

UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA



TESIS

**ESTADO COGNITIVO Y GRADO DE DEPENDENCIA FUNCIONAL DE
PACIENTES ADULTOS MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE
SALUD PAMPA INALAMBRICA ILO. PERIODO MAYO – JUNIO 2022**

Para la obtención del título profesional de Médico Cirujano

Presentado por:

Bach. Karen Escate Sandoval

Asesor:

Dr. Gerson Roberto Gómez Zapana

Tacna – Perú

2022

DEDICATORIA

A Dios, por haberme dado una gran familia; a mis padres Antonio y Marleni, les agradezco infinitamente el haberme apoyado en todo momento a lo largo del camino, por la educación que no solo me ayudó a desarrollarme como ser humano, sino también como profesional, son las personas que admiro, agradezco y debo un profundo respeto, ya que sin su compañía no podría ser la persona que soy ahora.

A mis abuelitas Julia y Margarita por todo el cariño y consejos que me han podido dar a lo largo de la vida, de igual manera a mis abuelitos Antonio y Claudio que desde el cielo me acompañan y guían mi camino.

A mi hermano Jaime, por enseñarme que no todo en la vida es fácil, pero que siempre habrá una manera de seguir adelante y quien es además mi mejor amigo.

A Jonathan, el amor de mi vida, por ser mi compañero inseparable, por siempre darme su apoyo incondicional estando a mi lado en las buenas y en las malas.

AGRADECIMIENTOS

A mi asesor, Gerson Gómez, por sus consejos y enseñanzas, por el apoyo brindado en todo momento para que esta investigación se lleve a cabo.

Al Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo por darme la facilidad de poder ejecutar la presente investigación.

A todos los docentes que formaron parte de mi desarrollo académico y profesional, por su gran apoyo durante mi formación académica.

ÍNDICE

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT	vii
CAPÍTULO I.....	8
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....	8
1.1. FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA.....	8
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA	10
1.3. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	10
1.4. JUSTIFICACIÓN	11
1.5. DEFINICIÓN DE TÉRMINOS.....	12
CAPÍTULO II	14
2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA	14
2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN.....	14
2.2. MARCO TEÓRICO	18
CAPÍTULO III.....	30
3 VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES	30
3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	30
CAPÍTULO IV.....	33
4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	33

4.1 DISEÑO.....	33
4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO	33
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA	34
4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	35
4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	36
4.6. ASPECTOS ÉTICOS	37
CAPÍTULO V	38
5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS	38
RESULTADOS.....	39
DISCUSIÓN	46
CONCLUSIONES	50
RECOMENDACIONES	51
BIBLIOGRAFÍA	52
ANEXOS	56
ANEXO N°01: Formato de atención integral del adulto mayor	56
ANEXO N°02: Tablas complementarias	59
ANEXO N°03: Consentimiento Informado	64

RESUMEN

OBJETIVO: Determinar la asociación entre el estado cognitivo y grado de dependencia funcional de pacientes adultos mayores en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo Periodo Mayo-Junio 2022. **METODOLOGÍA:** Estudio observacional, analítico, retrospectivo de corte transversal. Se utilizó la ficha validada por el MINSA – VACAM, que contiene el índice de Katz abreviado, Test de Pfeiffer, evaluación afectiva y social. Participaron 201 adultos mayores pertenecientes a la jurisdicción del Centro de Salud Pampa Inalámbrica de Ilo. **RESULTADOS:** La población estudiada fue en un 53,2% mujeres; en cuanto al grado de instrucción, el 19,4% tenían secundaria completa y el 13,4% tenían algún estudio superior. En cuanto al estado civil, el 65,7% era soltero; finalmente el 63,7% trabaja. La mediana de la edad fue de 64 años con un rango intercuartílico de 62 a 69 años. Respecto al estado funcional, el 92% resultó como independiente; en cuanto al estado mental el 83,6% no tenía deterioro cognitivo, el 15,9% deterioro cognitivo leve; respecto al estado afectivo el 65,7% si tenía manifestaciones depresivas; finalmente en el 98,5% de los casos había un problema social. De los participantes que fueron independientes, el 83,8% no tuvieron deterioro cognitivo, el 15,7% deterioro cognitivo leve; entre los pacientes con dependencia parcial el 81,3% no tuvieron deterioro cognitivo y el 18,8% deterioro cognitivo leve. En base a los antecedentes personales, el que tiene mayor porcentaje es Diabetes mellitus tipo 2 con 74,1%, hipertensión arterial con 33,8%, dislipidemia en 32,3%, osteoartritis 15,9%, enfermedad cardiovascular 11,4%, hospitalizaciones en el último año 10,9%, tuberculosis 9,5%, cirugías 9,0%, accidente cerebrovascular 5,5%, transfusiones 3,0%, cáncer 4,0% y accidentes 2,0%. **CONCLUSIÓN:** La asociación entre el estado funcional y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del programa del adulto mayor de Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo. Periodo Mayo-Junio 2022 no tuvo significancia estadística.

Palabras clave: adulto mayor, evaluación funcional, deterioro cognitivo (DeCS Bireme)

ABSTRACT

OBJECTIVE: To determine the association between cognitive status and degree of functional dependence of older adults patients at the Pampa Inalámbrica Ilo May-June Period in 2022. **METHODOLOGY:** Observational, analytical, retrospective, cross-sectional study. We used a card validated by MINSA – VACAM, containing the abbreviated Katz index, Pfeiffer test, emotional and social evaluation. A total of 201 older adults belonging to the jurisdiction of the Pampa Inalámbrica Health Center of Ilo participated. **RESULTS:** 53.2% of the population studied were women; 19.4% had completed secondary school and 13.4% had some higher education. As for marital status, 65.7% were single; finally, 63.7% to work. The median age was 64 years with an interquartile range of 62 to 69 years. Regarding functional status, 92% were independent; regarding mental status 83.6% had no cognitive impairment, 15.9% had mild cognitive impairment; regarding affective status 65.7% had depressive manifestations; finally, in 98.5% of the cases there was a social problem. Of the participants who were independent, 83.8% had no cognitive impairment, 15.7% had mild cognitive impairment; 81.3% of the patients with partial dependence had no cognitive impairment and 18.8% had mild cognitive impairment. Main personal history is DM2 with 74.1%, where 96% were independent and 4% partially dependent; HTA with 33.8%, 80.9% were independent, 19.1% partially dependent and dyslipidemia of 32.3%, where 78.5% were independent and 21.5% partially dependent. **CONCLUSION:** There is no statistically significant association between functional status and cognitive impairment in older adults in the older adult program of the Pampa Inalámbrica Ilo Health Center.

Key words: older adult, functional assessment, cognitive impairment (MESH).

CAPÍTULO I

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1.FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Con el paso de los años, el estudio del envejecimiento se ha expandido, comprendiendo no solo el estudio de la enfermedad del paciente geriátrico, sino también el análisis integral multidisciplinario del mismo, incluyendo el examen del estado funcional y cognitivo. Para entender correctamente la idea de atención integral del adulto mayor, es importante definir algunos términos importantes, como lo son las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), a las que llamamos como actividades que van a determinar el nivel de autonomía e independencia del paciente geriátrico para poder vivir sin que otras personas tengan que brindarnos ayuda.(1) Cabe agregar que las ABVD correlaciona el nivel de independencia directamente con el bienestar e inversamente con la edad.(2)

La atención domiciliaria incluye dentro de sus competencias, las necesidades primarias de la vida diaria en el paciente implicado, ya sea de la población geriátrica, pacientes terminales o cualquier otro que no pueda desplazarse, asimismo, esto comprende diversas necesidades a cubrir: físicas, psicológicas y sociales.(3) De este modo nace la necesidad de atención sanitaria integral, que ubica a los cuidados paliativos como pilar importante para el desarrollo de estos en un entorno domiciliario.(4)

Existe una amplia gama de herramientas útiles para evaluar el estado funcional, dentro de estos resalta el índice de Barthel, ampliamente utilizado por su utilidad como predictor de mortalidad e institucionalización. (5)

Sin embargo, el uso de otras herramientas como el índice de Katz, que guarda buena correlación con el índice de Barthel, se ha aumentado en los últimos años. (6)

Múltiples estudios han corroborado la relación entre afecciones psicológicas y deterioro funcional, asimismo, la asociación entre estos suele relacionarse directamente con el aumento de la mortalidad. (7)

Una de las causas principales de dependencia en pacientes geriátricos son las enfermedades crónicas no transmisibles (8),(9). En México, una publicación determinó que las enfermedades crónicas, el historial de caídas, el consumo de bebidas alcohólicas y tabaquismo, fueron factores relacionados en gran medida al deterioro funcional en ancianos. (10)

En una investigación donde la dependencia funcional predomina sobre la casuística de una unidad de geriatría, realizado en España, se determinó que la edad media de los pacientes con deterioro funcional evaluados fue de 84 años, el 64% eran mujeres, los pacientes con dependencia tenían más infecciones respiratorias e infecciones renales y en menor cantidad enfermedades cerebro- vasculares. (11)

Estos estudios nos orientan acerca de la casuística de enfermedades más frecuentes en adultos mayores, así como también la caracterización funcional y sociodemográfica en servicios de hospitalización en geriatría o emergencia, mas no hay un antecedente local específico que determine estas características en nuestro entorno.

1.2.FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿Existe asociación entre el estado cognitivo y el grado de dependencia funcional de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo? Periodo Mayo-Junio 2022?

1.3.OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre el estado cognitivo y grado de dependencia funcional de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo. Periodo Mayo-Junio 2022.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- a. Identificar las características generales de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo Periodo Mayo-Junio 2022.
- b. Conocer el estado cognitivo de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo. Periodo Mayo-Junio 2022, mediante el test de Pfeiffer
- c. Determinar el grado de dependencia funcional de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa

Inalámbrica Ilo Periodo Mayo-Junio 2022, mediante el índice de Katz

- d. Relacionar el estado cognitivo con el grado de dependencia funcional de pacientes adultos mayores atendidos en Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo Periodo Mayo - Junio 2022.

