

Asociación entre las actividades de la vida diaria según el estatus de demencia en personas adultas mayores durante el aislamiento por COVID-19 en Lima: un análisis secundario

Association between activities of daily living according to dementia status in older adults during COVID-19 isolation in Lima: a secondary analysis

Pou K. Choy-Chura¹ , Jorge L. Marin-Paredes¹ , Yzavo S. Gutierrez-Campos¹ , Katherine L. Marin-Pimentel² , Fernando M. Runzer-Colmenares¹ 

Citar como:

Choy-Chura PK, Marin-Paredes JL, Gutierrez-Campos YS, Marin-Pimentel KL, Runzer-Colmenares FM. Asociación entre las actividades de la vida diaria según el estatus de demencia en personas adultas mayores durante el aislamiento por COVID-19 en Lima: un análisis secundario. *Rev Neuropsiquiatr.* 2026; 89(3): 261-270. DOI: 10.20453/rnp.v89i3.6017

Recibido: 24-11-2024

Aceptado: 14-10-2025

En línea: 13-08-2026

Correspondencia:

Fernando M. Runzer-Colmenares
✉ frunzer@cientifica.edu.pe



Artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons Atribución 4.0 Internacional.

© Los autores

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria según el estatus de demencia y problemas de memoria en adultos mayores durante el aislamiento por COVID-19 en Lima. **Materiales y métodos:** Análisis secundario, retrospectivo y de tipo cohorte. La población del estudio proviene del análisis secundario de la base de datos del estudio «Comprendiendo cómo el grado de fragilidad afectó a la evolución de COVID-19». **Resultados:** Se observó que la edad promedio de los adultos mayores fue de 76,5 años (DE = 9,37; n = 444) y que el 51,13 % de la población era de sexo masculino (n = 227). La frecuencia del antecedente de demencia fue del 29,05 % (n = 129) y el 64,41 % presentó un historial de problemas de memoria (n = 286). Asimismo, la mayoría de los pacientes provino de los servicios de emergencia (40,09 %; n = 178) y de hospitalización (31,31 %; n = 139). En el análisis bivariado entre las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y demás covariables, se encontró que los promedios de los puntajes de las actividades instrumentales y básicas eran significativos. No se identificaron pacientes independientes con demencia, lo cual limitó el análisis multivariado para esta variable. En la regresión de Poisson, la dependencia en actividades básicas de la vida diaria se asoció con mayor probabilidad de presentar problemas de memoria (RP = 1,95; IC 95 %: 1,43-2,66). Este hallazgo se mantuvo tras el ajuste por edad, sexo y número de comorbilidades. **Conclusiones:** Se evidenció una asociación de los antecedentes de demencia y problemas de memoria con el deterioro en las

¹ Universidad Científica del Sur. Lima, Perú.

² Sociedad Italiana de Beneficencia y Asistencia. Lima, Perú.

actividades básicas de la vida diaria en adultos mayores, incluso tras ajustar por edad, sexo y número de comorbilidades. Sin embargo, no se observó dicha relación respecto a las actividades instrumentales.

Palabras clave: demencia; COVID-19; adulto mayor; actividades cotidianas.

ABSTRACT

Objectives: To determine the association between basic and instrumental activities of daily living based on dementia status and memory problems in older adults during COVID-19-related isolation in Lima. **Materials and methods:** This is a retrospective secondary cohort analysis. The study population comes from the secondary analysis of the database from the study “Understanding how grades of frailty affect the evolution of COVID-19”. **Results:** The average age of older adults was 76.5 years (SD=9.37; n=444), with 51.1% of the population being male (n=227). The frequency of a dementia history was 29.1% (n=129), and 64.4% had a history of memory problems (n=286). Most of them came from emergency hospital services (40.0%; n=178) and hospitalization (31.3%; n=139). In the bivariate analysis between basic and instrumental activities of daily living and other covariates, we found that the average score for instrumental activities of daily living and the average score for basic activities of daily living were significant. No independent patients with dementia were identified, which limited the multivariate analysis for this variable. In the Poisson regression, dependence on ABVD was associated with a higher probability of memory problems (PR=1.95; 95% CI: 1.43–2.66). This finding remained after adjustment for age, sex, and number of comorbidities. **Conclusions:** An association was found between a history of dementia and memory problems with basic activities of daily living in older adults, even after adjusting for age, sex, and number of comorbidities, but not with instrumental activities.

