



**UNIVERSIDAD CÉSAR VALLEJO**

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

Capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos  
mayores que acuden al consultorio de geriatría del hospital Sergio E.  
Bernales Comas año 2019

TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

Médico Cirujano

**AUTOR:**

Fernandez Ayamamani, Willy Antonio (ORCID: 0000-0002-2301-3061)

**ASESOR:**

Dr. Bazan Palomino Edgar Ricardo (ORCID: 0000-0002-7973-2014)

**LÍNEA DE INVESTIGACIÓN**

Enfermedades no transmisibles

PIURA – PERÚ

2021

### **Dedicatoria**

Dios por haberme iluminado y guiado en el trayecto diario y protegerme en mi camino profesional.

A mi familia en forma especial a mis padres, hermanos por el apoyo incondicional en todos los momentos difíciles y brindarme su comprensión y confianza para cumplir cada uno de mis objetivos.

## **Agradecimiento**

Doy gracias infinitas a Dios por haberme ayudado a mantener la fe en todo momento y para seguir adelante en el largo camino que conlleva la carrera de Medicina.

Agradecimiento eterno a mis padres, sin ellos no lo hubiese logrado.

## Índice de contenidos

<b>Dedicatoria</b> .....	<b>ii</b>
<b>Agradecimiento</b> .....	<b>iii</b>
<b>RESUMEN</b> .....	<b>vi</b>
<b>ABSTRACT</b> .....	<b>vii</b>
<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>8</b>
<b>II. MARCO TEÓRICO</b> .....	<b>10</b>
<b>III. METODOLOGÍA</b> .....	<b>18</b>
3.1 Tipo y diseño de investigación .....	18
<b>3.2 Variables y Operacionalización (anexo 1)</b> .....	19
<b>3.2.1 Definición conceptual</b> .....	19
<b>3.2.2 Definición operacional</b> .....	19
3.3 Población, muestra y muestreo .....	19
3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos.....	20
3.5 Procedimiento .....	21
<b>3.6 Método de análisis de datos</b> .....	21
<b>3.7 Aspectos éticos.</b> .....	21
<b>V. DISCUSIÓN</b> .....	<b>26</b>
<b>VI. CONCLUSIONES</b> .....	<b>28</b>
<b>VII. RECOMENDACIONES</b> .....	<b>29</b>
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> .....	<b>30</b>
<b>ANEXOS</b> .....	<b>34</b>
Anexo 1: Operacionalización de las variables.....	34
Anexo 2: Ficha de recolección de datos.....	35
Anexo 3: Ficha de validación de instrumento por especialistas .....	35

## Índice de Tablas

<b>Tabla N° 1: Deterioro Cognitivo.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla N° 2: Capacidad funcional.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla N° 3: Genero.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla N° 4: Edad.....</b>	<b>23</b>
<b>Tabla N° 5: Correlación entre deterioro cognitivo y capacidad funcional....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla N° 6: Correlación entre DCL Y CF independiente.....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla N° 7: Correlación entre DCL Y CF dependiente.....</b>	<b>24</b>
<b>Tabla N° 8: Correlación entre DCS Y CF independiente.....</b>	<b>25</b>
<b>Tabla N° 9: Correlación entre DCS Y CF dependiente.....</b>	<b>25</b>

## RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue analizar la capacidad funcional y deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría del Hospital Sergio Bernales Comas año 2019. Esta investigación, es un estudio cuantitativo, transversal no experimental, correlacional, con diversa información de integración. La muestra estuvo constituida por 51 pacientes adultos mayores acudieron al consultorio de geriatría del hospital Sergio Bernales en el año 2019, que cumplieron con criterios de selección. Resultados, se observa que el 25% de pacientes adultos mayores entrevistados mediante el Test de Pfeiffer padecen de deterioro cognitivo leve, y el 20% de pacientes adultos mayores encuestados presentaron un deterioro cognitivo severo. Así mismo se observa que el 59% de pacientes adultos mayores entrevistados mediante el Índice de Katz son pacientes dependientes a la capacidad funcional, y el 41% de pacientes presentaron una capacidad funcional independiente. Se concluye en que no existe una relación significativa entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.

**Palabras clave:** capacidad funcional, deterioro cognitivo.

## **ABSTRACT**

The objective of this study was to analyze the functional capacity and cognitive impairment in elderly patients who attend the geriatric office of the Sergio Bernales Comas Hospital in 2019. This research is a quantitative, cross-sectional, non-experimental, correlational study, with diverse integration information. The sample consisted of 51 elderly patients who attended the Sergio Bernales hospital geriatrics office in 2019, who met the selection criteria. Results, it is observed that 25% of elderly patients interviewed using the Pfeiffer Test suffer from mild cognitive impairment, and 20% of surveyed elderly patients presented severe cognitive impairment. Likewise, it is observed that 59% of older adult patients interviewed by means of the Katz Index are patients dependent on functional capacity, and 41% of patients presented an independent functional capacity. It is concluded that there is no significant relationship between functional capacity and cognitive impairment in older adult patients.

Keywords: functional capacity, cognitive impairment.

## I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es una característica única del cambio climático, pero la población mayor de 65 años es más rápida que otras. Esto se debe al hecho de que las tasas de fecundidad y mortalidad se han reducido drásticamente. Al mismo tiempo que aumenta la tasa de natalidad de la población, se produce un envejecimiento de la población. (1) Para el 2050, una de cada seis personas en el mundo habrá aumentado en 65 (16%), y el número actual de una persona superará las 11 (9%), según los datos presentados en el informe Población mundial 2019. Lo haré. Se espera que la población mayor de 80 años se triplique de 143 millones a 426 millones. (2)

En América Latina y el Caribe, este hecho no es infrecuente. Para el 2037, se estima que el número de personas mayores superará el número de niños menores de 15 años. En resumen, el número de personas mayores de 60, que actualmente es de 76 millones, aumentará sin razón aparente. . Esa cifra llegará a 147 millones en 2037 y 264 millones en 2075. Pero tenga en cuenta que, a medida que la población envejece, el empleo es más fácil en la primera mitad del país, con cambios importantes que se producirán en 2030. (3)

En Perú, como en otras partes del mundo, enfrentamos una realidad similar. En la década de 1950, la mayoría eran niños, con 42 de cada 100 personas menores de 15 años y ahora 25 de cada 100 personas menores de 15 años. Durante este proceso de envejecimiento, la proporción de adultos, que superó el 5,7% en 1950, aumentó a 12,7 % hoy. (4)