1.4.JUSTIFICACIÓN

Enfatizamos en que el progreso de las patologías crónicas está asociadas a una situación de dependencia adherido al deterioro funcional (8). Por consiguiente, los adultos mayores tendrán la necesidad de solicitar ayuda para poder ejecutar sus capacidades tales como las ABVD. (3)

El bienestar físico se ve en una persona porque cuenta con comodidades, y de igual forma por el grado de autosuficiencia e independencia que esta pueda tener (12); en la actualidad podemos ver que no se brinda la atención necesaria a los pacientes adultos mayores en general (13).

Cabe resaltar que cuando se brinda la atención en un entorno domiciliario, representa un gasto, ya sea de recursos económicos como de recursos humanos, por parte del ente asegurador, comunidad y para la familia, además que la situación de dependencia ligada al deterioro funcional, generalmente, hace que el deterioro del envejecimiento natural empeore.

Hoy en día, la atención médica se basa en dar una perspectiva orientada a ser curativa y recuperativa, pero estudios con evidencia nos demuestran que tener una orientación dirigida a dar prevención promocional es a largo plazo, una mejor opción.

Esto nos orienta a pensar que, para tener una buena calidad de vida en el proceso del envejecimiento de la comunidad, podemos orientar a esforzarnos y de esta manera tener buena estrategia de prevención en los pacientes adultos mayores, que en etapas anteriores de la vida deberían ser desarrollados (8). De esta manera para establecer una política de prevención debidamente orientada, primero debemos tener en cuenta a las enfermedades y las características en pacientes adultos mayores más frecuentemente relacionadas a deterioro funcional, para lo cual debemos tener con material validado y serio que nos oriente.

En el medio local no existen estudios similares, de tal manera, la información resultante del presente proyecto será de gran utilidad tanto para la institución en la cual se realizó el ya mencionado estudio, como para el sistema de salud local en general, de igual manera representa una importante contribución académica para la comunidad de Ilo. Se consideró importante la realización de esta investigación por estos motivos.

1.5.DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.5.1. Paciente adulto mayor

Según la OMS se define persona de edad avanzada a toda persona de 60 a 74 años de edad, de 75 a 90 años viejos o ancianos y los que mayores de 90 años grandes, viejos o longevos.(14) Sin embargo, el Ministerio de Salud denomina indistintamente al paciente adulto mayor, como toda persona mayor de 60 años y los divide en dos categorías principalmente: la primera es persona adulta mayor activa saludable, es aquella que no tiene antecedentes de riesgos, sin signos ni síntomas que atribuyen a patologías agudas, sub agudas o crónicas y con examen físico normal y la segunda es persona adulta mayor

enferma, aquella que presenta alguna afección aguda, sub aguda o crónica, en diferente grado de gravedad, generalmente no invalidante, y que no cumple los criterios de persona adulta mayor frágil o paciente geriátrico complejo (15)

1.5.2. Estado cognitivo

Es el funcionamiento a nivel intelectual, que permite al ser humano relacionarse con el medio que lo rodea, su alteración depende de factores ambientales y fisiológico, teniendo variaciones según el estado de cada geronte (16).

1.5.3. Grado de dependencia funcional

Capacidad con la que el paciente geronte realiza sus actividades básicas de manera cotidiana, es capaz de tener autonomía en la toma de decisiones y asume responsabilidades (17).

CAPÍTULO II

2. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

2.1. ANTECEDENTES DE INVESTIGACIÓN

2.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Núñez del Padro Murillo Lisa Nicole. “Deterioro cognitivo y dependencia funcional en adultos mayores” Es un estudio tipo transversal descriptivo, realizado en España en el año 2014. Se observa en los resultados que el Test de Pfeiffer detectó mayor número de pacientes con deterioro cognitivo (32.38%) comparado con el Test del Dibujo del Reloj (9.84%), asimismo, observaron que la prevalencia de dependencia funcional ascendió al 63.49% de la muestra. Evidentemente se observó una alta prevalencia de dependencia, además, una asociación significativa entre ambas variables. (18)

Vargas Maisa Liz Ivonne. “Deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria en adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor de la provincia de Tungurahua del Cantón Ambato” Se trata de un estudio descriptivo dirigido a 46 pacientes con el objetivo de asociar las ABVD con el deterioro cognitivo en adultos mayores durante el año 2017. Se usó el test Mini Mental Status Examination. Como resultado se halló que el 4% de la población estudiada presentó deterioro cognitivo moderado, el 65% deterioro cognitivo leve y el 31% restante no presentó deterioro cognitivo alguno, asimismo, solo el 17% resultó con dependencia funcional leve en las ABVD, el 83% restante eran independientes. No se logró encontrar relación entre deterioro cognitivo y limitación funcional.(19)

Cuéllar Álvarez Jesús, et al. “Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores” Realizado en México en el año 2017 Podemos observar en los resultados que el 54.8% eran independientes para realizar las ABVD, la mayor parte de la población estudiada presentaba poco funcionamiento psicológico, sin embargo, mantuvieron buena funcionabilidad. Pudieron hallar que el compromiso del estado cognitivo y psicoafectivo en adultos mayores es frecuente, además, influye en la capacidad de realizar las ABVD de manera independiente.(20)

Hernández Ramírez Magdalena, et al. “Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales” Se realizó en 2016 en dos comunidades rurales en el estado de Tlaxcala, México Las herramientas usadas fueron el índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Se apreció que la mayoría de la población (51%) no cuenta con estudios, y el restante (43.9%) indicó terminar educación primaria; 25% refiere ser campesino, 54.1% amas de casa, se observó que el 92.9% presentaron dependencia leve para realizar las ABVD y 4.1% presentaron dependencia total. Finalmente, se determinó que la edad, las enfermedades y las relaciones familiares se relacionan directamente con el grado de dependencia y de funcionalidad del adulto mayor en comunidades rurales.(21)

Camargo Hernández Katherine del Consuelo, et al. “Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia” Está orientado a una población de 165 pacientes. Usaron como herramienta el Examen Cognoscitivo Mini-Mental. El 33,3% de adultos mayores estudiados resultaron sin deterioro cognitivo, comparado con el 41,7% que presentaron deterioro cognitivo grave. Los autores indican que el nivel de escolaridad podría ser un factor de riesgo.(22)

2.1.2 ANTECEDENTES NACIONALES

Zevallos Zavaleta Ricardo Nelson. “Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima” Es un estudio correlacional realizado en el año 2018 con una muestra de 100 adultos mayores institucionalizados. Se hizo uso del índice de Barthel de ABVD, el test de minimental y el test de Yesavage. En los resultados un 86% que presenta dependencia funcional severa y 14% dependencia funcional moderada, asimismo, el 51% no presentó deterioro cognitivo, un 40 % con deterioro cognitivo moderado y un 9% con deterioro cognitivo severo, finalmente, el 61 % presentaba cuadro de depresión establecida, el 38% depresión leve y el 1% estaba libre de este cuadro clínico. No se logró encontrar asociación entre las variables. (23)

Peralta Carrasco Judith Rut. “Estado cognitivo y grado de dependencia en adultos mayores” Estudio descriptivo, transversal ejecutado en Lima en el año 2017. Con una población de 379; se hizo uso del test de Lawton Brody para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria y el Minimental State Examination para evaluar la capacidad cognitiva. Resultó que 64 pacientes (44%) presentaron algún grado de deterioro cognitivo y algún grado de dependencia, 62 pacientes (26%) con deterioro cognitivo sin dependencia, 78 pacientes (56%) sin deterioro y con algún grado de dependencia, 177 pacientes (74%) sin deterioro y sin dependencia. Se observó una relación importante entre el estado cognitivo y el grado de dependencia. (24)

Campo Torregroza Etilvia, et al. “Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado” Se realizó un estudio descriptivo cuantitativo realizado en el Hospital Naval del Callao en el año 2015. La muestra fue un total de 62 adultos mayores institucionalizados. Usaron el Minimental State Examination y Escala de Barthel para las ABVD. Observaron que el 32,4 % presentó deterioro cognitivo severo, 24,2 % deterioro

moderado, 16.2 % algún grado de deterioro menor y 27 % sin deterioro, además, sobre la capacidad de realizar las ABVD, 40.5 % eran independientes, 2.7 % presentaron dependencia leve, 43.2 % dependencia moderada y 13.5 % dependencia severa y total. Por consiguiente, los adultos mayores fueron independientes en las ABVD, no obstante, la funcionalidad cognitiva presentó mayor deterioro.(25)

Galdós López AC. “Relación entre grado del estado cognitivo y grado de dependencia en el adulto mayor hospitalizado del servicio de medicina del Hospital Regional Honorio Delgado en febrero 2016”. Estudio realizado en Arequipa en el año 2016, el objetivo fue encontrar la frecuencia del deterioro cognitivo y dependencia del adulto mayor. Participaron 136 adultos mayores. Para la valoración del estado cognitivo, se utilizó el cuestionario abreviado de Pfeiffer, la valoración funcional mediante el índice de Katz, comorbilidades, consumo de medicamentos y también variables epidemiológicas. La edad promedio fue entre 70 a 79 años de edad con el 32.35%; varones en 45.6% y mujeres 54.4%. Tuvieron solo primaria un 54.4% y el 63.2% del total tenían alguna comorbilidad asociada. El 63.2% tuvo algún grado de deterioro cognitivo y el 43.4 % presentó dependencia parcial o total. Pacientes que no tienen deterioro cognitivo tienen dependencia parcial en un 10% y solo el 5.26% de los que presentan deterioro cognitivo severo son independientes. Como conclusión la dependencia parcial se inicia sin deterioro cognitivo y la dependencia total con deterioro cognitivo leve; por otro lado, el grado de dependencia se incrementa conforme aumenta el deterioro cognitivo. (26)

