



# **UNIVERSIDAD NACIONAL DEL ALTIPLANO**

## **FACULTAD DE ENFERMERÍA**

### **ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



#### **“ESTADO MENTAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD I-3 DE COATA, 2021”**

#### **TESIS**

#### **PRESENTADA POR:**

**Bach. KARINA MADELEY MAMANI MOLLEAPAZA**

#### **PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:**

**LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

**PUNO – PERÚ**

**2022**



## DEDICATORIA

*A Dios, que es la fuente de todo conocimiento y sabiduría, por demostrarme en múltiples ocasiones con su existencia y proporcionarme la fortaleza que necesito para lograr mis objetivos.*

*A mis honrados y respetados padres: Pedro y Bonifacia por brindarme lo que requiero para proceder hacia adelante día a día, asimismo de su absoluta comprensión y ayuda incondicional, y a mis queridos hermanos por su afección y ayuda constante.*

*A una persona especial, Henry por ser mi compañero de experiencias y nuevas vivencias, por el cariño, su apoyo y motivación para que siga creciendo en el ámbito personal y profesional.*

***Karina Madeley.***



## AGRADECIMIENTO

*Quiero enunciar mi más sincero agradecimiento a todas las personas que me han colaborado de forma directa o indirectamente al desarrollo de la presente tesis.*

*A la Universidad Nacional Del Altiplano en especial a la escuela profesional de Enfermería, por los conocimientos y maravillosas experiencias en la práctica hospitalaria y comunitaria.*

*A mi asesora, Dra. Silvia Curaca Arroyo, en sus enseñanzas, paciencia, compromiso y dedicación durante todo el desarrollo de la tesis.*

*Al puesto de salud I-3 Coata, por el apoyo incondicional y sobre todo permitirme realizar mi trabajo de investigación.*

*A mis docentes por proporcionarme su tiempo, inteligencia y sus experiencias vividas en esta ilustre profesión de la enfermería.*

***Karina Madeley.***



# ÍNDICE GENERAL

**DEDICATORIA**

**AGRADECIMIENTO**

**ÍNDICE GENERAL**

**ÍNDICE DE TABLAS**

**ÍNDICE DE GRÁFICOS**

**ACRÓNIMOS**

**RESUMEN ..... 10**

**ABSTRACT..... 11**

## **CAPÍTULO I**

### **INTRODUCCIÓN**

**1.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN..... 14**

**1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA ..... 17**

**1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN ..... 17**

**1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO ..... 17**

**1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN ..... 18**

1.5.1. Objetivo general ..... 18

1.5.2. Objetivos específicos ..... 18

## **CAPÍTULO II**

### **REVISIÓN DE LITERATURA**

**2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN ..... 19**

2.1.1. A nivel internacional ..... 19

2.1.2. A nivel nacional..... 22

2.1.3. A nivel local ..... 26

**2.2. MARCO TEÓRICO ..... 27**



2.2.1. Adulto mayor.....	28
2.2.2. Cambios en el envejecimiento.....	28
2.2.3. Estado mental .....	30
2.2.4. Deterioro cognitivo y demencia .....	31
2.2.5. Mini examen del estado mental.....	32
2.2.6. Dimensiones del mini examen del estado mental.....	33
2.2.7. Limitaciones del mini examen del estado mental.....	37
2.2.8. Capacidad funcional .....	37
2.2.9. Índice de katz para medir la capacidad funcional .....	39
2.2.10. Valoración y aplicación.....	39
2.2.11. Limitaciones .....	40
<b>2.3. MARCO CONCEPTUAL .....</b>	<b>40</b>
<b>CAPÍTULO III</b>	
<b>MATERIALES Y MÉTODOS</b>	
<b>3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN .....</b>	<b>42</b>
<b>3.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO .....</b>	<b>42</b>
<b>3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA.....</b>	<b>44</b>
<b>3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN .....</b>	<b>46</b>
<b>3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS ...</b>	<b>47</b>
<b>3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....</b>	<b>50</b>
<b>CAPÍTULO IV</b>	
<b>RESULTADOS Y DISCUSIÓN</b>	
<b>4.1. RESULTADOS.....</b>	<b>52</b>
<b>4.2. DISCUSIÓN.....</b>	<b>61</b>
<b>V. CONCLUSIONES.....</b>	<b>66</b>



<b>VI. RECOMENDACIONES .....</b>	<b>67</b>
<b>VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>68</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>86</b>

**ÁREA:** Salud del Adulto

**TEMA:** Estado Mental y Capacidad Funcional.

**FECHA DE SUSTENTACION:** 25 de agosto de 2022



## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b> Relación entre el estado mental y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021. ....	52
<b>Tabla 2:</b> Estado mental en la dimensión de orientación, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021. ....	54
<b>Tabla 3:</b> Estado mental en su dimensión de memoria inmediata, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021. ....	55
<b>Tabla 4:</b> Estado mental en su dimensión de cálculo, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021. ....	56
<b>Tabla 5:</b> Estado mental en su dimensión de atención, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021. ....	57
<b>Tabla 6:</b> Estado mental en su dimensión de memoria mediata, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021. ....	58
<b>Tabla 7:</b> Estado mental en su dimensión de praxis constructiva, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021. ....	59
<b>Tabla 8:</b> Capacidad funcional, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.....	60
<b>Tabla 9:</b> Contrastación de hipótesis para la relación del estado mental y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021....	90



## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico N°1:</b> Estado mental en la dimensión de orientación, de los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata, 2021.....	92
<b>Gráfico N°2:</b> Estado mental en su dimensión de memoria inmediata, de los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata . .....	92
<b>Gráfico N°3:</b> Estado mental en su dimensión de cálculo, de los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata.....	93
<b>Gráfico N°4:</b> Estado mental en su dimensión de atención, de los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata.....	93
<b>Gráfico N°5:</b> Estado mental en su dimensión de memoria mediata, de los adultos mayores del centro de salud I-3. ....	94
<b>Gráfico N°6:</b> Estado mental en su dimensión de praxis constructiva, de los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata. ....	94
<b>Gráfico N°7:</b> Capacidad funcional, de los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata. ....	95





## ACRÓNIMOS

<b>VACAM</b>	: Valoración Clínica del Adulto Mayor
<b>MMSE</b>	: Mini Mental State Examination
<b>OMS</b>	: Organización Mundial de la Salud
<b>DCL</b>	: Deterioro Cognitivo Leve
<b>ABVD</b>	: Actividades Básicas De La Vida Diaria
<b>OPS</b>	: Organización Panamericana de la Salud
<b>SABE</b>	: Salud, Bienestar y Envejecimiento
<b>MINSA</b>	: Ministerio de Salud
<b>AIVD</b>	: Actividades Instrumentales de la Vida Diaria



## RESUMEN

La investigación tuvo como objetivo, analizar la relación entre el estado mental y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021; el estudio fue descriptivo, no experimental, con diseño correlacional y transversal; se realizó en una muestra de 119 adultos mayores; para la recolección de datos se aplicó la técnica de encuesta y como instrumento se usó dos cuestionarios: el Mini Examen del Estado Mental para evaluar el estado mental y el índice de Katz para evaluar la capacidad funcional. Se utilizó el paquete estadístico SPSS versión 25 para el análisis estadístico y la prueba de hipótesis fue mediante el coeficiente de correlación de Rho de Spearman. Los resultados obtenidos indican que, el 50,4% de los adultos mayores presentaron estado cognitivo normal, en relación a la capacidad funcional de independencia o dependencia leve; por otro lado, el 44,5% presentó estado mental con déficit cognitivo en relación a la independencia o dependencia leve. Tomando en cuenta el nivel de significancia de  $p < 0.05$ , estadísticamente se obtuvo una correlación Rho de Spearman = 0.222 y una significancia bilateral  $p = .015$ , por lo tanto, se concluye que existe correlación significativa positiva baja entre el estado mental y la capacidad funcional de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 Coata.

**Palabras Clave:** Adulto mayor, capacidad funcional, estado mental, índice de Katz, Mini Examen del Estado Mental.



## ABSTRACT

The objective of the research was to analyze the relationship between mental status and functional capacity in the elderly of the I-3 Health Center of Coata, 2021; the study was descriptive, non-experimental, with a correlational and cross-sectional design; a sample of 119 older adults was made; For data collection, the survey technique was applied and two questionnaires were used as an instrument: the Mini Mental State Examination to assess mental status and the Katz index to assess functional capacity. The statistical package SPSS version 25 was used for the statistical analysis and the hypothesis test was through Spearman's Rho correlation coefficient. The results obtained indicate that 50.4% of the older adults presented normal cognitive status in relation to the functional capacity of independence or mild dependence; on the other hand, 44.5% presented mental status with cognitive deficit in relation to independence or mild dependence. Taking into account the level of significance of  $p < 0.05$ , statistically a Spearman's Rho correlation = 0.222 and a bilateral significance  $p = .015$  were obtained, therefore, it is concluded that there is a low positive significant correlation between mental state and ability function of older adults at the I-3 Coata Health Center.

**Keywords:** Older adults, functional capacity, mental status, Katz index, Mini Mental State Examination.



# CAPÍTULO I

## INTRODUCCIÓN

Según la legislación peruana, Ley N.º 30490 se define adulto mayor a toda persona desde los 60 años de edad (1). Al hablar de adulto mayor hablamos también del proceso de envejecimiento, que es un cambio que no ocurre de forma repentina, como si fuese un accidente; al contrario, el envejecimiento ocurre de forma gradual y progresiva (2). En este proceso ocurren cambios biológicos donde la regeneración celular se va descomponiendo con el transcurrir de los años, cambios físicos que en el peor de los casos puede conducir a una pérdida de la independencia, asimismo, el envejecimiento trae consigo cambios morfológicos musculares y óseos, además se producen cambios en la atención y percepción, las dos son funciones neuropsicológicas involucradas en la actividad cognitiva del ser humano.

Asimismo, la salud mental está definida como un elemento holístico y sustancial para la salud que implica la falta de alteraciones o enfermedades mentales; la valoración del estado mental evalúa la función cognitiva entendida acerca del funcionamiento estudiantil que nos autoriza interrelacionarnos con el entorno en el que vivimos, el estado mental de la persona se valora mediante la utilización de pruebas neuropsicológicas, las cuales evalúan las capacidades cognitivas de la persona, esto con el objetivo de poner en descubierto la presencia de un deterioro que logre afectar la cabida de autosuficiencia del adulto mayor. En el caso del adulto mayor, es el Mini Examen del Estado Mental, desarrollado por Folstein, Folstein y McHugh en 1975, el que permite distinguir la enfermedad orgánica de enfermedad psiquiátrica. El examen es ampliamente usado para evaluar el estado mental, y sus resultados muestran si el paciente presenta un declive en su estado mental, consiste en un examen breve y rápido, que puede ser aplicado con una duración de cinco a diez minutos (3).



Por otro lado, la capacidad funcional es considerada como aquella capacidad que tienen los individuos para disponer y hacer acciones de la vida cotidiana como ducharse, vestirse, ir al baño, alimentarse, moverse entre otros, sean realizadas de forma independiente y autónoma, de tal forma que la persona logre satisfacer sus necesidades, para el diagnóstico de dependencia o independencia en el adulto mayor, es muy utilizado el Índice de Katz que valora las labores básicas de la vida diaria, y demostró ser beneficioso para especificar el estado funcional de pacientes, además de perseguir su evolución y evaluar reacción al tratamiento al que están siendo sometidos (4).

Es preciso la identificación temprana de la disminución del estado mental y con ello la declinación de la capacidad funcional que puede desarrollar el adulto mayor, así disponer una mayor opción de tratamiento. Por consiguiente, el objetivo de la investigación fue: Determinar la relación entre el estado mental y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



## 1.1. PROBLEMA DE LA INVESTIGACIÓN

El estado mental es un síndrome crónico y progresivo, efecto de un padecimiento o alteración cerebral, causa alteración en las funciones cognitivas, que incluyen: recuerdo, cuidado y aprendizaje, entendimiento, orientación, conocimiento, cálculo, idioma y juicio. Sin embargo, la capacidad funcional es la mejor técnica para examinar la salud de los adultos mayores, ya que no todos los adultos mayores tienen la misma vejez, algunos se sienten socialmente aislados y otros presentan cambios emocionales que deben abordarse para evitar problemas con su salud (5).

La OMS refiere que, las personas mayores realizan aportaciones importantes a la sociedad de diferente manera, ya sea en el seno familiar y en el entorno en el que viven (6). Por otra parte, el seguimiento de estas personas, así como las ocasiones que tendrán al envejecer, dependerán en gran tamaño de algo primordial: el estado de su salud. Si los individuos son capaces de pasar esos años agregados de vida en buena situación de salud, su capacidad para integrar lo que valoran apenas tendrá límites (7). Pero si esos años agregados se caracterizan por la pérdida de la capacidad funcional y psíquica, las repercusiones tanto para los individuos mayores como para la sociedad, serán bastante más perjudiciales (8).

Según la OMS, la capacidad funcional es la relación que establece la persona con el ambiente en que vive, y la forma cómo interacciona con este. Así como, se relaciona a la salud y la importancia de realizar las labores que nos dan la oportunidad de ser y hacer (9), ésta se ve afectada negativamente con un estado mental disminuido muchas veces como consecuencia del envejecimiento; el estado mental es una peculiaridad de la memoria de un individuo, incorpora la percepción, la experiencia del dolor, el dogma, el deseo, la intención, la emoción y el recuerdo (10).



La vejez saludable es el periodo de desarrollar y proteger la capacidad funcional que consiente el confort de la vejez (9). La OMS manifiesta que en el año 2015 a 2050, el porcentaje de los pobladores de 60 años se duplicará de un 12% al 22%. Y en el año 2020, el número de individuos de 60 años o más habrá subido a 1400 millones (11).

En 2050, el 80% de los individuos maduros habitarán en países de ingresos bajos y medianos. El patrón de la vejez de los habitantes es bastante más veloz que en la antigüedad (11).

Una investigación realizada en América Latina y el Caribe demuestra que, en el año 2000, la población adulta en el Perú fue un total de 1 854 445, para el año 2050 será de 8 495 511, mostrando así que, con el pasar de los años existe un incremento significativo de la población de adultos mayores (12). El incremento de la población adulta mayor es oportuno al crecimiento de la ilusión de vida a través de los años, siendo de 73 años la esperanza de vida actual; la expectativa durante los años 2045-2050, será 79 años (13). Según el INEI, los habitantes adultos de 60 años pasó de un 5,7% en 1950 a 10,4% en el 2018, constatándose el aumento constante de habitantes adultos mayores (14). La población adulta mayor se concentra en mayor porcentaje en Lima, Puno, Moquegua, Apurímac y Arequipa, donde constituyen en promedio de 13 y 14% de la población adulta mayor (15).

En Puno, Pacompía en 2015, evidencia que el 67,5% de adultos mayores dispone un grado funcional independiente y el 55% presenta un deterioro cognitivo moderado (16), por otro lado, Córdova e Illacutipa en el 2017, muestran que el 65% de adultos mayores presentan un estado cognitivo normal y 35% deterioro cognitivo leve (17). Ambos estudios evidencian una desigualdad significativa en el porcentaje



de adultos mayores que presentan un deterioro cognitivo moderado o leve; tales resultados podrían atribuirse al nivel educativo, la edad, el entorno en el que se desenvuelve, etc.; situación similar o peor, se podría estar presentado en Coata; de acuerdo el mapa de la pobreza el distrito es considerado en extrema pobreza y catalogado como Quintil 1 (18); según reporte del INEI de los individuos mayores de 65 años, 403 no tienen algún nivel educativo, 212 tienen estudios primarios, 18 estudios secundarios y solo 2 personas tienen estudios universitarios (19); por tal motivo se fundamenta la importancia de intervenir en los adultos mayores, puesto que la identificación temprana de la disminución del estado mental y con ello el descenso de la capacidad funcional que puede desarrollar el adulto mayor, permitirán disponer de mayores opciones de tratamiento que hacerlo tardíamente (20,21); además, de diseñar planes de cuidados ajustados a las condiciones personales, mejorar la toma de decisiones y planificar políticas públicas de salud en beneficio de la salud del adulto mayor, que fortalecerán el talento de estas personas hacia sus labores de la vida cotidiana de forma independiente (20). En ese sentido, es preciso indicar que se debe evaluar la capacidad funcional de manera práctica y efectiva para certificar un informe objetivo del deterioro del estado de salud, permitiendo, por lo tanto, al trabajador de la salud proceder de manera correcta, veloz y a tiempo.

Los profesionales de enfermería tienen vital importancia en la exploración temprana de problemas en el estado mental y capacidad funcional, pues participan en el equipo básico de salud y tienen una gran oportunidad de réplica de las necesidades de cuidado de la salud de los individuos, en los niveles en atención, especialmente en la cuidado primario y atención a largo plazo (22). El nivel de atención y el rol de la enfermera también se concentran en disposición y promoción





de la salud del adulto mayor, para mantener y mejorar la situación mental y la capacidad funcional, así como prevenir las enfermedades.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA**

¿Existe relación entre el estado mental y la capacidad funcional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-3 de Coata, 2021?

## **1.3. HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN**

El estado mental se relaciona con la capacidad funcional del adulto mayor que asiste al Centro de Salud I-3 de Coata.

## **1.4. JUSTIFICACIÓN DEL ESTUDIO**

El estudio tiene relevancia teórica y práctica; respecto a la relevancia teórica, porque existen escasos estudios similares en nuestro medio y los resultados mostrarán indagación objetiva y presente sobre el estado mental y la capacidad funcional del adulto mayor, para que los profesionales de salud especialmente de enfermería mejoren los procesos y optimicen el dominio de las técnicas de valoración geriátrica integral para así poder intervenir y lograr la autonomía del adulto mayor; además, contribuirá en brindar información a los familiares sobre los resultados del estudio para que puedan apoyar al adulto mayor a mantener un estado funcional adecuado; y respecto a la relevancia social, porque conducirá a modelos de conducta más comprensivas y generosas para los adultos mayores, que puedan aplicarse en el cuidado de estas personas. Además, servirá de referencia para otros estudios sobre el tema.



## 1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

### 1.5.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el estado mental y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.

### 1.5.2. Objetivos específicos

- Estimar el estado mental de los adultos mayores, en las dimensiones: orientación, memoria inmediata, cálculo, atención, memoria mediata y praxis constructiva.
- Evaluar la capacidad funcional de los adultos mayores en los aspectos de: bañarse, vestirse, apariencia personal, uso del inodoro, continencia, trasladarse, caminar y alimentarse.



## CAPÍTULO II

### REVISIÓN DE LITERATURA

#### 2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

##### 2.1.1. A nivel internacional

En Brasil, en el año 2015, en el estudio cuyo propósito fue evaluar la capacidad funcional y la función cognitiva de los ancianos habitantes en el área urbana de una ciudad de Rio Grande de Sul/Brasil, el tipo cuantitativo, descriptivo y transversal, con muestra de 368 adultos mayores. Se utilizaron los instrumentos Pequeño-Mental, por medio de índice de Katz y Escala de Lawton. En el análisis tanto la estadística descriptiva como la prueba exacta de Fisher desempeñaron un papel importante. La mayoría son femeninos 64,9%, de 60 a 70 años 43,8%, casados 46,5%, con cierto grado de escolaridad 90,8%. Luego que a la capacidad funcional el 93,48% son autónomo hacia la labor de la vida cotidiana (AVD), de 24 ancianos 6,6% que eran parcial o totalmente dependientes 17 4,7% sostenía deterioro cognitivo. Se evidencia un significativo porcentual de adulto mayor autónomos hacia la ejecución de las AVD, sin embargo, necesitan de ayuda (5).

En India, en el año 2016, se desarrolló un estudio, tuvo como objetivo de evaluar el nivel de dependencia a través los participantes del estudio, realizaron un estudio transversal en India. Se incluyeron adulto mayor de 60 años para arriba, con una muestra de 221. Las labores de la vida diaria se valoraron por medio de índice de Katz. De los 221 participantes, 121 tenían más de 70 años, 120 eran varones y 101 mujeres. Aproximadamente el 40,3% de ellos necesitaron ayuda para alimentarse, y el 26,7% no podían ir al baño por sí mismos. El estudio concluye indicando que la advertencia del deterioro



funcional de los individuos mayores debe ser una prioridad y detectando el deterioro funcional en una etapa temprana (23).

En Cuba, en 2016, en el artículo cuyo objetivo fue determinar la prevalencia de deterioro cognitivo en adultos mayores con insuficiencia renal crónica y con tratamiento sustitutivo de la función renal y su relación con la calidad de vida. Realizaron una investigación observacional, analítico y corte transversal, con una muestra de 30 pacientes  $\leq 60$  años. Para el daño cognitivo emplearon el argumento Mini mental con 23 puntos y la calidad de vida con el índice de Karnofsky. Para la asociación entre ambas variables cualitativas se utilizaron la prueba chi cuadrado de Pearson y para el nivel de asociación el Riesgo Relativo. Se halló deterioro cognitivo en 16,6 % de los pacientes; de estos, 80 % se asoció con calidad de vida analizando como pobre ( $X^2 = 4,0$ ;  $p = 0,046$ ;  $RR = 2,5$   $IC95\% = 1,22$ ;  $IC95\% = 5,14$ ). El estudio concluye indicando que se halló un alto prevalencia de deterioro cognitivo en el conjunto de pacientes investigados y este se asoció con un pobre calidad de vida (24).

En Ecuador, en el año 2017, se desarrolló un estudio cuyo objetivo fue establecer la relación entre capacidad funcional del adulto mayor con el abandono familiar en el barrio La Calera, Centro, Latacunga 2015-2016. Realizaron una investigación observacional descriptivo de corte trasversal, con la muestra de 70 adultos mayores, el análisis estadístico utilizado fue Chi Cuadrado, Pearson con un nivel de significancia del 0,05. Reportaron el abandono en el 75,7% de los adultos mayores. Hubo asociación de capacidad funcional y abandono familiar, así mismo sobresalió de los adultos mayores entre los 65 - 74 años, sexo femenino, sin nada de actividad laboral y analfabetos. Se halló asociación significativa de capacidad funcional, edades



geriátricas y ocupación. Con relación a las labores básicas de la vida cotidiana, el 75,7% presentó independencia, mientras que la independencia en las actividades instrumentadas fue del 4%. El estudio concluye que la dependencia del adulto mayor supedita a varios tipos de abusos, enfatizando el desamparo familiar (25).

En Colombia, en el año 2017, la investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga, Santander, Colombia. La investigación fue cuantitativa de diseño descriptivo, de corte transversal, con muestra de 60 adultos mayores, se empleó el instrumento Examen Cognoscitivo Mini-Mental. La edad de participantes del estudio oscilaba en medio de 75 a 94 años, con predominio del sexo masculino; el 33,3% (20) de adultos mayores, se encuentran sin deterioro cognitivo y el 41,7% (25) se localiza con deterioro cognitivo grave. Se concluye indicando que los adultos mayores investigados tienen deterioro cognitivo grave y necesitan intervenciones de enfermería focalizadas en la terapia cognitiva (26).

En Ecuador, en el año 2018, el trabajo de investigación cuyo objetivo fue determinar el grado de funcionalidad en los adultos mayores que acuden a la consulta externa del Hospital General "Enrique Garcés" y su asociación con enfermedades crónico-degenerativas, realizó una investigación descriptiva de corte transversal, en pacientes adultos de 65 años, el Índice de Katz fue aplicado para evaluar la dependencia en las labores de la vida diaria. Al valorar la funcionalidad en ABVD se vio que el 87,78% (n=316) presentaban incapacidad leve. El estudio concluye indicando que a medida que la edad,



reduce la incapacidad leve, estando esta diferencia estadísticamente significativa  $X^2$  (gl4, 21.64  $p < 0.001$ ) (27).

En Colombia, en el año 2016, se ejecutó una investigación con el propósito de describir los factores demográficos, sociales, de la salud física y mental asociados a la capacidad funcional de los adultos mayores del departamento de Antioquia. Se empleó de tipo de estudio descriptivo, modelo transversal y no experimental, con un total en población de 4248 adultos mayores. Para recolectar los datos fue por medio de la aplicación del instrumento la escala de Katz que consta de 6 ítems, por la técnica de la encuesta. Logrando alcanzar los posteriores resultados donde en la mayoría de los encuestados están divorciados, y presentan un nivel educativo bajo, y padecen de enfermedades como hipertensión, diabetes, problemas óseos. El 61,7% fueron de sexo femenino, el 83,4% residen en condición de autonomía, el 61,8% de los adultos mayores son dependientes, en el deterioro funcional se encontró un deterioro leve con el 49,6%. Por ello se concluidos por los factores demográficos, de salud física y mental afectan negativamente en la capacidad funcional del adulto mayor (28).

#### 2.1.2. A nivel nacional

En Lima, en el año 2013, se realizó la investigación cuyo objetivo fue determinar el estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor que acude a dos Centros de Día en Lima, Perú, de diseño Transversal, la muestra fue de 150 adultos mayores de 60 años y más de ambos sexos, a través del instrumentos de perfil social; se empadronó edad, sexo, nivel educativo, estado civil e individuos con quien vive; para la valoración del estado cognitivo usaron el Pequeño-Examen del Estado Mental y hacia la capacidad funcional el Índice



de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Los adultos mayores tenían una edad media de  $74.6 \pm 7.2$  años, resalto el género femenino. El 21.3% de la población tuvo déficit cognitivo con mayor prevalencia en los hombres. En cuanto a la capacidad funcional, el 52.7% de personas tuvieron dependencia leve para las labores básicas de la vida diaria y en las acciones instrumentales el 4.0% y 16.0% de las personas presentaron dependencia grave y moderada respectivamente. Mientras que el género masculino era más dependiente en las labores instrumentales mientras que el género femenino en las actividades básicas. Se demostró que a mayor años existe más déficit cognitivo y dependencia funcional en el adulto mayor (29).

En Lima, en el año 2014, la investigación cuyo objetivo fue determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”, Lima, 2014. El estudio fue cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. Con la población de 92 adultos mayores albergados; el instrumento utilizado fue índice de Barthel. La investigación prueba que hay una relación opuesta y por medio de significativa en medio de la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una  $r = -0,433^{**}$  y una  $p = 0,013 \%$ . Se demostró que mayor independencia entre los 60 - 70 años con 85,7%. Por otra parte, no se vio que haya relación entre la capacidad funcional y el sexo. El estudio concluye indicando que el alto porcentaje de adultos mayores se vio hay independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria (30).

En Arequipa, en el año 2017, se realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar la relación de la valoración Sociofamiliar con el estado funcional y



mental de los adultos mayores de los clubes de la Microred edificadores Misti; mediante un estudio observacional, prospectivo, transversal y correlacional en el que participaron 165 personas de 60 años o más. Utilizando herramientas de la Evaluación Clínica del Anciano, se realizó una evaluación sociofamiliar, funcional, mental, cognitiva y afectiva (VACAM). El 48.50% fueron procedentes de Puno y el 20% procedentes de Cuzco, el 63,0% se consideraba en riesgo de tener problemas sociales, y el 25,5% se consideraba que tenía problemas sociales. Sin embargo, el 57,60% se consideraba socialmente independiente. El 71,50% tenía manifestaciones depresivas, el 72,70% deterioro cognitivo leve y el 7,90% deterioro moderado. El estudio concluye indicando que se halló que hay relación en medio de la Valoración Sociofamiliar con el Estado Funcional y Mental de habitantes de la investigación (31).

En Lima, en el año 2017, se realizó la investigación cuyo objetivo fue determinar el perfil cognitivo de adultos mayores, de un programa social de una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres, realizó un estudio de tipo descriptivo, y diseño no experimental, trabajó con una muestra de 60 individuos de ambos sexos; que muestra que el 62% de varones y el 38% de mujeres, como las edades fluctuaron de 60 a 82 años. Se usó el Mini Mental State Examination (MMSE). El perfil cognitivo de toda la muestra es: el 55% retribuye al valor normal; el 23% mostraron deterioro cognitivo leve, y el 22% con deterioro cognitivo moderado. Se concluyó el cuidado y cálculo, memoria y el lenguaje, son reconocidas como áreas mayormente afectadas, lo que prueba llevar a cabo un programa de estimulación cognitiva para cuidar estas necesidades encontradas en la investigación (32).





En Lima, en el año 2019, se ejecutó una investigación cuyo objetivo fue determinar la disfunción cognitiva en el adulto mayor que acude al centro de salud Tayta Wasi 2019, realizó un estudio de tipo cuantitativo, con diseño no experimental de corte transversal. Con una muestra de 150 adultos mayores, el instrumento utilizado es el Mini mental Status Examination o MMSE. Se observó que sobresalió una disfunción cognitiva leve en el 45,3%, en la dimensión de orientación temporo-espacial presenta estado leve en un 31,3% y 50,6% respectivamente, en registro y fijación no se presenta disfunción cognitiva en un 71,3%, en atención y cálculo se muestra disfunción cognitiva moderada en un 38,6%, en evocación y memoria se muestra sin disfunción cognitiva en un 88% y en lenguaje disfunción cognitiva moderada en un 50%. El estudio concluye indicando que los adultos mayores presentaron disfunción cognitiva total leve (33).

En Tacna, en el año 2020, se desarrolló el estudio cuyo objetivo fue relacionar la presencia de deterioro cognitivo con las características clínico epidemiológicas en los pacientes con Enfermedad de Parkinson del Hospital Hipólito Unanue de Tacna, 2019, realizó la investigación observacional, retrospectivo de corte transversal, y analítico. Con una muestra de 45 pacientes diagnosticados con Enfermedad de Parkinson, Se realizaron el Mini Examen del Estado Mental, la Prueba de Dibujo del Reloj y el Examen Cognitivo de Addenbrocke, además de la escala de Hoehn y Yarh, el MDS-UPDRS: Parte III, y las Pruebas Cognitivas (que incluían esas dos). Se obtuvieron los siguientes resultados la edad promedio es de 68.2 años, con preponderancia del género masculino, el síntoma inicial más frecuente fue el temblor (82.2%) y el miembro inicial afectado fue el miembro superior derecho (51.1%); el deterioro



cognitivo estuvo presente en un 86.7% de pacientes conforme el Mini Mental Test. El estudio concluye indicando que el deterioro cognitivo estuvo hay en la mayoría de los pacientes con Enfermedad de Parkinson; así como en, el grado de instrucción incluye una fuerte asociación y sería un factor protector para el deterioro cognitivo (34).

En Trujillo, en el año 2020, en el estudio realizado con el objetivo de determinar la relación entre cognición y capacidad funcional en el adulto mayor. Investigación descriptiva transversal, correlacional, realizada en la libertad (Perú) con 1110 adultos mayores de 60 años, de ambos sexos. Se midieron las variables cognición con el Mini mental State Examination (MMSE), la capacidad funcional con el índice de Katz y la escala de Lawton y Brody. Obtuvieron los subsiguientes resultados, el 58,8% de las mujeres, el 47,4% con educación primaria, el 93,6% con cognición normal y el 83,4% y el 60%, respectivamente, independientes en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Existe una relación entre la cognición y la capacidad funcional de las actividades básicas de la vida diaria ( $\chi^2=206,0$  valor  $p=0.000$ ) y las actividades instrumentales de la vida diaria ( $\chi^2=289,0$  valor  $p=0.000$ ), y esta es una relación que tiene un nivel muy alto de significación. El estudio concluye indicando que hay una íntima relación de la cognición y la capacidad funcional (35).

### 2.1.3. A nivel local

En Puno, en el año 2015, se realizó un estudio, cuyo objetivo fue determinar el nivel de calidad de vida del adulto mayor que se atiende en el Centro de Salud Simón Bolívar. Fue de tipo descriptivo transversal; con una muestra de 40 adultos mayores de ambos sexos. Se uso la guía de entrevista



desarrollada en base al Método de Evaluación Clínica para Adultos Mayores (VACAM). A pesar de que el indicador de incontinencia urinaria es el más afectado, en resultados muestran que el 67,5% de los adultos mayores tienen un nivel funcional independiente. El estado cognitivo del 55% de estas personas se considera de deterioro cognitivo moderado. El estudio concluye indicando que el alto porcentaje de adultos mayores tienen el deterioro cognitivo moderado y nadie tuvo deterioro cognitivo severo (16).

En Juliaca, en el año 2017, se ejecutó una investigación cuyo objetivo fue determinar la relación entre la actividad recreativa y el estado cognitivo en pacientes de la tercera edad del Centro de Salud 4 de noviembre de la Ciudad de Puno en el año 2016. Estudio cuantitativo, analítico, correlacional, se usó la técnica de entrevista y el Instrumento de PFEIFFER. En muestra constituida de 48 pacientes. El 44% realizan escritura, 17% practican música, el 29% realizan manualidades semanalmente y presentan Estado Cognitivo Normal. Del total de pacientes el 65% presentan estado cognitivo normal y 35% deterioro cognitivo leve. El estudio concluye indicando que hay relación de la actividad artística y el estado cognitivo en pacientes de la tercera edad. No existe relación de la socialización y la preparación de alimentos con el estado cognitivo, en cambio ver televisión y limpieza del hogar se relacionan con la situación cognitivo en pacientes de la tercera edad (17).

## **2.2. MARCO TEÓRICO**

A sucesión, se expone el marco teórico, en él se explica los sostenimientos teóricos bajo los cuales se sustenta el estudio.



### 2.2.1. Adulto mayor

La Organización Mundial de la Salud, considera adulto mayor al individuo que posee más de 60 años (36). Según la legislación peruana, Ley N.º 30490 se considera adulto mayor a todo individuo desde los 60 años (1,37).

Al hablar de adulto mayor hablamos también del proceso de envejecimiento que es un cambio que no ocurre de forma repentina, como si fuese un accidente; al contrario, el envejecimiento ocurre de forma gradual y progresiva; pues son cambios que se experimentan a lo largo de los años (22). Una definición biológica indica que en el envejecimiento la pérdida de habilidades encamina a un mayor peligro de agotamiento, padecimiento, demencia, depresión y fallecimiento (38).

Es así que el envejecimiento es visto a partir de tres dimensiones: la caída, relacionado con deterioro en la función de algunos órganos, con la disminución de la percepción sensorial y la velocidad de reacción por los estímulos; el traslado, donde la apariencia física se modifica de manera gradual; y la dimensión del desarrollo relacionado con la madurez (39).

