piñel A, Beaumont N, Gregorio L, Barea AM. Revisión sistemática: evidencia de prevalencia de demencia y deterioro cognitivo en personas mayores de 65 años en hogares de ancianos. Revista Sanitaria de Investigación [Internet]. 2023 [Consultado 03 de enero 2025]. 2023. Disponible en: <https://revistasanitariadeinvestigacion.com/revision-sistemica-evidencia-de-prevalencia-de-demencia-y-deterioro-cognitivo-en-personas-mayores-de-65-anos-en-hogares-de-ancianos/>
5. Rosales GM, Perera CR, Belaunde C, Lluís GE, Valdés D, Pérez E. Factores asociados al deterioro cognitivo en consulta externa de Medicina Interna. Revista General Calixto García [Internet] 2023. [Consultado 03 de enero 2025]; 11 (2). Disponible en: <https://revcalixto.sld.cu/index.php/ahcg/article/view/e1113/890#:~:text=La%20edad%2C%20un%20nivel%20educacional,difuncion%20cognitiva%3B%20factores%20de%20riesgo.>

6. Abizanda P, Rodriguez L. Tratado de Medicina Geriátrica. Fundamentos de la Atención Sanitaria a los Mayores. 2 edición. España: Elsevier; 2020. [Consultado 03 de enero 2025]. Disponible en: <https://shop.elsevier.com/books/tratado-de-medicina-geriatrica/abizanda-soler/978-84-9113-298-1>
7. Torres GD. Deterioro cognitivo y depresión en adultos mayores atendidos en el centro de salud patrona de chota, 2021. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chota, Perú: Universidad Nacional de Cajamarca; 2022 [Consultado 03 de enero 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/5184/TESIS%20DETERIORO%20COGNITIVO%20%20Y%20DEPRESION%20EN%20ADULTOS%20MAYORES%202022.%20gelin%20daniksa%20%20final.pdf?sequence=1>
8. Duran T, Domínguez CJ, Hernández PL, Félix A, Cruz JE, Alonso MM. Dejar de ser o hacer: significado de dependencia funcional para el adulto mayor. Acta univ [Internet] 2018. [Consultado 03 de enero 2025]; 28(3): 40-46. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300040
9. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? .Rev. Panam Salud Publica [Internet]. 2022. [Consultado 03 de enero 2025]; 46 (34): 46: e34. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC9004688/>
10. Barreto, AI. Análisis de la autonomía física de las personas de 75 años a más: Aproximación a partir del Estudio Nacional de Salud y de Envejecimiento en México (ENASEM) 2018. [Tesis de maestría] [Internet]. México: Universidad de México; 2021 [Consultado 03 de enero 2025]. Disponible en: https://flacso.repositorioinstitucional.mx/jspui/bitstream/1026/290/1/Barreto_AI.pdf
11. Souza AR, Bezutti LM, Gomes JL, Gasparino RC. Capacidad funcional y de autocuidado de personas con esclerosis múltiple. Rev. Latino-Am. Enfermagem

17. Gobierno del Perú. prueban la NTS N° 207-MINSA/DGIESP-2023, Norma Técnica de Salud para el Cuidado Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores [Internet]. Lima, Perú: Gobierno del Perú; 2023 [Consultado 02 de enero 2025]. Disponible en: <https://busquedas.elperuano.pe/dispositivo/NL/2207008-1>
18. Rodriguez CJ, González FC, Matínez E, García MI, Araiza ML, Altamira R. Relación del deterioro cognitivo y dependencia funcional con calidad de vida en residentes de viviendas para personas adultas mayores. Revista Salud y Bienestar Social. [Internet].2024. [Consultado 03 de enero 2025]; 8(2), 26-40. Disponible en: <https://www.revista.enfermeria.uady.mx/ojs/index.php/Salud/article/view/160>
19. Montañó AL. Deterioro cognitivo y actividades instrumentales de la vida diaria en adultos mayores del centro-norte de la ciudad de Quito. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Quito, Ecuador: Universidad Indoamérica; 2023 [Consultado 02 de enero 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uti.edu.ec/bitstream/123456789/5672/1/MONTA%c3%91O%20MORILLO%20ANDREA%20LIZBETH.pdf>
20. Álvarez M, Ávila C. Deterioro cognitivo y actividades de la vida diaria en adultos mayores del centro geriátrico “hogar Cristo Rey”. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cuenca, Ecuador: Universidad del Azuay; 2022. [Consultado 17 de enero 2025]. Disponible: <https://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/11603/5/17133.pdf>
21. Leitón ZE, Fajardo E, López A, Martínez RM, Villanueva ME. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Revista Salud uninorte [Internet] 2020. [Consultado 02 de enero 2025]; 36(1): 124-139. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13705>
22. Gutiérrez LL, Laos CA. Estado cognitivo y capacidad funcional en el Hogar del Adulto Mayor San Juan De Dios, Ica. Revista Enfermería en la vanguardia [Internet] 2024 [Consultado 03 de enero 2025]; 12(2):49-61. Disponible en: <https://revistas.unica.edu.pe/index.php/vanguardia/article/view/609/973>