2.2.MARCO TEÓRICO

El envejecimiento desde un punto de vista biológico, es la acumulación de daños moleculares y celulares a lo largo del tiempo, esto conlleva a la disminución continua de las capacidades físicas y mentales, estar expuesto a diversas patologías y a la muerte. Todo cambio no es uniforme, pero se considera relativo, cuando está vinculado con la edad de una persona en años. La Asamblea General de las Naciones Unidas ha declarado que la Década del Envejecimiento Saludable es entre el 2021 y el 2030. Esta Década tiene como finalidad promover vidas más largas y saludables, disminuir las diferencias en el ámbito de salud y que las personas mayores con respecto al estilo de vida, el de sus familiares y la comunidad a la que pertenecen tengan un cambio beneficioso. Esto se realiza mediante la unión de cuatro esferas: el cambio de la forma en que pensamos, sentimos y actuamos en base a la edad y el edadismo; el desarrollo de la comunidad a la que pertenecemos, de tal manera que se promuevan las capacidades de las personas mayores; brindar servicios de atención integrada y atención primaria de salud enfocados en la persona, para que se atiendan las necesidades de las personas mayores; y por último, ofrecer asistencia médica a las personas mayores que lo requieran. (27)

2.2.1 EPIDEMIOLOGÍA DEL ENVEJECIMIENTO

A NIVEL MUNDIAL

Las personas hoy en día, tienen mayor tiempo de vida que antes, por lo que se espera que tengan un tiempo de vida mayor o igual a los 60 años. Se calcula que la población de personas mayores de 60 años

tendrá un incremento de 34% entre los años 2020 y 2030. Actualmente, la cantidad de adultos mayores de 60 años o más es mayor a la de niños que son menores de cinco años. Sin embargo, para el 2050 se piensa que la cantidad de adultos mayores de 60 años o más va a ser mayor a la de adolescentes o jóvenes entre 15 a 24 años de edad.(27)

EN EL PERÚ

Debido que los diversos cambios demográficos que se han dado en el país durante las últimas décadas, la población está presentando constantes cambios basados en la edad y sexo. En la población peruana, el período de la senectud presenta incremento en la población adulta mayor de 5.7% en el año 1950 a 13.0% en el año 2021. Durante el segundo trimestre del año 2021, había un 39.1% de hogares en el país que tenían por lo menos una persona adulta mayor. Era de un 42.6% en el área rural y de 41.6% en Lima Metropolitana, en cuanto al resto urbano, el 35.7% estaba conformado por hogares con una persona de este grupo etario. (28)

2.2.2 VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL

La definición de Valoración Geriátrica Integral (VGI) según Domínguez Ardila y colaboradores es “un proceso diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, diseñado para identificar y cuantificar los problemas físicos, funcionales, psíquicos y sociales que pueda presentar el anciano con objeto de desarrollar un plan de

tratamiento y seguimiento de dichos problemas, así como la óptima utilización de recursos con los cuales afrontarlos”. Es importante crear una estrategia de seguimiento que permita evidenciar la utilidad de la terapéutica establecida. (29)

Tanto en el ámbito hospitalario como en la atención primaria de salud, la VGI representa la mejor opción para realizar una adecuada atención geriátrica. Con el fin de usar adecuadamente esta herramienta, es importante apoyarse tanto en los métodos clásicos (anamnesis y examen físico) como en métodos más específicos, a los que llamaremos escalas de valoración. Las escalas nos permitirán tener una comunicación más concreta entre el personal médico que ofrece atención al paciente.(30)

La VGI ha logrado demostrar ser de gran ayuda para poder detectar y hacer el diagnóstico de múltiples patologías del adulto mayor que no pudieron ser previamente reconocidos. Para aplicar una VGI de manera correcta, se necesita de tiempo y entrenamiento especializado. En términos generales, la finalidad es lograr que el paciente llegue a tener el mayor grado de funcionalidad física y mental, prevenir problemas y anticiparse a las necesidades para planificar los cuidados. (31)

Los objetivos principales son: Saber de la situación principal del paciente en todas sus dimensiones; perfeccionar la precisión diagnóstica; estimar la repercusión funcional, mental y social de la enfermedad y de los tratamientos; proponer planes de cuidados y de tratamiento integral, abarcando todas las medidas no farmacológicas y hábitos de la vida; monitorizar los cambios conseguidos,

especialmente los que serán potencialmente tratables; valorar la esperanza de vida del paciente; estimar tolerancia y beneficio de tratamientos complejos e influir en su elección; proyectar la organización del seguimiento y de los cuidados a corto, medio y largo plazo; constituir las preferencias y valores del paciente en la planificación y toma de decisiones. La VGI también ha podido demostrar ser importante en las unidades de atención domiciliaria. Se han publicado varios metaanálisis que evidencian que la atención multidimensional con visitas domiciliarias programadas es eficiente en disminuir la discapacidad y el deterioro funcional y en algunos casos la mortalidad por cualquier causa. Por otra parte, la VGI ha sido considerada como la herramienta de mayor utilidad para poder establecer el estado de salud y proporcionar la supervivencia de los pacientes mayores independientemente de la enfermedad o acumulación de patologías que presenten en la actualidad. (31)

2.2.3 VALORACIÓN CLÍNICA

La valoración clínica requiere de una correcta anamnesis, que no se diferencia del usado en la población en general, aunque, resultaría importante orientar la recolección de información a factores como: déficit auditivo, déficit visual, afasia, disartria, alteraciones cognitivas, etc. En muchos casos resulta prudente apoyarse en la información relatada indirectamente por los familiares para completar la información necesaria; el familiar debe preferentemente ser quien conviva con el paciente, caso contrario,

debe tener conocimiento de los problemas activos, fármacos que consume, hábitos alimentarios y excretorios, etcétera. (32)

Resulta importante la descripción adecuada de los síntomas del paciente para conseguir un diagnóstico más certero. Asimismo, debemos tener en cuenta que el cuadro clínico del paciente geriátrico para cada enfermedad suele ser diferente a la de los pacientes adultos comunes.

Cabe resaltar la importancia de describir los fármacos que el paciente recibe, por sus posibles reacciones adversas. En este tipo de pacientes la historia familiar de enfermedades pasa a un segundo plano, ya que, estas se hubieran expresado en una etapa anterior de la vida, por otro lado, resulta importante averiguar los antecedentes patológicos individuales.

Al momento de hacer la evaluación dirigida por aparatos y sistemas, se debe priorizar los más comúnmente afectados:

- Órganos de los sentidos
- Cardiovascular: Disnea súbita, sincopes, mareos, parestesias, edemas, dolor precordial, edemas, etcétera.
- Gastrointestinal: Pirosis, dolor epigástrico, reflujo gastroesofágico, habito intestinal, etc.
- Genitourinario: Frecuencia miccional, urgencia miccional, polaquiuria, disuria, hematuria, etcétera.
- Musculo esquelético: Debilidad muscular, mialgias, fracturas recientes, dolor articular, alteraciones de la marcha, úlceras por presión, etcétera.

- Neurológico: alteraciones de la conciencia, mareos, alteraciones de la memoria, temblores, déficit motor, etcétera. (32)

Pese a la importancia un adecuado examen físico, en ocasiones puede ser difícil de realizar en este tipo de pacientes, debido a las diferentes limitaciones que podemos encontrar en el camino, tanto físicas como mentales. No debemos olvidar incluir en el examen físico datos como el aspecto del paciente, su aseo, cuidado y otros componentes.

2.2.4 VALORACIÓN COGNITIVA

Se define como el funcionamiento de las diferentes áreas intelectuales, explora la parte cognitiva y la parte afectiva porque estas forman parte del bienestar mental. La esfera cognitiva requiere también de factores orgánicos, psicosociales, y de las patologías que involucran constitución del individuo, consumo de fármacos y modificaciones orgánicas de los sentidos. Todos estos factores de igual manera se relacionan de manera directa con la parte afectiva, con las posibles distimias que se puedan presentar, donde las alteraciones por ansiedad y depresión son las más comunes en este grupo etario. El objetivo es lograr identificar algún grado de compromiso cognitivo que pudiera afectar de algún modo la vida del paciente, así también establecer estrategias de intervención temprana. (14)

Existen diversas herramientas para poder realizar esta valoración, pero debemos elegir las que brinden información más específica y ordenada del paciente. Domínguez Ardila y colaboradores determinaron que “Aproximadamente entre el 72 y el 80% de los casos de déficit cognitivo leve puede pasar desapercibido si no se emplea algún sistema de detección”.(30) Es por esto que resulta importante el uso de herramientas de tamizaje del deterioro leve y moderado. (29)

Muchas veces en la entrevista clínica ya podemos realizar un tamizaje de depresión con el uso de escalas, la que se utiliza más en nuestro medio es la Escala de Depresión de Yesavage, que tiene dos versiones, una larga con 30 ítems y la corta de 15 ítems, que es la más recomendada para realizar el cribado, una puntuación de 0 a 5 puntos indica normalidad; entre 6 y 9, probable depresión, y más de 10, depresión. El Mini Mental State Examination de Folstein (MMSE), que es una escala de cribado que valora la orientación temporo-espacial, la memoria reciente y la fijación de la misma, la atención, cálculo, capacidad de abstracción lenguaje y praxis. Debe de hacerse un ajuste en función de la escolaridad, sin embargo, puntuaciones menores de 24 indican deterioro cognitivo. (14)

