



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ESTADO FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON
COMORBILIDADES DE LAS COMUNIDADES ALTOANDINAS DE
PERÚ**

**PRESENTADA POR
ADRIANA IDELSA CHINARRO PONCE**

**ASESOR
JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRIQUEZ**

**TESIS
PARA OPTAR AL TÍTULO DE MÉDICO CIRUJANO**

**LIMA – PERÚ
2019**



**Reconocimiento - No comercial - Compartir igual
CC BY-NC-SA**

El autor permite entremezclar, ajustar y construir a partir de esta obra con fines no comerciales, siempre y cuando se reconozca la autoría y las nuevas creaciones estén bajo una licencia con los mismos términos.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/>



FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

**ESTADO FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES CON
COMORBILIDADES DE LAS COMUNIDADES ALTOANDINAS DE
PERÚ**

TESIS

PARA OPTAR

EL TÍTULO DE MÉDICA CIRUJANO

PRESENTADO POR

ADRIANA IDELSA CHINARRO PONCE

ASESOR

MGTR. JOEL CHRISTIAN ROQUE HENRIQUEZ

LIMA, PERÚ

2019

JURADO

Presidente: José Francisco David Parodi García, médico Geriatra, maestro en Salud Pública con mención en Epidemiología

Miembro: Moisés Alexander Apolaya Segura, médico cirujano especialista en Salud Pública, maestro en Gerencia de Servicios de Salud y en Salud Pública

Miembro: Oscar Guillermo Flores Flores, médico cirujano, magister en Global Health and Development

ÍNDICE

	Págs.
Portada	i
Jurado	ii
Índice	iii
Resumen	iv
Abstract	v
I. INTRODUCCIÓN	1
II. METODOLOGÍA	7
III. RESULTADOS	10
IV. DISCUSIÓN	14
CONCLUSIONES	17
RECOMENDACIONES	18
FUENTES DE INFORMACIÓN	19
ANEXOS	

RESUMEN

Objetivo: Determinar el estado funcional en adultos mayores con comorbilidades de las comunidades altoandinas de Perú: La Jalca, Leimebamba (Amazonas), Llupa, San Pedro de Chaná, Atipayán (Áncash), Pampamarca (Huánuco), Ayahuanco (Ayacucho), Paucarcolla (Puno) y Vilca (Huancavelica) durante el periodo 2013-2016.

Metodología: Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de fuente secundaria. Se realizó un muestreo no probabilístico de tipo censo. El total de los adultos mayores censados fue de 368.

Resultados: Los adultos mayores de las comunidades altoandinas tuvieron una edad promedio de 72.9 con una desviación estándar de 6.9. Con respecto al estado funcional, la independencia se evidenció en 113 (30.9%) adultos mayores, mientras que la dependencia, en 252 (69%). La dependencia predominó en el sexo femenino (45.2%) y en las edades entre 70-80 años (32.6%). La hipertensión arterial fue padecida por 35 adultos mayores; la *diabetes mellitus* tipo 2, por 30 ancianos; 14 adultos mayores tenían enfermedad pulmonar obstructiva crónica; 138, deterioro cognitivo; depresión, 136 adultos mayores. Tanto el deterioro cognitivo ($p < 0.001$) como la depresión ($p < 0.001$) estaban relacionadas significativamente con la dependencia del adulto mayor.

Conclusiones: El estado funcional que predominó en los adultos mayores con comorbilidades de las nueve comunidades altoandinas fue la dependencia. Asimismo, solo la depresión, el deterioro cognitivo y el índice de masa corporal mostraron una relación significativa con el estado funcional dependiente.

Palabras clave: Adulto mayor, estado funcional, comunidades altoandinas.

ABSTRACT

Objective: To determine the functional status in elderly people with comorbidities in the Peruvian communities of the high Andeans: Jalca, Leimebamba (Amazonas), Llupa, San Pedro de Chaná, Atipayán (Áccash), Pampamarca (Huánuco), Ayahuanco (Ayacucho), Paucarcolla Puno) and Vilca (Huancavelica) during the period 2013-2016.

Methods: Observational, descriptive, retrospective, secondary source study. A non-probabilistic census-type sampling was performed. The total number of elderly people surveyed was 368.

Results: Elderly people in the Peruvian communities of the high Andeans had an average age of 72.9 with a standard deviation of 6.9. Regarding functional status, independence was evidenced in 113 (30.9%) older adults, while dependence in 252 (69%). Dependence predominated in the female sex, (45.2%) and in the ages between 70-80 years (32.6%). Hypertension was suffered by 35 older adults; type 2 *diabetes mellitus*, for 30 elderlies; 14 seniors; chronic obstructive pulmonary disease; 138, cognitive impairment; depression, 136 seniors. Both the cognitive deterioration ($p < 0.001$) and the depression ($p < 0.001$) were similar with the dependence of the older adult.

Conclusions: The functional state that predominated in the elderly with comorbidities of the nine high-Andean communities was dependency. Also, only depression, cognitive impairment and body mass index showed a significant relationship with the functional dependent state.

Keywords: Elderly people, functional status, communities of the high Andeans.

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente una considerable parte de los habitantes en el mundo tiene una expectativa de vida igual o mayor a los 60 años. Dicho incremento permite tanto al adulto mayor y a su familia iniciar nuevas ocupaciones y/o funciones en sus vidas. No obstante, para lograrlo se necesita de un elemento importante: la salud⁽¹⁾.