23. Montalvo E, Yauri YY. Relación entre la actividad física con el deterioro cognitivo en adultos mayores obesos atendidos en el Cam-essalud, Cusco, 2022. [Tesis de especialidad] [Internet]. Cusco, Perú: Universidad Andina del Cusco; 2022 [Consultado 03 de enero 2024]. Disponible en: https://repositorio.uandina.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12557/5094/Erika_Yesi_Tesis_bachiller_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Mamani RM, Roque E, Colque NM. Actividad física y deterioro cognitivo en adultos mayores, Perú. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Lima, Perú: Universidad Peruana Unión; 2022. [Consultado 03 de enero 2025]. Disponible en: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/6140/Rossana_Tesis_Licenciatura_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
25. Bazalar GA. Deterioro cognitivo y el desempeño de las actividades de vida diaria en adultos mayores de un hospital de día de Surco – 2020. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2021 [Consultado 03 de enero 2025]. Disponible en: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/16678/Bazalar_gg.pdf?sequence=1&isAllowed=y
26. Altamirano M, Oblitas N. Deterioro cognitivo y depresión durante la Covid-19 en adultos mayores del Centro Integral de Adulto Mayor, Chota 2022. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chota, Perú: Universidad Nacional Autónoma de Chota; 2023 [Consultado 02 de enero 2025]. Disponible en: <https://repositorio.unach.edu.pe/handle/20.500.14142/374>
27. Navarro Y, Castro M. Modelo de dorothea orem aplicado a un grupo comunitario a través del proceso de enfermería. Rev. Enfermería. global. [Internet].2010; [Consultado 04 de enero del 2025]; 40(1). Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412010000200004
28. Rodriguez MJ, Guapisaca JF. Descripción del estado cognitivo de los adultos mayores tras un año de confinamiento por COVID-19. Estudio de caso. Pol.

- Con. [Internet]. 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]; 7 (2): 533-547. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
29. Carrión D, Gómez CC. Factores de riesgo asociados a deterioro cognitivo en adultos mayores del Puesto de Salud Xauxa, periodo 2017-2021. [Tesis de Especialidad]. [Internet]. Perú: Universidad Continental, 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11297/2/IV_FCS_502_TE_Carrion_Gomez_2022.pdf
30. Escuela de Posgrado de Psicología y Psiquiatría. Tipos de deterioros cognitivos, causas y tratamiento. [Internet]. 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: <https://eepsicologia.com/deterioros-cognitivos-tipos-causas/>
31. Cabrejo DC. Síndrome de fragilidad como factor de riesgo para deterioro cognitivo leve en adultos mayores hospital geriátrico PNP San José 2022. [Tesis de Especialidad]. [Internet]. Perú: Universidad de San Martín de Porres, 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10773/cabrejo_d.pdf?sequence=3
32. Cabrejo DC. Síndrome de fragilidad como factor de riesgo para deterioro cognitivo leve en adultos mayores hospital geriátrico PNP San José 2022. [Tesis de Especialidad]. [Internet]. Perú: Universidad de San Martín de Porres, 2022. [Consultado 27 de agosto del 2024]. Disponible en: https://repositorio.usmp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12727/10773/cabrejo_d.pdf?sequence=3
33. Organización de las Naciones Unidas. La OMS publica nuevas directrices para reducir el riesgo de demencia. [Internet]. 2019. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2019/05/1455931#:~:text=Un%20estilo%20de%20vida%20sano,sobre%20c%C3%B3mo%20prevenir%20esta%20dolencia.>

34. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? .Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]. 46(34). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55890/v46e342022.pdf?sequence=5>
35. Arana B, García ML, Cárdenas L, Hernández Y, Aguilar D. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública. [Internet]. México: Universidad Autónoma del Estado de México., 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf>
36. Arana B, García ML, Cárdenas L, Hernández Y, Aguilar D. Actividades básicas de la vida diaria de los adultos mayores en una institución pública. [Internet]. México: Universidad Autónoma del Estado de México, 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/49536/3502.pdf>
37. Ministerio de Desarrollo Social de Chile. Caracterización de la dependencia en las personas en situación de discapacidad a partir del II Estudio Nacional de la Discapacidad. [Internet] 2017. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: https://www.senadis.gob.cl/pag/355/1197/ii_estudio_nacional_de_discapacidad
38. Echeverría A, Astorga C, Fernández C, Salgado M, Villalobos Dintrans P. Funcionalidad y personas mayores: ¿dónde estamos y hacia dónde ir? .Rev Panam Salud Publica. [Internet]. 2022. [Consultado 04 de enero del 2025]. 46(34). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55890/v46e342022.pdf?sequence=5>
39. Paredes YV, Yarce E, Aguirre DC. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. [Internet]. 2021. [Consultado 04 de enero del 2025]; 38

(2): 59-72. Disponible en: <http://www.scielo.org.ar/pdf/interd/v38n2/1668-7027-Interd-38-02-00072.pdf>

40. Malca YA, Castro WG. Capacidad funcional relacionado con riesgo de caídas en adultos mayores atendidos en un hospital de Trujillo, 2022. [Tesis de licenciatura]. [Internet]. Perú; Universidad Cesar Vallejo, 2023. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/108640/Malca_CYA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
41. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y Salud. [Internet]. Ginebra – Suiza; OMS -2022. [Consultado 27 de agosto del 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
42. Ministerio de Salud y Protección Social. Envejecimiento y Vejez. [Internet]. Colombia, 2023. [Consultado 04 de enero del 2025]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/promocion-social/Paginas/envejecimiento-vejez.aspx#:~:text=Generalmente%2C%20una%20persona%20mayor%20es,a%20de%20edad%20o%20m%C3%A1s.>
43. Municipalidad Provincial de Chota. Distrito de Chota [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2023 [consultado 04 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/>
44. Ministerio de Salud. Puesto de salud de Sarabamba [Internet]. Cajamarca, Perú: Ministerio de Salud. [consultado 05 de enero 2025]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/cajamarca/puesto-de-salud-sarabamba-chota/>
45. Hernández R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2014 [consultado 05 enero 2025]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Methodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>

46. Villarejo A, Puertas V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. *Neurología* [Internet]. 2011 [consultado 05 enero 2025]; 26 (7): 425-433. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485310003312?via%3Dihub>
47. Correa VG, Gala CI. Grado de depresión según yesavage y nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un hospital de lima, julio 2017 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [consultado 05 de enero 2025]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3076/TESIS%20Correa%20Vanessa%20-%20Gala%20Cristina.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
48. Rubio OD, González S. La ética a la bioética en las ciencias de la salud [online]. Santiago de Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali. [Internet]. 2020. [consultado 05 de enero 2025]; 129-155. Disponible en: <https://books.scielo.org/id/trn8b/pdf/bermeo-9786287501638-07.pdf>
49. Guo S, Zheng XY. Nueva evidencia de tendencias en la función cognitiva en adultos de mediana edad y mayores en China, 2011-2018: un análisis de cohorte por edad y período. *BMC Geriatr* [Internet]. 2023. [consultado 05 de enero 2025]; 23 (498): 1-9. Disponible en: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04166-9?utm_source=chatgpt.com
50. Tang KF, Teh PL, Lee SWH. Fragilidad cognitiva y discapacidad funcional en adultos mayores que viven en la comunidad: Una revisión sistemática. *Innov Aging*. [Internet]. 2023. 2023 [consultado 05 de enero 2025];7(1). Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9999676/?utm_source=chatgpt.com
51. Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales. [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2023. [consultado 05 de enero 2025]. Disponible en <https://www.who.int/data/gho/publications/world-health-statistics>