En nuestro estudio se utilizó el test de Pfeiffer para determinar e instaurar el grado del deterioro cognitivo en los adultos mayores. Esta escala evalúa algunas funciones básicas relativamente como son: memoria, orientación, atención; no detecta si hay alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución. El cuestionario consta de 10 preguntas, y se debe marcar con “1” punto por cada pregunta errada, y “0” por cada pregunta totalmente acertada. De 0

a 2 errores se considera no deterioro cognitivo; 3 o 4 errores, deterioro cognitivo leve; 5 a 7, deterioro cognitivo moderado; y 8 a 10, deterioro cognitivo severo. En las personas que tienen primaria incompleta y analfabetas se resta un punto a la suma total. Este test tiene un alfa de Cronbach de 0,88 en estudios de validación en latinos. (26)

2.2.5 DETERIORO COGNITIVO

Debemos recordar que la senectud que se desarrolla con normalidad implica deterioro cognitivo paulatino que se asocia a la edad, y enlentecimiento generalizado en el procesamiento de la información. El incremento de la población geriátrica obliga a incidir más profundamente en la clasificación de deterioro cognitivo leve y moderado. Varios autores intentaron sistematizar los factores que determinan la progresión de esta patología, encontrando pruebas cognitivas que se utilizan y la capacidad para llevar a cabo varias actividades de la vida diaria (ABVD) podrían predecir el empeoramiento de la patología mental. (33)

Son varios los factores predictores del deterioro cognitivo y del inicio de la demencia identificados hasta el momento: edad, sexo, nivel educativo, historia familiar de demencia, dificultad en memoria, problemas con la marcha o el volumen del hipocampo. Sin embargo, existen variedad de factores protectores que pueden ser utilizados para intentar frenar la aparición o evolución de esta patología: mantener un estilo de vida productivo y saludable a nivel físico, intelectual y social. (34)

2.2.6 VALORACIÓN FUNCIONAL

Domínguez Ardila y colaboradores registro que “el 25% de los mayores de 65 años y 50% de aquellos mayores de 85 años necesitan ayuda en sus actividades básicas”(30) del tal manera es relevante la acertada apreciación de la capacidad funcional en estos pacientes.

En principio la capacidad funcional se basa en tres componentes: actividades básicas de la vida diaria (AVBD), actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y actividades avanzadas de la vida diaria. (29)

Las AIVD tienen relación con las actividades que son indispensables para vivir independientemente e incorporan tres áreas:

- Labores domésticas.
- Funciones asociadas con el transporte y compras.
- Funciones cognoscitivas: Que comprende el uso del teléfono, manejo de dinero y administración de fármacos.

Al aplicar las herramientas de valoración funcional, buscamos cuantificar los diversos factores de reducción de la capacidad funcional, asimismo, se busca facilitar resultados al comparar las alteraciones en el transcurso del tiempo y relacionándolos con eventos de salud. Los resultados deben servir como guía para la toma de decisiones correctas, basadas en la capacidad funcional global y la calidad de vida, y de esta manera hacer buen uso de los recursos de salud.

Existen diversas escalas de medición y valoración funcional, aunque podríamos decir, que, dentro de estas, el índice de Barthel es el más utilizado actualmente.

Sin embargo, en este estudio se utilizó el índice de Katz, que fue creado en el año 1958 por un equipo multidisciplinar dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamin Rose Hospital (Hospital geriátrico, Ohio). Este podría ser quizás el más usado a nivel geriátrico y paliativo, aparte de ser el que se evalúa mayormente con más cuidado, accede a evaluar la conducta en seis funciones: lavarse, vestirse, usar el inodoro, moverse, continencia y alimentación. La forma jerárquica da lugar a valorar el estado funcional global de forma ordenada, comparar personas y grupos y hallar alteraciones a lo largo del tiempo. (5)

Para comprender su interpretación, se considera que es independiente al adulto mayor que no necesita que lo ayuden o utiliza la ayuda de otra persona sólo para un componente de la actividad, y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, además de guía o supervisión, para todos los componentes de la actividad; el grado intermedio de dependencia es aquella persona que “necesita de asistencia” para más de un componente, pero que puede realizar otros componentes de la actividad sin ayuda o supervisión. (32)

Si el paciente no adquiere ningún ítem positivo de dependencia, se considera independiente; si tiene de 1 a 5 ítems positivos de dependencia se considera dependiente parcial y si tiene 6 ítems positivos de dependencia, es dependiente total. El decrecimiento del

puntaje a lo largo de la vida denota deterioro. En general en la valoración de pacientes con dependencia en alto grado es verdaderamente eficaz, pero decrece su eficacia en pacientes más sanos en los que se podría subestimar si podrían llegar a necesitar ayuda. Este problema se ha intentado cambiar al realizar cambios en base a la escala inicial, abolir algunas actividades básicas (continencia o ir al servicio) y cambiándolas por actividades instrumentales (como ir de compras o utilización del transporte). Por último, la capacidad funcional valorada por el índice es independiente de la severidad de las patologías que sufre el paciente y del dolor que percibe durante su realización. (26). Su fiabilidad ha sido valorada en múltiples estudios presentando coeficientes de correlación (> 0.70) y test-retest (> 0.90) altos, siendo mayor en los pacientes menos deteriorados. (5)

2.2.7 DETERIORO FUNCIONAL

Al pasar los años se pierde gradualmente la capacidad de realizar las ABVD, así como las AIVD, que, si bien es diferente y podría ser influida por diversos factores, nos resulta útil al momento de evaluar a un paciente adulto mayor, y de esta manera dar un diagnóstico más certero y elegir una conducta terapéutica adecuada. (31)

Existen múltiples factores que pueden cambiar el estado funcional de un paciente, en el caso de los ancianos, podría ser la pluripatología que los aqueja, sin embargo, también se debe tomar en cuenta las alteraciones ambientales, problemas socioeconómicos, problemas afectivos, decrecimiento de calidad de vida, pérdida de

roles entre otros. Por lo tanto el examen de un adulto mayor debe ser minucioso, con el fin de detectar algún grado de déficit funcional, ya que esto nos orientara en la toma de decisiones y afectara directamente en el futuro de los adultos mayores y de su calidad de vida (35). Si el paciente presenta una buena capacidad funcional antes de padecer alguna patología, el pronóstico será bueno, pese a que la enfermedad represente un declive en el estado funcional basal del mismo; sin embargo, el padecimiento de patologías crónico-degenerativas, incrementa el riesgo de deterioro funcional que no es reversible.

CAPÍTULO III

3 VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

VARIABLE	DEFINICIÓN OPERACIONAL	INDICADOR	CATEGORIZACIÓN	ESCALA DE MEDICIÓN
Edad	Años Cumplidos	Ficha de recolección	Edad en Años cumplidos	Cuantitativa continua
Sexo	Género del paciente	Ficha de recolección	0 = Masculino 1 = Femenino	Cualitativa nominal
Estado civil	Condición marital del paciente	Ficha de recolección	0 = Soltero 1 = Casado / Conviviente 2 = Divorciado 3 = Viudo	Cualitativa nominal
Grado de Instrucción	Mayor nivel educativo alcanzado	Ficha de recolección	0 = Analfabeto 1 = Primaria 2 = Secundaria incompleta 3 = Secundaria completa 4 = Superior	Cualitativa ordinal

Ocupación	Situación laboral actual del paciente		0 = Trabaja 1 = No trabaja	Cualitativa ordinal
Evaluación Funcional	Grado de dependencia funcional del adulto mayor	Índice de Katz	0 = Independiente 1 = Dependiente parcial 2 = Dependiente total	Cualitativa ordinal
Evaluación cognitiva	Estado cognitivo del adulto mayor	Test de Pfeiffer	0 = No deterioro cognitivo 1 = Deterioro cognitivo leve 2 = Deterioro cognitivo moderado 3 = Deterioro cognitivo severo	Cualitativa ordinal
Antecedentes	Personales	Ficha de recolección	0 = Diabetes 1 = Hipertensión arterial 2 = Dislipidemias 3 = Osteoartritis 4 = Accidente cerebrovascular 5 = Enfermedad cardiovascular 6 = Cáncer (cérvix, mama/próstata) 7 = Tuberculosis 8 = Hosp. En el último año 9 = Transfusiones	

10 = Cirugías

11 = Accidentes

CAPÍTULO IV

4. METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 DISEÑO

Estudio observacional, analítico, de corte transversal y retrospectivo. Observacional porque se recogió información sobre la frecuencia y no supone control de ninguna variable extraña. Analítico porque se aplicó para relacionar las variables objeto de estudio mediante una prueba estadística. Transversal porque nos permitió estimar la magnitud y distribución de una enfermedad en un momento dado. Y retrospectivo porque se evalúan las variables desde un punto en el tiempo hacia atrás ya que la dependencia se desarrolló antes de la aplicación del estudio.

4.2 ÁMBITO DE ESTUDIO

La Red de Salud Ilo, consta en su organización interna de once establecimientos de salud (un hospital, cinco centros de salud y 5 puestos de salud).

El sector de Pampa Inalámbrica tiene una población total de 2395 habitantes, de los cuales 251 son adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Pampa Inalámbrica.

El Centro de Salud Pampa Inalámbrica es un establecimiento de primer nivel categoría I – 3 y que cuenta con los servicios de medicina general, odontología, psicología, crecimiento y desarrollo, farmacia y obstetricia.

El estudio se realizó en este Centro de Salud durante los meses de mayo y junio del año 2022.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por 251 pacientes adultos mayores que pertenecen al Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo, sin embargo 11 pacientes fueron excluidos según los criterios de selección y 39 pacientes no se encontraron en la vivienda consignada durante la visita domiciliaria, todos fueron evaluados durante los meses de mayo y junio del año 2022.

4.3.1 Criterios de inclusión

- Pacientes que pertenezcan al Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo.
- Mayores de 60 años.
- Pacientes que acepten participar voluntariamente en el estudio o con el consentimiento de la familia.

4.3.2 Criterios de exclusión

- Pacientes que no puedan entender el objetivo del estudio por alguna condición neurológica o psicológica.
- Pacientes que, a pesar de aceptar participar en el estudio, la familia o cuidador se niegue.
- Pacientes con alguna condición constitucional que afecte directamente su grado de dependencia (pacientes con extremidades operadas o amputadas).