En las últimas décadas en el Perú se llevaron a cabo grandes cambios demográficos, sociales, económicos, etc. que concluyeron a la población en general a significativas modificaciones en su estructura por edad y sexo.

En 1950 de cada 100 peruanos seis eran adultos mayores, en el 2015 esta cifra subió a 10, para el 2025 se estima que serán 13 y para el 2050 la cantidad de adultos mayores por cada 100 peruanos será de 22 ⁽²⁾.

Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática el 43.2% de los hogares peruanos tiene al menos a un adulto mayor entre sus miembros y de estos el 26.5% tiene como jefe/a de hogar a un/a adulto mayor. Asimismo, se menciona que la población adulta mayor padece de algún problema de salud crónico como artritis, hipertensión (HTA), asma, reumatismo, *diabetes mellitus* (DM), tuberculosis (TBC), virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), colesterol, etc.

Por otro lado, se halló que el 82.5% de la población adulta mayor femenina presenta enfermedades crónicas, mientras que en la población adulto mayor masculino es del 71.9%. Además, se puede observar que estas patologías han ido incrementando a través de los años en el área rural, no siendo así en el área urbana ⁽³⁾.

El envejecimiento está vinculada a la pérdida, en diferentes magnitudes, de algunas capacidades funcionales de la vida, debido a un deterioro fisiológico normal y a ciertas comorbilidades que se presentan con mayor frecuencia en esta etapa de la vida ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

Se define la salud del adulto mayor, como sinónimo de capacidad funcional para la interacción de ellos con su entorno social y la ejecución de las actividades de la vida diaria. De esta manera alejamos el mal concepto de ello como solo la presencia de comorbilidades ⁽⁶⁾.

La capacidad de ser independiente durante la senilidad se ve afectada por la dificultad para movilizarse, el dolor crónico, el síndrome de fragilidad, alteraciones mentales y/o físicas, una disminución de los ingresos económicos debido a la jubilación, diversas discapacidades y comorbilidades ⁽⁷⁾⁽⁸⁾.

En 2012 Rebagliati T et al. en un estudio observacional, descriptivo y transversal, tuvieron como objetivo determinar la prevalencia de algunas características de los pacientes hospitalizados. Se utilizó el Índice de Barthel para evaluar la funcionalidad en los adultos mayores. Los resultados fueron que 69.2% tenían hipertensión, *diabetes mellitus* tipo 2 46.3%, incontinencia urinaria 28% e hipotiroidismo 16%. Asimismo, se encontró que 37.1% de estos pacientes presentaban una dependencia funcional ⁽⁹⁾.

En 2015 Varela P et al. tuvieron como objetivo determinar el perfil clínico, funcional y sociofamiliar de los adultos mayores de una comunidad. El estudio descriptivo de corte transversal empleó el Índice de Barthel para medir es estado funcional. Se concluyó que la enfermedad crónica más frecuente era la hipertensión arterial, seguido por las enfermedades reumatológicas, y 27.7% de los ancianos tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria ⁽¹⁰⁾.

Gonzales V et al. en 2013 determinaron el estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor que acude a dos Centros de Día. Se empleó el test Mini-Examen del Estado Mental y para la capacidad funcional el Índice de Barthel y la Escala de Lawton y Brody. Los resultados fueron que 52.7% tuvieron dependencia leve para las actividades básicas de la vida diaria y en las actividades instrumentales el 4% y 16% presentaron dependencia grave y moderada respectivamente. Además, se concluyó que la edad es directamente proporcional a la dependencia funcional ⁽¹¹⁾.

Un estudio descriptivo realizado por Manrique E et al. estudiaron las condiciones de salud y el estado funcional de los adultos mayores mexicanos. Mediante la escala de Katz y Lawton, se evaluó el estado funcional. Se concluyó que las patologías más frecuentes eran la hipertensión, diabetes e hipercolesterolemia. A su vez, dichos pacientes presentaron inconvenientes para realizar actividades básicas y actividades instrumentales ⁽¹²⁾.

En 2014 Estela A et al. publicaron un estudio cuyo objetivo fue determinar la diferencia del rendimiento físico en poblaciones rurales a nivel del mar y a gran altitud. En este estudio transversal, se evaluó el rendimiento físico mediante el test Short Physical Performance Battery. Se concluyó que el mejor rendimiento físico fue mayor en las zonas de gran altitud y que estaba relacionado con ser agricultor e independiente ⁽¹³⁾.

En 2014 una investigación realizada por Runzer C et al. tuvo como objetivo conocer la prevalencia y los factores de riesgo de fragilidad en los adultos mayores y miembros de la familia de Veteranos de la Armada Peruana. El estudio de tipo cohorte utilizó como herramientas los Criterios de Fried para medir la fragilidad en los ancianos y el índice e Barthel para el estado funcional. El resultado fue que la fragilidad esta menos asociada a pacientes que presentaron más puntaje en el Índice de Barthel, es decir, en quienes son menos dependientes ⁽¹⁴⁾.

El envejecimiento visto desde el campo de la biología, es el resultado de factores internos, como alteraciones moleculares y celulares a través de la vida, y factores externos. En consecuencia hay un descenso paulatino de la capacidad mental y física, un incremento de padecer ciertas patologías y el deceso ⁽¹⁾.