52. Zhang D, Zheng W, Li K. La relación entre el estado civil y el deterioro cognitivo en adultos mayores chinos: los múltiples efectos mediadores del apoyo social y la depresión. [Internet]. 2024. [consultado 04 de octubre 2025]. 24 (367): 1-10. Disponible en: https://link.springer.com/article/10.1186/s12877-024-04975-6?utm_source=chatgpt.com
53. Zanwar PP, KJ V. Examen de la influencia del estado civil en el riesgo cognitivo en una muestra representativa a nivel nacional de adultos en la India. [Internet]. 2023. [consultado 04 de octubre 2025]; 19 (35): e066352. Disponible en: https://alz-journals.onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1002/alz.066352?utm_source=chatgpt.com
54. Zhang P, Abudukelimu N, Sali A, Chen JX, Li M, Mao Y, et al. Sociodemographic features associated with the MoCA, SPPB, and GDS scores in a community-dwelling elderly population. BMC Geriatrics. [Internet]. 2023. [consultado 04 de octubre 2025]; 23, 557. Disponible en: <https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-023-04162-z>
55. Reis WM, Ferreira LN, Molina CG. Prevalencia de dependencia funcional y enfermedades crónicas en adultos mayores brasileños residentes en la comunidad: un análisis según la gravedad de la dependencia y el patrón de multimorbilidad. BMC Public Health. [Internet]. 2024. [consultado 04 de octubre 2025]; 24: 140. Disponible en: https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-023-17564-w?utm_source=chatgpt.com#citeas
56. Meucci RD, Aguiar de Oliveira ASL, Araújo GC, Gonzalez TN, Pagliaro G, Hoffmann T, Marmitt LP. Dependencia funcional en adultos mayores: un estudio transversal con una población rural del sur de Brasil. Salud Rural Remota. [Internet]. 2020. [consultado 04 de octubre 2025];20(4):5985. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33002364/>

57. Shruti A, Caroline S. Deterioro cognitivo leve. StatPearls. [Internet]. 2024. [consultado 05 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK599514/?utm_source=chatgpt.com
58. Vallejo DO, León GN, Guiracocha GE, Gushqui LE. Capacidad funcional y rendimiento cognitivo en la adultez mayor. [Internet]. 2025. Revista Multidisciplinar Epistemología de las Ciencias. [consultado 05 de octubre 2025]; 2(1):336-355. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/390339962_Capacidad_funcional_y_rendimiento_cognitivo_en_la_adulthood
59. Imani H, Godde B. Una evaluación de la asociación longitudinal y bidireccional entre el funcionamiento cognitivo y físico en adultos mayores. [Internet]. 2025. [consultado 05 de octubre 2025]. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/388630019_An_evaluation_of_the_longitudinal_bidirectional_association_between_cognitive_and_physical_functioning_in_older_adults
60. Xin B, He Y, Wu Y. Asociaciones entre el deterioro sensorial y las limitaciones funcionales en adultos mayores chinos: roles mediadores del aislamiento social y la cognición. BMC Geriatr [Internet]. 2024. [consultado 05 de octubre 2025]. 24 (797). Disponible en: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12877-024-05383-6?utm_source=chatgpt.com#citeas
61. Stavrinou PS, Aphas G, Pantzaris M, Sakkas GK, Giannaki CD. Explorando las asociaciones entre la capacidad funcional, la función cognitiva y el bienestar en adultos mayores. Life (Basilea). [Internet]. 2022. [consultado 05 de octubre 2025];12(7):1042. Disponible en: https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9319966/?utm_source=chatgpt.com
62. Liang CK, Lee WJ, Chou MY, Hwang AC, Lin CS, Peng LN. Funciones de la capacidad intrínseca basal y sus subdominios en la eficacia general de la intervención multidominio para promover el envejecimiento saludable entre los

adultos mayores que viven en la comunidad: análisis de un ensayo controlado aleatorizado por grupos a nivel nacional. [Internet]. 2024. [consultado 05 de octubre 2025];11 (2): 356-365. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2274580724000839?utm_source=chatgpt.com

ANEXOS

ANEXO 1: Consentimiento informado

Título de la investigación:

Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.

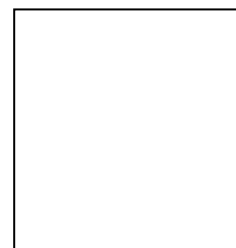
Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.

Yo, identificado (a) con DNI N°, mediante la información dada por las Bachilleres en Enfermería Karen Liceth Cieza Vargas y Alicia Delgado Herrera; acepto brindar la información solicitada por las investigadoras de manera personal, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y mi identidad no será revelada.

Sarabamba.....de..... del 2025.

