



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE CHOTA
Licenciada por la SUNEDU / Resolución de Consejo Directivo N° 160-2018-SUNEDU/CD
Unidad de Investigación
Facultad de Ciencias de la Salud



“Año de la recuperación y consolidación de la economía peruana”

Chota, 04 de febrero del 2025.

C.O. N° 006-2025-UI-FCCSS

CONSTANCIA DE ORIGINALIDAD

El que suscribe, Jefe 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: **“ESTADO COGNITIVO Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO POBLADO SARABAMBA, CHOTA 2024”**, elaborado por las **Bachilleres en Enfermería: Luz Marina Becerra Medina y Rut Esther Toro Guevara**, para optar el Título Profesional de Licenciada (o) en Enfermería, presenta un índice de similitud de 20%, sin incluir, citas, referencias bibliográficas, fuentes con menos de 20 palabras y depósitos de trabajos de estudiantes [desde el resumen hasta las recomendaciones]; por lo tanto, cumple con los criterios de evaluación de originalidad establecidos en el Reglamento Específico de Grados y títulos de la Facultad de Ciencias de la Salud, aprobado mediante Resolución de Facultad N° 075-2023-FCCSS-UNACH /C.

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

Atentamente,



Dr. JOSÉ UBERLI HERRERA ORTIZ
JEFE DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN
FCCSS- UNACH

C.c.
Archivo
JUHO/J-UI-FCCSS
02/2025



Unidad de Investigación
Facultad en Ciencias de la
Salud
UNACH

LUZ MARINA BECERRA MEDINA

ESTADO COGNITIVO Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL AM

 UBERLI HERRERA

 uberli

 Universidad Nacional Autónoma de Chota

Detalles del documento

Identificador de la entrega

trn:oid::1:3100939395

Fecha de entrega

3 dic 2024, 2:17 p.m. GMT-5

Fecha de descarga

3 dic 2024, 2:22 p.m. GMT-5

Nombre de archivo

ERRA_MEDINA_LUZ_MARINA_Y_RUT_ESTHER_TORO_GUEVARA_3_REVISI_N.docx

Tamaño de archivo

428.5 KB

74 Páginas

16,214 Palabras

94,749 Caracteres




20% Similitud general

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

Filtrado desde el informe

- ▶ Bibliografía
- ▶ Coincidencias menores (menos de 12 palabras)

Fuentes principales

- 20%  Fuentes de Internet
- 2%  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

- 20% Fuentes de Internet
- 2% 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	4%
2	Internet	repositorio.unc.edu.pe	2%
3	Internet	hdl.handle.net	1%
4	Internet	www.scielo.org.mx	1%
5	Internet	repositorio.cepal.org	1%
6	Internet	zagan.unizar.es	1%
7	Internet	docplayer.es	1%
8	Internet	scielo.isciii.es	1%
9	Internet	repositorio.upt.edu.pe	0%
10	Internet	repositorio.ucs.edu.pe	0%
11	Internet	www.deustosalud.com	0%

12	Internet	www.cepal.org	0%
13	Internet	www.slideshare.net	0%
14	Internet	samfyr.org	0%
15	Internet	www.repositorio.unach.edu.pe	0%
16	Internet	repositorio.undac.edu.pe	0%
17	Internet	www.neurologia.com	0%
18	Internet	es.slideshare.net	0%
19	Internet	ciencialatina.org	0%
20	Internet	repositorio.unac.edu.pe	0%
21	Internet	biotech-spain.com	0%
22	Publicación	M.A. Spir Brunal, A.M. Posada Borrero, C. Rodriguez Guevara, R. Di Dio Castagna, J...	0%
23	Internet	www.revista-portalesmedicos.com	0%
24	Internet	repositorio.uwiener.edu.pe	0%
25	Internet	dspace.unl.edu.ec	0%

26	Internet	repositorio.unap.edu.pe	0%
27	Publicación	Alejandra Susana Flores Silva, Ahtziri Fierros Flores, Vanessa Edelmira Gallegos N...	0%
28	Internet	evaluacion.ssm.gob.mx	0%
29	Internet	revistas.urp.edu.pe	0%
30	Internet	repositorio.uta.edu.ec	0%
31	Internet	repositorioinstitucional.uaslp.mx	0%
32	Internet	repositorio.uroosevelt.edu.pe	0%
33	Internet	doralfamilyjournal.com	0%
34	Internet	repositorio.upch.edu.pe	0%
35	Internet	www.bibliotecadigital.usb.edu.co	0%
36	Internet	apirepositorio.unh.edu.pe	0%
37	Internet	repositorio.ucv.edu.pe	0%
38	Internet	repositorio.usmp.edu.pe	0%
39	Internet	webvejez.blogspot.com	0%

40	Internet	cdn.www.gob.pe	0%
41	Internet	dspace.ucacue.edu.ec	0%
42	Internet	intra.uigv.edu.pe	0%
43	Internet	misioneroscombonianos.com.mx	0%
44	Internet	repositorio.unjfsc.edu.pe	0%
45	Internet	repositorio.unsaac.edu.pe	0%

**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE
CHOTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**ESTADO COGNITIVO Y DEPENDENCIA FUNCIONAL EN EL
ADULTO MAYOR DEL CENTRO POBLADO SARABAMBA, CHOTA
2024**

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

AUTORAS:

**Bach. Enf. LUZ MARINA BECERRA MEDINA
Bach. Enf. RUT ESTHER TORO GUEVARA**

ASESORA:

Dra. NELY ESPERANZA MUNDACA CONSTANTINO

CHOTA – PERÚ

2025



Acta de sustentación: Informe final de tesis

Siendo las 10.20 horas del día 23 de enero, del año 2025, 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 Dr. Richard Williams Hernandez Fiestas, el secretario Dr. Jose Ander Asenjo Alarcón y vocal Dr. Anibal Oblitas Gonzales como asesor de Tesis el (la) Dra. Nely Esperanza Mundaca Constantino.

De acuerdo al 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 la Tesis "Estado cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, Chota 2024" presentado por el (la/los/las) bachiller (es) Luz Marina Becerra Medina y Rut Esther Toro Guevara de la Escuela Profesional de Enfermería.

Luego de la sustentación, deliberación y consenso de los integrantes del Jurado Evaluador se acordó Aprobar la Tesis en mención con la calificación de 14 (catorce), por lo tanto el(los) estudiante(s) puede proseguir con trámites posteriores.

En señal de conformidad, firman los presentes a horas 11.40am del 23 de enero, del 2025.

DOCENTE	FIRMA
Presidente Jurado evaluador: - Dr. Richard Williams Hernandez Fiestas	
Secretario Jurado evaluador: - Dr. Jose Ander Asenjo Alarcón	
Vocal Jurado evaluador: - Dr. Anibal Oblitas Gonzales	
Asesor de Tesis: - Dra. Nely Esperanza Mundaca Constantino	



COMITÉ CIENTÍFICO



Aseora
Dra. Nely Esperanza Mundaca
Constantino



Presidente del comité científico
Dr. Richard Williams Hernández
Fiestas



Miembro del comité científico
Dr. José Ander Asenjo Alarcón



Miembro del comité científico
Dr. Anibal Oblitas Gonzales

AGRADECIMIENTOS

A Dios, por darnos la vida, salud y habernos permitido culminar nuestros estudios satisfactoriamente, a pesar de las dificultades que se nos ha presentado durante nuestra formación académica.

Agradecemos infinitamente a nuestros queridos padres, quienes han sido el soporte principal para seguir adelante y nunca rendirse en esta gran etapa de nuestras vidas.

A nuestra asesora Dra. Nely Esperanza Mundaca Constantino, por brindarnos su enseñanza y orientación en el desarrollo de este estudio.

A nuestro jurado evaluador, por ayudarnos a fortalecer nuestro conocimiento con sus opiniones y enriquecer nuestro estudio de investigación.

A nuestra Escuela Profesional de Enfermería y a nuestros docentes, por sus enseñanzas impartidas durante nuestra formación profesional.

A todos los participantes del estudio, que de manera voluntaria nos brindaron la información necesaria para llevar a cabo nuestro estudio de investigación, ya que sin ellos no hubiese sido posible realizarlo.

A:

Dios creador, por darnos las fuerzas necesarias para haber llegado hasta este momento tan importante de nuestra formación profesional; a nuestros padres y familiares, quienes fueron nuestra inspiración de superación y porque con su apoyo hemos alcanzado lo propuesto.

Luz y Rut

ÍNDICE DE CONTENIDOS

	Pág.
RESUMEN	Viii
ABSTRACT	Ix
CAPÍTULO I	
INTRODUCCIÓN	
	1
CAPÍTULO II	
MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes del estudio	5
2.2. Bases conceptuales	8
2.3. Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO III	
MARCO METODOLÓGICO	
3.1. Ámbito de estudio	18
3.2. Diseño de investigación	18
3.3. Hipótesis	19
3.4. Población, muestra y unidad de estudio	19
3.5. Operacionalización de las variables	20
3.6. Descripción de la metodología	21
3.7. Procedimiento y análisis de datos	24
3.8. Aspectos éticos y rigor científico	24
CAPÍTULO IV	
RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Características sociodemográficas de la población adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024	25
4. 2. Estado cognitivo del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024	33
4.3. Dependencia funcional del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024	36
4.4. Relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024	40
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	
	45
ANEXOS	
	58

ÍNDICE DE TABLAS

		Pág.
Tabla 1.	Edad del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024.	25
Tabla 2.	Sexo del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024.	27
Tabla 3.	Estado civil del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024.	29
Tabla 4.	Grado de instrucción del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024	31
Tabla 5.	Estado cognitivo del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024	33
Tabla 6.	Dependencia funcional del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024	36
Tabla 7.	Relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024	40

ÍNDICE DE ABREVIACIONES

AM	: Adulto mayor
ABVD	: Actividades básicas de la vida diaria
AIVD	: Actividades instrumentales de la vida diaria
AAVD	: Actividades avanzadas de la vida diaria
ALC	: América Latina y el Caribe
CF	: Capacidad funcional
DC	: Deterioro cognitivo
DCL	: Deterioro cognitivo leve
MINSA	: Ministerio de Salud
RMN	: Resonancia magnética nuclear
SN	: Sistema nervioso
SIS	: Seguro Integral de Salud
TAC	: Tomografía axial computarizada

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar la relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024. Investigación de enfoque cuantitativo, tipo prospectivo, diseño no experimental, nivel relacional y de corte transversal, realizado con 200 adultos mayores pertenecientes al centro poblado de Sarabamba. La técnica utilizada fue la encuesta, como instrumentos el Cuestionario para deterioro cognitivo (Pfeiffer) y el Índice de Barthel para medir la capacidad funcional. Los adultos mayores evaluados, en su mayoría tenían entre 60 a 69 años 54,5%, de sexo femenino 65,0%, casados 58,5% e iletrados 59,0%. Respecto al estado cognitivo, el 37,0% tuvo deterioro cognitivo leve y 33,0% deterioro cognitivo moderado; en cuanto a la capacidad funcional, el 20,0% tenía dependencia funcional moderada y el 12,0% dependencia funcional grave. Al relacionar el estado cognitivo con la dependencia funcional, el 19,5 % de los adultos mayores con deterioro cognitivo leve fueron independientes; mientras que, el 16,0 % de adultos mayores con deterioro cognitivo moderado fueron independientes. Se concluye que no existe relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del AM a través de la prueba Tau-c de Kendall con p-valor $> 0,05$.

Palabras clave: Estado cognitivo, dependencia funcional, adulto mayor.

ABSTRACT

The objective of the study was to determine the relationship between cognitive status and functional dependency in the elderly in the Sarabamba town center, Chota -2024. Research with a quantitative approach, prospective type, non-experimental design, relational and cross-sectional level, carried out with 200 older adults belonging to the town of Sarabamba. The technique used was the survey, as instruments the Cognitive Impairment Questionnaire (Pfeiffer) and the Barthel Index to measure functional capacity. The older adults evaluated were mostly between 60 and 69 years old (54.5%), female 65.0%, married 58.5% and illiterate 59.0%. Regarding cognitive status, 37.0% had mild cognitive impairment and 33.0% had moderate cognitive impairment; Regarding functional capacity, 20.0% had moderate functional dependence and 12.0% had severe functional dependence. When relating cognitive status to functional dependence, 19.5% of older adults with mild cognitive impairment were independent; while, 16.0% of older adults with moderate cognitive impairment were independent. It is concluded that there is no relationship between cognitive status and functional dependence on AM through Kendall's Tau-c test with $p\text{-value} > 0.05$.

Keywords: Cognitive status, functional dependency, older adult.

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La etapa adulto mayor (AM) comienza a partir de los 60 años de edad, que representa el estado ideal de madurez del individuo, caracterizado por cambios fisiológicos tanto en la esfera orgánica como en la mental. En el mundo, existen más del 12% (1400 millones) de AM y se estima que para el 2050 esta población llegaría al 22% (2100 millones), sobre todo en países con ingresos medianos y bajos [1].

Este proceso de envejecimiento está relacionado con el estado cognitivo, que es un proceso biopsicosocial por el cual el AM recibe la información, procesa y emite una respuesta; sin embargo, cualquier alteración en las funciones intelectuales, predispone al deterioro cognitivo (DC) debido a enfermedades degenerativas, aislamiento social y el envejecimiento [2]. En el 2020 el DC afectó a 50 millones de AM en el mundo, lo que indica que esta alteración mental es una consecuencia del envejecimiento; tal es así que un estudio revela que, en el mundo, el 8,1% de las mujeres AM presentan DC; mientras que la prevalencia en los hombres es de 5,4% [3].