4.4 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1. Índice de Katz

Procedimiento por el cual se obtiene e interpreta datos referentes al nivel de capacidad funcional de una persona, en el cual se marca con una “X” si el adulto mayor es independiente (realiza las funciones sin ayuda) o dependiente en relación a las seis funciones a ser evaluadas: Bañarse, vestirse, usar el baño, movilizarse, continencia y alimentación. Luego de la valoración se determina el Diagnóstico Funcional de la siguiente manera:

- (1) Independiente: Ningún ítem positivo de dependencia
- (2) Dependiente parcial: De 1 a 5 ítems positivos de dependencia
- (3) Dependiente total: 6 ítems positivos de dependencia

4.4.2. Test de Pfeiffer

Esta escala valora un pequeño número de funciones relativamente básicas como son: memoria, orientación, atención; debe recordarse que no detecta alteraciones leves ni cambios pequeños durante la evolución. El cuestionario abreviado de Pfeiffer consta de 10 preguntas, y se debe marcar con “1” punto por cada pregunta errada (E), y “0” por cada pregunta totalmente acertada. Se suman el número total de preguntas erradas, y luego realizamos la valoración cognitiva de la siguiente manera:

- ≤ 2 errores \rightarrow No deterioro cognitivo
- De 3 a 4 errores \rightarrow Deterioro cognitivo leve.
- De 5 a 7 errores \rightarrow Deterioro cognitivo moderado.

- De 8 a 10 errores → Deterioro cognitivo severo.

4.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El proyecto fue presentado a la Unidad de Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna, posterior a ello fue evaluado por un dictaminador institucional. Después de ello, se solicitaron los permisos respectivos a la Gerencia General del Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo para finalmente proceder a la ejecución.

Para realizar la recolección de datos se hizo uso de la técnica de entrevista y evaluación directa, ya que con el apoyo del personal del centro de salud se citaba a los pacientes o se agendaba visitas para dicha evaluación, cabe recalcar que la evaluación se realizó con todas las precauciones debido a la coyuntura actual (pandemia de COVID – 19), y que el centro de salud proporcionó los equipos de protección personal, ya que se asistía al domicilio con un personal de dicha institución. Se utilizó la ficha de evaluación integral del adulto mayor (VACAM) (Anexo N°01).

En el año 2006 el Ministerio de Salud aprobó la norma técnica de salud para la atención integral de salud en las personas adultas mayores la cual se debe aplicar en los establecimientos del Ministerio de Salud a nivel nacional. Dicha norma técnica cuenta como población objetivo a las personas mayores de 60 años y usa como instrumento para lograr un enfoque integral: el formato de la historia clínica del adulto mayor, que logra este propósito mediante la Valoración Clínica del Adulto Mayor (VACAM).

La Valoración Clínica del Adulto Mayor permite el diagnóstico multidimensional e interdisciplinario, el cual mide las capacidades y problemas físicos, mentales y sociales; lo cual permitiría elaborar un plan de atención

integral. La aplicación de la VACAM inicial concluye que el adulto mayor se encuentra sano, presenta factores de riesgo o tiene alguna afección o daño.

4.6. ASPECTOS ÉTICOS

El proyecto se presentó al Comité de Ética e Investigación de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Privada de Tacna. Los datos personales de los pacientes serán custodiados por el investigador principal y la información recolectada será manejada de manera anónima y se protegerá los datos de los pacientes de acuerdo a la Declaración de Helsinki. Mencionar que todos los participantes empadronados en el programa aceptaron participar. (ANEXO N°03)

CAPÍTULO V

5. PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS

Luego de recolectados los datos se utilizó el programa Microsoft Excel versión para Windows 2021, para la creación de una hoja de cálculo. Una vez terminado este proceso se utilizó del programa SPSS v.28 para el análisis estadístico univariado y bivariado de las variables, mediante las pruebas estadísticas de asociación.

Los resultados obtenidos fueron presentados mediante tablas, utilizando frecuencias absolutas y relativas para las variables cualitativas y mediana y rango intercuartílico para la variable edad (también un gráfico de cajas). Se utilizó la prueba exacta de Fisher y Chi cuadrado (de acuerdo a la evaluación por supuestos estadísticos) para evaluar la asociación entre las variables del estudio, considerando significativo un valor p menor a 0,05.

RESULTADOS

Tabla 1. Características generales de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Periodo Mayo-Junio 2022.

Características generales		
Sexo	n	%
Masculino	94	46,8
Femenino	107	53,2
Grado de instrucción		
Analfabeto	33	16,4
Primaria	28	13,9
Secundaria incompleta	74	36,8
Secundaria completa	39	19,4
Superior	27	13,4
Estado civil		
Soltero	132	65,7
Casado/Conviviente	47	23,4
Divorciado	11	5,5
Viudo	11	5,5
Ocupación		
Trabaja	128	63,7
No trabaja	73	36,3
Edad*	64	62 – 69
Total	201	100,0

*Variable expresada en mediana y rango intercuartílico.

La población estudiada fue en un 53,2% mujeres y el 46,8% varones; en cuanto al grado de instrucción, el 16,4% eran analfabetos, el 13,9% estudiaron hasta primaria, el 36,8% secundaria incompleta, el 19,4% secundaria completa y el 13,4% tenían algún estudio superior. En cuanto al estado civil, el 65,7% eran solteros, el 23,4% casados o convivientes, el 5,5% manifestó ser o divorciado o viudo; finalmente el 63,7% trabaja y el 36.3% no trabaja.

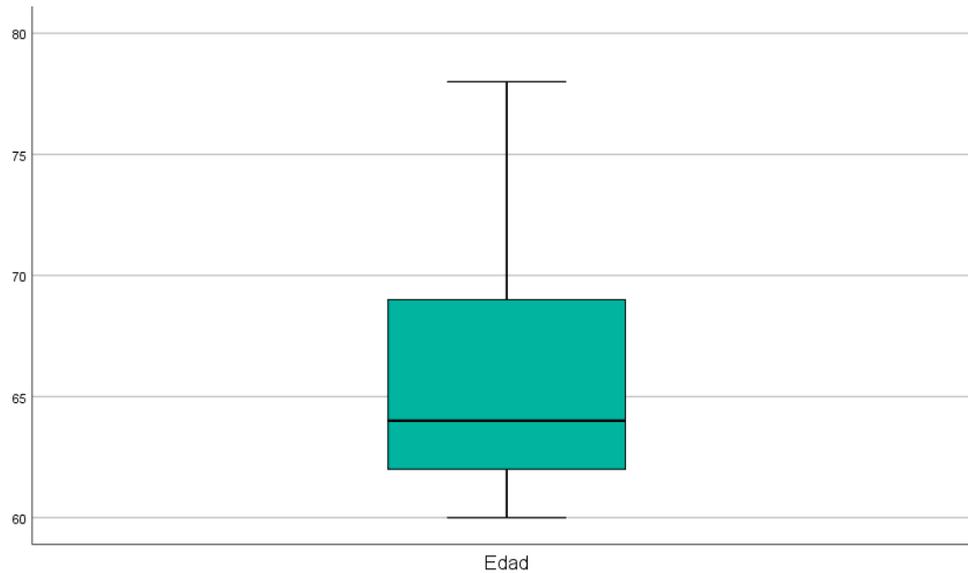


Gráfico 1. Distribución de la edad de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Periodo Mayo-Junio 2022.

La mediana de la edad fue de 64 años con un rango intercuartílico de 62 a 69 años y con valores extremos de 60 hasta 78 años.

Tabla 2. Valoración clínica de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Periodo Mayo- Junio 2022.

Valoración clínica del adulto mayor		
	n	%
Valoración funcional (Índice de Katz)		
Independiente	185	92,0
Dependiente parcial	16	8,0
Estado cognitivo (Test de Pfeiffer)		
Sin deterioro cognitivo	168	83,6
Deterioro cognitivo leve	32	15,9
Deterioro cognitivo moderado	1	0,5
Estado afectivo (Escala abreviada de Yesavage)		
Sin manifestaciones depresivas	69	34,3
Con manifestaciones depresivas	132	65,7
Valoración socio-familiar (de Gijón)		
Existe riesgo social	3	1,5
Existe problema social	198	98,5
Total	201	100,0

Respecto a la valoración funcional, el 92% resultó como independiente y el 8,0% como dependiente parcial; en cuanto al estado mental el 83,6% no tenía deterioro cognitivo, el 15,9% deterioro cognitivo leve y sólo el 0,5% deterioro cognitivo moderado; respecto al estado afectivo el 34,3% no tenía manifestaciones depresivas y el 65,7% si las tenía; finalmente en el 1,5% de los casos existía riesgo social y en el 98,5% de los casos existía problema social.

Tabla 3. Distribución del estado funcional según el estado mental de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Período Mayo-junio 2022.

Evaluación funcional	Estado mental						Total	
	Sin deterioro cognitivo		Deterioro cognitivo leve		Deterioro cognitivo moderada			
	n	%	N	%	n	%	N	%
Independiente	155	83,8	29	15,7	1	0,5	185	100,0
Dependiente parcial	13	81,3	3	18,8	0	0,0	16	100,0
Total	168	83,6	32	15,9	1	0,5	201	100,0

χ^2 : 1,21; p = 0,74

Utilizando el Test de Pfeiffer y el Índice de Katz, de los participantes que fueron independientes, el 83,8% no tuvieron deterioro cognitivo, el 15,7% deterioro cognitivo leve y sólo el 0,5% deterioro cognitivo moderado; los pacientes con dependencia parcial el 81,3% no tuvieron deterioro cognitivo y el 18,8% deterioro cognitivo leve.

Al evaluar la asociación entre las variables, no encontramos significancia estadística.