Keywords: dementia; COVID-19; aged; activities of daily living.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos neurocognitivos constituyen un problema creciente en la población adulta mayor, que se manifiestan principalmente a través de problemas de memoria y demencia (1, 2). Aunque ambos conceptos suelen confundirse, la demencia implica un deterioro progresivo que compromete la funcionalidad y genera dependencia, a diferencia de los problemas de memoria asociados al envejecimiento normal (3). En el Perú, se estima que más de 200 000 adultos mayores padecen la enfermedad de Alzheimer, mientras que la demencia vascular constituye la segunda etiología más frecuente de demencia, con una prevalencia aproximada del 8,7 % en Lima (4, 5). Estas cifras reflejan la magnitud del desafío que representan estas enfermedades neurodegenerativas para el sistema de salud. En este escenario, la pandemia de la COVID-19 puso de manifiesto el déficit de datos actualizados respecto a la demencia y el deterioro funcional en la población geriátrica peruana, visibilizando la alta vulnerabilidad

de esta población y la urgencia de contar con evidencia local.

El diagnóstico de demencia requiere evaluar no solo las funciones cognitivas, sino también la capacidad funcional para realizar actividades de la vida diaria (AVD) (6). Las actividades básicas (ABVD), como alimentarse o bañarse, y las instrumentales (AIVD), como manejar dinero o usar transporte, son indicadores esenciales para estimar el grado de autonomía o dependencia de una persona (7). La literatura muestra que la demencia se asocia principalmente a limitaciones en las ABVD (8), mientras que su relación con las AIVD es más variable (9, 10). Pese a la relevancia clínica de estas evaluaciones, en la región persisten vacíos metodológicos que dificultan comprender cómo los problemas de memoria y la demencia afectan la funcionalidad cotidiana de los adultos mayores (11, 12).

En este contexto, se realizó un análisis secundario de una cohorte de adultos mayores peruanos atendidos en

distintos niveles asistenciales durante la pandemia. El estudio busca determinar la asociación entre la presencia de demencia y problemas de memoria con las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria en adultos mayores durante el aislamiento por COVID-19 en Lima. Con la elección de este enfoque se pretende aportar evidencia regional sobre la funcionalidad en adultos mayores durante un período de alta vulnerabilidad, contribuyendo al diseño de intervenciones más oportunas en escenarios postpandemia.

MATERIALES Y MÉTODOS

Diseño de estudio

Análisis secundario, retrospectivo y de tipo cohorte.

Población y muestra

La población del estudio procedió del análisis secundario de la base de datos del proyecto «Comprendiendo cómo el grado de fragilidad afectó a la evolución de COVID-19», registrado con el código 039-2020-PRO99 y aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur, con constancia n.º 192-CIEI-CIENTÍFICA-2020. En dicho estudio se analizó la información de pacientes mayores de 60 años atendidos en residencias geriátricas, centros de atención primaria y clínicas privadas. La investigación original, ejecutada durante el año 2020, aportó una cohorte total de 444 participantes. El muestreo fue de tipo no probabilístico (13).

Se incluyeron todos los datos del estudio original y se consideró como criterio de exclusión aquellos participantes que tengan información incompleta relacionada con las variables principales. No fue necesario excluir ningún dato de los participantes para realizar el análisis secundario.

Variables

Las variables independientes del estudio fueron los antecedentes de demencia y de problemas de memoria. Ambas condiciones fueron autorreportadas y, posteriormente, corroboradas mediante la información proporcionada por el cuidador o familiar en el entorno hospitalario o residencial, según lo consignado en la historia clínica. Metodológicamente, ambas variables se categorizaron de forma dicotómica (presencia o ausencia del antecedente) (14).

La variable dependiente fue el estado de las ABVD, el cual se analizó mediante una valoración geriátrica

integral. En este contexto, se evaluó la necesidad de asistencia para llevar a cabo cinco tareas específicas: 1) vestirse y desvestirse de manera independiente (incluyendo el calzado), 2) comer, 3) caminar, 4) echarse y levantarse de la cama, y 5) darse una ducha por sí mismo (14). La escala utilizada fue una versión abreviada del índice de Barthel de 5 ítems (15), validada por un comité de expertos, y con un alfa de Cronbach de 0,80 y un coeficiente de correlación intraclass de 0,90. Para este fin, se utilizó la versión validada al español, instrumento que también fue aplicado durante cuatro años en población chilena como parte del estudio de fragilidad y dependencia funcional de la Universidad Dalhousie (16).