En Europa, en el 2020 existió 101 millones de personas AM y se estima que para el año 2050 esta cifra se incrementará a 149 millones, debido a las alteraciones de la función cognitiva, que afectó a 16,2 millones de AM en 28 países de la Unión Europea y 18,8 millones en los países de Bosnia y Herzegovina, las Islas del Canal, Islandia, Israel, Montenegro, Macedonia del Norte, Noruega, Suiza y Turquía [4].

En América Latina y el Caribe (ALC) entre el 5 y el 20% de los AM tienen deterioro cognitivo leve (DCL), donde la mayoría de las personas tienen comprometida la memoria [5]. En Perú, existen 4 millones 140 mil AM que representan el 12,7% de la población total, donde el 52,4% son mujeres y 47,6% hombres; asimismo, alrededor de 200 mil AM tienen comprometida la función cognitiva [6, 7]; que pueden conllevar a dependencia funcional (DF).

La DF es el estado permanente en el que el AM requiere el cuidado de otra persona o ayudas importantes para realizar sus actividades de la vida diaria (AVD) por razones de edad, enfermedad o discapacidad, y vinculadas a pérdida de su autonomía física [8]. En Italia en el año 2018, 6,6 millones de personas AM tuvieron una edad entre 65 y 74 años, se estima que 6,3 millones de estos padecen un alto nivel de dependencia funcional; es decir, necesitan la ayuda de un familiar o cuidador para poder realizar sus actividades básicas de la vida diaria [9].

En Cuba en 2021, investigaciones revelaron que el 68,2% de AM dependen de un familiar o un cuidador, el 28,8% presenta problemas ligeros de dependencia y 23,5% problemas moderados [10]; lo que indica que la mayoría de AM no tienen la capacidad funcional para realizar las actividades básicas. En México, en el año 2020, la prevalencia general de la DF fue del 66,4%; de acuerdo al grado de DF, el 18,9% de la población AM tuvo dependencia leve y el 9,3% dependencia severa. Por lo que, tendrán dificultades para poder realizar sus actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, siendo necesario el apoyo o la ayuda de algún familiar [11].

En Colombia en 2019, el 21,2% de los AM sufrieron de algún grado de dependencia, lo cual equivale a alrededor de 1,1 millones de personas afectadas [12]. En el 2020, un estudio en Perú reveló que 67,3% de AM tuvieron dependencia total, el 12,7% dependencia moderada, el 10,9% dependencia leve, 5,5% dependencia grave y 3,6% independientes [13]; lo que indica que cerca del 95% de los AM necesitan de ayuda de algún familiar y/o cuidador para poder realizar sus actividades de la vida diaria.

Frente a esta situación, el Ministerio de Salud (MINSA), desde el 2015 ha implementado la “Organización de los Círculos de AM en los Establecimientos de Salud - Primer Nivel de Atención”, que tiene por finalidad favorecer y mejorar las condiciones de salud del AM mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños como la actividad física, actividades recreativas y estilo de vida saludable, que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida [14]. Sin embargo, a la fecha aún no se han creado los círculos de

AM por falta de infraestructura y de recursos económicos para el desarrollo de actividades de carácter sociocultural, educativo y de entretenimiento.

En este sentido, las investigaciones mencionadas anteriormente establecen la relación entre el deterioro del estado cognitivo y la dependencia funcional en el AM, puesto que cuando existe más déficits sutiles en la ejecución de estas actividades cotidianas, también existe carencia en la capacidad de reconocer su déficit cognitivo [15]. Por lo que, el estudio tuvo como finalidad determinar la relación existente entre ambas variables en el contexto de estudio, el cual tiene características socioculturales particulares.

De igual manera, en el centro poblado Sarabamba se ha podido observar que no existe la creación del círculo del AM, por lo que no se realiza actividades de carácter sociocultural, educativo, recreativo y productivo para contribuir con el envejecimiento activo y saludable, teniendo conocimiento que los AM son un grupo etario vulnerable a alteraciones cognitivas y disminución de la CF. Frente a esto, es que se ha tenido por conveniente realizar la investigación titulada “Estado cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024”.

La pregunta de investigación fue: ¿Cuál es la relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024 ?; la hipótesis fue H1: La relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024, es significativa. Con objetivo general: Determinar la relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024; y los específicos, fueron: Caracterizar social y demográficamente a la población de estudio; Describir el estado cognitivo en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024; y Describir la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota -2024.

Los resultados del estudio revelan que el 54,5% de los AM tuvieron entre 60 y 69 años, 65,0% de sexo femenino, 58,5% casados y 59,0% iletrados; el 37,0% tuvieron deterioro cognitivo leve y el 20,0% dependencia moderada. El 16,0% de los AM con

deterioro cognitivo moderado fueron independientes; además, no se encontró relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del AM a través de la prueba Tau-c de Kendall con p-valor 0,082.

El estudio está constituido por cinco capítulos: Capítulo I: Introducción, la problemática respecto a estado cognitivo y dependencia funcional en el AM, en los contextos internacional, nacional y local; pregunta de investigación; objetivos y resultados; Capítulo II: Marco teórico, que tiene tres componentes: antecedentes del estudio (a nivel internacional, nacional y local), bases conceptuales (teoría de los radicales libres de Harman, estado cognitivo y dependencia funcional en el AM) y definición de términos básicos (adulto mayor, deterioro cognitivo, capacidad funcional, envejecimiento, dependencia y autonomía); Capítulo III: Marco metodológico (ámbito y diseño de investigación, hipótesis, población, muestra y unidad de análisis, operacionalización de variables, metodología, procesamiento, análisis de datos, aspectos éticos y rigor científico); Capítulo IV: Resultados y discusión; Capítulo V: comprende las conclusiones y recomendaciones; también, contiene las referencias bibliográficas y los anexos.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes del estudio

A nivel internacional

Sotomayor AM, et al. (Ecuador, 2022) estudiaron sobre “Funcionamiento cognitivo y dependencia funcional del Adulto Mayor”; tuvieron como objetivo evaluar el funcionamiento cognitivo y el grado de dependencia en los AM. Investigación cuantitativa, descriptiva y de corte transversal, la muestra fue de 35 participantes. Los resultados encontrados, fueron: el 76,6% mujeres y 23,4% varones. En el funcionamiento cognitivo, el 80,8% no presentó deterioro cognitivo, 17,0% deterioro cognitivo leve y 2,2% deterioro cognitivo severo; respecto a la capacidad funcional, el 70,2% fueron independientes, 14,8% dependencia moderada, 10,6% dependencia escasa, 2,2% dependencia severa y 2,2% dependencia total. Concluyeron que los AM independientes mantienen sus capacidades motrices y mentales [16].

Flores AL, et al. (México, 2020) plantearon el “Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el Adulto Mayor”, el objetivo fue determinar la relación entre la cognición y capacidad funcional en actividades básicas de la vida diaria de las personas mayores. Estudio cuantitativo, correlacional, de tipo transversal, ejecutado con 32 personas mayores. Los resultados encontrados fueron, el 56,2% mujeres y edad $80,5 \pm 89,7$ años. El 8,2% no tuvieron deterioro cognitivo y 91,8% tuvo algún grado de deterioro cognitivo. El 12,5% fueron independientes, mientras que el 87,5% tuvieron algún grado de dependencia funcional. Concluyeron que existió relación del estado cognitivo con la capacidad funcional en AM [17].

Silva AA, et al. (México, 2019) investigaron sobre “Estado cognitivo e independencia del adulto mayor en México”, su objetivo fue determinar el estado cognitivo y la independencia de los AM. Estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, la muestra fue de 64 AM. El 56,3% fueron mujeres, el 42,4% estudios de primaria, el 75,6% ninguna ocupación, el 58,6% seguro

subsidiario y el 55,2% ninguna ayuda externa. En cuanto al estado cognitivo, el 20,9% presentó deterioro cognitivo; 79,1% no tuvo DC; en capacidad funcional, el 15,6% requirió de ayuda para subir o bajar escaleras y 1,5% tuvo incontinencia. Concluyeron que El 93,7% de los AM fueron totalmente independientes para realizar actividades de la vida diaria, mientras que el 12,5% requirieron de mínima ayuda para subir o bajar escaleras [18].

A nivel nacional

Scate K. (Perú, 2022) estudió el “Estado cognitivo y grado de dependencia funcional de adultos mayores - 2022”, su objetivo fue determinar la asociación entre el estado cognitivo y grado de dependencia funcional. Estudio observacional, analítico, retrospectivo y de corte transversal, realizado con 201 AM. Los resultados encontrados, fueron: el 53,2% mujeres, 36,8% con secundaria incompleta, el 65,7% solteros, 63,7% trabajan y 57% con edad de 64 años. En valoración funcional, el 92% fueron independientes; el 15,9% con deterioro cognitivo leve y 0,5% deterioro cognitivo moderado; 81,3% de los pacientes con dependencia parcial no tuvieron deterioro cognitivo. Concluye que no existe asociación entre el estado cognitivo y grado de dependencia funcional de los AM [19].

Fernández WA. (Perú, 2021) estudió la “Capacidad funcional y el deterioro cognitivo en adultos mayores del hospital Sergio E. Bernales - 2019”, su objetivo fue determinar la capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes AM. Estudio cuantitativo, transversal, observacional, correlacional, la muestra estuvo constituida por 51 AM. El 61% fueron mujeres y 49% tenían de 60 a 70 años y el 59% fueron dependientes; el 55% tuvo deterioro cognitivo moderado, 35% deterioro cognitivo leve y 10% deterioro cognitivo severo. Concluye que hay relación entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en los AM [20].

Mescua MP y Salazar JA. (Perú, 2021) investigaron sobre “deterioro cognitivo y la dependencia funcional del adulto mayor de Huancayo – 2019”, el objetivo fue determinar la relación entre el deterioro cognitivo y la dependencia funcional del AM. Estudio de nivel correlacional y de corte transversal,

ejecutado con 110 AM. Los resultados muestran que el 55,4% fueron mujeres, 50,9% casados, 99,1% sin estudios superiores, 31,8% estuvo hospitalizado anteriormente y el 44% tuvo enfermedad crónica. El 22,7% con deterioro cognitivo leve, el 7,3% deterioro moderado y el 2,7% deterioro severo; el 40,9% fue semidependiente y 4,5% dependiente. Existió asociación entre el deterioro cognitivo con la dependencia funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria [21].

Leitón ZE, et al. (Perú, 2020) realizaron la investigación “Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor”, el objetivo fue determinar la relación entre cognición y capacidad funcional en el AM. Estudio de enfoque cuantitativo, descriptivo-correlacional y transversal, la muestra fue de 110 AM de 60 años y más. En cuanto a las características demográficas, el 22,7% tuvo entre 60 y 64 años, 58,8% mujeres y 47,4% grado de instrucción primaria. En cuanto a la evaluación cognitiva, el 93,6% presentaron normalidad. El 83,4% mantuvieron su funcionalidad en actividades básicas. Concluyeron que existe relación entre la cognición y la capacidad funcional [22].

Jara DJ. (Perú, 2019) investigó la “Dependencia funcional y la cognición en el adulto mayor de Santiago Távara - 2018”, su objetivo fue establecer la relación entre dependencia funcional y cognición. Estudio observacional, analítico transversal, retrospectivo, su muestra fue 218 AM. Los resultados, muestran: el 68% hombres, 77% solteros, 28% secundaria. Sobre el deterioro cognitivo, el 58,7% presentó deterioro cognitivo. En cuanto a la dependencia funcional, el 80,7% tuvo dependencia funcional leve, 11,1% dependencia funcional moderada y 5,5% dependencia funcional grave. Hay asociación entre dependencia funcional y la cognición en el adulto mayor [23].

A nivel local

Bautista LM. (Perú, 2022). Investigó el “Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Cuyumalca – Chota, 2021”; su objetivo fue determinar la relación entre deterioro cognitivo y autocuidado en el AM. Estudio de enfoque cuantitativo, tipo descriptivo-correlacional y corte transversal, la muestra fue de 72 AM. Los resultados muestran: el 59,7%

mujeres, 55,6% entre 75 y 89 años, 56% casados, el 77,8% iletrado y 55,5% ama de casa. Sobre el estado cognitivo del adulto mayor, el 63,9% tuvo deterioro cognitivo leve. Concluyeron que el deterioro cognitivo y el autocuidado tuvo relación significativa [24].

2.2. Bases conceptuales

2.2.1. Bases teóricas

El sustento teórico del estudio fue la Teoría de los radicales libres de Harman D, citado por Rico MG. et al. [25]. Establece que el proceso del envejecimiento es el resultado de daños que ocurre en los tejidos por los radicales libres que son sustancias altamente reactivas y capaces de producir daño por reacciones oxidativas [25].

La energía de los radicales libres, ocasiona reacciones auto catalíticas en biomoléculas orgánicas como las proteínas, lípidos, hidratos de carbono y ácidos nucleicos generando radicales libres que se propagan y generan daño en la cadena respiratoria [25].

Con el transcurso del tiempo, los radicales libres de oxígeno escapan a los sistemas de regulación y se acumulan, generando un desbalance llamado estrés oxidativo, un factor importante en la acumulación de moléculas oxidadas durante el proceso de envejecimiento y que afecta a todos los tejidos, en especial a los sistemas nervioso, endocrino e inmunitario [25].