Dados estos hechos, es necesario implementar cambios sociales, económicos y políticos, y la mayoría de estos cambios se aplican al sistema de salud. Se da un gran respeto a la prevención de enfermedades crónicas en los ancianos y al mantenimiento de los objetivos de los ancianos sanos. Esta definición incluye la capacidad de vivir hasta cierta edad, ser independiente de las actividades de la vida diaria, disfrutar de la vida y participar en actividades sociales. Sin padecer una enfermedad crónica, tienes trabajo, habilidades psíquicas o simplemente debilidades. (5)

La capacidad de trabajo se define como la capacidad para realizar tareas y herramientas básicas de la vida diaria. Al avanzar en la rutina de la vida cotidiana, uno obtiene límites para realizar las actividades de la vida cotidiana, eventualmente conduce a la decadencia y ya no puede realizar las actividades de la vida diaria, se vuelve dependiente. (6)

La prevalencia de la demencia está asociada a muchos factores, desde la situación actual hasta la aparición de diversas formas de demencia, con la crisis financiera global aumentando un 35% desde 2010 y los países en desarrollo. Se estima que el aumento se centra en el 86% de las total. (7)

Con estos hechos en mente, necesitamos desarrollar los planes de trabajo necesarios para el bienestar y en las áreas de salud, sociedad y economía. Esto mejorará su calidad de vida. Así, la calidad de vida de las personas mayores está relacionada con su capacidad para trabajar y el entorno en el que pueden cuidarse y continuar su vida familiar y social. (8)

## II. MARCO TEÓRICO

Capacidad funcional es la capacidad de realizar con humildad las actividades diarias manteniendo un entorno familiar. El desempleo en los ancianos se ve agravado por muchos factores y se asocia con un mayor riesgo de recaídas y caídas. El bajo rendimiento coloca a los ancianos en un estado de debilidad y adicción, lo que a su vez conduce a una mala salud y calidad de vida. (19)

Esto justifica la necesidad de evaluar el desempeño de este grupo de edad. Esta evaluación puede detectar daños potenciales y medir el nivel de dependencia. También simplifica el diseño de estrategias de prevención, combate la aparición de lesiones físicas que ocurren en la vejez y contribuye a aumentar la velocidad de intrusión. (19)

La literatura investiga las causas de la disfunción. Sin embargo, pocos estudios han comentado sobre la relación entre el desempleo y factores multifacéticos. Es difícil determinar los factores más específicos, porque los investigadores generalmente se enfocan en condiciones específicas para determinar la disfunción en los ancianos. Los estudios que abordan las capacidades funcionales de las personas mayores y sus determinantes son especialmente relevantes porque pueden facilitar la implementación de medidas e intervenciones preventivas. (19)

La evaluación de esta capacidad funcional o valoración de la función física se va a dividir en 3 grupos: Conceptos básicos de la vida diaria: este es un grupo importante de actividades humanas. Aquí hay seis características esenciales para el autocuidado y la movilidad. Esto le da el poder de ser autosuficiente, como cambiarse de ropa, bañarse, moverse y usar el baño. , Alimenta para convertirte en un continente. Este grupo tiene el índice de Barthel, realizado por Mahoney y Barthel en 1965. Se encarga de evaluar las distintas tareas o actividades que es necesario realizar como autocuidado y determinar el nivel de autoeficacia. (20)

Amenidades diarias: Vivir solo, preparar comidas, usar los servicios telefónicos, hacer compras, organizar el dinero, lavar y 8 actividades que garantizan el desempeño de las tareas en diferentes regiones -varias, acceso al transporte público, tratamiento Participación. Estos grupos de tareas son tareas más

complejas que las tareas comunes. Este grupo es evaluado por el índice de Lawton y Brody. La tarea de este índice es determinar el estado independiente. (21)

Actividades de desarrollo de la vida diaria: esta actividad está asociada con una comprensión positiva de los valores positivos de la vida, pero no hay una guía para la vida independiente. Esto incluye actividades relacionadas con actividades sociales como la comunidad, la sociedad, el trabajo, las actividades físicas, religiosas y de ocio. Es por eso que una leve disminución de la actividad puede ser un síntoma importante de futuras disminuciones del empleo para las personas mayores. (22)

Deterioro cognitivo La enfermedad mental es una enfermedad mental que no cumple con los criterios de enfermedad mental. Se presentan muchas expresiones y subtipos de ICM. Es por eso que MCI debe tener límites medibles para comprender al menos un área, no puede detectar enfermedades mentales y las personas deben experimentar dificultades en su vida diaria. (23)

La DCL tiene muchas manifestaciones clínicas y biológicas diferentes, pero la agudeza visual y el pronóstico dependen del inicio de la recurrencia. El uso de imágenes de diagnóstico permite detectar ciertas neuropatías del desarrollo desde el principio. Actualmente se están desarrollando datos para medir factores estadísticamente significativos que con frecuencia influyen en la enfermedad, como la pérdida de memoria y la enfermedad de Alzheimer. (23)

MCI fue consistente entre los cambios cognitivos relacionados con la edad y los efectos de la demencia. Se necesitan consideraciones importantes para distinguir entre discapacidades que son normales en los ancianos y que no representan la demencia en extremo. Lo que causa la discapacidad en la vida cotidiana siempre está en contexto. Hombres, pacientes con mejores planes económicos o familias que se preocupan mejor. Tienen menos problemas laborales debido a las condiciones económicas. Los psiquiatras son muy conscientes de que los cambios en las condiciones de vida tienen un impacto significativo a la hora de explicar la importancia del envejecimiento. Las quejas sobre innovaciones y actividades de la vida diaria también se utilizan como medio para determinar las causas de la enfermedad. (23)

Un estudio de la Clínica Mayo sobre el envejecimiento resultó en una gravedad de la demencia de aproximadamente el 15%. Esta es una proporción de 2: 1 de la población sin demencia, pero los estudios muestran que estos valores dependen de la edad de las personas mayores de 65 años, con una prevalencia del 3 al 22%. Verá, esto es del 8 al 15% de ese número que ocurre cada año. La prevalencia es alta en la población y generalmente en cada grupo aumenta de 60 a 4 años. (24)

Deterioro cognitivo se le puede clasificar de acuerdo a muchas formas, pero tenemos 3 tipos importantes de DCL: DCL debido a la enfermedad de Alzheimer, DCV (deterioro cognitivo vascular) y DCL debido a la enfermedad de Parkinson.

