

**UNIVERSIDAD PRIVADA DE TACNA**

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



**“DISCAPACIDAD FISICA Y COGNITIVA, RELACION FILIAL Y CALIDAD DE  
VIDA DE LOS FAMILIARES DE LOS RESIDENTES DE LOS HOGARES  
GERIATRICOS SAN PEDRO Y SAN JOSE DE LA CIUDAD DE TACNA DEL  
MES DE MAYO DEL AÑO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:  
MÉDICO CIRUJANO**

**PRESENTADA POR:  
Walter Alexander Jove Vildoso**

**TACNA – PERÚ  
2017**

## RESUMEN

**Introducción:** El fenómeno de la transición demográfica ha generado un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y por consiguiente aumento en dependencia mixta y discapacidad tanto física como cognitiva de los pacientes adultos mayores. Asimismo, este estado involucra la calidad de vida del entorno familiar cercano o de familiares que de alguna manera conservan algún vínculo.

**Objetivo:** Medir la discapacidad física y cognitiva e identificar el estado filial y calidad de vida de los familiares de los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna de Mayo del año 2017.

**Material y Métodos:** Se realizó un Estudio observacional, de corte transversal analítico y prospectivo en 66 residentes de los Hogares geriátricos San Pedro y San José de Tacna y a sus familiares/apoderados/amigos directos. Se utilizaron los siguientes instrumentos: Índice de Barthel, Incapacidad Geriátrica física de la Cruz Roja, Índice de Lobo para medir el grado de discapacidad física y cognitiva, de igual manera se hizo uso de la Escala QOL (Quality of Life Family Version) de Betty Ferrell para determinar la calidad de vida de estos familiares.

**Resultados:** El 37.9% de los adultos mayores evidencian un nivel de dependencia leve seguido de un 24.2% con dependencia moderada. El 22.7% tenía un nivel de dependencia total. El 65.2% presentaba un nivel cognitivo bajo, donde la toma de decisiones con criterio independiente es difícil, pero un 34.8% hombre sentaba un nivel cognitivo normal.

El 30.3% de los familiares directos responsables era hijas. El 12.1% de los familiares fueron esposas o compañeras. Destaca la condición de vecino o amigo con un 4.5% respectivamente para cada una de estas dos condiciones. El 66.7% refiere una calidad de vida mala seguido de un 33.3% que manifiesta o percibe una calidad de vida buena.

**Conclusión:** Se encuentra asociación entre mayor incapacidad física mayor es el compromiso cognitivo. Además se observa que mayor dependencia del adulto mayor, mayor es la proporción de familiares con una mala calidad de vida general.

**PALABRAS CLAVES:** Adulto Mayor, Discapacidad Física y Cognitiva, Calidad de Vida Familiar.

## ABSTRACT

**Introduction:** The phenomenon of demographic transition has generated an increase in the prevalence of chronic diseases and consequently increase in mixed dependence and physical and cognitive disability of the elderly patients. Likewise, this state involves the quality of life of the close family environment or relatives who somehow maintain some bond.

**Objective:** Measure the physical and cognitive disability and to identify the filial state and the quality of life of the relatives of the residents of the geriatric homes San Pedro and San José of the city of Tacna of May of 2017.

**Methods:** An observational, analytical and prospective cross-sectional study was carried out on 66 residents of the Geriatric Homes San Pedro and San José de Tacna and their relatives / tutors / direct friends. The following instruments were used: Barthel Index, Red Cross Physical Geriatric Disability, Lobo Index to measure the degree of physical and cognitive disability, as well as using the QOL (Quality of Life Family Version) Betty Ferrell to determine the quality of life of these relatives.

**Results:** 37.9% of the elderly showed a mild dependence level followed by 24.2% with moderate dependence. 22.7% had a total dependency level. 65.2% had a low cognitive level, where decision-making with independent criteria is difficult, but 34.8% of men had a normal cognitive level.

The 30.3% of direct responsible relatives were daughters. 12.1% of the relatives were wives or partners. Emphasize neighbor or friend status with 4.5% respectively for each of these two conditions. The 66.7% referred to a poor quality of life followed by a 33.3% who manifested or perceived a good quality of life.

**Conclusion:** The association between greater physical disability and cognitive compromise is greater. It is also observed that greater dependence on the elderly, the greater the proportion of family members with a poor general quality of life.

**KEYWORDS:** Elderly, Physical and Cognitive Disability, Family Life Quality.

## INDICE

<b>INTRODUCCIÓN.....</b>	<b>1</b>
<b>CAPITULO 1.....</b>	<b>2</b>
<b>EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>2</b>
1.1    Fundamentación del Problema.....	2
1.2    Formulación del Problema.....	4
1.3    Objetivos de la Investigación.....	5
1.4    Justificación.....	5
<b>CAPITULO 2.....</b>	<b>7</b>
<b>REVISIÓN DE LA LITERATURA.....</b>	<b>7</b>
2.1    Antecedentes de la investigación.....	7
2.2    Marco teórico.....	14
<b>CAPITULO 3.....</b>	<b>28</b>
<b>HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES.....</b>	<b>28</b>
3.1    Hipótesis.....	28
3.2    Operacionalización de las variables.....	28
<b>CAPITULO 4.....</b>	<b>31</b>
<b>METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....</b>	<b>31</b>
4.1    Diseño.....	31
4.2    Población y muestra.....	31
4.3    Instrumentos de Recolección de datos.....	32
<b>CAPITULO 5.....</b>	<b>33</b>
<b>PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS.....</b>	<b>33</b>
<b>CONSIDERACIONES ETICAS.....</b>	<b>35</b>

<b>CAPITULO 6</b> .....	36
<b>RESULTADOS</b> .....	36
<b>DISCUSION</b> .....	56
<b>CAPITULO 7</b> .....	60
<b>CONCLUSIONES</b> .....	60
<b>CAPITULO 8</b> .....	61
<b>RECOMENDACIONES</b> .....	61
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	62
<b>ANEXOS</b> .....	70
<b>ANEXOS ADICIONALES DE VARIABLES</b> .....	83

## INDICE DE TABLAS

<b>Tabla 01.</b> <i>Distribución de frecuencia de los principales factores Sociodemográficos de los en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....</i>	36
<b>Tabla 02.</b> <i>Distribución de frecuencia según Tiempo de Alojamiento y nivel de Comunicación en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la Ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....</i>	37
<b>Tabla 03.</b> <i>Distribución de frecuencia del Índice de Barthel en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la Ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....</i>	38
<b>Gráfica 01.</b> <i>Comparación y tendencia de la capacidad física según el Índice de Barthel.....</i>	39
<b>Tabla 04.</b> <i>Distribución de frecuencia según Incapacidad Geriátrica física (Cruz Roja) en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....</i>	40
<b>Tabla 05.</b> <i>Índice de lobo en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....</i>	42
<b>Gráfica 02.</b> <i>Ítems más comprometidos en el índice de LOBO (IC 95%)....</i>	43
<b>Tabla 06.</b> <i>Distribución de frecuencia de las características sociodemográficas de los familiares directos en los residentes de los hogares geriátricos san pedro y san José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....</i>	44



**Tabla 07.** *Definición de frecuencia de condición filial del familiar o amigo directo en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....* 45

**Tabla 08.** *Distribución de frecuencia de características laborales de los familiares en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....* 46

**Tabla 09.** *Tiempo que cuida el residente, Disposición de ayuda en su casa y Percepción del estado de salud actual de los familiares de los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....* 48

**Tabla 10.** *Distribución de frecuencia de la Calidad de vida de los familiares directos en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....* 50

**Gráfica 03.** *Medición de las esferas de la calidad de vida de los familiares directos.....* 51

**Tabla 11.** *Distribución de frecuencia de la Calidad de vida de los familiares según parentesco con los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....* 52

**Tabla 12.** *Definición de frecuencia de la calidad de vida de los familiares según los índices de Barthel y Lobo en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.* 53

**Tabla 13.** *Distribución de frecuencia de Índice de Lobo según Índice de Barthel e Incapacidad geriátrica física en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017.....* 54

<b>Anexos Adicionales de Variables.....</b>	<b>82</b>
---	-----------

## INTRODUCCIÓN

El fenómeno de la transición demográfica ha generado un incremento en la prevalencia de enfermedades crónicas y por consiguiente aumento en dependencia mixta y discapacidad tanto física como cognitiva. Debido al deterioro del estado de salud y compromiso funcional, los ancianos requieren con mayor frecuencia de atención en salud, lo cual es evidente en los servicios hospitalarios. Asimismo, este estado involucra la calidad de vida del entorno familiar cercano o de familiares que de alguna manera conservan algún vínculo. Es sabido también que algunos pacientes pueden encontrarse en abandono total y depender absolutamente de la institución. En estos casos la proporción no es actualmente conocida por el sistema de salud. Durante décadas, el envejecimiento de la población ha sido una realidad en países desarrollados y en vías de desarrollo.

En Tacna existen dos hogares de ayuda al paciente de la tercera edad: San Pedro y San José, los cuales están institucionalizados. No existe ningún estudio de investigación que permita conocer el estado filial y calidad de vida de los familiares y su asociación o relación a las capacidades cognitivas y físicas de los alojados en dichos establecimientos. Es más, las condiciones de aseguramiento y demás beneficios de asistencia médica no han sido evaluados. Aunque algunos estudios indican factores asociados a la calidad de vida y su relación a tipo de incapacidad funcional, los resultados de estas encuestas, al igual que cualquier otro estudio, son limitados en términos de generalización, debido a las particularidades de las poblaciones (tamaño de la población, aspectos socio-culturales, entre otros) y que hacen de nuestro entorno, un medio diferente que merece investigaciones que oriente el quehacer asistencial. El estudio servirá para establecer la base informativa actual en ambas instituciones y plantear en el futuro nuevas estrategias de asistencia para uno de los grupos más vulnerables de nuestra sociedad donde el Ministerio de Salud tiene responsabilidad sanitaria.

# CAPITULO 1

## EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

### 1.1 FUNDAMENTACIÓN DEL PROBLEMA

Hay evidencia de que la estimulación cognitiva tiene un efecto positivo en la función de la misma, y la preservación de la función cognitiva se asocia con un estilo de vida más saludable y un mayor bienestar (1). La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, puede afrontar las tensiones normales de la vida, puede trabajar de forma productiva y fructífera y es capaz de hacer una contribución a su comunidad (2). La razón de ser de las principales estrategias sanitarias deben de enfocarse en lograr el bienestar y una salud mental positiva para una vida más sana, un mejor uso de la atención sanitaria y los correspondientes resultados sociales en poblaciones especialmente vulnerables (3). Todas las personas que envejecen normalmente experimentan un deterioro significativo en las tareas atencionales, alteraciones en la memoria de trabajo, orientación y velocidad de procesamiento mental. Estos impedimentos pueden disminuir la calidad de vida, así como el bienestar psicológico (4,5,6,7,8,9).

Otros estudios también han indicado que el deterioro cognitivo en sus primeras etapas a menudo pasa desapercibido por los individuos, como las actividades de la vida diaria (10). Todos los estudios hacen hincapié en la importancia de la prevención con el fin de mantener las capacidades cognitivas y el bienestar especialmente en los pacientes de la tercera edad con el fin de mantener activo su nivel cognitivo (11).

La brecha de bienestar subjetivo entre mujeres y hombres en los países de altos ingresos se explica a favor de las mujeres porque tienen mejor uso de su tiempo, expectativas más bajas especialmente en lo que respecta a su rol laboral y los lazos sociales más fuertemente establecidos (12). La brecha de género en el bienestar también podría estar relacionada con las diferencias en la salud mental en hombres y mujeres. Según la Organización Mundial de la Salud, el género es un determinante crítico de la salud mental y la enfermedad mental a favor del género femenino (13).

No existen estudios en poblaciones pobres al respecto y si los hay no corresponden a sociedades como la nuestra. En nuestro medio, los hogares que cuidan a los ancianos más vulnerables, la principal preocupación es la manutención con alguna iniciativa muy escasas de desarrollo del bienestar físico y cognitivo. Se hace necesario, impostergablemente, un estudio real del estado de deterioro físico y cognitivo en nuestra población de pacientes en establecimientos de cuidado. Esto dará las pautas para nuevos trabajos que se enfoquen en ancianos que no tuvieron la posibilidad de asistencia a estos establecimientos.

Raramente existen programas de impacto en la educación en relación con la formación cognitiva en la población de edad avanzada. Sin embargo, los estudios sobre la formación cognitiva sugieren que los ejercicios cognitivos específicos son moderados por el logro educativo y a veces contribuyen a una mejora de la calidad de vida (14). No existen estudios en nuestra población al respecto. Estudios revelan que el efecto del entrenamiento cognitivo sobre la función cognitiva no difiere en los ejercicios de memoria y razonamiento según nivel instructivo alcanzado pero es significativamente diferente en la velocidad de procesamiento. El efecto de la velocidad de procesamiento de la capacitación es 50% mayor en los adultos mayores con una educación secundaria o superior, por ejemplo (15). Recientemente, hubo intentos de

estudiar el bienestar en relación con la meditación, ejercicio físico como correr, o movimientos del cuerpo entero, tener compromisos sociales o apoyo social intergeneracional (16,17,18,19,20).

La relación entre la actividad física, la salud y el envejecimiento ha sido cada vez más discutido y estudiado en los círculos científicos. Durante el proceso de envejecimiento, en el cuerpo ocurren cambios, entre los cuales la disminución de la masa con pérdida de fuerza muscular, afectando la función física.

El aumento en el número de personas de edad avanzada ha despertado el interés de los investigadores en Perú y en todo el mundo evaluar el impacto del envejecimiento de la población para la familia, la comunidad y los diversos sectores de la sociedad, sobre todo los sistemas de salud y la salud (21). Diferentes estudios han evaluado el impacto del envejecimiento, ya que con el aumento de edad se pueden entender algunos cambios biológicos, físicos, psicológicos y sociales que pueden desencadenar varios problemas tales como cataratas, las enfermedades crónicas no transmisibles, los cambios nutricionales y discapacidades funcionales, este último motivo de nuestro estudio.

Los indicadores de salud deben expresarse no solo en términos de enfermedad o patología sino en términos de actividad funcional o vitalidad (22) y calidad de vida.

## **1.2 FORMULACION DEL PROBLEMA**

¿Cuál son los niveles de discapacidad física y cognitiva y cuál es el estado filial y calidad de vida de los familiares de los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la Ciudad de Tacna de Mayo del año 2017?

### **1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN**

#### **General:**

Medir la discapacidad física y cognitiva y factores asociados en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna de Mayo del año 2017.

#### **Específicos:**

- 1 Estimar los niveles de discapacidad en el área cognitiva (Orientación temporal, Orientación espacial, Fijación, Concentración, cálculo y Memoria) y el grado de independencia (alimentación, valerse por sí mismo y deambulación) de los residentes adultos mayores de los albergues San Pedro y San José de la ciudad de Tacna de Mayo del año 2017.
- 2 Relacionar los principales factores sociodemográficos asociados a niveles de deterioro físico y cognitivo de los residentes adultos mayores de los albergues San Pedro y San José de la ciudad de Tacna de Mayo del año 2017.
- 3 Identificar el estado filial y calidad de vida de los familiares directos y asociar con los niveles de deterioro físico y cognitivo de los residentes adultos mayores de los albergues San Pedro y San José de la ciudad de Tacna de Mayo del año 2017.

### **1.4 JUSTIFICACIÓN**

Si bien es cierto que con la edad se presentan una serie de cambios de orden cognitivo, existe amplia evidencia del provecho que significa la actividad física y la estimulación de los factores cognitivos para el adulto mayor. El presente estudio pretende medir el grado de deterioro que actualmente presenta un grupo de

adultos mayores en instituciones formales y sentar las bases para la mejora del servicio con un trasfondo científico. Con el fin de proporcionar información al sistema sanitario para la toma de decisiones y propuestas de estrategias para mejorar la calidad de vida en esta población altamente vulnerable.

Conociendo estos aspectos que influyen en la calidad de vida de los pacientes de la tercera edad, tanto físicos como emocionales e incluso ambientales, podremos actuar sobre ellos y conseguir, con estrategias oportunas y costo efectivas, una mejora en la atención primaria de este grupo poblacional altamente vulnerable, basándose en el presente trabajo el cual le da un valor técnico y científico a los procesos.

No solo basta una alimentación eficiente sino fortalecer los aspectos de estimulación cognitiva y física, generalmente postergada o dejada de lado. El mantenimiento de la capacidad para ejecutar las actividades de la vida diaria y conservar la independencia, pues puede proveer positivos cambios en el funcionamiento mental y físico.