El sistema nervioso central (SNC) es susceptible al perjuicio de los radicales libres debido a mayores requerimientos energéticos, mayor consumo de oxígeno, alta concentración de ión ferroso (Fe^{2+}), alta concentración de lípidos poliinsaturados y niveles bajos de antioxidantes que también puede afectar el sistema músculo esquelético producto de la sarcopenia que lleva a la falta de flexibilidad y elasticidad muscular. Además, la proteína amiloide- β mutada ($D\beta$), causa degeneración y muerte neuronal debido al incremento de la producción de radicales libres sobre todo en el cerebro [25].

Esta teoría se relaciona con el estudio debido a que la longevidad y el incremento de los radicales libres están relacionadas con mayores requerimientos energéticos y el mayor consumo de oxígeno que afecta la regulación del sistema músculo-esquelético predisponiendo a la sarcopenia que causa falta de flexibilidad y elasticidad muscular, manifestado en dependencia funcional. Por otro lado, la proteína amiloide- β produce degeneración y muerte neuronal debido al incremento de la producción de radicales libres e induce al deterioro cognitivo.

2.2.2. Estado cognitivo en el AM

A. Definición

Se refiere a la capacidad de pensar, aprender y evocar claramente. Se fundamenta en la actividad cognitiva-conductual que incluyen la atención, gnosis, praxias, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas como el razonamiento, flexibilidad mental, entre otras. Sin embargo, con el envejecimiento disminuyen las capacidades de pensamiento y para realizar actividades cotidianas como conducir, pagar cuentas, tomar medicamentos y cocinar; en el AM [26].

B. Tipos de estado cognitivo

El estado cognitivo se clasifica de la siguiente manera [27, 28]:

a) Estado cognitivo normal (sin deterioro cognitivo)

Es cuando el AM no presentan ningún déficit neurológico en las dimensiones: atención, concentración, evocación y velocidad en el procesamiento de la información.

b) Deterioro cognitivo leve

El AM presenta ligeros cambios en la memoria, que se caracterizan por pérdida de memoria o limitación cognitiva, pero no repercuten de manera negativa en el desarrollo normal de su vida.

c) Deterioro cognitivo moderado

Es cuando el AM tiene un grado de dificultad mayor para la realización de las tareas de la vida diaria y para comprender conceptos. Se presenta de manera frecuente con episodios de desorientación o pérdida de percepción del entorno que los rodea.

d) Deterioro cognitivo severo

Pérdida de las habilidades cognitivas que afecta a la capacidad del AM para realizar sus actividades diarias, es decir, hay pérdida de la memoria, alteración de conducta, movilidad y comunicación, originando dependencia de otras personas para cubrir sus necesidades.

C. Factores de riesgo del deterioro cognitivo

Entre ellos se incluyen el envejecimiento, historia familiar de demencia, traumatismo craneoencefálico con alteración de conciencia, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, vasculitis, diabetes mellitus, depresión, trastornos psiquiátricos y procesos infecciosos del sistema nervioso [28].

D. Fisiopatología del deterioro cognitivo

Comprende modificaciones morfológicas, bioquímicos, metabólicos y circulatorios a nivel cerebral, que se convierten en cambios funcionales, que contribuyen al desarrollo del deterioro cognitivo. Los cambios morfológicos son observables a través del microscopio (cantidad de neuronas, pérdida de dendritas, sinapsis y acumulación de sustancias), que contribuyen a la disminución de la masa cerebral. Los cambios bioquímicos contemplan alteración de neurotransmisores (dopamina y acetilcolina principalmente), enzimas que los forman y degradan, en la afinidad y número de receptores. En cambios metabólicos y circulatorios, existe disminución del flujo sanguíneo debido a ateromas, condición que, junto con la hipoxia y la hipoglucemia, producen activación de los receptores de glutamato y

la consiguiente excitotoxicidad que perjudican o matan las células nerviosas [27].

E. Diagnóstico del deterioro cognitivo

El diagnóstico es básicamente mediante las manifestaciones clínicas, por lo que debe de realizarse cada vez que el AM busca atención médica, a través del Examen Mínimo del Estado Mental (MMSE), su aplicación lleva menos de 10 minutos e identifica en forma temprana trastornos de la memoria y el deterioro cognoscitivo, el cuestionario de Pfeiffer cuya valoración cognitiva es: 0-2: Valoración cognitiva normal. 3-4: Deterioro leve. 5-7: Deterioro moderado. 8-10: Deterioro severo [28].

Además, incluye biometría hemática completa, evaluación del hígado, renal, perfil tiroideo, electrolitos séricos, concentraciones de vitamina B12, ácido fólico y autoanticuerpos. Los estudios de imagen cerebrales ayudan a descartar la presencia de masas ocupantes de espacio intracraneales, infartos o hemorragias que estén relacionados con el deterioro cognitivo. Incluye la tomografía axial computarizada (TAC) de cráneo y la resonancia magnética nuclear (RMN), pero, su uso muchas veces tiene diferentes limitaciones, debido a su alto costo y su baja disponibilidad en nuestro medio [29].

F. Tratamiento del deterioro cognitivo

- **Tratamiento no farmacológico:** incluye adaptarse al entorno para mantener la funcionalidad, estimular la independencia mediante las actividades físicas, recreativas y ocupacionales teniendo en cuenta la severidad del deterioro cognitivo. Además, la educación en salud a la familia mejora los resultados terapéuticos [28].
- **Tratamiento farmacológico:** los inhibidores de la enzima colinesterasa (donepezilo, galantamina y rivastigmina), mejoran la evocación, las actividades cotidianas y la clínica del deterioro

cognitivo, puesto que, incrementa el neurotransmisor acetilcolina en el espacio sináptico, pero no previenen el avance del deterioro cognitivo leve (DCL) a demencia y no debe administrarse en casos de demencia grave [28].

G. Complicaciones del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo, puede causar las siguientes complicaciones [30]:

- Disminución de la calidad de vida del paciente.
- Variaciones en el estado de ánimo y apatía temprana, que tiene larga duración.
- Conmoción y psicosis, en las etapas medias y tardías de la afección.
- Delirium, ánimo deprimido y alucinatorios.

H. Prevención del deterioro cognitivo

Para prevenir el deterioro cognitivo se recomienda realizar las siguientes indicaciones [28]:

- **Estimulación cognitiva:** Realizar orientación e intervenciones cognitivas (pasatiempos o juegos de atención), hasta juegos de ordenador dirigidos (brain training), fundado en la teoría de la neuroplasticidad.
- **Ejercicio físico:** Previene el deterioro cognitivo leve, cuando se realiza actividad física mínimamente dos horas, durante tres veces a la semana.
- **Dieta mediterránea:** Ingesta de pescado azul, verduras, legumbres, frutas, cereales, aceites de oliva, semillas, evitar en lo posible la ingesta de carnes rojas y lípidos de origen animal.
- **Práctica de aficiones:** Cocina, viajes, facilitan la conectividad neurológica y previenen el deterioro.
- **Mantener relaciones sociales:** Ayudan a prevenir el deterioro.

2.2.3. Dependencia funcional en el adulto mayor

A. Definición

Son las limitaciones que presenta el AM durante el proceso de envejecimiento para ejecutar sus actividades básicas, instrumentales y avanzadas de la vida diaria [31].

En la DF existe pérdida de autonomía ya sea física, psíquica o intelectual; por lo que, hay necesidad de asistencia para realizar sus actividades cotidianas. En tal sentido, la DF impide el autocuidado en salud y conlleva a la dependencia total; situación que se previene mediante el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas en la rehabilitación, educación y salud [31].

B. Grados de dependencia funcional

La dependencia se puede caracterizar en [32]:

- **Dependencia leve:** el AM necesita de ayuda ocasional o periódica para realizar algunas ABVD o en ciertas situaciones. Es decir, estas personas pueden realizar la mayoría de sus actividades cotidianas por ellos mismos.
- **Dependencia moderada:** es cuando hay necesidad de apoyo para realizar ABVD al menos una vez al día. Es decir, hay necesidad de ayuda intermitente o limitada para su autonomía.
- **Dependencia severa:** el AM necesita apoyo en la realización de varias ABVD dos o tres veces al día, por lo que necesita la permanencia de una persona cuidadora o requiere una ayuda extensa para su autonomía individual.
- **Gran dependencia (dependencia total):** el AM requiere apoyo para realizar varias ABVD varias veces al día. Hay pérdida total de autonomía mental o física, por lo que, es indispensable la presencia continua de otro individuo.

C. Factores de riesgo de la dependencia funcional

Entre ellos, están el envejecimiento, accidente cerebrovascular, enfermedades crónicas, depresión, deficiencia visual, dolencias que

dificultan sus actividades diarias y el tener algún miembro amputado [33].

Si bien es cierto, no existe una causa específica de la DF, se ha establecido que los procesos inflamatorios desempeñan un factor importante debido a una correlación positiva entre los niveles altos de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva, IL-6 y el dímero D) con atonía muscular, limitación funcional y discapacidad. Pero, las vías fisiopatológicas por las cuales se desencadena no se conocen del todo. Se cree que dichas moléculas tienen un rol importante en la inflamación crónica involucrada en la fisiopatología de la discapacidad funcional de los AM, por su asociación con la sarcopenia, alteración neuromuscular y disminución en la fuerza muscular [34].

Por otro lado, durante la fragilidad se expresa la pérdida progresiva de la capacidad de reserva y de adaptación del cuerpo con el transcurrir de los años, que no depende sólo del envejecimiento sino también de los factores genéticos, hábitos tóxicos o enfermedades no transmisibles subyacentes y que suponen, a partir de un umbral definitivo, el riesgo progresivo de desarrollar DF, lo que produce inestabilidad, riesgo de hospitalización, institucionalización y defunción [35].

D. Diagnóstico de la dependencia funcional

El diagnóstico es básicamente clínico y el uso de los tamizajes. Las escalas de medición más utilizadas son: el Índice de Barthel, el Índice de Katz y la Escala de Cruz Roja. El Índice de Barthel evalúa las ABVD, las cuales son actividades básicas para el autocuidado, como: comer, asearse, continencia urinaria y fecal, caminar, etc. [36].

E. Tratamiento de la dependencia funcional

El tratamiento se divide en no farmacológico y farmacológico, tal como se describe a continuación [37]:

- Tratamiento no farmacológico:

Está basada en modificar los estilos de vida, por lo que incluye:

- **Estimulación cognitiva:** Incluye intervenciones cognitivas dirigidas desde los ejercicios diarios (juegos de atención), hasta los juegos de ordenador dirigidos (brain training).
- **Ejercicio físico:** Realizar un mínimo de dos horas de paseo, durante tres veces a la semana.
- **Dieta mediterránea:** Ingesta de pescado azul (omega-3), verduras, frutas, legumbres, cereales y aceites de oliva y semillas; disminuir el consumo carnes rojas y grasas de origen animal preferentemente.
- **Control de factores de riesgo vascular:** Incluye la hipertensión arterial, diabetes mellitus, dislipidemia, tabaco y obesidad.
- **Práctica de aficiones:** Como la jardinería, cocina, viajes.
- **Mantener relaciones sociales:** Mantener relaciones con la familia y la comunidad.

- Tratamiento farmacológico:

Entre los más importantes, destacan:

- **Inhibidores de la acetilcolinesterasa:** Inhiben la acción de la enzima acetilcolinesterasa, responsable del metabolismo de la acetilcolina en las sinapsis neuronales; en tal sentido, se produce un incremento de este neurotransmisor en el espacio sináptico con el objetivo de mejorar los procesos de memoria y disminuir el efecto del deterioro cognitivo. Incluye al donepecilo, rivastigmina y galantamina.
- **Inhibidores del receptor NMDA del glutamato:** Sin resultados concluyentes. Se utiliza en combinación con inhibidores de la acetilcolinesterasa y con piracetam.
- **Noótropos y neuroprotectores:** son medicamentos orientados al cerebro para mejorar las funciones cognitivas, y también facilitar la actividad integradora del cerebro. Aunque se desconoce su mecanismo de acción, se cree que estimula la corteza cerebral incrementando el metabolismo y los niveles

energéticos neuronales. Dentro de este grupo están el piracetam, aniracetam, oxiracetam y pramiracetam.

- **Vasodilatadores:** Regulan el flujo sanguíneo cerebral (bloquean los canales α -adrenérgicos), que actúan sobre los factores nerviosos del flujo (sistema adrenérgico) o sobre los factores metabólicos, o favorecen la vasodilatación. Tenemos el nicardipino, nimodipino, pentoxifilina y ácido nicotínico y bloqueantes α -adrenérgicos (dihidroergocristina).

F. Consecuencias de la dependencia funcional

La dependencia física produce varias consecuencias a nivel personal, familiar y social. A nivel personal, la dependencia produce sentimientos negativos, como la depresión, baja autoestima y la desesperanza. A nivel familiar, ocasiona empobrecimiento y reasignación de los roles de atención y de cuidado; y a nivel social, incrementa la demanda de servicios sanitarios y de atención [36, 38].

G. Prevención de la dependencia funcional

Consiste en hacer hincapié en 5 aspectos importantes [37, 38]:

- **Actividad física:** Mantiene la fuerza y la energía, ayuda a controlar los factores de riesgo cardiovascular, mejora la resistencia y el estado de ánimo.
- **Alimentación saludable:** Previene los factores de riesgo.
- **Cuidar de la salud física y mental:** Vigilar el estado físico y mental, y cuidado del AM para evitar posibles patologías.
- **Seguridad:** Evitar caídas o accidentes que conllevan a discapacidad temporal o permanente.
- **Relaciones sociales:** Estar en contacto con otras personas y mantener actividad social para mejorar la salud física y mental.