El pilar fundamental en la clasificación de DCL se va a dar en base a la enfermedad de Alzheimer, donde se divide en 4 categorías según los dominios del déficit.

DCL amnésico

DCL dominio único no amnésico

DCL múltiples dominios amnésicos

DCL múltiples dominios no amnésicos

El DCL amnésico es más común que el DCL no amnésico en una proporción de 2: 1. La falta de DCL amnésicos puede ser reversible debido al envejecimiento crónico o debido a un grado de enfermedad no diagnosticado. Lesión en la frente, demencias con cuerpos de Lewy, enfermedad de Parkinson con demencia, aparición de afasia arterial primaria, etc. (25)

El retraso mental es una condición en la que una persona presenta una comprensión débil con una leve interrupción en las actividades diarias. La DCL puede ser la primera manifestación de la enfermedad de Alzheimer, pero también puede ser secundaria a otras condiciones patológicas (es decir, ciertos trastornos, trastornos neurológicos, sistémicos o psiquiátricos).

El término DCL (DCL) se refiere a una enfermedad en la que existe una alta incidencia de demencia. Otros trastornos del comportamiento (por ejemplo, lenguaje, agudeza visual, ejecutivo) son más comunes en DCL sin fundamento. (26)

En el caso del Deterioro Cognitivo Severo, los ancianos experimentaron importantes problemas de memoria, comunicación, movimiento y comportamiento. Es posible que no pueda identificar a sus parientes anteriores, amigos cercanos o lugares de reunión. A medida que la enfermedad progresa hasta este punto, las personas mayores se vuelven más dependientes, incluso mientras cumplen con las necesidades diarias como limpiar, alimentar y regresar a la misma habitación.

Cuando la enfermedad alcanza este nivel, el paciente no tiene nada que ver con el autocuidado. Porque necesita ayuda con las necesidades diarias como bañarse, alimentarse y regresar a la habitación. Además, es muy importante enfatizar y recordar que estos pacientes son más susceptibles a infecciones entre las enfermedades pulmonares más comunes. Se recomiendan cuidadores profesionales o apoyo para apoyar las operaciones diarias y otras necesidades. (27)

Figuroa D. Factores de riesgo asociados al deterioro cognitivo leve en adultos mayores de los Centros del Patronato de Amparo Social del Cantón Loja. Ecuador, 2019. Llevó a cabo una tesis de grado, de tipo transversal, descriptiva y cuantitativa con el fin de determinar los factores de riesgo relacionados a la demencia incipiente leve en adultos mayores. Se trabajó con 20 personas de los dos sexos cuyas edades oscilaban entre los 65 y 85 años. Con respecto a la recopilación de datos, utilizó encuestas: NEUROPSI, sociodemográfico, test de depresión, de ansiedad de Beck. Se aplicó asociación lineal a través de la correlación de Pearson y se obtuvo que existe una notable prevalencia (62.5%) de deterioro cognitivo en adultos mayores. El sexo predominante fue el masculino (75%), el 50% correspondía a edades entre los 80-85 años, el 40% de la muestra solo tenía primaria e incompleta. Por lo tanto, se concluye que no hay relación entre la edad y la demencia incipiente, pero sí existe una asociación significativa entre el declive de la función cognitiva y el grado de instrucción primaria pero incompleta. Y la depresión tiene relación con el desarrollo de deterioro cognitivo. (15)

De Souza D, Takse L, Rodrigues A, Penha M. Functional capacity assessment of long-lived older adults from Amazonas. Brasil, 2019. Llevaron a cabo un artículo de investigación de tipo transversal, observacional y analítico con el fin de estimar la capacidad funcional en sujetos longevos de Amazonas atendidos en un establecimiento de salud. Se trabajó con un total de 187 adultos mayores y de ellos se obtuvo la muestra de 116. Con respecto a la recopilación de datos, se utilizó el test MMSE y el FIM. Se aplicó X<sup>2</sup> y se obtuvo como resultado que los sujetos mayores de 65 años tenían una independencia para realizar su propio cuidado, controlar sus esfínteres, movilidad y locomoción. Los pacientes del sexo masculino tuvieron independencia total a diferencia de los pacientes del sexo femenino. Con respecto a la edad: tuvieron independencia modificada los grupos etarios comprendidos entre 80-99 años (75%). Y los que tuvieron un mal desempeño cognitivo fueron las personas con menos grado de estudios e incluso analfabetismo (72,2%). Por lo tanto, se concluye que, pese a la edad, los de mayor edad todavía tenían capacidad funcional para realizar sus actividades diarias, necesitando supervisión solo para actividades que requieren un mayor gasto de energía. (16)

JinShil K, Eunok P, Minjeong A. The Cognitive Impact of Chronic Diseases on Functional Capacity in Community-Dwelling Adults. Corea. 2019. Realizaron un artículo original de tipo transversal y observacional con la finalidad de evaluar la función cognitiva en relación a la memoria, la función ejecutiva, la vigilancia y la relación con la capacidad funcional en adultos mayores de la comunidad antes mencionada. Se trabajó con un total de 347 adultos mayores y de ellos se calculó la muestra con la que se trabajó, de 123 personas. Con respecto a la recopilación de datos, se utilizó la prueba de confort físico y test neuropsicológicos. Se aplicaron pruebas estadísticas y los resultados obtenidos fueron que la edad promedio de sujetos con limitación funcional fue de 64 +- 11 años. Que había una mayor prevalencia (48.9%) en el sexo masculino. Y que los factores predictores de la demencia incipiente fueron: pérdida de la memoria y el déficit en función ejecutiva. Por lo tanto, se concluye que, los factores predictores fueron muy deficientes en los

adultos mayores con comorbilidades, y que el declive de la función cognitiva fue peor en sujetos con pérdida de la memoria y un déficit de función ejecutiva. (17)