Con respecto a las AIVD, se evaluaron seis ítems, cada uno con subpreguntas para determinar la capacidad del paciente para realizar las actividades. Estas actividades fueron evaluadas por el médico geriatra, quien también valoró la necesidad de apoyo para las siguientes actividades: usar el teléfono (incluyendo buscar números y marcar), comprar comida o ropa, planificar y preparar los propios alimentos, realizar las tareas domésticas del hogar (incluyendo las más difíciles), tomar medicamentos (administrados en el horario adecuado), administrar dinero (pagar recibos y realizar gestiones bancarias simples), cuidar de su imagen personal (peinarse, afeitarse o maquillarse, en el caso de las mujeres) y trasladarse a largas distancias (conducir, viajar solo en autobús o tomar un taxi). La versión de seis ítems utilizada para la evaluación proviene del instrumento aplicado en adultos mayores de residencias geriátricas (17, 18). Dicha versión demostró excelentes propiedades psicométricas (19).

Ambas variables se analizaron numéricamente, contabilizando el número de actividades comprometidas; de este modo, una mayor puntuación indicaba un mayor grado de dependencia funcional. Se incluyeron como covariables: sexo, nivel asistencial (casa de reposo, emergencia, hospitalización y atención primaria) y la presencia o ausencia de antecedentes de diversas patologías, tales como patologías pulmonares, hiperplasia benigna de próstata, diabetes, angina, cáncer, osteoartritis, artritis, enfermedad vascular periférica, accidente cerebrovascular, accidente isquémico transitorio, enfermedad de Parkinson, úlcera péptica, estreñimiento y otras patologías intestinales, cataratas, glaucoma, degeneración macular, osteoporosis, lumbalgia, enfermedades tiroideas y enfermedad renal. Para el análisis de regresión final, se incluyó la variable de multimorbilidad, definida como la presencia de dos o más antecedentes patológicos.

Análisis de datos

La base de datos se exportó de Microsoft Excel a Stata v. 18.0. Las variables categóricas se presentaron como frecuencias y porcentajes, y las numéricas (con distribución normal) como promedios y desviaciones estándar. Se utilizó la prueba chi-cuadrado para el análisis bivariado y la prueba t de Student para las variables numéricas, así como ANOVA para la comparación de más de dos categorías, estableciendo la significancia estadística en $p \leq 0,05$. Se asumió una diferencia de promedios de 0,2 para AIVD y 0,4 para ABVD, con un tamaño muestral de 444 y 100 % de potencia estadística. Se realizó una regresión de Poisson, categorizando ABVD y AIVD por dependencia e independencia. No fue posible calcular las razones de prevalencia para el antecedente de demencia debido a la presencia de una celda nula ($n = 0$). Para el análisis, se construyeron dos modelos de regresión: uno ajustado exclusivamente por las variables principales y el otro incorporó variables de ajuste, como edad, sexo y multimorbilidad (presencia de dos o más comorbilidades). Se verificaron también los supuestos estadísticos de multicolinealidad, distribución de Poisson e independencia.

La potencia estadística se calculó asumiendo un intervalo de confianza del 95 %, un tamaño muestral de datos de 444 participantes, una frecuencia de deterioro cognitivo del 26 % en población general y

una frecuencia de deterioro cognitivo en personas con dependencia funcional de 39 %, encontrándose una potencia estadística corregida para nuestro estudio de 98,2 % (OpenEpi v. 3).

Aspectos éticos

El estudio original fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la Universidad Científica del Sur con constancia n.º 192-CIEI-CIENTÍFICA-2020 y el código 039-2020-PRO99. Se utilizó una base de datos completamente anónima, que también contó con la aprobación de la carrera de Medicina Humana de la misma universidad. En la recolección de datos del trabajo original, los participantes fueron invitados a formar parte del estudio mediante la firma de un consentimiento informado, incluyendo a los familiares o acompañantes.

RESULTADOS

La edad promedio de la población estudiada fue de 76,50 (DE = 9,37; $n = 444$). El 29,05 % ($n = 129$) presentó antecedentes de demencia y el 64,41 % ($n = 286$) antecedentes de problemas de memoria. La mayoría de los participantes fueron hombres (51,13 %; $n = 227$) y provinieron principalmente de servicios de emergencia (40,09 %; $n = 178$) y hospitalización (31,31 %; $n = 139$) (tabla 1).

Tabla 1. Análisis descriptivo de las variables de estudio ($n = 444$).