2.3. Definición de términos básicos

- **Adulto mayor:** Persona que está en etapa del envejecimiento y comprende a aquellos que tienen de 60 años a más [39].

- **Deterioro cognitivo:** Síndrome clínico que se caracteriza por el deterioro parcial o total de la memoria del adulto mayor [40].
- **Capacidad funcional:** Son las capacidades que tiene una persona para realizar actividades cotidianas; que se ve en la independencia, la movilidad y la autonomía [41].
- **Envejecimiento:** Fenómeno presente a lo largo del ciclo vital desde el mismo proceso de la concepción hasta la muerte. A pesar de ser un fenómeno natural conocido por el individuo y la sociedad, resulta difícil aceptarlo como una realidad innata a todo ser [42].
- **Dependencia:** El individuo carece de autonomía mental, física, intelectual o sensitiva, por lo que necesita apoyo para realizar las actividades de la vida diaria. Incluye a las personas con enfermedades mentales y con discapacidades intelectuales [43].
- **Autonomía:** Se refiere al estado en el que los individuos tienen la capacidad de controlar y tomar decisiones personales por propia iniciativa. Asimismo, puede ejecutar las actividades cotidianas [43].

CAPÍTULO III

MARCO METODOLÓGICO

3.1. Ámbito de estudio

El estudio se realizó en el distrito de Chota. Este distrito pertenece a la Región Cajamarca, se encuentra a una altitud de 2.388 m s. n. m. con una longitud de 78°30", el clima es templado y circundada por los ríos Chotano, San Mateo y Colpamayo, a 150 km al norte de Cajamarca y a 212 km al este de Chiclayo. Entre sus límites, se encuentran: por el norte con Chiguirip y Conchán, por el oeste con Lajas, por el sur con Bambamarca y por el este con Chalamarca [44].

El lugar para el desarrollo de la investigación fue el centro poblado de Sarabamba. Este centro se encuentra a una altitud de 2.442 m s. n. m. ubicado a una latitud sur: 6° 30' 21.3", longitud oeste: 78° 40' 21.3". Aproximadamente a unos 45 minutos de la ciudad de Chota por la carretera Chota al Campamento. Este centro poblado cuenta con 238 viviendas que se encuentran dispersas a lo largo de Sarabamba, cuenta con centros educativos de nivel primario y secundario y con un puesto de salud de categoría I – 2, la cual atiende a un aproximado de 200 AM que pertenecen a los sectores de la Capilla, Alicón, Progreso, Llasavilca y Sarabamba. Brinda atención asistencial a los pacientes para tratar, prevenir y hacer seguimiento, sobre todo en caso de enfermedades crónicas degenerativas a través del programa AM [45].

3.2. Diseño de investigación

Estudio de enfoque cuantitativo, porque se hizo uso de la estadística; de nivel relacional, porque estableció la relación entre el estado cognitivo y dependencia funcional del AM. De tipo prospectivo, ya que la información fue de fuentes primarias; diseño no experimental, puesto que no existió manipulación de la variable; y de corte transversal, porque las variables fueron medidas en un solo momento y tiempo único [46].

3.3. Hipótesis

H1: La relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024, es significativa.

Ho: La relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024, no es significativa.

3.4. Población, muestra y unidad de estudio

La población estuvo conformada por 1135 personas que estuvieron asegurados mediante el Seguro Integral de Salud (SIS) en el puesto de salud de Sarabamba, los cuales 200 de ellos fueron AM [45]. Debido a que fue una población accesible y manejable no se obtuvo muestra por lo que se trabajó con la población total.

Criterios de inclusión:

- AM que pertenecieron al centro poblado de Sarabamba.
- AM que aceptaron y firmaron el consentimiento informado.
- AM sin alguna enfermedad que afecte directamente su grado de dependencia (AM con extremidades operadas o amputadas).
- AM sin alteraciones cognitivas o psiquiátricas.

Criterios de exclusión:

- AM con imposibilidad de tipo visual o auditiva que dificultaron responder las preguntas.
- AM que tuvieron alguna limitación de comunicación.
- AM que no fueron encontrados en el centro poblado de Sarabamba, debido a que cambiaron de domicilio.

Unidad de estudio

Lo conformaron cada uno de los AM pertenecientes al centro poblado de Sarabamba.

3.5. Operacionalización de variables

Variables	Definición conceptual	Indicadores	Valor final
Estado cognitivo	Se refiere a la capacidad de pensar, aprender y evocar claramente. Se fundamenta en la actividad cognitivo-conductual que incluyen la atención, gnosias, praxias, memoria, lenguaje y funciones ejecutivas como el razonamiento, flexibilidad mental, entre otras. Sin embargo, con el envejecimiento disminuyen las capacidades de pensamiento y para realizar actividades cotidianas como conducir, pagar cuentas, tomar medicamentos, cocinar; en el AM [26].	<ul style="list-style-type: none"> - Recuerda datos y fechas. - Recuerda sucesos actuales. - Recuerda sucesos pasados. - Orientación en tiempo. - Orientación en espacio. - Capacidad de razonamiento. - Realiza operaciones matemáticas. 	<p>Sin deterioro cognitivo: ≤ 2 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo leve: 3 a 4 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo moderado: 5 a 7 errores.</p> <p>Deterioro cognitivo severo: 8 a 10 errores.</p>
Dependencia funcional	Son las limitaciones que presenta el AM sobre todo en el proceso del envejecimiento para realizar sus actividades básicas, instrumentales	<ul style="list-style-type: none"> Comer. Aseo personal. Vestido. Baño. Control de heces. Control de esfínteres. 	<p>Dependencia total: 0 a 20 puntos.</p> <p>Dependencia grave: 21 a 60 puntos.</p> <p>Dependencia</p>

	y avanzadas de la vida diaria [31].	Uso de retrete. Traslado silla/cama. Desplazamiento. Subida/bajada de escaleras.	moderada: 61 a 90 puntos. Dependencia leve: 91-99 puntos. Independiente: 100 puntos.
--	-------------------------------------	---	--

3.6. Descripción de la metodología

3.6.1. Métodos

Técnicas de recolección de datos

La técnica para la recolección de datos fue la encuesta, que buscó conocer la respuesta de los AM. Para ello, se requirió de instrumentos que provocaron las reacciones del encuestado y poder obtener información respecto a las variables en estudio [46].

Estrategias de recolección de datos

La estrategia fue la encuesta personal, de carácter anónima y sincrónica [41], que permitió obtener información respecto al estado cognitivo y dependencia funcional en el AM; además, se obtuvo información en cuanto a las características sociodemográficas del grupo objetivo.

Procedimiento de recolección de datos

Se solicitó el permiso respectivo a las autoridades (teniente gobernador) del centro poblado Sarabamba para que la población este informada de la ejecución del estudio, el mismo que fue concedido; de igual manera se solicitó el permiso correspondiente a la jefa del puesto de salud de dicho centro poblado, mediante una solicitud y de esta manera poder tener acceso a la base de datos de los AM (historias clínicas del establecimiento de salud); se le informó el propósito y los objetivos del estudio a los AM que asistieron a la reunión presencial en coordinación con el personal de salud de dicho establecimiento, en donde se procedió a firmar el consentimiento informado y a la aplicación de los instrumentos a cada AM; los AM que no asistieron a la reunión, se les hizo una visita

a su domicilio por tres semanas consecutivas en turnos de mañana y tarde, y se realizó del 13 de mayo al 02 de junio del 2024.

3.6.2. Materiales

Instrumentos de medición

Se utilizaron dos instrumentos para medir las variables en estudio (estado cognitivo y dependencia funcional en el AM), como se detallan a continuación:

El primer instrumento fue el Cuestionario para deterioro cognitivo (Pfeiffer), adaptado por Villarejo A y Puertas V, 2011[47] (Anexo 02). Consta de 10 ítems, donde cada pregunta errada (E) vale “1” y “0” por cada pregunta respondida de manera correcta; se suman el número total de preguntas erradas y se realizó la puntuación de la siguiente manera:

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

A los individuos que han estudiado primaria incompleta y analfabeta se restó un punto a la suma total y se procedió a la valoración de acuerdo a lo señalado. La fiabilidad inter e intraobservador del instrumento de Pfeiffer (SPMSQ) fue de 0,738 y 0,925, correspondientemente, con una consistencia interna de 0,82. La validez convergente fue de 0,74 y la discriminación del 0,23 [47].

El segundo instrumento utilizado fue el Índice de Barthel (IB), adaptado por Correa VG y Gala CL, en 2017 (Anexo 03) [48], mide el nivel de independencia en ABVD. La escala valoró 10 áreas de ABVD (comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del baño, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y desvestirse, control del intestino y control de orina).

Su puntuación total fue de 0 a 100, donde cero indica la total dependencia en ABVD y movilidad y 100 la independencia en esas áreas; donde según la obtención de puntaje se clasifica en: 0-20 dependencia total, 21- 60 dependencia grave, 61-90 dependencia moderada, 91- 99 dependencia leve y 100 puntos es independiente [48].

La confiabilidad intra e interobservador para todos los casos fue $k=0,99$ y $k=0,58$ respectivamente; según el criterio de Lyden y Lau, los acuerdos fueron leves (k entre 0 a 0.20), regulares (k de 0,21 a 0,40), moderados (k de 0.41 a 0.60), substanciales (k de 0,61 a 0,80) y casi perfectos (k de 0,81 a 1). En cuanto a la validez, se determinó a través del juicio de expertos, en donde cada experto evaluó cada uno de los 10 ítems del Índice de Barthel. Los indicadores de la validez de contenido para cada experto registraron valores superiores a 0,8 lo que refiere una validez de contenido elevada, lo que significó que el instrumento sometido a análisis de los expertos midiendo la funcionalidad en los AM [48].

Se realizó una prueba piloto en 20 AM atendidos en el centro poblado de Chuyabamba, por ser un contexto con características similares a la población en estudio, a fin de identificar cualquier problema o error en las preguntas de los instrumentos, donde todas las preguntas de los instrumentos fueron entendidas. Para determinar la confiabilidad del Cuestionario del estado cognitivo (Pfeiffer) se utilizó la prueba kuder Richardson (KR-20) (Anexo 4) obteniéndose una fiabilidad aceptable de 0,790; para el Índice de Barthel se usó el Alfa de Cronbach (Anexo 5), el cual fue de 0,924, lo que indica que tiene buena consistencia interna.

En el desarrollo del estudio participaron los recursos humanos (investigadoras), las mismas que financiaron el estudio; además, se utilizó los recursos materiales.

3.7. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de datos se realizó de manera electrónica luego de haber concluido con la recolección de información de cada AM, para ello se ingresó la información al programa estadístico SPSS V.26.0, la misma que estuvo organizada en: estado cognitivo, dependencia funcional y características sociodemográficas del AM.

El análisis descriptivo se realizó a través de frecuencias absolutas y relativas, con intervalos de confianza al 95%, las cuales fueron interpretadas y analizadas teniendo en cuenta su mayor relevancia y porcentaje. Para determinar el análisis inferencial, se hizo uso de tablas de contingencia, y para determinar la relación entre el estado cognitivo y dependencia funcional en el AM se utilizó la prueba Tau-c de Kendall con intervalo de confianza del 95% y p valor < 0,05.

3.8. Aspectos éticos y rigor científico

En el presente trabajo de investigación se emplearon los siguientes principios éticos: el principio de beneficencia, en el cual se actuó en beneficio de los AM partícipes del estudio, sin causar daño alguno, puesto que se basó solo en la recolección de la información; el principio de dignidad humana, las investigadoras respetaron y protegieron la identidad de los AM salvaguardando sus derechos; y el principio de justicia, porque todos los AM formaron parte del estudio, siempre y cuando cumplieron con los criterios de inclusión [49].

El rigor científico se demostró en la calidad con la que se realizó la investigación, por tal razón, se tuvo en cuenta la confidencialidad, para garantizar a los AM que la información obtenida fue protegida y no divulgada sin consentimiento de la persona; la credibilidad, donde no se alteraron los resultados obtenidos de cada participante; la conformabilidad, los resultados de la investigación reflejaron la veracidad de los datos obtenidos de los participantes y la transferibilidad o aplicabilidad permite transferir los resultados de la investigación a otros contextos [50].

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Características sociodemográficas en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024

Tabla 1. Edad en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024

Edad	N°	%
60 a 69 años	109	54,5
70 a 79 años	43	21,5
80 años a más	48	24,0
Total	200	100,0

En la tabla 1 se muestra que la mayor proporción de AM estudiados, tuvieron de 60 a 69 años (54,5%), seguido por el 24,0% con 80 años a más y 21,5% de 70 a 79 años. Esto refleja que la población AM se ha incrementado de manera paulatina sobre todo en las últimas décadas.

Los resultados son parecidos a los de Fernández [20], quien en su estudio encontró que el 49% de AM tenían entre 60 y 70 años; de igual manera fueron similares a los de Leitón et al. [22], quienes mostraron que el 22,7% de AM tuvieron entre 60 y 64 años; pero fueron diferentes al estudio de Bautista [24], en el que el 55,6% de las personas AM tenían entre 75 y 89 años. Las similitudes y diferencias al comparar el reporte con los antecedentes, indican que la transición demográfica es común en todos los contextos. En el caso de Perú, desde las tres últimas décadas la población atraviesa una transición demográfica, traspasando de ser una población joven y de rápido crecimiento a otra más adulta y de menor crecimiento [51], como se evidencia en el estudio.