Tabla 4. Distribución de antecedentes personales de pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo Periodo Mayo – Junio 2022.

Antecedentes	n	%
Personales		
Hipertensión arterial	68	33,8
Diabetes mellitus tipo 2	149	74,1
Dislipidemia	65	32,3
Osteoartritis	32	15,9
Accidente cerebrovascular	11	5,5
Enfermedad cardiovascular (infarto, arritmia)	23	11,4
Cáncer (cérvix/mama, próstata)	8	4,0
Tuberculosis	19	9,5
Hospitalizaciones en el último año	22	10,9
Cirugías	18	9,0
Transfusiones	6	3,0
Accidentes	4	2,0

En base a los antecedentes personales, el que tiene mayor porcentaje es Diabetes mellitus tipo 2 con 74,1%, hipertensión arterial con 33,8%, dislipidemia en 32,3%, osteoartritis 15,9%, enfermedad cardiovascular 11,4%, hospitalizaciones en el último año 10,9%, tuberculosis 9,5%, cirugías 9,0%, accidente cerebrovascular 5,5%, cáncer 4.0%, transfusiones 3,0% y accidentes 2,0%.

Tabla 5. Distribución de antecedentes personales según la evaluación funcional de los pacientes adultos mayores

Antecedentes personales	Evaluación funcional				Total	
	Independiente		Dependiente parcial		N	%
	n	%	n	%		
HTA*	55	80,9%	13	19,1%	68	100,0
DM2*	143	96%	6	4%	149	100,0
Dislipidemia*	51	78,5%	14	21,5%	65	100,0
ACV*	0	0,0%	11	100,0%	11	100,0
ECV*	13	56,5%	10	43,5%	23	100,0
Cirugías	16	88,9%	2	11,1%	18	100,0
Accidentes	3	75,0%	1	25,0%	4	100,0

*Comorbilidades que resultaron con significancia estadística en relación a la evaluación funcional

Los pacientes con antecedente personal de HTA fueron en un 80,9% independientes y 19,1% dependientes parciales ($p < 0,001$); los que tenían DM2 el 96% era independiente y el 4% dependiente parcial ($p < 0,001$); el 78,5% de los que tenían dislipidemias eran independientes y el 21,5% dependientes parciales ($p = 0,014$); los que sufrieron un ACV (accidente cerebrovascular) el 100% eran dependientes parciales ($p < 0,001$); los que tenían una ECV (enfermedad cardiovascular) el 56,5% eran independientes y el 43,5% dependientes parciales ($p < 0,001$).

Respecto a las cirugías 88,9% era independiente y 11,1% dependiente parcial; en accidentes 75,0% independiente y 25,0% dependiente parcial. Sin embargo, ninguno mostró una relación estadísticamente significativa con la variable estado funcional, aplicando el test exacto de Fisher.

DISCUSIÓN

El abordaje multidisciplinario de la atención integral que requiere el adulto mayor se ha ido con el paso de los años implementando de la mejor manera; sin embargo, en nuestro medio aún está en vías de un adecuado manejo y entendiendo que, como todos los demás grupos etarios, la prevención y finalmente el seguimiento es la mejor arma para un correcto control de las enfermedades. Es por ello, que ahora con la apertura de programas estas actividades se han hecho de una mejor logística.

El presente trabajo de investigación se centra justamente en poder utilizar estas herramientas y analizar en un periodo determinado las relaciones posibles o probables de las variables medidas. Se trabajó con 201 pacientes pertenecientes al programa del adulto mayor del Centro de Salud Pampa Inalámbrica. Esta población es mayor a la de los trabajos de Zeballos Zabaleta (23), Vargas Maisa (19), Campo Torregroza (25), similar a la reportada por Camargo Hernández (22), pero inferior a la del trabajo de Peralta Carrasco (24).

La población estudiada estuvo comprendida en más de la mitad por mujeres, casi un 40% con secundaria incompleta y sólo uno de cada diez participantes con estudios superiores; dos terceras partes eran solteros y la tercera parte no trabajaba. La edad promedio era de 64 años. Estos datos también fueron reportados en el estudio de Hernández Ramírez (21), donde la mayor parte de la población también fueron mujeres; sin embargo, en este caso la mitad de la población no tenía estudios de ningún tipo y la otra mitad apenas manifestaba haber estudiado primaria; además, más de la mitad de la población estudiada no trabajaba.

Es importante mencionar los antecedentes personales que presentó la población estudiada, siete de cada diez eran diabético, la tercera parte hipertenso y/o con alguna dislipidemia, uno de cada diez con enfermedad cardiovascular o tenía osteoartritis y similar cantidad tienen o tuvieron tuberculosis. Además, Cerca del 10% de los

participantes manifestó haber estado hospitalizado y/o haber tenido alguna intervención quirúrgica. Sin embargo, otros trabajos consultados similares a esta investigación no reportaron estos importantes aspectos que, en un análisis más profundo de las variables inmersas, serían variables confusoras mínimamente.

Además, de las comorbilidades evaluadas, el antecedente personal de hipertensión arterial, diabetes mellitus tipo 2, dislipidemia, accidente cerebro vascular o enfermedad cardiovascular resultaron significativas al momento de confrontarlas con la valoración funcional. Sin embargo, no fueron significativas con la variable estado cognitivo.

En la presente investigación se utilizaron los formatos recomendados por el Ministerio de Salud para la evaluación integral del adulto mayor (VACAM), que comprende tanto la evaluación funcional, así como la evaluación del estado mental, afectivo y social. Es así que, según estas escalas, uno de cada diez participantes tiene dependencia parcial, ninguno dependencia total; esto dista mucho de los resultados que reportan autores como Zeballos Zabaleta (23), con el 86% de su población en dependencia funcional severa, Núñez del Prado (18) con el 63% de su población en dependencia funcional moderada y Hernández Ramírez con el 92% de su población con dependencia funcional leve (21); estudios que hayan obtenido resultados con mayor tasa de independencia funcional como el nuestro son los de Vargas Maisa (19) con el 83%, Peralta Carrasco (24) con el 74% aunque esto es reportado en relación también a los que no presentaron deterioro cognitivo (igualmente similar a nuestro hallazgo comentado más adelante) y Cuéllar Álvarez (20) aunque aquí fue poco más de la mitad de población con este resultado. También en el presente trabajo se reporta que más del 80% de la población no presentó deterioro cognitivo, que poco más del 15% presentan deterioro cognitivo leve; las dos terceras partes presentan manifestaciones depresivas y más del 95% tiene un problema social instaurado.

Esto es similar a lo que indica Zeballos Zabaleta (23) quien encontró que el 51% de su población no presentaba deterioro cognitivo, pero en el mismo estudio contrarios son los resultados del 40% con deterioro cognitivo moderado; luego encontramos que los

estudios realizados por Vargas Maisa (19), Campo Torregroza (25) y Camargo Hernández (22) reportan que la tercera parte de su población no presentó deterioro cognitivo, contrastando evidentemente lo que se encontró en este trabajo de investigación. Mención aparte merece el trabajo de Cuéllar Álvarez (20) que, así como este menciona que los adultos mayores presentan frecuente compromiso de la esfera psicoafectiva, aunque no lo analiza de manera más profunda. Un aporte importante de este trabajo también es su análisis del ámbito social del adulto mayor, que otros trabajos no abordan.

En la presente investigación resulta particular que no se encontraron adultos mayores con dependencia total o deterioro cognitivo severo (moderado en el 0,5%); sin embargo, Zevallos Zabaleta (23), Vargas Maisa (19), Peralta Carrasco (24) y Campo Torregroza (25) reportan estos datos con valores que van desde la tercera parte de la población estudiada hasta el 85% de los casos en ambas variables.

Existen algunas limitaciones que deben tenerse en cuenta al interpretar los hallazgos de este estudio. En primer lugar, todos los resultados fueron obtenidos de información brindada por el paciente adulto mayor, lo que podría provocar un sesgo de recuerdo ya que algunas preguntas evocaban eventos pasados. En segundo lugar, este fue un estudio transversal, por lo que no se pudo observar el cambio temporal y la trayectoria de la intervención que se podría realizar en los participantes. En tercer lugar, es posible que los hallazgos del estudio no se puedan generalizar a otras poblaciones ya que, no todos los adultos mayores están inmersos en un programa. En cuarto lugar, el estudio sólo se basó en los datos obtenidos por los formatos preestablecidos del programa. En quinto lugar, el Índice de Katz, en tareas dependientes de las extremidades superiores tiene escasa sensibilidad al cambio, su eficacia disminuye en pacientes más sanos en los que se subestima la necesidad de ayuda y la capacidad funcional que valora es independiente de la severidad de las enfermedades que sufre el paciente y del dolor percibido en su realización. Por último, el test de Pfeiffer, no detecta deterioros leves ni cambios pequeños en la evolución del estado cognitivo.

Finalmente, hay que mencionar que el análisis de estas comparaciones hechas podríamos asumir de que se necesita más que un análisis bivariado para poder explicar los problemas que se presentan en etapas finales de la vida; sin embargo, los objetivos del estudio se centraron en buscar la relación entre estas variables.

CONCLUSIONES

1. La población estudiada fue en un 53,2% mujeres, 16,4% eran analfabetos, 36,8% secundaria incompleta y 13,4% tenían algún estudio superior. En cuanto al estado civil, el 65,7% era soltero y el 63,7% trabajaba. Finalmente, en el 98,5% existía problema social y el 74,1% tiene Diabetes mellitus tipo 2 como antecedente personal.
2. En cuanto al estado mental el 83,6% no tenía deterioro cognitivo, el 15,9% deterioro cognitivo leve y sólo el 0,5% deterioro cognitivo moderado, no hubo ningún participante con deterioro cognitivo grave.
3. Respecto al estado funcional, el 92% resultó como independiente y el 8% como dependiente parcial.
4. Dentro de la evaluación y el análisis bivariado se puede concluir que no existe asociación estadísticamente significativa entre el estado funcional y el deterioro cognitivo de los adultos mayores del Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo.
5. Como hallazgos adicionales el 98,5% de adultos mayores tiene problema social y dentro de los antecedentes personales, Diabetes Mellitus tipo 2 con 74,1%.