Variables	n	%
Sexo		
Femenino	217	48,87
Masculino	227	51,13
Nivel asistencial		
Casa de reposo	78	17,57
Emergencia	178	40,09
Hospitalización	139	31,31
Atención primaria	49	11,04
Antecedente de problemas de memoria		
No	158	35,59
Sí	286	64,41
Antecedente de demencia		
No	315	70,95
Sí	129	29,05

En el análisis bivariado, los puntajes de ABVD y AIVD fueron significativamente más bajos en aquellos participantes con antecedentes de comorbilidades, como enfermedad pulmonar, diabetes tipo 2 y

enfermedad vascular. De igual modo, se observaron diferencias significativas en los puntajes de ABVD en aquellos con antecedentes de demencia y problemas de memoria (tabla 2).

Tabla 2. Análisis bivariado entre actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y otras covariables (n = 444).

Variables	Puntaje de actividades instrumentales de la vida diaria		Puntaje de actividades básicas de la vida diaria	
	Media (DE)	p valor*	Media (DE)	p valor*
Sexo		0,577		0,854
Femenino	2,37 (1,73)		2,76 (1,77)	
Masculino	2,46 (1,64)		2,80 (1,93)	
Nivel asistencial		0,993**		0,921**
Casa de reposo	2,46 (1,77)		2,69 (1,91)	
Emergencia	2,39 (1,66)		2,81 (1,84)	
Hospitalización	2,42 (1,68)		2,83 (1,82)	
Atención primaria	2,41 (1,69)		2,67 (1,90)	
Antecedentes de comorbilidades				
Enfermedades pulmonares	1,91 (1,29)	0,001	2,17 (1,96)	0,001
Hiperplasia benigna de próstata	2,51 (1,74)	0,022	2,63 (1,77)	0,001
Diabetes tipo 2	2,06 (1,74)	0,001	3,03 (1,50)	0,021
Angina	2,68 (2,00)	0,118	2,30 (1,65)	0,009
Cáncer	2,19 (1,13)	0,009	2,4 (2,03)	0,001
Osteoartritis	2,64 (1,66)	0,008	3,34 (1,71)	0,001
Artritis	2,42 (1,45)	0,960	2,63 (1,63)	0,421
Enfermedad vascular periférica	2,12 (1,41)	0,005	2,34 (1,60)	0,001
Accidente cerebrovascular	2,43 (1,39)	0,890	2,53 (1,72)	0,045
Accidente isquémico transitorio	2,43 (1,20)	0,926	2,82 (1,77)	0,827
Enfermedad de Parkinson	2,15 (1,40)	0,001	2,69 (1,70)	0,262
Úlcera péptica	2,11 (1,39)	0,001	2,59 (1,69)	0,040
Estreñimiento y otras patologías intestinales	2,53 (1,38)	0,433	2,81 (1,43)	0,841
Catarata	2,61 (1,49)	0,027	3,11 (1,61)	0,001
Glaucoma	2,24 (1,19)	0,054	2,86 (1,62)	0,433
Degeneración macular	2,63 (0,78)	0,147	2,52 (0,86)	0,114
Osteoporosis	2,54 (1,88)	0,080	2,79 (1,82)	0,947
Lumbalgia	2,29 (1,51)	0,125	2,60 (1,81)	0,042
Enfermedades tiroideas	2,18 (1,73)	0,006	2,00 (1,43)	0,001
Enfermedad renal	2,53 (1,76)	0,298	2,33 (1,29)	0,001
Problemas de memoria	2,35 (1,86)	0,277	2,92 (1,67)	0,039
Demencia	2,53 (2,11)	0,336	3,59 (1,54)	0,001

DE: desviación estándar.

* Valor de p calculado mediante la prueba de t de Student, excepto para la variable nivel asistencial, en la que se utilizó la prueba de ANOVA.

** Valor de p calculado mediante la prueba de ANOVA.

En la tabla 3 se observa que la prevalencia de antecedente de demencia fue mayor en participantes con hiperplasia prostática benigna (78,29 %), osteoartritis (48,84 %) y angina (23,26 %), mientras que en la tabla 4 se muestra mayor frecuencia de problemas de memoria en quienes tenían artritis (18,18 %) y enfermedad vascular periférica (34,27 %).

En la tabla 5 se observa que el 70,19 % (n = 259) de los pacientes con dependencia en ABVD presentaban problemas de memoria y el 34,96 % (n = 129) tenían problemas de demencia. Cabe resaltar que no se identificaron participantes independientes con

diagnóstico de demencia, lo que limitó la posibilidad de realizar regresiones multivariadas para esta variable. En el análisis de regresión de Poisson, los adultos mayores con dependencia funcional en ABVD presentaron 1,94 veces mayor probabilidad de tener problemas de memoria (IC 95 %: 1,43-2,65).

Los resultados del análisis ajustado por edad, sexo y número de comorbilidades se presentan en la tabla 6. En este modelo, la asociación entre dependencia en ABVD y problemas de memoria se mantuvo significativa. Asimismo, no se identificó asociación entre AIVD y problemas de memoria tras los ajustes.

Tabla 3. Análisis bivariado entre antecedente de demencia y otras covariables (n = 444).

Variables	Antecedente de demencia				p valor*
	No		Sí		
	n	%	n	%	
Edad (años); media (DE)	76,41 (9,59)		76,78 (8,86)		0,704**
Sexo					0,300
Femenino	149	47,30	68	52,71	
Masculino	166	52,70	61	47,29	
Nivel asistencial					0,968
Casa de reposo	54	17,14	24	18,60	
Emergencia	128	40,63	50	38,76	
Hospitalización	99	31,43	40	31,01	
Atención primaria	34	10,79	15	11,63	
Antecedentes de comorbilidades					
Enfermedades pulmonares	153	48,57	14	10,85	0,001
Hiperplasia benigna de próstata	242	76,83	101	78,29	0,737
Angina	51	16,19	30	23,26	0,080
Osteoartritis	139	44,13	63	48,84	0,366
Artritis	50	15,87	28	21,71	0,143
Catarata	149	47,30	49	37,98	0,073
Osteoporosis	167	53,02	77	59,69	0,199
Enfermedad renal	104	33,02	49	37,98	0,317

DE: desviación estándar.

* Valor de p calculado mediante la prueba de chi-cuadrado, excepto para la variable edad, en la que se utilizó la prueba t de Student.

** Valor de p calculado mediante la prueba de t de Student.

Tabla 4. Análisis bivariado entre antecedente de problemas de memoria y otras covariables (n = 444).

Variables	Antecedente de problemas de memoria				p valor*
	No		Sí		
	n	%	n	%	
Edad (años); media (DE)	76,22	9,66	76,69	9,22	0,614**
Sexo					0,660
Femenino	75	47,47	142	49,65	
Masculino	83	52,53	144	50,35	
Nivel asistencial					0,978
Casa de reposo	27	17,09	51	17,83	
Emergencia	65	41,14	113	39,51	
Hospitalización	48	30,38	91	31,82	
Atención primaria	18	11,39	31	10,84	
Antecedentes de comorbilidades					
Artritis	26	16,46	52	18,18	0,647
Enfermedad vascular periférica	63	39,87	98	34,27	0,239
Degeneración macular	36	22,78	62	21,68	0,788
Enfermedad renal	49	31,01	104	36,36	0,256

DE: desviación estándar.

* Valor de p calculado mediante la prueba de chi-cuadrado, excepto para la variable edad, en la que se utilizó la prueba t de Student.

** Valor de p calculado mediante la prueba de t de Student.

Tabla 5. Análisis bivariado entre las actividades básicas de la vida diaria y los antecedentes de problemas de memoria y demencia mediante análisis de regresión de Poisson.

Variables	Actividades básicas de la vida diaria				p valor
	Independencia		Dependencia		
	n	%	n	%	
Antecedente de problemas de memoria					0,001
No	48	64,00	110	29,81	
Sí	27	36,00	259	70,19	
Antecedente de demencia					0,001
No	75	100,00	240	65,04	
Sí	0	0,00	129	34,96	
Regresión de Poisson; RP (IC 95 %)					
Con antecedente de problemas de memoria	1,94 (1,43-2,65)				
Sin antecedente de problemas de memoria					

RP: razón de prevalencias ajustada por variables presentes en la tabla.

Tabla 6. Análisis bivariado de la asociación entre las actividades básicas de la vida diaria y los antecedentes de problemas de memoria y demencia mediante análisis regresión de Poisson ajustado por edad, sexo y multimorbilidad.