En relación con lo que se menciona, se sabe que el proceso envejecimiento va acompañado de cambios físicos, psicológicos y sociales [52]. Es por ello, que más

de la mitad de AM que tienen de 60 a 69 años, están relacionado paulatinamente, pero constante envejecimiento de la población peruana; por ello, urge la necesidad de implementar políticas públicas y sociales que contribuyen a mantener la función cognitiva y capacidad funcional en el AM [53]; debido a que con el proceso de envejecimiento existe mayor predisposición al deterioro cognitivo y dependencia funcional que afectan de manera negativa su calidad de vida.

Según el INEI desde el año 1950 hasta el 2023, la población peruana envejecida se ha venido incrementando constantemente; pues en el período de los años cincuenta, la estructura de la pirámide poblacional peruana estaba formado básicamente por niños y niñas (de 100 personas 42 eran menores de 15 años); sin embargo, al 2023 la proporción de niños ha disminuido significativamente (de 100 personas 24 son menores de 15 años), y por el contrario se ha incrementado la población AM, pasando de 5,7% en el año 1950 a 13,6% en el año 2023 [54]. Esto implica que el país está atravesando una transición demográfica, por lo que se requiere de mayores servicios de salud diferenciados y de personal de salud capacitado para atender la demanda de la población AM.

A medida que las personas envejecen, existe mayor vulnerabilidad al desarrollo de enfermedades crónicas o comorbilidades, presentando mayores dificultades en el desarrollo de sus actividades cotidianas, por lo que, requieren de ayuda de otras personas para la realización de las mismas. Esto indica, que el proceso de envejecimiento puede producir un deterioro tanto de las capacidades físicas como cognitivas del AM, lo cual conlleva a la aparición de limitaciones, como la dependencia funcional [55].

En tal sentido, el envejecimiento estaría relacionado con el incremento de la dependencia funcional en los AM, por lo que es necesario brindar más y mejores servicios de salud y cuidados de largo plazo a este grupo etario, de tal forma que responda a las necesidades de servicios de salud del AM. Por otro lado, la nueva generación de AM longevos necesita mantener su estado cognitivo e independencia que les permita tener una vejez con buenas condiciones de vida [55].

**Tabla 2. Sexo en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota -
2024**

Sexo	N°	%
Masculino	70	35,0
Femenino	130	65,0
Total	200	100,0

La mayor proporción de AM del estudio fueron mujeres (65,0%). Resultado relacionado con una mayor esperanza de vida de las mujeres, en comparación con los varones. Además, son las mujeres que generalmente llevan un estilo de vida saludable (alimentación balanceada, actividad física, menos consumo de sustancias psicoafectivas, entre otras) [56].

Al investigar resultados parecidos se encontró la investigación de Sotomayor et al. [16], donde la mayoría de AM fueron mujeres (76,6%); de igual manera Flores et al. [17], encontraron que el (56,2%) de la población en estudio estuvo constituida por mujeres. Aunque existe un predominio del sexo femenino en el estudio; reportes a nivel nacional indican que no es significativo el predominio de las mujeres en comparación al de los hombres [56].

De igual manera en otros estudios fue mayor el número de mujeres, como el caso de Silva, et al [18], (56,3% mujeres); Scate [19], (53,2% mujeres); Fernández [20], (61% mujeres); Mescua y Salazar [21], (55,4% mujeres); Leitón et al. [22], (58,8% mujeres); y Bautista [24] (59,7% mujeres). Esto se debe a que generalmente son las mujeres las que se preocupan por su salud y frecuentan los servicios sanitarios, sobre todo durante la salud reproductiva [57].

En cuanto a las diferencias por sexo, especialmente en los países donde el nivel de defunción es bajo, en promedio las mujeres presentan una mayor sobrevivencia y superan a los varones en 3,4 años. En el futuro, se espera que las personas AM continuarán ganando años de vida en la región, por lo que, la esperanza de vida a los 60 años será de 22,2 años en el 2030 y se acrecentará a 25,3 años hacia el año

2060 [58]. Esto indica que en el futuro la mayor parte de la población estará constituida por adultos y AM, debido al incremento de la esperanza de vida.

El predominio del sexo femenino en comparación al masculino refleja las diferenciales en la sobrevivencia de la mujer AM, la cual repercute en el diseño de estrategias y políticas públicas para fomentar un envejecimiento activo y saludable de esta población [58]. Al analizar los datos por sexo, se evidencia mayor proporción de las mujeres en comparación al de los varones; diferencias que coinciden con los reportes de los países de América Latina. Si bien es cierto, que nacen más varones que mujeres y, por defunción diferencial al comienzo de la vida, la composición por sexo se iguala en las etapas de juventud y adultez, para después en las edades mayores invertirse y favorecer la supervivencia de las mujeres AM [59].

Por otra parte, se debería al incremento de la esperanza de vida al nacer de las mujeres debido a factores biológicos, así como también a comportamientos relacionados con la salud, como menor consumo de tabaco y alcohol, la alimentación más saludable y la mayor frecuencia de controles médicos [58]. Asimismo, la muerte por causas externas es más frecuente en los varones, por lo que también repercute en estas diferencias [58].

Tabla 3. Estado civil en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024

Estado civil	N °	%
Casada(o)	117	58,5
Divorciada(o)	4	2,0
Soltera(o)	30	15,0
Viuda(o)	49	24,5
Total	200	100,0

El mayor porcentaje de participantes fueron casados (58,5%); seguido viudo (24,5%). Esto evidencia que en el pasado las parejas se consolidaban de manera formal a través del matrimonio para formar una familia.

Este resultado es similar al de Mescua y Salazar [21], en su investigación encontraron que el 50,9% estuvieron casados (as); y al estudio de Bautista [24], que muestra que el 56% de las personas AM eran casados (as); pero fueron diferentes a Scate [19], donde el 65,7% de los AM eran solteros (as); y al reporte de Jara [23], quien encontró que el 77% fueron solteros (as). Esto indica que los cursos de vida de las personas AM son variados, pero los comportamientos son bastante parecidos en todos los contextos, con algunas excepciones; donde la gran mayoría de la población AM se encuentra unida mediante el matrimonio formal en algún momento de la vida y una baja proporción de varones y mujeres permanecen solteros (as) o divorciados (as) hasta edades mayores [59].

Resultado parecido al reporte del INEI, en donde el 58,3% de AM estuvieron casados o fueron convivientes, 22,9% viudas (os) y el 18,8% otros. Además, del total de hogares conducidos por AM, el 48,3% son hogares nucleares, el 23,0% de viviendas de los AM son unipersonales, el 22,3% de viviendas son extendidos, el 5,4% son hogares sin núcleo y el 1,0% son hogares compuestos [53].

El estado civil de casados en el AM favorece la interacción ya sea dentro del hogar o con la sociedad. Por eso, es necesario considerar las modificaciones que ocurren

en la vivienda cuando uno o más de sus miembros envejecen, pues a medida que prospera el ciclo de vida familiar, aparecen necesidades de apoyo y de cuidado por parte de la pareja. Igualmente, hay que tener en cuenta las diferencias de género existentes, puesto que adquieren importancia a escala familiar, ya que estas se acentúan con la vejez o se modifican dadas las transformaciones que se advierten no solo en la estructura de los hogares, sino también de la sociedad [60].

En cuanto al estado civil, se cree que el estar casado confiere cierto grado de protección del estado cognitivo en comparación a los demás estados civiles, puesto que hay una menor probabilidad de desarrollar algún grado de deterioro cognitivo, aunque esto puede variar en diversos países por cuestiones sociales y culturales [61]. Por otro lado, se cree que las actitudes de la pareja o familiares cercanas a los AM pueden contribuir a la dependencia funcional; por el exceso de protección, al impedir realizar ciertas tareas cotidianas por miedo a que se puedan caer, disminuyendo su habilidad por falta de práctica contribuyendo a su dependencia [62].

Por el contrario, la separación o el divorcio en el AM suelen acontecer con el transcurso de los años, pero la viudez es muy frecuente en las adultas mayores mujeres, debido a su mayor esperanza de vida, para quienes es mucho menor la probabilidad de alcanzar la vejez acompañadas de su cónyuge [58], como se muestra en los porcentajes a nivel de Latino América.

En tal sentido, es necesario tener en cuenta el ciclo de vida del AM para la elaboración de las políticas públicas y los programas para lograr un envejecimiento activo y saludable, puesto que el incremento de este grupo de personas tiene un mayor impacto cuando esta población se considera a partir de los hogares. Por eso, se debe tener en cuenta las relaciones familiares y otras relaciones sociales significativas que mantiene una sociedad con los AM [58].

Tabla 4. Grado de instrucción en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024

Grado de instrucción	N °	%
Iletrado (a)	118	59,0
Primaria completa	21	10,5
Primaria incompleta	60	30,0
Secundaria	1	0,5
Total	200	100,0

La mayor proporción de AM del estudio no tuvieron grado de instrucción (59,0%); seguido por primaria incompleta 30,0%. Estadísticas que indican que tuvieron falta de acceso a la educación durante las primeras etapas de vida , limitando el acceso a los diversos bienes y servicios que la colectividad les ofrece y predispone a la desigualdad que generan marginación e indigencia [63].

El resultado es parecido al estudio de Bautista [24], quien encontró que el 77,8% de las personas AM fueron iletrados (as); no obstante, fueron diferentes al estudio de Silva et al. [18], quienes encontraron que el 42,4% tuvieron grado de instrucción de primaria. Lo que indica que los AM en el pasado, no tuvieron acceso a la educación y/o no le dieron importancia a la continuidad de los estudios. Situación que evidencia que todavía existe una brecha educacional sobre todo en la zona rural como se muestra en el estudio.

También son diferentes al estudio de Scate [19], que el 36,8% tuvo secundaria incompleta; al estudio de Leitón et al. [22], donde el 47,4% tenía grado de instrucción primaria; y a la investigación de Jara [23], en el cual el 28% tenía grado de instrucción de secundaria. Estadísticas que a pesar que son diferentes al del estudio, muestran un bajo grado de escolaridad en los AM; pese a que es uno de los derechos sociales fundamentales para que los AM puedan realizarse satisfactoriamente.

En su condición de alfabetismo, el 15,0% de los AM en el Perú no sabe leer ni escribir; siendo mayor en las mujeres, en donde el 23,1% de las AM son iletradas, en comparación a los hombres, que fue del 17,1%. Situación que es más evidente en la zona rural, donde el 35,5% de la población AM no tienen estudios, con una prevalencia del analfabetismo de 55,6% en las mujeres AM, en comparación a los hombres AM (14,8%) [53].

El resultado evidencia que existe una gran brecha en el sector educación debido a la centralidad de la misma en la ciudad de Lima. Además, la heterogeneidad evidencia que estos porcentajes son mayores al hacer referencia sobre la mujer AM. Esto se debe generalmente a que las mujeres se dedican más a roles del hogar que a continuar con los estudios de nivel superior [52]. Por eso, cuando se trata del tema de educación, la población AM constituye uno de los sectores sociales más abandonados que aún no tienen educación básica.

De acuerdo al grado de instrucción y en su relación con el estado cognitivo, estudios evidencian que es más prevalente el DC en los AM en condición de iletrados en ambos sexos y en los que tienen primaria incompleta [60, 62]. Asimismo, el deterioro cognitivo empieza a manifestarse en los pacientes, a partir de los 60 años de edad; debido principalmente a la declinación de las funciones cerebrales superiores. Siendo necesario poder implementar medidas de prevención del deterioro cognitivo a través de los ejercicios de gimnasia cerebral (juegos de mesas, sudokus, sopas de letras, crucigramas, lectura); evitando el declive de las funciones cognitivas y otras enfermedades geriátricas asociadas a la misma [60].

Por su parte Mosquera et al. [64], indicaron que el DC tiene una relación estadísticamente significativa con el envejecimiento y con el menor nivel de estudios. En este caso el bajo grado de instrucción se relaciona con mayor intensidad y de forma negativa con el DC, independientemente de alguna alteración mental o enfermedad relacionada. Estos hallazgos confieren la relevancia de las terapias cognitivas para prevenir y minimizar el impacto del DC en la población adulta mayor. En tal sentido, es importante la prevención y la atención integral del AM; por otra parte, es necesario la formación de enfermeras geriátricas para brindar atención sanitaria eficiente y de calidad.

4.2. Estado cognitivo en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024

Tabla 5. Estado cognitivo en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024

Estado cognitivo	N°	%
No deterioro cognitivo	49	24,5
Deterioro cognitivo leve	74	37,0
Deterioro cognitivo moderado	66	33,0
Deterioro cognitivo severo	11	5,5
Total	200	100,0

El mayor porcentaje de AM tuvieron deterioro cognitivo leve (37,0%); seguido por el deterioro cognitivo moderado (33,0%) y deterioro cognitivo severo (5,5%). Indicadores que evidencian que el 75,5% presentan algún grado de DC, es decir están asociados con los cambios morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios a nivel cerebral [27].

Resultado parecido a la investigación de Fernández [20], quien muestra que el 55,0% tuvo DC moderado, 35% DC leve y 10% DC severo; y al de Flores et al. [17], evidenció que el 91,8% tuvo algún grado de DC y solo el 8,2% no tuvieron DC. Esto indica que el AM tiene necesidad de apoyo para realizar sus ABVD al menos una vez al día, debido a que tiene limitada su autonomía [34].