El estado funcional es la valoración integral geriátrica relacionada con los antecedentes, patológicos, personales, funcionales, educativos, sociales, demográficos y cognitivos. La evaluación de dichos antecedentes permite conocer las discapacidades y necesidades del adulto mayor ⁽¹⁵⁾.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece como el principal indicador del estado funcional, las actividades de la vida diaria.

Las actividades de la vida diaria incluyen las ocupaciones básicas que realizan los adultos mayores diariamente, las cuales son importantes para la supervivencia e indica la autonomía de la persona. La pérdida de la ejecución de dos de estas actividades disminuye a la mitad la esperanza de vida. También comprenden a las actividades instrumentales de la vida diaria (usar el teléfono, cocinar, lavar, comprar, etc.), las cuales al perderse revelan los primeros grados de decadencia.

Por último, se incluyen las actividades avanzadas de la vida (viajar, hacer deporte, cuidar de otros, trabajar, etc.) que tras la incapacidad para realizarlas advierten el principio del descenso funcional ⁽⁶⁾.

La hipertensión arterial se considera en el adulto mayor cuando la presión arterial sistólica mayor de 140 mmHg y diastólica mayor a 90mmHg en al menos tres tomas de la presión arterial en diferentes días y en condiciones apropiadas ⁽¹⁶⁾.

Enfermedad pulmonar obstructiva crónica es una inflamación crónica de progresión lenta, caracterizada por la obstrucción irreversible a nivel pulmonar ⁽¹⁷⁾. La depresión es un trastorno neuropsiquiátrico caracterizado por una profunda tristeza que tiene como consecuencia gran sufrimiento y alteración de la vida diaria ⁽⁷⁾.

El deterioro cognitivo es el trastorno del funcionamiento intelectual que nos permite relacionarnos con nuestro entorno. Durante el envejecimiento el cerebro sufre modificaciones bioquímicas, metabólicas, circulatorias y morfológicas que pueden llevar a una alteración cognitiva. Por tal motivo el adulto mayor presenta pérdida de la memoria, lógica matemática, fluidez verbal y capacidad de analizar. Definir el deterioro cognitivo en el adulto mayor es complicado ya que la asociación entre la edad y la función cognitiva no siempre es lineal, además tiene muchos factores que influyen como la salud y el tipo de función cognitiva analizada ⁽¹⁸⁾.

El cuestionario de Pfeiffer es un examen que detecta la presencia y grado de deterioro cognitivo mediante un interrogatorio que analiza la memoria a corto y largo plazo, la ubicación del tiempo y espacio, información de la coyuntura cotidiana y la capacidad de cálculo. Esta prueba consta de diez preguntas y es calificada en función a los errores. Si el paciente comete de cero a dos errores significa que presenta una función cognitiva normal; si presenta de tres a cuatro errores es un deterioro cognitivo leve; si hay de cinco a siete respuestas erróneas significa un deterioro cognitivo moderado, cometer de ocho a diez errores definirá un deterioro cognitivo grave. Asimismo, se agrega un punto si el paciente culminó la escuela secundaria y se resta uno si no pasó de la escuela primaria ⁽¹⁹⁾.

El Índice de Barthel evalúa la funcionalidad del adulto mayor mediante las actividades básicas de la vida diaria que son la capacidad para alimentarse, vestirse, bañarse, arreglarse, hacer sus deposiciones, miccionar, utilizar el retrete, trasladarse de la cama al sillón o a la silla de ruedas, deambular y usar las escaleras. El puntaje que recibe cada actividad se basa en la duración y cantidad de asistencia física que necesita el adulto mayor de no poder realizar dicha actividad por sí solo. El puntaje completo para una actividad se obtiene mediante la realización de la misma de manera independiente, sin supervisión y/o ayuda ⁽²⁰⁾. Una puntuación de 100 puntos es equivalente a un estado funcional independiente. Mientras que un puntaje menor a este es sinónimo de dependencia. A su vez, la dependencia se puede clasificar en: dependencia leve, con un puntaje entre 100 - 80; dependencia moderada de 60 – 80 puntos; dependencia grave de 45 – 59 puntos y dependencia total con menos de 45 puntos.

El Índice de Katz también utiliza las actividades básicas de la vida diaria para valorar el estado funcional del adulto mayor. Clasifica a los ancianos como independientes, los que requieren asistencia y dependientes ⁽²¹⁾.

La Escala de Lawton y Brody determina el estado funcional del anciano mediante la valoración de las actividades instrumentales de la vida diaria que son la capacidad de usar el teléfono, ir de compras, preparar sus alimentos, lavar ropa, uso de transporte, cuidado de la casa, ingesta de su medicación y manejo de asuntos económicos ⁽²²⁾.

Comorbilidad es la coexistencia de dos o más enfermedades en una sola persona. Sin embargo, no es la suma aritmética de las patologías que padece un individuo, sino, es el efecto recíproco que ejercen, tanto las enfermedades mismas como la medicación que se emplea para tratar cada una ⁽²³⁾.

El síndrome de fragilidad es un término geriátrico que hace referencia a una complicada interacción de componentes biológicos, sociales y psicológicos que se generan a largo de la vida. Se define como vulnerabilidad, deterioro multi - sistémico, menor resistencia al estrés, debilitamiento y reducción de la reserva

fisiológica en algunos adultos mayores. En consecuencia, se producirán diversas alteraciones clínicas como deterioro funcional, caídas, aumento de la mortandad y hospitalización, delirio, abandono social y dificultad para la movilización ⁽²⁴⁾.