Valle R, Icassatti D, Almeida C, Vital T et al. Cognitive, functional and physical activity impairment in elderly with Alzheimer's disease. Brasil. 2018. Realizaron un artículo original de tipo transversal, observacional y analítico con el fin de diferenciar la cognición, la actividad funcional de los adultos mayores con Alzheimer de tipo leve y el nivel de actividad física, de los que no tienen ese trastorno degenerativo. Se trabajó con un total de 24 adultos mayores con el diagnóstico de Alzheimer y 30 personas mayores de 60 años sin ese trastorno mental. Con respecto a la recopilación de datos, se utilizó MMSE, el test de dibujo de reloj, la batería de evaluación frontal y el test de asociación verbal en parejas. Se aplicaron pruebas estadísticas y los resultados obtenidos fueron que las funciones cognitivas en los adultos mayores con Alzheimer leve tuvieron un ligero deterioro con respecto a los que no tenían Alzheimer. En cuanto a la actividad física, los dos grupos de la muestra tuvieron niveles muy bajos de actividad física. No se demostró diferencia importante entre los 2 grupos con respecto a la flexibilidad, y en la marcha los pacientes con Alzheimer tuvieron un deterioro cognitivo mayor que los que no tenían dicho diagnóstico. Por tanto, se puede concluir que los adultos mayores con enfermedad de Alzheimer afectan la función cognitiva y funcional en las primeras etapas de la enfermedad. (18)

Chuquipul P, Izaguirre C. Deterioro cognitivo y calidad de vida del adulto mayor de la Asociación Organización Social del Adulto Mayor, Villa Los Reyes, Ventanilla 2018. Lima, 2018. Llevaron a cabo una tesis de grado, de tipo cuantitativo, correlacional y transversal con el fin de establecer la asociación entre el declive de las funciones cognitivas y la calidad de vida, en la muestra de dicha tesis. Se trabajó con un total de 120 personas y de ellos se escogieron 50 sujetos por muestreo no probabilístico por conveniencia para la muestra. Con respecto a la recopilación de datos, utilizaron encuestas: MMSE y SF36. Se obtuvo como resultados que el 70% de la muestra presentó declive de las funciones cognitivas de tipo moderado, el 84% y 58% estuvo orientado en tiempo y espacio, respectivamente. 88% de los adultos mayores presentaron una buena calidad de vida, enfocados en las

funciones del cuerpo. La prueba de Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) arrojó un valor de 0,337, interpretando que no existe asociación significativa entre ambos. Por lo tanto, se concluye que no existe asociación entre el declive de las funciones cognitivas y la calidad de vida. (11)

Jara D. Relación entre dependencia funcional y deterioro cognitivo en adultos mayores del Centro Médico Naval “Cirujano Mayor-Santiago Távara” 2018. Lima, 2018. Efectuaron una tesis de grado, de tipo retrospectivo, transversal y analítica con el fin de establecer la asociación entre el declive de las funciones cognitivas y la dependencia funcional, en la muestra de dicha tesis. Se trabajó con un total de 500 personas mayores de 60 años que pasaron consulta en la clínica antes mencionada, y del total se seleccionaron 218 sujetos para formar parte de la muestra, esta selección fue por muestreo probabilístico. Con respecto a la recopilación de datos, utilizaron una ficha diseñada por las investigadoras, el MMSE, escala de Gijón y de Barthel. Se obtuvo como resultados que menos del 50% de adultos mayores del sexo masculino presentó un declive de la función cognitiva de tipo no deteriorada, 46% de la muestra presentó sumisión funcional de tipo leve y el 47% tuvo una posición social de riesgo. Se aplicó  $\chi^2$ , Fisher y T de student, y arrojaron que los sujetos que presentaron supeditación funcional de tipo leve tenían 0,32 veces la verosimilitud de deterioro cognitivo. En consiguiente, se concluye que existe relación entre el declive de las funciones cognitivas y la dependencia funcional de tipo leve. (12)

Chávez J, Camarena E. Nivel de deterioro cognitivo en adultos mayores que asisten al CAP III Luis Negreiros Vega-Callao. Perú, 2018. Realizaron una tesis de grado, de tipo descriptiva, transversal y no experimental con la finalidad de brindar el conocimiento sobre el nivel de la demencia incipiente en sujetos mayores de 65 años. Se trabajó con un total de 70 sujetos cuyas edades superaban los 65 años y que pasaron consulta en el policlínico antes mencionado, y del total se escogieron 50 personas para formar la muestra, esta selección estuvo basada en los criterios de inclusión y exclusión. Con respecto a la recopilación de datos, utilizaron un test psicométrico rápido y el MMSE. Se obtuvo como resultados que 8% de la muestra

presentó una demencia incipiente leve, el 40% demencia incipiente de tipo moderada y el 2% grave. En cuanto a la orientación: el 60% estuvo ubicado en tiempo y presentaba un deterioro normal. El 56% estuvo ubicado en espacio y presentaba un deterioro normal, el 6% presentó un declive de las funciones cognitivas de tipo moderado y el 2% de tipo severo. En relación a la memoria a largo plazo: 36% presentó una demencia incipiente normal, el 8% de tipo leve, el 54% de tipo moderado y el 2% de tipo grave. En consiguiente, se concluye que el mayor porcentaje de deterioro de las funciones cognitivas correspondía al tipo moderado, seguido del tipo leve y por último el tipo severo. Las personas orientadas en el espacio con una función cognitiva normal fueron más del 50%, seguidas de un deterioro moderado, leve y severo. A cerca de la memoria a largo plazo, el 36% presentó una demencia incipiente normal, el 54% moderado, el 8% leve y el 2% severo. (13}}

Luna Y, Vargas H. Las expectativas están asociadas con el retraso mental en los ancianos de Lima metropolitana y Karao. Realizaron un artículo original de tipo analítico y transversal con el fin de reconocer los factores asociados al declive de las funciones cognoscitivas y funcionales probables del trastorno mental en adultos mayores. Se trabajó con un total de 1290 sujetos cuyas edades eran superior o igual a los 60 años y la muestra fue equilibrada respetando los criterios de inclusión y exclusión. El muestreo que se utilizó fue 'no probabilístico', sistemático y triepático. Con respecto a la recopilación de datos, utilizaron el MMSE y el Pfeffer. Se obtuvo como resultados que el 17% y el 14.7% presentaron una demencia incipiente, a quienes se les aplicó el MMSE y Pfeffer respectivamente. El 6.7% resultó con deterioro cognitivo y funcional probable de demencia. En cuanto a los factores relacionados al declive de las funciones cognitivas y funcionales probables de demencia fueron: adultos > 75 años, no tener actividad laboral, antecedentes de depresión y nivel de educación primaria. Por lo tanto, se concluye que al demostrarse la posibilidad de que existen factores asociados al trastorno mental como la demencia, se deben estructurar programas basados en promoción y prevención con el fin de mejorar el estilo de vida, la situación educativa y facilitar áreas laborales para personas mayores de 60 años. (14)