Pero hay estudios que fueron diferentes al resultado encontrado, tal es el caso de Sotomayor, et al. [16], encontrándose que el 80,8% no tuvo DC, 17% DC leve y 2,1% DC severo; Silva, et al. [18], evidenció que el 79,1% no tuvo DC y el 20,9% presentó DC; Scate [19], encontró que su población AM tuvo 15,9% DC leve y 0,5% DC moderado. En tal sentido, la prevalencia del DC en el AM es variable en los diversos contextos, debido a los diversos criterios diagnósticos utilizados en la recolección de información, la diversidad cultural y étnica, la prevalencia de enfermedades neurodegenerativas, el apoyo social y las políticas de salud de cada gobierno.

Asimismo, son diferentes a la investigación de Mescua y Salazar [21], que reportaron que el 22,7% tenía DC leve, 7,3% moderado y 2,7% DC severo; Leitón et al. [22], encontraron que el 93,6% de AM presentaron normalidad, es decir no tuvieron DC; también Jara [23], halló que el 58,7% presentó DC; y finalmente Bautista [24], reveló que el 63,9% de AM tuvo DC leve. Resultados que ponen en evidencia que gran parte de la población AM presentó alteración de la función cognitiva al margen del nivel de escolaridad y la edad.

Con el envejecimiento la funcionalidad del AM sufre algún grado de DC, manifestado por disminución de las habilidades mentales. Siendo más frecuente la afección de la memoria de trabajo, circunstancial y prospectiva; mientras que, la memoria semántica y la de procedimiento, no se ven alteradas notablemente o permanecen constantes [59].

El que la mayoría de los AM presenten algún grado de DC (75,5%), indica que tienen declinación en la cognición y el deterioro de uno o más dominios cognitivos, que incluye alteración de la memoria de manera episódica, la función ejecutiva, atención, lenguaje y la capacidad para representar, analizar y manipular objetos mentalmente. Frente a esta situación, es importante valorar la función cognitiva en la población a través del uso de varios test de cribado combinados para su detección temprana y oportuna [60].

El predominio del DC moderado, indica que el AM ha obtenido una puntuación de 5 a 7 errores de diez preguntas del cuestionario de Pfeiffer, considerando que los que tuvieron primaria incompleta y/o fueron iletradas se restó un punto a la suma total. Situación que indica que existe grado de dificultad en la realización de las tareas de la vida diaria y para comprender conceptos. Se presenta de manera frecuente con episodios de desorientación o pérdida de percepción del entorno que lo rodea [29, 30]. Siendo necesario por parte del Estado peruano realizar intervenciones encaminadas a favor de este grupo etario, como es la creación de los centros de protección social implementados por el Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables (MIMP) para AM que se encuentren en situación de riesgo o vulnerabilidad [14]; puesto que son espacios que favorece el contacto físico y las relaciones sociales.

De allí que los AM pueden desarrollar nuevas prácticas y destrezas físicas y sociales, y poder compartir con las personas de su misma época [59]. Por otro lado, se debe practicar la estimulación cognitiva, el ejercicio físico, dieta mediterránea, práctica de aficiones, así como incrementar la efectividad en todas las formas de cuidado e intervención en torno a mejorar o mantener la función cognitiva [30, 59].

4.3. Dependencia funcional del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota -2024.

Tabla 6. Dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024

Dependencia funcional	N°	%
Dependencia total	9	4,5
Dependencia grave	24	12,0
Dependencia moderada	40	20,0
Dependencia leve	23	11,5
Independiente	104	52,0
Total	200	100,0

En la tabla se observa que el mayor porcentaje de AM fueron independientes (52,0%); seguido por dependencia moderada (20,0%) y dependencia grave (12,0%). Lo que indica que cerca de la mitad de AM tienen algún grado de dependencia funcional, es decir, no pueden satisfacer sus necesidades básicas.

Este resultado se contrasta con los antecedentes encontrados, tal es el caso de Sotomayor et al. [16], encontraron que el 70,2% fueron independientes, 14,8% dependencia moderada, 10,6% dependencia escasa, 2,2% dependencia severa y 2,2% dependencia total; Flores et al. [17], evidenciaron que el 12,5% fueron independientes, mientras que, el 87,5% tuvieron algún grado de dependencia funcional. Esto indica que, a pesar de la diversidad de estadísticas reportadas, la dependencia funcional seguirá incrementándose debido al incremento de la esperanza de vida, siempre y cuando no se replantee el gasto social, de forma que responda a las necesidades de servicios de atención de la población AM.

Son diferentes también al de Silva et al. [18], quienes encontraron que el 93,7% de los AM fueron totalmente independientes para realizar actividades de la vida diaria, mientras que el 12,5% requirieron de mínima ayuda para subir o bajar escaleras; Scate [19], reportó que el 92% de AM fueron independientes; Leitón et al. [22],

revelaron que el 83,4% tuvieron funcionalidad en actividades básicas; y al de Jara [23], encontró que el 80,7% tuvo dependencia funcional leve, 11,1% dependencia funcional moderada y 5,5% dependencia funcional grave. Porcentajes que podrían incrementarse por comorbilidades, reingreso hospitalario, ingreso a una institución de reposo, complicaciones postoperatorias, entre otras [64].

En la dependencia funcional existe pérdida de la autonomía, ya sea física, psíquica o intelectual. El deterioro de los sistemas musculoesquelético y nervioso predispone a caídas, pérdida de la flexibilidad y del control de esfínteres; por lo que, es necesario la generación de lineamientos o estrategias adaptados a la realidad encontrada sobre la situación de los AM, que permitan tener un impacto positivo en los aspectos psicosociales y económicos de este grupo poblacional. Puesto, que las ABVD son vitales para mantener la autonomía [61].

En tal sentido, la dependencia funcional impide el autocuidado en salud y puede conllevar a dependencia total, situación que se debe prevenir mediante el desarrollo de intervenciones de enfermería enfocadas en la rehabilitación, educación y de su salud [33].

Entre los factores de riesgo de la dependencia funcional, se encuentran el propio envejecimiento, accidente cerebrovascular, depresión, deficiencia visual, dolencias que dificultan sus actividades diarias y el tener algún miembro amputado [35]. Asimismo, la presencia de dos o más enfermedades crónicas degenerativas constituye un agravante que reducen aún más la capacidad funcional; entre ellas, se encuentran la diabetes mellitus, la hipertensión arterial, enfermedades gastrointestinales o respiratorias crónicas. También, los factores socioeconómicos están asociados con la capacidad funcional de los AM [61].

En este caso, el 48% de los AM que poseen algún grado de dependencia funcional, indica que estas personas tienen limitaciones para ejecutar algunas de sus ABVD (comer, aseo personal, vestido, baño, control de heces, control de esfínteres, uso de retrete, traslado silla/cama, desplazamiento, subida/bajada de escaleras) [34], por lo que hay necesidad de apoyo de algún familiar y/o cuidador para realizar sus actividades cotidianas.

La DF leve indica que el AM necesita de ayuda ocasional o periódica para realizar algunas ABVD en ciertas situaciones. Es decir, estas personas pueden realizar la mayoría de sus actividades cotidianas por ellos mismos. En el caso de la dependencia grave, el AM necesita apoyo para la realización de varias ABVD dos o tres veces al día; para ello, necesita la permanencia de una persona cuidadora o requiere ayuda extensa para su autonomía individual. Mientras que, en la dependencia moderada, la persona mayor necesita de apoyo para realizar ABVD al menos una vez al día. Es decir, hay necesidad de ayuda intermitente o limitada para su autonomía [32].

Al respecto, Sandoval y Aguilar [34], indican que a pesar de que no existe una causa específica de la DF, se ha establecido que los procesos inflamatorios desempeñan un factor importante debido a una correlación positiva entre los niveles altos de marcadores inflamatorios (proteína C reactiva, IL-6 y el dímero D) con atonía muscular, limitación funcional y discapacidad. Sin embargo, las vías fisiopatológicas por las cuales se desencadena no se conocen en su totalidad. Se cree que dichas moléculas tienen un rol importante en la inflamación crónica involucrada en la fisiopatología de la discapacidad funcional de los AM, por su asociación con la sarcopenia, alteración neuromuscular y disminución en la fuerza muscular [36].

Por otro lado, Hernández et al. [35], indican que durante la fragilidad se expresa la pérdida progresiva de la capacidad de reserva y de adaptación del cuerpo con el transcurrir de los años, que no depende sólo del envejecimiento sino también de los factores genéticos, hábitos tóxicos o enfermedades no transmisibles subyacentes y que suponen, a partir de un umbral definitivo, el riesgo progresivo de desarrollar DF, lo que produce inestabilidad, riesgo de hospitalización, institucionalización y defunción.

Además, la DF produce consecuencias a nivel personal, familiar y social. A nivel personal, la dependencia produce sentimientos negativos, como la depresión, baja autoestima y la desesperanza. A nivel familiar, ocasiona empobrecimiento y reasignación de los roles de atención y de cuidado; y a nivel social, incrementa la demanda de servicios sanitarios y de atención [36, 38].

En esta situación, el gobierno peruano a través de su ente rector el MINSA, desde el 2015 viene implementado la “Organización de los Círculos de AM en los Establecimientos de Salud - Primer Nivel de Atención”, para favorecer y mejorar las condiciones de salud del AM mediante el desarrollo de actividades de promoción de la salud y prevención de riesgos y daños como la actividad física, actividades recreativas y estilo de vida saludable, que contribuyan al mejoramiento de su calidad de vida [14]. Sin embargo, a la fecha estos son insuficientes para el desarrollo de actividades de carácter sociocultural, educativo y de entretenimiento.

4.4. Relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024

Tabla 7. Relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024

Nivel de dependencia	Estado cognitivo									
	No deterioro		Leve		Moderado		Severo		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Total	1	0,5	1	0,5	6	3,0	1	0,5	9	4,5
Grave	7	3,5	7	3,5	9	4,5	1	0,5	24	12,0
Moderada	10	5,0	15	7,5	12	6,0	3	1,5	40	20,0
Leve	2	1,0	12	6,0	7	3,5	2	1,0	23	11,5
Independencia	29	14,5	39	19,5	32	16,0	4	2,0	104	52,0
Total	49	24,5	74	37,0	66	33,0	11	5,5	200	100,0

Estado cognitivo / Nivel de dependencia	p- valor	Prueba Tau-c de Kendall
	0,082	0,150

En la tabla se observa que la mayor cantidad de AM son independientes, de los cuales el 19,5% tuvieron deterioro cognitivo leve, el 16,0% deterioro moderado, 14,5% no mostró deterioro y 2,0% deterioro severo. El 7,5% de AM con deterioro cognitivo leve, tuvieron dependencia funcional moderada. Además, no existe relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del AM a través de la prueba Tau-c de Kendall con una significancia de 0,150. En ese sentido se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna.

Scate [19], en su investigación encontró resultados similares al del estudio, en donde no se encontró asociación entre el estado cognitivo y grado de dependencia funcional de los AM. Por su parte Flores et al. [17], encontró relación entre el estado

cognitivo y la capacidad funcional en AM; de igual manera Fernández [20], halló relación entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en los AM. A pesar de que los antecedentes indican lo contrario a los resultados, se cree que durante el proceso de envejecimiento existe problemas sociales, funcionales y de habilidades cognitivas, lo que predispone a los AM a una situación de dependencia funcional [65].

También, son diferentes a la investigación de Mescua y Salazar [21], donde existió asociación entre el deterioro cognitivo con la dependencia funcional para las actividades instrumentales en la vida diaria; Leitón et al. [22], encontró relación entre la cognición y la capacidad funcional; y a la investigación de Jara [23], quien reveló que hay asociación entre dependencia funcional y la cognición en el AM. Situación que estaría relacionado con un incremento significativo en el crecimiento demográfico de la población AM y los cambios biopsicosociales.

El DC se encuentra relacionado con el envejecimiento, historia familiar de demencia, traumatismo craneoencefálico con alteración de conciencia, hipertensión arterial, hipercolesterolemia, vasculitis, diabetes mellitus, depresión, trastornos psiquiátricos y procesos infecciones del sistema nervioso [28]; mientras, que la dependencia funcional con el accidente cerebrovascular, enfermedades crónicas, deficiencia visual, dolencias que dificultan sus actividades diarias y el tener algún miembro amputado [33]. Esto indica que no existe factores de riesgo comunes o asociados entre el DC y la dependencia funcional en el AM.

La no relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del AM, sería porque el DC repercute en las AIVD y no tanto en las ABVD [66], evaluándose en el estudio solo éstas últimas actividades; resultado que se constata con el reporte de Tomaszewski et al. [67], quienes indican que a mayores déficits en la memoria episódica y el funcionamiento ejecutivo existe peor funcionamiento cotidiano en las personas AM. Asimismo, la diferencia principal entre el DC leve y la demencia está basada en la capacidad funcional del individuo, ya que en el DC leve no hay deterioro funcional, o si lo hay, es mínimo y no evita la realización de las ABVD; mientras que, en la demencia la alteración de la capacidad funcional es evidente y

afecta a la capacidad de desarrollar con normalidad e independencia las ABVD [68, 69].

Al respecto Quezada y Salazar [68], indican que las AIVD comprenden conductas complejas para el funcionamiento doméstico y una vida independiente, como el manejo de recursos económicos, ir de compras solo, prepararse uno mismo la comida, prestar atención, entender y discutir las noticias de la radio o programas de televisión, entre otras. Por lo que, para su desarrollo de estas actividades, es necesario la independencia y de mayor habilidad que las ABVD (labores de autocuidado, movilidad y desplazamiento). Esto evidencia que el DC tiene mayor repercusión en las AIVD, que las ABVD, como se muestra en los resultados del estudio.