Variables	Actividades básicas de la vida diaria				p valor
	Independencia		Dependencia		
	n	%	n	%	
Antecedente de problemas de memoria					0,001
No	48	64,00	110	29,81	
Sí	27	36,00	259	70,19	
Antecedente de demencia					0,001
No	75	100,00	240	65,04	
Sí	0	0,00	129	34,96	
Regresión de Poisson; RP (IC 95 %)					
Con antecedente de problemas de memoria	1,12 (1,03-1,19)				
Sin antecedente de problemas de memoria					

RP: razón de prevalencias ajustada por variables presentes en la tabla, como edad, sexo y multimorbilidad (dos o más antecedentes médicos).

DISCUSIÓN

El objetivo del presente estudio fue determinar la asociación entre antecedentes de problemas de memoria y demencia con la dependencia en ABVD y AIVD en adultos mayores durante el aislamiento social por la pandemia de la COVID-19. En ese sentido, se encontró que la demencia y los problemas de memoria se asociaron con la dependencia en ABVD, pero no con AIVD.

Estos hallazgos coinciden con estudios realizados en Japón, donde se observó que la demencia se asocia principalmente con deterioro de ABVD y que algunas actividades, como alimentarse, ir al baño o usar el sanitario, suelen preservarse por más tiempo en etapas iniciales de deterioro cognitivo (20). En contraste, en una investigación en Turquía se reportó afectación temprana de AIVD, como la gestión de medicamentos o el manejo financiero (21). Sin embargo, otros estudios realizados en Japón no encontraron asociación entre AIVD y demencia, sugiriendo que la sensibilidad de las escalas empleadas y las diferencias culturales en el desempeño cotidiano podrían explicar estas discrepancias (22).

El impacto de la COVID-19 sobre la cognición también debe ser considerado. Estudios recientes han documentado deterioro de memoria, atención y funciones ejecutivas hasta meses después de la infección, incluso en ausencia de diagnósticos alternativos (23, 24). Además, se ha demostrado que

las personas con demencia o enfermedad de Alzheimer presentan mayor riesgo de ser hospitalizadas, así como también complicaciones graves por COVID-19 (25). Tales hallazgos resaltan la vulnerabilidad de esta población en contextos de emergencia sanitaria.

En países desarrollados existen sistemas de atención estructurados, como el modelo japonés de Seguro de Atención a Largo Plazo (LTCI) (26) o la cobertura universal canadiense, que garantizan servicios especializados y continuidad del cuidado (27). En América Latina, en cambio, persisten limitaciones en infraestructura y recursos, lo que obliga a las familias a asumir gran parte de la carga de cuidado. En el caso del Perú, aunque se cuenta con normativas como la Ley de la Persona Adulta Mayor (Ley n.° 30490) y la Ley que crea el Plan Nacional de Cuidados Paliativos para Enfermedades Oncológicas y no Oncológicas (Ley n.° 30846), la implementación práctica es aún deficiente. Esto genera un riesgo de que las necesidades de los adultos mayores permanezcan desatendidas, situación que podría agravarse frente a futuras emergencias sanitarias. Por esto, resulta prioritario fortalecer la red de servicios geriátricos, crear unidades hospitalarias especializadas y expandir los programas de atención domiciliaria.

Como limitaciones, se debe señalar que la evidencia regional y local sobre funcionalidad y demencia sigue siendo escasa, lo que restringe la posibilidad de realizar comparaciones y generalizar los resultados.

Asimismo, el sesgo de memoria afecta la validez interna del estudio al introducir errores sistemáticos en la medición de variables. En este caso, su impacto es menor porque la mayoría de los datos se extrajeron o verificaron a partir de historias clínicas, incluyendo las de residencias geriátricas. Para mitigar este sesgo, cabe destacar que se usaron cuestionarios estructurados y se verificó la información con registros médicos. No obstante, es importante reconocer que este no puede ser completamente eliminado y su presencia debe ser considerada al interpretar los resultados de estudios observacionales (28).

CONCLUSIONES

Se evidenció una asociación entre la dependencia en ABVD y los problemas de memoria. Los adultos mayores dependientes tienen 1,95 veces más probabilidad de presentar problemas de memoria en comparación con los independientes. Sumando a ello, la frecuencia de dependencia funcional fue alta en personas mayores con antecedente de demencia. No obstante, no se encontraron diferencias en los puntajes de AIVD, posiblemente por el impacto del propio aislamiento social. En conjunto, estos hallazgos resaltan la importancia de realizar evaluaciones funcionales integrales en adultos mayores con deterioro cognitivo, priorizando las ABVD y sin descuidar el análisis de AIVD en contextos culturales específicos. Asimismo, se subraya la urgencia de fortalecer políticas de salud que integren servicios geriátricos especializados en el Perú, en concordancia con el marco normativo vigente, como la Ley del Adulto Mayor y la Ley de Cuidados Paliativos, cuyos proyectos aún enfrentan limitaciones en su implementación. Esta falta de ejecución podría agravar la desatención de las necesidades de las personas mayores, especialmente en contextos de futuras emergencias sanitarias.