Farfán R. La relación entre la educación clínica del anciano y la dependencia real se vio en la clínica médica del hospital Essalud Josekai Etano Heredia III-Piura, enero y febrero de 2018. Piura. 2018. En 2018 se realizó una encuesta que tiene como objetivo evaluar la relación entre lesión y dependencia en las personas mayores. Como resultado, los pacientes se clasificaron como 20% débiles, 45% débiles y 35% débiles. Además, el 50% de los pacientes dependen de las actividades diarias, el 47% se distribuyen fácilmente, el 2% son moderados y el 1% se distribuyen severamente. Los resultados del estudio concluyeron que existía una correlación positiva entre las dos variables. (9)

El trabajo, pensamiento, análisis emocional y social del Club de la Tercera Edad del Aguila A. LTCF. Piura. 2019. I-4 La encuesta se realizó con el objetivo de evaluar las actividades laborales, pensamientos, emociones y relaciones del grupo de adultos mayores de los establecimientos de salud de Santa Julia y Algarrobos Piura. Los resultados obtenidos en relación al retraso mental fueron que el 26,7% experimentó trauma, el 76,67% fueron mujeres, el 53,33% eran solteras y el 66,67% tenían estudios. El margen medio es del 5,35%, el 66,76% son mujeres y el 83,33% no tienen estudios. En cuanto a la dependencia, el 55,56% eran mujeres, el 77,78% estaban casadas y el 66,67% eran analfabetas.(10)

### **III. METODOLOGÍA**

#### **3.1 Tipo y diseño de investigación**

Esta investigación, será un estudio transversal no experimental correlacional con diversa información de integración. Describe los déficits dinámicos de energía y

comportamiento en los ancianos mayores de 60 años que acuden al consultorio de geriatría y establece una relación entre los ellos.

### **3.2 Variables y Operacionalización (anexo 1)**

#### **3.2.1 Definición conceptual**

Capacidad funcional es la capacidad de realizar con humildad las actividades diarias manteniendo un entorno familiar. El desempleo en los ancianos se ve agravado por muchos factores y se asocia con un mayor riesgo de recaídas y caídas. El bajo rendimiento coloca a los ancianos en un estado de debilidad y adicción, lo que a su vez conduce a una mala salud y calidad de vida. (19)

Deterioro cognitivo es la falta de actividad académica, cambia el pensamiento, la memoria, la comprensión, la comunicación, el liderazgo, las matemáticas, la comprensión y la resolución de problemas. (20)

#### **3.2.2 Definición operacional**

Para la definición Operacional de la variable capacidad funcional se utilizan las dimensiones dependiente e independiente así mismo como indicadores tenemos al Test de Katz.

En el caso de la variable Deterioro Cognitivo las dimensiones son Deterioro cognitivo leve y deterioro cognitivo severo e indicadores tenemos al test de Pfeiffer.

### **3.3 Población, muestra y muestreo**

El estudio involucró a 1.450 adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría en el Hospital Nacional Sergio Bernales durante el año 2019

Se tomaron muestras de un número estimado de ancianos atendidos en octubre en el hospital Sergio Bernales con una población de 51 pacientes.

### **Criterios de inclusión**

- Pacientes adultos mayores que acuden a consultorio de geriatría del Hospital Nacional Sergio Bernales.

### **Criterios de exclusión**

- Adultos mayores de 60 años.
- Adulto mayor con discapacidad física crónica.
- Adulto mayor que padezca deterioro cognitivo.

### **3.4 Técnica e instrumentos de recolección de datos**

El instrumento utilizado para la recolección de datos será la entrevista y el instrumento usado será el cuestionario índice de Katz que mide el nivel de capacidad en adultos mayores y test de Pfeiffer utilizado para detectar el deterioro cognitivo y vigilar su evolución en pacientes con alteraciones neurológicas, especialmente en ancianos.

### **3.5 Procedimiento**

El estudio fue presentado inicialmente en la escuela médica de la universidad del cual procedo, el cual fue aprobado por los revisores encargados. Posteriormente la investigación se presentó ante los miembros del comité investigativo de la Universidad César Vallejo, para que el estudio sea revisado, y evaluado para obtener la aprobación de titulación.

El desarrollo de la investigación requirió la solicitud de los permisos para la ejecución del estudio, por lo cual se obtuvo el permiso del centro de salud el Hospital Nacional Sergio E. Bernales en donde se realizó la recolección de datos obtenidos mediante ficha de recolección de datos.

Para la medición de las variable: asma bronquial se extrajo los resultados de las historias clínicas tales como: saturación, frecuencia respiratoria, sexo, antecedentes familiares y neumonía antecedentes personales, hospitalización, síntomas.

### **3.6 Método de análisis de datos**

La técnica que se utilizó en esta investigación es estadística descriptiva, así mismo, para el procesamiento de los datos se confeccionó un banco de datos en una plantilla de Microsoft Excel.

Posteriormente se incorporaron los datos al programa System Package for Social Sciences (SPSS) versión 20.0.

Así mismo se utilizará la estadística inferencial, es decir la prueba de normalidad y la prueba de hipótesis.

### **3.7 Aspectos éticos.**

Con respecto a la ejecución del estudio expuesto, tuvo como prioridad la confidencialidad del individuo, el respeto y la dignidad, para poder realizar dicho estudio se tuvo que recurrir a los derechos del Hospital Nacional Sergio E. Bernales

como el respeto, responsabilidad, eficacia, objetividad, sus propios principios éticos ya establecidos y principios éticos del Colegio Médico del Perú y del Ministerio de Salud del cual se respetó en cada momento del estudio.

Se cuenta con el permiso de la institución de salud: Hospital Sergio E. Bernales, habilitando los ambientes de las instalaciones que sean indispensables para la recolección de datos y como en toda investigación se promueve 3 aspectos fundamentales de ética: Autonomía, Beneficencia, No-maleficencia y justicia. Todos los trabajos pasaran por el comité de ética FMHYCS.

## V. RESULTADOS

Tabla Nro.1. Deterioro Cognitivo

	#Pacientes	Porcentaje (%)
Deterioro Cognitivo Leve	13	25%
Deterioro Cognitivo Moderado	28	55%
Deterioro Cognitivo Severo	10	20%
Total	51	100%

Fuente: Elaboración Propia.