## **CAPITULO 2**

### **REVISIÓN DE LA LITERATURA**

#### **2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN**

Nigenda G. identificó, en México en el año 2004, el patrón de dedicación de tiempo y analizó los mecanismos de atención que utilizan los miembros de familias con enfermos y discapacitados en el hogar. Dicho estudio fue realizado a través de entrevistas en profundidad y grupos focales en Coahuila, Sinaloa, Zacatecas, Jalisco, Oaxaca, Yucatán y el Distrito Federal de México, de junio a diciembre de 2004, utilizándose los siguientes instrumentos: ENUT (Encuesta Nacional sobre Uso del Tiempo) y ENIGH (Encuesta Nacional de Ingresos y Gastos en los Hogares) las cuales comparten variables con la escala utilizada en nuestro estudio. Obteniendo como resultado que 1.738.756 personas dedicaron tiempo a cuidar enfermos y que 1.496.616 se encargaron de cuidar discapacitados. Además se encuentra que existen diferencias importantes por género, en donde la mayor proporción de cuidadores se concentra entre las mujeres (69.2%), hombres (30.8%) sin embargo los hombres de mayor nivel de escolaridad (licenciatura/posgrado) representan 55% de los cuidadores. Por otra parte, los hogares tienden a reorganizarse para ofrecer atención a enfermos y discapacitados. En el hogar, son las mujeres quienes asumen la mayor responsabilidad en el cuidado. Existen diferencias importantes en la atención a enfermos y discapacitados en términos del desgaste físico y emocional que sufre el cuidador (23).

Brito y colaboradores en el año 2003 en Brasilia realizaron un estudio en donde se busca encontrar la prevalencia de discapacidad funcional entre ancianos y su asociación a condiciones de salud y práctica regular de actividad física. Se realizó un estudio de base domiciliaria, transversal, realizado con ancianos de ambos sexos, utilizando como instrumentos el “índice de Barthel”, y los “criterios de clasificación económica”. Las variables asociadas a la discapacidad funcional fueron verificadas mediante regresión de Poisson. Encontrándose los siguientes resultados: participaron del estudio 420 ancianos (68,1% mujeres) de los cuales se encontró una fuerte asociación de discapacidad funcional y condiciones de salud deterioradas, además se observó asociación estadísticamente significativa entre discapacidad funcional y número de enfermedades crónicas (24).

Bayarre Vea en su estudio estima la prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de Ciudad de La Habana, Las Tunas, Granma, Holguín y Camagüey, entre los años 2000 y 2004. Realizando un estudio descriptivo sobre muestras complejas de adultos mayores seleccionados de forma independiente para cada provincia. Aplicando el Índice Lawton y el Examen Mínimo del Estado Mental. Obteniendo como resultado que la discapacidad física osciló entre 13,9 % (Holguín) y 36,6 % (Granma). Se incrementó con la edad, desde 4,5 %, para las personas de 60-69 años que residen en Holguín, hasta 83 % en los de 80 y más de Las Tunas; predominó en mujeres de todas las provincias, con tasas que alcanzaron el 40 %. Los ancianos de esta provincia tuvieron menor afectación que los de las restantes provincias en todas las actividades, excepto en el manejo de la casa, de menor afectación en los de Las Tunas (10,9 %). El uso del teléfono fue lo más conservado independientemente de la provincia, mientras que la responsabilidad con los medicamentos

mostró valores parecidos en cada una de éstas. Concluyendo que la discapacidad física es frecuente en la población investigada; se incrementa con la edad, predomina en el sexo femenino y se genera por pérdida de actividades que demandan mayor desplazamiento. Las variables psicosociales más afectadas son: el analfabetismo y la pérdida de rol social. En Holguín predomina la sensación de inactividad y la insatisfacción con las actividades cotidianas, la primera de ellas presente además, en Las Tunas y la segunda en Camagüey. En Ciudad de La Habana y Granma se adiciona el sentimiento de soledad (25).

Álvarez, en Cuba durante el año 2007, realizó un estudio de casos y controles para identificar los factores biopsicosociales que influyeron sobre la discapacidad física de 432 ancianos pertenecientes al Policlínico Docente "Carlos Ramírez Corría", los cuales fueron seleccionados tomando como referencia una investigación relacionada con la prevalencia de discapacidad física en la tercera edad, además se utilizó como instrumento la "Encuesta de Factores de Riesgo de Discapacidad (EFRD)". Se encontró en los resultados que los ancianos de 80 y más años (42,59 %) son los que predominan, seguidos por los de 70 a 79 (34,72 %), mientras que en ambos grupos prevalecieron las féminas (25,90 y 20,60 %, respectivamente). Se encontró que las enfermedades crónicas, las secuelas subsiguientes a la fractura de cadera (presentes 72.64%, ausentes 27.31%), los sentimientos de soledad (presentes 44.44%, ausentes 55.56%), la ausencia de confidente (presente 45.14%, ausentes 54.86%) y la inadaptación a la jubilación (presente 49.54%, ausente 50.46%) constituyeron factores de riesgo de discapacidad física en la población investigada. Se destaca que los gerontes con fractura de cadera se duplicaban las probabilidades de experimentar discapacidad física en comparación con aquellos en quienes esta no se había producido (26).

Navarro, realiza un estudio en la ciudad de Granada en España en el año 2007, refiere que un estilo de vida activo se asocia con un alto nivel de plasticidad cognitiva que a su vez se relaciona con una menor probabilidad de deterioro y declive cognitivo. Las actividades de la vida diaria (AVD) es una de las variables consideradas indicadoras de dependencia-independencia en la vejez que se asocia al deterioro cognitivo y físico. Su estudio tiene como objetivo analizar la relación entre las AVD y la plasticidad cognitiva en la vejez. Han participado 63 ancianos evaluados con distintas medidas de autonomía/dependencia y con dos técnicas de evaluación del potencial de aprendizaje. Los resultados muestran que un mayor nivel de plasticidad cognitiva (72.20 %) se asocia a una mayor independencia funcional en la vida diaria, mientras que el grupo de “plasticidad baja” (27.84%) presenta, por lo contrario, un déficit en cuanto al grado de independencia funcional (27).

Duarte, en el año 2009 en la localidad de Campina Grande en Brasil, con el objetivo de encontrar la asociación que hay entre los ancianos y la condición de salud con la práctica regular de actividad física, realizó un estudio de base domiciliaria, transversal, utilizando como instrumento el “índice de Barthel”, el estudio fue realizado con ancianos de ambos sexos en donde participaron 420 ancianos (68,1% mujeres) en la cual se destaca la asociación estadísticamente significativa que hay entre discapacidad funcional y número de enfermedades crónicas. Además, se encuentra que los ancianos que informaron cuatro o más enfermedades crónicas, que autoevaluaron su salud como mala y que no practicaban actividades físicas presentaron prevalencias elevadas de discapacidad funcional (28).

Montezuma CA, en el año 2006 en Brasil publica un estudio que tuvo como objetivo de conocer el significado de ser cuidador para la familia que cuida al anciano discapacitado e identificar las responsabilidades de la familia en cuanto a los cuidados. Se realizó un estudio de caso con nueve cuidadores de anciano en situación de enfermedad crónico-degenerativa, discapacitado, en Fortaleza CE, Brasil, realizado en el segundo semestre del año 2006. Se utilizó una entrevista semi-estructurada, cumplida en el domicilio de los ancianos. Fue posible elaborar dos categorías empíricas: el significado de ser cuidador como elección o como obligación y el cuidado al anciano discapacitado exige mucha responsabilidad. Se consideró que el cotidiano del cuidador resulta muy alterado por la enfermedad del discapacitado, además de ser un factor de estrés por la exigencia de los constantes ajustes en la vida del cuidador, así como a las nuevas actividades, compromisos y adaptaciones surgidas en el desempeño del cuidado al anciano en situación crónico-degenerativa (29).

Otero Et Al, realizó un estudio observacional descriptivo y de corte transversal en la población de adultos mayores en el 2010 en la localidad de Pinar del Rio (Cuba). Se estudió un universo de 2567 ancianos, utilizando como instrumento el "índice de Lawton" escala la cual comparte variables con nuestro presente estudio, con el objetivo de describir el comportamiento de la discapacidad física en los adultos mayores, encontrando como resultado que es mayor la discapacidad física en el sexo femenino (59.2 %) que en hombres (40.6 %) y en el grupo de edades de 80 años y más (Se muestra un incremento de la discapacidad física a medida que aumenta la edad con un tasa de 15,7 en el grupo de 60-69 años a 42,9 en el de 80), además se demuestra que hay una asociación de mayor discapacidad con un bajo nivel de escolaridad (los ancianos con nivel universitario se presentó una tasa de

discapacidad de 20,0 y en los analfabetos una tasa de 80,0.). Concluyendo que las principales limitaciones en la realización de las actividades instrumentadas de la vida diaria fueron las actividades con desplazamiento fuera del hogar seguidas de las propias del hogar (30).

Melendez, en el año 2013 en la ciudad de Valencia en España, presenta la comparación de las características de sujetos con alta y baja reserva cognitiva, y sujetos con baja reserva cognitiva y deterioro cognitivo, diferenciados a partir del desarrollo de una medida ponderada de reserva cognitiva. Mediante un diseño correlacional se evaluaron 200 personas con edad superior a 65 años, no institucionalizados. Se utilizó como instrumentos la escala "Mini-Mental" y la subprueba de vocabulario de la "Escala de Inteligencia Wechsler para Adultos-III". Los resultados mostraron, por un lado, que el grupo de alta reserva cognitiva obtuvo mejores puntuaciones tanto en el nivel de deterioro cognitivo como en la medida ponderada de reserva (Puntuación de 6.8 comparado con el índice de actividades) que el grupo de baja reserva cognitiva (Puntuación de 2.1) y, por otro lado, el grupo de baja reserva cognitiva mostró un perfil similar al del grupo de deterioro cognitivo, existiendo solamente diferencias en cuanto a la edad. Las diferencias observadas permiten plantear la medida como una variable que se debe tener en cuenta en el diagnóstico de enfermedades neurodegenerativas y su utilidad para establecer posibles tratamientos (31).

Junior realizó un estudio en el año 2015 en la localidad de Florianópolis en Brasil, en donde estima la prevalencia y los factores asociados a la discapacidad. Se utilizó diseño transversal, con muestra de 624 individuos de edades comprendidas entre 60 a 96 años. En la evaluación fueron utilizados como instrumentos el "Mini-Mental" y la "Escala de

Depresión Geriátrica”. En análisis de datos inferencial se utilizó regresión de Poisson,  $p \leq 0,05$ . La prevalencia de discapacidad fue 17,6% para las Actividades Básicas de la Vida Diaria y 46,3% en las actividades instrumentales de la vida diaria. La incapacidad funcional para Actividades Básicas de la Vida Diaria se asoció con la edad, consumo de alcohol, síntomas depresivos y fragilidad; actividades instrumentales de la vida diaria se asociaron con la edad, analfabetismo, disposición de la familia multigeneracional, hospitalización y fragilidad (32).

Leite y colaboradores realizaron un estudio en el año 2015 en el área urbana de una ciudad de Rio Grande do Sul de Brasil, con el objetivo de evaluar la capacidad funcional y la función cognitiva de los ancianos residentes de dicha área, se utilizaron para la colecta de los datos: cuestionario de identificación, Mini-Mental, Índice de Katz y Escala de Lawton. Se encontró que en el grupo poblacional predominio de mujeres (64,9%), de 60-70 años (43,8%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En cuanto a la capacidad funcional, 85% son independientes para las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y 93,48% lo son para las actividades de la vida diaria (AVD) (33).

Flores E, en el año 2016 en Chile publica un estudio en el que mide el apoyo social funcional en cuidadores familiares de adultos mayores dependientes severos y su relación con características sociodemográficas. Se realizó un estudio transversal en el que se aplicó el cuestionario de Apoyo Social Funcional Duke-UNC-11 a 67 cuidadores familiares de Centros Salud Familiar de Valdivia (Chile), la duración fue de 1 hora y el periodo de recolección comprendió los meses de agosto y septiembre del año 2012. Resultados. Los cuidadores familiares perciben un bajo nivel de apoyo social afectivo (49.3%) y de confianza (98.5%), considerando insuficiente la información y consejo que reciben,

relacionado principalmente con el escaso número de personas que ayudan, necesitan establecer comunicación para compartir sus sentimientos y problemas derivados de la labor de cuidar. Reconocen el apoyo de centros de salud comunitarios. El apoyo social funcional se correlaciona con las variables: número de personas que viven en el hogar, años de estudio, edad del cuidador y número de personas que ayudan; siendo esta última variable la que predice el nivel de apoyo social en sus dos dimensiones. Conclusión. Los cuidadores familiares de adultos mayores dependientes severos perciben un nivel de apoyo social funcional, especialmente en la dimensión de confianza (34).

## **2.2 MARCO TEÓRICO**

### **Adulto Mayor**

Se considera que la edad adulta avanzada o vejez comienza a los 65 años. Se establece una división entre los menos viejos (viejos-jóvenes) de 65 a 74 años, los viejos (viejos-viejos) de 75 a 84 años, y los muy viejos, de 85 o más. También se habla de los mayores sanos y de los mayores enfermos, con enfermedades que interfieren su actividad diaria y que exigen tratamiento médico o psiquiátrico (35).

Un cambio demográfico importante en el mundo es el progresivo envejecimiento para la O.N.U. que en el año 2010 la población adulto mayor representaba el 10 % y la proyección para el año 2025 será el 15 % y para el 2050 será el 25 % en los países de América latina y el caribe.

Este fenómeno demográfico ha traído consigo cambios en medio de una modernidad creciente; principalmente cambios culturales sociales y políticos que han influido en la disminución de la



fecundidad y la natalidad, por otro lado la creciente expectativa de vida, resultaría en la mejora de la calidad de vida así como el avance en el desarrollo de políticas y planes prioritariamente en los sectores de laborales y de salud. El tema de los derechos de las personas adulto mayores han sido documentados y aprobados en reuniones internacionales como la II Asamblea mundial sobre el Envejecimiento en Madrid en el 2002 y luego reuniones de seguimiento como es el caso de la Declaración de Brasilia basada en la segunda conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América Latina y el caribe y otras reuniones (36).

### **Normatividad para el adulto mayor en el Perú**

- Ley n° 28803 del adulto mayor  
Aprueban pautas y recomendaciones para el funcionamiento de los centros integrales de atención al adulto mayor (CIAM) RESOLUCION MINISTERIAL N° 613-2007-MIMDES.
- Ley que modifica la ley n 27408  
Establece la atención preferente de las mujeres embarazadas niñas y niños, adultos mayores de atención al público ley 28683.
- Decreto Supremo N°081-2011-PCM  
Crea el programa social denominado programa nacional de asistencia solidaria: pensión 65.

## Marco conceptual de Adulto Mayor

- Adulto Mayor: persona comprendida entre los 60 a más años de edad
- Salud de las Personas Adultos Mayores: Según MINDES las personas que envejecen no en términos de déficit sino en términos de su capacidad funcional se pueden clasificar en tres grupos:
  - a) *Persona adulto mayor autovalente*: es aquella persona adulto mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria que son las actividades funcionales esenciales para el autocuidado y actividades instrumentales para la vida diaria.
  - b) *Persona adulto mayor frágil*: Se define aquella persona que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y ha presentado mayor morbilidad y mortalidad.
  - c) *Persona adulto mayor dependiente o postrada*: Se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.
- Envejecimiento Individual: Se debe distinguir en envejecimiento individual como proceso que inicia en el nacimiento y termina con la muerte, que conlleva cambios biológicos, fisiológicos y psicosociales de variadas consecuencias. Este determinado por el contexto en que el individuo se ha desarrollado.

En la actualidad se debe buscar promover una redefinición positiva de la vejez, primero con el reconocimiento que esta edad es parte de un proceso natural de la vida en que las personas se integran en otros grupos poblacionales buscando socialización y calidad de vida. Lo segundo se debe buscar cumplir la mayor expectativa de las personas adulto mayores con el cumplimiento de los beneficios y derechos que el estado garantiza bajo las normativas vigentes. Y por último se debe promocionar acciones educativas que elimine todo estereotipo social principalmente en la población joven preparando las siguientes generaciones más integradas con participación y aporte político cultural y social.

- **Envejecimiento Poblacional:** Hace referencias al proceso de transformación demográfica de las sociedades, caracterizado por el crecimiento de la proporción de individuos de edades avanzadas respecto a los más jóvenes, siendo en este sentido muy relevante la definición que se ha construido sobre vejez y la edad límite de ella. Muchos años atrás el incremento de la esperanza de vida al nacer era uno de los fundamentales anhelos de nuestra sociedad, pero ahora frente a nuestros ojos se está produciendo esta transición demográfica donde el envejecimiento poblacional sería el logro del desarrollo tecnológico, pero a su vez este cambio trae exigencias que de alguna forma nos están sorprendiendo tanto de manera individual como colectiva; en una población que debe crear políticas gerontológicas y geriátricas sobre todo en la mejora de la salud y protección de los más longevos.

En nuestro país, el adulto mayor pertenece al grupo de personas vulnerables, por lo es responsabilidad del estado y de la población, el cumplimiento y garantía de sus

derechos, en una sociedad que acreciente la solidaridad por el prójimo más necesitado.

### **La morbilidad y mortalidad en los adultos mayores**

En el informe “Perfil del Adulto Mayor – Minsa” emitido en el año 2004, se destaca que la morbilidad en los pacientes adultos mayores de 60 a más años son principalmente Enfermedades del aparato respiratorio, Enf. Del sistema óseo muscular y del tejido conectivo, Enfermedades del sistema nervioso y los sentidos, entre otras. Además, se adjunta una tabla de las causas de atención en consulta externa de personas de 60 y más años según sexo.

<b>Patologías</b>	<b>Total</b>	<b>Hombres</b>	<b>Mujeres</b>
Enfermedades del sistema respiratorio	15.14%	40.00%	60.00%
Enfermedades del sistema óseo muscular	13.50%	37.00%	63.00%
Enfermedades del aparato circulatorio	8.79%	36.00%	64.00%
Enfermedades de otras partes del sistema digestivo	7.88%	37.00%	63.00%
Enfermedades del sistema génitourinario	7.70%	42.30%	57.70%
Resto de enfermedades	46.99%	41.75%	58.25%

Fuente: Oficina de Estadística e Informática – MINSa (37).

Según el estudio sobre “Morbilidad y Mortalidad Comparativa del Adulto Mayor” realizado en el servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins de la ciudad de Lima en el año 2007, constituye una primera aproximación significativa a la morbilidad y mortalidad del adulto mayor más anciano; dado que según las estadísticas demográficas los pacientes octogenarios y nonagenarios presentan una tendencia creciente en los próximos años. Presentado así un estudio aproximado a la realidad peruana sobre los adultos mayores peruanos. Según los datos obtenidos y realizados los análisis comparativo se encontró que la morbilidad

en el grupo de adultos mayores estudiados de 60 a 79 años estuvo conformada por el desorden cerebrovascular (6,7%), neumonía (5,6%), sepsis (5,6%) e infección urinaria (5%). La morbilidad en el grupo de adultos mayores estudiados que tienen de 80 a más años estuvo conformada por neumonía (10,2%), desorden cerebrovascular (8,9%), sepsis (6,8%) e infección urinaria (5,5%). Las patologías más frecuentes en ambos grupos fueron de tipo infeccioso. La mortalidad en el periodo de estudio y en ambos grupos de adultos mayores no mostró grandes diferencias y sus principales causas también fueron las enfermedades infecciosas (38).

<b>(38) Patologías por sistemas en los adultos mayores según grupos de edad.</b>			
<b>Patologías</b>	<b>60-79 años (%)</b>	<b>80 a más años (%)</b>	<b>Total (%)</b>
Enfermedades del sistema respiratorio	21.9	23.7	22.5
Enfermedades del sistema nervioso	15.6	17.4	16.2
Enfermedades del sistema génitourinario	15.4	14.8	15.2
Enfermedades del sistema digestivo	15.4	14.0	14.9
Enfermedades del aparato circulatorio	12.1	14.8	13.1
Otras	19.6	15.3	18.1
Total	100.0	100.0	100.0

## **El Envejecimiento**

El envejecimiento es un proceso deletéreo, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio y conducen a pérdidas funcionales y a la muerte. Es un fenómeno multifactorial, que afecta todos los niveles de organización biológica, que llevan a que la persona tenga una mayor predisposición a desarrollar ciertas enfermedades y, como consecuencia, un mayor riesgo de muerte.

El envejecimiento puede considerarse desde distintos puntos de vista:

- *Cronológico*: es contar con el tiempo transcurrido desde el nacimiento. En ciertas personas la transición ocurre gradualmente y en otras de forma repentina.
- *Biológico*: la edad biológica se corresponde con etapas en el proceso de envejecimiento biológico.
- *Psíquico*: estas modificaciones no sobreviven espontáneamente, sino con el resultado de acontecimientos vitales como el duelo y la jubilación.
- *Social*: comprenden los papeles que se supone han de desempeñarse en la sociedad. Algunas variables sociales evolucionan con la edad, pero sin seguir necesariamente a la edad cronológica.
- *Fenomenológico*: es la percepción subjetiva de la propia edad. Se refiere al sentimiento de haber cambiado con la edad a la vez que se permanece en lo esencial (39).

### **Fisiología del Envejecimiento**

La población envejece en forma acelerada, y la comprensión de los cambios fisiológicos asociados al envejecimiento es una herramienta importante para enfrentar las demandas biomédicas y sociales de ese grupo etario. La evidencia de estudios clínicos y experimentales muestra que el envejecimiento de los vasos sanguíneos y el corazón se asocia a la pérdida de células musculares y menor distensibilidad. La fracción de eyección se mantiene constante. En cuanto al riñón muestra disminución moderada de la velocidad de filtración glomerular, esclerosis vascular y glomerular, menor capacidad de concentración/dilución y de hidroxilación de la vitamina D. El cerebro disminuye su volumen, pero no por una pérdida generalizada de neuronas ni de

arborización dendrítica. Hay menor capacidad de atención, memoria de trabajo y trastornos motores. La masa muscular disminuye y aumenta su infiltración grasa, asociado a disminución progresiva de la fuerza. El aumento de grasa corporal, especialmente visceral, participaría en una mayor resistencia insulínica que asociada a la disminución de la masa de células beta facilitaría el desarrollo de diabetes (40).

<b>(40) Algunos Cambios Morfológicos y Funcionales asociados al envejecimiento</b>		
	<b>Cambios Morfológicos</b>	<b>Cambios Funcionales</b>
Cardiovascular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de matriz colágena en túnica media.</li> <li>• Perdida de fibras elastina.</li> <li>• Hipertrofia cardiaca.</li> <li>• Engrosamiento Septum.</li> <li>• Disminución cardiomiocitos y aumento matriz extracelular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Rigidez vascular y cardiaca.</li> <li>• Mayor Disfunción endotelial.</li> <li>• Volumen expulsivo conservado.</li> <li>• Mayor Riesgo de Arritmias.</li> </ul>
Renal	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Adelgazamiento corteza renal.</li> <li>• Esclerosis arterias glomerulares.</li> <li>• Engrosamiento membrana basal glomerular.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor capacidad para concentrar orina.</li> <li>• Menores niveles renina y aldosterona.</li> <li>• Menor hidroxilación vitamina D.</li> </ul>
Nervioso Central	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor masa cerebral.</li> <li>• Aumento de líquido cefalorraquídeo.</li> <li>• Mínima pérdida neuronal, focalizada.</li> <li>• Cambios no generalizados de arborización neuronal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Menor focalización actividad neuronal.</li> <li>• Menor velocidad procesamiento.</li> <li>• Disminución memoria de trabajo.</li> <li>• Menor destreza motora.</li> </ul>

Muscular	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de masa muscular.</li> <li>• Infiltración Grasa.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Disminución de fuerza.</li> <li>• Caídas</li> <li>• Fragilidad.</li> </ul>
Metabolismo Glucosa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento de Grasa Visceral.</li> <li>• Infiltración Grasa a tejidos.</li> <li>• Menor masa de células beta.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mayor producción de adipokinas y factores inflamatorios.</li> <li>• Mayor resistencia a la insulina.</li> </ul>

## Discapacidad

De acuerdo con la Clasificación Internacional del Funcionamiento de la Discapacidad y de la Salud (CIF), aprobada el 22 de mayo de 2001 en la 54<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud (resolución WHW54.21) definió que el término discapacidad engloba las deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones en la participación social; es decir, se usa como un término globalizador de los factores negativos del funcionamiento humano.

Con el objetivo de satisfacer las necesidades de saber más acerca de las consecuencias de la enfermedad y el impacto en la vida cotidiana de las personas, en 1976, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó la Clasificación Internacional de Deficiencias, Discapacidades y Minusvalías (CIDDDM), de forma experimental. De acuerdo con este marco conceptual, el deterioro (discapacidad) se describe como anomalías en los órganos y sistemas y estructuras del cuerpo; la discapacidad se caracteriza por las consecuencias de un fracaso en términos de rendimiento funcional, o la realización de actividades; handicap (desventaja) refleja la adaptación del individuo al medio ambiente como resultado de la deficiencia y la incapacidad (41).



## Índice de Barthel

La valoración de la función física es una labor de rutina en los centros y unidades de rehabilitación. Los índices para medir la discapacidad física son cada vez más utilizados en la investigación y en la práctica clínica, especialmente en los ancianos, cuya prevalencia de discapacidad es mayor que la de la población general. Además, la valoración de la función física es una parte importante de los principales instrumentos usados para la valoración genérica de la calidad de vida relacionada con la salud. Uno de los instrumentos más ampliamente utilizados para la valoración de la función física es el Índice de Barthel (IB), también conocido como "Índice de Discapacidad de Maryland".

El IB es una medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades.

El IB fue uno de los primeros intentos de cuantificar la discapacidad en el campo de la rehabilitación física, aportando un fundamento científico a los resultados que obtenían los profesionales de rehabilitación en los programas de mejora de los niveles de dependencia de los pacientes. El IB es una medida simple en cuanto a su obtención e interpretación, fundamentada sobre bases empíricas. Se trata de asignar a cada paciente una puntuación en función de su grado de dependencia para realizar una serie de actividades básicas. Los valores que se asignan a cada actividad dependen del tiempo empleado en su realización y de la necesidad de ayuda para llevarla a cabo. Las AVD incluídas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal, uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse (andar en superficie lisa o en silla de ruedas),

subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 ó 15 puntos. El rango global puede variar entre 0 (completamente dependiente) y 100 puntos (completamente independiente) (42).

### **Escala de incapacidad de la Cruz Roja**

Las escalas de incapacidad de la Cruz Roja, física y mental, se publicaron por primera vez en el año 1972, aunque llevaban utilizándose un año en el servicio de Geriátrica del Hospital Central de la Cruz Roja de Madrid donde se diseñaron como un instrumento para evaluar y clasificar a los ancianos residentes en su domicilio dentro del área del hospital y poder localizar a aquellos que precisaran asistencia geriátrica domiciliaria. Esta escala es simple y fácil de utilizar sin normas detalladas sobre su aplicación. El evaluador debe clasificar al paciente en el grado funcional que más se aproxime a su situación actual. La información se obtiene preguntando al paciente si es mentalmente competente o a su cuidador. Clasifica la capacidad de autocuidado en seis grados (0-5), desde la independencia (0) hasta la incapacidad funcional total (5). El tiempo de aplicación es inferior a un minuto (43).

### **Mini-examen cognoscitivo (Lobo et al, 1979)**

El MEC de Lobo es la versión adaptada y validada en España del MMSE (Mini-Mental State Examination) de Folstein. Se trata de un test de cribaje de demencias, útil también en el seguimiento evolutivo de las mismas. Existen dos versiones, de 30 y de 35 puntos respectivamente, siendo la de 30 puntos un instrumento más útil para comparaciones internacionales

Diseñado por Folstein y McHung en 1975, con la idea de proporcionar un análisis breve y estandarizado del estado mental que sirviera para diferenciar, en pacientes psiquiátricos, los trastornos funcionales orgánicos. Hoy en día, se utiliza sobre todo para detectar y evaluar la progresión del Trastorno Cognitivo asociado a Enfermedades Neurodegenerativas como la de tipo Alzheimer. El MEC fue la primera versión en castellano del MMSE, adaptada por Lobo y col. La versión de 35 puntos, fue la primera y es la más utilizada actualmente. Se trata de una sencilla escala estructurada, que no requiere más de 5 – 10 minutos para su administración. Sus ítems exploran 5 áreas cognitivas: Orientación, Fijación, Concentración y Cálculo, Memoria y Lenguaje

La puntuación total máxima es de 35 puntos. Se considera que hay deterioro cognitivo si la puntuación es < 23 puntos. Excluimos las preguntas que hayan sido eliminadas, básicamente por analfabetismo o por imposibilidad física de cumplir un ítem (ej.: ceguera). Entonces calculamos la puntuación total corregida: la obtenida por regla de tres después de corregir la puntuación total. Por ejemplo, si el paciente es ciego y no puede acceder a 4 de los 35 puntos posibles, la puntuación final se calculará sobre 31 puntos posibles. Imaginemos que la puntuación total ha sido 20, aplicando la corrección obtenemos una puntuación  $(20 \times 35 / 31) = 22,5$  (redondearemos al núm. entero + próximo, el 23) (44).

### **Deterioro Cognitivo**

El envejecimiento trae consigo también la disminución cognitiva y fisiológica causando aislamiento y la pérdida de autonomía e independencia, porque el rendimiento físico y social de las personas mayores depende de la integridad de todas sus funciones. La pérdida de memoria a corto plazo y la incapacidad

para realizar cálculo son indicadores sensibles de la reducción de estas funciones (45).

Para medir el grado de Discapacidad cognitiva se han empleado varias pruebas. Una de las más utilizadas es el Test de Lobo que implementamos en nuestro estudio. Desde entonces y hasta la actualidad se ha empleado como instrumento práctico para identificar de forma inicial las alteraciones cognitivas. Al ser un instrumento estandarizado de uso generalizado y validado para América Latina, favorece la posibilidad de contar con un parámetro adecuado de comparación entre distintos grupos de estudio.

### **Actividad Física en el adulto mayor**

Un estilo de vida activo mejora la salud física y mental y contribuye al control de trastornos tales como depresión y demencia. Existe evidencia de que los ancianos físicamente activos tienen una menor prevalencia de las enfermedades mentales que los no-activos.

La actividad física debe ser de fácil realización y no causar daños. Debe ser de bajo impacto y de intensidad moderada lo que significa la percepción del esfuerzo percibido, aumento del ritmo cardíaco y/o la frecuencia respiratoria, permitiendo que el individuo respire sin dificultad y con aumento de la temperatura del cuerpo (46).

### **Aseguramiento Universal**

La cobertura universal de salud significa la eliminación de barreras de acceso a los servicios de salud, sean estas geográficas, culturales, o financieras, abordar las necesidades insatisfechas y en particular, las necesidades de los grupos vulnerables. Requiere de la participación de toda la sociedad, del compromiso a largo plazo de los gobiernos responsables de

formular políticas que sean equitativas, eficientes, y que refuercen el enfoque intersectorial para abordar los determinantes sociales de la salud, lo que es un llamado al compromiso de la sociedad en su conjunto para promover la salud y el bienestar (47)

### **Definición de Cuidador Familiar**

Son las personas que prestan atención a las personas que necesitan supervisión o asistencia en la enfermedad o la discapacidad. Ellos pueden proporcionar el cuidado en el hogar, en un hospital o en una institución, el concepto se refiere también a los padres, cónyuges u otros familiares, amigos, miembros del clero, profesores, trabajadores sociales, los demás pacientes, etc (48)

### **Test de Calidad de Vida (QOL)**

El QOL, de Betty Ferrel, establece la calidad de vida desde las dimensiones física, psicológica, social y espiritual. El instrumento fue revisado y probado entre 1994 y 1998 en un estudio con 219 familias cuidadoras y se obtuvo un grado de validez y de confiabilidad de 0.89. En la escala original, para la valoración de cada uno de los ítems se utiliza una escala de tipo Likert del 1 al 10. A partir de 37 preguntas pretende medir 4 conceptos genéricos sobre la salud y toma un promedio de 8 a 12 minutos. De estos 37 ítems, 16 están formulados positivamente y 21 de forma inversa. El 20 de abril del año 2006 se realizó la validación de este instrumento en la versión español la cual fue realizada y adaptada por el grupo de docentes de la línea de investigación de cuidado de paciente crónico, en Colombia con la autorización de la Dra. Betty Ferrel (49).

## CAPITULO 3

### HIPÓTESIS, VARIABLES Y DEFINICIONES OPERACIONALES

#### 3.1 HIPÓTESIS

Por ser un estudio observacional no se considera hipótesis

#### 3.2 OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES

VARIABLES	INDICADOR	CATEGORIA	ESCALA
Servicio	Principal servicio	1. Hogar san José 2. Hogar San Pedro	<i>Nominal</i>
Edad	En años categorizados	1. 65 a 70 años 2. 71 a 75 años 3. 76 a 80 años 4. 81 a más	<i>Ordinal</i>
Sexo	Género y fenotipo	1. Femenino 2. Masculino	<i>Nominal</i>
Tiempo en alojamiento		Se consignará el tiempo exacto en variable continua	<i>Nominal</i>
Escolaridad	Máximo grado alcanzado	1. Sin instrucción 2. Primaria 3. Secundaria 4. Superior	<i>Nominal</i>
Estado de filiación familiar	Familiares o tutores directos que asuman responsabilidad de cuidado o parentesco	1. Cuenta con familia que apoya: ____ 2. Cuenta con amigos que apoyan: ____ 3. No recibe apoyo: ____	<i>Nominal</i>

Parentesco con familiar directo responsable	Parentesco o dependencia legal familiar con el paciente (puede ser más de 1 familiar directo involucrado pero se medirá a quien al momento de la investigación asuma tal responsabilidad)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. esposa/compañera</li> <li>2. marido/compañero</li> <li>3. hijo</li> <li>4. hija</li> <li>5. nuera</li> <li>6. yerno</li> <li>7. padre</li> <li>8. madre</li> <li>9. hermana</li> <li>10. hermano</li> <li>11. otro pariente</li> <li>12. vecino/a</li> <li>13. amigo/a</li> </ol>	<i>Nominal</i>
Aseguramiento	Evaluación del sistema de aseguramiento oficial del Ministerio de Salud	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. SIS</li> <li>2. ESSALUD</li> <li>3. Sin Seguro</li> </ol>	<i>Nominal</i>
Comunicación	Evaluación clínica	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Se comunica adecuadamente</li> <li>2. Se comunica con dificultad</li> <li>3. No se comunica</li> </ol>	<i>Nominal</i>
Calidad de Vida Familiar	Test de Calidad de Vida Familiar (QOL)	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimensión física</li> <li>2. Dimensión psicológica</li> <li>3. Dimensión espiritual</li> <li>4. Dimensión social</li> </ol>	<i>Nominal</i>
Capacidad Física	Índice de Barthel : Actividades básicas de la vida diaria	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Alimentación</li> <li>2. Lavado (baño)</li> <li>3. Vestido</li> <li>4. Aseo</li> <li>5. Deposición</li> </ol>	<i>Nominal</i>

	<p>Escala de incapacidad física de la Cruz Roja</p>	<p>6. Micción 7. Retrete 8. Traslado sillón-cama 9. Deambulaci3n 10. Escalones</p>	
<p>Nivel Cognitivo</p>	<p>Examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)</p>	<p>1. Orientaci3n temporal 2. Orientaci3n espacial 3. Memoria de Fijaci3n 4. Concentraci3n y c3lculo 5. Recuerdo Diferido 6. Lenguaje 7. Construcci3n</p>	<p><i>Nominal</i></p>



## CAPITULO 4

### METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

#### 4.1 DISEÑO

Estudio observacional, de corte transversal analítico y prospectivo.

#### 4.2 POBLACIÓN Y MUESTRA

Se trabajó con el 100% de residentes adultos mayores alojados en los hogares San José y San Pedro de la ciudad de Tacna. Asimismo se indago en calidad de vida en el familiar /apoderado/ amigo directo o tutor directo del residente, considerándose al 100% de ellos.

	n	%
Hogar San José	36	54.5
Hogar San Pedro	30	45.5
Total	66	100.0

##### 4.2.1 Criterios de Inclusión

- a. Usuarios adultos mayores residentes alojados en los albergues San Pedro y San José que desean participar voluntariamente.
- b. De ambos sexos
- c. Mayor de 65 años.
- d. Familiar/tutor o amigo identificado a cargo directo o cercano de toda edad y condición filial.

#### 4.2.2 Criterios de Exclusión

- a. Usuarios que no deseen participar
- b. Adultos mayores ingresados en las últimas 24 horas.

#### 4.3 INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Los instrumentos (anexos) consideraron las siguientes escalas valorativas:

1. *ÍNDICE DE BARTHEL (ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA)*

Puntuación total = (0 - 100)

Dependencia leve (61-99).

Dependencia moderada (41-60).

Dependencia severa (21-40).

Dependencia total (0-20).

2. *ESCALA DE INCAPACIDAD FÍSICA DE LA CRUZ ROJA*

Grados del 1 al 5.

3. *EXAMEN COGNOSCITIVO DE LOBO (MEC-35)*

Nivel cognitivo geriátrico:

Deterioro cognitivo:

Mayor o igual 23 puntos: Normal.

Menor de 23 puntos: Bajo

4. *TEST DE MEDICIÓN DE LA CALIDAD*

Instrumento “medición de la calidad de vida de un cuidador familiar del paciente” propuesto por ferrell y col (1997)  
(QOL siglas en ingles)

## **CAPITULO 5**

### **PROCEDIMIENTOS DE ANÁLISIS DE DATOS**

La aplicación del instrumento de recolección de datos fue de tipo cualitativo adaptado y validado respaldado por publicaciones existentes y juicio de expertos. Para el acopio de la información se realizó una adaptación de términos respetando la semántica de la información registrada y respaldada por la estructura de los instrumentos utilizados.

El instrumento contempla:

- Estará ajustado a los objetivos del estudio.
- Formato de registro estructurado.
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información en forma aleatoria.

La aplicación de la encuesta estuvo a cargo de dos encuestadoras ajenas al investigador y dirigidas por un supervisor de campo con experiencia en el campo seleccionadas previamente y capacitadas durante tres días. El programa de capacitación contempló los siguientes aspectos:

- Explicación de los objetivos del estudio de medición
- Características del instrumento a utilizar
- Asignación de la muestra y organización de la recolección de información.
- Organización de la supervisión y control de la calidad de la información recolectada.
- Entrega de materiales y guía de la encuesta.

La visita domiciliaria fue el recurso utilizado para el abordaje de los familiares/tutores o amigos considerados responsables directos de los residentes.

La visita a cada residente se estimó en una 1.5 horas en promedio, siendo mayor en algunos. El tiempo total aproximado fue de 30 días. La pesquisa domiciliaria de familiares. Tutores o amigos de visita fue en simultáneo con dos entrevistadoras capacitadas, El tiempo aproximado fue de 30 días. La condición filial de cada uno de ellos se muestra en la tabla 7. Cabe destacar que no siempre se cuenta con la visita de ellos al hogar de cuidado, donde una proporción de ellos no lo realiza, como se muestra en las tablas de anexos, y que sería sustrato de futuras investigaciones.

## **Consideraciones éticas**

El presente estudio tuvo en cuenta las siguientes consideraciones éticas:

- Ninguna persona fue obligada a participar en la investigación
- Todos los datos recolectados serán para fines exclusivos de la investigación.
- Por ningún motivo o razón se identificarán los datos particulares de los entrevistados/as.
- A cada entrevistado/a se les explicó las razones y motivos del estudio, a la vez que se garantizará la confidencialidad de los datos individuales.

Para el procesamiento de los datos se procedió a calificar la ficha de recolección de datos en una Matriz de datos digital, de donde se obtendrá las distribuciones y las asociaciones entre variables según indican los objetivos, representados luego en el programa de hoja de cálculo: EXCEL.

Para el procesamiento de la información se elaboraron tablas de distribución de frecuencias absolutas y relativas. Los datos se presentaron también en gráficos de estimación de error en el programa SPSS versión 21. Se utilizó la prueba de chi cuadrada para contraste de variables cualitativas con un valor p significativo menor a 0.05.

## CAPITULO 6

### RESULTADOS Y DISCUSION

**TABLA 01**

*Distribución de frecuencia de los principales factores Sociodemográficos de los en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		Sexo					
		Masculino		Femenino		Total	
		n	%	n	%	N	%
<b>Edad</b>	65 a 70 años	7	16.3%	3	13.0%	10	15.2%
	71 a 75 años	5	11.6%	2	8.8%	7	10.6%
	76 a 80 años	9	20.9%	3	13.0%	12	18.2%
	81 a mas	22	51.2%	15	65.2%	37	56.0%
	Total	43	100.0%	23	100.0%	66	100.0%
<b>Aseguramiento</b>	SIS	41	95.3%	19	82.6%	60	90.9%
	ESSALUD	2	4.7%	0	0.0%	2	3.0%
	Sin seguro	0	0.0%	4	17.4%	4	6.1%
	Total	43	100.0%	23	100.0%	66	100.0%

En la tabla 1 podemos observar la distribución de frecuencia según edad y aseguramiento de los residentes de los hogares geriátricos en investigación. En el grupo de sexo masculino, el 51.2% tenían de 81 a más años. En el grupo de mujeres el 65.2% de 81 a más años. El predominio del sexo masculino en residencia fue el doble al grupo de mujeres residentes.

Según la condición de aseguramiento el 95.3% de los varones contaban con el seguro integral de salud del Ministerio de Salud y el 82.6% en el grupo de mujeres. Es en este último grupo donde el 17.4% no cuenta con ningún tipo de seguro.

**TABLA 02**

*Distribución de frecuencia según Tiempo de Alojamiento y nivel de Comunicación en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la Ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tiempo de alojamiento</b>	<b>&lt; 1 año</b>	8	12.1%
	<b>1 a 5 años</b>	42	63.6%
	<b>6 a 10 años</b>	11	16.8%
	<b>11 a 15 años</b>	3	4.5%
	<b>16 a mas</b>	2	3.0%
	<b>Total</b>	66	100.0%
<b>Comunicación</b>	<b>Se comunica adecuadamente</b>	49	74.2%
	<b>Se comunica con dificultad</b>	12	18.2%
	<b>No se comunica</b>	5	7.6%
	<b>Total</b>	66	100.0%

En la tabla 2 se observa que el 63.6% de los residentes tienen un tiempo de alojamiento entre 1 a 5 años seguido de un 16.7% entre 6 a 10 años. Un 3% manifestó un tiempo de alojamiento de 16 años a más.

El 74.2% de los adultos mayores se comunicaba adecuadamente pero un 18.2% el nivel de comunicación era con dificultad. Un 7.6% había perdido la facultad de comunicación.

**TABLA 03**

*Distribución de frecuencia del Índice de Barthel en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la Ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

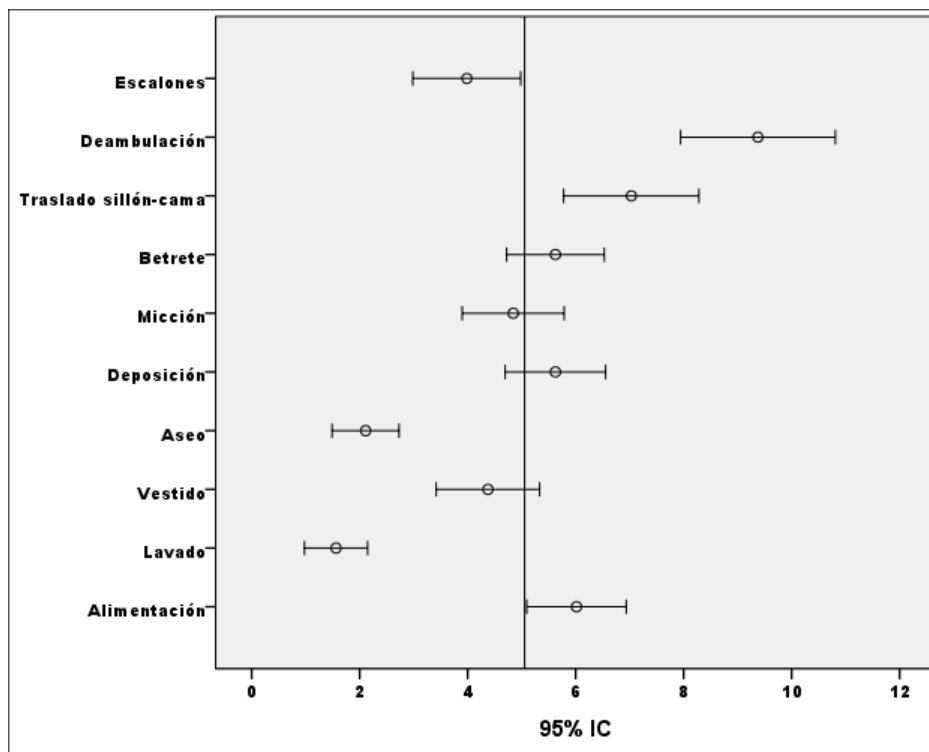
		n	%
<b>INDICE BARTHEL</b>	<b>Dependencia total</b>	15	22.7%
	<b>Dependencia Severa</b>	10	15.2%
	<b>Dependencia Moderada</b>	16	24.2%
	<b>Dependencia Leve</b>	25	37.9%
	<b>Total</b>	66	100.0%

El índice de Barthel mide el nivel de dependencia física del adulto mayor. En nuestro grupo de estudio el 37.9% evidencia un nivel de dependencia leve seguido de un 24.2% con dependencia moderada. El 22.7% tenía un nivel de dependencia total.



## GRÁFICA 01

*Comparación y tendencia de la capacidad física según el Índice de Barthel*



En la Gráfica 1 se observa los reactivos utilizados en el índice y su nivel de compromiso. Podemos observar que los ítems principalmente comprometidos son, capacidad para la higiene o lavado seguido por el desenvolvimiento en la vestimenta, subida de escalones y la capacidad de miccionar. Son en estas características donde los residentes manifiestan mayor dificultad y determinan el peso ponderado en el índice calculado. Si repitiéramos el estudio 100 veces, en el 95% de los casos encontraríamos en el grupo de estudio las mismas características descritas.

**TABLA 04**

*Distribución de frecuencia según Incapacidad Geriátrica física (Cruz Roja) en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

	n	%	
<b>Incapacidad Geriátrica física (Cruz Roja)</b>	<b>Se vale totalmente por sí mismo</b>	8	12.1%
	<b>realiza suficientemente los actos de vida diaria, deambula con alguna dificultad, continencia total</b>	10	15.1%
	<b>Tiene alguna dificultad en los actos diarios, necesita ayuda en ocasiones, deambula con bastón, rara incontinencia</b>	26	39.4%
	<b>Grave dificultad en actos de la vida diaria deambula difícilmente ayudado por 1 persona incontinencia ocasional</b>	10	15.2%
	<b>Necesita ayuda para casi todos los actos. deambula ayuda extrema 2 personas, incontinencia habitual</b>	6	9.1%
	<b>Inmovilizado en casa o sillón, incontinencia total necesita cuidados continuos</b>	6	9.1%
	<b>Total</b>	66	100.0%

En el grupo de estudio observamos que el 39.4% tenía alguna dificultad en los actos diarios necesitando ayuda en ocasiones ayudado bastón. El 15.1% manifestaba una grave dificultad en actos de la vida diaria con deambulación difícil y ayudado por lo menos por una persona y en proporción similar un grupo realiza suficientemente los actos de vida diaria deambulando con alguna dificultad. El 9.1% necesitaba ayuda para casi todos los actos con ayuda extrema de por lo menos 2 personas y en proporción similar también un 9.1% se encontraba inmovilizado en sillón con incontinencia total necesitando cuidados continuos.

**TABLA 05**

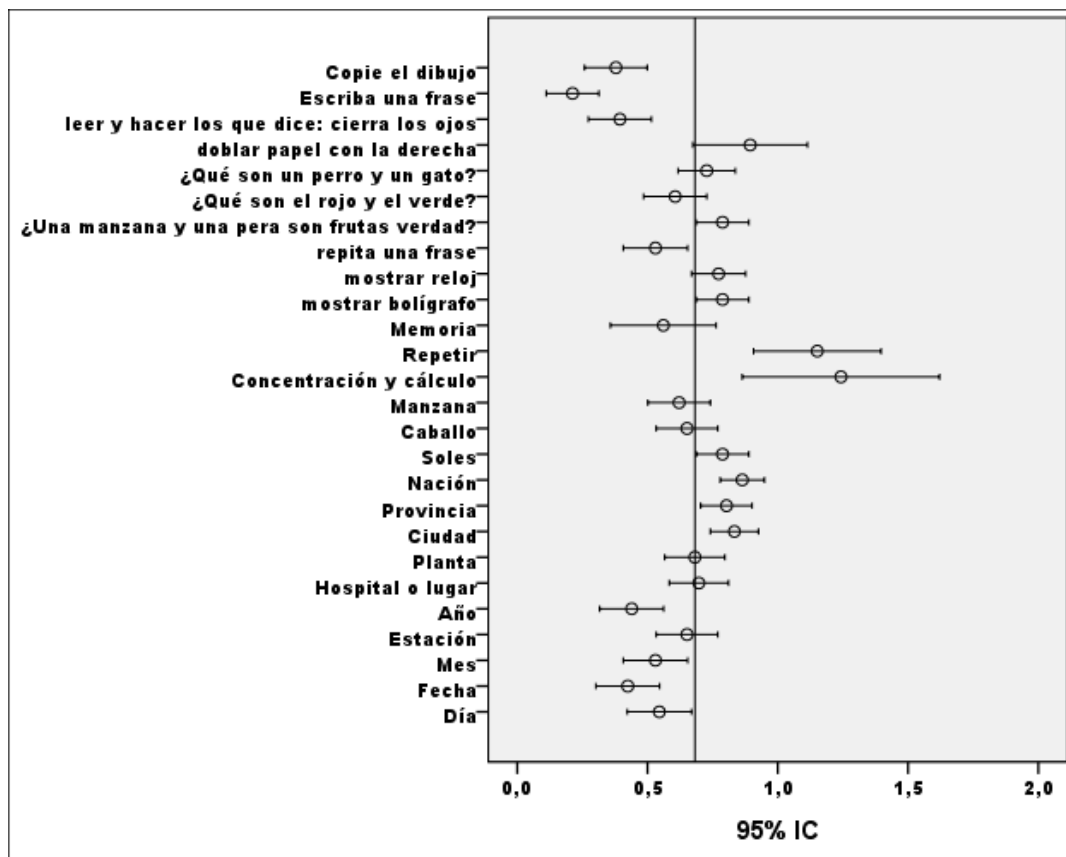
*Índice de lobo en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		n	%
Índice de LOBO	Nivel cognitivo bajo	43	65.2%
	Nivel cognitivo normal	23	34.8%
	Total	66	100.0%

El 65.2% presentaba un nivel cognitivo bajo, donde la toma de decisiones con criterio independiente es difícil versus un 34.8% presentaba un nivel cognitivo normal.

## GRÁFICA 02

*Ítems más comprometidos en el índice de LOBO (IC 95%)*



Entre los ítems considerados como más comprometidos se encuentra la capacidad de escribir una frase copiar un dibujo y algunas directivas de leer e interpretar. La capacidad de memoria así como la ubicación en año, mes y fecha estaban más comprometidas; más no así el día de la semana en el cual se encontraba. Los ítems con mejor presentación fueron las capacidades de concentración y cálculo así como la capacidad de repetir indicaciones de razonamiento.

**TABLA 06**

*Distribución de frecuencia de las características sociodemográficas de los familiares directos en los residentes de los hogares geriátricos san pedro y san José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		n	%
<b>Edad de Familiar</b>	<b>30 a 39 años</b>	7	10.6%
	<b>40 a 49 años</b>	17	25.8%
	<b>50 a 59 años</b>	9	13.6%
	<b>60 a 69 años</b>	22	33.3%
	<b>70 a mas</b>	11	16.7%
	<b>Total</b>	66	100.0%
<b>Sexo</b>	<b>Masculino</b>	26	39.4%
	<b>Femenino</b>	40	60.6%
	<b>Total</b>	66	100.0%
<b>Grado de instrucción</b>	<b>Analfabeto</b>	1	1.5%
	<b>Primaria</b>	10	15.2%
	<b>Secundaria</b>	26	39.4%
	<b>Superior</b>	29	43.9%
	<b>Total</b>	66	100.0%

Los residentes en los hogares geriátricos, generalmente cuentan con el apoyo de algún familiar directo o amigo o vecino que le permita tener algún tipo de relación con el exterior. Si bien esta comunicación no es muy frecuente, se ha logrado evidenciar mayormente su presencia. Este grupo de familiares o amigos directos tienen las siguientes características sociodemográficas: el 33.3% tiene entre 60 a 69 años seguido de un 25.8% entre 40 a 49 años. Sólo un 10.6% tenía entre 30 a 39 años. Según sexo el 60.6% eran mujeres seguido de sólo un 39.4% en los cuales eran varones. Según el nivel de instrucción, el 43.9% tenía educación superior seguido de un 39.4 con instrucción secundaria. En un solo caso la condición fue de analfabeto.

**TABLA 07**

*Definición de frecuencia de condición filial del familiar o amigo directo en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		n	%
<b>Condición filial de familiar o amigo directo</b>	<b>Esposa/compañera</b>	8	12.1%
	<b>Marido/compañero</b>	4	6.1%
	<b>Hijo</b>	11	16.7%
	<b>Hija</b>	20	30.3%
	<b>Nuera</b>	1	1.5%
	<b>Yerno</b>	4	6.1%
	<b>Hermana</b>	4	6.1%
	<b>Hermano</b>	4	6.1%
	<b>Otro pariente</b>	4	6.1%
	<b>Vecino</b>	3	4.5%
	<b>Amigo</b>	3	4.5%
	<b>Total</b>	66	100.0%

El 30.3% los familiares directos responsables era hijas seguido de un 16.7%, proporción mucho menor, que tenía la condición de hijo. Proporciones similares presentaron las condiciones de yerno, hermana, hermano, marido o compañero u otro pariente con una frecuencia del 6.1%. El 12.1% de los familiares fueron esposas o compañeras. Destaca la condición de vecino o amigo con un 4.5% respectivamente para cada una de estas dos condiciones.

**TABLA 08**

*Distribución de frecuencia de características laborales de los familiares en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		n	%
<b>Trabaja fuera de su hogar actualmente</b>	<b>Sí</b>	45	68.2%
	<b>No</b>	21	31.8%
	<b>Total</b>	66	100.0%
<b>Trabajo que realiza</b>	<b>Ninguno</b>	21	32.0%
	<b>Profesor</b>	5	7.6%
	<b>Vendedor/comerciante</b>	9	13.6%
	<b>Independiente</b>	8	12.1%
	<b>Taxista</b>	5	7.6%
	<b>Asistente</b>	1	1.5%
	<b>Secretaria</b>	5	7.6%
	<b>Ama de casa</b>	2	3.0%
	<b>Contador</b>	3	4.5%
	<b>Técnico en enfermería</b>	3	4.5%
	<b>proramador de sistemas</b>	1	1.5%
	<b>Electricista</b>	0	0.0%
	<b>Laboratorio clínico</b>	3	4.5%
	<b>Total</b>	66	100.0%
	<b>Ha tenido que dejar de trabajar para cuidar</b>	<b>Totalmente</b>	5
<b>Parcialmente</b>		23	34.8%
<b>No</b>		38	57.6%
<b>Total</b>		66	100.0%
<b>Ha adaptado el trabajo a la actividad de cuidar</b>	<b>Sí</b>	42	63.6%
	<b>No</b>	9	13.6%
	<b>Nunca trabajó fuera de su hogar</b>	15	22.8%
	<b>Total</b>	66	100.0%



El 68.2% trabaja fuera de lugar actualmente y el 32.0% no trabaja fuera de la casa. Del grupo que trabaja(n=21), el 13.6% lo hacía como vendedor o comerciante seguido de un 12.1% en labores independientes. Proporciones similares tiene la condición de profesor (7.6%), taxista (7.6%) y secretaria (7.6%). El 57.6% no ha descuidado su trabajo, el 34.8 refiere a verlo dejado parcialmente y el 7.6% totalmente. Según la capacidad de adaptar el trabajo a la actividad de ver por el familiar, el 63.6% refiere haberlo hecho y el 13.6% no pudo adaptar su trabajo a las condiciones que le exigían la posibilidad de ver por su familiar. El 22.8% nunca trabajó fuera de la casa.

**TABLA 09**

*Tiempo que cuida el residente, Disposición de ayuda en su casa y Percepción del estado de salud actual de los familiares de los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Tiempo que cuida al residente</b>	<b>1 a 5 años</b>	8	12.1%
	<b>6 a 10 años</b>	28	42.4%
	<b>11 a 15 años</b>	17	25.8%
	<b>Más.. de 15 años</b>	13	19.7%
	<b>Total</b>	66	100.0%
<b>Dispone de alguien que le ayude en las tareas domésticas</b>	<b>Sí, remunerado</b>	7	10.6%
	<b>Sí, no remunerado</b>	50	75.8%
	<b>No</b>	9	13.6%
	<b>Total</b>	66	100.0%
<b>¿Cómo definiría su estado de salud actual?</b>	<b>Muy bueno</b>	0	0.0%
	<b>Bueno</b>	20	30.3%
	<b>Regular</b>	38	57.6%
	<b>Malo</b>	8	12.1%
	<b>Muy malo</b>	0	0.0%
	<b>Total</b>	66	100.0%

Según el tiempo que cuida al residente, el 42.4% manifiesta venía haciéndolo entre 6 a 10 años seguido de un 25.8% entre 11 a 15 años. El 19.7% manifiesta más de 15 años bajo el cuidado del adulto mayor. Respecto a si dispone de ayuda en las tareas domésticas, el 75.8% manifiesta de que sí, pero en una condición no remunerada; seguido de un 10.6% que sí cuenta con apoyo en la casa para labores domésticas una condición de remunerado.

Respecto a cómo define actualmente su estado de salud, el 57.6% la percibe como regular seguido de un 30.3% como buen estado de salud. Se observa un 12.1% que refiere percibir un estado de salud malo. No se observa condiciones extremas como muy bueno o muy malo.

**TABLA 10**

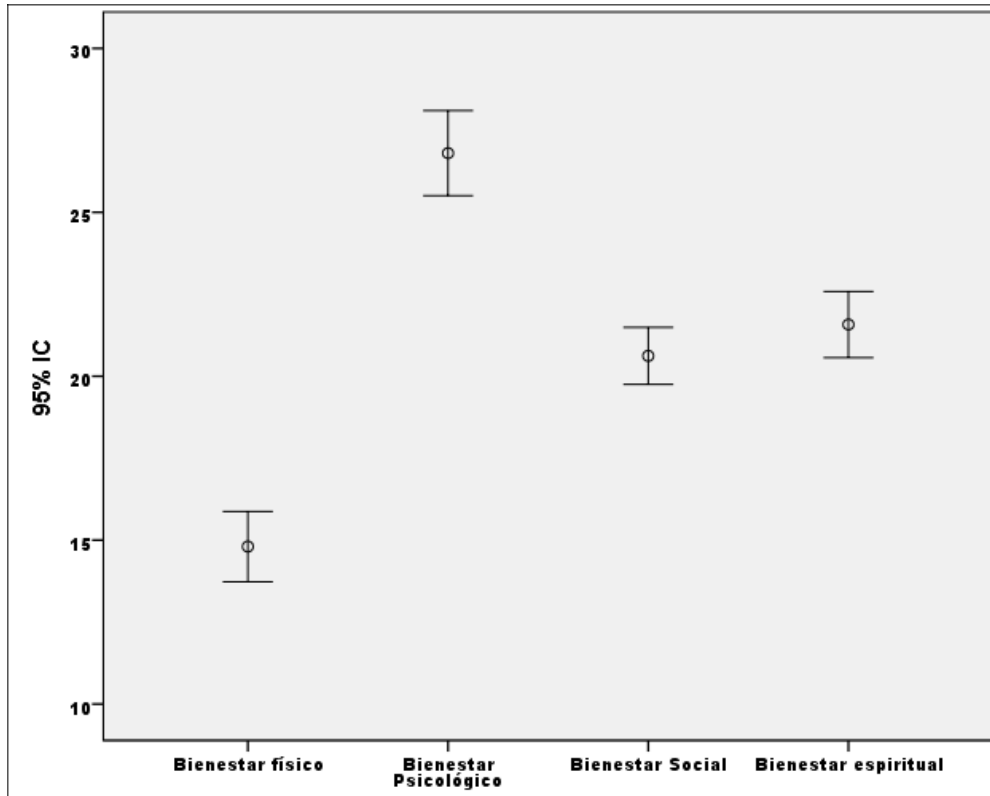
*Distribución de frecuencia de la Calidad de vida de los familiares directos en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		n	%
<b>Calidad de Vida general</b>	<b>Mala</b>	44	66.7%
	<b>Buena</b>	22	33.3%
	<b>Total</b>	66	100.0%

En la tabla 10 se observa el consolidado final del test de calidad de vida aplicado a los familiares directos que velan por la condición de los adultos mayores sujetos de estudio. Finalmente observamos que el 66.7% refiere una calidad de vida mala seguido de un 33.3% que manifiesta o percibe una calidad de vida buena.

### GRAFICA 03

*Medición de las esferas de la calidad de vida de los familiares directos*



En la gráfica 3 podemos observar la comparación de las diferentes esferas donde se percibe que, la más comprometida es la de bienestar psicológico que se diferencia estadísticamente de las otras tres. Las esferas de bienestar social y bienestar espiritual están en el segundo orden de compromiso aunque no existe una diferencia entre estas dos si lo hay frente al bienestar psicológico y bienestar físico. La esfera menos comprometida es el bienestar físico. Existe diferencia significativa con un intervalo del 95% entre las esferas estudiadas. Si repetiremos el estudio 100 veces, en el 95% de estas obtendríamos las mismas diferencias encontradas.

**TABLA 11**

*Distribución de frecuencia de la Calidad de vida de los familiares según parentesco con los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		Calidad de Vida general					
		Mala		Buena		Total	
		n	%	n	%	N	%
Parentesco con la persona cuidada (p: 0.20)	Esposa/compañera	5	62.5%	3	37.5%	8	100.0%
	Marido/compañero	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%
	Hijo	3	27.3%	8	72.7%	11	100.0%
	Hija	13	65.0%	7	35.0%	20	100.0%
	Nuera	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%
	Yerno	1	25.0%	3	75.0%	4	100.0%
	Hermana	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%
	Hermano	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%
	Otro pariente	4	100.0%	0	0.0%	4	100.0%
	Vecino	3	100.0%	0	0.0%	3	100.0%
	Amigo	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%
	<b>Total</b>	44	66.7%	22	33.3%	66	100.0%

Podemos observar que no existe diferencia significativa en la calidad de vida según la condición de parentesco, pero si podemos observar algunas tendencias en las que destaca que la mala calidad de vida se encuentra principalmente en esposas o compañeras e hijas.

**TABLA 12**

*Definición de frecuencia de la calidad de vida de los familiares según los índices de Barthel y Lobo en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		Calidad de Vida general					
		Mala		Buena		Total	
		n	%	n	%	N	%
<b>INDICE BARTHEL</b> (p: 0.05)	<b>Dependencia total</b>	12	80.0%	3	20.0%	15	100.0%
	<b>Dependencia Severa</b>	5	50.0%	5	50.0%	10	100.0%
	<b>Dependencia Moderada</b>	10	62.5%	6	37.5%	16	100.0%
	<b>Dependencia Leve</b>	17	68.00	8	32.00%	25	100.0%
	<b>Total</b>	44	66.7%	22	33.3%	66	100.0%
<b>ÍNDICE DE LOBO</b> (p: > 0.05)	<b>Nivel cognitivo bajo</b>	31	72.1%	12	27.9%	43	100.0%
	<b>Nivel cognitivo normal</b>	13	56.5%	10	43.5%	23	100.0%
	<b>Total</b>	44	66.7%	22	33.3%	66	100.0%

Podemos observar que, según el índice de Barthel, existe una diferencia significativa respecto a la calidad de vida de los familiares o amistades con relación filial. A mayor dependencia del adulto mayor, mayor es la proporción de familiares o amigos con una mala calidad de vida general.

No existe una diferencia significativa según el índice de lobo y su relación con la calidad de vida general de los familiares. Se puede observar que en el grupo con nivel cognitivo bajo el 72.1% de los familiares presentaban una mala calidad de vida comparado al grupo con un nivel cognitivo normal donde el 56.5% de los familiares tenían una mala calidad de vida. Aunque la proporción es mayor en el primer grupo esta diferencia no es significativa.

**TABLA 13**

*Distribución de frecuencia de Índice de Lobo según Índice de Barthel e Incapacidad geriátrica física en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		Índice de LOBO						p
		Nivel cognitivo bajo		Nivel cognitivo normal		Total		
		N	%	N	%	N	%	
INDICE Barthel	Dependencia total	15	100.0%	0	0.0%	15	100.0%	0,000
	Dependencia Severa	10	100.0%	0	0.0%	10	100.0%	
	Dependencia Moderada	10	62.5%	6	37.5%	16	100.0%	
	Dependencia Leve	8	32.0%	17	68.0%	25	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	
Incapacidad Geriátrica física (Cruz Roja)	Se vale totalmente por sí mismo	2	25.0%	6	75.0%	8	100.0%	0,000
	realiza suficientemente los actos de vida diaria, deambula con alguna dificultad, continencia total	4	40.0%	6	60.0%	10	100.0%	
	Tiene alguna dificultad en los actos diarios, necesita ayuda en ocasiones, demabula con bastón, rara incontinencia	17	65.4%	9	34.6%	26	100.0%	
	Grave dificultad en actos de la vida diaria deambula difícilmente ayudado por 1 persona incontinencia ocasional	9	90.0%	1	10.0%	10	100.0%	
	Necesita ayuda para casi todos los actos. demabula ayuda extrema 2 personas, incontinencia habitual	5	83.3%	1	16.7%	6	100.0%	
	Inmovilizado en casa o sillón, incontinencia total necesita cuidados continuos	6	100.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	



Se observa en la tabla 13, que el total de pacientes con dependencia total o severa también tiene un nivel cognitivo bajo. Podríamos considerar a estos 25 pacientes como altamente dependientes. Aquellos con dependencia moderada, el 37.5% comparado al grupo de dependencia normal, donde el 68% tenía un nivel cognitivo normal. Estas diferencias son altamente significativas. (p: 0.00)

Respecto a incapacidad geriátrica, se observa que a mayor incapacidad mayor es el compromiso cognitivo. Esta asociación es altamente significativa. (p:0.000).

## DISCUSION

El presente estudio midió las características de dependencia física y nivel cognitivo de los adultos mayores de 2 albergues de la ciudad de Tacna. Dichos albergues están institucionalizados y su ubicación actual se encuentra en la jurisdicción de trabajo del C.S. Metropolitano del Ministerio de Salud. Dicho establecimiento realiza la asistencia médica y atención de los pacientes asegurados de dichos establecimientos. La labor principal es la de atender tan solo la demanda pero no se cuenta con un diagnóstico de base de la población existente y planes de desarrollo para una mejor atención. El enfoque no solo del daño físico sino también de la potencial necesidad de contar con programas de apoyo para la parte cognitiva y de asistencia también de los familiares es que motivaron este trabajo. El establecimiento de salud podrá contar con un estudio de base para el desarrollo de mejores actividades preventivas y no sólo enfocarse en acciones recuperativas inmediatas.

De nuestra población, el 63.6% de los residentes tienen un tiempo de alojamiento entre 1 a 5 años seguido de un 16.7% entre 6 a 10 años. El 74.2% de los adultos mayores se comunicaba adecuadamente pero un 18.2% el nivel de comunicación era con dificultad. Según Bayarre Veá (25) la discapacidad predominó en mujeres, con tasas que alcanzaron el 40 %. Se incrementa con la edad y predomina en el sexo femenino. En nuestro estudio en el sexo masculino, el 51.2% tenían de 81 a más años seguidos del grupo de 76 a 80 años con un 20.9%. En el grupo de mujeres el 65.2% de 80 a más años seguido de un 13.00% entre 76 a 80 años. Por lo tanto se encuentra que la discapacidad física en nuestro ámbito de estudio es mayor en el sexo masculino, además que según el índice de Barthel el grado de dependencia severa en varones es mayor (18.6%) que en mujeres (8.7%). Además Bayarre Veá refiere que la prevalencia de discapacidad física en adultos mayores osciló entre 13,9 % (Holguín) y 36,6 % (Granma). Concluyendo que se incrementó con la edad, resultado que coincidió con nuestro trabajo, donde evidenciamos que a mayor edad, mayor deterioro físico.

En el estudio realizado por Álvarez (26) en Cuba, se encontró que los ancianos de 80 y más años (42,59 %) son los que predominan, seguidos por los de 70 a 79 (34,72 %), mientras que en ambos grupos prevalecieron las féminas (25,90 y 20,60 %, respectivamente) en contraste con nuestro estudio el cual fue el sexo masculino el que predominó (65.15%). Además Álvarez en busca de factores de riesgo asociados a discapacidad física toma en cuenta variables como las secuelas subsiguientes a la fractura de cadera (presentes 72.64%, ausentes 27.31%), los sentimientos de soledad (presentes 44.44%, ausentes 55.56%), la inadaptación a la jubilación (presente 49.54%, ausente 50.46%) y la ausencia de confidente (presente 45.14%, ausentes 54.86%) demostrando que estos últimos estaban asociados a una mayor probabilidad de experimentar discapacidad física en comparación con aquellos en quienes no se había producido. La última variable “la ausencia de confidente” está relacionada con nuestro estudio como “Apoyo Familiar” demostrándose que los ancianos que cuentan con familiar y/o amigos tienen un menor grado de severidad de discapacidad física (total 37.9%) comparado con el grupo que no recibe apoyo el cual tiene un mayor grado de severidad en discapacidad física (45.8%) según el índice de Barthel. Se podría proponer estudios futuros que relacionen las variables propias del estudio de Álvarez en nuestro entorno.

El 65.2% de nuestro grupo de estudio presentaba un nivel cognitivo bajo, donde la toma de decisiones con criterio independiente es difícil, pero un 32.6% de hombres presentaba un nivel cognitivo normal. Navarro (27) afirma que un estilo de vida activo se asocia con un alto nivel de plasticidad cognitiva que a su vez se relaciona con una menor probabilidad de deterioro y declive cognitivo. Para Bayarre Veá (25) las variables psicosociales más afectadas son: el analfabetismo y la pérdida de rol social y para Álvarez los sentimientos de soledad, la ausencia de confidente y la inadaptación a la jubilación constituyeron factores de riesgo de discapacidad física y cognitiva en la población investigada (26). Se podría proponer estudios futuros que relacionen variables propias de la persona y su entorno están más asociado a su estado físico y nivel cognitivo.

Otero Et Al (30) demuestra que existe un incremento de la discapacidad física a medida que aumenta la edad, siendo esto contrastado en nuestro estudio

donde puede observar que a medida que la edad aumenta, el grado de dependencia también (en el grupo de 81 años a más, un 37.8% es dependiente total), además Otero Et Al refiere que existe asociación entre mayor grado discapacidad con un bajo nivel de escolaridad, lo cual en nuestro estudio queda demostrado presetando que todos los ancianos con un bajo nivel de escolaridad presentan un mayor grado de dependencia (Ancianos que presentan un grado de instrucción “sin instrucción” representan un 33.3% de un grado de dependencia total y un 16.7% de grado de dependencia severo).

Melendez (31) demostró que el grupo de alta reserva cognitiva obtuvo mejores puntuaciones tanto en el nivel de deterioro cognitivo como en la medida ponderada de reserva que el grupo de baja reserva cognitiva existiendo solamente diferencias en cuanto a la edad (31). En nuestra población observamos que los ítems principalmente comprometidos son, capacidad para la higiene o lavado seguido por el desenvolvimiento en el vestido, subida de escalones y la capacidad de miccionar. Sólo el 9.1% necesitaba ayuda para casi todos los actos con ayuda extrema de por lo menos 2 personas. El 65.2% presentaba un nivel cognitivo bajo

Brito y colaboradores en el año 2003 en Brasilia realizaron un estudio en donde encontraron una fuerte asociación de discapacidad funcional y condiciones de salud deterioradas, (24). Las condiciones de salud no fueron medidas en el presente estudio por requerir una investigación especial en este campo.

Leite (33) encontró que en su grupo de estudio predominó las mujeres (64,9%), de 60-70 años (43,8%), casados (46,5%), con algún grado de escolaridad (90,8%). En nuestro trabajo el predominio del sexo masculino en residencia fue el doble al grupo de mujeres residentes en contraposición a los estudios de los demás autores donde predominó el sexo femenino.

Respecto a la calidad de vida en los familiares directos, encontramos que el 33.3% tiene entre 60 a 69 años seguido de un 25.8% entre 40 a 49 años. Sólo un 10.6% tenía entre 30 a 39 años. Según sexo el 60.6% eran mujeres seguido de sólo un 39.4% en los cuales eran varones. Según el nivel de instrucción, el 43.9% tenía educación superior seguido de un 39.4 con instrucción secundaria. En un solo caso la condición fue de analfabeto. El 30.3% los familiares directos responsables era hijas seguido de un 16.7%,

proporción mucho menor, que tenía la condición de hijo. El 68.2% trabaja fuera de lugar actualmente y que el 66.7% refiere una calidad de vida mala seguido de un 33.3% que manifiesta o percibe una calidad de vida buena. Nigenda (23) identificó el patrón de dedicación y calidad de vida y existen diferencias importantes por género y nivel de escolaridad en la dedicación al adulto mayor. Asimismo afirma que existen diferencias importantes en la atención a enfermos y discapacitados en términos del desgaste físico y emocional que sufre el familiar o amigo. Montezuma (29) refiere que el cuidado al anciano discapacitado exige mucha responsabilidad y consideró que el familiar tiene una calidad de vida muy alterada por la enfermedad del discapacitado, además de ser un factor de estrés por la exigencia de los constantes ajustes en la vida del mismo. Flores (34) E, en Chile publica que los familiares perciben un bajo nivel de apoyo social afectivo (49.3%) y de confianza (98.5%), considerando insuficiente la información y consejo que reciben.

## CAPITULO 7

### CONCLUSIONES

1. El 37.9% de los adultos mayores evidencian un nivel de dependencia leve seguido de un 24.2% con dependencia moderada. El 22.7% tenía un nivel de dependencia total. El 65.2% presentaba un nivel cognitivo bajo, donde la toma de decisiones con criterio independiente es difícil, pero un 34.8% hombre sentaba un nivel cognitivo normal.
2. Respecto a incapacidad geriátrica, se observa que el 37% de los residentes que evidencian un nivel de dependencia total y severo presentan el 100% de ellos un nivel cognitivo bajo. Demostrándose que a mayor incapacidad física mayor es el compromiso cognitivo. Aquellos con dependencia moderada, el 37.5% comparado al grupo de dependencia normal, donde el 68% tenía un nivel cognitivo normal.
3. El 30.3% de los familiares directos responsables era hijas. El 12.1% de los familiares fueron esposas o compañeras. Destaca la condición de vecino o amigo con un 4.5% respectivamente para cada una de estas dos condiciones. El 66.7% refiere una calidad de vida mala seguido de un 33.3% que manifiesta o percibe una calidad de vida buena. Se observa que mayor dependencia del adulto mayor, mayor es la proporción de familiares con una mala calidad de vida general. No existe una diferencia significativa según el índice de lobo, nivel cognitivo, y su relación con la calidad de vida general de los familiares. Pero en el grupo con nivel cognitivo bajo el 72.1% de los familiares presentaban una mala calidad de vida.

## **CAPITULO 8**

### **RECOMENDACIONES**

1. Al encontrarse que un 65.2% de los residentes presentaba un nivel cognitivo se recomienda iniciar un programa de capacitación en estimulación cognitiva para el personal responsable de cada establecimiento.
2. Iniciar programas enfocados en la estimulación cognitiva como el realizado por el Centro de Prevención del Deterioro Cognitivo (CPDC), el cual está enfocado a niveles de deterioro cognitivo leves y severos.
3. Realizar un seguimiento exhaustivo del deterioro tanto físico como cognitivo de los residentes con controles periódicos de la esfera mental, monitorizando así la progresión del mismo para así poder realizar una intervención temprana.
4. Realizar un trabajo de investigación comparativo entre ambos hogares, puntualizando las diferencias que existen entre los mismos en cuanto a infraestructura, cuidados del personal, actividades y el resultado final que se obtiene en cuanto a los niveles de discapacidad tanto física como cognitiva de los residentes.
5. Realizar trabajos de investigación que busquen mayores evidencias de relación de deterioro cognitivo y físico y condiciones propias del paciente y su entorno sanitario. Así como valorar la influencia del entorno social del residente en el nivel de deterioro cognitivo y físico.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Llewellyn DJ, Lang IA, Langa KM, Huppert FA. Cognitive function and psychological well-being: findings from a population-based cohort. *Age Ageing* [Internet]. 11 de enero de 2008 [citado 5 de enero de 2017];37(6):685-9. Disponible en: <http://ageing.oxfordjournals.org/content/37/6/685>
2. WHO | Mental health: a state of well-being [Internet]. WHO. [citado 5 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/en/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/)
3. Allerhand M, Gale CR, Deary IJ. The dynamic relationship between cognitive function and positive well-being in older people: A prospective study using the English Longitudinal Study of Aging. *Psychol Aging*. 2014;29(2):306-18.
4. Getzmann S, Golob EJ, Wascher E. Focused and divided attention in a simulated cocktail-party situation: ERP evidence from younger and older adults. *Neurobiol Aging* [Internet]. 1 de mayo de 2016 [citado 5 de enero de 2017];41:138-49. Disponible en: [http://www.neurobiologyofaging.org/article/S0197-4580\(16\)00177-9/abstract](http://www.neurobiologyofaging.org/article/S0197-4580(16)00177-9/abstract)
5. Sperduti M, Makowski D, Piolino P. The protective role of long-term meditation on the decline of the executive component of attention in aging: a preliminary cross-sectional study. *Aging Neuropsychol Cogn* [Internet]. 1 de noviembre de 2016 [citado 5 de enero de 2017];23(6):691-702. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1080/13825585.2016.1159652>
6. Manenti R, Sandrini M, Brambilla M, Cotelli M. The optimal timing of stimulation to induce long-lasting positive effects on episodic memory in physiological aging. *Behav Brain Res* [Internet]. 15 de septiembre de 2016 [citado 5 de enero de 2017];311:81-6. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0166432816303047>



7. Ko PC, Duda B, Hussey E, Mason E, Molitor RJ, Woodman GF, et al. Understanding age-related reductions in visual working memory capacity: Examining the stages of change detection. *Atten Percept Psychophys* [Internet]. 1 de octubre de 2014 [citado 5 de enero de 2017];76(7):2015-30. Disponible en: <http://link.springer.com/article/10.3758/s13414-013-0585-z>
8. Turgeon M, Lustig C, Meck WH. Cognitive Aging and Time Perception: Roles of Bayesian Optimization and Degeneracy. *Front Aging Neurosci* [Internet]. 2016 [citado 5 de enero de 2017];8. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fnagi.2016.00102/abstract>
9. Pusswald G, Tropper E, Kryspin-Exner I, Moser D, Klug S, Auff E, et al. Health-Related Quality of Life in Patients with Subjective Cognitive Decline and Mild Cognitive Impairment and its Relation to Activities of Daily Living. *J Alzheimers Dis* [Internet]. 1 de enero de 2015 [citado 5 de enero de 2017];47(2):479-86. Disponible en: <http://content.iospress.com/articles/journal-of-alzheimers-disease/jad150284>
10. Calzà L, Beltrami D, Gagliardi G, Ghidoni E, Marcello N, Rossini-Favretti R, et al. Should we screen for cognitive decline and dementia? *Maturitas* [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 5 de enero de 2017];82(1):28-35. Disponible en: [http://www.maturitas.org/article/S0378-5122\(15\)00699-4/abstract](http://www.maturitas.org/article/S0378-5122(15)00699-4/abstract)
11. Bureš V, Čech P, Mikulecká J, Ponce D, Kuca K. The effect of cognitive training on the subjective perception of well-being in older adults. *PeerJ* [Internet]. 21 de diciembre de 2016 [citado 5 de enero de 2017];4:e2785. Disponible en: <https://peerj.com/articles/2785>
12. Inderscience Publishers - linking academia, business and industry through research [Internet]. [citado 5 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.inderscience.com/offer.php?id=55648>
13. WHO | Gender and women's mental health [Internet]. WHO. [citado 5 de enero de 2017]. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/prevention/genderwomen/en/](http://www.who.int/mental_health/prevention/genderwomen/en/)

14. Willis SL, Caskie GIL. Reasoning Training in the ACTIVE Study: How Much Is Needed and Who Benefits? *J Aging Health* [Internet]. 1 de diciembre de 2013 [citado 5 de enero de 2017];25(8\_suppl):43S-64S. Disponible en: <http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0898264313503987>
15. Clark DO, Xu H, Unverzagt FW, Hendrie H. Does targeted cognitive training reduce educational disparities in cognitive function among cognitively normal older adults? *Int J Geriatr Psychiatry* [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado 5 de enero de 2017];31(7):809-17. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/gps.4395/abstract>
16. Goyal M, Singh S, Sibinga EMS, Gould NF, Rowland-Seymour A, Sharma R, et al. Meditation Programs for Psychological Stress and Well-being: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med* [Internet]. 1 de marzo de 2014 [citado 5 de enero de 2017];174(3):357-68. Disponible en: <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1809754>
17. Gaiswinkler L, Unterrainer HF. The relationship between yoga involvement, mindfulness and psychological well-being. *Complement Ther Med* [Internet]. 1 de junio de 2016 [citado 5 de enero de 2017];26:123-7. Disponible en: [http://www.complementarytherapiesinmedicine.com/article/S0965-2299\(16\)30036-X/abstract](http://www.complementarytherapiesinmedicine.com/article/S0965-2299(16)30036-X/abstract)
18. Skead NK, Rogers SL. Running to well-being: A comparative study on the impact of exercise on the physical and mental health of law and psychology students. *Int J Law Psychiatry* [Internet]. noviembre de 2016 [citado 5 de enero de 2017];49, Part A:66-74. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0160252716301212>
19. Ben-Soussan TD, Berkovich-Ohana A, Piervincenzi C, Glicksohn J, Carducci F. Embodied cognitive flexibility and neuroplasticity following Quadrato Motor Training. *Front Psychol* [Internet]. 2015 [citado 5 de enero de 2017];6. Disponible en: <http://journal.frontiersin.org/article/10.3389/fpsyg.2015.01021/abstract>

20. Rapacciuolo A, Perrone Filardi P, Cuomo R, Mauriello V, Quarto M, Kisslinger A, et al. The Impact of Social and Cultural Engagement and Dieting on Well-Being and Resilience in a Group of Residents in the Metropolitan Area of Naples. *J Aging Res* [Internet]. 19 de mayo de 2016 [citado 5 de enero de 2017];2016:e4768420. Disponible en: <https://www.hindawi.com/journals/jar/2016/4768420/abs/>
21. Lorena Teresinha Consalter Geib. Social determinants of health in the elderly. U niversidade de Passo Fundo. BR , Bairro São Jos de 285d. C.; Disponible en: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v17n1/a15v17n1>
22. Pedro Carazo Vargas, Carlos Ballesteros Umaña, y Gerardo Araya Vargas. FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y FÍSICO EN ADULTAS MAYORES QUE PARTICIPAN EN UN PROGRAMA DE TAEKWONDO. Disponible en: *Revista de Ciencias del Ejercicio y la Salud*® Vol. 2, N° 1, 2002
23. NIGENDA, Gustavo; LOPEZ-ORTEGA, Mariana; MATARAZZO, Cecilia y JUAREZ-RAMIREZ, Clara. La atención de los enfermos y discapacitados en el hogar: Retos para el sistema de salud mexicano. *Salud pública Méx* [online]. 2007, vol.49, n.4 [citado 2017-06-13], pp.286-294. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0036-36342007000400008&lng=es&nrm=iso](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342007000400008&lng=es&nrm=iso). ISSN 0036-3634.
24. Brito, Kyonayra Quezia Duarte; Menezes, Tarciana Nobre de; Olinda, Ricardo Alves de. Discapacidad funcional: condiciones de salud y práctica de actividad física en ancianos. *Rev. bras. enferm*;69(5): -832, set.-out. 2016 de 825; Disponible en: <http://portal.revistas.bvs.br/index.php?issn=0034-7167&lang=pt>
25. Bayarre Vea, Héctor D, Pérez Piñero, Julia S, Menéndez Jiménez, Jesús, Tamargo Barbeito, Teddy O, Morejón Carralero, Agustín, Garrido Díaz, Dayamí, & González de Piñera Marrero, Arlín. (2008). Prevalencia de discapacidad física en adultos mayores de provincias seleccionadas, Cuba 2000-2004. *Revista Cubana de Salud Pública*, 34(2) Recuperado en 30 de

abril de 2017, de  
[http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-34662008000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662008000200002&lng=es&tlng=es).

26. Álvarez Rodríguez, Mary de los Ángeles, Vargas Polanco, Idania, & Sarmiento Falcón, Zenia. (2010). Factores de riesgo biopsicosociales relacionados con la discapacidad física en los ancianos. *MEDISAN*, 14(6), 740-746. Recuperado en 02 de mayo de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192010000600001&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192010000600001&lng=es&tlng=es).
27. Navarro González, Elena, Calero García, María Dolores, López Pérez-Díaz, Ángel, Luna Gómez Ceballos, Ana, Torres Carbonell, Isabel, & Calero García, M. José. (2008). Nivel de independencia en la vida diaria y plasticidad cognitiva en la vejez. *Escritos de Psicología (Internet)*, 2(1), 74-84. Recuperado en 30 de abril de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1989-38092008000300009&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1989-38092008000300009&lng=es&tlng=es).
28. Kyonayra Quezia Duarte, Menezes, Tarciana Nobre de, & Olinda, Ricardo Alves de. (2016). Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 69(5), 825-832. <https://dx.doi.org/10.1590/0034-7167.201669050227>.
29. Montezuma CA, Freitas MC, Monteiro ARM. A família e o cuidado ao idoso dependente: estudo de caso. *Rev. Eletr. Enf. [Internet]*. 2008;10(2):395-404. Available from: <http://www.fen.ufg.br/revista/v10/n2/v10n2a11.htm>
30. García Otero, Marién, García Otero, Madelén, Naranjo Ferregut, Jorge, García Portela, Rafael, & Rodríguez Rodríguez, José. (2012). Discapacidad física en el anciano en un Consejo Popular de Pinar del Río. *Revista de Ciencias Médicas de Pinar del Río*, 16(5), 56-66. Recuperado en 28 de abril de 2017, de [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942012000500008&lng=es&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000500008&lng=es&tlng=es).

31. Meléndez Moral, Juan Carlos, Mayordomo Rodríguez, Teresa, & Sales Galán, Alicia. (2013). Comparación entre ancianos sanos con alta y baja reserva cognitiva y ancianos con deterioro cognitivo. *Universitas Psychologica*, 12(1), 73-80. Retrieved April 30, 2017, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1657-92672013000100008&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672013000100008&lng=en&tlng=es).
32. Júnior V, Sindra J, Martins CA, Roza LB, Paulo TRS de, Ribeiro M da CL, et al. Prevalence of disability and associated factors in the elderly. *Texto Amp Contexto - Enferm* [Internet]. junio de 2015 [citado 5 de enero de 2017];24(2):521-9. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0104-07072015000200521&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0104-07072015000200521&lng=en&nrm=iso&tlng=en)
33. Leite, Marinês Tambara, Castioni, Daniani, Kirchner, Rosane Maria, & Hildebrandt, Leila Mariza. (2015). Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur de Brasil. *Enfermería Global*, 14(37), 1-11. Recuperado en 22 de mayo de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1695-61412015000100001&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412015000100001&lng=es&tlng=es).
34. Flores E, Seguel F. Functional social support in family caregivers of elderly adults with severe dependence. *Invest Educ Enferm*. 2016; 34(1): 67-73
35. Kaplan & Sadock Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica 5ª Edición: LWW. p: 356.
36. Monografias.com RMSP. Adulto mayor y sus derechos (Perú) - Monografias.com [Internet]. [citado 6 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.monografias.com/trabajos104/adulto-mayor-y-sus-derechos/adulto-mayor-y-sus-derechos.shtml>
37. Perfil del Adulto Mayor 2004 - Minsa [citado 20 de mayo de 2017] Disponible en: [www.minsa.gob.pe/adultomayor/INFORME%20PERFIL%20ADULTO%20MAYOR](http://www.minsa.gob.pe/adultomayor/INFORME%20PERFIL%20ADULTO%20MAYOR).

38. Morbilidad y mortalidad comparativa del adulto mayor en el Servicio de Medicina del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins [citado 9 de marzo de 2017] Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3036/1/Rojas\\_rd.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3036/1/Rojas_rd.pdf)
39. Infomed red telemática de salud en Cuba. red cubana de gerontología y geriatría [Internet]. 1999 [citado 6 de enero de 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/sitios/gericuba/temas.php?idv=13176>
40. Dr. Felipe Salech M Et Al. 2012- Cambios Fisiológicos Asociados al Envejecimiento [citado 20 de mayo de 2017] Disponible en: [http://www.clc.cl/Dev\\_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf](http://www.clc.cl/Dev_CLC/media/Imagenes/PDF%20revista%20m%C3%A9dica/2012/1%20enero/Cambios-fisiologicos-5.pdf)
41. Buñuales J, Teresa M<sup>a</sup>, González Diego P, Moreno M, M.<sup>a</sup> J. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF) 2001. Rev Esp Salud Pública [Internet]. agosto de 2002 [citado 6 de enero de 2017];76(4):271-9. Disponible en: [http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1135-57272002000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es](http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1135-57272002000400002&lng=en&nrm=iso&tlng=es)
42. Cid-Ruzafa, Javier, & Damián-Moreno, Javier. (1997). Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71(2), 127-137. Recuperado en 10 de mayo de 2017, de [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004&lng=es&tlng=es)
43. Maria Trigas Ferrin 2008(Escala de la Cruz Roja [citado 4 de marzo de 2017] Disponible en <http://www.meiga.info/escalas/EscalaDeLaCruzRoja.pdf>
44. Mini-examen cognoscitivo (Lobo et al., 1979) [citado 6 de marzo de 2017] Disponible en: [http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini\\_mental.pdf](http://www.infogerontologia.com/documents/vgi/escalas/mini_mental.pdf)
45. Leite MT, Castioni D, Kirchner RM, Hildebrandt LM. Capacidad funcional y nivel cognitivo de adultos mayores residentes en una comunidad en el sur

- de Brasil. *Enferm Glob* [Internet]. enero de 2015 [citado 6 de enero de 2017];14(37):1-11. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412015000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412015000100001&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
46. Araújo DO, Lysia C, Faro M e, Cristina A. Condiciones de salud y funcionalidad de los ancianos del Valle Paraíba, São Paulo, Brasil. *Enferm Glob* [Internet]. enero de 2014 [citado 6 de enero de 2017];13(33):83-99. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S1695-61412014000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S1695-61412014000100005&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
47. Louro Bernal I, Bayarre Veá H, Lauzarique A, Esther M. Implicaciones familiares y sanitarias del envejecimiento poblacional en la cobertura universal. *Rev Cuba Salud Pública* [Internet]. 2015 [citado 5 de enero de 2017];41:0-0. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_abstract&pid=S0864-34662015000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0864-34662015000500009&lng=es&nrm=iso&tlng=es)
48. Cruz Rivas Herrera, José, & Ostiguín Meléndez, Rosa Ma.. (2011). Cuidador: ¿concepto operativo o preludio teórico?. *Enfermería universitaria*, 8(1), 49-54. Recuperado en 26 de julio de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-70632011000100007&lng=es&tlng=es).
49. VARGAS ESCOBAR, LINA MARÍA, & AFANADOR, NATIVIDAD PINTO. (2010). Calidad de vida del cuidador familiar y dependencia del paciente con Alzheimer. *Avances en Enfermería*, 28(1), 116-128. Retrieved July 26, 2017, from [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0121-45002010000100012&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002010000100012&lng=en&tlng=es).

## ANEXOS

### A. SERVICIO:

1. Hogar san José
2. Hogar San Pedro

### B. EDAD: \_\_\_\_ años.

### C. SEXO:

1. Masculino
2. Femenino

### D. TIEMPO EN ALOJAMIENTO: \_\_\_\_ años o meses.

### E. ESCOLARIDAD

1. Sin instrucción
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

### F. ESTADO CIVIL

1. Viudo
2. Soltero
3. Casado
4. Conviviente

### G. APOYO FAMILIAR

1. Cuenta con familia que apoya
2. Cuenta con amigos que apoyan
3. No recibe apoyo

### H. PARENTESCO CON LA PERSONA CUIDADA:

1. Esposa/compañera
2. Marido/compañero
3. Hijo
4. Hija
5. Nuera
6. Yerno
7. Padre



8. Madre
9. Hermana
10. Hermano
11. Otro pariente
12. Vecino/a
13. Amigo/a

I. ASEGURAMIENTO

1. SIS
2. ESSALUD
3. Sin Seguro

J. COMUNICACIÓN

1. Se comunica adecuadamente
2. Se comunica con dificultad
3. No se comunica

## Cuestionario

Favor contestar todas las preguntas que aparecen a continuación, basándose en su vida en este momento.

A. EDAD: \_\_\_\_ años.

B. SEXO:

1. Masculino
2. Femenino

C. GRADO DE INSTRUCCION

1. Analfabeto
2. Primaria
3. Secundaria
4. Superior

D. CONDICION FILIAL DE FAMILIAR O AMIGO DIRECTO

1. Esposa/compañera
2. Marido/compañero
3. Hijo
4. Hija
5. Nuera
6. Yerno
7. Hermana
8. Hermano
9. Vecino
10. Amigo
11. Otro pariente

E. TRABAJA FUERA DE SU HOGAR ACTUALMENTE

1. Sí
2. No

F. TRABAJO QUE REALIZA: \_\_\_\_\_

G. ¿HA TENIDO QUE DEJAR DE TRABAJAR PARA CUIDAR AL RESIDENTE?

1. Totalmente
2. Parcialmente
3. No

H. HA ADAPTADO EL TRABAJO A LA ACTIVIDAD DE CUIDAR

1. Sí
2. No

I. EN CUANTO AL TIEMPO QUE CUIDA AL RESIDENTE

1. 6 a 10 años
2. 11 a 15 años
3. Más de 15 años

J. DISPONE DE ALGUIEN QUE LE AYUDE EN LAS TAREAS DOMÉSTICAS

1. Sí, remunerado
2. Sí, no remunerado
3. No

K. ¿CÓMO DEFINIRÍA SU ESTADO DE SALUD ACTUAL?

1. Muy bueno
2. Bueno
3. Regular
4. Malo
5. Muy malo

L. CALIDAD DE VIDA GENERAL

1. Buena
2. Mala

## Índice de Barthel (actividades básicas de la vida diaria) (versión original)

<b>Alimentación</b>	<b>Retrete</b>
10 Independiente: capaz de utilizar cualquier instrumento necesario; come en un tiempo razonable; capaz de desmenuzar la comida, usar condimentos, extender la mantequilla, etc., por sí solo.	10 Independiente: entra y sale solo. Es capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa, vaciar y limpiar la cuña. Capaz de sentarse y levantarse sin ayuda. Puede utilizar barras de soporte.
5 Necesita ayuda: por ejemplo, para cortar, extender la mantequilla, etc.	5 Necesita ayuda: necesita ayuda para mantener el equilibrio, quitarse o ponerse la ropa o limpiarse.
0 Dependiente: necesita ser alimentado.	0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.
<b>Lavado (baño)</b>	<b>Traslado sillón-cama</b>
5 Independiente: capaz de lavarse entero; puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja por todo el cuerpo. Incluye entrar y salir de la bañera sin estar una persona presente.	15 Independiente: no necesita ayuda. Si utiliza silla de ruedas, lo hace independientemente.
0 Dependiente: necesita alguna ayuda.	10 Mínima ayuda: incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física (p. ej., la ofrecida por el cónyuge).
<b>Vestido</b>	5 Gran ayuda: capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia para entrar o salir de la cama.
10 Independiente: capaz de ponerse, quitarse y fijar la ropa. Se ata los zapatos, abrocha los botones, etc. Se coloca el braguero o el corsé si lo precisa.	0 Dependiente: necesita grúa o alzamiento completo por dos personas. Incapaz de permanecer sentado.
5 Necesita ayuda: pero hace al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable.	<b>Deambulación</b>
0 Dependiente: incapaz de manejarse sin asistencia mayor.	15 Independiente: puede usar cualquier ayuda (prótesis, bastones, muletas, etc.), excepto andador. La velocidad no es importante. Puede caminar al menos 50 m o equivalente sin ayuda o supervisión.
<b>Aseo</b>	10 Necesita ayuda: supervisión física o verbal, incluyendo instrumentos u otras ayudas para permanecer de pie. Deambula 50 m.
5 Independiente: realiza todas las tareas personales (lavarse las manos, la cara, peinarse, etc.). Incluye afeitarse y lavarse los dientes. No necesita ninguna ayuda. Incluye manejar el enchufe si la maquinilla es eléctrica.	5 Independiente en silla de ruedas: propulsa su silla de ruedas al menos 50 m. Gira esquinas solo.
0 Dependiente: necesita alguna ayuda.	0 Dependiente: requiere ayuda mayor.
<b>Deposición</b>	<b>Escalones</b>
10 Continente, ningún accidente: si necesita enema o supositorios se arregla por sí solo.	10 Independiente: capaz de subir y bajar un piso de escaleras sin ayuda o supervisión, aunque utilice barandilla o instrumentos de apoyo.
5 Accidente ocasional: raro (menos de una vez por semana), o necesita ayuda para el enema o los supositorios.	5 Necesita ayuda: supervisión física o verbal.
0 Incontinente.	0 Dependiente: necesita alzamiento (ascensor) o no puede salvar escalones.
<b>Micción</b>	
10 Continente, ningún accidente: seco día y noche. Capaz de usar cualquier dispositivo (catéter). Si es necesario, es capaz de cambiar la bolsa.	
5 Accidente ocasional: menos de una vez por semana. Necesita ayuda con los instrumentos.	
0 Incontinente.	

Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Baztán JJ, Pérez del Molino J, Alarcón T, San Cristóbal E, Izquierdo G, Manzarbeitia J. Índice de Barthel: Instrumento válido para la valoración funcional de pacientes con enfermedad cerebrovascular. Rev Esp Geriatr Gerontol 1993; 28: 32-40. Versión original: Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: Barthel index. Md State Med J 1965; 14: 61-5.

## Escala de incapacidad física del Servicio de Geriátría de la Cruz Roja

### Grados de incapacidad física

0. Se vale totalmente por sí mismo. Anda con normalidad.
1. Realiza suficientemente los actos de la vida diaria. Deambula con alguna dificultad. Continencia total.
2. Tiene alguna dificultad en los actos diarios, por lo que, en ocasiones, necesita ayuda. Deambula con ayuda de bastón o similar. Continencia total o rara incontinencia.
3. Grave dificultad en bastantes actos de la vida diaria. Deambula difícilmente, ayudado al menos por una persona. Incontinencia ocasional.
4. Necesita ayuda para casi todos los actos. Deambula ayudado con extrema dificultad (2 personas). Incontinencia habitual.
5. Inmovilizado en casa o sillón. Incontinencia total. Necesita cuidados continuos de enfermería.

Versión tomada de:

Alarcón Alarcón T. Valoración funcional. En: Salgado Alba A, Guillén Llera F, Ruipérez Cantera I. Manual de Geriátría. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2003. pp. 237-46.

## Examen cognoscitivo de Lobo (MEC-35)

### Orientación temporal

Día	0	1
Fecha	0	1
Mes	0	1
Estación	0	1
Año	0	1

### Orientación espacial

Hospital o lugar	0	1
Planta	0	1
Ciudad	0	1
Provincia	0	1
Nación	0	1

### Fijación

Repita 3 palabras (repetir hasta que aprenda):

Soles	0	1
Caballo	0	1
Manzana	0	1

Concentración y cálculo

Si tiene 30 soles y me va dando de 3 en 3, ¿cuántas le van quedando? 0 1 2 3 4 5

Repita estos números: 5-9-2 (hasta que los aprenda)

Ahora hacia atrás 0 1 2 3

Memoria

¿Recuerda las 3 palabras que le he dicho antes? 0 1 2 3

Lenguaje

Mostrar un bolígrafo, ¿qué es esto? 0 1

Repetirlo con el reloj 0 1

Repita esta frase: «En un trigal había 5 perros» 0 1

Una manzana y una pera son frutas, ¿verdad?

¿Qué son el rojo y el verde? 0 1

¿Qué son un perro y un gato? 0 1

Coja este papel con la mano derecha, dóblelo y póngalo encima de la mesa 0 1 2 3

Lea esto y haga lo que dice:

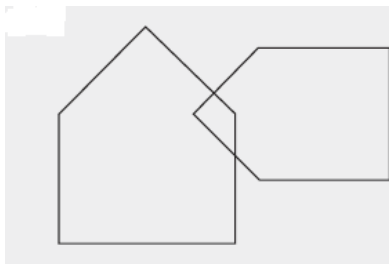
0 1

Escriba una frase

0 1

Copie este dibujo

0 1



Fuente bibliográfica de la que se ha obtenido esta versión:

Lobo A, Ezquerra J, Gómez-Burgada F, Sala JM, Seva Díaz A. El miniexamen cognoscitivo: un «test» sencillo, práctico para detectar alteraciones intelectuales en pacientes médicos. Actas Luso Esp Neurol Psiquiatr 1979; 7: 189-201.

Comentarios: Se trata de una versión en castellano modificada OFICIALMENTE del Mini-Mental de Folstein, a la que se le han añadido más ítems y se le han modificado otros.

**TEST DE CALIDAD DE VIDA INSTRUMENTO PARA MEDIR LA CALIDAD DE VIDA EN SU VERSIÓN DE LA FAMILIA (QUALITY OF LIFE FAMILY VERSION) (QOL) DE BETTY FERRELL**

Estamos interesados en saber cómo la experiencia de tener un pariente adulto discapacitado o en tercera edad afecta su calidad de vida. Favor contestar todas las preguntas que aparecen a continuación, basándose en su vida en este momento.

Marque con un círculo el número del 1 al 4 que mejor describa sus experiencias

• **Bienestar físico**

**Hasta qué punto es un problema para usted, cada una de las siguientes afirmaciones:**

**1. Fatiga / agotamiento**

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

**2. Cambios en el apetito**

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

**3. Dolor**

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

**4. Cambios en el dormir**

Ningún problema	1	2	3	4	Problema severo
-----------------	---	---	---	---	-----------------

**5. Clasifique su salud física en general**

Sumamente mala	1	2	3	4	Excelente
----------------	---	---	---	---	-----------

• **Bienestar psicológico**

**6. ¿Qué tan difícil es para usted lidiar con su vida como resultado de tener un pariente con una enfermedad crónica discapacitante?**



Nada fácil 1 2 3 4 Muy difícil

**7. ¿Qué tan buena es su calidad de vida?**

Sumamente mala 1 2 3 4 Excelente

**8. ¿Cuánta felicidad siente usted?**

Absolutamente ninguna 1 2 3 4 Muchísima

**9. ¿Se siente en control de las cosas en sus vidas?**

Nada en lo absoluto 1 2 3 4 Completamente

**10. ¿Hasta qué punto le satisface su vida?**

Absolutamente nada 1 2 3 4 Completamente

**11. ¿Cómo clasificaría su capacidad para concentrarse o recordar cosas?**

Sumamente mala 1 2 3 4 Excelente

**12. ¿Qué tan útil se siente?**

Nada en lo absoluto 1 2 3 4 Muchísimo

**13. ¿Cuánta aflicción / angustia, le causó el diagnóstico de su pariente?**

Nada en lo absoluto 1 2 3 4 Muchísimo

**14. ¿Cuánta aflicción / angustia, le causaron los tratamientos de su pariente (quimioterapia, radiación, trasplante de médula ósea o cirugía)**

Nada en lo absoluto 1 2 3 4 Muchísimo

**15. ¿Cuánta aflicción / angustia, ha tenido desde que terminó el tratamiento de su pariente?**

Nada en lo absoluto 1 2 3 4 Muchísimo

**16. ¿Cuánta ansiedad / desesperación siente usted?**

Nada en lo absoluto 1 2 3 4 Muchísimo

**17. ¿Cuánta depresión / decaimiento siente usted?**

Nada en lo absoluto 1 2 3 4 Muchísimo

**18. ¿Tiene miedo / temor que le dé una segunda enfermedad a su pariente?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

**19. ¿Tiene miedo / temor que le recurra la enfermedad de su pariente?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

**20. ¿Tiene miedo / temor que le propague la enfermedad a su pariente?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

**21. Clasifique su estado psicológico en general**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Excelente

**• Bienestar social**

**22. ¿Cuánta aflicción / angustia le ha ocasionado la enfermedad de su pariente ?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

**23. ¿Es el nivel de apoyo que recibe de parte de otros, suficiente para satisfacer sus necesidades?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

**24. ¿Hasta qué punto ha interferido la enfermedad y el tratamiento de su pariente con sus relaciones personales?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

**25 . ¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y tratamiento de su pariente con su sexualidad?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

**26. ¿Hasta qué punto ha impactado la enfermedad y el tratamiento de su pariente con su empleo?**

Nada en lo absoluto    1                    2                    3                    4                    Muchísimo

absoluto

**27. ¿Hasta qué punto ha interferido la enfermedad y el tratamiento de su pariente con las actividades de usted en el hogar?**

**28. ¿Cuánto aislamiento le atribuye usted a la enfermedad y tratamiento de su pariente?**

Ninguna      1                      2                      3                      4                      Muchísimo

**29. ¿Clasifique su estado social en general?**

Sumament    1                      2                      3                      4                      Excelente

e malo

• **Bienestar Espiritual:**

**30. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades religiosas, tales como ir a la iglesia o al templo, para satisfacer sus necesidades?**

Nada en lo    1                      2                      3                      4                      Muchísimo

absoluto

**31. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades religiosas, tales como rezar, ir a la iglesia o al templo?**

Nada en lo    1                      2                      3                      4                      Muchísimo

absoluto

**32. ¿Es suficiente el nivel de apoyo que recibe de sus actividades personales, tales como oración o la meditación suficiente para satisfacer sus necesidades?**

Nada de        1                      2                      3                      4                      Mucha incertidumbre

incertidumbre

**33. ¿Cuánta incertidumbre / duda siente usted en cuanto al futuro de su pariente**

Nada en lo    1                      2                      3                      4                      Muchísimo

absoluto

**34. ¿Hasta qué punto la enfermedad de su pariente ha realizado cambios positivos en la vida de usted?**

Nada en lo    1                      2                      3                      4                      Muchísimo

absoluto

**35. ¿Siente usted una sensación de propósito / misión en cuanto a su vida, o una razón por la cual se encuentra vivo?**

Nada de esperanzas      1                      2                      3                      4                      Muchas esperanzas

**36. ¿Cuánta esperanza siente usted?**

Sumamente malo      1                      2                      3                      4                      Excelente

**37. Clasifique en general su estado espiritual**

Sumamente malo      1                      2                      3                      4                      Excelente

## ANEXOS ADICIONALES DE VARIABLES

		INDICE BERTHEL										p
		Dependencia total		Severa		Moderada		Leve		Total		
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Edad	65 a 70 años	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	100.0%	10	100.0%	0
	71 a 75 años	0	0.0%	1	14.3%	0	0.0%	6	85.7%	7	100.0%	
	76 a 80 años	1	8.3%	0	0.0%	7	58.3%	4	33.3%	12	100.0%	
	81 a mas	14	37.8%	9	24.3%	9	24.3%	5	13.5%	37	100.0%	
	Total	15	22.7%	10	15.2%	16	24.2%	25	37.9%	66	100.0%	
Sexo	Masculino	7	16.3%	8	18.6%	10	23.3%	18	41.9%	43	100.0%	0.28
	Femenino	8	34.8%	2	8.7%	6	26.1%	7	30.4%	23	100.0%	
	Total	15	22.7%	10	15.2%	16	24.2%	25	37.9%	66	100.0%	
Tiempo de alojamiento	< 1 año	1	12.5%	1	12.5%	1	12.5%	5	62.5%	8	100.0%	0.39
	1 a 5 años	9	21.4%	5	11.9%	14	33.3%	14	33.3%	42	100.0%	
	6 a 10 años	3	27.3%	3	27.3%	1	9.1%	4	36.4%	11	100.0%	
	11 a 15 años	2	66.7%	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	3	100.0%	
	16 a mas	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	2	100.0%	
Total	15	22.7%	10	15.2%	16	24.2%	25	37.9%	66	100.0%		
Escolaridad	Sin instrucción	6	33.3%	3	16.7%	2	11.1%	7	38.9%	18	100.0%	0.17
	Primaria	8	27.6%	5	17.2%	9	31.0%	7	24.1%	29	100.0%	
	Secundaria	1	5.6%	2	11.1%	4	22.2%	11	61.1%	18	100.0%	
	Superior	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	15	22.7%	10	15.2%	16	24.2%	25	37.9%	66	100.0%	
Aseguramiento	SIS	15	25.0%	9	15.0%	14	23.3%	22	36.7%	60	100.0%	0.82
	ESSALUD	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Privado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Otro	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Sin seguro	0	0.0%	1	25.0%	1	25.0%	2	50.0%	4	100.0%	
	Total	15	22.7%	10	15.2%	16	24.2%	25	37.9%	66	100.0%	
Apoyo Familiar	Cuenta con familia que	8	27.6%	3	10.3%	8	27.6%	10	34.5%	29	100.0%	0.49
	Cuenta con amigos que	0	0.0%	0	0.0%	3	50.0%	3	50.0%	6	100.0%	
	No recibe apoyo	6	25.0%	5	20.8%	3	12.5%	10	41.7%	24	100.0%	
	Cuenta con familia y amigos	1	14.3%	2	28.6%	2	28.6%	2	28.6%	7	100.0%	
	Total	15	22.7%	10	15.2%	16	24.2%	25	37.9%	66	100.0%	

	Incapacidad Geriátrica física (Cruz Roja)														p	
	Se vale totalmente por sí mismo		Realiza suficientemente los actos de vida diaria, deambula con alguna dificultad, continencia total		Tiene alguna dificultad en los actos diarios, necesita ayuda en ocasiones, demabula con bastón, rara		Grave dificultad en actos de la vida diaria deambula difícilmente ayudado por 1 persona incontinencia		Necesita ayuda para casi todos los actos. demabula ayuda extrema 2 personas, incontinencia		Inmovilizado en casa o sillón, incontinencia total necesita cuidados continuos		Total			
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%		
Edad	65 a 70 años	5	50.0%	5	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	10	100.0%	0,00
	71 a 75 años	0	0.0%	2	28.6%	5	71.4%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	7	100.0%	
	76 a 80 años	1	8.3%	2	16.7%	7	58.3%	2	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	12	100.0%	
	81 a mas	2	5.4%	1	2.7%	14	37.8%	8	21.6%	6	16.2%	6	16.2%	37	100.0%	
	Total	8	12.1%	10	15.2%	26	39.4%	10	15.2%	6	9.1%	6	9.1%	66	100.0%	
Sexo	Masculino	7	16.3%	6	14.0%	18	41.9%	8	18.6%	2	4.7%	2	4.7%	43	100.0%	0.13
	Femenino	1	4.3%	4	17.4%	8	34.8%	2	8.7%	4	17.4%	4	17.4%	23	100.0%	
	Total	8	12.1%	10	15.2%	26	39.4%	10	15.2%	6	9.1%	6	9.1%	66	100.0%	
Tiempo de alojamiento	< 1 año	3	37.5%	3	37.5%	1	12.5%	0	0.0%	0	0.0%	1	12.5%	8	100.0%	0.32
	1 a 5 años	5	11.9%	4	9.5%	20	47.6%	6	14.3%	4	9.5%	3	7.1%	42	100.0%	
	6 a 10 años	0	0.0%	3	27.3%	3	27.3%	2	18.2%	1	9.1%	2	18.2%	11	100.0%	
	11 a 15 años	0	0.0%	0	0.0%	1	33.3%	1	33.3%	1	33.3%	0	0.0%	3	100.0%	
	16 a mas	0	0.0%	0	0.0%	1	50.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
Total	8	12.1%	10	15.2%	26	39.4%	10	15.2%	6	9.1%	6	9.1%	66	100.0%		
Escolaridad	Sin instrucción	1	5.6%	3	16.7%	6	33.3%	3	16.7%	2	11.1%	3	16.7%	18	100.0%	0.57
	Primaria	2	6.9%	3	10.3%	13	44.8%	4	13.8%	4	13.8%	3	10.3%	29	100.0%	
	Secundaria	5	27.8%	4	22.2%	6	33.3%	3	16.7%	0	0.0%	0	0.0%	18	100.0%	
	Superior	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	1	100.0%	
	Total	8	12.1%	10	15.2%	26	39.4%	10	15.2%	6	9.1%	6	9.1%	66	100.0%	
Aseguramiento	SIS	6	10.0%	9	15.0%	25	41.7%	9	15.0%	5	8.3%	6	10.0%	60	100.0%	0.63
	ESSALUD	1	50.0%	0	0.0%	1	50.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Privado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Otro	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Sin seguro	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	1	25.0%	1	25.0%	0	0.0%	4	100.0%	
Total	8	12.1%	10	15.2%	26	39.4%	10	15.2%	6	9.1%	6	9.1%	66	100.0%		
Apoyo Familiar	Cuenta con familia que	4	13.8%	3	10.3%	12	41.4%	4	13.8%	3	10.3%	3	10.3%	29	100.0%	0.56
	Cuenta con amigos que	1	16.7%	0	0.0%	5	83.3%	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	6	100.0%	
	No recibe apoyo	2	8.3%	6	25.0%	5	20.8%	5	20.8%	3	12.5%	3	12.5%	24	100.0%	
	Cuenta con familia y amigos	1	14.3%	1	14.3%	4	57.1%	1	14.3%	0	0.0%	0	0.0%	7	100.0%	
	Total	8	12.1%	10	15.2%	26	39.4%	10	15.2%	6	9.1%	6	9.1%	66	100.0%	

		Índice de LOBO						p
		Nivel cognitivo bajo		Nivel cognitivo normal		Total		
		n	%	n	%	n	%	
Edad	65 a 70 años	1	10.0%	9	90.0%	10	100.0%	0,000
	71 a 75 años	4	57.1%	3	42.9%	7	100.0%	
	76 a 80 años	8	66.7%	4	33.3%	12	100.0%	
	81 a mas	30	81.1%	7	18.9%	37	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	
Sexo	Masculino	29	67.4%	14	32.6%	43	100.0%	0.59
	Femenino	14	60.9%	9	39.1%	23	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	
Tiempo de alojamiento	< 1 año	4	50.0%	4	50.0%	8	100.0%	0.7
	1 a 5 años	27	64.3%	15	35.7%	42	100.0%	
	6 a 10 años	8	72.7%	3	27.3%	11	100.0%	
	11 a 15 años	2	66.7%	1	33.3%	3	100.0%	
	16 a mas	2	100.0%	0	0.0%	2	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	
Escolaridad	Sin instrucción	16	88.9%	2	11.1%	18	100.0%	0.17
	Primaria	21	72.4%	8	27.6%	29	100.0%	
	Secundaria	6	33.3%	12	66.7%	18	100.0%	
	Superior	0	0.0%	1	100.0%	1	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	
Aseguramiento	SIS	41	68.3%	19	31.7%	60	100.0%	0.191
	ESSALUD	1	50.0%	1	50.0%	2	100.0%	
	Privado	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Otro	0	0.0%	0	0.0%	0	0.0%	
	Sin seguro	1	25.0%	3	75.0%	4	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	
Apoyo Familiar	Cuenta con familia que apoya	18	62.1%	11	37.9%	29	100.0%	0.21
	Cuenta con amigos que apoyan	2	33.3%	4	66.7%	6	100.0%	
	No recibe apoyo	17	70.8%	7	29.2%	24	100.0%	
	Cuenta con familia y amigos que apoyan	6	85.7%	1	14.3%	7	100.0%	
	Total	43	65.2%	23	34.8%	66	100.0%	

*Asociación de la calidad de vida general de los familiares según el nivel de comunicación en los residentes de los hogares geriátricos San Pedro y San José de la ciudad de Tacna del mes de Mayo del año 2017*

		Calidad de Vida general					
		Mala		Buena		Total	
		n	%	n	%	n	%
Comunicación (p: > 0.05)	Se comunica adecuadamente	30	61.2%	19	38.8%	49	100.0%
	Se comunica con dificultad	10	83.3%	2	16.7%	12	100.0%
	No se comunica	4	80.0%	1	20.0%	5	100.0%
	Total	44	66.7%	22	33.3%	66	100.0%