Firma



Huella

ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Profesional de
Enfermería

*“Cognición y capacidad funcional
en el adulto mayor del Centro
Poblado Sarabamba, 2025”*

Cuestionario para deterioro cognitivo (Pfeiffer)

(Autor: adaptado por Villarejo y Puertas, 2011)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega responder con sinceridad.

I. CARACTERÍSTICAS GENERALES

1. Edad:

- a) 60 a 69 años
- b) 70 a 79 años
- c) 80 a más años

2. Sexo:

- a) Masculino
- b) Femenino

3. Estado civil:

- a) Casada (o)
- b) Divorciada (o)
- c) Soltera (o)
- d) Viuda (o)

4. Grado de instrucción

- a) Primaria completa
- b) Secundaria
- c) Superior técnico
- d) Superior universitario

II. CUESTIONARIO

Estado cognitivo (Pfeiffer)	Colocar 1 punto por cada error (E)
¿Cuál es la fecha de hoy? (día, mes, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿En qué lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	
¿Cuál es su número telefónico? Si no tuviera	
¿Cuál es su dirección completa?	
¿Cuántos años tiene?	
¿Dónde nació?	
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	
¿Cuál es el nombre del presidente anterior?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)	

* **E**: Error.

ANEXO 2: Instrumento de recolección de datos



**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA**
Escuela Profesional de
Enfermería

*“Cognición y capacidad funcional
en el adulto mayor del Centro
Poblado Sarabamba, 2025”*

Escala de índice de Barthel

(Autor: adaptado por Correa y Gala, 2017)

INSTRUCCIONES: La presente escala será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega responda con sinceridad.

Escala de Barthel

Índice de Barthel		
Comer	Independiente: come por sí solo en un tiempo razonable. Servida o cocinada por otra persona.	10
	Necesita ayuda: para cortar los alimentos. pero come por sí solo.	5
	Dependiente: Necesita ayuda de otra persona para comer.	0
Aseo personal	Independiente: Realiza sus actividades sin ningún tipo de ayuda.	5
	Dependiente: Requiere cierta ayuda o supervisión	0
Vestido	Independiente: capaz de vestirse/desvestirse por sí solo.	10
	Necesita ayuda: se viste/desviste más de la mitad en un tiempo razonable.	5
	Dependiente: Requiere ayuda para vestirse/desvestirse.	0
Baño	Independiente: se baña sin ayuda alguna.	5
	Dependiente: necesita cierta ayuda para bañarse.	0
Control de heces	Continente: puede controlar la eliminación de las heces.	10
	Accidente ocasional: Necesita ayuda para colocarse los supositorios (1 semanal).	5

	Incontinente: o necesita que le suministren enema.	0
Control de esfínteres	Continencia: no presenta ningún episodio, capaz de utilizar por sí solo su dispositivo.	10
	Accidente ocasional: un incidente máximo en 24 horas. Además, requiere ayuda para la manipulación de dispositivo.	5
	Incontinente: más de un incidente en 24 horas.	0
Uso del retrete (letrina)	Independiente: no necesita ayuda para ir al baño/letrina.	10
	Necesita ayuda: para manejarse, se limpia solo.	5
	Dependiente: Incapaz de ir solo al baño.	0
Traslado cama/sillón	Independiente: no requiere ningún tipo de apoyo.	15
	Ayuda mínima: una supervisión o un pequeño apoyo físico.	10
	Gran ayuda: de persona fuerte y entrenada, puede permanecer sentado.	5
	Dependiente: necesita ayuda de 2 a más personas, no permanece sentado.	0
Desplazamiento	Independiente: puede caminar 50 metros, con cualquier tipo de muleta, excepto andador.	15
	Necesita ayuda: requiere pequeño apoyo físico y/o verbal.	10
	Independiente en silla de ruedas en 50 metros: no requiere supervisión en silla de ruedas.	5
	Dependiente.	0
Subir y bajar escaleras (desplazarse por terrenos irregulares, pendientes naturales)	Independiente: no requieren ningún tipo de apoyo.	10
	Necesita ayuda: física o verbal, puede llevar cualquier tipo de muleta.	5
	Dependiente: incapaz de subir o bajar escaleras.	0

Gracias por su participación.

ANEXO 3: Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnica e instrumento
Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.	¿Cuál es la relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025?	Determinar la relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025.	H1: La relación entre la cognición y la capacidad funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, 2025, es significativa.	- Técnica: Encuesta. - Instrumento: cuestionario y escala.