RECOMENDACIONES

1. Es necesario estandarizar la evaluación integral del adulto mayor y analizar los resultados de las intervenciones no sólo por indicadores sino considerando también las diferentes patologías y si es que se evidencia apoyo familiar.
2. Toda población de adultos mayores en la comunidad, debería pertenecer a algún programa que se preocupe por tener registros y no esperar en el primer nivel que el paciente llegue a la consulta.
3. Se deberían implementar estudios a largo plazo en donde una vez captado el paciente se pueda evaluar su desarrollo durante esta etapa de la vida; de esta manera se podría demostrar la importancia de no sólo tener identificada a la población en grupos de edad sino también reforzaría la importancia de que estén en programas a cargo de los centros de salud. De igual manera, se debería dar seguimiento continuo a los adultos mayores con comorbilidades, incluyéndolos en el programa de DNT (Daños no transmisibles).

BIBLIOGRAFÍA

1. Miralles PM, Ayuso DMR. Actividades de la vida diaria [Internet]. Masson; 2006 [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=357503>
2. Meléndez JC, Tomás JM, Navarro E. Actividades de la vida diaria y bienestar y su relación con la edad y el género en la vejez. *An Psicol.* 2011;27(1):164-9.
3. Seco VRM, Cantero EG, Redondo LP, Blázquez CL. Guía para cuidadores de enfermos terminales: manejo de los síntomas más frecuentes en Cuidados Paliativos. *Med Paliativa.* 2002;9(2):60-4.
4. Millas Ros J, Hasson N, Aguiló Pérez M, Lasagabaster Orobengoa I, Muro Gorostegui E, Romero Iturralde O. Programa de atención social domiciliaria sobre la atención a los cuidados paliativos en el País Vasco. *Experiencia Saiatu. Med Paliativa.* 1 de enero de 2015;22(1):3-11.
5. María Trigás-Ferrín, Lucía Ferreira-González, Héctor Meijide-Míguez. Escalas de valoración funcional en el anciano. 2011.
6. Vicuña MN, Cabello JT, Sales JP, Farre CN, Naval CP. Evaluación funcional en Cuidados Paliativos: correlación entre diferentes escalas. *Med Paliativa.* 2006;13(3):125-31.
7. Holwerda TJ, Schoevers RA, Dekker J, Deeg DJH, Jonker C, Beekman ATF. The relationship between generalized anxiety disorder, depression and mortality in old age. *Int J Geriatr Psychiatry.* marzo de 2007;22(3):241-9.
8. Cruz Ortiz M, Pérez Rodríguez M del C, Jenaro Río C, Torres Hernández EA, Cardona González EI, Vega Córdova V. Discapacidad, cronicidad y envejecimiento: la emergencia del cuidado ante la dependencia. *Index Enferm.* junio de 2017;26(1-2):53-7.
9. Prevención de enfermedades crónicas, clave para adultos mayores independientes y saludables | Sitio Web «Acercando el IMSS al Ciudadano» [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202001/038>
10. de León González ED, Pérez HET, Hermosillo HG, Rodríguez JAC, Torres G. Fragilidad y su asociación con mortalidad, hospitalizaciones y dependencia funcional en mexicanos de 60 años o más. *Med Clin (Barc).* 28 de abril de 2012;138(11):468-74.

11. González-Guerrero JL, Alonso-Fernández T, Gálvez N, García-Mayolín N. Influencia de la dependencia funcional en la casuística de una unidad de geriatría. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de mayo de 2008;43(3):139-45.
12. Quinatoa Quinatoa SP. “Atención de enfermería para el mejoramiento del bienestar físico y social del adulto mayor en el hogar de ancianos «Sagrado Corazón de Jesús» de Ambato”. 1 de abril de 2018 [citado 1 de septiembre de 2022]; Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/27661>
13. Apaza Pino R, Sandival-Ampuero GA, Runzer-Colmenares FM. Calidad de servicio a pacientes en consultorio externo de geriatría de un hospital de la seguridad social: un estudio cualitativo. *Horiz Méd Lima*. octubre de 2018;18(4):50-3.
14. Wanden-Berghe C, Wanden-Berghe C. Valoración geriátrica integral. *Hosp Domic*. junio de 2021;5(2):115-24.
15. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2010;01:40.
16. Cristina Alexandra Benavides-Caro. Deterioro cognitivo en el adulto mayor. 2019;Vol. 40.(No. 2):6.
17. Milla Halanocca EJ, Alor Salas RL. Grado de dependencia y la calidad de vida de los pacientes adultos mayores del Hospital Naval – Callao, 2019. 2020 [citado 1 de septiembre de 2022]; Disponible en:
<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/8130>
18. Núñez del Prado Murillo Lisa Nicole. Deterioro cognitivo y dependencia funcional en adultos mayores. Univ San Martín Porres – USMP [Internet]. 2014 [citado 3 de abril de 2020]; Disponible en:
<http://repositorio.usmp.edu.pe/handle/usmp/2243>
19. Vargas Maisa Liz Ivonne. Deterioro cognitivo y autonomía de la vida diaria en adultos mayores del centro de atención integral del adulto mayor de la provincia de Tungurahua del cantón Ambato. 1 de febrero de 2017 [citado 3 de abril de 2020]; Disponible en:
<https://repositorio.uta.edu.ec:8443/jspui/handle/123456789/24810>
20. Cuellar Álvarez Jesús, et al. Evaluación del estado psicoafectivo, funcional y cognitivo en adultos mayores. México [Internet]. 2018 [citado 3 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=85913>

21. Hernández Ramirez Magdalena, et al. Valoración de la funcionalidad y dependencia del adulto mayor en áreas rurales. Tlaxcala México [Internet]. 15 de marzo de 2017 [citado 3 de abril de 2020]; Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=70714>
22. Camargo Hernández Katherine del Consuelo, et al. Grado de deterioro cognitivo de los adultos mayores institucionalizados en dos hogares para ancianos del área metropolitana de Bucaramanga - Santander, Colombia. Univ Salud. agosto de 2017;19(2):163-70.
23. Zevallos Zavaleta Ricardo Nelson. Dependencia funcional, deterioro cognitivo leve y depresión en ancianos institucionalizados de la ciudad de Lima. Univ César Vallejo [Internet]. 2018 [citado 3 de abril de 2020]; Disponible en: <http://repositorio.ucv.edu.pe/handle/UCV/22418>
24. Peralta Carrasco Judith Rut. Estado cognitivo y grado de dependencia en adultos mayores [Internet]. Lima. Facultad de Medicina; 2017 [citado 3 de abril de 2020]. Disponible en: <https://cdigital.uv.mx/>
25. Campo Torregroza Etilvia, et al. Funcionamiento cognitivo, autonomía e independencia del adulto mayor institucionalizado. Lima - Callao 26 de febrero de 2019 [citado 3 de abril de 2020];34(4). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03192018000400005
26. Galdos López, Ana Cecilia. Relación entre grado del estado cognitivo y grado de dependencia en el adulto mayor hospitalizado del servicio de Medicina del HRHD en Febrero 2016. Univ Nac San Agustín Arequipa [Internet]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/handle/UNSA/3461>
27. Envejecimiento y salud [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
28. Dante Carhuavilca Bonett Jefe del INEI. Situación de la Población adulta mayor. septiembre de 2021;(No 03). Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/boletin_adulto_mayor_1.pdf
29. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. Aten Fam. 2014;21(1):20-3.
30. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Valoración geriátrica integral. Aten Fam. Enero de 2014;21(1):20-3.

31. Elisabet Sánchez García¹; Beatriz Montero Errasquin¹; Alfonso Cruz-Jentoft. Actualización en valoración geriátrica integral. 30 de abril de 2020;
32. JAIME MAÑALICH MUXI. Manual de geriatría para médicos. 2019; Disponible en: https://www.minsal.cl/wp-content/uploads/2019/08/2019.08.13_MANUAL-DE-GERIATRIA-PARA-MEDICOS.pdf
33. Sánchez Gil IY, Pérez Martínez VT. El funcionamiento cognitivo en la vejez: atención y percepción en el adulto mayor. Rev Cuba Med Gen Integral. junio de 2008;24(2):0-0.
34. López ÁG, Calero MD. Predictores del deterioro cognitivo en ancianos. Rev Esp Geriatría Gerontol. 1 de julio de 2009;44(4):220-4.
35. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. 2010;vol 1. Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3132.pdf>

FORMATO DE ATENCION INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR

 FECHA día mes año
Nº
DATOS GENERALES

Apellidos	Nombres	Sexo: M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/>	Edad: <input type="text"/>
		F Nac: <input type="text"/>	
Lugar de Nacimiento:	Procedencia:	Grupo sanguíneo	Rh
Gº de Instrucción	Estado civil	Ocupación	
Domicilio	Teléfono		
Familiar o cuidador responsable :			

ANTECEDENTES

	ANTECEDENTES PERSONALES			ANTECEDENTES FAMILIARES	
	SI	NO		SI	NO
Hipertensión Arterial	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hepatitis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Tuberculosis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dislipidemias (Colesterol Alto)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Hospitalizado el último año	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osteoartritis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Transfusiones	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ACV (Demencia Cerebral)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Intervención Quirúrgica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Enfermedad Cardiovascular (Infarto, Arritmia, ICC)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Accidentes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Cáncer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
♀ Cáncer de cervix / mama	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
♂ Cáncer de próstata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			

Descripción de antecedentes y otros: _____

Medicamento de uso frecuente			
No.	Nombre	Dosis	Observaciones

REACCION ADVERSA A MEDICAMENTOS NO SI Cuál?