Tabla Nro. 2 Capacidad funcional

	#Pacientes	Porcentaje (%)
Dependiente	30	59%
Independiente	21	41%
Total	51	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nro.3 Género

Sexo	#Pacientes	Porcentaje (%)
Varones	20	39%
Mujeres	31	61%
Total	51	100%

Fuente: Elaboración propia

Tabla Nro. 4 Edad

Edad	# Pacientes	Porcentaje (%)
60 - 70	25	49%
71 a más	26	51%
TOTAL	51	100%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla Nro. 5 Prueba de correlación de Rho de Spearman: Deterioro Cognitivo y Capacidad Funcional

Correlaciones				
			Det. Cog	Cap. Fun
Rho de Spearman	Det. Cog	Coefficiente de correlación	1.000	0.126
		Sig. (bilateral)		0.378
		N	51	51
	Cap. Fun	Coefficiente de correlación	0.126	1.000
		Sig. (bilateral)	0.378	
		N	51	51

Fuente: Elaboración Propia

Tabla Nro.6 Prueba de correlación de Rho de Spearman: Deterioro cognitivo leve y capacidad funcional independiente.

Correlaciones				
			D1V1	D1V2
Rho de Spearman	D1V1	Coefficiente de correlación	1.000	-0.557
		Sig. (bilateral)		,000
		N	51	51
	D1V2	Coefficiente de correlación	-0.557	1.000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	51	51

Fuente: Elaboración propia.

Tabla Nro. 7 Prueba de correlación de Rho de Spearman: Deterioro Cognitivo Leve y Capacidad funcional Dependiente

Correlaciones				
			D1V1	D2V2
Rho de Spearman	D1V1	Coefficiente de correlación	1.000	,557
		Sig. (bilateral)		,000
		N	51	51
	D2V2	Coefficiente de correlación	,557	1.000
		Sig. (bilateral)	,000	
		N	51	51

Fuente: Elaboración propia.

Tabla Nro. 8 Prueba de correlación de Rho de Spearman: Deterioro Cognitivo Severo y Capacidad funcional Independiente

Correlaciones				
			D1V2	D2V1
Rho de Spearman	D1V2	Coeficiente de correlación	1.000	,413
		Sig. (bilateral)		,003
		N	51	51
	D2V1	Coeficiente de correlación	,413	1.000
		Sig. (bilateral)	,003	
		N	51	51

Fuente: Elaboración propia.

Tabla Nro.9 Prueba de correlación de Rho de Spearman: Deterioro Cognitivo Severo y Capacidad funcional Dependiente

Correlaciones				
			D2V1	D2V2
Rho de Spearman	D2V1	Coeficiente de correlación	1.000	-0.413
		Sig. (bilateral)		,003
		N	51	51
	D2V2	Coeficiente de correlación	0.413	1.000
		Sig. (bilateral)	,003	
		N	51	51

Fuente: Elaboración propia.

## V. DISCUSIÓN

Este estudio compra los hallazgos de investigadores y otros autores del Hospital Nacional Sergio Bernales. En primer lugar, la prueba de Pfeiffer se utiliza para determinar la condición de los pacientes ancianos, que son evaluados en un nivel crítico y clasificados como malignos, moderados, graves y graves.

En 2008, Valencia describió la práctica de la meditación como "un conjunto de actividades mentales encaminadas a posibilitar el trabajo adecuado, la memoria, las áreas lingüísticas, el trabajo (que dominen la motricidad, el saber hacer) (encontrar formas de decorar y dibujar sombreros con los dedos, etc.) Por lo tanto, en los ancianos, la pérdida de uso debido a estas actividades conduce a daño mental, así que enfatice que el envejecimiento es el primero. Es importante. El tiempo la enfermedad mental se describe como un factor de riesgo ", para el investigador Lobo (2002), el deterioro cognitivo es el desarrollo de una disfunción alterada por otros factores externos e internos del cuerpo, en personas con baja autoestima, visión, pensamiento, pensamiento y habilidades motoras. Y esto de alguna manera conducirá a caídas en pacientes mayores, y la pérdida de velocidad y movilidad que son importantes para la confiabilidad en comparación con este estudio se explicó como falta de función cognitiva, memoria, tratamiento más importante y me gustaría mencionar un índice de velocidad específico. (VPI) que ocurre durante el envejecimiento normal.

Velazco L. esto sugiere que el 42,5% mostró deterioro severo con dependencia física moderada y el 0,5% indicó deterioro severo con dependencia física moderada y no relacionada ( $p = 0,567$ ). Los resultados de este estudio fueron similares a los encontrados ( $p = 0,378$ ), en contraste con los resultados del estudio de Cáceres (2002), que tuvo una relación significativa entre capacidad funcional y retraso mental. "La salud física y el bienestar de las personas mayores en las zonas rurales de Costa Rica, 2000" dice que cuando se identificó una asociación entre discapacidades mentales y físicas, la prevalencia de dependencia física fue alta entre las personas con demencia. También muestra que el 63,4% tenía una dependencia física, el 20,8% en promedio y menos del 15,8%.

En este estudio, Vásquez M. (2014) En contraste con los resultados obtenidos por (), el 20% fueron graves, el 20% y el 55% moderados, lo que indica que todos los encuestados presentaban deterioro cognitivo. Retraso mental. De manera similar, Idrogo M. (2014) encontró que el 17.2% de los hombres tenían un mayor riesgo de lesiones.

En comparación con otros estudios relacionados con las matemáticas, esto a menudo se ve alterado por cambios cerebrales como la demencia y la enfermedad de Alzheimer debido a la introducción de varios procesos cognitivos. El estudio encontró que el cuestionario de Pfeiffer mostró fallas significativas en las tareas de matemáticas y desarrollo matemático y solo el 20% de los adultos entrevistados reprobó la prueba.

La relación entre la importancia del desarrollo cognitivo y la edad es relevante. Un estudio de Idrogo M. (2014) mostró los siguientes resultados: También se ha demostrado que el 24,1% de las personas de entre 70 y 74 años no están discapacitadas y el 3,4% de los ancianos están asociados con retraso mental severo en comparación con este estudio. . Según el estudio, el 25% de los entrevistados entre las edades de 60 y 70 tenían una lesión cerebral traumática, mientras que los mayores de 70 tenían un 20% de riesgo de sufrir una lesión cerebral traumática.

Villareal & Month (2012) Una encuesta con datos de Katz encontró que la mayoría de las personas mayores (73,9%) tenían libertad para realizar sus actividades diarias sin ayuda, y el 26,1% eran dependientes (en su trabajo diario). Siempre van al baño y arriba). Esto no es apropiado para este estudio, ya que el 59% de las personas mayores necesitan ayuda y el 41% son gratis.