### 2.2.2. Cambios en el envejecimiento

a) Cambios biológicos: es la regeneración celular se va dañando a periodo de los años. A lo largo del desarrollo celular hay una igualdad en medio de proliferación de células y apoptosis (muerte celular programada), las células residen programadas genéticamente para ocultarse selectivamente. Cabe resaltar que a lo largo del envejecimiento, la muerte celular (apoptosis) se acentuó generando un déficit de células en el individuo, también origina la reducción del magnitud de las células y un declinar de la sinapsis (transmisión de impulsos nerviosos eléctricos entre dos células nerviosas) (40).



b) Cambios físicos: el envejecimiento conduce a una destreza física comprometida, en el peor de los casos puede conducir a una pérdida de la independencia, también el envejecimiento trae consigo cambios morfológicos musculares y óseos como la disminución de la estatura, lentitud en la capacidad psicomotriz como la reducción de la fortaleza y la ligereza para hacer las actividades físicas, la piel denota enrojecimiento y reducción del agua corporal, disminución en los mecanismos termorreguladores pues tienen dificultad en la sensibilidad al frío y calor, reducción de motilidad intestinal, cambios en genitourinario porque existe una reducción de la masa renal, el aparato respiratorio muestra pérdida de la cabida de reserva pulmonar, reducción de la frecuencia cardíaca con el ejercicio físico, cambios en los órganos sensoriales por la pérdida de delicadeza táctil y profunda, visual y auditiva, alteración en la boca y dientes como la disminución de carga salival produciendo xerostomía y con esto los adultos mayores tienen mayor riesgo de desarrollar caries dental (41,42,43,44).

c) Cambios psíquicos: se producen cambios en la atención y percepción, las dos funciones neuropsicológicas involucran en la labor cognitiva del ser humano. El envejecimiento afecta a la capacidad de atención, como demuestra el descenso de la tasa de exploración oportuna de las indicaciones, que podría explicarse por una pérdida constante de atención; los cambios que se ocasionan en la tercera edad van a crear déficit en la percepción. Las alteraciones de la atención, asimismo, el lenguaje, los déficits sensorceptivos y la depresión obstaculizan en el correcto funcionamiento de la memoria, asemejándose en ocasiones a la demencia (45).



### 2.2.3. Estado mental

El estado mental, es una peculiaridad de una persona, que se divide en diferentes clases como la percepción, la sensación del dolor, la creencia, el deseo, la intención, la emoción y la memoria (46).

La salud mental está definida como un elemento holístico y sustancial para la salud que implica la pérdida de alteraciones o enfermedades mentales, asimismo es la situación de comodidad integral en el que el individuo realiza sus talentos plenamente y cuenta con la facultad de realizar frente al estrés normal de vida, de poder desarrollarse de manera productiva y ayudar a su comunidad (47).

Nuestra capacidad, como sociedad y como individuos, de pensar, comunicar nuestras emociones, entablar relaciones significativas, seguir carreras satisfactorias y disfrutar de la vida está directamente relacionada con nuestro nivel de salud mental y bienestar. Por ello, la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental pueden considerarse preocupaciones vitales de los individuos, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (48).

En la valoración del estado mental evalúa la función cognitiva entendida conforme el manejo intelectual que nos faculta interrelacionarnos con el entorno que vivimos y es parte del proceso de evaluación integral de los pacientes (49,50,51).

En la vejez se representan cambios en el cerebro como morfológicos, bioquímicos, metabólicos y circulatorios que se traducen en cambios funcionales cuyo desarrollo pueden llevar o no a presentar alteraciones cognitivas (52).



La función cognitiva es el efecto del funcionamiento de las áreas mentales o intelectuales, como el recuerdo, la comunicación, la sensación, la memoria, la comprensión, el cálculo y la decisión de problemas (50). Entonces la reducción en el rendimiento de menos una de las capacidades mentales o intelectuales supone el deterioro cognitivo en el individuo (53).

Los trastornos cognitivos asociados a la edad, suelen presentarse desde trastornos ligeros como los olvidos cotidianos y transitorios, hasta cuadros clínicos graves como la demencia (53,54,50).

Si bien el deterioro cognitivo; no especifica con exactitud la o las funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente (54), la valoración integral del paciente adulto mayor es importante pues aporta cierto conocimiento para elaborar un plan multidisciplinario individualizado y adaptado a la obligación de cada paciente, con propósito de perfeccionar su calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones (54,50).

El estado mental de la persona se valora por intermedio de la aplicación de pruebas neuropsicológicas, las cuales valoran las capacidades cognitivas de la persona, esto con el objetivo de poner en ostensible la apariencia de un deterioro que consiga afectar la competencia de autosuficiencia del adulto mayor (50).

#### 2.2.4. Deterioro cognitivo y demencia

Las dos condiciones son cuando se evidencian alteraciones en la memoria y los cuales son evidenciados en el entorno que llevan un determinado tiempo de evolución, para su evaluación se realiza preguntas relacionadas a una actividad, así como “fecha de hoy, identificación de materiales, repetir números al revés y actividades en relación a su edad (55).



a) Deterioro cognitivo leve (DCL):

Se presenta por un declive en la capacidad de la memoria y no afecta en las labores de la vida periódica (56).

Petersen lo clasifica en cuatro tipos:

- DCL amnésico: es la afectación exclusiva de la memoria, pero que no cumple con perspectiva para el diagnóstico de la demencia (56,57).
  - DCL amnésico multidominio: implica el deterioro en múltiples dominios cognitivos como el lenguaje, la función ejecutiva, función praxica, función gnósica, las habilidades visuoespaciales, etc. Con o sin deterioro de la memoria (58,59).
  - DCL no amnésico: afectación exclusivamente de un poder cognitivo que no sea el recuerdo; como el lenguaje, función ejecutiva o las artes de visuoespaciales (59,58).
  - DCL no amnésico multidominio: que la alteración de más de un dominio cognitivo como el lenguaje, la función ejecutiva, función praxica, función gnósica, habilidades visuoespaciales, etc. Pero que no sea la memoria (59,55).
- b) Demencia: es un síndrome adquirido por el daño de al menos 2 dominios cognitivos, así como la ausencia de la memoria, el lenguaje, la función ejecutiva, el cual interpone en las labores diarias de la persona (60,61).

La demencia es causada por varias enfermedades como el Alzheimer y lesiones que afectan al cerebro como los accidentes cerebrovasculares (62).

#### 2.2.5. Mini examen del estado mental

Desarrollado por Folstein, Folstein y McHugh en 1975, el pequeño Examen del Estado Mental – MMSE (del inglés Mini-Mental State





Examination), con el propósito inicial de diferenciar patología orgánica de patología psiquiátrica (63). El examen es ampliamente usado para evaluar el estado mental, y sus resultados muestran si el paciente presenta un declive en su estado mental (64).

En América Latina, el MMSE se cambió y validó en Chile para la encuesta de la OPS “Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE)” en 1999, esta modificación se valora con una puntuación máxima de 19 puntos que indica un estado cognitivo normal y una puntuación igual o menor a 13 puntos sugiere déficit en su estado mental o demencia (65).

Consiste en un examen breve y rápido, que puede ser aplicado con una duración de cinco a diez minutos (66). El MMSE modificado consiste en seis ítems que valoran la orientación, tiempo, espacio, el recuerdo, el cuidado y el cálculo, la inteligencia verbal y lectora, además de la grafía (67).

Este instrumento tiene que ser administrado por el doctor, la enfermera o trabajador social; así mismo, es fácil comprensión para otros profesionales que no estén inmiscuidos en el área de salud, preocupados en brindarle al paciente el apoyo social que requiere (63).

#### 2.2.6. Dimensiones del mini examen del estado mental

Un examen práctico que consiente establecer el nivel del estado cognoscitivo del paciente. Las dimensiones sustanciales que se valora son (63):

##### a) ORIENTACIÓN.

Es el compromiso cuantitativo de pesar y la competencia de orientación en el entorno, tiempo, espacio, persona y para ello se plantea las siguientes preguntas para su propia orientación ¿cómo se llama? ¿qué edad tiene? ¿en que trabaja? ¿con quién vive?



Para su tiempo ¿en qué fecha estamos? ¿en qué mes? ¿en qué año?  
¿qué día de la semana es hoy?

Para su campo ¿dónde se encuentra usted? ¿está en un hospital? ¿en su casa? ¿qué hospital es?

En relación a la persona ¿quién soy yo? ¿qué labor desarrollo? y si está un familiar: ¿quién es esa persona?

Una de las últimas cosas que alguien puede perder es la capacidad de recordar su propio nombre o aspectos muy concretos de sí mismo. En cualquier caso, las respuestas a estas preguntas deberían proporcionar alguna indicación sobre si el paciente está lúcido o desorientado (68,69).

#### b) MEMORIA INMEDIATA.

Es un tipo de memoria muy útil porque filtra la información que nos llega para que no todo sea procesado y registrado en la memoria a largo plazo (70). La memoria inmediata, también conocida como memoria a corto plazo, sólo se ocupa de acumular impresiones momentáneas (70). La información acumulada en la memoria a corto plazo sólo va a ser accesible durante un breve periodo de tiempo, probablemente unos 20 segundos, ya que se ve abrumada muy rápidamente y, cuando esto ocurre, empieza a seleccionar la información. También es muy probable que deje de lado la información que es esencial para que la tengamos presente. Sólo es posible recordar la información durante un periodo de tiempo más largo si se ensaya o se repite mentalmente hasta ponerla en práctica (70).

Gran parte de los individuos son capaces de repetir los números con seis o siete dígitos casi instantáneamente luego de oír por primera vez y también en pocos segundos. En cambio, luego de un minuto, hay una alta probabilidad de



que se produzca un olvido que no se puede revertir. Se pueden elegir ejemplos similares para otro tipo de información, como la siguiente: podemos repetir inmediatamente una lista de seis o siete palabras o letras, o la oración más reciente que acaba de decir nuestro interlocutor. Sin embargo, resulta que la información se "borra" por completo después de que hayan pasado sólo unos segundos en cada uno de estos escenarios (71).

c) ATENCIÓN.

Implica mantener la concentración en una tarea, tomar decisiones y resolver conflictos a lo largo de su ejecución (72).

Las posteriores pruebas logran utilizarse en la valoración de la atención (73):

- Inversión de series involuntario (días de la semana o meses del año al revés o deletrear la palabra MUNDO al revés).
- Anáfora de cifras desde series simples también series complejas.
- Restas sucesión.

d) CÁLCULO

Esta función permite almacenar eventos e impresiones para su posterior recuperación. Junto con la atención, es esencial para el funcionamiento eficaz de muchos otros procesos cognitivos, a pesar de ser uno de los procesos cognitivos más complicados (74).

Para proceder a aplicar el cálculo, se debe considerar los siguientes aspectos:

- Registro: consiente en percibir el conocimiento, en agregar al recuerdo y sustancial en prestar atención a algo que se están viendo, se está oyendo o palpando (32).
- Consolidación: se responsabilizar de acumular la información percibida, y ordenarla de manera lógica (32).



- Evocación: proporciona el recuerdo siguiente y para que la evocación sea eficaz, es necesario repetir varias veces la información (32).

e) MEMORIA MEDIATA

También es conocida como memoria de trabajo o también como memoria funcional que es el tipo de memoria que almacena y procesa temporalmente la investigación que se recibe de los patrones sensoriales antes de actuar sobre esos datos. La información sobre el estímulo se traslada a la memoria de ocupación una vez que se ha cuidado y percibido (75).

Esta memoria nos permite recordar los conocimientos, pero es restringida y a menudo se interrumpe. La memoria de trabajo es un sistema de almacenamiento temporal que permite mantener ciertos datos de información en la mente, comparándolos, contrastándolos o asociándolos entre sí (75).

Existen 2 tipos de procesos:

- Verificación ejecutiva: se refiere al mecanismo que se encarga del procesamiento de la información.
- Sostenimiento activo: constituye la idea de almacenamiento temporal (76).

f) PRAXIS CONSTRUCTIVA.

La praxis constructiva consiste en la capacitación de planificar y realizar acciones motoras que fueron aprendidas anticipadamente. Conforme a otras tareas cognitivas, es condicional netamente por la enseñanza (77).

Aun cuando la gratitud de objetos y conformación permanece relativamente limpia a lo largo de la vida, el juicio visuoperceptivo, punto para los estímulos espaciales como no espaciales, declina de manera continua a partir de los 65 años. Se vio una dificultad creciente en la constitución visuoperceptivo en los individuos en medio de los 70 – 90 años (77).



Con la vejez, las copias de diseños geométricos trabajados suelen ser menos exactas, pero se sostiene estrategias correctas (73).

#### 2.2.7. Limitaciones del mini examen del estado mental

Esta prueba no debe ser tomada a personas con dificultades de aprendizaje, personas con minusvalía y en personas sin habilidad lecto-escritora. También se consideran las siguientes condiciones para evitar la aplicación del MMSE (78).

- Depresión.
- Deglución de drogas.
- Trastorno metabólicos.
- Alcoholismo.
- Infecciones: Meningitis, Encefalitis, etc.
- Trastornos nutricionales: Disminución de B6 y B12.
- Hemorragia subaracnoidea.

Cabe destacar que esta prueba es poco sensible en personas con un alto grado de instrucción y difícil de aplicar en analfabetos (79).

#### 2.2.8. Capacidad funcional

La capacidad funcional es considerada como aquella capacidad que tiene la persona para decidir y actuar en sus labores de la vida diaria así como bañarse, vestirse, ir al baño, alimentarse, moverse y la continencia, sean realizadas de forma independiente y autónoma, de tal forma que el individuo es capaz de satisfacer sus necesidades (79,80), también expone a la cabida de hacer labores instrumentales de la vida diaria como utilizar el teléfono, hacer compras, preparar los alimentos, prestar atención en la casa por la limpieza de la ropa, usar los medios de transporte, tratar con medicamentos y ser capaz de



usar el dinero (81). En ese sentido, se sabe que las limitaciones funcionales reducidas consisten en la falta de habilidades para el autocuidado, el cual hace que los adultos mayores sean más débiles y dependientes, conllevando así a una reducción de su bien y calidad de vida (80,82).

La capacidad funcional de un individuo viene determinada por su capacidad para realizar las tareas esenciales de la vida diaria. Estas labores se dividen en básicas (ABVD) o labores físicas vinculadas con seis aspectos: bañarse, vestirse, utilizar el sanitario, desplazarse, alimentarse y tener presente la continencia fecal y urinaria (19), y en labores instrumentales (AIVD) que son un poco más fáciles que las anteriores en tanto necesitan la interacción de procesos mentales, sociales, culturales y físicos de alto exigencia: la capacidad funcional es evaluada mediante la aplicación de cuestionarios al anciano o a su cuidador, sobre el desempeño de las actividades de la vida diaria (83), y el rendimiento físico relacionado con las limitaciones funcionales se evalúa mediante la aplicación de pruebas físicas (84).

El diagnóstico de dependencia o independencia física permite hacer acciones eficaces y apropiadas, ya que hay factores de peligro susceptibles de precaución (83,85) que permitan atrasar el deterioro cognitivo y funcional del adulto mayor (86).

Para el diagnóstico de dependencia o independencia es muy utilizado el Índice de Katz que evalúa las labores básicas de la vida cotidiana (ABVD). Es la herramienta más apropiada para evaluar el estado funcional, como medición de la capacidad del adulto mayor para desempeñar y asimismo evalúa la capacidad funcional basada en las actividades básicas de la vida diaria esenciales para el autocuidado; evalúa de forma dicotómica (en términos de



dependencia o independencia para cada actividad) la capacidad de realizar las actividades básicas de la vida diaria de moverse, lavarse, vestirse, alimentarse, ir al baño y la continencia esfinteriana (85).

#### 2.2.9. Índice de katz para medir la capacidad funcional

Originado en el año 1958 por los integrantes multidisciplinar de enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas, con la finalidad de limitar la dependencia en fracturas de cadera, el estudio es dirigido por S. Katz en The Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico y de enfermos crónicos, Cleveland, Ohio) (66). Fue publicado en 1959 con el título de Index of Independence in Activities of Daily Living y en 1963 en un artículo fue publicada con el de Katz al índice creado para cuantificar la capacidad funcional (87).

El índice de Katz tiene varios usos a nivel geriátrico y Calmante demostró que sirve para describir el estado funcional del paciente, además de hacer el seguimiento de su evolución y evaluar los efectos terapéuticos al que está sometido (88).

#### 2.2.10. Valoración y aplicación

El índice de Katz valora el nivel de dependencia y la autonomía de los individuos, a su vez incluye a 6 dimensiones: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y nutrición (89). Teniendo en cuenta que a cada pregunta se le otorga 0 puntos cuando las actividades se pueden realizar de forma independiente y se le otorga 1 punto cuando las actividades son efectuadas con ayuda o cuando no se logran. Es razonable asumir la siguiente clasificación de acuerdo con la práctica habitual: Grados 0-1 puntos = ausencia



de incapacidad o incapacidad leve, Grados 2-3 puntos = incapacidad moderada, Grados 4-6 puntos = incapacidad severa (90) (ANEXO2).

Inicialmente el índice de Katz se usaba por medio de la observación directa del paciente. Actualmente se realiza la medición por medio del interrogatorio directo al paciente o a sus cuidadores; es sencillo de aplicar con una corta duración. A su vez el índice de Katz alcanza ser usado por el trabajador de salud capacitado (88).

#### 2.2.11. Limitaciones

Las limitaciones fundamentales del Índice de Katz son como esas tareas dependientes en gran medición de las extremidades superiores y su escasa delicadeza al cambio (88).

El índice de Katz es muy eficiente en pacientes dependientes, sin embargo, su eficacia reduce en pacientes en los que se minimiza la obligación de ayuda (89).