Otras manifestaciones asociadas al síndrome de fragilidad son: el deterioro cognitivo, la depresión, malnutrición, incontinencia urinaria, alteración auditiva y visual, anorexia y descenso de las actividades de la vida diaria ⁽²⁵⁾⁽²⁶⁾.

La Prueba de Yesavage es una de escala utilizada para diagnosticar depresión en el adulto mayor. Se mide mediante 15 preguntas con respuestas dicotómicas (si/no), de las cuales algunas están marcadas dándole el valor de un punto. Una puntuación menor de cuatro significa ausencia de depresión; la puntuación mayor a cinco es significa presencia de depresión⁽²⁷⁾.

La presente investigación no cuenta con hipótesis debido a que es un estudio descriptivo observacional que posee una naturaleza inductiva.

El objetivo general es determinar el estado funcional en adultos mayores con comorbilidades de las comunidades altoandinas de Perú: La Jalca, Leimebamba (Amazonas), Llupa, San Pedro de Chaná, Atipayán (Áncash), Pampamarca (Huánuco), Ayahuanco (Ayacucho), Paucarcolla (Puno) y Vilca (Huancavelica) durante el periodo 2013-2016.

Los objetivos específicos son determinar el estado funcional en adultos mayores de nueve comunidades altoandinas con hipertensión arterial, *diabetes mellitus* tipo dos, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión o deterioro cognitivo y según su estado nutricional. Así como la prevalencia en cada comunidad altoandina de dichas comorbilidades y la asociación de estas con el estado funcional.

II. METODOLOGÍA

2.1 Tipo y diseño del estudio

Estudio observacional, descriptivo, retrospectivo, de fuente secundaria (Centro de Investigación del Adulto Mayor – CIEN – de la Universidad de San Martín de Porres).

2.2 Diseño muestral

Población universo

Adultos mayores de todas las comunidades altoandinas de Perú durante el periodo 2013-2016.

Población de estudio

Adultos mayores de las comunidades altoandinas de Perú: La Jalca, Leimebamba (Amazonas), Llupa, San Pedro de Chaná, Atipayán (Áncash), Pampamarca (Huánuco), Ayahuanco (Ayacucho), Paucarcolla (Puno) y Vilca (Huancavelica) durante el periodo 2013-2016.

Tamaño de la muestra

Se realizó un censo, para registrar a todos los adultos mayores de las comunidades altoandinas de Perú mencionadas anteriormente, debido a ello no se calculó un tamaño muestral. El total de los adultos mayores censados fue de 368.

Muestreo o selección de la muestra

Se realizó un censo, tomando a todo adulto mayor que cumpla con los criterios de selección.

Criterios de selección

Criterios de inclusión: Se incluyó en el estudio a los habitantes de las comunidades alto andinas, referidas previamente, de 60 años a más, quienes firmaron un consentimiento informado aprobando de esta manera su colaboración en el estudio.

Criterios de exclusión: Se excluyeron a ancianos con deterioro intelectual grave, incapacidad física, déficit visual o auditivo que les impedía el correcto

desarrollo de la encuesta, además de aquellos cuyo idioma no era el español ni estaban acompañados de alguien que posibilite la traducción de la encuesta al momento de la recolección de datos. Por tal motivo se excluyeron a tres adultos mayores, dos por presentar deterioro intelectual grave y uno por presentar invalidez física para ejecutar ciertas pruebas funcionales.

2.3 Técnicas y procedimiento de recolección de datos

La recolección de datos fue llevada a cabo por el Centro de Investigación del Adulto Mayor – CIEN – de la Universidad de San Martín de Porres. Los adultos mayores fueron buscados en sus hogares hasta en tres oportunidades para ser invitados a participar en el estudio. Una vez que accedieron colaborar con el estudio firmaron de manera voluntaria un documento de consentimiento informado antes de la recolección de datos que fue llevado a cabo mediante una ficha de datos sociodemográficos, antecedentes patológicos, valoración funcional, rendimiento físico, mediciones antropométricas, valoración mental y de síntomas depresivos.

2.4 Procesamiento y análisis de datos

La información obtenida se transcribió a Excel para luego ser exportada a Stata v14.0. La codificación estuvo de acuerdo a la tabla de operacionalización de variables. Se realizó un control de calidad, verificando que no existan datos dobles, y que no existan errores, mediante la revisión de dos digitadores.

Asimismo, el análisis descriptivo se elaboró mediante medidas de tendencia central, frecuencias absolutas, y frecuencias relativas.

Para analizar la asociación entre el estado funcional de los adultos mayores y sus comorbilidades se utilizó la prueba de chi cuadrado.

2.5 Aspectos éticos

El presente estudio fue sometido al comité de ética de la “Universidad de San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana” de Lima- Perú. Debido a que el estudio involucra la participación de seres humanos, se realizó todos los esfuerzos y se tomó todas las medidas pertinentes para asegurar que la información obtenida se mantenga en forma estrictamente confidencial.

Asimismo, los participantes firmaron voluntariamente un consentimiento informado. Para mantener la confidencialidad, solo los investigadores y asesores tuvieron acceso a los documentos y archivos relacionados al estudio. El presente estudio no incluyó pruebas invasivas y ni ningún otro riesgo adicional. No se otorgó ningún pago o incentivo por la participación en el estudio.