Como resultado, la incidencia de demencia fue 62% mayor en pacientes, 35% en hombres y se repitió 70,3% en otros estudios como el de Gómez Viera en La Habana. Este género por el 29,7% de los hombres. En tanto, Sellek y Álvarez encontraron el 71,88% de mujeres. Este es un resultado que coincide con el género a medida que envejecemos. Con respecto a la prevalencia de la demencia, encontramos que el 50% de las mujeres experimentan demencia y el 50% de los hombres experimentan demencia.

## **VI. CONCLUSIONES**

No existe una relación significativa entre la capacidad funcional y el deterioro cognitivo en pacientes adultos mayores.

Existe una relación significativa entre la capacidad funcional independiente y el deterioro cognitivo leve en pacientes adultos mayores.

Existe una relación significativa entre la capacidad funcional dependiente y el deterioro cognitivo leve en pacientes adultos mayores.

En los pacientes mayores, existe una asociación entre la experiencia laboral independiente y el deterioro cognitivo severo.

En los pacientes de edad avanzada, existe un vínculo entre el deterioro funcional y el retraso mental severo.

## **VII. RECOMENDACIONES**

Se sugiere brindar una mayor información a los familiares que asisten a la consulta con el adulto mayor con el fin de no tener ninguna complicación al momento de tratar al paciente.

Se recomienda la realización de actividades físicas diarias a los pacientes adultos mayores con el fin de prevenir enfermedades osteoarticulares que conlleva al paciente adulto mayores a ser más dependiente en sus actividades diarias.

Se sugiere promover ejercicios mentales como lectura, crucigramas, actividades donde el paciente adulto mayor pueda ejercitar su estado cognitivo constantemente.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Who.int [Internet]. Suiza: Organización Mundial de la Salud, 2015[actualizado 2016, citado 3 May 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/>
2. inei.gob.pe [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática, 2015 [actualizado 2016, citado 25 ago 2017]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/en-el-peru-viven-mas-de-3-millones-de-adultos-mayores-8570/>
3. Organización de las Naciones Unidas (ONU). Departamento de Asuntos Económicos y Sociales, División de Población. Perspectivas Mundiales Demográficas. [Serial online]. 2012; [citado 19 abril 2014]. Disponible en URL: <http://www.inegi.org.mx/inegi/contenidos/espanol/prensa/Contenidos/estadisticas/2013/adultos0.pdf> Revisión.
4. Fernández E.; Estévez M. La valoración geriátrica integral en el anciano frágil hospitalizado: revisión sistemática, Cuba. Rev Electrónica Geriátrica. 2013;1 <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v24n1/revision.pdf>
5. EL Comercio. Instituto Nacional de Estadística e Informática. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en: <http://elcomercio.pe/peru/lima/adultos-mayores-representan-poblacion-perunoticia-1460574>
6. Guerra M. Enfermedad de Alzheimer. En: Varela L, ed. Principios de Geriátrica y Gerontología. Lima: Centro editorial UPCH, 2003. 339-348.
7. Iraizoz I. Valoración geriátrica integral (II): valoración nutricional y mental en el anciano, Servicio de Geriátrica. Hospital de Navarra. Pamplona. Anales del Sistema Sanitario de Navarra, Vol 22, Suplemento 1, 1999
8. Varela L, et al. Geriátrica - primera parte, Valoración geriátrica integral. Diagnóstico 2003; 42 (2): 73–8
9. Ministerio de la mujer y poblaciones vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 – 2017. [Internet]. Perú. 2013. [recuperado 2 Enero 2014; citado 5 Enero 2014]. Disponible en: [http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan\\_nac\\_pam\\_2013-2017.pdf](http://gerontologia.org/portal/archivosUpload/uploadManual/plan_nac_pam_2013-2017.pdf)

10. De la Fuente Bacelis, Quevedo Tejero Elsy, Jiménez SastréA, Zavala González. Funcionalidad para las Actividades de la Vida Diaria en el Adulto Mayor de Zonas Rurales. Archivos en medicina familiar [Internet]. 2010. [citado 15 Enero 2014]; 12(1). Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2010/amf101a.pdf>
11. Ashman T, Mohs R, Harvey P. Cognition and Aging. En: Hazzard W. et al, ed. Principles of geriatric medicine and gerontology, 4th ed. McGraw Hill, 1999. 1219-1228.
12. Ser T del, Peña J. Evaluación neuropsicológica y funcional de la demencia. Barcelona: J.R. Prous; 1994.
13. minsa.gob.pe [Internet]. Perú: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables, 2013[actualizado 2017, citado 17 de marzo de 2017]. Disponible en: [http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN\\_AM\\_2013-2017.pdf](http://www.minsa.gob.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf)
14. OPS - OMS. evaluacion funcional del adulto mayor.
15. Ortiz Vargas, Cristabell. Prevalencia del deterioro cognitivo en el adulto mayor con depresión crónica de la UMF 61 de Veracruz [Tesis]. Mexico: Universidad Veracruzana. Facultad de Medicina, 2014.
16. sld.cu [Internet]. Cuba: infomed red de salud de cuba, 2017[actualizado 2017, citado 03 enero de 2016]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
17. Ortín A. Conducta a seguir ante una demencia. Med Pract Clin 1997; 2: 151-9.
18. Sociedad Española de Medicina de Familia y Comunitaria (sem FYC). Atención al anciano. Madrid : Eurobook; 1997.
19. Delgado cerrot, Tatiana, capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico “Ignacia Rodulfo vda de canevaro” [Tesis]. Peru: universidad de san martin de Porres. Facultad de obstetricia y enfermería, 2014
20. Del Aguila Coquinche Carlos Manuel, Síndromes Geriátricos y Capacidad Funcional en Adultos Mayores del centro de salud i-3 san juan (minsa) [Tesis]. Perú - Iquitos Universidad Nacional del Altiplano de Puno. 2014
21. Núñez Del Padro Murillo, Lisa Nicole, Deterioro Cognitivo Y Dependencia Funcional En Adultos Mayores [Tesis]. Peru: universidad de san martin de Porres. Facultad de medicina huamana, 2014