### 2.3. MARCO CONCEPTUAL

2.3.1. Salud mental: la salud mental es la situación de comodidad en que la persona se da razón de sus artes y es apto de manejar la ansiedad normal de la vida, trabajar de manera beneficiosa y ayudar a su comunidad. En este sentido positivo, la salud mental es la base de la comodidad personal y el funcionamiento eficiente de la comunidad (47).

2.3.2. Capacidad funcional: es el grupo de habilidades físicas, mentales y sociales que capacitan al individuo para realizar las acción requeridas por su entorno (91).





- 2.3.3. Adulto mayor: es el individuo adulta mayor de 60 años a más, conforma parte de la última etapa de vida, donde las facultades cognitivas se van deteriorando progresivamente (36).
- 2.3.4. Envejecimiento saludable: es el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que promueve el bienestar en la vejez. En otras palabras, el envejecimiento saludable no es sinónimo de un envejecimiento sin enfermedades, sino de la capacidad de seguir realizando las actividades durante el mayor tiempo posible (92).
- 2.3.5. Apoptosis: a menudo conocida como "muerte celular programada", es un tipo de suicidio celular genéticamente especificado que ocurre fisiológicamente durante la morfogénesis, la regeneración de tejidos y el control inmunológico (93).

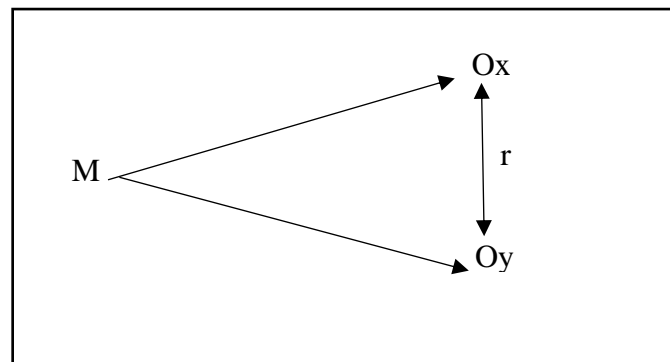
## CAPÍTULO III

### MATERIALES Y MÉTODOS

#### 3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo descriptivo, no experimental y transversal; porque permitió describir la relación entre las variables sin manipularlas, y transversal ya que la toma de datos se dio en un solo momento (94).

El diseño de la investigación fue correlacional, que permitió establecer la relación de las variables, como se muestra en el diagrama siguiente (94):



Donde:

M: La muestra del estudio estuvo constituida por 119 adultos mayores.

O<sub>x</sub>: Variable x: Estado mental

O<sub>y</sub>: Variable y: Capacidad funcional

r: Relación de las variables (X-Y)

#### 3.2. ÁMBITO DEL ESTUDIO

El estudio está ubicado en la región Puno, provincia de Puno, específicamente en el distrito Coata; situado en el altiplano peruano, que se halla en las orillas del lago Titicaca, a una altura de 3.814 m.s.n.m. Los habitantes en la actualidad son de 7387 personas, de los cuales 68% viven en el área rural y el 31% en el área urbana.



El clima es frígido, seco, semi seco en invierno y lluvioso en verano, la temperatura fluctúa de  $-6^{\circ}$  bajo cero en las noches y de  $19^{\circ}\text{C}$  en el día (95).

### **CARACTERÍSTICAS DEL CENTRO DE SALUD I – 3 COATA**

El Establecimiento de Salud pertenece a la micro red de salud José Antonio Encinas, así como la Red de Salud de Puno, lo que lo convierte en un Centro de Salud de nivel I y categoría 3. Cuenta con un equipo multidisciplinario que cumple un rol social ayudando a resolver los problemas de salud de la población en el ámbito que le corresponde. Este equipo brinda cuidado médico integral de calidad y efectiva en las áreas de medicina general, obstetricia, nutrición, laboratorio, tópicos, enfermería, farmacia, estrategias de salud y programas de salud en el horario de 7:00 a 19:00 horas. Toda su estructura física está construida con materiales de alta calidad. También cuenta con una estrategia de salud para las personas de la tercera edad, bajo la cual se atiende a más de 170 adultos mayores de 60 años o más. Estos pacientes provienen de toda la jurisdicción del establecimiento de salud, tanto del área urbana como del área rural, y hablan principalmente quechua, y algunos hablan español (96).

El Centro de Salud está ubicado en la Plaza de Armas de Coata, en el frontis a la Municipalidad.

Sus límites son:

Por el Norte	: Con el Jr. Puno
Por el Sur	: Con la Plaza de Armas
Por el Este	: Con el Jr. Alfonso Ugarte
Por el Oeste	: Con el Jr. Coata

### 3.3. POBLACIÓN Y MUESTRA

#### POBLACIÓN:

Según el registro del Centro de Salud I-3 Coata y la base de datos de la Estrategia sanitaria de salud del adulto mayor, la población estuvo conformada por 170 adultos mayores, quienes viven en sectores de las zonas bajo la jurisdicción del centro de salud.

#### MUESTRA:

La muestra se calculó aplicando la fórmula para muestras finitas y reemplazando los datos (97):

$$n = \frac{N \cdot Z^2 \cdot p \cdot q}{e^2 \cdot (N - 1) + Z^2 \cdot p \cdot q}$$

Donde:

n: Es el tamaño de la muestra

N: Es el tamaño de la población

Z: Es el nivel de confianza (1.96), es decir, 95% de confianza)

e: Es la precisión o el error (5% de error)

p: Probabilidad de éxito (0.5)

q: Probabilidad de fracaso (0.5)

Cálculo de la muestra:

N = 170

Z = 1,96 (95% de confianza)

e = 0,05 (5% de error)

p = 0.5

q = 0.5



Reemplazamos valores:

$$\frac{170(1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}{(0.05)^2 \times (170 - 1) + (1.96)^2 \times (0.50) \times (0.50)}$$

$$n = 119$$

La muestra del estudio estuvo constituida por 119 adultos mayores del distrito de Coata, seleccionada por muestreo probabilístico.

#### **CRITERIOS DE INCLUSIÓN:**

- Adultos mayores que acepten contribuir del estudio.
- Adultos mayores desde los 60 años de edad.
- Adultos mayores que se encuentren en el registro del Centro de Salud I-3 Coata y la base de datos de la estrategia sanitaria de salud del adulto mayor.
- Adultos mayores que posean algún grado de instrucción.

#### **CRITERIOS DE EXCLUSIÓN:**

- Adultos mayores analfabetos.
- Adultos mayores que no acepten contribuir del estudio.
- Adultos mayores con capacidades especiales.
- Adultos mayores con minusvalía.

### 3.4. VARIABLES Y SU OPERACIONALIZACIÓN

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIÓN	INDICADOR	VALOR FINAL
ESTADO MENTAL	Es una combinación de procesos cerebrales que intervienen en todos los aspectos de la vida.	Orientación.	Mes	14-19 puntos - estado cognitivo normal  <13 puntos - déficit cognitivo
			Día	
			Año	
			Día de la semana	
		Memoria inmediata	Árbol	
			Mesa	
			Avión	
		Cálculo.	1	
			3	
			5	
			7	
		Atención.	9	
			Dobla el papel	
		Memoria mediata	Coloca el papel sobre sus piernas	
Árbol				
Mesa				
Praxis constructiva	Avión			
	Dibuja los pentágonos			
CAPACIDAD FUNCIONAL	Es la aptitud para Ejecutar eficientemente las actividades diarias.	Baño	Es independiente para bañarse.	0-1 puntos = ausencia o incapacidad leve  2-3 puntos incapacidad moderada  4-6 puntos incapacidad severa
			Es dependiente para bañarse.	
		Vestir	Es independiente para vestirse.	
			Es dependiente para vestirse.	
		Apariencia personal	Es independiente para cuidar de su apariencia personal.	
			Es dependiente para cuidar de su apariencia personal.	
		Uso del inodoro	Es independiente en el uso del inodoro.	
			Es dependiente en el uso del inodoro.	
		Continencia	Autocontrola sus necesidades de micción/defecación.	
			Requiere de ayuda mecánica para el control de sus necesidades micción/defecación.	
		Trasporte	Es capaz de acostarse/sentarse y levantarse.	
			Requiere de ayuda para acostarse/sentarse y levantarse.	
		Trasladarse	Es capaz de trasladarse por sí solo.	
			Requiere de ayuda o es incapaz de trasladarse.	
Alimento	Es independiente para alimentarse.			
	Necesita ayuda o es incapaz de alimentarse por sí solo.			



### **3.5. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

#### **TÉCNICA**

En la recolección de datos de las variables (estado mental y capacidad funcional), la técnica utilizada fue la entrevista y los instrumentos fueron dos cuestionarios.

#### **INSTRUMENTOS**

Para medir el estado mental se utilizó el Mini Examen del Estado Mental (MMSE) (ANEXO 1), que, desde su creación en 1975, ha sido ampliamente validado y puesto en uso en una variedad de escenarios, incluyendo la investigación clínica, así como la práctica clínica. El Mini-Mental State Examination (MMSE) fue adaptado y validado en Chile en 1999 para la encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) de la OPS, que se realizó en América Latina (98).

El instrumento es beneficioso en el tamizaje de déficit cognitivo, que logra ser procurado por el médico, enfermero o el trabajador social. Se valora de la siguiente manera: La puntuación máxima es de 19 puntos y a partir de 13 puntos o menos se sugiere déficit cognitivo (65) (ANEXO 3).

En Perú durante el año 2019 en un estudio realizado por Caldas y Correa determinaron la confiabilidad del instrumento del Mini Examen del Estado Mental (MMSE) con un Alfa de Cronbach de 0.82 y la validez con Spearman-Brown de 0.89 (99); resultados que indican que el instrumento es válido y confiable, por tanto, puede ser utilizado en el presente estudio. La calificación del instrumento, por dimensiones fue de la siguiente forma:



Dimensiones	Respuestas		Observación	Puntaje total
	Correcta	Incorrecta		
Orientación	1	0		4
Memoria inmediata	1	0	Por cada objeto recordado en el primer intento.	3
Cálculo	5	0	Por cada número que no se nombre, o por cada número que se aumenta, o por cada número que se nombre fuera del orden indicado se resta 1 punto	5
Atención	1	0		3
Memoria mediata	1	0		3
Praxis constructiva	1	0		1
Total				19

Calificación general del estado mental fue:

- Estado cognitivo normal : 4-19 puntos.
- Déficit cognitivo : <13 puntos

Para medir la capacidad funcional, el instrumento que se utilizó fue el índice de Katz (ANEXO 2), su utilidad es para evaluar el estado funcional en la población adulto mayor se ha aclarado de manera constante (65).

El índice de Katz es un instrumento que valora el estado funcional de la población de adultos mayores, por ello, es usada ampliamente en entornos clínicos y domésticos (89). Está validado en diferentes idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos. Muestra buena reproducibilidad intraobservador (coeficientes de correlación entre 0.73 y 0.98) como interobservador con correspondencia próxima al 80%, estando alto en los pacientes poco deteriorados



(90). En Perú durante el año 2019 en un estudio realizado por Quiroz y Requena determinaron la confiabilidad del instrumento del índice de Katz con un Alfa de Cronbach de 0.813 (100).

El índice de Katz es utilizado en la “Guía técnica para el llenado de la historia clínica de atención integral de salud del adulto mayor” que está publicado en la Norma Técnica de Salud N° 139 de 2018, al ser utilizado en todos los establecimientos de salud y avalado por el Ministerio de Salud (MINSA) (101), en este estudio se utilizó este instrumento para medir la variable “Capacidad funcional”.

En la calificación de la capacidad funcional, se consideró los ítems individualmente, de forma que se den 0 puntos cuando la labor es realizada de manera independiente y 1 punto si la actividad se realiza con apoyo o no se efectúa.

La clasificación del instrumento, por dimensión fue la siguiente:

Dimensiones	Respuestas	
	Dependiente	Independiente
Bañarse	1	0
Vestirse	1	0
Apariencia personal	1	0
Usar el inodoro	1	0
Continencia	1	0
Transporte	1	0
Caminar	1	0

Clasificación general para la evaluación de la capacidad funcional:

- Falta de incapacidad o incapacidad leve = 0 - 1 puntos.
- Incapacidad moderada = 2 - 3 puntos.
- Incapacidad severa = 4 - 6 puntos.



### 3.6. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- **DE LA COORDINACIÓN**

- a) Se presentó a la Dirección de la Red de Salud Puno, la solicitud para el permiso de ejecución del proyecto, anexando la carta de aprobación del proyecto de investigación emitida por la oficina de investigación de la Escuela Profesional de Enfermería de la Universidad Nacional del Altiplano. (ANEXO 3)
- b) Se continuó con las coordinaciones ante las instancias pertinentes: Micro Red José Antonio Encinas y Centro de Salud I-3 Coata, para la autorización de la ejecución de la investigación.
- c) La Dirección de la Red de Salud Puno, emitió un documento que señalaba que la Investigadora contaba con el permiso correspondiente para poder realizar la ejecución de su proyecto de investigación. (ANEXO 4)
- d) El jefe del Establecimiento de Salud, brindó el permiso correspondiente para la realización de la investigación, además hizo alcance del listado de adultos mayores escritos en la base de datos de la Estrategia sanitaria de salud del adulto mayor.

- **DE LA EJECUCIÓN**

- a) Se procedió a la captación de los adultos mayores, previa revisión de la información en el sistema del Centro de Salud, contrastando con el listado de adultos mayores, actividad que se realizó en el Establecimiento de Salud y en sus domicilios.
- b) Seguidamente se localizaron a los adultos mayores, para informarles sobre el objetivo de la investigación, solicitándoles su consentimiento, mediante la firma del formato correspondiente.
- c) Se procedió a la aplicación del instrumento Mini Examen del Estado Mental –



Modificado, en un tiempo estimado de 10 a 15 minutos por participante, se tuvo en cuenta las limitaciones auditivas y visuales que algunos manifestaron.

- d) Seguidamente se aplicó el instrumento: Índice de Katz, para medir la capacidad funcional en el adulto mayor, utilizando un tiempo aproximado de 10 minutos.
- e) Al concluir la aplicación de instrumentos, se agradeció al adulto mayor por su participación.

### **3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS**

Los datos se sistematizaron en el paquete estadístico SPSS (Statistical Package for Social Sciences) para Windows, versión 25. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva (tablas cruzadas, con frecuencias y porcentajes). Para el análisis estadístico de tipo analítico se determinó la asociación entre estado mental y capacidad funcional en adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, mediante la prueba de hipótesis Rho de Spearman, usando un intervalo de confianza al 95% y un  $p$  valor  $< 0,05$  como significancia estadística.

## CAPÍTULO IV

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN

#### 4.1. RESULTADOS

##### OG

**Tabla 1:** *Relación entre el estado mental y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

Estado mental	Capacidad funcional				Total	
	Independencia o dependencia leve		Dependencia moderada o grave			
	N°	%	N°	%	N°	%
Estado cognitivo normal	60	50,4%	2	1,7%	62	52,1%
Déficit cognitivo	53	44,5%	4	3,4%	57	47,9%
<b>Total</b>	113	95,0%	6	5,0%	119	100%

Fuente: Cuestionarios aplicados a los adultos mayores

En la tabla 1 se muestra la relación entre las variables del estado mental y la capacidad funcional, expresando la predominancia de 52.1% de adultos mayores con estado cognitivo normal, 50.4% poseen independencia o dependencia leve en su capacidad funcional; mientras que de 47,9% con déficit cognitivo, 44.6% también poseen independencia o dependencia leve en la capacidad funcional.

El 100% tiene el estado mental para poder realizar la capacidad funcional; el 50,4% tiene un estado cognitivo son independencia o dependencia leve; el 1,7 tiene dependencia moderada o grave; en el déficit cognitivo el 44,5% son independientes o dependientes leves y el 3,4% son dependencia moderada o grave.



Estadísticamente, se muestran los resultados del coeficiente de correlación Rho de Spearman, donde la presencia de una correlación es  $r_s=0,222$  entre ambas variables tanto estado mental y capacidad funcional, indicando la presencia de una relación positiva, con un nivel de correlación baja (anexo 3).

Como se observa que el valor de significancia bilateral de la correlación de Spearman obtuvo un p-valor  $=0,015$  es inferior al valor de  $\alpha=0,05$ , permite demostrar la existencia de relación entre ambas variables, por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna. Es decir, existe relación entre el estado mental y capacidad funcional en los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata (anexo 3).

## OE1

**Tabla 2:** *Estado mental en la dimensión de orientación, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

Orientación	N	%
1 respuesta correcta	9	7,6%
2 respuestas correctas	20	16,8%
3 respuestas correctas	49	41,2%
4 respuestas correctas	41	34,4%
<b>Total</b>	119	100%

Fuente: Mini examen de estado mental

En la tabla 2 se muestran los resultados sobre estado mental en la dimensión orientación, donde el 41.2% de adultos mayores respondieron correctamente a 3 preguntas en relación a las fechas y el 7.6% indicaron solo 1 respuesta correcta.



**Tabla 3:** *Estado mental en su dimensión de memoria inmediata, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

<b>Memoria inmediata</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1 respuesta correcta	4	3,4%
2 respuestas correctas	5	4,2%
3 respuestas correctas	110	92,4%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Fuente: Mini examen de estado mental

En la tabla 3 se muestran los resultados encontrados respecto al estado mental, en la dimensión de memoria inmediata, señalando que, el 92,4% adultos mayores respondieron correctamente 3 preguntas en relación a los objetos; y el 3.4% de adultos mayores respondieron solo 1 respuesta de manera correcta.



**Tabla 4:** *Estado mental en su dimensión de cálculo, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

<b>Cálculo</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
1pts	14	11,8%
2pts	35	29,4%
3pts	41	34,5%
4pts	14	11,8%
5pts	15	12,6%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Fuente: Mini examen de estado mental

En la tabla 4 se muestran los resultados sobre el estado mental en la dimensión cálculo, observándose que el 34,5% de los adultos mayores obtuvieron un total de 3 puntos, mientras que un 11,8% un puntaje de 1 punto.





**Tabla 5:** *Estado mental en su dimensión de atención, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

<b>Atención</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin respuesta	2	1,7%
Toma el papel	10	10,1%
Dobla	61	51,3%
Coloca	44	37,0%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Fuente: Mini examen de estado mental

En la tabla 5 se muestran los resultados referentes al estado mental en la dimensión atención, se observa que el 51,3% de adultos mayores logran doblar el papel; y el 37% de adultos mayores logran colocar el papel en sus piernas.

**Tabla 6:** *Estado mental en su dimensión de memoria mediata, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

<b>Memoria</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin respuesta	12	10,1%
1 respuesta correcta	31	26,1%
2 respuestas correctas	43	36,1%
3 respuestas correctas	33	27,7%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Fuente: Mini examen de estado mental

En la tabla 6 se muestran los resultados respecto al estado mental en la dimensión memoria mediata, se observa que el 36,1% de adultos mayores respondieron correctamente 2 preguntas en relación a las palabras; y el 10.1% de adultos mayores no tuvieron ninguna respuesta.

**Tabla 7:** *Estado mental en su dimensión de praxis constructiva, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

<b>Praxis constructiva</b>	<b>N</b>	<b>%</b>
Sin respuesta	49	41,2%
Dibujado	70	58,8%
<b>Total</b>	<b>119</b>	<b>100%</b>

Fuente: Mini examen de estado mental

En la tabla 7 se muestran los resultados respecto a la dimensión praxis constructiva, donde se observa que 58,8% de adultos mayores dibujó la misma imagen y el 41,2% adultos mayores no dibujaron la imagen presentada en el instrumento de evolución.

**OE2****Tabla 8:** *Capacidad funcional, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

Dimensión	Independiente		Dependiente		Total N
	N	%	N	%	
Bañarse	119	100%	0	0%	119
Vestirse	119	100%	0	0%	119
Apariencia personal	117	98,3%	2	1,7%	119
Usar inodoro	115	96,6%	4	3,4%	119
Continencia	98	82,4%	21	17,6%	119
Transporte	109	91,6%	10	8,4%	119
Caminar	117	98,3%	5	1,7%	119
Alimentarse	116	97,5%	2	2,5%	119

Fuente: Test de Katz.

En la tabla 8 se muestran los resultados referente a la capacidad funcional: En cuanto al aspecto de bañarse y vestirse el 100% son independientes para poder realizar estas acciones; el 98,3% es independiente para cuidar de su apariencia personal; el 96,6% es independiente para usar el inodoro; en la dimensión continencia el 82,4% son independientes; en la dimensión transporte el 91,6% independientes; con respecto a las dimensiones caminar y alimentarse son independientes para realizar esta acción el 98,3% y el 97,5% respectivamente.



## 4.2. DISCUSIÓN

La capacidad funcional es considerada como aquella capacidad que tienen las personas para decidir y actuar en sus actividades de la vida diaria como bañarse, vestirse, ir al baño, alimentarse, moverse y la continencia, sean realizadas de forma independiente y autónoma, de tal forma que el individuo pueda satisfacer sus necesidades (79,80); así mismo el estado mental valora la función cognitiva que nos permite interrelacionarnos con el medio en el que vivimos (49,50,51).

A partir de los resultados obtenidos de Rho de Spearman se obtuvo una Sig. (bilateral)  $< .015$  por lo que se acepta la hipótesis alterna, evidenciando correlación directa el estado mental y la capacidad funcional del adulto mayor, lo que significa que si un adulto mayor goza de buen estado cognitivo que le permite interrelacionarse con el medio en el que vive, tendrá mayor probabilidad de desarrollar sus labores de la vida cotidiana de manera independiente. Nuestros resultados coinciden con los de Leite et al. al observar que el déficit cognitivo contribuye a la reducción de la capacidad funcional de los adultos. Esto nos permite afirmar que un buen estado mental influye en una adecuada capacidad funcional (5). En cuanto a la información teórica se logra fundamentar que la salud mental y el bienestar son fundamentales para la capacidad colectiva e individual de pensar, interactuar con los demás, manifestar sentimientos, disfrutar de la vida y ganar el sustento. Por ello, la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental pueden considerarse preocupaciones vitales de los individuos, las comunidades y las sociedades de todo el mundo (49,50,51), sobre todo de los adultos mayores. Los resultados se atribuyen a que, en el estado mental de los adultos mayores, su capacidad funcional les permite tener mayor probabilidad de desarrollar su vida cotidianamente.



En cuanto a la capacidad funcional, la mayoría de adultos mayores presentan independencia o dependencia leve, esto implica que ellos tienen una buena capacidad funcional y pueden desarrollar de manera independiente todas sus actividades. Resultados que son similares a los obtenidos por Medina, quien menciona que el 87.78% presentó dependencia leve, (27). Delgado, observó que el 85,7% muestra independencia (30). Igualmente con los de Pacompía, mostrando que, los adultos mayores tienen un nivel funcional independiente en el 67.5% (16). Los estudios mencionados fueron realizados en adultos mayores que acudían con regularidad a la consulta externa de un centro de salud, asistían a centros de cuidado recreativo; situación similar se presenta en nuestro estudio pues los adultos mayores asisten regularmente a dicho establecimiento, desarrollando sus actividades con normalidad. Villaroel et al. indica que el 75,7% presentó independencia, sin embargo estos sujetos de estudio presentaban abandono familiar (25), al presentar esta condición el adulto mayor tiene que ser capaz de valerse por sí mismo desarrollando sus actividades sin ayuda; situación similar es la que se presenta en nuestro estudio pues por las condiciones sociodemográficas y económicas de Coata, muchas familias tienden a migrar a otras ciudades dejando a sus padres y abuelos en su lugar de origen. Tras los resultados, en cuanto a la información teórica se puede referir que la independencia o dependencia de las personas son las que utiliza las 6 dimensiones como el uso de retrete, vestido, baño, continencia, movilidad y alimentación (50). En cuanto a los resultados se atribuye que en la independencia o dependencia leve de los adultos mayores tienen una buena capacidad funcional para realizar sus actividades cotidianas para la vida.

Sólo un porcentaje reducido de los adultos mayores del estudio presentó dependencia. Anupama et al. evidenció que la casi todos de adultos mayores de su



estudio presentó dependencia (23), Cortés C. indica que el 61,8% de los adultos mayores son dependientes, su estudio fue realizado en adultos mayores que padecen de enfermedades como hipertensión, diabetes problemas óseos (28), estos resultados difieren de los encontrados en nuestro estudio y esto podría deberse porque en el presente estudio los adultos mayores no presentaban enfermedades las cuales conlleven a una dependencia y cuidados especializados. La información teórica indica que la demencia es un síndrome adquirido por el deterioro de dos dominios cognitivos como la pérdida de la memoria, la función visuoespacial o ejecutiva, el lenguaje, que esto interfiere en las actividades cotidianas (60,61). El deterioro cognitivo se define como un declive de las funciones cognitivas, ya sea como resultados de cambios relacionados con el proceso de envejecimiento fisiológico o por otras causas.

Además, se encontró que, la mayoría de adultos mayores tienen un estado cognitivo normal lo que significa que poseen un desarrollo adecuado de sus capacidades de orientación, memoria inmediata, cálculo, atención, memoria mediata, praxis constructiva. Al respecto, Córdova e Illacutipa encontraron que el 65% de los adultos mayores tenía un estado cognitivo normal (17), Romero observó una disfunción cognitiva leve en el 45,3% (33) y Vásquez indica que el 72.70% presentaron un deterioro cognitivo leve (31), García refiere que el 55% de su estudio presenta un estado cognitivo normal (32); en estos estudios los adultos mayores acudían a la consulta externa de un establecimiento de salud para recibir atención o a un programa social de una iglesia, situación similar se presenta en nuestro estudio, en el cual la mayoría de los adultos mayores van con regularidad al Centro de Salud. La base teórica sostiene que la función cognitiva es el resultado de que estos procesos funcionen correctamente; en donde los procesos mentales o intelectuales



de pensar, comunicar, percibir, recordar, comprender, calcular y resolver problemas son ejemplos de funciones cognitivas (50). En cuanto a la perspectiva la función cognitiva en adultos mayores son los resultados del funcionamiento en cuanto al área mental, al pensamiento y la memoria.

Así mismo encontramos que cerca la mitad de los adultos mayores presentan déficit cognitivo, resultados que no coinciden con los encontrados por González et al. pues muestra que sólo el 21.3% presentó déficit cognitivo (29), esto podría deberse a que los adultos mayores de dicho estudio acudían a Centros de cuidado que sólo funcionan durante el día, donde contaban con lugares de esparcimiento y talleres en los cuales ellos podían interactuar entre ellos; en nuestro estudio los adultos mayores no cuentan con dichos centros de cuidado y el no interactuar con las demás personas podría conllevar a la sumisión y depresión, que sería el causante de un déficit cognitivo. Por otro lado, Camargo y Laguado observaron que el 41,7% se encuentran con deterioro cognitivo grave (26), Capote et al. encontró una elevada prevalencia de deterioro cognitivo y dicho resultado se relacionó con la pobreza en la que vivían los sujetos de estudio (24); los adultos mayores del estudio de Camargo y Laguado fueron aquellos que se encuentran institucionalizados en dos hogares para ancianos, es decir por su condición requieren un cuidado individualizado y especializado; los adultos mayores del estudio de Capote et al. y de nuestro estudio requieren dicho cuidado sin embargo las condiciones económicas en las que se encuentra la población, los limita a contar con este tipo de cuidados. Pacompía indica que el 55% de su muestra presenta un deterioro cognitivo moderado (16), resultado similar se ha obtenido en nuestro estudio, el mismo que podría deberse a que el estudio de Pacompía se desarrolló en Puno y los adultos mayores cuentan con similares condiciones geográficas y socioeconómicas que los adultos mayores de





nuestro estudio. Romaní demuestra que el deterioro cognitivo estuvo presente en un 86.7% de pacientes que presentaban Enfermedad de Parkinson (34). Resultados que difieren de nuestro estudio, puesto que, los adultos mayores no presentaron condiciones patológicas neuronales. El estado cognitivo se considera como la valoración mental con el test de Pfeiffer, esto ayuda a identificar la existencia y el grado de deterioro cognitivo mediante 10 breves preguntas. El deterioro cognitivo es la evaluación integral del paciente adulto mayor, es importante porque proporciona algunos conocimientos para desarrollar un plan multidisciplinario individualizado y adaptado a las necesidades de cada paciente, con el objetivo de mejorar la calidad de vida del paciente y reducir el desarrollo de complicaciones (50),(54). Por lo tanto, el déficit cognitivo en los adultos mayores es el deterioro cognoscitivo y causa pérdida de conocimiento ya sea psíquico y funcional.



## V. CONCLUSIONES

**Primera:** Existe correlación directa entre el estado mental y la capacidad funcional del adulto mayor lo que implica que un buen estado mental determina el desarrollo de una capacidad funcional independiente.

**Segunda:** En cuanto al estado mental se evidenció que la mayoría de adultos mayores presentan un estado cognitivo normal, lo que significa que desarrollan de manera adecuada las dimensiones de orientación, memoria inmediata, cálculo, atención, memoria mediata y praxis constructiva.

**Tercera:** Referente a la capacidad funcional se encontró que, gran parte de los adultos mayores, presenta mayor independencia o dependencia leve, lo que implica que desarrollan sus actividades de manera autónoma, realizando actividades de baño, vestido, apariencia personal, uso del inodoro, continencia, transporte, traslado y alimento.



## VI. RECOMENDACIONES

### **PRIMERA: A LA JEFATURA DEL CENTRO DE SALUD I-3 COATA.**

Se sugiere reforzar el trabajo extramural en el programa del adulto mayor con las visitas domiciliarias, así como las acciones sobre la valoración de la salud mental y la capacidad funcional de los adultos mayores del distrito de Coata.

### **SEGUNDA: A LA JEFATURA DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD I-3 COATA.**

Se sugiere efectuar talleres con respecto a las habilidades de autocuidado en los adultos mayores, implementando el idioma quechua, para que el mensaje que se quiere brindar sea provechoso y de esa manera los adultos mayores puedan participar activamente y mejoren su capacidad funcional.

### **TERCERA: A LAS INTERNAS DE ENFERMERÍA DEL CENTRO DE SALUD I-3 COATA.**

Se recomienda promover ejercicios que generen la retención de la información para mejorar la memoria mediata e inmediata y además del cálculo siempre con la participación activa de los adultos mayores. Asimismo, se sugiere ayudar en la concientización de la necesidad de mantener una excelente salud mental en las personas mayores mediante consejerías a los familiares y/o acompañantes que acuden junto al adulto mayor al centro de salud.

### **CUARTA: A ESTUDIANTES, BACHILLERES Y PROFESIONALES DE ENFERMERÍA.**

Efectuar estudios vinculados a la problemática, en una población más grande y considerando otras variables como los factores que influyen en la salud mental o en la capacidad funcional de los adultos mayores.



## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Diario Oficial el Peruano. Ley de la Persona Adulta Mayor N° 30490. El Peruano [Internet]. 2016;1–6. Available from: <https://busquedas.elperuano.pe/download/url/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1>
2. Vejano F, Angulo A. Vejez y envejecimiento [Internet]. Editora ac. Colombia; 2020. 25–62 p. Available from: [https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/LibroMisionCaldasEnvejece\\_Digital-min.pdf](https://www.saldarriagaconcha.org/wp-content/uploads/2019/01/LibroMisionCaldasEnvejece_Digital-min.pdf)
3. Custodio N, Lira D. Adaptación peruana del Minimental State Examination. An Fac Med [Internet]. 2014;75(1):69. Available from: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n1/a12v75n1.pdf>
4. Instituto Nacional de Geriatria. Actividades básicas de la vida diaria ( Índice de KATZ ). Inst Nac Geriatria [Internet]. 2019;185(1):2. Available from: [http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod\\_resource/content/355/Archivos/C\\_Generalidades/Unidad 2/Parte\\_1/01\\_KATZ.pdf](http://inger.gob.mx/pluginfile.php/96260/mod_resource/content/355/Archivos/C_Generalidades/Unidad 2/Parte_1/01_KATZ.pdf)
5. Leite M, Daniani C, Kirchner R, Hildebrandt L. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. Enfermería Global [Internet]. 2015;37:1–11. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n37/clinica1.pdf>
6. Organizacion Mundial de la Salud. El envejecimiento y la salud. OMS [Internet]. 2015;1:1–282. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
7. Delgado I, Palomo R, Cañas N, Ramírez J, Megaña M, Gordito G. Modelo de



- atencion en salud para la persona adulto mayor. Minist salud, Gob el Salvador. Ministerio de salud, gobierno de el salvador [Internet]. 2018;1–31. Available from: [https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/El\\_Salvador\\_Modelo\\_Salud\\_Atencion\\_Persona\\_Adulta\\_Mayor.pdf](https://www.gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/El_Salvador_Modelo_Salud_Atencion_Persona_Adulta_Mayor.pdf)
8. Organización Mundial de la Salud (OMS). Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud. Syria Studies [Internet]. 2015;7(1):37–72. Available from: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186466/9789240694873_spa.pdf)
  9. Garriga J. La capacidad funcional y la capacidad intrínseca [Internet]. Plena Identidad. 2017 [cited 2021 Nov 5]. p. 2. Available from: <http://plenaidentidad.com/la-capacidad-funcional-y-la-capacidad-intrinseca/>
  10. Tello T, Alarcón R, Vizcarra D. Mental health in older adults: major neurocognitive, affective, and sleep disorders. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016;33(2):342–50. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27656936/>
  11. OMS. Envejecimiento y salud [Internet]. Organizacion Mundial de la Salud. 2021 [cited 2021 Jun 7]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
  12. Cepal N. El envejecimiento y las personas de edad: indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe [Internet]. Caribe; 2009. p. 70. Available from: <https://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-envejecimiento-personas-edad-indicadores-sociodemograficos-america-latina-caribe>
  13. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Situación y Perspectivas de la Mortalidad por Sexo y Grupos de Edad, Nacional y por departamentos, 1990-



2025. Organización Panam la Salud [Internet]. 2010;15(2):1–451. Available from:  
<https://proyectos.inei.gob.pe/web/biblioineipub/bancopub/est/lib0901/libro.pdf>
14. INEI. Situación de la Población Adulta Mayor. Informe Técnico [Internet]. 2018;(2):1-. Available from:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02\\_adulto\\_ene-feb\\_mar2018.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/01-informe-tecnico-n02_adulto_ene-feb_mar2018.pdf)
15. Blouin C, Tirado E, Mamani F. La situación de la población adulta mayor en el Perú: camino a una nueva política [Internet]. Instituto. Perú; 2018. 1–122 p. Available from: <http://cdn01.pucp.education/idehpucp/wp-content/uploads/2018/11/23160106/publicacion-virtual-pam.pdf>
16. Pacompia A. Calidad de Vida del Adulto Mayor Atendido en el Centro de Salud Simón Bolívar Puno, 2014. [Internet]. Repositorio Institucional UNA-PUNO. Universidad Nacional del Altiplano; 2015. Available from: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2426/Pacompia\\_Sucapuca\\_Ana\\_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/2426](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/2426/Pacompia_Sucapuca_Ana_Claudia.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://tesis.unap.edu.pe/handle/UNAP/2426)
17. Cordova J, Illacutipa T. Relación entre la actividad recreativa con el Estado Cognitivo en pacientes de la tercera Edad del Centro de Salud 4 de noviembre de la Ciudad de Puno, noviembre 2016 - enero 2017 [Internet]. Repositorio de la UANCV. Universidad Andina Néstor Cáceres Velásquez; 2017. Available from: <https://library.co/document/z12490ey-relacion-actividad-recreativa-cognitivo-pacientes-tercera-noviembre-noviembre.html>
18. INEI. Mapa de pobreza monetaria provincial y distrital 2018 [Internet]. 2020. p.



303. Available from:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1718/Libro.pdf)
19. INEI. Resultados definitivos de los Censos Nacionales. Censos económicos [Internet]. 2017;1060. Available from:  
[https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1544/](https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1544/)
20. Laguado E, Camargo K, Campo E, Martín M. Funcionalidad y grado de dependencia en los adultos mayores institucionalizados en centros de bienestar. Gerokomos [Internet]. 2017;28(3):1–7. Available from:  
<https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v28n3/1134-928X-geroko-28-03-00135.pdf>
21. Tejada E. Screening de deterioro cognitivo en el Consultorio de Medicina del Hospital “Manuel Nuñez Butron” Puno. Universidad Nacional del Altiplano [Internet]. Repositorio Institucional - UNAP. Universidad Nacional del Altiplano; 2019. Available from:  
[http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11442/Tejada\\_Chavez\\_Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/11442/Tejada_Chavez_Elizabeth.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
22. Mishara B, Riedel R. El proceso de envejecimiento [Internet]. Edicion Mo. Mejia L, editor. Vol. 3, Ediciones Morata. Madrid; 2000. 1–98 p. Available from:  
<https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/nursing-salud-adulto-mayor-2012-spa.pdf>
23. Anupama P, Poonam R, Pracheth R. Functional assessment of elderly population: a community-based cross-sectional study. International Journal of Medical Science and Public Health Online [Internet]. 2016;5:438–42. Available from:



- <https://www.bibliomed.org/mnsfulltext/67/67-1436246817.pdf?1657144810>
24. Capote L, Casamayor Z, Castañer J, Rodríguez N, Moret Y, Peña R. Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor con tratamiento sustitutivo de la función renal. Rev Cuba Med Mil [Internet]. 2016;45(3):354–64. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubmedmil/cmm-2016/cmm163j.pdf>
  25. Villarroel J, Cárdenas V, Miranda J. Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar. Enfermería Investig Investig Vinculación, Docencia y Gestión [Internet]. 2017;2(1):14–7. Available from: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194270>
  26. Camargo K, Laguado E. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Univ y Salud [Internet]. 2017;19(2):163. Available from: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v19n2/0124-7107-reus-19-02-00163.pdf>
  27. Medina G. Valoración del grado de funcionalidad y su asociación con la presencia de comorbilidades crónicas degenerativas en los adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa del Hospital General “Enrique Garcés” durante el primer semestre de 2018 [Internet]. Vol. 1, repositorio de tesis de grado y posgrado. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2018. Available from: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15546/Tesis Final Gabriela Medina.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/15546/Tesis%20Final%20Gabriela%20Medina.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  28. Cortés C, Cardona D, Segura Á, Garzón MO. Factores físicos y mentales asociados con la capacidad funcional del adulto mayor. Antioquia, Colombia, 2012. Revista de Salud Publica [Internet]. 2016;18(2):1–12. Available from:





<https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2016.v18n2/167-178>

29. González B, Carhuapoma M, Zuñiga E, Mocarro M, Aleixo M, Silva J. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día – Lima, Perú. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)* [Internet]. 2017;38(1–2):12–7. Available from: [https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS\\_MEDICAS/article/view/1108](https://revistadigital.uce.edu.ec/index.php/CIENCIAS_MEDICAS/article/view/1108)
30. Delgado T. Capacidad Funcional Del Adulto Mayor Y Su Relación Con Sus Características Sociodemográficas, Centro De Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro”, Lima-2014. *Rev Peru Obstet Enferm* [Internet]. 2014;10(1):11. Available from: <https://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/708>
31. Vásquez D. Valoración sociofamiliar relacionada al estado funcional y mental en adultos mayores. Clubes del Adulto Mayor de la Microred Edificadores Misti. Miraflores, Arequipa 2016 [Internet]. Universidad Nacional San Agustín De Arequipa; 2017. Available from: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/4513>
32. Garcia O. Perfil cognitivo de los adultos mayores de un programa social en una Iglesia Cristiana del Distrito de San Martín de Porres [Internet]. Universidad Inca Garcilaso de la Vega; 2017. Available from: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/1400>
33. Romero I. Disfunción cognitiva en el adulto mayor que acude al centro de salud Tayta Wasi 2019 [Internet]. Universidad Privada Norbert Wiener; 2019. Available from:



<https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3174/TESIS>

[Romero Isabel.pdf?sequence=1&isAllowed=y](#)

34. Romani Y. Deterioro Cognitivo Relacionado a las Características Clínicas y Epidemiológicas de los Pacientes con Enfermedad de Parkinson del Hospital Hipólito Unanue de Tacna en el Año 2019 [Internet]. Artículo de Financial Distress. Universidad Privada de Tacna; 2020. Available from: <https://repositorio.upt.edu.pe/handle/20.500.12969/1376>
35. Leiton Z, Fajardo E, López Á, Martínez R, Villanueva M. Cognición y capacidad funcional en la persona adulto mayor. Salud Uninorte [Internet]. 2020;36(1):1–16. Available from: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/13705/214421445133>
36. Varela LF. Salud y calidad de vida en el adulto mayor. Rev Peru Med Exp Salud Publica [Internet]. 2016;33(2):199. Available from: <https://rpmesp.ins.gob.pe/rpmesp/article/view/2196/2219>
37. Defensoria del Pueblo. Adulto mayor [Internet]. Plan Nacional de DD.HH. 2022 [cited 2022 Feb 3]. Available from: [https://www.defensoria.gob.pe/grupos\\_de\\_proteccion/adultos-mayores/](https://www.defensoria.gob.pe/grupos_de_proteccion/adultos-mayores/)
38. Cuenca J. Envejecimiento. Educación continua [Internet]. 2016;1–10. Available from: <https://silo.tips/download/educacion-continua-envejecimiento-prof-dr-miguel-angel-allevato-y-dr-john-gaviri>
39. Alvarado A, Salazar A. Análisis del concepto de envejecimiento. Gerokomos [Internet]. 2014;8(3):1–6. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v25n2/revision1.pdf>



40. Anierte N. El proceso del envejecimiento. Medwave [Internet]. 2003;1–10. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermería/Dic2003/2753>
41. González E, Aguilar J, Guisado R, Tristan J, Garcia P, Álvarez J. Xerostomía : Diagnóstico y Manejo Clínico. Revis guias Clin [Internet]. 2009;2(6):300–4. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/albacete/v2n6/revision2.pdf>
42. Peter F, Lyons M, Piasecki M, Mc Phee J, Hind K, Jakeman P. Measurement of muscle health in aging. Biogerontology [Internet]. 2017;18(6):1–11. Available from: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684284/pdf/10522\\_2017\\_Article\\_9697.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5684284/pdf/10522_2017_Article_9697.pdf)
43. Allevato M, Gaviria J. Envejecimiento. Art Terap Dermatol [Internet]. 2008;31–154. Available from: <https://silo.tips/download/educacion-continua-envejecimiento-prof-dr-miguel-angel-allevato-y-dr-john-gaviri>
44. Anierte N. El proceso del envejecimiento [Internet]. Medwave. 2003 [cited 2021 Dec 3]. p. 1–12. Available from: <https://www.medwave.cl/link.cgi/Medwave/Enfermería/Dic2003/2753>
45. Sánchez I, Pérez V. El funcionamiento cognitivo en la vejez: Atención y percepción en el adulto mayor. Revista Cubana de Medicina General Integral [Internet]. 2008;24(2):1–7. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21252008000200011](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000200011)
46. Ovidio C, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: Revisión sistemática. Rev Panam Salud Publica/Pan Am J Public Heal



- [Internet]. 2016;39(3):166–73. Available from:  
<https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/2016.v39n3/166-173/es>
47. Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta [Internet]. OMS. 2018 [cited 2021 Dec 2]. p. 1. Available from:  
<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
48. Casañas R, Lalucat L. Promoción de la salud mental, prevención de los trastornos mentales y lucha contra el estigma. Estrategias y recursos para la alfabetización emocional de los adolescentes. Revista de Estudios de Juventud [Internet]. 2018;121:1–16. Available from:  
[http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/7.\\_promocion\\_de\\_la\\_salud\\_mental\\_preencion\\_de\\_los\\_trastornos\\_mentales\\_y\\_lucha\\_contra\\_el\\_estigma.\\_estrategias\\_y\\_recursos\\_para\\_la\\_alfabetizacion\\_emocional\\_de\\_los\\_adolescentes.pdf](http://www.injuve.es/sites/default/files/adjuntos/2019/06/7._promocion_de_la_salud_mental_preencion_de_los_trastornos_mentales_y_lucha_contra_el_estigma._estrategias_y_recursos_para_la_alfabetizacion_emocional_de_los_adolescentes.pdf)
49. Varela L, Chavez H, Herrera A, Ortiz P, Chigne O. Valoración geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Bibl virtual en salud [Internet]. 2004;43(2):1–8. Available from:  
<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-409517?lang=es>
50. Iráizoz I. Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, [S.l.] [Internet]. 2009;22(Supl.1):25–31. Available from:  
<https://recyt.fecyt.es/index.php/ASSN/issue/view/642>
51. Benavides C. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. Rev Mex Anestesiol [Internet]. 2017;40(2):107–12. Available from:



- <https://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf>
52. Borrás C, Viña J. Neurofisiología y envejecimiento. Concepto y bases fisiopatológicas del deterioro cognitivo. *Revista Española de Geriatria y Gerontología* [Internet]. 2016;3–6. Available from: <https://medes.com/publication/114993>
53. Organización Panamericana de la Salud. El envejecimiento saludable es un proceso continuo de optimización de oportunidades para mantener y mejorar la salud física y mental, la independencia y la calidad de vida a lo largo de la vida. *Rev Cuba Med Gen Integr* [Internet]. 2005;21(1–2):1–8. Available from: <https://www.paho.org/es/envejecimiento-saludable>
54. Varela L, Chavez H, Galvez M, Mendez F. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev Soc Per Med Inter* [Internet]. 2016;37–42. Available from: <https://revistamedicinainterna.net/index.php/spmi/article/view/235/288>
55. Mora S, Garcia R, Perea V, Fernandez V, Unzueta J, Patino M, et al. Deterioro cognitivo leve: detección temprana y nuevas perspectivas. *Rev neurol (Ed impr)* [Internet]. 2012;1–11. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/ibc-99548>
56. Petersen R, Smith G, Waring S, Ivnik R, Tangalos E, Kokmen E. Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome [Internet]. *Pubmed.gov*. 1999 [cited 2021 Dec 12]. p. 303–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10190820/>
57. Petersen R, Stevens J, Ganguli M, Tangalos E, Cummings J, Dekosky S. Practice parameter: early detection of dementia: mild cognitive impairment (an evidence-



- based review). *Neurology*. Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of [Internet]. 2001;1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11342677/>
58. Petersen R. Mild cognitive impairment as a diagnostic entity. *J Intern Med* [Internet]. 2004;256(3):183–94. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15324362/>
59. Petersen RC, Knopman DS, Boeve BF, Geda YE, Ivnik RJ, Smith GE, et al. Mild cognitive impairment: ten years later. *Expert Review of Neurotherapeutics* [Internet]. 2009;1–12. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20008648/>
60. Boustani M, Britt P, Hanson L, Harris R, Lohr K. Screening for dementia in primary care: A summary of the evidence for the U.S. preventive services task force [Internet]. *Revista ADM*. 2003 [cited 2021 Dec 12]. p. 3–11. Available from: <https://www.acpjournals.org/doi/full/10.7326/0003-4819-138-11-200306030-00015?journalCode=aim>
61. Albert MS, DeKosky ST, Dickson D, Dubois B, Feldman HH, Fox NC, et al. The diagnosis of mild cognitive impairment due to Alzheimer’s disease: Recommendations from the National Institute on Aging Alzheimer’s Association workgroups on diagnostic guidelines for Alzheimer’s disease. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2014;23(1):1–7. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3624763/pdf/nihms412728.pdf>
62. Organización Mundial de la Salud. demencia [Internet]. OMS. 2020 [cited 2020 Sep 12]. p. 1–4. Available from: <https://www.paho.org/es/temas/demencia>
63. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. “Mini-mental state”: A practical method



- for grading the cognitive state of patients for the clinician [Internet]. Pubmed.gov. 1975 [cited 2021 Sep 12]. p. 12. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/0022395675900266?via%3Dihub>
64. Acosta J, Cervantes M, Puentes P. Perfil del mini-mental en policonsumidores de 25 a 50 años del area Metropolitana de la ciudad de Barranquilla-Colombia. Diciembre [Internet]. 2009;12(22):316–25. Available from: <https://www.redalyc.org/pdf/4975/497552354005.pdf>
65. Organización Panamericana de la Salud. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores. Guía clínica para atención primaria a las personas adultas mayores [Internet]. 2003;1–15. Available from: <https://www.gob.mx/salud/cenaprece/documentos/guia-clinica-para-atencion-primaria-a-las-personas-adultas-mayores>
66. Blesa R, Pujol P, Aguilar M, Santacruz P, Bertran I, Hernández G, et al. Clinical validity of the “mini-mental state” for Spanish speaking communities [Internet]. Neuropsychologia. 2001 [cited 2020 Dec 12]. p. 1–11. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11527552/>
67. Marshal F, Folstein S, McHung P. Mini Mental de Folstein (MMSE) [Internet]. stimulus. 2019 [cited 2021 Sep 12]. p. 1–7. Available from: <https://stimuluspro.com/blog/mini-mental-de-folstein-mmse/>
68. Gazitúa R. Conciencia y estado psíquico (Examen mental) [Internet]. Manual de Semiología. 2007 [cited 2021 Sep 12]. p. 1–6. Available from: <http://publicacionesmedicina.uc.cl/ManualSemiologia/140ExamenMental.htm>
69. Fuente R. El estudio de la conciencia: Estado actual. Salud Ment [Internet].



- 2016;39(4):183–92. Available from:  
<https://www.redalyc.org/pdf/582/58252501.pdf>
70. Báez M. Estudio de la memoria inmediata y memoria de trabajo en el ser humano. An Univ Etol [Internet]. 2013;7(1):7–18. Available from:  
[http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/10848/1/0690004\\_00000\\_0000.pdf](http://acceda.ulpgc.es/bitstream/10553/10848/1/0690004_00000_0000.pdf)
71. Lavilla L. La memoria en el proceso de enseñanza/aprendizaje. Dialnet [Internet]. 2011;11(2):1–319. Available from:  
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3629232>
72. Delgado AC, Vicente MJ, Lubrini G, Marrón EM, Morales J, Ríos M. Neuropsicología de la atención [Internet]. Psicología Social y de las Organizaciones. uned; 2021. p. 2. Available from:  
[http://portal.uned.es/portal/page?\\_pageid=93,1&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://portal.uned.es/portal/page?_pageid=93,1&_dad=portal&_schema=PORTAL)
73. Nachar R, Paz C, Mena C, Gonzales A. Aspectos basicos del examen mental [Internet]. Finis Terrae; 2018. p. 1–36. Available from:  
<https://fddocuments.es/document/aspectos-basicos-del-examen-aspectos-basicos-del-examen-mental-sensaciones.html?page=1>
74. Ardila A. Guía para el diagnóstico neuropsicológico. Diagnóstico Neuropsicológico [Internet]. 2012;1:1–279. Available from:  
<https://aalfredoardila.files.wordpress.com/2013/07/ardila-a-ostrosky-f-2012-guia-para-el-diagnostico-neuropsicologico.pdf>
75. Acosta M. La perspectiva Vygotskiana y el aprendizaje: una reflexión necesaria en la práctica educativa. Rev Científica Teorías, Enfoques y Apl en las Ciencias Soc [Internet]. 2013;5(1):1–5. Available from:





- <https://revistas.uclave.org/index.php/teacs/article/view/1618/820>
76. Etchepareborda M, Abad L. Memoria de trabajo en los procesos básicos del aprendizaje. *Rev Neurol* [Internet]. 2005;40(S01):2–5. Available from: [https://www.uma.es/media/files/Memoria\\_de\\_trabajo\\_en\\_los\\_procesos\\_basicos\\_del\\_aprendizaje.pdf](https://www.uma.es/media/files/Memoria_de_trabajo_en_los_procesos_basicos_del_aprendizaje.pdf)
77. Cejudo JC, Torrealba E, Guardia J, Peña J. Praxis constructiva a la copia: Normas ampliadas del test Barcelona. *Neurologia* [Internet]. 1998;13(7):1–6. Available from: [https://test-barcelona.com/es/?option=com\\_attachments&task=download&id=24](https://test-barcelona.com/es/?option=com_attachments&task=download&id=24)
78. Bernal M, Berrezueta R, Morocho J. Fiabilidad y validez del fototest en relación al minimental test para detectar trastornos neurocognitivos en pacientes del Hospital “Vicente Corral Moscoso”, Cuenca 2014 [Internet]. Vol. 7, *Syria Studies*. Universidad Estatal de Cuenca; 2015. Available from: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/22421>
79. Woodford H, George J. Cognitive assessment in the elderly: A review of clinical methods. *Review* [Internet]. 2007;100:1–16. Available from: <https://academic.oup.com/qjmed/article/100/8/469/1520553>
80. Souza F, Souza C, Oliveira JA, Silva R, Henrique M, Alves T. Reduced functional capacity of community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2018;23(10):1–10. Available from: [http://old.scielo.br/pdf/csc/v23n10/en\\_1413-8123-csc-23-10-3393.pdf](http://old.scielo.br/pdf/csc/v23n10/en_1413-8123-csc-23-10-3393.pdf)
81. Giraldo CI, Franco A. Vista de Capacidad funcional y salud: orientaciones para cuidar al adulto mayor [Internet]. Colombia: Artículo de investigación; 2008. p. 1–16. Available from:



<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12884/13478>

82. Oliveira A, Nossa P, Mota A. Assessing functional capacity and factors determining functional decline in the elderly: a cross-sectional study. *Acta Med Port* [Internet]. 2019;1–32. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31625878/>
83. Ikegami É, Souza L, Tavares D, Rodrigues L. Functional capacity and physical performance of community-dwelling elderly: A longitudinal study. *Cienc e Saude Coletiva* [Internet]. 2020 Mar;25(3):1083–90. Available from: <https://www.scielo.br/j/csc/a/bjNSKnxQpPF8j6pg5DGZhBR/?lang=en#>
84. Gill T. Assessment of function and disability in longitudinal studies. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2010;58(2):1–11. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2992435/pdf/nihms219097.pdf>
85. Soberanes S, Pedraza A, Moreno C. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. *Rev Espec Médico-Quirúrgicas* [Internet]. 2009;1–16. Available from: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=47326415003>
86. Bejines M, Velasco R, García L, Barajas A, Aguilar L, Rodriguez M. Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar [Internet]. *investigacion e innovacion*. 2014 [cited 2022 May 19]. p. 1–7. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeríaimss/eim-2015/eim151c.pdf>
87. Katz S. Assessing self-maintenance: activities of daily living, mobility, and instrumental activities of daily living [Internet]. National Library of Medicine. 1983 [cited 2020 Dec 12]. p. 1–8. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6418786/>



88. Trigás M, Ferreira L, Meijide H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clin [Internet]. 2011;72(1):11–6. Available from: <https://galiciaclinica.info/pdf/11/225.pdf>
89. Wallace M, Shelkey M, Mason V. Katz index of independence in activities of daily living (ADL). J Gerontol Nurs [Internet]. 2007;25(2):8–9. Available from: <https://www.alz.org/careplanning/downloads/katz-adl.pdf>
90. Applegate WB, Blass JP. Instruments for the functional assessment of older patients [Internet]. 1990. p. 1–10. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/2183053/>
91. Segovia M, Torres E. Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. Gerokomos [Internet]. 2011;22(4):162–6. Available from: <https://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v22n4/comunicacion2.pdf>
92. Ramos A, Yordi M, Miranda M. El envejecimiento activo: importancia de su promoción para sociedades envejecidas. Arch Med Camaguey [Internet]. 2016;20(3):330–7. Available from: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1025-02552016000300014](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000300014)
93. Machado J, Lie A. Apoptosis, mecanismo de acción. Fac Ciencias Médicas Mayabeque [Internet]. 2011;7(1):1–16. Available from: <https://www.medigraphic.com/pdfs/revciemmedhab/cmh-2012/cmh122o.pdf>
94. Hernández R, Fernandez C, Baptista P. Metodología de la Investigación [Internet]. 6°. Education MGH, editor. Mc Graw Hill. Mexico; 2014 [cited 2021 Nov 25]. p. 1–634. Available from: <https://www.uca.ac.cr/wp-content/uploads/2017/10/Investigacion.pdf>



95. Senamhi. Boletín Regional Puno. Ministerio del Ambiente [Internet]. 2022;1–20. Available from: <https://www.senamhi.gob.pe/load/file/04701SENA-115.pdf>
96. Rios A. Prestaciones tecnico sanitarias administrados por las CLAS, respecto a los establecimientos de la DIRESA Puno 2005 -2006 [Internet]. Tesis. 2008 [cited 2020 Dec 12]. p. 1–165. Available from: [http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7104/Molleapaza\\_Mamani\\_Joel\\_Neftali.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.unap.edu.pe/bitstream/handle/UNAP/7104/Molleapaza_Mamani_Joel_Neftali.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
97. López P, Fachelli S. Metodología de la Investigacion Social Cuantitativa [Internet]. Revista de Educacion y Derecho. 2018 [cited 2020 Dec 12]. p. 1–117. Available from: <http://tecnicasavanzadas.sociales.uba.ar/wp-content/uploads/sites/156/2020/08/A04.02-Roldan-y-Fachelli.-Cap-3.6-Analisis-de-Tablas-de-Contingencia-1.pdf>
98. González J, Aguilar L, Oporto S, Araneda L, Vásquez M, Von R. Normalización del “Mini-Mental State Examination” según edad y educación, para la población de Santiago de Chile. Rev Memoriza.com [Internet]. 2009;3(January):23–34. Available from: [http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009\\_3\\_23-34.pdf](http://www.memoriza.com/documentos/revista/2009/minimental2009_3_23-34.pdf)
99. Cubillos K, Castañeda C. Estudio comparativo del deterioro cognitivo y el nivel de depresión en personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas del Municipio de Fusagasugá [Internet]. Corporación Universitaria Minuto de Dios. Universidad Ricardo Palma; 2020. Available from: [https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11738/1/UVDT.P\\_CubillosKar-em-CastañedaCarlos\\_2020.pdf](https://repository.uniminuto.edu/bitstream/10656/11738/1/UVDT.P_CubillosKar-em-CastañedaCarlos_2020.pdf)



100. Quiroz P, Requena C. Grado de depresión y funcionalidad del adulto mayor de un Hospital de Lima, 2017 [Internet]. Tesis. 2019 [cited 2020 Dec 12]. p. 1–97. Available from: [https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3420/TESIS Requena Carla - Quiroz Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3420/TESIS-Requena%20Carla%20-%20Quiroz%20Patricia.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
  
101. MINSA. Guía técnica para el llenado de la Historia Clínica de Atención Integral de Salud del Adulto Mayor [Internet]. Ministerio de Salud del Perú. 2017 [cited 2020 Dec 12]. p. 1–27. Available from: <https://www.datosabiertos.gob.pe/node/3028/download>



		1		cada número que se mencione fuera del orden indicado.
4	Le voy a dar un papel. Tómelo con su mano derecha, dóblelo por la mitad con ambas manos y colóquelo sobre sus piernas	Toma el papel		Entréguese el papel y anote un punto por cada acción realizada correctamente.
		Dobla		
		Coloca		
5	Hace un momento le leí una serie de tres palabras y Ud. repitió las que recordó. Por favor, dígame ahora cuáles recuerda.	Árbol		Anote un punto por cada objeto recordado.
		Mesa		
		Avión		
6	Por favor copie este dibujo:  DIBUJO ORIGINAL		-	Muestre al entrevistado el dibujo con dos pentágonos cuya intersección es un cuadrilátero. El dibujo es correcto si los pentágonos se cruzan y forman un cuadrilátero.  Un punto si el objeto está dibujado correctamente.
	DIBUJO DEL PACIENTE			
<b>SUMA TOTAL</b>				

14-19 PUNTOS - ESTADO COGNITIVO NORMAL

<13 PUNTOS - DÉFICIT COGNITIVO



## ANEXO 02:

### INSTRUMENTO PARA LA EVALUACIÓN DE LA CAPACIDAD FUNCIONAL: TEST DE

#### KATZ

#### EVALUACIÓN DE LAS ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA (ABVD)

DIMENSIÓN	DEPENDIENTE / INDEPENDIENTE	DESCRIPCIÓN
BAÑARSE	I	Se baña completamente sin ayuda, o recibe ayuda solo para una parte del cuerpo, por ejemplo: La espalda.
	D	Necesita ayuda para más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o es completamente incapaz para darse un baño por sí mismo.
Vestirse	I	Capaz de escoger ropa, vestirse/desvestirse, manejar cinturones/sujetadores; se excluye el atarse los zapatos.
	D	Necesita ayuda pues sólo está parcialmente vestido, o es incapaz de vestirse por sí mismo.
APARIENCIA PERSONAL	I	Capaz de peinarse, afeitarse sin ayuda.
	D	Necesita ayuda para peinarse, afeitarse, o es incapaz de cuidar su apariencia.
USAR EL INODORO	I	Capaz de ir al inodoro, sentarse y pararse, ajustar su ropa, limpiar órganos de excreción; usa orinal solo en la noche.
	D	Recibe ayuda para acceder a y usar el inodoro; usa orinal regularmente, o es completamente incapaz de usar el inodoro.
CONTINENCIA	I	Micción/defecación autocontrolados.
	D	Incontinencia fecal/urinaria parcial o total, o control mediante enemas, catéteres, uso regulado de orinales, o usa catéter o colostomía.
TRANSPORTE	I	Capaz de acostarse/sentarse y levantarse de cama/silla sin asistencia humana o mecánica.
	D	Necesita ayuda humana o mecánica, incapaz de trasladarse; necesita ser levantado.
CAMINAR	I	Capaz de caminar sin ayuda excepto por bastón.





	<b>D</b>	Necesita asistencia humana/andador, muletas, incapaz de caminar necesitar ser levantado.
<b>ALIMENTACIÓN</b>	<b>I</b>	Capaz de alimentarse completamente a sí mismo.
	<b>D</b>	Necesita ayuda para cortar o untar el pan, etc., incapaz de alimentarse por sí mismo o necesita alimentación parenteral

<b>Independiente</b>	0
<b>Dependiente</b>	1
Grado :0-1 puntos	Ausencia o capacidad leve
Grado: 2-3 puntos	Incapacidad moderada
Grado: 4-6 puntos	Incapacidad severa

**ANEXO 03:**

**Tabla 9:** *Contrastación de hipótesis para la relación del estado mental y la capacidad funcional en los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.*

		<b>Estado Mental</b>	<b>Capacidad Funcional</b>
Estado mental	Coefficiente de correlación	1,000	,222*
	Sig. (bilateral)	.	,015
Rho de Spearman	N	119	119
	Coefficiente de correlación	,222*	1,000
Capacidad funcional	Sig. (bilateral)	,015	.
	N	119	119

Fuente: Cuestionarios aplicados a los adultos mayores

Al realizar el análisis estadístico, tomando en cuenta el nivel de significancia de  $p < 0.05$ , a través de la prueba Rho de Spearman se obtuvo un coeficiente de correlación de ,222 y una significancia bilateral de  $p = 0.015$ .

#### PLANTEAMIENTO DE LA HIPÓTESIS ESTADÍSTICA.

Hi: Existe correlación directa entre el estado mental y la capacidad funcional de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.

Ho: No existe correlación directa entre el estado mental y la capacidad funcional de los adultos mayores que asisten al Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.

En la tabla 9, se muestran los resultados del coeficiente de correlación Rho de Spearman, donde la presencia de una correlación es  $r_s = 0,222$  entre ambas variables tanto estado mental y capacidad funcional, indicándonos la presencia de una relación positiva, con un nivel de correlación baja.

Como se observa que el valor de significancia bilateral de la correlación de Spearman obtuvo un  $p$ -valor  $= 0,015$  es inferior al valor de  $\alpha = 0,05$ , permite indicar la existencia de



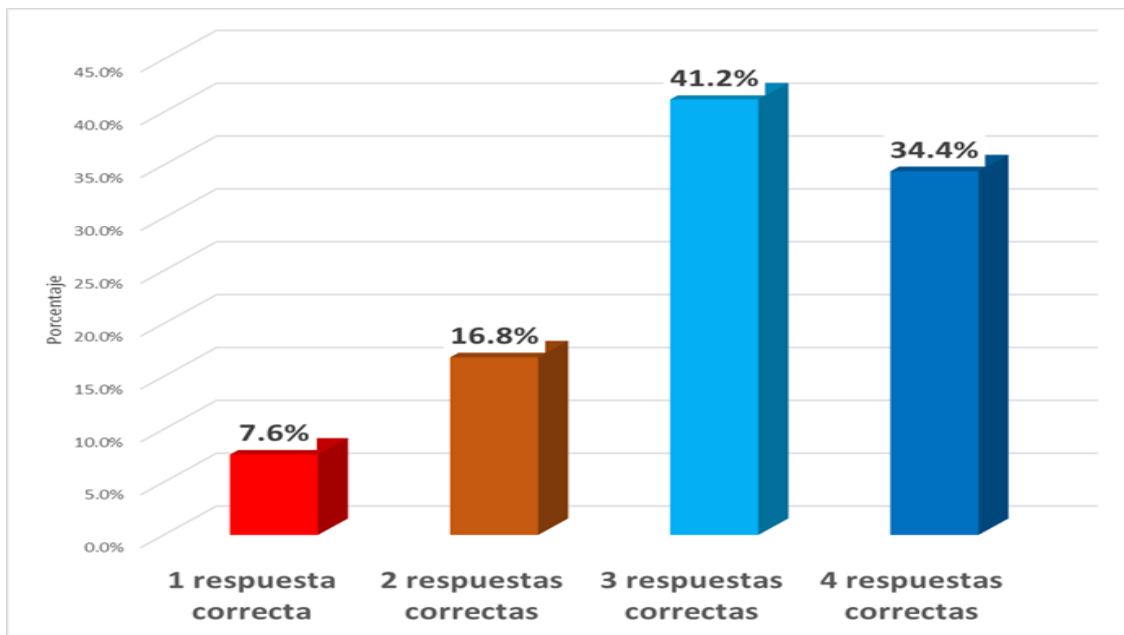
relación entre ambas variables, por ello, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la alterna.

Es decir, existe relación entre el estado mental y capacidad funcional en los adultos mayores del centro de salud I-3 de Coata, 2021.

## ANEXO 04:

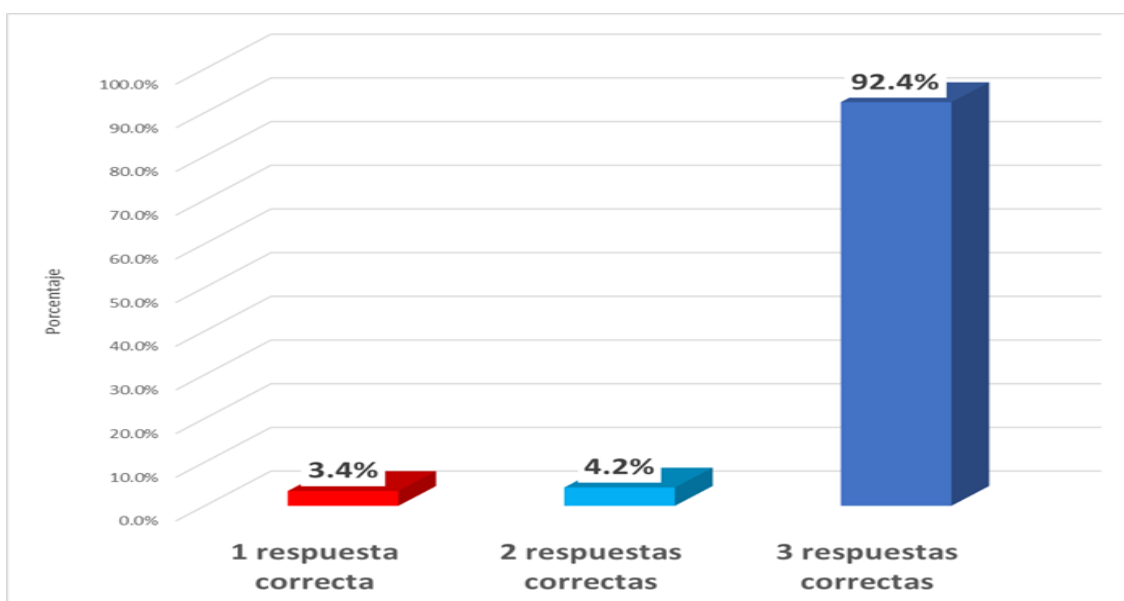
### GRÁFICOS

**Gráfico 1:** Estado mental en la dimensión de orientación, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



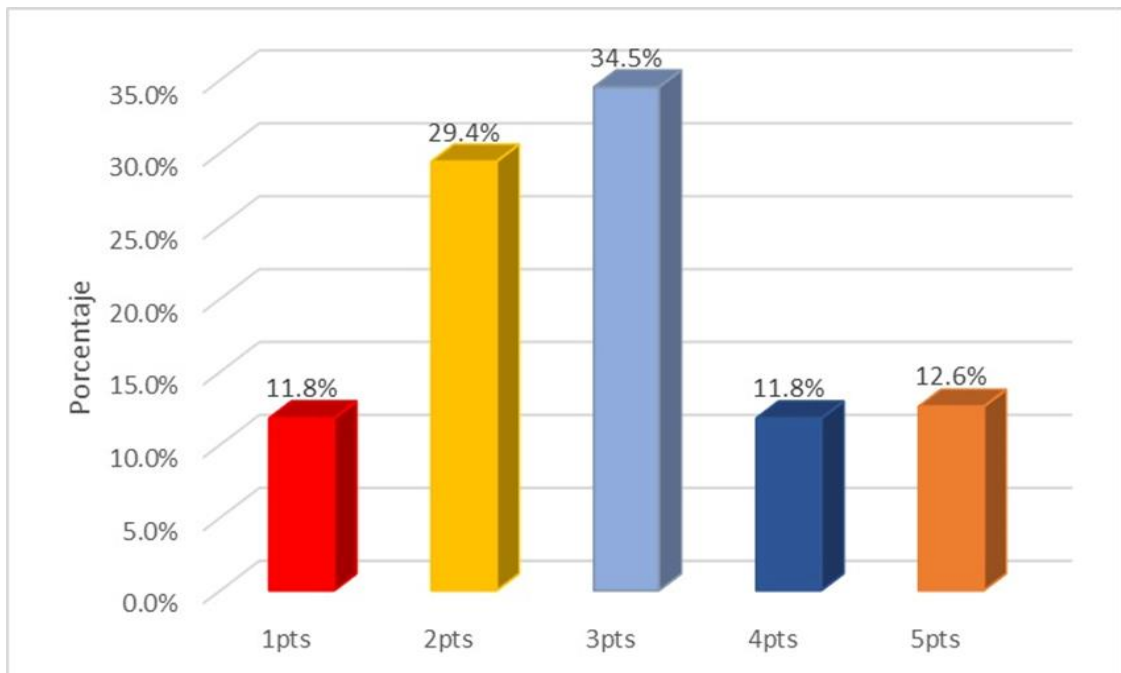
*Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas.*