Por otro lado, entre los factores predictores del DC se encuentra la edad, sexo, nivel de estudios, dificultad en memoria, entre los factores protectores para frenar la evolución de esta enfermedad, es mantener un estilo de vida saludable a nivel intelectual y social [19]. Por lo que, es importante determinar la cognición y capacidad funcional del AM y en base a ello, establecer intervenciones y estrategias específicas (realizar ejercicio físico de manera regular, motivar la lectura y/o juegos, tiempo libre y actividades de ocio) para mantener la independencia y la funcionalidad en el AM.

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las características sociodemográficas de la mayoría de los adultos mayores partícipes del estudio fueron mujeres, con edades comprendidas entre 60 y 69 años, casados y con grado de instrucción de iletrados.
- Las tres cuartas partes de los AM del centro poblado Sarabamba tuvieron algún grado de deterioro cognitivo, de los cuales predominó el deterioro cognitivo leve, seguido por el deterioro cognitivo moderado.
- Mas de la mitad de los adultos mayores tuvieron independencia, seguido por la dependencia funcional moderada.
- El 7,5% de AM con deterioro cognitivo leve, tuvieron dependencia funcional moderada. Al relacionar el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor, no se encontró relación significativa mediante prueba Tau-c de Kendall con p-valor 0,082.

5.2. Recomendaciones

A la Escuela Profesional de Enfermería de la UNACH

- Promover el desarrollo de actividades de carácter sociocultural; así como realizar campañas de valoración clínica del AM con el apoyo de médicos, enfermeros y alumnos, para un diagnóstico oportuno sobre su estado cognitivo y capacidad funcional.
- Fomentar espacios de diálogo con los docentes que tienen a cargo los cursos relacionados con el AM para que hagan educación en salud en las comunidades con el apoyo de sus alumnos para promover un envejecimiento saludable.

A los estudiantes de Enfermería de la UNACH

- Realizar investigaciones de nivel aplicativo sobre estado cognitivo y dependencia funcional, con la intención de fomentar y fortalecer la autonomía y la independencia en el AM.

Al personal de salud del puesto de salud Sarabamba

- Brindar mayor información a los familiares para que asistan a la consulta con el AM con la finalidad de realizar la valoración clínica, y poder identificar su estado cognitivo y capacidad funcional.
- Realizar acciones preventivas y promocionales específicas (ejercicio físico de manera regular, motivar la lectura y/o juegos, tiempo libre y actividades de ocio) para mantener la autonomía y la independencia en el AM.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2022 [Consultado 08 de marzo 2023]. Disponible en: [https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,habr%C3%A1%20duplicado%20\(2100%20millones\).](https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health#:~:text=En%20ese%20momento%2C%20el%20grupo,habr%C3%A1%20duplicado%20(2100%20millones).)
2. Bocanegra GT, Cardona JM, Tello ER. Alteración del estado cognitivo en adultos mayores y su asociación con Diabetes Mellitus. Rev Med UAS [Internet]. 2024 [Consultado 14 de septiembre 2024]; 3 (4): 394-397. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/381396715_Alteracion_del_estado_cognitivo_en_adultos_mayores_y_su_asociacion_con_Diabetes_Mellitus
3. Organización Mundial de la Salud. Demencia [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2020 [Consultado 08 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/dementia>
4. Fundación Pascal Maragall. Los casos de demencia y Alzheimer en Europa se duplicarán en 2050. [Internet]. Barcelona, España: Fundación Pascal Maragall; 2020. [Consultado 08 de marzo 2023]. Disponible en: <https://blog.fpmaragall.org/alzheimer-europa>
5. Superintendencia Social. Deterioro Cognitivo y Trastornos Metabólicos en Adultos Mayores [Internet]. Santiago, Chile: Superintendencia Social; 2020. [Consultado 08 de marzo 2023]. Disponible en: https://www.supersalud.gob.cl/documentacion/666/articles-19659_recurso_1.pdf
6. Instituto Nacional de Estadística e Informática. En el Perú existen más de cuatro millones de adultos mayores [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2020 [Consultado 08 de marzo 2023]. Disponible en:

<https://m.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-existen-mas-de-cuatro-millones-de-adultos-mayores-12356/#:~:text=El%20Instituto%20Nacional%20de%20Estad%C3%ADstica,el%2012%2C7%25%20de%20la>

7. Ministerio de Salud. Alzheimer afecta a más de 200 mil adultos mayores en Perú [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud; 2019. [Consultado 08 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/51175-alzheimer-afecta-a-mas-de-200-mil-adultos-mayores-en-peru/>
8. Spir MA, Posada AM, Rodríguez C, Di Dio R, Velásquez JC, Gonzales M. Intervenciones para adultos con dependencia funcional y sus cuidadores durante la pandemia de COVID-19. [Internet]. 2024 [Consultado 14 de septiembre 2024]; 58 (2): 1-14. Disponible <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0048712023000476>
9. Instituto Nacional de Estadística. Una población envejecida [Internet]. Madrid, España: Instituto Nacional de Estadística; 2020 [Consultado 18 de marzo 2023]. Disponible en: https://www.ine.es/prodyser/demografia_UE/bloc-1c.html?lang=es
10. Zaldivar NS, Oliva YE, Postigo RY, Robles J. Comportamiento de la dependencia en el adulto mayor del Hogar de ancianos “Lidia Doce”. Multimed [Internet]. 2021 [consultado 27 de marzo 2023]; 25(3): e2034. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1028-48182021000300003&lng=es. Epub 02-Mayo-2021.
11. Popoca M, Cinta DM. Fatores associados à dependência funcional do idoso, de acordo com o modelo biopsicossocial. Estudo transversal realizado en la capital de Veracruz, México. Revista Gerencia y Políticas de Salud [Internet]. 2020 [Consultado 02 de febrero 2024]; 19 (1): 1-14. Disponible en: [https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20\(2020\)/54562510025/rgpsm54562510025_visor_jats.pdf](https://revistas.javeriana.edu.co/files-articulos/RGPS/19%20(2020)/54562510025/rgpsm54562510025_visor_jats.pdf)

12. Minsalud. Política de envejecimiento y vejez [Internet]. Bogotá, Colombia: Minsalud; 2021 [consultado 01 de febrero 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-actualiza-politica-de-envejecimiento-y-vejez.aspx>

13. Chipana IS. Grado de dependencia funcional del adulto mayor de la Casa de Reposo Madre Josefina Vannini-Surco 2020 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Tacna, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2020 [consultado 18 de marzo 2023]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/3633/T030_06421300_T%20%20%20CHIPANA%20RAVICHAGUA%20INDALICIA%20SENOBIA.pdf?sequence=1&isAllowed=y

14. Ministerio de Salud. Organización de los Círculos de AM en los Establecimientos de Salud - Primer Nivel de Atención. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de salud; 2015 [Consultado 28 de marzo 2023]. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3271.pdf>

15. Paredes YV, Yarce E, Aguirre DC. Deterioro cognitivo y factores asociados en adultos mayores rurales. Revista de Psicología y Ciencias afines [Internet]. 2021 [consultado 27 de noviembre 2023]; 38(2):59-72. Disponible en: <http://www.ciipme-conicet.gov.ar/ojs/index.php?journal=interdisciplinaria&page=article&op=view&path%5B%5D=614&path%5B%5D=html>

16. Sotomayor AM, Ajila AB, Zhunio FI, Pelaez PA. Funcionamiento cognitivo y Dependencia funcional del adulto mayor. Revista Científica Dominio de las Ciencias [Internet]. 2022 [consultado 27 de noviembre 2023]; 8(3): 722-734. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2953/6868>

17. Flores AL, Fierros A, Gallegos VE, Magdaleno G, Velasco R, Pérez MG. Estado cognitivo y funcionalidad para las actividades básicas en el Adulto Mayor.

Revista Cuidarte [Internet]. 2020 [consultado 31 de enero 2024];9 (17): 28-38. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=93579>

18. Silva AA, Guerrero RF, Beltrán V, Silva M. Deterioro cognitivo e independencia del adulto mayor en el centro de México. Revista Eureka [Internet]. 2019 [consultado 31 de enero 2024];16(10):90-10. Disponible en: <https://psicoeureka.com.py/sites/default/files/articulos/eureka-16-M-15.pdf>
19. Scate K. Estado cognitivo y grado de dependencia funcional de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo. Periodo mayo – junio 2022. [Tesis de médico general] [Internet]. Tacna, Perú: Universidad Privada de Tacna; 2022. [consultado 28 de febrero 2023]. Disponible en: <https://repositorio.upt.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12969/2468/Escate-Sandoval-Karen.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
20. Fernández WA. Capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E. Bernal Comas año 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Piura, Perú: Universidad Cesar Vallejo; 2021. [consultado 28 de febrero 2023]. Disponible en: https://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12692/60641/Fernandez_AWA-SD.pdf?sequence=1&isAllowed=y
21. Mescua MP, Salazar JA. Deterioro cognitivo y factores asociados a la dependencia funcional en una población adulta mayor de la ciudad de Huancayo – 2019. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Huancayo, Perú: Universidad Continental; 2021. [consultado 28 de febrero 2023]. Disponible en: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/9140/4/IV_FCS_502_TE_Mescua_Salazar_2021.pdf
22. Leitón ZE, Fajardo E, López A, Martines RM, Villanueva ME. Cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Revista Salud Uninorte [Internet]. 2021 [consultado 28 de febrero 2023]; 36(1):124-139. Disponible en:

http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-55522020000100124#t2

23. Jara DJ. Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del centro médico naval “cirujano mayor-Santiago Távara” 2018. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Ricardo Palma; 2019. [consultado 28 de febrero 2023]. Disponible en: https://repositorio.urp.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14138/1766/DJARASA_NDOVAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y
24. Bautista LM. Deterioro cognitivo y autocuidado en el adulto mayor atendido en el Puesto de Salud Cuyumalca – Chota, 2021. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Chota, Perú. Universidad Nacional de Cajamarca; 2022. [consultado 28 de febrero 2023]. Disponible en: <https://repositorio.unc.edu.pe/bitstream/handle/20.500.14074/4748/TESSSS%20FINALLLLLLLLLLLLLLLLLLLLL%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
25. Rico MG, Oliva D, Vega GB. Envejecimiento: algunas teorías y consideraciones genéticas, epigenéticas y ambientales. Revista médica del Instituto Mexicano del Seguro Social [Internet]. 2018 [consultado 27 de noviembre 2023]; 56 (3): 287-294. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/imss/im-2018/im183l.pdf>
26. Martelo OM, Arévalo JM. Funcionamiento cognitivo y estados emocionales de un grupo de niños y adolescentes con bajo rendimiento académico. Revista Neuropsicología Latinoamericana [Internet]. 2017 [Consultado 28 de noviembre 2023]; 9(3): 13-22 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4395/439554381002.pdf>
27. Borrás C, Viña J. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. Revista Española de Geriatria y Gerontología [Internet]. 2016 [Consultado 13 de noviembre 2024]; 51(1): 3-6. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-geriatria-gerontologia-124-pdf-S0211139X16301366>

28. Instituto Mexicano del Seguro Social. Diagnóstico y Tratamiento del Deterioro Cognoscitivo en el Adulto Mayor [Internet]. Guadalajara, México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012 [Consultado 12 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/144GRR.pdf>
29. Choreño JA, De la Rosa T, Guadarrama P. Abordaje diagnóstico del paciente con deterioro cognitivo en el primer nivel de atención. Revista Medicina Interna [Internet]. 2020 [Consultado 29 de noviembre 2023]; 36 (6): 807- 824. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medintmex/mim-2020/mim206i.pdf>
30. Instituto Nacional de Salud Pública. Sarcopenia y deterioro cognitivo en adultos mayores. [Internet]. Ciudad de México, México: Instituto Nacional de Salud Pública; 2021. [Consultado 01 de enero 2024]. Disponible en: <https://www.insp.mx/avisos/sarcopenia-y-deterioro-cognitivo-en-adultos-mayores>
31. 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 30 noviembre 2023]; 28(3): 40-46. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-62662018000300040
32. Banco Interamericano de Desarrollo / Eurosocietal. Envejecimiento y Atención a la Dependencia en Ecuador. [Internet]. Cuenca, Ecuador: Banco Interamericano de Desarrollo / Eurosocietal; 2021. [Consultado 29 de agosto del 2023]. Disponible en: <https://eurosocietal.eu/wp-content/uploads/2021/03/Envejecimiento-y-atencion-a-la-dependencia-en-Ecuador.pdf>
33. Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [Internet]. 2011 [consultado 30 noviembre 2023]; 72 (1): 11-16. Disponible en: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>

34. Sandoval DA, Aguilar SG. Factores asociados al deterioro funcional en adultos mayores sobrevivientes de COVID-19 hospitalizados en un centro de tercer nivel. *Gaceta Médica de México* [Internet]. 2023 [consultado 15 septiembre 2024]; 159 (5): 417-425. Disponible en: https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132023000500417
35. Hernández A, Doimeadios MI, Hernández EM, Tamayo D, Escalona JR. Determinación de la funcionabilidad del adulto mayor y funcionamiento familiar, Gibara, 2022. *Correo Científico Médico* [Internet]. 2023 [Consultado 15 de septiembre 2024]; 22(1): 27(4). Disponible en: <https://revcocmed.sld.cu/index.php/cocmed/article/view/4846/2417>
36. Dorantes G, Ávila JA, Mejía S, Gutiérrez LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México. *Revista Panamericana de la Salud Publica* [Internet]. 2007 [Consultado 29 de marzo 2023]; 22(1): 22(1). Disponible en: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/7853/a01v22n1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
37. Olivera J, Pelegrín P. Prevención y tratamiento del deterioro cognitivo leve. *Psicogeriatría* [Internet]. 2015 [Consultado 29 de marzo 2023]; 5 (2): 45-55. Disponible en: https://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0502/502_0045_0055.pdf
38. Bocos MJ, Torres MA. Impacto de la implantación de la guía de buenas prácticas: valoración del riesgo y prevención de lesiones por presión en ámbito hospitalario. *Evidencia comentada* [Internet]. 2015 [Consultado 01 de febrero 2024]; 17 (2): 1-8. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1988-348X2023000200011
39. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. [Internet]. Lima, Perú: Ministerio de Salud;