Los resultados del estudio serán entregados a las autoridades de la “Universidad de San Martín de Porres – Facultad de Medicina Humana” de Lima- Perú.

III. RESULTADOS

En este estudio se analizó el estado funcional de 365 adultos mayores con diferentes comorbilidades de nueve comunidades altoandinas de Perú. La media de la edad fue 72.9 con un valor mínimo de 60 y máximo de 91 años, con una desviación estándar de 6.9. De los participantes, 242 (66.3%) fueron mujeres y 123 (33.7%) varones. Con respecto al estado funcional, la independencia se evidenció en 113 (30.9%) adultos mayores, mientras que la dependencia, en 252 (69%). La dependencia predominó en el sexo femenino (45.2%) y en las edades entre 70-80 años (32.6%). En cuanto al grado de dependencia, 190 (97.4%) adultos mayores presentaban dependencia leve.

Tabla 1. Prevalencia de comorbilidades por cada comunidad altoandina

Comunidad	N	Hipertensión Arterial		Diabetes Mellitus tipo 2		Enfermedad pulmonar obstructiva crónica		Deterioro Cognitivo		Depresión	
		n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Atipayán	27	3	11.1%	1	3.7%	1	3.7%	9	33.3%	9	33.3%
Llupa	69	1	1.4%	2	2.9%	0	0%	0	0%	0	0%
Chana	26	3	11.5%	3	11.5%	3	11.5%	3	11.5%	1	3.8%
La Jalca	18	8	44.4%	5	27.8%	1	5.6%	10	55.6%	8	44.4%
Leymebamba	55	11	20%	14	25.5%	6	10.9%	18	32.7%	20	36.4%
Vilca	31	0	0%	0	0%	0	0%	20	64.5%	18	58.1%
Ayahuanco	61	3	4.9%	3	4.9%	2	3.3%	31	50.8%	32	52.5%
Paucarcolla	45	2	4.4%	1	2.2%	1	2.2%	33	73.3%	30	66.7%
Pampamarca	33	4	12.1%	1	3%	0	0%	14	42.4%	18	54.5%

La tabla 1 muestra la frecuencia de las comorbilidades por cada ciudad altoandina. La hipertensión arterial fue padecida por 35 adultos mayores, siendo La Jalca la comunidad que presentaba la mayor prevalencia (44.4%). En cuanto a la *diabetes mellitus* tipo 2, 30 ancianos la padecían, encontrándose la más alta prevalencia en La Jalca (27.8%). Del mismo modo, 14 adultos mayores tenían enfermedad pulmonar obstructiva crónica, hallándose la mayor prevalencia en Chana (11.5%). Además, se hallaron 138 adultos mayores con deterioro cognitivo, observándose la prevalencia más alta en la comunidad de Paucarcolla (73.3%). Con respecto a

la depresión, 136 adultos mayores tenían dicha comorbilidad, encontrándose en la comunidad de Paucarcolla la mayor prevalencia (66.7%).

Tabla 2. Análisis bivariado de factores asociados a dependencia en adultos mayores de nueve comunidades altoandinas

VARIABLE	Independiente		Dependiente		P valor
	n	%	n	%	
Sexo					
Femenino	77	21.1%	165	45.2%	0.618
Masculino	36	9.9%	87	23.8%	
Grupo etario					
60-70	42	11.5%	79	21.6%	0.051
70-80	56	15.3%	119	32.6%	
>80	12	3.3%	54	14.8%	
IMC					
Delgadez ≤ 23	26	7.1%	52	14.2%	0.010
Normal > 23 a < 28	35	9.6%	113	31%	
Sobrepeso ≥ 28 a < 32	28	7.7%	31	8.5%	
Obesidad ≥ 32	10	2.7%	20	5.5%	
Hipertensión arterial					
No	103	28.2%	227	62.2%	0.748
Si	10	2.7%	25	6.8%	
Diabetes mellitus tipo 2					
No	105	28.8%	207	56.7%	0.250
Si	7	1.9%	23	6.3%	
Enfermedad pulmonar obstructiva Crónica					
No	110	30.1%	241	66%	0.432
Si	3	0.8%	11	3%	
Deterioro cognitivo					
No	103	28.2%	124	34%	<0.001
Si	10	2.7%	128	35.1%	
Depresión					
No	104	28.5%	125	34,2%	<0.001
Si	9	2.5%	127	34,8%	

Por otro lado, tanto el deterioro cognitivo ($p < 0.001$) como la depresión ($p < 0.001$) y el índice de masa corporal ($p = 0.01$) estaban relacionadas significativamente con la dependencia del adulto mayor. Sin embargo, no se encontró una relación significativa entre los adultos mayores dependientes que padecían hipertensión

arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica o *diabetes mellitus* tipo 2. De la misma manera, el sexo y la edad mayor a 60 años tampoco mostraron una relación significativa con el estado funcional dependiente.

Con respecto al deterioro cognitivo, 105 (76.1%) adultos mayores padecían un deterioro cognitivo leve. El 65.9% de los adultos mayores que padecían de deterioro cognitivo, también padecían de depresión. Ambas comorbilidades se hallaron en su mayoría en el sexo femenino, con 65.4% y 59.6% respectivamente, pero hallándose un $p < 0.001$ solo en las mujeres con depresión.

Tabla 3. Resultados del Índice de Barthel, para medir el estado funcional en el adulto mayor

Actividades Básicas de la Vida Diaria	n	%
Comida		
Independiente	56	15.4%
Parcialmente Independiente	98	26.9%
Dependiente	210	57.7%
Lavado (baño)		
Independiente	152	41.9%
Dependiente	212	58.1%
Vestido		
Independiente	57	15.7%
Parcialmente Independiente	93	25.5%
Dependiente	214	58.8%
Arreglo		
Independiente	148	40.7%
Dependiente	216	59.3%
Deposición		
Continente	106	29.1%
Accidente Ocasional	38	10.4%
Incontinente	220	60.4%
Micción		
Continente	141	38.7%
Accidente Ocasional	11	3%
Incontinente	212	58.2%
Ir al Retrete		
Independiente	129	35.4%
Parcialmente Independiente	25	6.9%
Dependiente	210	57.7%
Transferencia (traslado cama/sillón)		
Independiente	83	22.8%

Minima ayuda	65	17.9%
Gran Ayuda	6	1.7%
Dependencia	210	57.7%
Deambulaci3n		
Independiente	30	8.2%
Dependiente	308	84.6%
Independiente en silla de ruedas	26	7.1%
Subir y Bajar Escaleras		
Independiente	101	27.7%
Parcialmente Independiente	49	13.4%
Dependiente	210	58.9%

La mayoría de los adultos mayores presentaron dependencia al ejecutar las actividades básicas de la vida diaria como comer (57.7%), lavarse (58.1%), vestirse (58.8%), arreglarse (59.3%), hacer deposiciones (60.4%), miccionar (58.2%), ir al retrete (57.7%), trasladarse (57.7%), deambular (84.6%) y usar las escaleras (58.9%).

IV. DISCUSIÓN

La hipertensión arterial, *diabetes mellitus* tipo 2, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, depresión y el deterioro cognitivo están presentes en la población adulta mayor de las nueve comunidades altoandinas. Dichos resultados se corroboran con la investigación realizada por Villarreal Amarís y Month Arrieta en donde se describe que las principales enfermedades diagnosticadas en los adultos mayores de dos comunas son hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, diabetes y depresión. En el mismo estudio se halló que la dependencia aumenta con la edad, coincidiendo dicho resultado con esta investigación ⁽²⁸⁾.

Los adultos mayores de las comunidades altoandinas muestran una relación significativa entre el estado funcional dependiente con el deterioro cognitivo y la depresión. La demencia y la depresión en los ancianos son un problema de salud pública debido a que por ser enfermedades crónicas generan altos costos en la asistencia médica y social ⁽⁷⁾.

Martínez M et al. comprobaron la asociación que existe entre la depresión con el sexo femenino y la dependencia del adulto mayor, Al igual que esta investigación. Se halló una relación significativa entre depresión con el sexo femenino y el estado funcional de dependencia con un valor $p < 0.001$ para ambos ⁽²⁹⁾.

Pérez C et al concluyeron que existe una asociación entre la depresión y la desnutrición en el adulto mayor. Siendo esta una posible consecuencia a futuro para los adultos mayores de las comunidades altoandinas. Por tal motivo se debería realizar una intervención sanitaria para evitar posibles consecuencias que agravarían el estado de salud del adulto mayor ⁽³⁰⁾.

Un aspecto biopsicosocial que influye en la salud del adulto mayor es la demencia, la cual trae como repercusión el aumento de la dependencia y el ingreso a instituciones geriátricas. Debido a ello, es primordial hacer un diagnóstico precoz y un tratamiento en los adultos mayores de las comunidades altoandinas para prevenir o enlentecer el deterioro cognitivo ⁽³¹⁾.

El maltrato a los adultos mayores tiene como factor de riesgo individual el deterioro de la salud física y mental de la víctima ⁽⁸⁾. Por consiguiente, la población adulta

mayor de las comunidades altoandinas tiene el riesgo de sufrir maltrato por parte de su cuidador. He aquí la importancia de fomentar la sensibilidad y educación en los cuidadores para de esa manera mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

Cabe mencionar la importancia de alejar la equivocada percepción de que los síntomas de depresión y deterioro cognitivo son normales durante la senectud con el objetivo de mejorar la atención integral y trato del adulto mayor ya sea en el centro de salud como en su misma comunidad.

El estado funcional al evaluar de manera integral al adulto mayor mediante el conocimiento de todos sus antecedentes permite conocer sus discapacidades y necesidades. Gracias a ello es posible prestar una mayor atención de estas y dar algún tratamiento para evitar su progresión en los adultos mayores de las nueve comunidades altoandinas.

Se identificó el estado funcional en adultos mayores con comorbilidades de las comunidades altoandinas de Perú, debido a que el resultado está altamente relacionado al estado de salud y bienestar de ellos. Además, proporciona información específica sobre la enfermedad, mejora la precisión del diagnóstico, así como la elección racional del tratamiento y el pronóstico. De esta manera conocer el estado funcional de los adultos mayores ayuda a la mejor toma de decisiones en cuanto a su cuidado, y a la creación de nuevas políticas de salud ⁽⁶⁾.

La principal limitación del estudio se relaciona con el uso de una fuente secundaria debido a la ausencia de algunos datos y la limitada información que no permitió ampliar la investigación. En consecuencia, no se pudo hacer un seguimiento a los adultos mayores, ni saber si padecían de alguna patología que tal vez no había sido diagnosticada. Asimismo, las patologías padecidas por los adultos mayores fueron informadas por ellos mismos, debido a ello pudo haber patologías padecidas que no habían sido diagnosticadas al momento de la entrevista.

No obstante, se puede resaltar que se contó con información que posibilitó conocer el estado de salud física y mental de los adultos mayores de las nueve comunidades altoandinas.

El crecimiento de la población geriátrica amerita un aumento en la investigación para obtener información específica que ayude a mejorar la calidad de vida y a la sensibilización de la población en general y del personal de salud.

CONCLUSIONES

El estado funcional que predominó en los adultos mayores con comorbilidades de las nueve comunidades altoandinas fue la dependencia. Esta a su vez se presentó con mayor frecuencia en el sexo femenino, en las edades de 70 a 80 años y en adultos mayores con IMC normal.

Asimismo, solo la depresión, el deterioro cognitivo y el índice de masa corporal mostraron una relación significativa con el estado funcional dependiente.

Los adultos mayores que no padecían de hipertensión arterial, enfermedad pulmonar obstructiva ni *diabetes mellitus* tipo 2 presentaron en su mayoría un estado funcional dependiente.

En la comunidad altoandina La Jalca se encontró la mayor cantidad de adultos mayores con hipertensión arterial y *diabetes mellitus* tipo 2. Mientras que en la comunidad de Vilca no se halló ningún paciente con estas patologías.

En cuanto al deterioro cognitivo y la depresión se observó que en la comunidad Paucarcolla fueron donde más predominaron. No siendo así en Llupa, en donde no se encontraron adultos mayores con dichas comorbilidades.

RECOMENDACIONES

Se recomienda realizar más estudios de seguimiento antes y después de realizar intervenciones sanitarias que ayuden a mejorar el estado de salud del adulto mayor.

Cabe mencionar la importancia de la salud mental en los adultos mayores de las nueve comunidades altoandinas ya que están relacionadas significativamente con el estado funcional de dependencia. Se deberían realizar campañas de salud que hagan hincapié en este problema.

Debido a que en las comunidades altoandinas los adultos mayores presentan diversas patologías se recomienda hacer intervenciones multidisciplinarias para poder tratarlos de manera integral.

En algunas comunidades se detectó más predominio de ciertas patologías a diferencia de otras. Se sugiere hacer estudios para investigar las causas de estas diferencias y así poderlas aplicar en otras comunidades ayudando de esta manera en la prevención de ciertas comorbilidades.

Igualmente, se podría investigar a otras comunidades altoandinas para contrastar los resultados con los obtenidos en el presente estudio.

FUENTES DE INFORMACIÓN

1. OMS | Envejecimiento y salud [Internet]. WHO. [citado 12 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs404/es/>
2. Fondo de Población de las Naciones Unidas - Perú. Adulto Mayor en el Perú [Internet]. Disponible en: <http://www.unfpa.org.pe/publicaciones/publicacionesperu/UNFPA-Ficha-Adultos-Mayores-Peru.pdf>
3. Ruiz C. Situación de la población Adulta Mayor [Internet]. Perú: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2017 mar [citado 11 de agosto de 2017]. Disponible en: https://www.inei.gov.pe/media/MenuRecursivo/boletines/02-informe-tecnico-n02_adulto-mayor-ene-mar2017.pdf
4. PLAN NACIONAL PARA LAS PERSONAS ADULTAS MAYORES 2013-2017 [Internet]. [citado 3 de julio de 2017]. Disponible en: http://www.minsa.gov.pe/portada/especiales/2011/saludfamiliar/archivos/DOCUMENTOS/PLAN_AM_2013-2017.pdf
5. Colmenares F, Miguel F. Fragilidad en adultos mayores y su asociación con dependencia funcional. Universidad de San Martín de Porres – USMP [Internet]. 2012 [citado 12 de septiembre de 2017]; Disponible en: <http://www.repositorioacademico.usmp.edu.pe/handle/usmp/1376>
6. Rodríguez J, Tabares V, Jiménez E, López R, Ramos M. Evaluación geriátrica integral, importancia, ventajas y beneficios en el manejo del adulto mayor. Panor Cuba Salud. 2 de abril de 2014;9(1):35-41.
7. OMS | La salud mental y los adultos mayores [Internet]. WHO. 2016 [citado 15 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/>
8. OMS | Maltrato de las personas mayores [Internet]. WHO. 2016 [citado 9 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs357/es/>
9. Tirado C, Colmenares F, Izquierdo M, Jacobs G, García J. Caracterización clínica, epidemiológica y social de una población geriátrica hospitalizada en un