**Gráfico 2:** Estado mental en su dimensión de memoria inmediata, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



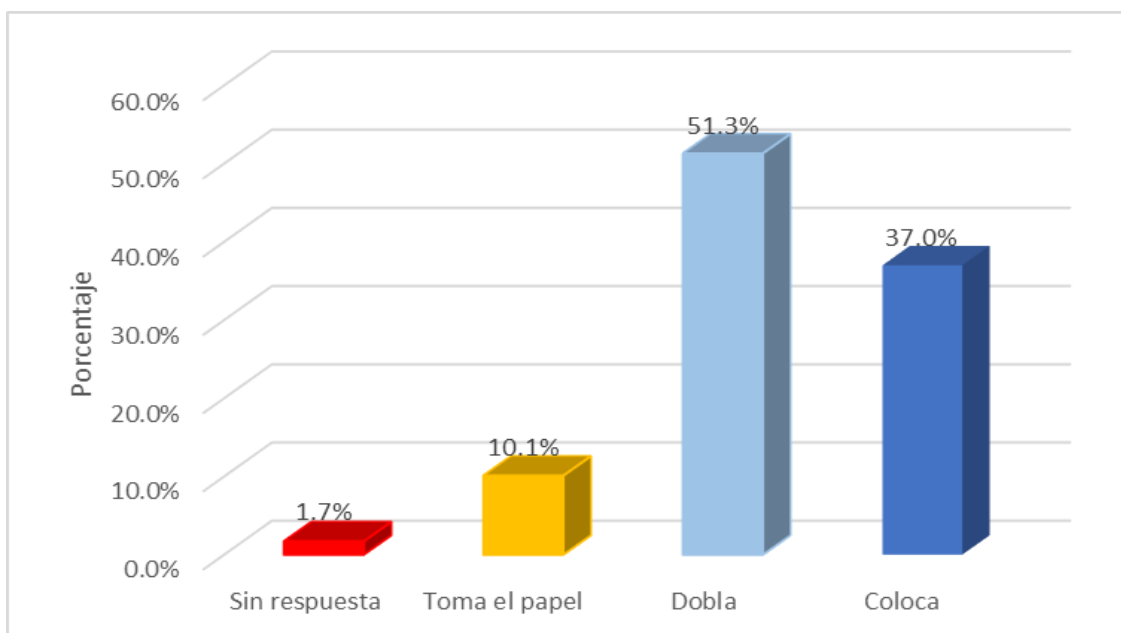
*Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas.*

**Gráfico 3:** Estado mental en su dimensión de cálculo, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



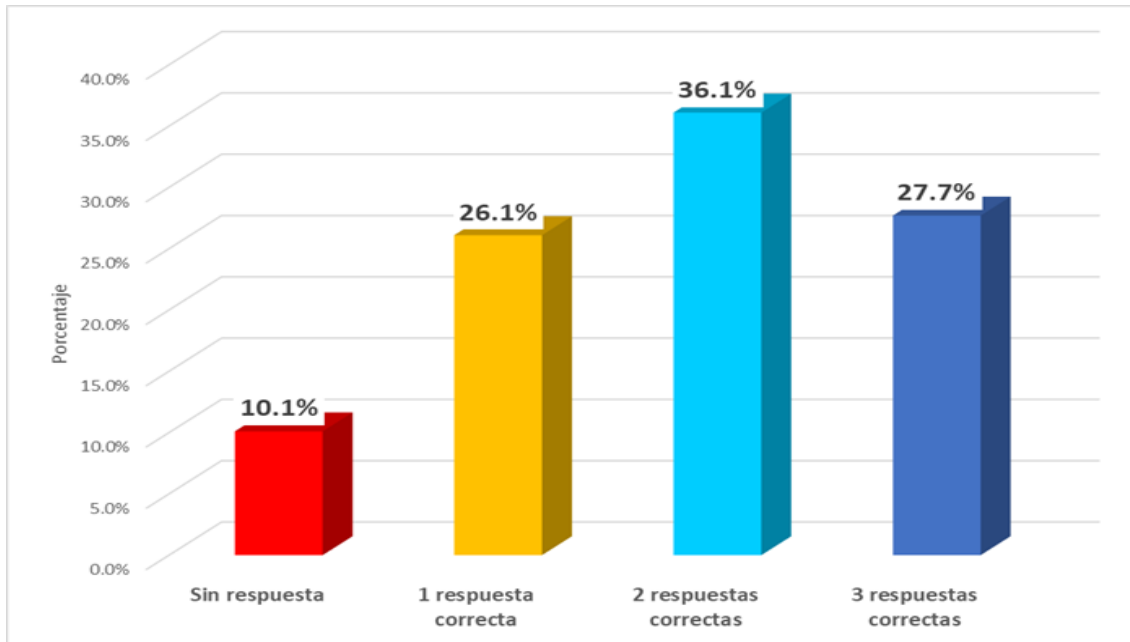
*Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas.*

**Gráfico 4:** Estado mental en su dimensión de atención, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



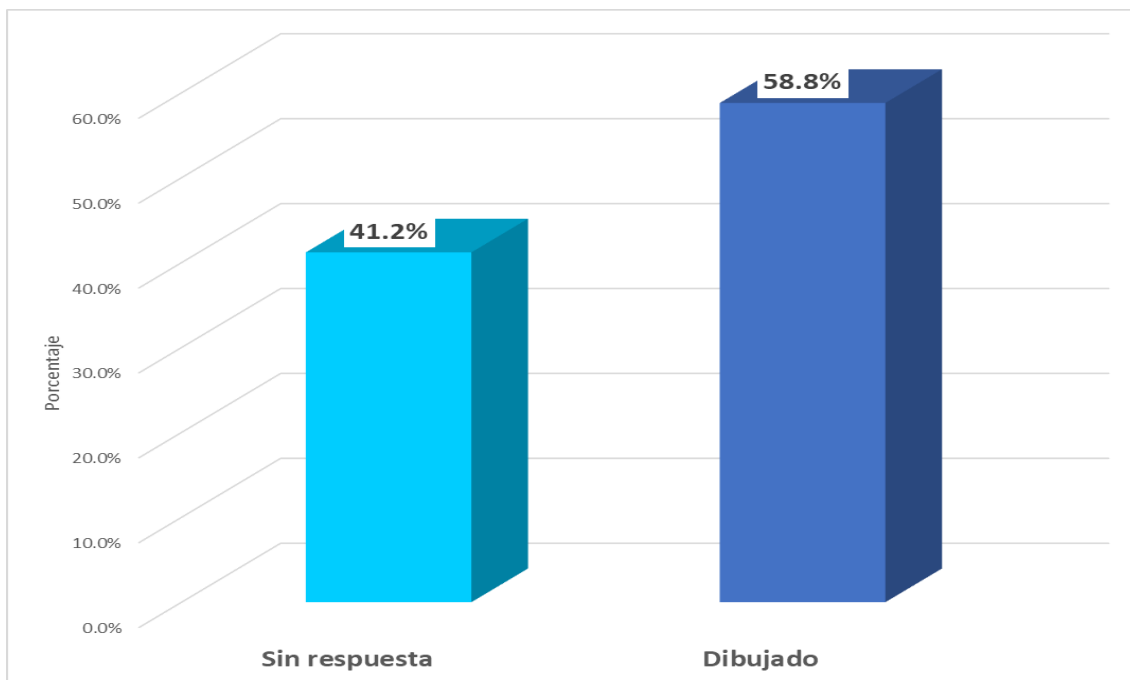
*Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas.*

**Gráfico 5:** Estado mental en su dimensión de memoria mediata, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



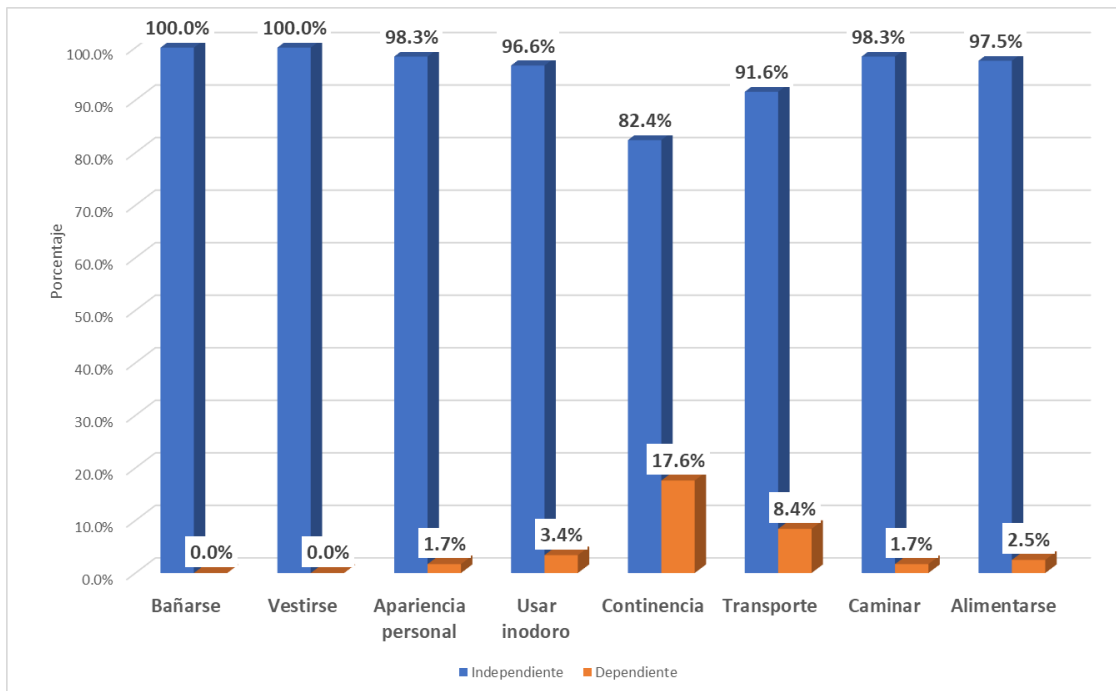
*Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas.*

**Gráfico 6:** Estado mental en su dimensión de praxis constructiva, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



*Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas.*

**Gráfico 7:** Capacidad funcional, de los adultos mayores del Centro de Salud I-3 de Coata, 2021.



*Fuente: Elaboración propia en base a las encuestas.*



## ANEXO 05:

### SOLICITUD DIRIGIDA A LA DIRECCION DE LA RED DE SALUD PUNO

AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERÚ: 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA

**SOLICITO: Autorización para realizar  
trabajo de investigación**

MC Darwin García Ramos  
DIRECTOR DE LA RED DE SALUD PUNO

Yo, KARINA MADELEY MAMANI MOLLEAPAZA, identificado con DNI N°70400944 con domicilio Jr. San Salvador S/N Urbanización Villa San Jacinto del Departamento de Puno, Provincia San Román, Distrito Juliaca. Ante usted. Respetuosamente me presento y expongo:

Que habiendo culminado la carrera profesional de **ENFERMERIA** en la Universidad Nacional del Altiplano, solicito a Ud. Permiso para realizar trabajo de investigación en su institución sobre **“ESTADO MENTAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD I-3 COATA, 2021”** para optar el grado del título profesional de enfermería.

POR LO EXPUESTO

Ruego a usted acceder a mi solicitud.

Juliaca, 23 de Julio del 2021

.....  
KARINA MADELEY MAMANI MOLLEAPAZA  
DNI N° 70400944





## ANEXO 06:

### OFICIO EMITIDO POR LA DIRECCION DE LA RED DE SALUD PUNO



“AÑO DEL BICENTENARIO DEL PERU 200 AÑOS DE INDEPENDENCIA”

Puno, 23 de agosto de 2021

OFICIO N° 1597 -2021-D.-RED-DE-SALUD-PUNO J.U.RR.HH/ACAP.

Señora:  
Med. Giovanni Abilio DUEÑAS MELO  
JEFE DE LA MICRO RED “JOSE ANTONIO ENCINAS”

PRESENTE.-

ASUNTO : Presentación de Tesista

REFERENCIA : Solicitud de Interesada- Hoja de Ruta N° 5857

Tengo a bien dirigirme a usted para presentar a la Estudiante de Enfermería : KARINA MADELEY MAMANI MOLLEPAZA , quien solicita recabar datos para la ejecución de su Proyecto de Tesis titulado:

“ESTADO MENTAL Y CAPACIDAD FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD 1-3 COATA, 2021”.

Para ello deberá brindarle las facilidades. Teniendo en cuenta si se presentará algún inconveniente en la salud de la tesista o de los pacientes a quienes se sometan en este estudio de investigación será RESPONSABILIDAD EXCLUSIVA de la tesista, para lo cual deberá presentar una carta de compromiso al EE.SS.

Sin otro particular aprovecho la oportunidad para expresarle las consideraciones más distinguidas

Atentamente,



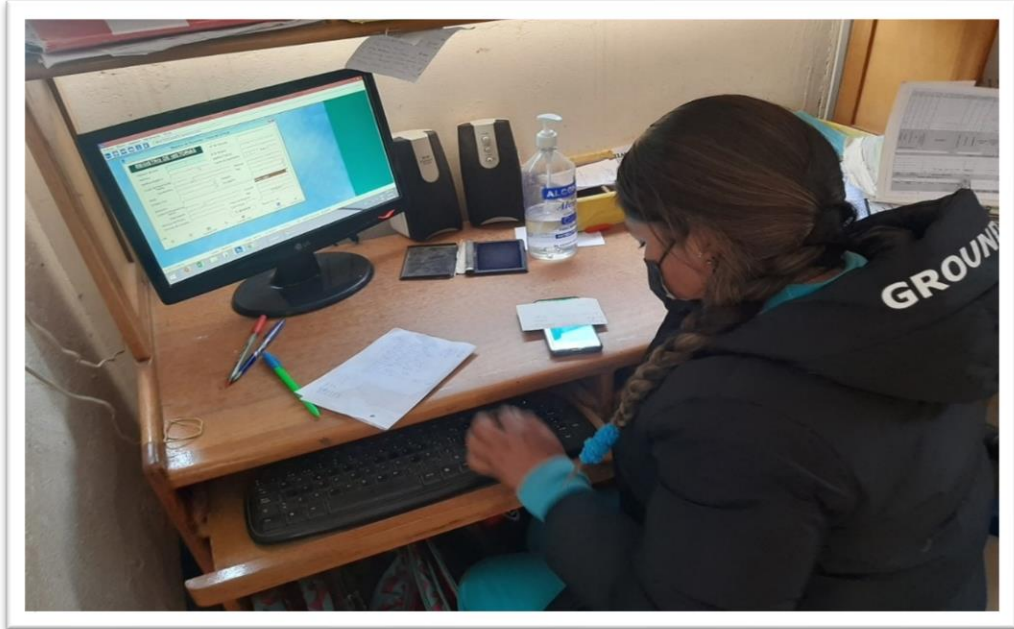
M.C. LUIS DARWIN GARCIA RAMOS  
DIRECTOR EJECUTIVO  
RED DE SALUD PUNO  
CMP. 44100



Interesada (o) ( )  
Arch. ( )

## ANEXO 07:

### PANEL FOTOGRAFICO



*Revisión de la información de los adultos mayores en el sistema del Centro de Salud*

*I – 3 Coata*



*Llegando a la primera comunidad del Distrito de Coata*



*Informando a los adultos mayores sobre el objetivo de la investigación*



*Solicitándoles su consentimiento informado antes de iniciar con la aplicación de los instrumentos.*



*Adulto mayor firmando su consentimiento informado*



*Adulto mayor realizando una de las actividades del instrumento para el estado mental*