VALORACION CLINICA ADULTO MAYOR - VACAM

I. VALORACIÓN FUNCIONAL		Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD)			
KATZ		Dependiente	Independiente	DIAGNÓSTICO FUNCIONAL	
1. Lavarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	INDEPENDIENTE (1) DEPENDIENTE PARCIAL (2) DEPENDIENTE TOTAL (3)	
2. Vestirse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
3. Uso del Serv. Higiénico	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>		
4. Movilizarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(1) Ningún ítem positivo de dependencia	
5. Continencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(2) De 1 a 5 ítems positivo de dependencia	
6. Alimentarse	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(3) 6 ítems positivos de dependencia	

 APELLIDOS Y NOMBRE: Nº

II. VALORACION MENTAL

2.1 ESTADO COGNITIVO (Pfeiffer) Colocar 1 punto por cada error

¿Cuál es la fecha de Hoy? (día, mes año)	<input type="text"/>	<p>VALORACION COGNITIVA</p> <p>NORMAL <input type="checkbox"/></p> <p>DC LEVE <input type="checkbox"/></p> <p>DC MODERADO <input type="checkbox"/></p> <p>DC SEVERO <input type="checkbox"/></p> <p>DC-Deterioro-Cognitivo</p> <p>Nota: Colocar un punto por cada error. Nivel educativo bajo: se admite 1 error más, Nivel educativo alto : se admite un error menos. DC = Deterioro cognitivo, E= errores. - No Deterioro Cognitivo : ≤ 2 E; - Deterioro Cognitivo Leve : 3 a 4 E - Deterioro Cognitivo Moderado : 5 a 7 E - Deterioro Cognitivo Severo : 8 a 10 E</p>
¿Qué día de la semana?	<input type="text"/>	
¿En que lugar estamos? (vale cualquier descripción correcta del lugar)	<input type="text"/>	
¿Cuál es su número de teléfono? Si no tiene	<input type="text"/>	
¿Cuál es su dirección completa?	<input type="text"/>	
¿Cuántos años tiene?	<input type="text"/>	
¿Dónde nació?	<input type="text"/>	
¿Cuál es el nombre del presidente del Perú?	<input type="text"/>	
¿Cuál es el nombre del anterior presidente del Perú?	<input type="text"/>	
Dígame el primer apellido de su madre	<input type="text"/>	

Restar de 3 en 3 desde 30 (cualquier error hace errónea la respuesta)

2.2 ESTADO AFECTIVO (Escala abreviada de Yesavage)

¿Está satisfecho con su vida?	<input type="checkbox"/> NO	<p>Colocar una marca (X) correspondiente</p>	<p>SIN MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (0 - 1 marca)</p> <input type="text"/>
¿Se siente impotente o indefenso?	<input type="checkbox"/> SI		<p>CON MANIFESTACIONES DEPRESIVAS (2 ó más marcas)</p> <input type="text"/>
¿Tiene problemas de memoria?	<input type="checkbox"/> SI		
¿Siente desgano o se siente imposibilitado respecto a actividades e intereses?	<input type="checkbox"/> SI		

III. VALORACION SOCIO-FAMILIAR

<p>Pts 1. SITUACIÓN FAMILIAR</p> <p>1 Vive con familia, sin conflicto familiar</p> <p>2 Vive con familia, presenta algún grado de dependencia física/psíquica</p> <p>3 Vive con cónyuge de similar edad</p> <p>4 Vive solo y tiene hijos con vivienda próxima</p> <p>5 Vive solo y carece de hijos o viven lejos (interior del país o extranjero)</p>	<p>Pts 2. SITUACIÓN ECONÓMICA</p> <p>1 Dos Veces el Salario mínimo vital</p> <p>2 Menos de 2, pero más de 1, salarios mínimos vitales</p> <p>3 Un Salario mínimo vital</p> <p>4 Ingreso irregular (menos del mínimo vital)</p> <p>5 Sin pensión, sin otros ingresos</p>
<p>Pts 3. VIVIENDA</p> <p>1 Adecuada a las necesidades</p> <p>2 Barreras arquitectónicas en la vivienda (pisos irregulares, gradas, puertas estrechas.)</p> <p>3 Mala conservación, humedad, mala higiene, equipamiento inadecuado (baño incompleto).</p> <p>4 Vivienda semi construida o de material rústico</p> <p>5 Asentamiento humano (Invasión) o sin vivienda</p>	<p>Pts 4. RELACIONES SOCIALES</p> <p>1 Mantiene relaciones sociales en la comunidad Relación social sólo con familia y vecinos</p> <p>2 Relación social solo con la familia</p> <p>3 No sale del domicilio pero recibe visitas de familia</p> <p>4 No sale del domicilio y no recibe visitas</p>
<p>Pts 5. APOYO DE LA RED SOCIAL (MUNICIPIO, CLUBES, ONG, SEGURO SOCIAL VIVIENDA)</p> <p>1 No necesita apoyo</p> <p>2 Requiere apoyo familiar o vecinal</p> <p>3 Tiene seguro, pero necesita mayor apoyo de este o voluntariado social</p> <p>4 No cuenta con Seguro Social</p> <p>5 Situación de abandono familiar</p>	<p>VALORACION SOCIOFAMILIAR</p> <p><input type="checkbox"/> Buena/aceptable situación social</p> <p><input type="checkbox"/> Existe riesgo social</p> <p><input type="checkbox"/> Existe problema social</p> <p>5 a 9 pts : Buena/aceptable situación social, 10 a 14 pts : Existe riesgo social, ≥15 pts : Existe problema social</p>

APELLIDOS Y NOMBRES: **Nº**

ANEXO N°02: Tablas complementarias

Tabla 6. Distribución de antecedentes familiares de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Periodo Mayo – Junio 2022.

Antecedentes familiares	n	%
Tuberculosis	18	9,0
Hipertensión arterial	48	23,9
Diabetes mellitus 2	66	32,8
Infarto agudo de miocardio	10	5,0
Demencia	10	5,0
Cáncer	16	8,0

De los pacientes con antecedentes familiares en orden decreciente, Diabetes mellitus 2 con 32,8%, Hipertensión arterial 23,9%, Tuberculosis 9,0%, Cáncer 8,0%, Infarto agudo de miocardio y Demencia 5,0% en ambos casos.

Tabla 7. Distribución de las categorías de la valoración funcional de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Periodo Mayo-Junio 2022.

Valoración funcional		
	n	%
Lavarse		
Independiente	190	94,5
Dependiente	11	5,5
Vestirse		
Independiente	190	94,5
Dependiente	11	5,5
Uso del servicio higiénico		
Independiente	198	98,5
Dependiente	3	1,5
Movilizarse		
Independiente	187	93,0
Dependiente	14	7,0
Continencia		
Independiente	199	99,0
Dependiente	2	1,0
Alimentarse		
Independiente	199	99,0
Dependiente	2	1,0
Total	201	100,0

En cuanto a la valoración funcional, para lavarse el 94,5% era independiente y 5,5% dependiente; para vestirse el 94,5% independiente y 5,5% dependiente, en cuanto al uso del servicio higiénico 98,5% era independiente y 1,5% dependiente; para movilizarse 93,0% era independiente y 7,0% dependiente, en continencia 99,0% independiente y 1,0% dependiente y finalmente para alimentarse 99,0% independiente y 1,0% dependiente

Tabla 8. Distribución del estado funcional según el estado afectivo de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Período Mayo-Junio 2022.

Evaluación funcional	Estado afectivo				Total	
	Sin manifestaciones depresivas		Con manifestaciones depresivas			
	n	%	n	%	n	%
Independiente	64	34,8	121	65,2	185	100,0
Dependiente parcial	5	31,3	11	68,8	16	100,0
Total	69	34,5	132	65,5	201	100,0

χ^2 : 0,081; p = 0,77

De los pacientes independientes el 34,8% no tenían manifestaciones depresivas y el 65,2% si las tenía; de los dependientes parciales el 31,3% no tenían manifestaciones depresivas y el 68,8% estaban con manifestaciones depresivas.

Al evaluar la asociación con la prueba Exacta de Fisher, no se encontró significancia estadística.

Tabla 9. Distribución del estado funcional según el aspecto social de los pacientes adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Pampa Inalámbrica – Ilo Período Mayo – Junio 2022.

Evaluación funcional	Aspecto social				Total	
	Existe riesgo social		Existe problema social		n	%
	n	%	n	%		
Independiente	2	1,1	183	98,9	185	100,0
Dependiente parcial	1	6,3	15	93,8	16	100,0
Total	3	1,5	198	98,5	201	100,0

X^2 : 2,68; p = 0,102

Los pacientes calificados como independientes tuvieron riesgo social en el 1,1% de los casos y problema social en el 98,9%; los dependientes parciales tuvieron riesgo social en el 6,3% de los casos, y problema social en el 93,8% de los casos.

Al evaluar con la prueba de chi cuadrado, no encontramos asociación estadísticamente significativa entre las variables.

ANEXO N°03: Consentimiento Informado

**CONSENTIMIENTO DE PARTICIPACIÓN EN EL ESTUDIO “ESTADO
COGNITIVO Y GRADO DE DEPENDENCIA DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES ATENDIDOS EN EL CENTRO DE SALUD PAMPA
INALAMBRICA ILO”**

Mi nombre es Karen Escate Sandoval, bachiller de Medicina Humana; y para obtener mi Título Profesional de Médico Cirujano, estoy ejecutando un trabajo acerca del estado cognitivo y grado de dependencia del adulto mayor atendido en este Centro de Salud Pampa Inalámbrica.

Usted ha sido considerado a formar parte del estudio.

Luego de tener conocimiento y estar totalmente informado respecto al Tema antes mencionado, acepto participar libre y voluntariamente en este Proyecto de investigación.

Nombre del paciente: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma:

Nombre del Apoderado: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

Firma:
