



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Deterioro cognitivo y apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude
al Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen-Hospital de Día de Geriatria

**TESIS PARA OPTAR AL TÍTULO PROFESIONAL
DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

Presentada por

CERDA FERNÁNDEZ, JANETH ROXANA
ESTRADA PERALTA, GIOVANNA MARIBEL

Asesora

Lic. Esp. Rosario Mocarro Aguilar

Lima-Perú

2013



DEDICATORIA

A nuestros padres, por su apoyo y por la confianza depositada en nosotras durante nuestros años de estudio.



AGRADECIMIENTOS

Agradecemos a la licenciada Rosario Mocarro y al magíster Erik Chávez, por su paciencia y apoyo brindado para la culminación de este trabajo de investigación.

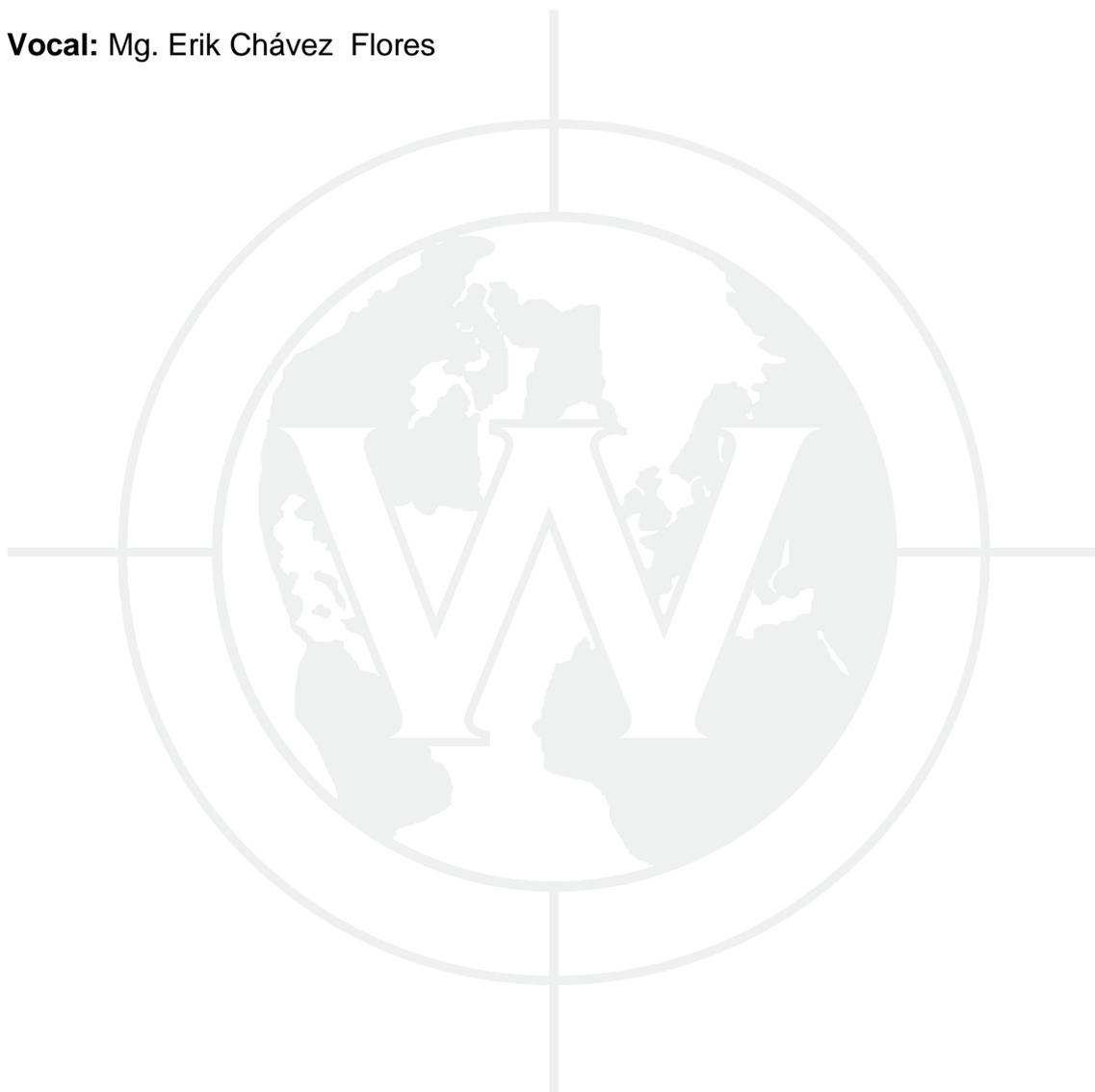
A nuestra *alma mater*, la Universidad Norbert Wiener, por habernos acogido en todos estos años de carrera profesional.

JURADO

Presidenta: Mg. Mistral Carhuapoma Acosta

Secretaria: Mg. Nancy Arévalo Zurita

Vocal: Mg. Erik Chávez Flores



ÍNDICE

	Pág.
I. EL PROBLEMA	
1.1. Planteamiento del problema	10
1.2. Formulación del problema	13
1.3. Justificación	13
1.4. Objetivos.....	14
1.4.1. Objetivo general.....	14
1.4.2. Objetivo específico.....	14
II. MARCO TEÓRICO	
2.1. Antecedentes.....	15
2.2. Base teórica	21
2.3. Terminología básica	52
2.4. Hipótesis.....	52
2.5. Variables.....	52
III. DISEÑO METODOLÓGICO	
3.1. Tipo y nivel de investigación	53
3.2. Población y muestra	53
3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos	54
3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico.....	56
3.5. Aspectos éticos	57
IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN	
4.1. Resultados.....	58
4.2. Discusión.....	63
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1. Conclusiones	65
5.2. Recomendaciones.....	66
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	67
ANEXOS	72

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1	61
Tabla 2	63



ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1

62



RESUMEN

Objetivo. Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el nivel de apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría.

Metodología. Estudio de investigación cuantitativa correlacional. La población fue de 368 adultos mayores atendidos en el Hospital de Día de Geriatría durante los meses de julio a diciembre de 2012. La muestra fue de 133 adultos mayores que cumplieron con los criterios de inclusión. El instrumento utilizado para la evaluación cognitiva fue el miniexamen del estado mental (MEEN), que tiene una sensibilidad de 80 % y una especificidad de 77,5 %. Para la valoración sociofamiliar se utilizó la escala de valoración geriátrica sociofamiliar de Gijón, la cual tiene una sensibilidad de 15,50 % y una especificidad de 99,80 %.

Resultados. Con relación a la evaluación cognitiva según datos demográficos, 53 usuarios con edades comprendidas entre 78 y 86 años con grado de instrucción primaria presentaron deterioro cognitivo severo, de los cuales el 67,9 % eran de sexo femenino. Con relación a la evaluación sociofamiliar, el 65,4 % tenía buena situación social. Se encontró que la asociación entre deterioro cognitivo y apoyo sociofamiliar es estadísticamente significativa ($p = 0,046$).

Conclusiones. El deterioro cognitivo tiene relación con el nivel de apoyo familiar, porque a mayor apoyo socio familiar, menor deterioro cognitivo del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría de Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre julio y diciembre de 2012.

Palabras claves: deterioro cognitivo, apoyo sociofamiliar, adulto mayor.

SUMMARY

Target. To determine the relationship between cognitive impairment and level of social and family support of the elderly who come to geriatric day hospital.

Methodology. Methodology. Correlational quantitative research study. The population was 368 older adults treated at the Geriatric Day Hospital during the months of July to December 2012, the sample of 133 older adults who met the inclusion criteria. The instrument used for cognitive assessment was the mini-mental state examination (MEEN) which has a sensitivity of 80% and a specificity of 77.5%, and Socio-family assessment, we used the scale of family socio geriatric assessment Gijón, which has a sensitivity of 15.50% and a specificity of 99.80%.

Results. In relation to cognitive assessment as demographics, 53 users had severe cognitive impairment, aged 78-86 years with primary instruction pleasing, of which 67.9% were female. In relation to social and family assessment 65.4% had good social situation was found that the association between cognitive impairment and socio-family support is statistically significant ($p = 0.046$).

Conclusions. Cognitive impairment is related to the level of family support because more support lower family socio cognitive impairment of the elderly who come to the Geriatric Day Hospital HGAI from July to December 2012

Keyword: cognitive impairment, social and family support, Elderly.

I. EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del problema

En el siglo pasado, los científicos postularon teorías sobre porqué envejecen las personas. Recientemente, a medida que aumenta el número absoluto y el porcentaje de adultos mayores en la población general, se ha renovado el interés por la razón del envejecimiento: cómo envejecen las personas y qué factores afectan al estado físico, psicológico y funcional de los adultos mayores.

En América Latina, el proceso de envejecimiento se caracteriza por ser más rápido que en los países desarrollados, debido principalmente a la transición de la población mayormente joven a una población en proceso de envejecimiento, en un contexto de pobreza e inequidad socioeconómica, que en algunos países de la región se acentúa más que en otros¹.

En los países en vías de desarrollo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) considera como personas adultas mayores (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años de edad. Se estima que para 2025 existirán más de 100 millones de PAM en América latina y el Caribe, y que para esta fecha las PAM representaran el 13,3 % de la población peruana².

A medida que la persona envejece, se producen cambios en sus estructuras cognitivas. En los adulto mayores las alteraciones de la capacidad cognitiva son más una diferencia de la velocidad que de la capacidad. Por otra parte, las fallas de la memoria y la disminución de otras capacidades cognitivas y conductuales y del funcionamiento en general pueden responder a condiciones anormales o patológicas, como las demencias, y afectan la vida familiar y social³.

Ante esta realidad, se hace necesario el uso de una valoración geriátrica integral que permita realizar intervenciones adecuadas y pertinentes. En el Perú, esto se propuso por primera vez en el año 1999, en que Varela *et al.* incorporan a la historia clínica convencional la evaluación de las esferas funcional, afectiva, cognitiva y social y la búsqueda de problemas y síndromes geriátricos⁴.

Por ello, el personal de salud capacitado utiliza instrumentos validados para

la realización de la evaluación geriátrica integral, que es un proceso dinámico y estructurado que permite detectar y cuantificar problemas, necesidades y capacidades del adulto mayor en las esferas clínica, funcional, mental y social. Su objetivo es desarrollar un plan de tratamiento y seguimiento de dichos problemas, con el fin de disminuir la morbilidad y la mortalidad de la población geriátrica y mejorar su calidad de vida, y de lograr la óptima utilización de recursos para afrontarlos⁵.

En el Perú, el Ministerio de Salud (Minsa), desde el año 2003, viene desarrollando el modelo de atención integral en salud (MAIS), enfocado por etapas de vida. El Programa de Atención Integral en Salud del Adulto Mayor forma parte de este modelo. En el nivel de atención primaria (centros y puestos de salud), está orientado a la prevención y a la promoción de la salud. El desarrollo de este modelo es aún gradual, y se están realizando diversas actividades de diagnóstico situacional y de capacitación al personal en las diferentes direcciones de salud⁶.

El envejecimiento en el Perú se produce con características diferenciadas en el caso de hombres y mujeres. Debido a profundas inequidades estructurales, los varones que actualmente cuentan con más de 60 años tuvieron acceso a diferentes niveles de instrucción, lo que les permitió alcanzar una mejor calificación para insertarse en el mercado laboral en condiciones más ventajosas. Este hecho hizo que ellos accedieran, en su mayoría, a un trabajo formal y, luego de un número de años laborando, tuvieran derecho a una pensión de jubilación y servicios de seguridad social.

Los datos reportados por la Encuesta Nacional de Hogares (ENAHOG), correspondiente al trimestre enero-febrero-marzo 2012, revela que la población con 60 años o más, denominada *adulta mayor*, representa el 9,0 % del total de población (el 7,7 % son personas adultas de 60 a 79 años; y el 1,3 %, de 80 a más). En el grupo de edad de 60 a 79 años se observa que el 8,0 % se ubica en el área rural, el 7,9 % en el área urbana y el 7,2 % en Lima Metropolitana. También indican que el 37,4 % de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales a personas de 60 años a más. Por grupos de edad, el 32,9 % de hogares están integrados por adultos de 60 a 79 años, y el 7,4 % por adultos de 80 a más. Con relación al estado de salud, el 71,5 % de la población adulta mayor presentó algún

problema de salud. Cabe mencionar que el 33,5 % de la población adulta mayor está afiliada a EsSalud, y el 29,2 % cuenta con SIS⁷.

El Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen es un establecimiento de Nivel II, que brinda servicios de salud por especialidad. Entre estos servicios se encuentra el Hospital de Día de Geriátrica, el cual trabaja bajo el principio de reconocer que la vejez no es una enfermedad, sino un proceso, una expectativa de vida, y lo que se busca es que la persona adulta mayor envejezca con dignidad, a través de su participación en talleres de memoria, para fijar la concentración-orientación, así como para reducir la aparición de problemas cognitivos o amnesia. También se realizan talleres para pacientes con déficit motor, con el fin de evitar el deterioro progresivo de los órganos.

En la práctica clínica, al interactuar con algunos adultos mayores durante la realización de sus talleres, ellos manifestaron lo siguiente:

- “... me olvido de algunas cosas” (Usuario 1)
- “... me cuesta más aprender” , (Usuario 2)
- “... vivo con mi familia” (Usuario 3)
- “... dependo de mis hijos para mis actividades” (Usuario 4).

Al interactuar con los familiares que los acompañaban a sus talleres, ellos manifestaban lo siguiente:

- “Estoy preocupada por los olvidos que presenta mi papá” (Familiar 1)
- “He notado cambios en su conducta” (Familiar 2)
- “... yo le he comprado los mismos materiales que usa en el taller, para que practique en la casa” (Familiar 3)
- “... me preocupa que los olvidos sean más frecuentes a medida que pasan los años” (Familiar 4)

Por lo expresado anteriormente, se pretende abordar la problemática de las personas adultos mayores que acuden al Hospital de Día de Geriátrica del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, por lo que se delimita

y formula la siguiente interrogante.

1.2. Formulación del problema

¿Cuál es la relación entre el deterioro cognitivo y el nivel de apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre julio y diciembre de 2012?

1.3. Justificación

Este estudio es importante porque en el envejecimiento se producen cambios paulatinos en las esferas clínica, funcional y social, así como en las estructuras cognitivas. El envejecimiento es un proceso heterogéneo y acelerado a nivel mundial, que no excluye al Perú y tiene repercusiones económicas y sociales.

El deterioro cognitivo es producido por múltiples causas, es por esto que se puede caracterizar como un síndrome geriátrico.

El envejecimiento es un proceso irreversible, universal e intrínseco, en el que la función cognitiva puede verse afectada por cambios, pasando por el deterioro cognitivo leve hasta la llegar a demencia. El deterioro cognitivo condiciona situaciones de grave incapacidad, lo cual ocasiona una seria problemática socioasistencial, debido al incremento en necesidades de supervisión por parte del cuidador, riesgo de caídas, hospitalización, entre otros⁸.

Además, puede provocar ansiedad y declinación en las actividades básicas diarias, afectando la calidad de vida. Ante ello, es importante un diagnóstico oportuno para establecer con prontitud las medidas terapéuticas. La enfermera es el profesional capacitado en la realización de la valoración geriátrica integral, a través de la utilización de instrumentos de medición como el Mini Mental State Examination de Folstein para la evaluación cognitiva y la escala de Gijón para la evaluación social. Ahí radica la importancia del presente trabajo de investigación, que permitirá identificar el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor con el grado de apoyo sociofamiliar,

utilizando las escalas de medición.

Como ya se ha mencionado, el deterioro cognitivo condiciona un incremento en las necesidades de asistencia; allí las estructuras sociales son un factor decisivo, y la familia es la encargada de proveer estos cuidados. Los cuidadores de personas con deterioro cognitivo dedican a las responsabilidades de cuidado un tiempo de once horas, produciéndose también afectación en su estado de salud⁹.

Los resultados de esta investigación permitirán planificar y desarrollar estrategias educativas, destinadas a los pacientes con deterioros cognitivos y a sus familiares, para la generación de una vida armónica dentro de su familia y comunidad.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo general

Determinar la relación entre el deterioro cognitivo y el nivel de apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen entre julio y diciembre de 2012.

1.4.2. Objetivos específicos

- Identificar el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara según datos demográficos (sexo, edad y grado de instrucción).
- Identificar el nivel de apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriátría del Hospital Nacional Guillermo Almenara.
- Relacionar las variables de estudio: deterioro cognitivo y apoyo sociofamiliar.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. Antecedentes

Los siguientes estudios de investigación están relacionados con la presente investigación:

Antecedentes internacionales

Ávila (2012), con su estudio *Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo* (Cuba)¹⁰, realizó un estudio descriptivo de corte transversal. El objetivo fue caracterizar a las familias de adultos mayores con deterioro cognitivo según variables de interés. La muestra fue de 139 familias de adultos mayores con deterioro cognitivo pertenecientes al Consejo Popular Alcides Pino del municipio Holguín. Para la recolección de la información se utilizaron la entrevista y el análisis documental, y se aplicó la Prueba de Funcionamiento Familiar (FF-SIL) para clasificar a las familias según su funcionamiento. Se encontró que el 41,6 % eran familias ampliadas y el 38,8 %, extensas; el 36,1 % y el 30,6 % estaban en etapa de contracción y disolución, respectivamente. El afrontamiento de la enfermedad del anciano fue inadecuado en el 88,9 % de las familias, y el 38,9 % eran disfuncionales. Se concluyó que las familias del Consejo Popular Alcides Pino que conviven con adultos mayores con deterioro cognitivo están muy lejos de ser la red de apoyo que necesitan estas personas en el proceso de su enfermedad.

Del Mar, Pérez, Gázquez y Sclavo (2011) realizaron el análisis *Apoyo familiar en mayores institucionalizados* (España)¹¹. El estudio fue descriptivo. El objetivo fue analizar la frecuencia y el tipo de contactos familiares que mantienen en residencia, así como su grado de satisfacción al respecto. La muestra estuvo constituida por 50 personas mayores de 70 años institucionalizados. El instrumento utilizado fue el Cuestionario de Evaluación de Calidad de Vida en Contexto Residencial (CECAVI-R). Los resultados obtenidos fueron que 27 varones adultos mayores reciben visitas frecuentes

de sus familiares y están satisfechos por las relaciones familiares, 18 reciben visitas o llamadas de hermanos e hijos y 15 reciben visitas de nietos. En cuanto a las mujeres adultas mayores, 23 reciben visitas frecuentes de sus familiares y se encuentran satisfechas con las relaciones familiares, 15 reciben visitas o llamadas de sus hermanos y 14 reciben visitas de hijos y nietos. En conclusión, se puede afirmar que en un entorno residencial la importancia que se le otorga a la familia por parte de las personas mayores que allí residen podría ser superior a la que se otorga en otros entornos de convivencia comunitaria.

Sánchez, López, Calvo, Noriega y López (2009), *Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población mayor de 65 años* (La Habana)¹². Se realizó un estudio descriptivo de corte transversal, con el objetivo de determinar la prevalencia del deterioro cognitivo y la depresión. Tomando como muestra a 307 senescentes que cumplían los siguientes criterios de inclusión: tener cumplidos 65 años o más, pertenecer a los consultorios ubicados a 500 metros alrededor del policlínico y ofrecer su consentimiento para participar en la investigación. La recolección de datos se realizó mediante la entrevista clínica, en la cual se incluyó el estado mental geriátrico (GMS) de Copeland y cols. Los resultados reportaron una prevalencia baja de trastorno cognoscitivo leve en el 3,7 % de los senescentes, y el síndrome demencial mostro un alta prevalencia, de 8,2 %. Se concluyó que la frecuencia de deterioro cognitivo mínimo fue inferior a los hallazgos habituales en Cuba y en otros países, y la prevalencia (2,9 %) se puede considerar baja en relación con los resultados realizados en estudios similares.

Salinas, Manrique y Téllez (2008), *Redes de apoyo social en la vejez: adultos mayores beneficiarios del componente para adultos mayores del Programa Oportunidades* (Argentina)¹³. El estudio fue de tipo transversal. El objetivo fue describir las redes de apoyo social de los adultos mayores, analizar los factores asociados a las redes de apoyo social de los adultos y caracterizar las redes de apoyo social de los adultos mayores beneficiarios del Programa Oportunidades en su componente para adultos

mayores. La población estuvo constituida por todos los adultos mayores de 70 años inscritos en el Programa Oportunidades en su componente para adultos mayores durante marzo y abril de 2006. La muestra fue de 1497 adultos mayores. El instrumento utilizado fue un cuestionario sobre las características sociodemográficas y apoyo social del adulto mayor. Se encontró que el tamaño promedio de la red de apoyo social es de 2,06 personas, y que 64,9 % de los adultos mencionaron tener uno o dos vínculos importantes. El 4 % de los hombres y el 3 % de las mujeres no cuentan con red de apoyo. De estos, un alto porcentaje (68 y 78,2, respectivamente) viven con su pareja o con otros familiares. Es decir, a pesar de no vivir solos, manifiestan la carencia de una red de apoyo. La principal fuente de apoyo para los adultos mayores la representan los hijos, seguidos por la pareja. Con excepción de los hijos, la red está compuesta mayoritariamente por mujeres, como en el caso de las nueras (86,6 %) y de las nietas o bisnietas (60,2 %), siendo esta diferencia estadísticamente significativa. El 78,6 % viven en su propia casa, en la misma calle o en la localidad. Este porcentaje es similar en los distintos tipos de parentesco, aunque debe destacarse que cerca de 25 % de los hijos viven fuera de la localidad donde reside el adulto mayor. En conclusión, ante el hecho de que la población de adultos mayores del Programa Oportunidades tiene más bien redes pequeñas y poco diversificadas, el apoyo formal de la transferencia y la revisión médica puede ser de vital importancia. El perfil del adulto mayor es más vulnerable, en términos del apoyo social, como aquel adulto que vive solo y cuyo tamaño de red es reducido o nulo, hallazgo similar al de otros estudios.

Santiesteban, Mateo, Pérez, Ferrás, Cutiño y García (2008), *Atención de la familia al anciano* (Argentina)¹⁴. El estudio fue descriptivo, transversal. El objetivo fue caracterizar las acciones de promoción y prevención para el manejo familiar del anciano. La muestra estuvo constituida por un total de 105 familias. El instrumento fue la prueba de percepción del funcionamiento familiar y la escala geriátrica de evaluación funcional. Además, se utilizó una encuesta, cuyo contenido dio respuesta a los objetivos planteados. En cuanto a los resultados, el sexo femenino fue el de mayor ocurrencia, con el 33,3 %, seguido en orden de frecuencia por la cuarta edad, con 32 para

el 30,4%, y por los longevos, con 16 para el 15,2 %. Frecuencia: cardiopatía, 32,3 %; artropatía, 29 pacientes para el 27,6 %. En menor cuantía se encontró hiperlipidemia (3,8 %) y hipertiroidismo (1,9 %). De 47 ancianos, 44,7 % viven con sus hijos; 32 (30,4 %), con sus cónyuges; 18 (17,1 %), con las nueras; y 8 (7,6 %), con otras personas. De 97 pacientes (92,3 %), 8 (7,6 %) resultaron ser frágiles; y solo 2 (1,9 %) se incluyeron como severamente disfuncionales. El 63,8 % tenían un nivel regular, mostraron déficit de conocimientos, 22 familias para un 20,9%; mientras que las restantes 16 (15,2 %) fueron evaluadas saludables. En conclusión, se encontró un predominio de la tercera edad y del sexo femenino. La hipertensión arterial fue la enfermedad crónica de mayor ocurrencia. Los ancianos conviven mayoritariamente con sus hijos en estructuras extensas, con moderado funcionamiento familiar y bajo conocimiento en el manejo de las actividades de la vida diaria.

Pérez (2007), *Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente Ana Betancourt (La Habana)*¹⁵. Se realizó un estudio descriptivo, de corte transversal y retrospectivo. El propósito fue determinar el comportamiento del estado de salud cognitiva. La muestra estuvo conformada por 150 adultos mayores de ambos sexos, con edad igual o superior a los 60 años, a los que se sometió a un estudio de la capacidad cognitiva. La recolección de datos se hizo aplicando instrumentos validados, como el test de Folstein o MMSE y Scaleraiting Dementia o CDR. Los resultados mostraron que el 69 % de los ancianos no presentó trastornos de la esfera cognitiva, el 16 % exhibió trastornos cognitivos mínimos o ligeros, y el 15 % sufre síndrome demencial. Como conclusión, la prevalencia de la salud cognitiva de los senescentes estudiados fue del 69 %, según resultados de los instrumentos aplicados. El 16 % padece trastorno cognitivo leve, mientras que el 15 % sufre una probable demencia en cualquiera de sus modalidades clínicas. Se corroboró un incremento del síndrome demencial con la edad y con predominio del sexo femenino.

González, Justo, González y Marín (2006), *Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del Policlínico La Rampa*

(La Habana)¹⁶. Se realizó un estudio descriptivo prospectivo. El objetivo fue identificar los pacientes con deterioro cognitivo y conocer algunas de sus características clínico-epidemiológicas. La muestra estuvo constituida por 297 pacientes mayores de 65 años de los consultorios 19 y 21, pertenecientes al Policlínico La Rampa, en el período comprendido entre el primero de enero y el 31 de diciembre del año 2003. Se aplicó una encuesta con las variables de interés. Se utilizó como instrumento de medición del deterioro cognitivo el Minimental State de Folstein. Los resultados fueron que 41 pacientes (13,8 %) presentaron deterioro cognitivo, correspondiendo la mayoría de ellos (24,4 %) al grupo de edad de 85-89 años. El sexo femenino fue el más afectado, con 68,3 %, y el 56,1 % de los pacientes mostraron un bajo nivel escolar. La hipertensión arterial (51,2 %), la cardiopatía isquémica (34,1 %) y el hábito de fumar (24,4 %) fueron los factores de riesgo más frecuentes en los enfermos con déficit cognitivo. El deterioro cognitivo fue leve en 27 pacientes (65,8 %), moderado en 8 (19,6 %) y severo en 6 (14,6 %). El 12,1 % de los que presentaron deterioro cognitivo tuvieron incapacidad funcional severa; el 9,7 %, moderada; y el 34,4 %, ligera. La función cognitiva más afectada fue la memoria mediata, seguida por la atención-cálculo y el lenguaje. Se concluyó que el deterioro cognitivo fue frecuente en el grupo de estudio, afectando esencialmente el grupo de edad de 85 a 89 años. La HTA se observó como el factor de riesgo más común, y la memoria mediata fue la función cognitiva más afectada. La mayoría de los pacientes tuvieron un grado ligero de severidad de deterioro cognitivo y afectación de la capacidad funcional.

Antecedentes nacionales

Casas, Varela, Tello, Ortiz y Chávez (2012), *Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general* (Perú)⁴. Se realizó un estudio descriptivo, transversal, con el objetivo de describir el perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente. Tomando como muestra a 290 pacientes atendidos en el consultorio en el período comprendido entre agosto 2010 y enero 2011. Se incluyeron a todos los pacientes aleatoriamente seleccionados mayores de 60 años, y se excluyeron a los que se negaron a

firmar el consentimiento informado. La recolección de datos se hizo aplicando las escalas índice de Katz, test de Pfeiffer y escala de Gijón. Los resultados encontrados son los siguientes: el 69,3 % fueron mujeres; el 65,5 % tenía entre 60 y 79 años; la hipertensión arterial fue el diagnóstico más frecuente, con 55,5 %. En la valoración por esferas, el 83,5 % era autónomo, el 18,1 % presentó deterioro cognitivo y el 7,7 % tenía depresión. El 79,3 % presentó riesgo social; el 23,8 %, disfunción familiar; y el 4,9 %, riesgo de caídas. Se llegó a las siguientes conclusiones: los pacientes que acuden a la consulta externa de Geriatria fueron mayoritariamente mujeres, funcionalmente autónomos, sin deterioro cognitivo, con riesgo social y adecuada funcionabilidad familiar, prefrágiles y con enfermedades crónicas no transmisibles, principalmente.

Abarca, Chino, Llacho, Gonzales, Mucho, Vásquez & Cárdenas (2008), *Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores (Arequipa)*¹⁷. El diseño empleado fue descriptivo correlacional. El objetivo principal de la investigación fue establecer la relación existente entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de la ciudad de Arequipa. La muestra estudiada fue de 280 adultos mayores seleccionados intencionalmente, distribuidos en tres grupos de acuerdo al distrito de procedencia de la ciudad de Arequipa. La recolección de datos se hizo a través del Mini Mental State Examination (MMSE). Se consideró como puntaje de corte el valor de 23, debido a que clasifica con mayor eficiencia la presencia de deterioro cognitivo. Para el análisis de las correlaciones utilizaron el estadístico de Pearson (correlación producto momento de Pearson). Con este puntaje, la sensibilidad es de 86 % y la especificidad, de 94 %. Los resultados muestran una clara relación entre el deterioro cognitivo y la edad, encontrándose que en sujetos con mayor edad se observan puntuaciones menores, lo que indicaría deterioro cognitivo. Se concluye que el examen mental abreviado es una prueba que presenta validez y confiabilidad tanto en estudios clínicos como en epidemiológicos a nivel mundial; se deduce también que existe relación significativa entre la edad y el deterioro cognitivo. Se pone de relieve la importancia de la

implementación de políticas socioeducativas eficaces que permitan el acceso a la educación para la mayor parte de la población.

Ruiz, Campos y Peña (2006), *Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006* (Perú)². Se realizó un estudio observacional, descriptivo y transversal. El objetivo fue determinar situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes de los adultos mayores que acuden a los establecimientos de salud del primer nivel de atención. La muestra fue de 301 adultos mayores, con el siguiente criterios de inclusión: mayor o igual de 60 años que acudieron a consulta en los establecimientos de salud del primer nivel de atención de la DISA I Callao durante el mes de julio de 2006. El instrumento utilizado fue un cuestionario basado en la Ficha Única de Valoración Clínica del Adulto Mayor, establecida por el Minsa. Para la valoración sociofamiliar, se usó una versión modificada de la escala de Gijón, incluida en el VACAM. Los resultados reportaron que solo el 24,9 % tiene una valoración sociofamiliar buena o aceptable. Los varones presentan una mejor situación que las mujeres (29,7 % frente a 22,9 %). El 50,9 % de las mujeres se encuentra en riesgo social. La mayoría (71,4 %) vive con familiares y sin conflicto familiar; sin embargo, el 3,1 % se encuentra en situación de abandono familiar. Se concluye que la mayoría de los adultos mayores evaluados se encuentra en riesgo sociofamiliar, por lo que es necesario establecer estrategias de intervención, como programas de seguridad social que contribuyan al mejoramiento de la atención integral de la salud de las personas adultas mayores.

2.2. Base teórica

2.2.1. Adulto mayor

La Resolución 50/141 de 1996 de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) define como *persona adulta mayor* a la población mayor de 60 años. En consonancia con esta definición mundial, en el Perú

la Ley N.º 28803 de noviembre de 2006 define también como *adulto mayor* a la población peruana mayor de 60 años¹⁸.

El concepto de *adulto mayor* se asocia con envejecimiento, pero envejecer no es solo un factor de la vida, sino un proceso. Desde que el ser humano nace va envejeciendo. Los cambios no se presentan de un día para otro: se dan paulatinamente mientras se pasa de una etapa a otra¹⁹. El envejecimiento comprende modificaciones físicas, psicológicas y sociales, según el estilo de vida y el contexto en el que se desarrolló la persona en etapas anteriores, y aparece como consecuencia del paso del tiempo.

2.2.1.1. Proceso de envejecimiento

El proceso de envejecimiento humano individual es el resultado de la suma de dos tipos de envejecimiento: el primario (intrínseco o per se) y el secundario.

El envejecimiento primario es el proceso o grupo de procesos responsables del conjunto de cambios observados con la edad en los individuos de una especie y no relacionados con la presencia de enfermedad. Su investigación se centra en los mecanismos genéticos, moleculares y celulares que intervienen en el proceso de envejecimiento y que, de expresarse adecuadamente, condicionan lo que se ha denominado *envejecimiento con éxito (successful aging)*²⁰.

El envejecimiento secundario hace referencia al que se produce en los seres vivos cuando son sometidos a la acción de fenómenos aleatorios y selectivos, que ocurren a lo largo del tiempo de vida y que interaccionan con los mecanismos y cambios propios del envejecimiento primario para producir el envejecimiento habitual (*usual aging*). Las principales causas del envejecimiento secundario son los problemas de salud de carácter crónico y los cambios adaptativos para mantener la homeostasis del medio interno. Su investigación abarca tanto causa, prevención, desarrollo, manifestación, pronóstico y tratamiento de la enfermedad y de sus consecuencias, como todo lo relacionado con hábitos y estilos saludables de vida²⁰.

2.2.1.2. Cambios sociodemográficos en el adulto mayor

En la actualidad, la población peruana está sufriendo cambios demográficos muy importantes: la reducción de la participación de niños y jóvenes dentro de la estructura de edad de la población y el aumento de la población adulta mayor. El primer cambio se origina con la notable caída de la tasa de fecundidad, y el segundo está relacionado con las mejores condiciones de vida y salud, que han prolongado la esperanza de vida de los peruanos²¹.

Las últimas proyecciones de población elaboradas por el INEI muestran que la población, al 30 de junio de 2012, es de 30 135 875 personas, lo que significa un aumento de 338 181 habitantes respecto al año anterior, ubicando al Perú como el quinto país con más población de América Latina, después de Brasil (196,7 millones), México (114,8 millones), Colombia (46,9 millones) y Argentina (40,5 millones)²².

Las personas con 60 años o más representan el 9,0 % del total de la población (el 7,7 % son personas adultas de 60 a 79 años de edad; y el 1,3 %, de 80 años o más). El 7,2 % del grupo de 60 a 79 años se encuentra en Lima Metropolitana⁷.

Con relación a la presencia de al menos un adulto mayor en los hogares, los resultados de la Encuesta Nacional de Hogares (ENAH) 2012 indican que el 37,4 % de los hogares del país tienen entre sus residentes habituales a personas de 60 años o más. Según el ámbito geográfico, el 35,3 % de los hogares de Lima Metropolitana tiene entre sus integrantes adultos mayores, el 31,8 % tiene a un adulto mayor entre 60 y 79 años, y el 6,2 % cuenta con una persona de 80 años o más. Los hogares sin adultos mayores representan el 64,7 %. Según el tipo de hogar en el que viven los adultos mayores, los resultados de la ENAH 2012 muestran que los de 60 años o más residen en hogares de tipo nuclear (es decir, aquellos constituidos por una pareja, con o sin hijos, o solo por uno de los padres y los hijos) en un 40,6 %. En el 34,5 % de hogares extendidos (conformado por un hogar nuclear al que se le agregan otros parientes) se encuentra alguna persona adulta mayor⁷.

En cuanto a la educación, se encuentra que el 76,5 % de los adultos

de 60 años o más saben leer y escribir y el 23,5 % son analfabetos. El 71,5 % de población de 60 años o más presentó algún problema de salud; de ellos, el 27,2 % acude a un establecimiento de salud del sector público; el 10,5 %, a servicios del sector privado. Cabe mencionar que la mayor proporción de la población de 60 años o más está afiliada únicamente a EsSalud (33,5 %) y al SIS (29,2 %)⁷.

2.2.1.3. Cambios psicosociales asociados al envejecimiento

El campo psicosocial es de una gran amplitud. A continuación se describen los principales cambios:

La ideología del “viejismo”

La sociedad tiene prejuicios sobre el “viejo”, identificando esta etapa con el retiro forzado del trabajo. Considera los cambios biológicos como el inicio de la decadencia física y mental, que hacen del adulto mayor un incapaz, un dependiente e inútil social. El entorno social es rígido y no está dispuesto a aceptar al “viejo”, esto hace que el adulto mayor se perciba como un inadaptado, considerando su deterioro como algo malo y fatal. Esta concepción, interiorizada por los adultos mayores, les hace asumir una actitud de resignación y apatía, restringiéndose cualquier iniciativa de superación, debido al gran temor a ser rechazados.

Jubilación

Hoy en día, la mayoría de las personas mayores de 65 años no tienen un empleo. Sin embargo, muchos que están sanos continúan trabajando a tiempo parcial o completo. A estas personas el trabajo les ofrece mejores ingresos, un sentimiento de utilidad y la oportunidad de continuar con las rutinas establecidas desde hace mucho tiempo. Sin embargo, pocos ancianos dedican mucho tiempo a descansar o dormir. Acostumbrados al trabajo durante la mayor parte de su vida,

la mayoría encuentra muchas actividades de escape, como trabajos, proyectos comunitarios, viajes, servicios de voluntariado, intereses intelectuales o de ocio y aficiones. Las personas que, de repente, intentan reenfocar y enriquecer su vida en el momento de la jubilación, suelen tener dificultades. Aquellos que aprendieron pronto a vivir vidas equilibradas y plenas suelen tener una jubilación más satisfactoria. Los últimos años pueden fomentar un sentimiento de integridad y continuidad, o pueden ser años de desesperanza²³.

Cambio económico

Las necesidades económicas de los adultos mayores son muy variadas. Aunque la mayoría necesita menos dinero para ropa, diversiones y trabajo, y aunque algunos son propietarios de casa, los costos siguen subiendo, y esto hace que algunos encuentren dificultades para seguir adelante. Es frecuente que tan solo con los costos de los alimentos y de las medicinas ya se cree una carga económica. Unos recursos económicos adecuados permiten que el anciano mantenga su independencia.

Reinstalación

Al final de la edad adulta muchas personas tienen que reinstalarse. Hay factores que conducen a la decisión. La vivienda puede ser demasiado grande o cara. Algunos adultos mayores con problemas de desplazamiento desean tener todas las habitaciones en una sola planta, o necesitan que el cuarto de baño sea más accesible. Puede tener que trasladarse a un apartamento, lo que significaría el abandono de las comodidades del hogar y de vecinos y amigos de muchos años. Algunos tienen que ir a vivir más cerca de sus hijos, para conseguir mayor apoyo y cuidados generales. Para muchos, esta decisión es difícil y dolorosa. Para otros, la reinstalación es voluntaria, quizá porque buscan un clima más moderado y unas condiciones de ocio más agradables, con el fin de llevar un estilo de vida más placentero.

Cambio del rol desempeñado

Las etapas de niñez, adolescencia y adultez tiene perfectamente establecidos sus roles, pero para los adultos mayores no existe una definición sociocultural del conjunto de actividades que les serían específicas, cuyo desempeño los haría sentirse útiles y con reconocimiento social, elevando su autoestima.

2.2.2. Deterioro cognitivo

La cognición es un proceso complicado, por el cual se aprende la información, se almacena, se recupera y se usa por el individuo. El procesamiento cognitivo apoya el razonamiento, la resolución de problemas, el recuerdo, la interpretación y la comunicación. Algunas capacidades cognitivas pueden decaer con la edad, algunas pueden mejorar y algunas permanecen relativamente estables. Estos cambios son altamente variables de una persona a otra a medida que envejecen, e incluso pueden variar en la misma persona a lo largo del tiempo²¹.

A medida que la persona envejece, se producen cambios en sus estructuras cognitivas. Se piensa que existe una pérdida progresiva de neuronas. Además, el flujo sanguíneo al cerebro disminuye, las meninges se engruesan y el metabolismo cerebral se ralentiza. Por el momento, poco se sabe sobre el efecto de estos cambios físicos sobre el funcionamiento cognitivo del adulto mayor.

El deterioro cognitivo es cualquier déficit de las llamadas funciones mentales superiores que aqueja a un adulto mayor, como la inteligencia, el aprendizaje o la memoria²⁴:

Inteligencia

Cuando se comparan los resultados de pruebas de inteligencia de individuos de todas las edades con los resultados de aquellas realizadas por ancianos, se ve un descenso progresivo que comienza en la mitad de la vida; sin embargo, se ha demostrado que el ambiente y la salud tienen una

influencia considerable sobre los resultados, y que ciertos tipos de inteligencia declinan (percepción espacial y retención de información no intelectual), mientras que otros tipos de inteligencia no lo hacen (habilidad para resolver problemas basada en evidencias anteriores, comprensión verbal, habilidades matemáticas). La salud cardiovascular adecuada, el entorno estimulante, los niveles de escolaridad superior, el estado laboral y el ingreso superior parecen ejercer un efecto positivo en las pruebas de inteligencia que se realizan en ancianos²⁵.

Aprendizaje

La capacidad de aprender y adquirir nuevas destrezas e información disminuye en los ancianos, en particular después del séptimo decenio de la vida. No obstante, muchos de ellos continúan aprendiendo y participando en diversas experiencias educativas. La motivación, capacidad de ejecución y condición física son factores importantes que influyen en el aprendizaje²⁵.

Memoria

La memoria es la capacidad de retener y recordar. Es decir, retener lo que sucede en el presente y lo que le interesa. Recordar se refiere a traer al presente lo que ya se conoce. La memoria es una condición necesaria para desarrollar una vida independiente y productiva. Cuando la memoria es afectada, uno puede olvidar por desuso, interferencia, represión o enfermedades¹⁹.

Posiblemente, la memoria es el factor más destacable en el declive cognitivo, por la disminución de la velocidad básica de procesamiento de la información, que afecta tanto a funciones de la inteligencia como de la memoria, aunque aún queda mucho por investigar en esta línea, puesto que se sospecha, con relación a resultados de estudios tanto transversales como longitudinales, que la capacidad cognitiva depende enteramente de los genes. Diferente es la rapidez de ese proceso, que, por ejemplo, parece confirmar la hipótesis de que más importante que la edad es la distancia de la muerte.

Factores y circunstancias que debilitan y/o mejoran el funcionamiento de la memoria

Factores que debilitan el funcionamiento de la memoria	Factores que mejoran el rendimiento de la memoria
Enfermedades mentales como la demencia (entre ellas, el Alzheimer) Acontecimientos vitales estresantes: Sufrimiento, depresión, soledad, aislamiento, inadaptación. Trastornos de la atención (delirium). Trastornos de la comunicación. Déficit sensorial (visual y/o auditivo). Medicamentos.	Plasticidad neuronal. Conservación de la capacidad cognitiva básica y de otras. Motivación, experiencia, reminiscencia. Otros factores que puedan interferir o favorecer el funcionamiento de la memoria son edad, estado de salud, inteligencia, conocimientos, educación, ocupación y las influencias ambientales.

Fuente: Manual de Autocuidado de Salud para el Adulto Mayor (2004).

Múltiples causas pueden ser las provocadoras de este tipo de problemas, es por esto que el deterioro cognoscitivo (no la demencia) se puede caracterizar como un síndrome geriátrico, el cual debe ser evaluado para detectar todos los componentes del mismo y, en su caso, hacer el diagnóstico de demencia. La función cognoscitiva de los adultos mayores puede verse afectada por los cambios propios del envejecimiento, pasando por el deterioro cognitivo leve (DCL) hasta llegar a la demencia²⁴.

En los adultos mayores, las alteraciones de la capacidad cognitiva son más una diferencia de la velocidad que de la capacidad. En conjunto, el adulto mayor mantiene la inteligencia, la capacidad para resolver problemas, el juicio, la creatividad y otras habilidades cognitivas practicadas con asiduidad. En general, la pérdida intelectual refleja un proceso patológico, como la aterosclerosis, que ocasiona un estrechamiento de los vasos sanguíneos y un descenso de la perfusión de nutrientes al cerebro. La mayoría de los adultos mayores no presenta deterioro cognitivo²⁶.

Deterioro cognitivo es un concepto que, si bien no especifica la función o las funciones intelectuales afectadas o la causa subyacente, debe ser considerado como una situación que revela la existencia de un problema

cuyo diagnóstico ha de establecerse con prontitud para adoptar las medidas terapéuticas oportunas. Por ello, conocer la situación cognitiva del adulto mayor es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un adecuado manejo puede ayudar a mejorar sustancialmente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones²⁷.

2.2.2.1. Factores de riesgo del deterioro cognitivo

Entre los factores de riesgo para el desarrollo de deterioro cognitivo, se pueden considerar los siguientes:

La edad

La asociación entre la frecuencia de deterioro cognitivo con el incremento de la edad es una relación ya definida en la literatura: esta variable es el principal factor de riesgo para el desarrollo de esta condición²⁸. Realmente, los cambios cognitivos no pueden asociarse a la edad solamente, sino a acontecimientos no normativos, entre ellos las enfermedades físicas o las demencias. El declive cognitivo se da por igual en hombres y en mujeres, y según algunos autores, a partir de los 70 años. El campo cognitivo varía según la distancia de la muerte, la edad y el tipo de ámbito de la habilidad intelectual.

Nivel educativo

Centrándose en la reserva cognitiva, se entiende a esta como “el efecto protector que logra una buena educación” frente a procesos patológicos degenerativos, y también como aquella que posibilita una “compensación” en individuos con mayor educación, con un mayor nivel ocupacional o con una mayor inteligencia premórbida frente a procesos neurodegenerativos. En el medio peruano, los datos respecto a incidencia y prevalencia de enfermedades neurodegenerativas también muestran una mayor proporción de enfermedades demenciales en poblaciones de bajo nivel cultural¹⁷.

Katzman ha sugerido que las personas que tienen un alto nivel de educación presentan menor riesgo de adquirir deterioro cognitivo, según expresa en su concepto de reserva neuronal, que plantea que aquellos individuos instruidos poseen mayores sinapsis corticales que los iletrados, y, por tanto, están más capacitados para hacer frente al deterioro causado por la pérdida neuronal característica de la demencia¹⁶.

Si se considera el analfabetismo y los bajos niveles de escolaridad como “factores de riesgo” para la aparición de deterioro cognitivo, la población peruana de adultos mayores está expuesta a un problema sociosanitario de primer orden. Según el Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización (Pronama), la cifra de analfabetismo actual se mantiene en 7,1 %, como lo determinó la Encuesta Nacional de Hogares de 2010. De ellos, el 75 % son mujeres²⁹.

Enfermedades

Además de la disminución de la función cognitiva propia del envejecimiento y de patologías como la enfermedad de Alzheimer, un gran número de procesos frecuentes en el adulto mayor (infecciones, procesos degenerativos, neoplásicos, enfermedades sistémicas, toma de fármacos, etc.) también pueden alterar tales funciones de forma parcial o global, tanto de forma aguda como crónica. Varios factores de riesgo, como la HTA, el hábito de fumar, la diabetes mellitus, el alcoholismo, los traumatismos craneoencefálicos y el gen Apo E-4 se han identificado en pacientes con deterioro cognitivo. La HTA y el hábito de fumar están asociados de manera importante al deterioro cognitivo vascular, y otros, como los traumatismos craneoencefálicos y el gen Apo E-4, se observan con mayor frecuencia en pacientes con demencia degenerativa¹⁶.

Por otra parte, la preocupación y las quejas que expresa el adulto mayor o sus familiares relacionadas a fallas mayores de la memoria y a la disminución de otras capacidades cognitivas y conductuales y del funcionamiento general, pueden responder a condiciones

anormales o patológicas y afectan la vida familiar y social³. A continuación se mencionan algunas:

La demencia

Es un síndrome adquirido, con evolución crónica, de deterioro en la memoria y en al menos alguna otra función cognoscitiva (por ejemplo, lenguaje, praxias, gnosias, función ejecutiva) que afecta la realización de actividades de la vida diaria (APA, 2000). Las principales causas de la demencia en el adulto mayor son enfermedad de Alzheimer (EA), demencia vascular (DV), enfermedad por cuerpos de Lewy (ECL), demencia asociada a Parkinson (DAP) y demencia frontotemporal (DFT). Asimismo, se pueden encontrar diferentes tipos de etiologías de la demencia en un mismo sujeto, lo que constituye la demencia mixta (DMX), siendo la combinación más común entre la EA y la DV. Por sí mismas, la EA y la DV son las etiologías de más de la mitad de las demencias en los adultos mayores. Sin embargo, existen muchas otras causas de demencia, mucho menos frecuentes en los ancianos y con una presentación clínica diferente (Ferri & Prince 2010)²⁴. La demencia afecta al 10 % de las personas mayores de 65 años y entre el 20 y el 50 % de los que tienen 85 años o más³. Para poder hacer el diagnóstico de demencia, cuando menos deben existir dos dominios de función alterada, memoria y por lo menos uno de los siguientes: lenguaje, percepción, función visuoespacial, cálculo, juicio, abstracción y resolución de problemas²⁵.

La depresión

La depresión presenta un índice proporcional a la edad y se ha estimado que se da en el 20 % de las personas de 80 años o más. La depresión en la tercera edad puede afectar al 10 % de los adultos mayores, y puede comportarse como factor de riesgo de deterioro cognitivo¹².

El delirio

El delirio, denominado con frecuencia *estado mental agudo*, se inicia con confusión y progresa a desorientación. El pensamiento está desorganizado. También pueden estar presentes alucinaciones, delirios, miedo, ansiedad y paranoia. El delirio es secundario a diversas causas, como enfermedades físicas, intoxicación por fármacos o bebidas alcohólicas, falta de estimulación ambiental y privación o sobrecarga sensorial.

La enfermedad de Alzheimer

La enfermedad de Alzheimer es un trastorno neurológico degenerativo progresivo, irreversible y que comienza de manera insidiosa. Se caracteriza por pérdida gradual de la función cognitiva y alteraciones en la conducta y el afecto.

2.2.2.2. Consecuencias del deterioro cognitivo

El deterioro cognitivo presenta una alta prevalencia en el adulto mayor y condiciona situaciones de grave incapacidad, lo cual ocasiona una seria problemática socioasistencial²⁸, debido a que trae consigo consecuencias físicas, psicológicas y socioeconómicas.

Consecuencias físicas

Desde el punto de vista asistencial, el deterioro cognitivo condiciona un incremento en las necesidades de asistencia por parte del cuidador principal, por el riesgo de caídas o el incremento de las lesiones de piel. Tienen peor pronóstico cuando requieren actividades de rehabilitación, causando dificultades para dar el alta hospitalaria²⁷. El deterioro cognitivo hace que se produzca un declinar de las actividades básicas de la vida diaria. El adulto mayor con demencia, además, tiene mayor prevalencia de caídas. El deterioro

cognitivo condiciona una mayor frecuencia de presencia de otro factor de fragilidad: la incontinencia urinaria³⁰.

Consecuencias psicológicas

En la tercera edad, las enfermedades mentales más frecuentes son las demencias. La demencia es un síndrome clínico de carácter orgánico caracterizado por un deterioro progresivo de las facultades intelectuales¹².

Consecuencias socioeconómicas

Los pacientes con deterioro cognitivo requieren mayor supervisión por sus cuidadores, no colaboran en su rehabilitación y utilizan un mayor número de recursos sociosanitarios. Las tasas de hospitalización en los ancianos con trastornos cognitivos son mayores que en la población sana. Los pacientes con deterioro cognitivo tienen una prevalencia mayor de caídas, incontinencia urinaria y de hospitalización y reingresos, comparándolos con los adultos mayores sanos³⁰. Por ello, conocer el nivel cognitivo del paciente geriátrico es importante a la hora de planificar sus cuidados y tomar decisiones, ya que un apropiado manejo puede mejorar sustancialmente la calidad de vida y reducir el desarrollo de complicaciones²⁸.

2.2.2.3. Cambios normales en el área cognitiva

Normalmente, la salud mental y la cognición de una persona mayor permanecen relativamente estables. En aquellas funciones que cambian, el cambio no es lo bastante importante como para producir un deterioro significativo en la vida diaria o en habilidades sociales. Los cambios graves y la pérdida de la función cognitiva suelen ser síntomas de una enfermedad física o mental, como la enfermedad de Alzheimer, un accidente cerebro vascular o una depresión grave. A continuación se indican varios cambios cognitivos generales que se consideran cambios

normales asociados al envejecimiento³¹.

En la población adulta mayor, la velocidad para procesar la información se reduce al envejecer, resultando en una tasa más lenta de aprendizaje y en una mayor necesidad de que se repita la información. La capacidad para dividir la atención entre dos tareas muestra un declive asociado con la edad.

La capacidad para fijar la atención rápidamente desde una fuente auditiva a otra muestra una reducción asociada con la edad (la capacidad de cambio de una fuente visual a otra no cambia significativamente con la edad). La capacidad para mantener la atención de forma mantenida o para realizar tareas de vigilancia parece reducirse con la edad, así como la capacidad para filtrar y descartar la información relevante.

Con relación al lenguaje, la mayoría de sus aspectos se conservan bien, como el uso de los sonidos y las combinaciones de palabras con sentido. El vocabulario mejora con la edad. Sin embargo, la capacidad para encontrar las palabras o para asignar nombres y la generación rápida de las listas de palabras decaen con la edad. La capacidad para realizar tareas visuoespaciales como dibujar y la de construcción decaen con la edad³¹.

2.2.2.4. Pérdida de memoria asociada a la edad y deterioro cognitivo leve

Cuando se habla de las alteraciones de la memoria, ya desde 1962 se referían los diferentes autores a ellas como “olvidos seniles benignos” (aquellos que no evolucionan y que tiene un pronóstico optimista), y como “olvidos seniles malignos”, que pueden ser indicativos de patología. Otros términos han aparecido en la literatura, tales como las llamadas “pérdidas de memoria asociadas a la edad”, referidas preferentemente a sujetos mayores de 50 años con una alteración subjetiva y objetiva mnemónica, sin que se aprecien otras afecciones cognitivas (Crook *et al.* 1986). En cambio, el término *deterioro cognitivo leve* de Petersen *et al.* (2001) hace referencia a aquellos mayores con

una pérdida progresiva y sintomática; es decir, pérdida objetiva y subjetiva de memoria ajustadas a las características etarias y educativas recibidas y que no cumplen con los criterios de demencia³².

Estos términos, más allá de ser etiquetas diagnósticas, tienen una importante función clínica. Los términos “pérdida de memoria asociada a la edad” y “declinar cognitivo asociado a la edad” pertenecen al ámbito del denominado *envejecimiento normal*, mientras que los restantes pertenecen al ámbito del envejecimiento patológico. El DCL se refiere a un estado de transición entre la normalidad y la demencia que parece delimitar un grupo heterogéneo de individuos que se encuentran en una situación de riesgo superior a la observada en la población general para el desarrollo de una demencia, especialmente en la enfermedad de Alzheimer³².

Según esto, se concluye con la siguiente reflexión, indicando, en palabras de Armas *et al.* (2009), que “según los criterios de la cuarta edición del Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) (mild neurocognitive disorder) y la décima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) (mildcognitiveimparirment), el deterioro cognitivo leve (DCL) es un síndrome caracterizado por una alteración adquirida y prolongada de una o varias funciones cognitivas, que no corresponde a un síndrome focal y no cumple criterios suficientes de gravedad para ser calificada como demencia”³².

Los criterios diagnósticos del deterioro cognitivo leve son quejas de falta de memoria (corroboradas preferentemente por un informador), funcionamiento cognitivo en general normal, funcionamiento normal en la vida diaria, deterioro de la memoria en función de la edad y el nivel cognitivo y ausencia de demencia³³.

2.2.2.5. Trastornos cognitivos relacionados con el envejecimiento

La alteración cognitiva del anciano que no alcanza demencia, es decir, sin repercusión significativa en sus actividades domésticas,

ocupacionales y sociales, o con una muy discreta repercusión (solo para actividades complejas), incluye dos conceptos de gran operatividad práctica y utilidad en la clínica diaria: el deterioro cognitivo muy leve o sin demencia, y el deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa³⁴.

El deterioro cognitivo muy leve o sin demencia

Se trata de una persona que ofrece quejas repetidas de fallos o pérdida aislada de memoria u olvidos frecuentes, sin que se sumen afectaciones de otras áreas cognitivas. Dicho déficit aparece principalmente cuando se intenta recordar el nombre de alguna persona o una lista de objetos o hechos recientes, y suele surgir de manera fluctuante en dependencia de cambios de humor. No interfiere en las actividades de la vida diaria y se constata la normalidad de los test cognitivos breves (puntuaciones superiores a 24). El seguimiento clínico del paciente cada seis meses no evidencia el empeoramiento del déficit. El aumento de la incidencia de este trastorno en el adulto mayor con respecto a otros grupos de edades se debe a factores sociales que limitan los estímulos vitales de estas personas y a su mayor preocupación por los problemas relacionados con su salud. Este criterio abarcaría a la definición de alteración de la memoria asociada a la edad, o se correspondería con los anteriores (olvido senil benigno y amnesia benigna de la vejez)³⁴.

El deterioro cognitivo leve o con demencia dudosa

En el segundo caso existe un trastorno más pronunciado de memoria y una o más de las siguientes áreas cognitivas afectadas discretamente: atención, aprendizaje, concentración, pensamiento, lenguaje. Condiciona problemas solo para las tareas complejas, previamente bien desarrolladas, pero el déficit no ocasionará grandes molestias ni interferirá en el funcionamiento ocupacional y social del individuo; es decir, no afectará su vida de relación, por lo que

la naturaleza de los síntomas no permite el diagnóstico de demencia. Este criterio es el más próximo a la definición de deterioro cognitivo asociado con la edad³⁴.

Cuando el deterioro cognitivo repercute significativamente en las actividades funcionales de la vida cotidiana, probablemente se este ante un síndrome demencial (deterioro cognitivo orgánico o patológico o con demencia establecida). Solo una correcta valoración clínica indicará en qué lugar del continuum cognitivo-funcional: normalidad-deterioro o trastorno cognitivo leve-demencia se sitúa el paciente. A menudo, solo el seguimiento clínico confirmará si se está frente a una situación estable o, por el contrario, si el paciente progresa a demencia.

2.2.2.6. Evaluación del deterioro cognitivo

El uso de instrumentos de valoración de la función cognitiva en adultos mayores facilita una exploración sistemática, organizada y completa de las características del paciente, y permite la obtención de resultados comparables para diferentes examinadores o para el mismo examinador a lo largo del tiempo de evolución del paciente. Por otra parte, el uso de estos instrumentos incrementa la sensibilidad diagnóstica, actuando como un complemento al juicio clínico. En resumen, aproximadamente el 80 % de los casos de déficits leves pueden pasar desapercibidos si no se emplea algún sistema de detección, ya que el juicio clínico solo es capaz de captar el deterioro cuando este ya es avanzado, mientras que los instrumentos facilitan la detección de niveles de deterioro leve y moderado, cuando la intervención es más eficaz.

Se ha de tener en cuenta que el objetivo primordial de una evaluación cognitiva será conocer cómo un anciano se diferencia singularmente en el funcionamiento de su memoria respecto de la mayoría de los adultos mayores, la importancia que esto tendrá en su vida y qué elementos se aconsejarán para la optimización de este aspecto.

En la práctica gerontológica se encontrará que existen una serie de instrumentos comúnmente utilizados, como el examen cognoscitivo de

Folstein (minimental) que es una escala clásica y de uso mundial, muy utilizada por los investigadores, ya que se ha acreditado su fiabilidad en estudios epidemiológicos: es útil en invidentes, en personas de edad avanzada y en analfabetos. Permite realizar tamizaje de la función cognoscitiva general y en aproximadamente 5 o 10 minutos da información suficiente con respecto a la presencia o no de déficit cognitivo. Explora y puntúa la orientación temporal y espacial, la memoria inmediata y de fijación, la atención y el cálculo, la producción y repetición del lenguaje, la lectura y la habilidad visual y espacial. Es de gran ayuda para el examen clínico, es rápido y fácil de utilizar, no pretende ser un instrumento diagnóstico por sí mismo, pero sí un instrumento de seguimiento del curso de los cambios cognoscitivos, con documentación de la respuesta al tratamiento.

2.2.3. Apoyo sociofamiliar al adulto mayor

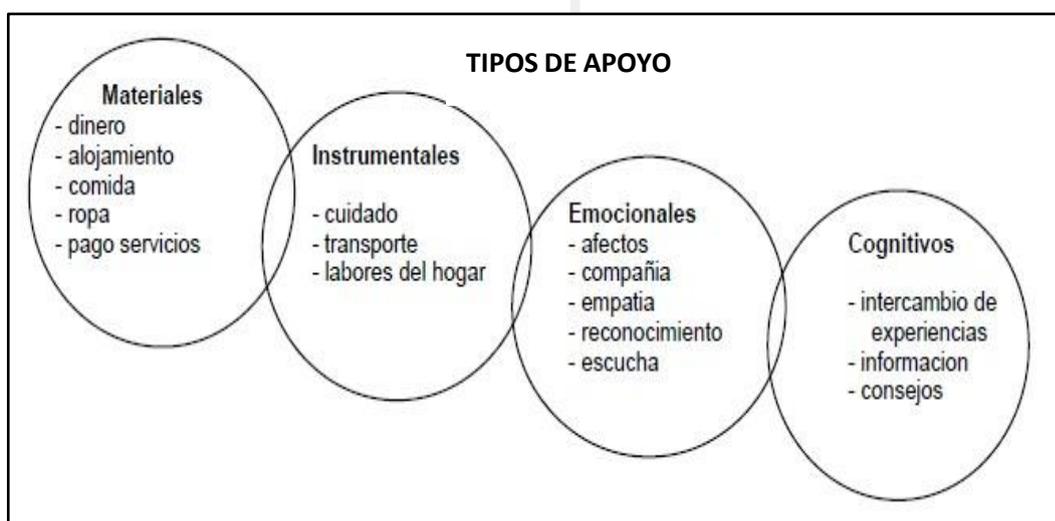
En los últimos años, en especial en los países desarrollados (Estados Unidos, Canadá y países europeos) ha habido un incremento de investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores. El interés por el tema toma fuerza en la discusión en la medida en que los recursos públicos no son suficientes para satisfacer la demanda de un grupo social en constante aumento demográfico.

Durante años, la categoría de redes sociales fue asumida como indicador de apoyo. Si se pertenecía a una red, se estaba apoyado. La investigación gerontológica desmintió que esto fuera así, y nació la preocupación por un análisis más detallado de calidad, frecuencia, efectividad y disponibilidad de los apoyos. Algo que resultó sumamente importante fue la constatación de que pertenecer a una red social no garantiza necesariamente que el apoyo sea constante, ya que este puede variar en el tiempo y en el curso de vida de los individuos. Por eso, hoy en día, saber sobre la continuidad de la ayuda en la etapa de vejez, en casos de enfermedad o en contextos de escasez económica, resulta fundamental.

Las virtudes y limitaciones observadas en las redes sociales mostró la necesidad de considerar además la percepción que tienen los mayores de

lo que dan y reciben en las redes, de cuán importantes son estas para su calidad de vida.

Apoyo social. Este conjunto de transacciones interpersonales que opera en las redes se presenta como un flujo de recursos, acciones e información que se intercambia y circula. Se consideran cuatro categorías de transferencias o apoyos: materiales, instrumentales, emocionales y cognitivos.



Montes. (2006). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. Instituto de Investigaciones Sociales. México.

Fuentes de apoyo de las personas mayores. En la literatura se distinguen las fuentes formales y las fuentes informales de apoyo. El sistema formal de apoyo posee una organización burocrática, un objetivo específico en ciertas áreas determinadas y utilizan profesionales o voluntarios para garantizar sus metas (Sánchez Ayendez 1994). El sistema informal está constituido por las redes personales y por las redes comunitarias no estructuradas, como programas de apoyo³⁶.



Guzmán & Huenchuan. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

Las redes de amigos y vecinos constituyen también fuentes de apoyo importantes. Los vínculos de amistad están establecidos por intereses comunes y actividades compartidas. Los apoyos dados por la red de amigos son más públicos que los que operan en el interior de la familia, pero más personales que los que vienen del sistema formal. La red de amigos, más que la existencia de solo un buen amigo, es esencial para el cuidado fuera del ámbito del hogar.

Los apoyos informales de las redes comunitarias distinguen aquellos que provienen de organizaciones que dirigen específicamente su accionar a los mayores, de aquellas que organizan sus actividades en función de otros parámetros. En el primer caso, las personas mayores reciben apoyo bajo la forma de ayudas instrumentales, materiales o de apoyo emocional. En las segundas, se trata de entidades en las que las personas mayores participan activamente, siendo parte de sus decisiones³⁵.

Montes de Oca (2000) ha encontrado en estudios en poblaciones pobres de México que, cuando los apoyos institucionales disminuyen o desaparecen, la red de apoyo informal (familia, amigos, otros) tiende a activarse y, del mismo modo, la red informal de apoyo tiende a desactivarse cuando existen apoyos institucionales. Sin embargo, en contextos de crisis graves, en los que la situación de los actores que intervienen en estas redes (familiares, amigos y otros) sufre mermas extremas en sus propios recursos, estas redes informales pueden verse seriamente dañadas, dejando a los grupos más vulnerables, como es el caso de los mayores de edad, en una situación altamente precaria³⁵.

Faherty, Gaviria y Pathack definieron el soporte social con la ayuda de

la que dispone una persona en términos emocionales y prácticos, la cual proviene de las interrelaciones que mantiene con otros individuos, grupo de individuos o una comunidad³⁶.

El apoyo social actualmente es concebido como un complejo constructo que tiene tres dimensiones: estructura, función y percepción de calidad. A nivel conceptual, en el último tiempo adquieren vigencia las propuestas de Saranson *et al.* (1990) y de Thoits (1992), que suponen una progresiva subjetivación del concepto de apoyo social. Se propone que la verdadera naturaleza del apoyo social hay que buscarla en los procesos perceptivos de los sujetos implicados, lo que tradicionalmente se ha denominado *apoyo social percibido*. La percepción o creencia de que el apoyo emocional está disponible parece influir mucho más fuertemente sobre la salud mental que el apoyo social efectivamente recibido en un momento determinado³⁷.

2.2.3.1. Redes sociales de apoyo al adulto mayor

La literatura ha distinguido diferentes tipos de redes de apoyo hacia el adulto mayor; también ha señalado que estas redes son diferenciales entre hombres y mujeres, y que sufren modificaciones en el curso de la vida de los individuos. Entre las redes de apoyo se pueden mencionar las redes familiares, las redes no familiares (amigos, vecinos, ex compañeros de trabajo, conocidos etc.), las redes comunitarias y aquellas promovidas por instancias gubernamentales³⁸.

Las redes de apoyo familiar

Los numerosos estudios mencionan que el cónyuge y los hijos son los principales actores de este tipo de red. Es precisamente este componente el que afecta a la red familiar de apoyo, debido a factores demográficos, el descenso de la fecundidad y la mortalidad, que generan una reestructuración de la red familiar, la cual sufre cuando se generan movimientos migratorios por parte de sus miembros. Las redes de apoyo familiar tienen una amplia gama de ayudas factibles de ser otorgadas (quehaceres, domésticos, cuidado directo, confidencialidad,

apoyo emocional, intimidad, compañía, consejo, etc.).

La redes de apoyo no familiares

Están los amigos, excompañeros de trabajo, vecinos. Pueden ser fundamentales en la provisión de diferentes tipos de ayuda. Las personas adultas mayores recurrirán primero a la esposa, luego a los hijos adultos, después a los parientes y finalmente a los amigos. Scott y Wenger señalaron que la amistad de los hombres sigue basándose en actividades compartidas, mientras que las amistades de las mujeres son más íntimas e intensas, y tienden a centrarse en la conversación y en el apoyo mutuo.

Las redes comunitarias

Muchas veces las redes de personas que no forman parte de la familia pueden estar incluidas en la red comunitaria; sin embargo van más allá, y la diferencia la establecen los niveles de proximidad, confianza e intimidad, la intensidad de la relación y la reciprocidad entre pares³⁸.

2.2.3.2. Apoyo familiar al adulto mayor

Las estructuras familiares actuales conducen al aislamiento de los miembros de más edad. El hecho de vivir en domicilios diferentes y frecuentemente distantes, la falta de medios y de espacio en la casa de los hijos para acoger a sus padres, junto con otros factores, han llevado

a pensar que la única opción de las personas, cuando sobreviene la vejez, es valerse por sí mismas, y si ello está asociado a enfermedad o discapacidad, es ingresar en un establecimiento de larga estadía para que sea cuidado en este último período de su vida. En nuestra sociedad existe una enorme presión social para que la familia cumpla el rol de apoyo a la vejez, y su vínculo está asociado a fuente de bienestar del adulto mayor, porque se parte del supuesto de que la interacción familiar le favorecería su bienestar³⁹.

Para los hijos, la llegada de la vejez de los padres hoy en día no solamente provoca ansiedad y preocupación por una etapa que los acerca a experimentar el dolor de la muerte cercana, sino que provoca además desequilibrio y una disfunción en la propia estructura familiar por el cuidado que se espera deben entregar a los padres, ya que quienes siguen conservándolos en su propia vivienda les provocan en muchas ocasiones un sentimiento de coacción, de pérdida de libertad y de interferencia en la intimidad familiar.

La familia con adultos mayores es una auténtica escuela de relaciones intergeneracionales. La figura del adulto mayor como factor de integración de la familia y principal educador/entretenedor se mantiene. El contacto directo de los abuelos con los jóvenes modifica de forma drástica sus percepciones de la vejez, potenciando las imágenes positivas de la misma, de la “abuelidad”, dando un aire de nostalgia a su falta. El valor de los adultos mayores se basa en la complementariedad respecto de la figura de los padres. De hecho, los abuelos constituyen la parte agradable de la educación de los nietos, junto a la imagen de la tradición y de la metáfora de la vida. Curiosamente, la velocidad de los cambios en el conocimiento y en la tecnología han permitido el fenómeno, que se ha denominado de *transmisión inversa del conocimiento* (transmisión de hijos a padres), que, lejos de ser negativo, permite al adulto mayor amortiguar los impactos que dichos cambios van produciendo en la vida diaria. A la vez, el adulto mayor actúa como un elemento de estabilidad en el interior de la familia, y también como nexo de unión y reflexión entre generaciones⁴⁰.

La familia sigue siendo el principal soporte social del adulto mayor. En España, la mayoría de los adultos mayores viven en sus propios domicilios, situación que mantienen, salvo que condiciones de salud o económicas les obliguen a abandonarla. Cuando se encuentran enfermos o tienen necesidad de ayuda, acuden a su familia y, en general, reciben apoyo unas veces en su propio domicilio y otras en el de los hijos. El apoyo puede ser personal o mediante la búsqueda de la información o de los recursos necesarios⁴⁰.

Habitualmente, el cuidador inmediato suele ser el cónyuge y, en un segundo lugar, los hijos, principalmente hijas o nueras, ocupando un lugar menos importante otros familiares o personas allegadas. Ello es tan válido para el anciano que precisa atención como para el hijo que se puede beneficiar de que los abuelos cuiden a los nietos⁴⁰.

El cuidado recae sobre las hijas residentes en el hogar. Las mujeres participan más en el cuidado de la población adulta mayor, y casi todas las cuidadoras son menores de 50 años, a pesar de que hay un grupo considerable de mayores de 60. En el caso de las personas residentes en el hogar, algunas cuidadoras son las cónyuges, aunque existe una gran cantidad de personas mayores de 60 años que cuidan de sus padres, sea que estos vivan en el hogar o no⁴⁰.

Estas relaciones sociales juegan un papel primordial en el adulto mayor y en su bienestar psicológico, ya que les ayuda a mantener la salud y la autoestima y disminuye el sentimiento de soledad. La asunción de tareas en la familia va a disminuir también el sentimiento de inutilidad. Por otra parte, el hecho de compartir situaciones estresantes hace que estas se relativicen. Las investigaciones sobre cuidadores se han centrado en las características sociodemográficas del cuidador de personas dependientes (demencia, Alzheimer, etc.). En general, se aprecia una alta participación femenina en el cuidado de las personas mayores, en especial de parte de las hijas, muchas de las cuales no reciben ningún tipo de retribución económica por el cuidado de la persona a su cargo⁴⁰.

La situación de los cuidadores de personas con enfermedades mentales remite a la propuesta de Sánchez (1996), en su trabajo titulado

Sistemas de apoyo y familiares de pacientes de Alzheimer, en el que se plantea que el apoyo social en estos casos puede ser entregado a la persona mayor indirectamente a través de grupos de apoyo que ayuden a los familiares a lidiar con la situación. Un punto de vista diferente e interesante a la vez, en la medida que se recurre a la comunidad para afrontar de mejor manera las demandas del cuidado de las personas de edad en situaciones especiales³⁵.

Esta situación ocurre con mayor frecuencia a medida que aumenta la longevidad de los adultos mayores, como ha estado ocurriendo.

Entre las cuidadoras residentes predominan las mujeres solteras que, en su mayoría, han vivido siempre en el hogar. En el caso de personas que viven en el hogar, pero que no son parientes de la persona adulta mayor, o las hijas no residentes, se trata, en su mayoría, de personas en unión (unidas o casadas).

En el caso de las personas cuidadoras que residen en el hogar pero no son hijas de la persona adulta mayor, estas siempre pertenecen al grupo familiar. En su mayoría, son nueras (16 %), nietas (33 %), y hermanas (18 %). Una de cada diez personas adultas mayores tiene como cuidadora principal a una empleada doméstica y la misma proporción existe para alguna otra persona no familiar. Cuando concierne a no residentes, esto obedece, en su gran mayoría, a personas que viven en el mismo barrio⁴¹.

Las relaciones familiares y el abandono de su domicilio. La edad, la enfermedad, la soledad y las condiciones económicas condicionan que muchos ancianos abandonen la vida en su propio domicilio. El sexo parece ser también un factor condicionante en esta situación, de forma que los varones, probablemente por su falta de competencia en las tareas domésticas diarias, cuando enviudan suelen pasar a vivir con sus descendientes, habitualmente con una hija. Esta situación se da menos entre las mujeres que viven solas más tiempo, aunque precisen ayuda ocasional para tareas pesadas. El número de ancianas que viven solas es proporcionalmente muy superior, aspecto que también se puede ver condicionado por su mayor longevidad⁴⁰.

Esta tendencia a cuidar a la persona adulta mayor en casa y por

la familia se ve favorecida por motivaciones individuales, entre las que se pueden apuntar el sentimiento de corresponder de forma recíproca, la creencia de que los cuidados que se ofrecen en la familia son los mejores y el sentimiento de tener que responder a las demandas sociales y cumplir con los deberes.

En este intercambio de “servicios”, cuando el anciano pasa a convivir con sus hijos, la calidad y la cantidad de “prestaciones” no es la misma para el varón que para la mujer. El primero puede verse más como una carga, aunque su nivel económico sea superior, mientras que en la anciana (habitualmente perceptora de bajas pensiones de viudedad o no contributivas) puede ayudar en tareas domésticas, crianza de los niños, etc.⁴⁰.

Tradicionalmente, la familia, como proveedora de bienestar, era especialmente importante en el mantenimiento de la renta de las personas mayores, aspecto que en la actualidad parece invertirse. La crisis económica y las dificultades de los hijos por conseguir un empleo provocan un incremento de hogares, cuyo sustentador principal ronda la edad de la jubilación⁴⁰.

Cuando el adulto mayor se traslada a vivir al domicilio de su hijo, aporta los problemas correspondientes a su ciclo vital personal y familiar (enfermedad, pérdida) a los de la familia del hijo que lo acoge, que a su vez puede estar viviendo crisis familiares (hijos adolescentes, salida de los hijos del hogar) o individuales (paro, jubilación, menopausia, ancianidad, pérdidas).

Cuando la familia incorpora un nuevo miembro, este debe adaptarse a las reglas, pero además el antiguo sistema debe reorganizarse para incluir al nuevo miembro y, en ocasiones, modificar algunas de sus normas. Existe una tendencia a mantener las antiguas pautas, lo cual puede crear estrés en el anciano, sobre todo si se tiene en cuenta la dificultad para el cambio del anciano y el miedo a realizarlo. Es un acontecimiento vital estresante tanto para el anciano como para la familia que lo acoge; independientemente de que esta incorporación pueda ser o no voluntaria, y aun siéndolo, puede no ser unánimemente deseada por todos los miembros de la familia⁴⁰.

2.2.3.3. Repercusiones sociales y familiares del deterioro cognitivo

Las estructuras sociales son un factor decisivo en el deterioro cognitivo. Por eso es importante tener en cuenta que la cognición adulta radica en si las estructuras sociales ofrecen oportunidades para que la gente mayor pueda desarrollar el dominio de sus conocimientos específicos. Las investigaciones actuales sugieren que puede darse un crecimiento selectivo en el funcionamiento intelectual de los adultos y adultos mayores, siempre que el contexto favorezca ese desarrollo. Así, se podría hablar de un potencial de crecimiento de la inteligencia práctica o cotidiana, la inteligencia social y la sabiduría³².

El adulto mayor que cuenta con tiempo y soledad, es posible que reflexione en si su deterioro cognitivo es moderado. Puede recordar su pasado, hacer un balance de su vida aceptando las alegrías y las pérdidas. Puede reflexionar sobre los problemas de sus descendientes, dándose cuenta de la futilidad de muchos afanes del momento. Puede pensar en el porvenir con aceptación, con temor en los que se angustian o con expectación en los que tienen alguna creencia trascendente. Si existe un deterioro cognitivo importante, se limitará a vivir el día presente, en forma grata o ingrata, según sean las circunstancias que lo rodean.

El proceso de cuidar a un adulto mayor con demencia en su domicilio es complejo, genera un estrés crónico y afecto en mayor o menor medida a la salud física y mental de los cuidadores. En este proceso son múltiples los factores que intervienen, por lo que existe una gran variabilidad en la capacidad de los cuidadores para hacer frente a la situación. Pearlin *et al.* hipotetizaron un sistema que engloba de forma esquemática las relaciones entre los factores de base (características socioeconómicas, historia del cuidador), los estresores primarios (deterioro cognitivo y funcional, problemas conductuales, sobrecarga y privación relacional del cuidador) y secundarios (tensión intrapsíquica y tensión en el papel), mediadores (estrategias de afrontamiento, apoyo social) y los niveles de estrés⁴².

Los cuidadores de personas con deterioro cognitivo y funcional dedican a las responsabilidades del cuidado un tiempo medio de 11 horas. En el caso de los cuidadores de familiares con la enfermedad de Alzheimer, estos dedican entre 60 y 75 horas semanales. Hay que tener en cuenta que estas personas fallecen en torno a los siete o diez años de iniciados los síntomas, y que todas ellas van a requerir ayuda en mayor o menor medida a lo largo del proceso de la enfermedad, la gravedad de la demencia y los problemas de comportamiento que mostraba el paciente. Algunos autores han informado que la asociación de la gravedad de la enfermedad con la salud y bienestar de los cuidadores únicamente se producía si la progresión de la demencia conllevaba determinadas consecuencias en la vida del cuidador. Así, vivir en el mismo domicilio y la prolongación de la necesidad de cuidados, potenciaban la gravedad de la enfermedad, produciéndose mayor afectación en la salud de los cuidadores⁹.

Los adultos mayores que tienen un soporte social deficitario son el 7,5 %. Los pacientes con deterioro cognitivo que viven solos o con otro adulto mayor son el 5,26 % (1 de 19 casos posibles), mientras que en los pacientes sanos la frecuencia es del 7,81 % (10 de 128). No hay una relación estadística entre el hecho de padecer un deterioro cognitivo y tener un soporte social deficitario³⁰.

El deterioro cognitivo puede evolucionar a demencia. Al enfrentarse a un paciente con demencia, el médico debe preocuparse no solo de lo que le sucede al individuo, sino de lo que acontece en su entorno familiar. Este enfoque exige mayor dedicación al caso, pero abre posibilidades de intervención. En efecto, a veces no se puede hacer mucho por mejorar la condición del paciente aislado, pero sí se puede ayudar a su familia y lograr un alivio de la situación global.

La reacción más frecuente de las familias, al comienzo de una demencia progresiva, es la negación: cuesta aceptar que los errores y olvidos exceden por mucho a lo normal, que la persona que siempre fue respetada ha perdido el juicio y debe ser tratada como un niño. Esta negación suele asociarse a irritación y conflictos con el paciente que yerra; también existen conflictos entre los familiares que interpretan en

forma disímil esos errores y también desacuerdos con las opiniones de los médicos consultados.

Cuando se va haciendo claro que existe una demencia, si el paciente es una persona querida, existe pena y angustia, rabia contra el destino o contra la impotencia de la medicina. Cuando el paciente no se ha ganado el afecto de su familia, lo que predomina es la preocupación: ¿qué hacer con este problema? También pueden plantearse conflictos en relación con el usufructo de los bienes del enfermo y de su incapacidad para disponer de ellos y de sí mismo. Cuando la demencia avanza y el paciente requiere un cuidado permanente, se hace evidente el agotamiento de los cuidadores familiares, el costo de las cuidadoras profesionales, la culpa ante una posible internación. En el período terminal no se sabe qué desear, si cuidar y mantener al paciente por el mayor tiempo posible, o desear su muerte, que termina con la larga postración.

La familia funcional cumple con la misión social sin afectar el proceso interno de interacción, la calidad de las relaciones internas y el desarrollo individual según los requerimientos de cada etapa. Estas familias son capaces de abandonar las conductas que les han resultado ineficaces y se formulan creativamente nuevas estrategias, tienen un desempeño alto en la resolución de problemas con eficacia.

Las familias disfuncionales son incapaces de enfrentar las crisis, expresar con libertad los sentimientos negativos, no identifican los problemas, no se comunican con claridad, utilizan dobles mensajes, entorpecen el desarrollo individual y existe confusión de roles. Las soluciones que adoptan pasan a ser el verdadero problema. Se observa en ellas conflictos de roles, alteración de la organización jerárquica, no disponen de capacidad para negociar sus discrepancias y se muestran intolerantes ante las opiniones de los otros. De igual forma, se hacen culpables de sus fracasos y se cohiben de expresar sus emociones ante los miembros de la familia.

2.2.3.4. Valoración social

La valoración social es un concepto amplio y multidimensional, a veces de difícil medición. En la valoración social se evalúa la relación entre el adulto mayor y el entorno o estructura social que lo rodea). Al hablar de la función social no se debe olvidar la frecuencia y la calidad de las relaciones sociales, las actividades sociales que el anciano realiza, los recursos con los que cuenta y el soporte social y la carga que supone el adulto mayor en su núcleo familiar.

Las actividades sociales

Se deben evaluar, básicamente, profesión anterior, intereses y aficiones, salidas del domicilio, institución o ciudad, visitas a clubes sociales e iglesias, actividades especiales recientes, planes futuros y posibilidad de que exista alguna actividad que haya abandonado por enfermedad o por incapacidad funcional.

Las relaciones sociales

La falta de estas constituye un factor de riesgo asociado a morbilidad e incapacidad. Las relaciones sociales pueden potenciar el estado de salud al moderar los efectos negativos de la enfermedad. También debemos conocer las relaciones del adulto mayor, tipo, frecuencia y cambios en el tiempo. Los aspectos más importantes son el estado civil, la convivencia, la relación con familiares, vecinos y amigos, y la pertenencia a ciertos grupos como centros de día, asociaciones, etcétera.

El soporte social

Es el conjunto de ayudas económicas, emocionales e instrumentales proporcionadas al adulto mayor por parte de otras personas o entidades.

Los recursos sociales

Las relaciones y actividades sociales del adulto mayor se producen en el marco material de unos recursos. Los aspectos más importantes de los recursos sociales en los mayores son ingresos económicos, recursos de otros organismos públicos, características del domicilio (tamaño, luz, baño, calefacción), seguridad (peligro de caídas y accidentes), personas con las que convive, entorno, servicios públicos (transporte, tiendas, bancos, servicios médicos, servicios religiosos) y barreras arquitectónicas fuera y dentro del edificio (escaleras, ascensor, etc.).

La valoración social permite identificar las situaciones familiares, socioeconómicas y ambientales que condicionan el estado de salud y bienestar de la persona mayor, con la finalidad de establecer un plan de soporte social adecuado a cada situación. Son dos las dimensiones que se estudian: los recursos humanos y materiales necesarios para ayudar o suplir los déficits físicos y psíquicos del paciente, así como la integración a su entorno, y la calidad de vida del cuidador informal. Cabe señalar que existen diversas escalas de valoración social; sin embargo, su valor es limitado, debido a la relatividad de lo que se entiende por apoyo social entre países, regiones, etnias, situación económica, etc. Por lo tanto, cada institución deberá utilizar el instrumento más apropiado a la idiosincrasia de su población beneficiaria, siendo la observación y la obtención de información por medio de la entrevista al propio paciente y su familia.

La escala Gijón está indicada en la valoración inicial sociofamiliar en el adulto mayor para la detección de riesgo social. Recoge cinco áreas de valoración: situación familiar, situación económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de las redes sociales. Se ha estudiado la validez de criterio, utilizando como criterio el juicio experto de un profesional experto.

2.3. Terminología básica

Adulto mayor. Persona que tiene 60 años o más, la cual presenta cambios físicos, psicológicos, sociales y cognitivos, según el estilo de vida y el contexto en el que se desarrolló en etapas anteriores.

Deterioro cognitivo. Es la disminución progresiva de la salud cognitiva del adulto mayor (disminución de la habilidad para orientarse, razonar, recordar, aprender, calcular y planificar), el cual tiene repercusiones para la realización de ABVD, afectando su calidad de vida.

Apoyo sociofamiliar. Es el cuidado que se brinda al adulto mayor ante el requerimiento de sus necesidades, que pueden ser materiales, instrumentales, emocionales y cognitivas. El apoyo proviene de manera formal. Incluye a la familia, dentro de ellos cónyuges, hijos y nietos. Por otro lado, el apoyo también puede ser informal: amigos, compañeros de trabajo, vecinos de la comunidad, todos ellos involucrados con el fin de mantener una adecuada calidad de vida.

HODIGE. Hospital de Día de Geriatría.

2.4. Hipótesis

Hi: Existe relación indirecta entre apoyo socio familiar y deterioro cognitivo del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría de HGAI entre julio y diciembre de 2012.

Conclusión lógica

A mayor apoyo sociofamiliar, menor deterioro cognitivo.

2.5. Variables

- Deterioro cognitivo (variable dependiente).
- Apoyo sociofamiliar (variable independiente).

.

III. DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

El estudio de investigación por la naturaleza del problema y los objetivos planteados corresponde a una investigación cuantitativa, correlacional. Se sustenta con los autores Hernández, Fernández y Baptista⁴³: “Los estudios correlacionales tienen como finalidad conocer la relación o grado de asociación entre dos o más variables, miden cada una de ellas y después cuantifican y analizan la vinculación”.

3.2. Población y muestra

Población. Se consideró los 388 adultos mayores que acudieron al Hospital de Día de Geriátria-Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen durante los meses de julio a diciembre del año 2012.

Muestra: Se utilizó la siguiente fórmula:

FORMULA PARA EL TAMAÑO DE UNA POBLACION CONOCIDA

$$\frac{Z^2 \times P \times (1 - p)}{(N - 1) \times e^2 + Z^2 \times P \times (1 - p)}$$

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

N = 388
Z² = 3.84
P = 0.5

E² = 0.0049
n = X
372.48

$$n = \frac{388 \times 3.84 \times 0.5 \times 0.5}{387 \times 0.0049 + 3.84 \times 0.5 \times 0.5}$$

$$n = \frac{\quad}{2.8563}$$

n = 130 casos

Criterios de inclusión

Pacientes adultos mayores asegurados que acudieron al Hospital de Día de Geriátría entre julio y diciembre de 2012, que presenten las escalas de evaluación cognitiva y de valoración sociofamiliar con datos completos.

Criterios de exclusión

Pacientes adultos mayores asegurados que acudieron al Hospital de Día de Geriátría entre julio y diciembre de 2012, que presenten datos incompletos en las escalas de evaluación cognitiva y de valoración sociofamiliar.

3.3. Técnica e instrumento de recolección de datos

El instrumento utilizado para la recolección de datos fue el cuestionario de valoración geriátrica integral, validado por el equipo multidisciplinario que labora en el Hospital de Día de Geriátría. En él se encuentran las escalas del MEEM y la escala de Gijón, para la realización de la valoración cognitiva y la valoración sociofamiliar, respectivamente.

Miniexamen del estado mental (MEEM)

Es el instrumento utilizado para la evaluación cognitiva, desarrollado por Folstein *et al*⁴⁴. Como método práctico, permite establecer el grado del estado cognoscitivo del paciente y detectar demencia o delirium. Las áreas de exploración son orientación temporal (nominación), orientación espacial (repetición/articulación), memoria (comprensión/abstracción), atención/concentración (lectura), cálculo (escritura), planificación/ejecución (dibujo) (ver anexo N.º 2).

La puntuación del instrumento es de 0 a 30 puntos. La puntuación final para determinar si el adulto mayor presenta déficit cognitivo o no depende de la escala y de los años de escolaridad. La escala tiene una sensibilidad de 80 %, y especificidad de 77,5 %. El punto de corte es de 23 puntos para aquellos que tienen una escolaridad mayor de 5 años; de 21 puntos, entre 1 y 4 años de estudio; y de 17 puntos para aquel que no acudió a la escuela⁴⁵.

Normal.....	30 puntos.
Deterioro cognitivo leve.....	29-27 puntos.
Deterioro cognitivo moderado...	26-24 puntos.
Deterioro cognitivo severo.....	menos de 24 puntos.

Escala de valoración geriátrica sociofamiliar Gijón

Es el instrumento utilizado para valorar la situación social y familiar de las personas adultas mayores. Su objetivo es detectar situaciones de riesgo y problemas sociales para la puesta en marcha de intervenciones sociales. La escala tiene la probabilidad de riesgo de 78 %; la sensibilidad, 15,50 %; y la especificidad, de 99,80 % (ver anexo N.º 3).

Para el presente estudio se utilizó una versión modificada de la escala de Gijón, adaptada a la realidad peruana e incluida en el valoración clínica del adulto mayor (VACAM)⁴⁶, que evalúa la situación familiar, económica, vivienda, relaciones sociales y apoyo de la red social con puntajes del 1 a 5 por

cada ítem. La puntuación oscila entre 5 y 25, indicando, a mayor puntuación, peor situación social. Se clasifica a las PAM en lo siguiente:

Buena situación social.....	5 a 9 puntos.
Riesgo social.....	10 a 14 puntos.
Problema social.....	15 a más puntos.

3.4. Procesamiento de datos y análisis estadístico

El procesamiento de datos y el análisis estadístico se desarrollaron en tres fases:

Fase I. Se realizó el trámite administrativo, solicitando autorización para acceder a la información solicitada.

Fase II. Después de obtener la autorización, se procedió a realizar las coordinaciones con la enfermera jefa del servicio del Hospital de Día de Geriatría, para fijar fechas y horarios adecuados para la recolección de la información y no incomodar su labor.

Fase III. Se recolectó la información.

Para el procesamiento de los datos se confeccionó un banco de datos en una plantilla de Microsoft Excel. Posteriormente se incorporaron los datos al programa System Package for Social Sciences (SPSS) versión 17.0.

Análisis univariado. Se analizó el instrumento de forma descriptiva mediante la media y desviación estándar, también a través de tablas de frecuencias simples y de doble entrada, con la finalidad de observar los porcentajes de participación de cada una de ellas.

Análisis bivariado. Consistió en cruzar las dimensiones que permitirán describir las tendencias de asociación, mediante el uso de la prueba chi cuadrado de Pearson.

3.5. Aspectos éticos

Desde el punto de vista ético, se aplicaron los siguientes principios:

Principio de beneficencia. Con el estudio se pretende brindar información relevante sobre el grado de deterioro cognitivo con el nivel de apoyo sociofamiliar a la persona adulta mayor, y, de esta manera, promover la planificación y el desarrollo de estrategias de intervención en salud en la población de adultos mayores del HODIGE.

Principio de no maleficencia. Se mantuvo el anonimato del participante y la confiabilidad de los resultados.

Justicia. A todos los entrevistados se les consideró por igual, como personas que merecen buen trato, consideración y respeto antes, durante y después de la entrevista. No se aceptó la discriminación.

IV. RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

De los resultados obtenidos, se observó que la edad promedio de los adultos mayores que acudieron al Hospital de Día de Geriatría fue de 77 años \pm 6,5. También se evidenció que el promedio de la puntuación del MEEM fue de 25,83 (\pm 4,3).

En relación con el grado de deterioro cognitivo del adulto mayor según datos demográficos, se observó que en el deterioro cognitivo severo predominó el sexo femenino con 36 usuarias (67,9 %), 24 usuarios (45,3 %) están entre las edades de 78 a 86 años, y 27 usuarios (50,9 %) tienen grado de instrucción primaria. El deterioro cognitivo leve presentó 21 usuarias de sexo femenino (53,8 %), con edades de 78 a 86 años en 17 usuarias (43,6 %). Son 16 los usuarios (41 %) que tienen grado de instrucción secundaria; asimismo, para el grado de deterioro cognitivo moderado se apreciaron 16 usuarias (59,3 %) de sexo femenino, con edades más relevantes entre 78 y 86 años; 12 usuarios (44,4 %). Con grado de instrucción secundaria, 12 usuarios (44,4 %). Se apreciaron globalmente porcentajes altos para mujeres, y las edades fueron entre 78 y 86 años (ver tabla 1).

Se observó que en relación al nivel de apoyo sociofamiliar que recibe el adulto mayor que acude al hospital de Día de Geriatría, el 65,4 % presentó buena situación social, el 32,3 % (43) presentó riesgo social y el 2,3 % (3) problema social (ver gráfico 1).

También se observó que 29 usuarios (33,3 %) que presentaron deterioro cognitivo leve tuvieron buena situación social, 10 usuarios (23,2 %) están comprendidos en el nivel de riesgo social, y no hay usuarios con problema social. Para el grado de deterioro cognitivo severo (menos de 24 puntos), se observó que 26 usuarios (29,9 %) tienen buena situación social, 24 usuarios (55,8 %) presentan riesgo social y 3 usuarios padecen problema social. En el grado de deterioro cognitivo moderado (26 a 24 puntos), se observó que 21 usuarios (24,1 %) tienen buena situación social y 6 usuarios (13,9 %) tienen riesgo social y 11 usuarios (8,26%) no tienen

deterioro cognitivo. Apreciándose globalmente, el 70 % (61 usuarios) están entre normal y grados menores de deterioro cognitivo (grado normal, deterioro leve y moderado) y con buena situación social, dentro del cual 29 usuarios de este rango (33,3 %) tienen deterioro cognitivo leve. La asociación entre deterioro cognitivo y apoyo sociofamiliar es estadísticamente significativa ($p = 0,046$) (ver tabla 2).



Tabla 1. Grado de deterioro cognitivo y datos demográficos del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría-HGAI, julio-diciembre, 2012

GRADO DE DETERIORO COGNITIVO Y DATOS DEMOGRÁFICOS DEL ADULTO MAYOR QUE ACUDE AL HOSPITAL DE DÍA DE GERIATRÍA- HGAI, JULIO – DICIEMBRE 2012

DATOS DEMOG.	SEXO		GRUPOS DE EDAD				GRADO DE INSTRUCCION			TOTAL	
	MASC	FEM	60 a 68	69 a 77	78a 86	87 a 95	SIN INSTRUCCION	PRIMARIA	SECUNDARIA		SUPERIOR
GRADO DET. COG.											
Normal o Sin deterioro	3 (21.4%)	11 (78.6%)	4 (28.6%)	6 (42.8%)	4 (28.6%)	0 (.0)	2 (14.3%)	0	5 (35.7%)	7 (50%)	14 (100%)
Deterioro cognitivo leve	18 (46.2%)	21 (53.8%)	3 (7.9%)	15 (38.5%)	17 (43.6%)	4 (10%)	1 (2.5%)	10 (25.6%)	16 (41%)	12 (30.8%)	39 (100%)
Deterioro cognitivo moderado	11 (40.7%)	16 (59.3%)	3 (11.1%)	6 (22.2%)	12 (44.4%)	6 (22.2%)	0	10 (37%)	12 (44.4%)	5 (18.5%)	27 (100%)
Deterioro cognitivo severo	17 (32.1%)	36 (67.9%)	5 (9.4%)	17 (32%)	24 (45.3%)	7 (13.2%)	2 (3.8%)	27 (50.9%)	17 (32.1%)	7 (13.2%)	53 (100%)
TOTAL	49	84	15	44	57	17	5	47	50	31	133

Gráfico 1. Nivel de apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría-HGAI, julio-diciembre, 2012

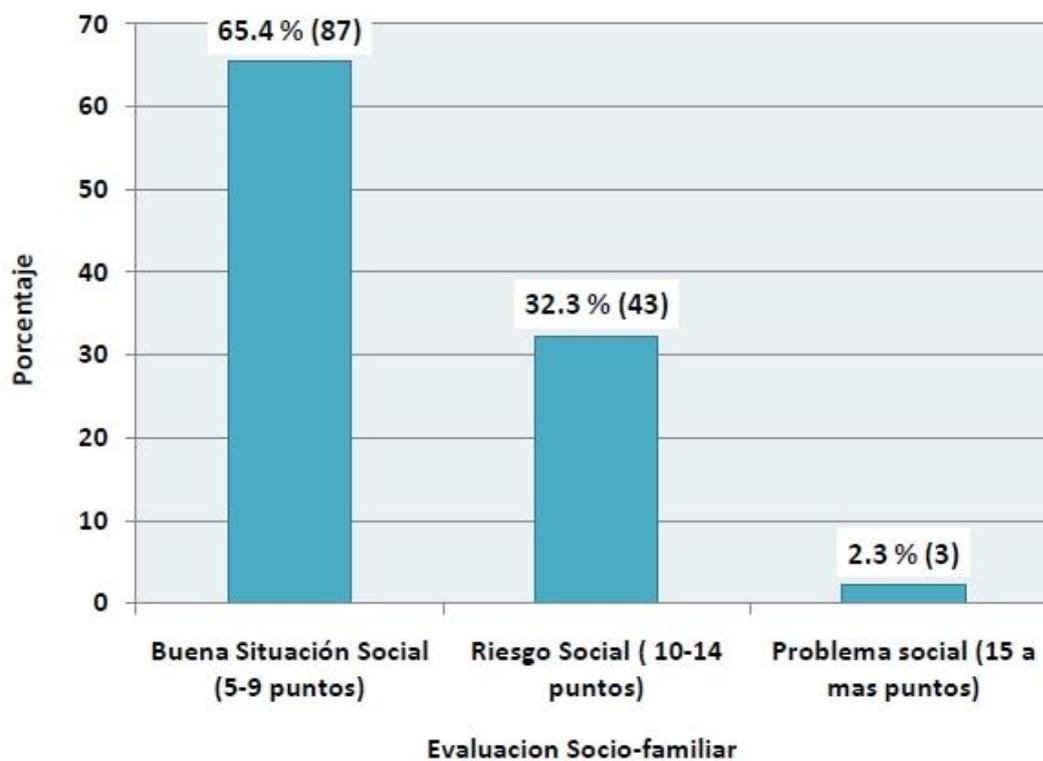


Tabla 2. Deterioro cognitivo y apoyo sociofamiliar del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriatría-HGAI, julio-diciembre, 2012

APOYO SOCIOFAMILIAR	Buena situación social		Riesgo social		Problema social		TOTAL	
	N.º	%	N.º	%	N.º	%	N.º	%
Normal o sin deterioro	11	12,7	3	7	0	0	14	10,5
Deterioro cognitivo leve	29	33,3	10	23,3	0	0	39	29,3
Deterioro cognitivo moderado	21		6	13,9	0	0	27	20,3
Deterioro cognitivo severo	26	29,9	24	55,8	3	100	53	39,9
TOTAL	87	(100)	43	(100)	3	(100)	133	100
p = 0,046								

4.2. Discusión

A nivel mundial, el envejecimiento es un proceso heterogéneo y acelerado, de especial importancia por sus implicancias económicas y sociales; a medida que la persona envejece, se producen cambios en sus estructuras cognitivas, pasando desde el deterioro cognitivo leve hasta la demencia. Por otra parte, la preocupación de sus familiares por fallas en la memoria y la disminución de otras áreas cognitivas y conductuales pueden afectar la vida familiar y social.

El declive cognitivo se da igual en hombres y mujeres, y según algunos autores, a partir de los 70 años, el campo cognitivo varía según la edad y el tipo de ámbito de la habilidad intelectual. En relación al deterioro cognitivo según el sexo, predominó el sexo femenino (84 usuarias) con edades entre 78 a 86 años (24 usuarias). Estos resultados son similares a los obtenidos por Gonzales *et al.* (2006), quienes encontraron que también predominó el deterioro cognitivo en el sexo femenino (28 usuarios) y que los pacientes con deterioro cognitivo correspondían al grupo de edad de 85 a 89 años (10 usuarios). La diferencia entre los estudios fue en cuanto al predominio del grupo etario en los pacientes con deterioro cognitivo, el cual puede estar relacionado con el diferente grado de instrucción de la población estudiada, así como con las distintas realidades entre ambos países.

En cuanto a los datos demográficos, en el rango de grado de instrucción el porcentaje mayor fue para los que tuvieron instrucción primaria. Según Abarca *et al.* (2008), existe una clara relación entre educación y deterioro cognitivo, la cual se ha formulado en términos de “reserva funcional” y “reserva cognitiva”, centrándose en que la reserva cognitiva no solo hace referencia a cuestiones educacionales, sino también a variables más generales, como actividades laborales, hábitos alimenticios, actividades de recreación e inclusive a diferencias en el ingreso económico.

En los últimos años, en especial en los países desarrollados (Estados Unidos, Canadá y países europeos) ha habido un incremento de investigaciones sobre el apoyo social que reciben las personas mayores. El interés por el tema toma fuerza en la discusión en la medida que

los recursos públicos no son suficientes para satisfacer la demanda de un grupo social en constante aumento demográfico. El apoyo proveniente de manera formal incluye a la familia, dentro de los cónyuges, hijos y nietos. Por otro lado, el apoyo también puede ser informal, dentro de ellos se encuentran amigos, compañeros de trabajo, vecinos de la comunidad, todos ellos involucrados con el fin de mantener una adecuada calidad de vida.

En relación al nivel de apoyo familiar, se evidenció que la gran mayoría, con el 65,4 % (87) presentó buena situación social, seguidos del 32,3 % (43), que presentó riesgo social y, finalmente, del 2,3 % (3), con problemas sociales. Estos resultados difieren de otros estudios nacionales. Casas *et al.* (2012) obtuvieron que el 79,3 % presentó riesgo social y el 23,8 % disfunción familiar. Ruiz *et al.* (2006) encontraron que el 24,9 % presentaron una buena valoración sociofamiliar, y el 3,1 % se encontraba en situación de abandono familiar. La diferencia en los resultados puede deberse al grado de complejidad del establecimiento de salud donde se realizaron los estudios.

Finalmente, en cuanto a la relación entre el deterioro cognitivo y el apoyo familiar, se observó que 61 usuarios (70 %) tienen entre normal y grados menores de deterioro cognitivo (grado normal, deterioro leve y moderado). Buena situación social y deterioro cognitivo severo: 26 usuarios (29,9 %) tiene buena situación social; 24 usuarios (55,8 %), riesgo social; y 3 usuarios, problema social. Este resultado difiere de un estudio realizado en Cuba por Ávila (2012), quien concluye que las familias del Consejo Popular Alcides Pino que conviven con adultos mayores con deterioro cognitivo están muy lejos de ser la red de apoyo que necesitan estas personas en el proceso de su enfermedad. Esta diferencia en los resultados puede deberse a que se utilizaron diferentes escalas para caracterizar el apoyo familiar al adulto mayor con deterioro cognitivo. En el presente estudio se encontró que sí existe una significancia estadística entre ambas variables ($P = 0,046$).

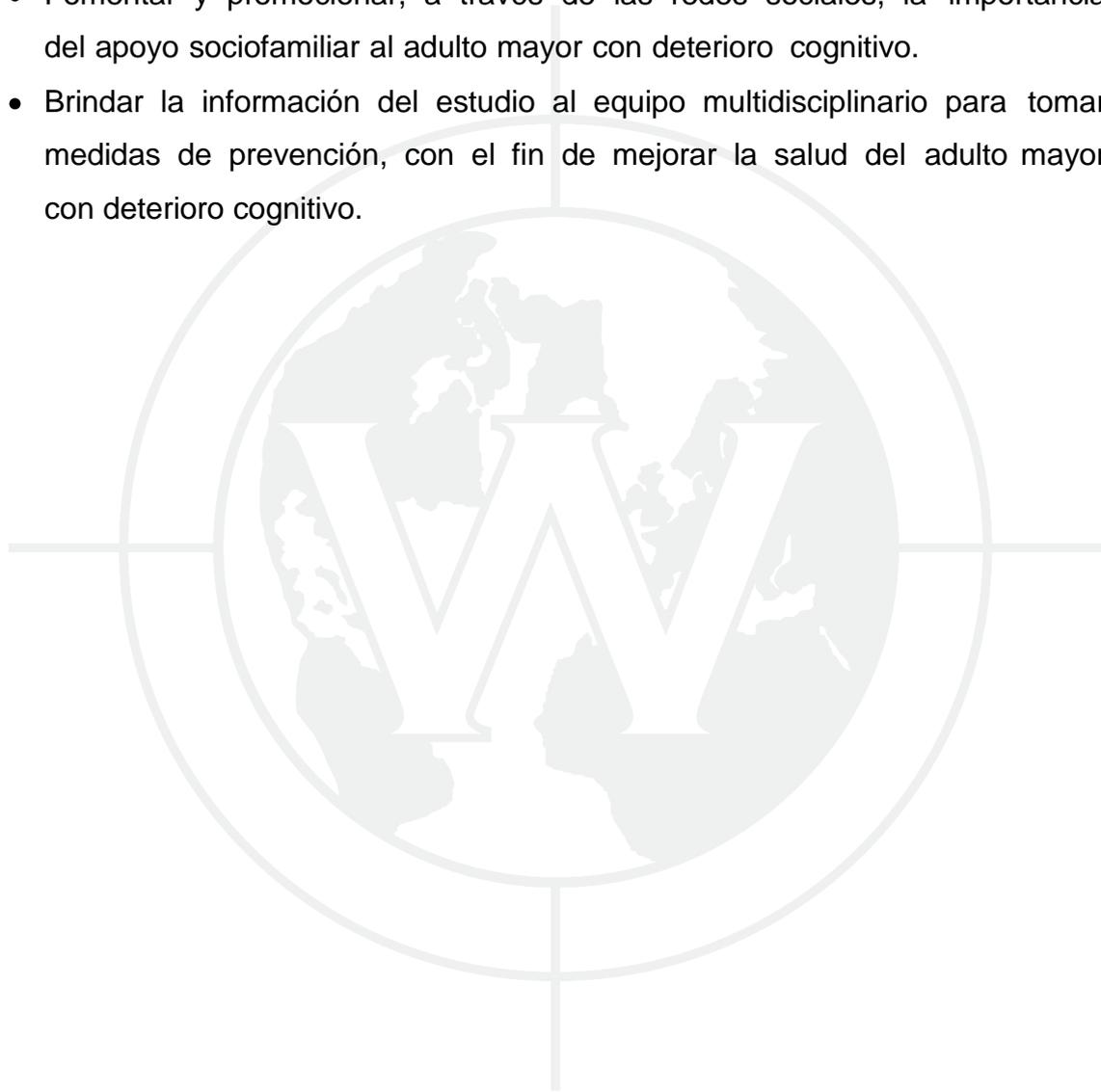
V. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones

- Las personas adultas mayores en mayor proporción del total tenían entre normal y moderado deterioro cognitivo (promedio $25,83 \pm 4,3$).
- En cuanto al deterioro cognitivo y datos demográficos, se observó que en la población adulta mayor de sexo femenino predominó el deterioro cognitivo severo con edades de entre 78 y 86 años, con grado de instrucción primaria, seguidos por el deterioro cognitivo leve y moderado, respectivamente. En la población de sexo masculino, predominó el deterioro cognitivo leve, seguido por el deterioro cognitivo severo.
- En la evaluación del nivel de apoyo sociofamiliar por medio de la escala de Gijón se observó que la mayor proporción del total tenía buen apoyo sociofamiliar.
- El deterioro cognitivo tiene relación con el nivel de apoyo familiar, porque a mayor apoyo sociofamiliar, menor deterioro cognitivo de los adultos mayores que acuden al Hospital de Día de Geriatría.

5.2. Recomendaciones

- Elaborar una guía, dirigida a las familias, sobre los cuidados domiciliarios a usuarios con deterioro cognitivo.
- Realizar controles periódicos y seguimiento a los usuarios, aplicando el MEEM, con el fin de vigilar la evolución de su estado cognitivo.
- Fomentar y promocionar, a través de las redes sociales, la importancia del apoyo sociofamiliar al adulto mayor con deterioro cognitivo.
- Brindar la información del estudio al equipo multidisciplinario para tomar medidas de prevención, con el fin de mejorar la salud del adulto mayor con deterioro cognitivo.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de la Mujer y Desarrollo Social (Mimdes). (2006). *Plan nacional para las personas adultas mayores 2006-2010*. [Fecha de acceso: 4 de diciembre de 2012]. Lima: Mimdes.
2. Ruiz DL, Campos LM & Peña N. (2006). Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev. Peru Med Exp Salud Pública*, 5(4).
3. Leitón Espinoza Z & Ordóñez Romero Y. (2004). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor: manual de información para profesionales. Modulo I y XV*. Sinco editores.
4. Casas P, Varela L, Tello T, Ortiz P & Chávez H. (2012). Perfil clínico del adulto mayor atendido ambulatoriamente en un hospital general. *RevMedhered*, 23(4), 229-234.
5. Cortés N, Villarreal R, Galicia R, Martínez G & Vargas D. (2011). Evaluación geriátrica integral del adulto mayor. *RevMed*, 139(6): 725-731. Chile.
6. Zelada R & Mayta T. (2006). ¿Estamos preparados para la atención primaria del adulto mayor. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 3(1).
7. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2012). *Situación de la niñez y del adulto mayor*. Informe técnico N.º 2.
8. Fajardo RE, Núñez RM & Castiblanco A. Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición. *Revista Edufísica*.
9. Roca SA & Blanco TK. (2007). Carga en familiares cuidadores de ancianos dementes. *Correo Científico Médico de Holguín*, 11(4).
10. Ávila OM. (2012). Caracterización de la familia del anciano con deterioro cognitivo. *Rev Cubana Salud Pública*. 38(2), 246-252.
11. Del Mar M, Pérez D, Gázquez J & Sclavo E. (2011). Apoyo familiar en mayores institucionalizados. *EuropeanJournal of Investigation in Health*, pp. 31-43. España.
12. Sánchez GY, López MA, Calvo RM, Noriega FL & López VJ. (2009). Depresión y deterioro cognitivo. Estudio basado en la población

- mayor de 65 años. *Rev. Haban Cienmed*, 8(4).
13. Salinas A, Manrique B & Téllez M. (2008). *Redes de apoyo social en la vejez: beneficiarios del componente para adultos mayores*. Programa Oportunidades. Argentina.
 14. Santiesteban I, Mateo C, Pérez M, Ferrás M, Cutiño R & García N. (2008). *Atención de la familia al anciano*. Facultad de Ciencias Médicas Mariana Grajales Coello. Holguin, Argentina.
 15. Pérez MV. (2007). Comportamiento de la salud cognitiva en ancianos del Policlínico Docente Ana Betancourt. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 23(2).
 16. González F, Gómez N, González J & Marín M. (2006). Deterioro cognitivo en la población mayor de 65 años de dos consultorios del policlínico La Rampa. *Rev. Cubana Med Gen Integr*, 22(3).
 17. Abarca J, Chino B, Llacho M, Gonzales K, Mucho K, Vásquez R *et al.* (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias*, 8(2), 1-9.
 18. Ley de las personas adultas mayores 23803. (2006). [Fecha de acceso: 4 de diciembre de 2012]. Disponible en www.bzp.gob.pe/.../pdf/leydelaspersonasadultasmayores.pdf
 19. Leiton ES & Ordóñez RY. (2003). *Autocuidado de la salud para el adulto mayor. Manual de información para profesionales*. Perú: Sinco Editores.
 20. Alonso GP, Sansó SF, Díaz-Canel NA & Carrasco GM. (2007). Envejecimiento poblacional y fragilidad en el adulto mayor. *Rev Cubana Salud Pública*, 3(1).
 21. García NL. (2012). *Desprotección en la tercera edad: ¿Estamos preparados para enfrentar el envejecimiento de la población?* Documento de Trabajo N.º 330. Perú. Disponible en <http://www.pucp.ed.pe/departamento/economía/images/documento/DPP330>

22. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). (2012). *Estado de la Población Peruana 2012*. [Fecha de acceso 15 de diciembre de 2012]. Disponible en www.inei.gov.pe/biblioineipub/bancopub/est/Lib1032/libro.pdf
23. Inga AJ & Vara HA. (2006). *Factores asociados a la satisfacción de vida de adultos mayores de 60 años*. Universidad Federico Villareal y Universidad San Martín de Porres, (5), 475-485. Lima, Perú.
24. Pérez Zepeda M. *Deterioro cognitivo*. Instituto de Geriatria, pp. 221-228. [Fecha de acceso: revisado el 1 de mayo de 2013]. Disponible en <http://www.geriatria.salud.gob.mx/descargas/22.pdf>
25. Bare BG & Smeltzer SC. (2005). Cuidados de salud del anciano. En McGraw Hill Interamericana (Ed.), *Enfermería Médico Quirúrgico*, 1, 212-242.
26. Koziar MN, Glenor E, Berman A & Snyder S. (2005). *Fundamentos de enfermería: conceptos, proceso y práctica* (7.^a ed.), 1. España: McGraw-Hill Interamericana.
27. Grupo de Investigación Edufísica. *Valoración integral del adulto mayor a partir de escalas de medición*. [Fecha de acceso: 28 de febrero de 2013]. Disponible en <http://www.edu-fisica.com/Revista-9/Valoracion-adulto.pdf>
28. Varela P, Chávez J, Gálvez C & Méndez S. (2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Soc. Per. Med. Inter.*, 17(2).
29. Programa Nacional de Movilización por la Alfabetización. [Fecha de acceso 1 de mayo de 2013]. Disponible en <http://publimetro.pe/actualidad/5902/noticia-75-analfabetos-peru-son-mujeres>
30. Hervás A & García de Jalón E. (2005). Situación cognitiva como condicionante de fragilidad en el anciano: perspectiva desde un centro de salud. *Anales Sis San Navarra*, 28(1), 35-47.
31. Tablaski P. (2010). *Enfermería gerontológica* (2.^a ed.). España: Pearson Educación.
32. Millán Calenti J. (2011). *Gerontología y geriatría: valoración e intervención*. España: Editorial Médica Panamericana.

33. Petersen R, Smith G, Waring R, Ivnik E, Tangalos E & Kokmen E. (1999). Mild cognitive impairment: clinical characterization and outcome, *ArchNeurol*, 56(3), 303-8.
34. Pérez MV. (2005). El deterioro cognitivo: una mirada previsor. *Rev Cubana Med Gen Integr*, 21(2).
35. Guzmán J & Huenchuan S. (2003). *Redes de apoyo social de personas mayores*. Universidad Nacional Autónoma de México. México.
36. Del Risco Airaldi P. (2007). *Soporte social y satisfacción con la vida en un grupo de adultos mayores que asisten a un programa para el adulto mayor*. Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas, especialidad de Psicología.
37. Arechabala MM & Miranda CC. (2002). Validación de una escala de apoyo social percibido en un grupo de adultos mayores adscritos a un programa de hipertensión de la región metropolitana. *Ciencia y Enfermería*, 8(1).
38. Montes V. (2006). *Redes comunitarias, género y envejecimiento*. Instituto de investigaciones Sociales. México.
39. Cifuentes RP. (2005). *Adulto mayor institucionalizado*. Universidad Academia Humanismo Cristiano, Escuela de Trabajo Social. Santiago de Chile.
40. Buil P & Diez J. (1999). Anciano y familia. Una relación en evolución. *Anales*. San Navarra.
41. Murillo A & Gutiérrez I. (2008). *Situación de las redes sociales de las personas adultas mayores en Costa Rica*. UCR-CONAPAM. Costa Rica.
42. Artaso B, Goñi A & Biurrún A. (2003). Cuidados informales en la demencia: predicción de sobrecarga en cuidadoras familiares. *Rev Esp Geriatr Gerontol*, 38(4), 212-218.
43. Hernández SR, Fernández CC & Baptista LM. (2006). *Metodología de la investigación* (5.ª ed.). México: Interamericana Editores.
44. Folstein MF & Cockrel JR. (1985). Mini-Mental State Examination(MMSE). *Psychopharmacology Bulletin*, 4(19), 689-690.
45. Ostrosky F, López G & Ardila A. (2000). Sensitivity and specificity of the Mini- Mental State Examination in a Spanish Speaking

population. *Applied Neurophysiology*, 7(1), 25-31.

46. Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas. (2006). Norma técnica de salud para la atención integral de la salud de las personas adultas mayores. Lima: DGSP/Minsa.



ANEXO 1

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
APOYO SOCIOFAMILIAR EN EL ADULTO MAYOR	CUALITATIVA	Situación familiar	Familia sin conflicto familiar. Familia con dependencia física o psíquica. Cónyuge con similar edad. Solo y tiene hijos próximos. Solo o carece de hijos o viven alejados.	Ordinal	Buena situación social: 5 a 9 puntos.
		Situación económica	Dos veces el salario mínimo. 1 ½ veces el salario mínimo. Pensión mínima contributaria. Sin pensión, no otros ingresos.		Riesgo social: 10 a 14 puntos.
		Vivienda	Adecuada a necesidades Vivienda inadecuada.		Problema social: 15 a más puntos.

		<p>Relaciones sociales</p> <p>Buena relaciones sociales. Relación social solo con familia y vecinos. Relación social solo con familia. No sale del domicilio, recibe familia. No sale y no recibe visitas. No necesita apoyo.</p> <p>Apoyo de la red social</p> <p>Con apoyo familiar o vecinal. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. Pendiente de ingreso a residencia geriátrica. Necesita cuidados permanentes.</p>		
--	--	--	--	--

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	DIMENSIÓN	INDICADOR	ESCALA DE MEDICIÓN	VALOR FINAL DE LA VARIABLE
DETERIORO COGNITIVO DEL ADULTO MAYOR	Cualitativa	ORIENTACIÓN FIJACIÓN CONCENTRACIÓN Y CÁLCULO MEMORIA LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN	Responde las preguntas de tiempo y espacio. Repetir las palabras y las frases dadas. Realizar las operaciones matemáticas indicadas. Palabras que puede recordar indicadas por el investigador. Leer la placa presentada, escribir una frase articulada y dibujar el diseño del instrumento.	Ordinal	Normal: 30 puntos. Deterioro cognitivo leve: 29-27 puntos. Deterioro cognitivo moderado: 26-24 puntos. Deterioro cognitivo severo: menos de 24 puntos

ANEXO 2

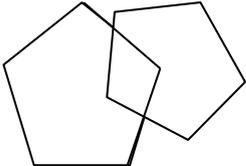
FICHA DE VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL
(Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen)

DATOS DEMOGRÁFICOS

- Nombres y apellidos:
- Sexo: Edad: Estado civil:
- Grado de instrucción:

EVALUACION COGNITIVA

MINI MENTAL STATE EXAMINATION: MMSE de Folstein

Fecha		Puntos					
ORIENTACIÓN							
5	¿Qué año – estación – fecha – día – mes?	0	1	2	3	4	5
5	¿Dónde estamos? (Estado – país – ciudad – hospital – piso)	0	1	2	3	4	5
MEMORIA INMEDIATA							
3	Repetir tres nombres (árbol, puente, farol). Repetirlos de nuevo hasta que aprenda los tres nombres y anotar el número de ensayos.	0	1	2	3		
ATENCIÓN Y CÁLCULO							
5	Restar 7 a partir de 100, 5 veces consecutivas. Como alternativa, deletrear “mundo” al revés.	0	1	2	3	4	5
RECUERDO DIFERIDO							
3	Repetir los tres nombres aprendidos antes.	0	1	2	3		
LENGUAJE Y CONSTRUCCIÓN							
2	Nombrar un lápiz y un reloj mostrados.	0	1	2			
1	Repetir la frase “Ni sí, ni no, ni peros”.	0	1				
3	Realizar correctamente las tres órdenes siguientes: “Coja este papel con la mano derecha, dóblelo por la mitad y póngalo en el suelo”.	0	1	2	3		
1	Leer y ejecutar la frase “Cierre los ojos”	0	1				
1	Escribir una frase con sujeto y predicado.	0	1				
1	Copiar este dibujo. 	0	1				
MÁXIMO 30 PUNTOS							

ANEXO 3
VALORACIÓN SOCIAL
Escala de valoración sociofamiliar de Gijón

SITUACIÓN FAMILIAR	
1. Vive con la familia sin conflicto familiar.	1
2. Vive con familia y presenta alguna dependencia física o psíquica.	2
3. Vive con cónyuge con similar edad.	3
4. Vive solo y tiene hijos próximos.	4
5. Vive solo o carece de hijos o viven alejados.	5
SITUACIÓN ECONÓMICA	
1. Más de 1,5 veces el salario mínimo.	1
2. Del salario mínimo a 1,5 veces.	2
3. Desde pensión mínima contributiva a salario mínimo.	3
4. Pensión no contributiva, LISMI o FAS.	4
5. Menos del apartado anterior.	5
VIVIENDA	
1. Adecuada a necesidades.	1
2. Barreras arquitectónicas: peldaños, puertas estrechas, daños.	2
3. Mala higiene, baño incompleto, vivienda, agua caliente, calefacción.	3
4. Ausencia de ascensor y teléfono.	4
5. Vivienda inadecuada (esteras, ruinas, no equipos mínimos).	5
RELACIONES SOCIALES	
1. Buena relaciones sociales	1
2. Relación social solo con familia y vecinos	2
3. Relación social solo con familia	3
4. No sale del domicilio, recibe familia	4
5. No sale y no recibe visitas.	5
APOYO DE LA RED SOCIAL	
1. No necesita apoyo.	1
2. Con apoyo familiar o vecinal.	2
3. Voluntariado social, ayuda domiciliaria.	3
4. Pendiente de ingreso a residencia geriátrica.	4
5. Necesita cuidados permanentes.	5
TOTAL	25

Buena situación social: 5 a 9 puntos.

Riesgo social: 10 a 14 puntos.

Problema social: 15 a más punto.