22. Zavaleta Concepcion, Luis, Actividades Funcionales Básicas en el Adulto Mayor del “Centro de Atención Residencial Geronto – Geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro” de Lima- Abril del 2011” [Tesis]. Peru: universidad nacional mayor de san marcos. Facultad de medicina humana. 2011
23. Portillo Barrera, Patricia. factores de riesgo para el deterioro cognitivo leve en adultos mayores de Maracaibo [Tesis]. España: universidad autónoma de Madrid. Facultad de psicología. 2015
24. Guia de practica clínica  
[http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190\\_GPC\\_EvaGeriatrica/IMSS-190-10-GRR\\_Evaluacion\\_geriatrica\\_integral.pdf](http://www.cenetec.salud.gob.mx/descargas/gpc/CatalogoMaestro/190_GPC_EvaGeriatrica/IMSS-190-10-GRR_Evaluacion_geriatrica_integral.pdf)
25. Matamala flores, zaida. Pizarro torrico, paola. Ponce olivares, carlos determinación y comparación de los niveles cognitivos de los adultos mayores del hogar “hermanita de los pobres” en relación a los adultos mayores pertenecientes al sector 3 del cesfam “iris veliz hume”, en el periodo comprendido entre el año 2010 – 2012 de la ciudad de arica [Tesis]. Chile: universidad santo tomas de arica. Facultad de medicina humana. 2013
26. gomez gracia, julian david. capacidad funcional del adulto mayor según la escala de barthel en hogar geriátrico santa sofía de tenjo, dulce atardecer y renacer de bogotá, durante el mes octubre de 2015 [proyecto de investigacion]. colombia: universidad de ciencias aplicadas y ambientales. facultad de medicina humana. 2015.  
<http://repository.udca.edu.co:8080/jspui/bitstream/11158/457/1/Capacidad%20funcional.pdf>
27. Fondo de Población de Naciones Unidas (UNFPA), HelpAge International. Envejecimiento en el Siglo XXI: Una celebración y un desafío. Resumen ejecutivo 2012. Disponible en: <http://www.helpagela.org/>
28. Composortega Cruz S. Características generales de la población de la tercera edad en el mundo. En: Centro Interamericano de Estudios de Seguridad Social, editor. El adulto mayor en América Latina: sus necesidades y sus problemas médico sociales. México DF: CIRSS, OPS, OMS; 1995.
29. Instituto Nacional de Estadística e informática. Estado de la Población peruana 2014. Lima: INEI; 2014. [internet]. Disponible en [http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones\\_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf](http://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1157/libro.pdf)
30. Diario Oficial del Bicentenario, El Peruano. [internet] Disponible en: <http://busquedas.elperuano.com.pe/normaslegales/ley-de-la-persona-adulta-mayor-ley-n-30490-1407242-1/>

31. Rodríguez Gutiérrez DR, Fraga Martínez A, Gómez Leysa M, Pardillo Rodríguez C. Longevidad Satisfactoria. Etapa de reto actual. Revista Salud.com. 2009; 5(17).
32. Centromente.com [Internet]. España: Mente, primer centro privado de Baleares para la rehabilitación de memoria, 2016 [actualizado 2016, citado 20 de marzo de 2016]. Disponible en: <http://www.centromente.com/novedades/category/deterioro-cognitivo-severo/>

## ANEXOS

Anexo 1: Operacionalización de las variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DIMENSIONES	INDICADORES	ITEMS
<p style="text-align: center;"><b>DETERIORO COGNITIVO</b></p>	<p>Es la pérdida de las funciones intelectivas que altera el pensamiento, la memoria, la percepción, la comunicación, la orientación, el cálculo, la comprensión y la resolución de problemas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deterioro cognitivo leve</li> <li>• Deterioro cognitivo severo</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>TEST DE PFEIFFER</b></p>	<p style="text-align: center;"><b>Puntuación</b>  <b>De 0 a 2: Normal.</b>  <b>De 3 a 4: Deterioro cognitivo leve.</b>  <b>De 5 a 7: Deterioro cognitivo moderado.</b>  <b>De 8 a 10: Deterioro cognitivo severo.</b></p>
<p style="text-align: center;"><b>CAPACIDAD FUNCIONAL</b>            Valoración De Actividades De La Vida Diaria (VAVD)</p>	<p>Instrumento para evaluar la independencia o independencia de un enfermo en cuanto a la realización de las actividades básicas de la vida diaria.</p>	<p style="text-align: center;"><b>GRADOS DE INDEPENDENCIA</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Independiente</li> <li>• Dependiente</li> </ul>	<p style="text-align: center;"><b>INDICE DE KATZ</b></p>	<p>A. Independiente para comer, contener esfínteres, levantarse, ir al servicio, vestirse y bañarse.            B. Independiente para todas estas funciones excepto una.            C. Independiente para todas, excepto bañarse y una función adicional.            D. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse y una función adicional.            E. Independiente para todas, excepto bañarse, vestirse, ir al servicio y una función adicional.            F. Independiente para todas, excepto bañarse, ir al servicio, levantarse y una función adicional.            G. Dependiente en las seis funciones.            Otros: Dependiente en, al menos, dos funciones, pero no clasificable como C, D, E ó F.</p>

## Anexo 2: Ficha de recolección de datos

### TEST DE PFEIFFER

	ITEMS	ERRORES
1	¿Qué día es hoy? -día, mes, año-	
2	¿Qué día de la semana es hoy?	
3	¿Dónde estamos ahora?	
4	¿Cuál es su # de teléfono?	
5	¿Cuál es su dirección? –preguntar sólo si el paciente no tiene teléfono-	
6	¿Cuántos años tiene?	
7	¿Cuál es su fecha de nacimiento? -día, mes, año-	
8	¿Quién es ahora el presidente del gobierno?	
9	¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
10	¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
11	Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
	PUNTUACION TOTAL	

### BIBLIOGRAFÍA

- Pfeiffer E. A short portable mental status questionnaire for the assessment of organic brain deficit in elderly patients. J Am Geriatr Soc 1975 Oct;23(10):433-41

## Anexo 3:

### ÍNDICE DE KATS

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA -ÍNDICE DE KATZ-

1. BAÑO	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda sólo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía).	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo	
2. VESTIDO	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido.	
3. USO DEL WC	Independiente: Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C	
4. MOVILIDAD	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo.	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos.	
5. CONTINENCIA	Independiente. Control completo de micción y defecación.	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación.	
6. ALIMENTACION	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne.	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parenteral.	
PUNTUACION		

### BIBLIOGRAFÍA

Alvarez M, Alaiz AT, Brun E y cols. Capacidad funcional de pacientes mayores de 65 años, según el índice de Katz. Fiabilidad del método. Aten Prim 1992, 10: 812-815.