Conflicto de intereses: Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Financiamiento: Autofinanciado.

Contribución de autoría: Todos los autores contribuyeron en la conceptualización, el análisis formal, la redacción del borrador original, y la revisión y edición final del artículo.

Agradecimientos: Al personal de la Sociedad Italiana de Beneficencia y Asistencia; y a la Universidad Científica del Sur por su apoyo logístico para el desarrollo de la presente investigación.

REFERENCIAS

1. Ministerio de Salud (PE). La demencia de Alzheimer afecta a entre el 5 % y el 8 % de los adultos mayores de más de 65 años [Internet]. Lima: MINSA; 2021, 21 de septiembre. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/524109-la-demencia-de-alzheimer-afecta-a-entre-el-5-y-el-8-de-los-adultos-mayores-de-mas-de-65-anos>
2. Contreras C, Condor I, Atencio J, et al. Prevalencia de demencia y funcionalidad en una clínica geriátrica de Huancayo, Perú, 2016-2017. *An Fac Med*. 2019;80(1):51-5. doi:10.15381/anales.v80i1.15583
3. Luna-Solis Y, Vargas H. Factores asociados con el deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia en el adulto mayor en Lima Metropolitana y Callao. *Rev Neuropsiquiatr*. 2018;81(1):9-19. doi:10.20453/rnp.v81i1.3269
4. Ministerio de Salud (PE). Alzheimer afecta a más de 200 mil adultos mayores en Perú [Internet]. Lima: MINSA; 2019, 20 de septiembre. Disponible en: <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/51175-alzheimer-afecta-a-mas-de-200-mil-adultos-mayores-en-peru>
5. Zegarra-Valdivia JA, Chino-Vilca BN, Paredes-Manrique CN. Prevalencia de deterioro cognitivo leve en peruanos adultos mayores y de mediana edad. *Rev Ecuat Neurol*. 2023;32(1):43-54. doi:10.46997/revecuatneurol32100043
6. Emmady PD, Schoo C, Tadi P. Major neurocognitive disorder (Dementia) [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2022, 19 de noviembre [última actualización]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK557444/>
7. Edemekong PF, Bomgaars DL, Sukumaran S, et al. Activities of daily living [Internet]. Treasure Island: StatPearls Publishing; 2025, 4 de mayo [última actualización]. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK470404/>
8. Custodio N, Montesinos R, Chambergo-Michilot D, et al. Evaluation of a functional assessment tool in patients with mild cognitive impairment or Alzheimer's disease in Lima, Peru. *Alzheimers Dement*. 2022;18(S8):e063245. doi:10.1002/alz.063245
9. Dubbelman MA, Verrijp M, Terwee CB, et al. Determining the minimal important change of everyday functioning in dementia: pursuing clinical meaningfulness. *Neurology*. 2022;99(9):954-64. doi:10.1212/WNL.000000000000200781
10. Cipriani G, Danti S, Picchi L, et al. Daily functioning and dementia. *Dement Neuropsychol*.