2010 [Consultado 16 de marzo 2023]. Disponible en:
<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>

40. Castañeda C. Valoración Geriátrica Integral. Revista Medicina Interna [Internet]. 2015 [Consultado 29 de marzo 2023]; 19 (3): 1-7. Disponible en:
<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/05/997339/03.pdf>
41. Roure R, Escobar MÁ, Jürschik, P. Capacidad funcional en personas mayores de 65 años de la Región Sanitaria de Lleida atendidas en domicilio. Gerokomos [Internet]. 2019 [consultado el 14 de marzo 2023]; 30 (2): 56-60. Disponible en:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2019000200056&lng=es.
42. Alvarado AM, Salazar AM. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014 [consultado el 29 de marzo 2023]; 25 (2): 57-62. Disponible en:
https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2014000200002
43. Pontificia Universidad Católica de Chile. Observatorio del envejecimiento [Internet]. Santiago, Chile: Pontificia Universidad Católica de Chile; 2023 [citado 01 de enero 2024]. Disponible en: <https://observatorioenvejecimiento.uc.cl/wp-content/uploads/2022/04/Reporte-Observatorio-Dependencia-y-Cuidados-en-la-Vejez.pdf>
44. Municipalidad Provincial de Chota. Distrito de Chota [Internet]. Chota, Perú: Municipalidad Provincial de Chota; 2023 [consultado 18 de marzo 2023]. Disponible en: <https://www.munichota.gob.pe/>
45. Ministerio de Salud. Puesto de salud de Sarabamba [Internet]. Cajamarca, Perú: Ministerio de Salud. [consultado 30 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.establecimientosdesalud.info/cajamarca/puesto-de-salud-sarabamba-chota/>

46. Hernández-Sampieri R, Mendoza CP. Metodología de la investigación: Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta. 6ta ed. México: McGraw-Hill; 2014 [consultado 30 noviembre 2023]. Disponible en: <https://www.esup.edu.pe/wp-content/uploads/2020/12/2.%20Hernandez,%20Fernandez%20y%20Baptista-Metodolog%C3%ADa%20Investigacion%20Cientifica%206ta%20ed.pdf>
47. Villarejo A, Puertas V. Utilidad de los test breves en el cribado de demencia. Neurología [Internet]. 2011 [consultado 30 noviembre 2023]; 26 (7): 425-433. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0213485310003312?via%3Dihub>
48. Correa VG, Gala CI. Grado de depresión según yesavage y nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un hospital de lima, julio 2017 [Tesis de licenciatura] [Internet]. Lima, Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [consultado 30 de noviembre 2023]. Disponible en: <https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/20.500.13053/3076/TESIS%20Correa%20Vanessa%20-%20Gala%20Cristina.pdf?sequence=3&isAllowed=y>
49. Solis G, Alcalde G, Alfonso I. Ética en investigación: de los principios a los aspectos prácticos. Anales de pediatría [Internet]. 2023 [consultado 01 diciembre 2023]; 99 (3): 195-202. Disponible en: <http://www.bioeticayderecho.ub.edu/archivos/norm/InformeBelmont.pdf>
50. Vasconcelos S, Menezes P, Ribeiro MD, Heitman E. Rigor científico y ciencia abierta: desafíos éticos y metodológicos en la investigación cualitativa. Revista Perspectiva [Internet]. 2023 [consultado 01 febrero 2024]; 17 (11): 1-10. Disponible en: <https://blog.scielo.org/es/2021/02/05/rigor-cientifico-y-ciencia-abierta-desafios-eticos-y-metodologicos-en-la-investigacion-cualitativa/>
51. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población peruana. [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática;

2024. [citado 13 noviembre 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6616587/5751291-situacion-de-la-poblacion-peruana-2024-una-mirada-de-la-diversidad-etnica.pdf>
52. Congreso de la República del Perú. Moción de orden de saludo por el día nacional de las personas adultas mayores [Internet]. Lima, Perú: Congreso de la República del Perú; 2021. [citado 06 julio 2024]. Disponible en: https://www.leyes.congreso.gob.pe/Documentos/2016_2021/Mociones_de_Orden_del_Dia/Saludo/MC1020420190823.pdf
53. Fernández RT. Proceso de envejecimiento de la población en el Perú como nueva realidad social y demográfica. Pluriversidad [Internet]. 2021 [consultado 06 julio 2024];1(8):75-89. Disponible en: <https://revistas.urp.edu.pe/index.php/pluriversidad/article/view/4581>
54. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la población adulta mayor. [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2024. [citado 06 julio 2024]. Disponible en: <https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/6109219/5401697-situacion-de-la-poblacion-adulta-mayor-octubre-noviembre-diciembre-2023.pdf?v=1711466340>
55. Banco Interamericano de Desarrollo. Envejecimiento y atención a la dependencia en el Perú [Internet]. Lima, Perú: Banco Interamericano de Desarrollo; 2022. [citado 03 julio 2024]. Disponible en: <https://publications.iadb.org/es/envejecimiento-y-atencion-la-dependencia-en-el-peru>
56. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Más de 4 millones 500 mil adultos mayores conmemoran [Internet]. Lima, Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2023 [citado 03 julio 2024]. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/inei/noticias/824582-mas-de-4-millones-500-mil-adultos-mayores-conmemoran-su-dia-este-26-de-agosto>

57. Organización Mundial de la Salud. Salud de la mujer [Internet]. Ginebra, Suiza: Organización Mundial de la Salud; 2018 [Consultado 13 de noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/women-s-health>
58. Comisión Económica para América Latina y Caribe. Envejecimiento en América Latina y el Caribe [Internet]. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2023 [citado 02 julio 2024]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/e345daf3-2e35-4569-a2f8-4e22db139a02/content>
59. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Envejecimiento, personas mayores y Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. [Internet]. Santiago, Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe; 2018. [citado 02 julio 2024]. Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/server/api/core/bitstreams/431e4d95-46d9-4de6-a0a6-d41b1cb7d0b9/content>
60. López M, Cruz MD, Arias N, Gaitán MA. Prevalencia de deterioro cognitivo en personas adultas mayores de 60 a 65 Años en la Unidad de Medicina Familiar No. 53 de León, Guanajuato. Revista Científica Multidisciplinar Ciencia Latina. [Internet]. 2023. [citado 16 septiembre 2024]; 7 (6): 4043-4056. Disponible en: <https://ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/8975/13375>
61. González A, Mota E, Olgún C, Maya A, López B, Cano EA. Nivel de dependencia funcional de los adultos mayores de la comunidad de Tula de Allende. Revista de Enfermería Neurológica. [citado 16 septiembre 2024]; 1(3): 270–277. Disponible en: <https://revenferneurolenlinea.org.mx/index.php/enfermeria/article/view/396>
62. Fárez PX, Feijoo JC. Deterioro cognitivo en los adultos mayores de los centros geriátricos de la ciudad de Cuenca. 2022. [Tesis de licenciatura] [Internet]. Cuenca, Ecuador. Universidad de Cuenca; 2023. [citado 17 de septiembre 2024]. Disponible en:

<https://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/40996/1/Trabajo-de-Titulaci%c3%b3n.pdf>

63. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores. Alfabetización en la vejez, pieza clave para la independencia y autonomía de las personas mayores. [Internet]. Ciudad de México, México: 62. Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores; 2021 [citado 13 noviembre 2024]. Disponible en: <https://www.gob.mx/inapam/articulos/alfabetizacion-en-la-vejez-pieza-clave-para-la-independencia-y-autonomia-de-las-personas-mayores?idiom=es>
64. Mosquera ME, González R, Gómez A. Deterioro cognitivo en ancianos de centros residenciales. Causas y variables sociodemográficas. Revista Gerokomos [Internet]. 2023 [citado 13 noviembre 2024]; 34(3):158-163. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2023000300002
65. Ministerio de Salud del Perú. Estimación de las cifras estadísticas nacionales de la población adultos mayores. Minsa. [Internet]. Lima, Perú: MINSA; 2020. [consultado el 17 septiembre 2024]. Disponible en: https://m.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/noticias/np121_2020.pdf
66. Sotomayor AM, Ajila AB, Zhunio FI, Pelaez PA. Funcionamiento cognitivo de la Vejez y la Dependencia del Adulto Mayor. Ciencias Técnicas y Aplicadas. [Internet]. 2022 [consultado el 20 septiembre 2024]; 8 (3): 722-734. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/2953/6868>
67. Tomaszewski S, Schmitter M, Weakley A, Harvey D. Compensation strategies in older adults: association with cognition and everyday function. American Journal of Alzheimer's Disease & Other Dementias [Internet]. 2018 [consultado el 20 septiembre 2024]; 33(3):184-191. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1533317517753361>
68. Quezada Y, Salazar BC. Adaptación de personas adultas mayores frente al deterioro cognitivo leve: teoría de rango medio. Revista Index Enfermería [Internet]. 2023 [consultado 05 julio 2024]; 32(3): e14354.

Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962023000300012

69. González P, Oltra J, Sitges E, Bonete B. Revisión y actualización de los criterios de deterioro cognitivo objetivo y su implicación en el deterioro cognitivo leve y la demencia. *Revista de Neurología* [Internet]. 2021 [consultado 05 julio 2024]; 72(8): 288-295. Disponible en: <https://neurologia.com/articulo/2020626>

ANEXOS

Anexo 1. Formato de Consentimiento informado

Consentimiento informado

Título de la investigación:

“Estado cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor del Centro Poblado de Sarabamba, Chota - 2024”

Objetivo de la investigación:

Determinar la relación entre el estado cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor del Centro Poblado de Sarabamba, Chota– 2024

Yo....., identificado (a) con DNI N° , mediante la información dada por las bachilleres Luz Marina Becerra Medina y Rut Esther Toro Guevara, acepto brindar la información solicitada por las investigadoras de manera personal, puesto que permitirá identificar el estado cognitivo y la dependencia funcional en los adultos mayores, teniendo en cuenta de que la información obtenida será confidencial y será con fines de investigación que permitirán determinar el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor.

Chota,...de..... del 2024.

Firma 

Anexo 2. Formato de Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Profesional de Enfermería

*“Estado cognitivo y dependencia
funcional en el adulto mayor del Centro
Poblado de Sarabamba, Chota - 2024”*

Cuestionario para deterioro cognitivo (Pfeiffer)

(Autor: Pfeiffer E, adaptado por Villarejo y Puertas, 2011)

INSTRUCCIONES: El presente cuestionario será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Gracias por su participación.

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) Iltrado (a)
 - b) Primaria incompleta
 - c) Primaria completa
 - d) Secundaria
 - e) Superior técnico
 - f) Superior universitario

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.

Nota: A las personas con primaria incompleta y analfabeta restar un punto a la suma total.

Diagnóstico cognitivo	
No deterioro cognitivo	: ≤ 2 E
Deterioro cognitivo leve	: 3 a 4 E
Deterioro cognitivo moderado	: 5 a 7 E
Deterioro cognitivo severo	: 8 a 10 E

Anexo 3. Formato de Instrumentos de recolección de datos



UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTÓNOMA DE CHOTA
Escuela Académico Enfermería

*“Estado cognitivo y dependencia
funcional en el adulto mayor del Centro
Poblado de Sarabamba, Chota - 2024”*

Escala de índice de Barthel

(Autor: Mahoney y Barthel; adaptado por Correa y Gala, 2017)

INSTRUCCIONES: La presente escala será utilizado sólo para fines de investigación científica. Se le ruega sea sincero(a) en sus respuestas. Gracias por su participación.

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	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	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 4. Confiabilidad del Cuestionario del estado cognitivo (Pfeiffer)

Confiabilidad kuder richardson (KR-20)

Estadísticas de fiabilidad	
Kuder Richardson	N de elementos
0,790	10

Anexo 5. Confiabilidad de la Escala Índice de Barthel

Confiabilidad Alfa de Cronbach

Estadísticas de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
0,924	10

Anexo 6. Matriz de consistencia

Matriz de consistencia

Título	Formulación del problema	Objetivos	Hipótesis	Técnicas de instrumentos
Estado cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota - 2024	¿Cuál es la relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024?	<p>Objetivo general Determinar la relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota– 2024</p> <p>Objetivos específicos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Describir el estado cognitivo en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota– 2024. ✓ Describir la dependencia funcional en el adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota– 2024. ✓ Caracterizar social y demográficamente a la población de estudio. 	<p>H1: La relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del adulto mayor del centro poblado Sarabamba, Chota – 2024, es significativa.</p> <p>Ho: La relación entre el estado cognitivo y la dependencia funcional del adulto mayor del Centro Poblado Sarabamba, Chota – 2024, no es significativa.</p>	<p>Técnicas</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encuesta <p>Instrumentos</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Cuestionario deterioro cognitivo (Pfeiffer). ✓ Índice de Barthel.