- 2020;14(2):93-102. doi:[10.1590/1980-57642020dn14-020001](https://doi.org/10.1590/1980-57642020dn14-020001)
11. Ågotnes G, McGregor MJ, Lexchin J, et al. An international mapping of medical care in nursing homes. *Health Serv Insights*. 2019;12. doi:[10.1177/1178632918825083](https://doi.org/10.1177/1178632918825083)
 12. Mas-Ubillus G, Ortiz PJ, Huaranga-Marcelo J, et al. High mortality among hospitalized adult patients with COVID-19 pneumonia in Peru: a single centre retrospective cohort study. *PLoS ONE*. 2022;17(3):e0265089. doi:[10.1371/journal.pone.0265089](https://doi.org/10.1371/journal.pone.0265089)
 13. Velarde SM, Valer M, Runzer-Colmenares FM. Correlación de la escala clínica de fragilidad y el algoritmo de fragilidad propuesto por la Universidad Dalhousie en adultos mayores. *An Fac Med*. 2024;85(1):99-100. doi:[10.15381/anales.v85i1.27348](https://doi.org/10.15381/anales.v85i1.27348)
 14. Theou O, Pérez-Zepeda MU, van der Valk AM, et al. A classification tree to assist with routine scoring of the Clinical Frailty Scale. *Age Ageing*. 2021;50(4):1406-11. doi:[10.1093/ageing/afab006](https://doi.org/10.1093/ageing/afab006)
 15. Bouwstra H, Smit EB, Wattel EM, et al. Measurement properties of the Barthel Index in geriatric rehabilitation. *J Am Med Dir Assoc*. 2019;20(4):420-5.e1. doi:[10.1016/j.jamda.2018.09.033](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2018.09.033)
 16. Browne J, Balcázar P, Palacios J, et al. Traducción y validación de la Escala Clínica de Fragilidad (ECF) al español en Chile. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2025;60(3):101619. doi:[10.1016/j.regg.2024.101619](https://doi.org/10.1016/j.regg.2024.101619)
 17. McArthur C, Faller-Saunders A, Turcotte LA, et al. Examining the effect of the first wave of the COVID-19 pandemic on home care recipients' instrumental activities of daily living capacity. *J Am Med Dir Assoc*. 2022;23(9):P1609.e1-5. doi:[10.1016/j.jamda.2022.06.015](https://doi.org/10.1016/j.jamda.2022.06.015)
 18. Morris JN, Fries BE, Bernabei R, et al. *interRAI Home Care (HC) Assessment Form and User's Manual, version 9.1*. Washington, DC: interRAI; 2020.
 19. Kelbling E, Prescott D, Shearer M, et al. An assessment of the content and properties of extended and instrumental activities of daily living scales: a systematic review. *Disabil Rehabil*. 2024;46(10):1990-9. doi:[10.1080/09638288.2023.224082](https://doi.org/10.1080/09638288.2023.224082)
 20. Nakanishi K, Yamaga T, Ikeya M. Gaps between activities of daily living performance and capacity in people with mild dementia. *Int J Environ Res Public Health*. 2022;19(23):15949. doi:[10.3390/ijerph192315949](https://doi.org/10.3390/ijerph192315949)
 21. Soyuer F, Süzen İ. Comprehensive activities of daily living profile of individuals with dementia living in nursing home. *Int J Fam Community Med*. 2023;7(4):124-7. doi:[10.15406/ijfcm.2023.07.00324](https://doi.org/10.15406/ijfcm.2023.07.00324)
 22. Shimokihara S, Tabira T, Hotta M, et al. Differences by cognitive impairment in detailed processes for basic activities of daily living in older adults with dementia. *Psychogeriatrics*. 2022;22(6):859-68. doi:[10.1111/psyg.12894](https://doi.org/10.1111/psyg.12894)
 23. Crivelli L, Palmer K, Calandri I, et al. Changes in cognitive functioning after COVID-19: a systematic review and meta-analysis. *Alzheimers Dement*. 2022;18(5):1047-66. doi:[10.1002/alz.12644](https://doi.org/10.1002/alz.12644)
 24. Quan M, Wang X, Gong M, et al. Post-COVID cognitive dysfunction: current status and research recommendations for high-risk population. *Lancet Reg Health West Pac*. 2023;38:100836. doi:[10.1016/j.lanwpc.2023.100836](https://doi.org/10.1016/j.lanwpc.2023.100836)
 25. Zhou J, Liu C, Sun Y, et al. Cognitive disorders associated with hospitalization of COVID-19: results from an observational cohort study. *Brain Behav Immun*. 2021;91:383-92. doi:[10.1016/j.bbi.2020.10.019](https://doi.org/10.1016/j.bbi.2020.10.019)
 26. Iwagami M, Tamiya N. The long-term care insurance system in Japan: past, present, and future. *JMA J*. 2019;2(1):67-9. doi:[10.31662/jmaj.2018-0015](https://doi.org/10.31662/jmaj.2018-0015)
 27. Glauser W, Tepper J, Petch J. Empowering the elderly in Japan: lessons for home care in Canada [Internet]. *Healthy Debate*; 2015, 29 de octubre. Disponible en: <https://healthydebate.ca/2015/10/topic/japan-long-term-care-insurance-home-care-elderly/>
 28. González de la Cuesta DM. Errores y sesgos en investigación clínica. *Enferm Intensiva*. 2021;32(4):220-3. doi:[10.1016/j.enfi.2021.03.003](https://doi.org/10.1016/j.enfi.2021.03.003)