- Centro Geriátrico Militar. Horiz Méd [Internet]. 25 de junio de 2012 [citado 2 de julio de 2017];12(2). Disponible en: <http://www.horizontemedicina.usmp.edu.pe/index.php/horizontemed/article/view/100>
10. Varela P, Chávez J, Tello R, Ortiz S, Gálvez C, Casas V, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. octubre de 2015;32(4):709-16.
 11. González V, Carhuapoma A, Zuñiga Ch, Mocarro A, Aleixo D, Silva F. Estado cognitivo y capacidad funcional del adulto mayor en dos Centros de Día – Lima, Perú. *Rev Fac Cienc Médicas Quito*. 1 de junio de 2017;38(1-2):12-7.
 12. Manrique E, Salinas R, Moreno T, Acosta C, Sosa O, Gutiérrez R, et al. Condiciones de salud y estado funcional de los adultos mayores en México. *Salud Pública México*. 2013;55:S323-31.
 13. Estela A, Espinoza F, Columbus M, Runzer C, Parodi G, Mayta T. Rendimiento físico de adultos mayores residentes en zonas rurales a nivel del mar y a gran altitud en Perú. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. 1 de marzo de 2015;50(2):56-61.
 14. Runzer-Colmenares FM, Samper-Ternent R, Al Snih S, Ottenbacher KJ, Parodi JF, Wong R. Prevalence and factors associated with frailty among Peruvian older adults. *Arch Gerontol Geriatr*. febrero de 2014;58(1):69-73.
 15. Silva C, Orellana P, Nassr G. Valoración del estado funcional de adultos mayores con dependencia moderada y severa pertenecientes a un centro de salud familiar. *Fisioter E Pesqui*. marzo de 2015;22(1):76-83.
 16. Cáceres S, Martín P, Rotta Rotta A, Otiniano Costa F. Hipertensión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered*. enero de 2016;27(1):60-6.
 17. Almagro Mena P, Llordés Llordés M. La enfermedad pulmonar obstructiva crónica en el anciano. *Rev Esp Geriatria Gerontol*. :33-7.
 18. Benavides C. (2017). Deterioro cognitivo en el adulto mayor. [online] Medigraphic.com. Available at: <http://www.medigraphic.com/pdfs/rma/cma-2017/cma172f.pdf> [Accessed 7 Mar. 2018].
 19. PROGRAMA DE ATENCIÓN A ENFERMOS CRÓNICOS DEPENDIENTES [Internet]. Aragon.es. 2016 [cited 1 February 2018]. Available from:

<https://www.aragon.es/estaticos/ImportFiles/09/docs/Ciudadano/InformacionEstadisticaSanitaria/Info>

20. Escalas de valoración funcional, psicoafectiva y sociofamiliar [Internet]. [citado 1 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/salud/export/sites/csalud/galerias/documentos/p_3_p_3_procesos_asistenciales_integrados/pacientes_pluripatologicos/08_anexos_pluri.pdf
21. EVALUACIÓN FUNCIONAL DEL ADULO MAYOR [Internet]. [citado 30 de agosto de 2017]. Disponible en: <http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/gericuba/modulo3.pdf>
22. INDICE LAWTON - Escala de actividades instrumentales de la vida diaria [Internet]. [citado 8 de septiembre de 2017]. Disponible en: http://salpub.uv.es/SALPUB/practicum12/docs/visidom/Escalas+Instrum_valoracion_atencion_domiciliaria/043_INDICE_LAWTON_Escala_actividades_instrumentales_vida_diaria.pdf
23. Lifshitz G. Sobre la “comorbilidad” [Internet]. 2016 [citado 4 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2016/am162a.pdf>
24. Prevención, Diagnóstico y Tratamiento del Síndrome de Fragilidad en el Anciano [Internet]. [citado 5 de septiembre de 2017]. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/sites/all/statics/guiasclinicas/479GER.pdf>
25. Carrillo R, Muciño B, Peña P, Cortés C, Gabriel U. Fragilidad y sarcopenia. Rev Fac Med México. octubre de 2011;54(5):12-21.
26. Enfermagem RL-A de, Erdmann AL, Pasqualotti A, Corso D, Brock F, Oliveira DR, et al. Prevalence of frailty syndrome in old people in a hospital institution. Rev Lat Am Enferm. 2013;891-8.
27. Rodríguez D, Méndez C, Rafael P, Molero Segrera M, Jiménez Almaguer D, Casado Tamayo D, et al. Evaluación del cuestionario de Yesavage abreviado versión española en el diagnóstico de depresión en población geriátrica. Rev Hosp Psiquiátrico Habana [Internet]. 14 de diciembre de 2015 [citado 12 de

septiembre de 2017];12(3). Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=64513>

28. Villarreal A, Month A. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). *Salud Uninorte* [Internet]. 2012;28(1):75-87. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=81724108009>
29. Martínez Mendoza J, Martínez Ordaz V, Esquivel Molina C, Velasco Rodríguez V. Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc* 2007; 45 (1): 21-28
30. Pérez Cruz E, Sánchez L, Cecilia D, Esteves M, Rosario M del. Asociación entre desnutrición y depresión en el adulto mayor. *Nutr Hosp.* abril de 2014;29(4):901-6.
31. Chong Daniel A. Aspectos biopsicosociales que inciden en la salud del adulto mayor. *Rev Cuba Med Gen Integral.* junio de 2012;28(2):79-86.

ANEXOS

1. Ficha de recolección de datos

PF	V0	Pg. 1/2
----	----	---------

Código: _____
Fecha: ___/___/___
HCL: _____

Nombre: _____
DNI: _____

Femenino
Masculino

Fecha de nacimiento
___/___/___

Grado de instrucción:

Ninguna.....	<input type="checkbox"/>
Menos que primaria completa...	<input type="checkbox"/>
Primaria completa.....	<input type="checkbox"/>
Secundaria completa.....	<input type="checkbox"/>
Técnicos superiores.....	<input type="checkbox"/>
Universitarios superiores.....	<input type="checkbox"/>
Post-grado.....	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

Estado civil:

Soltero(a).....	<input type="checkbox"/>
Casado(a) religioso	<input type="checkbox"/>
Casado(a) civil.....	<input type="checkbox"/>
Conviviente.....	<input type="checkbox"/>
Separado(a).....	<input type="checkbox"/>
Divorciado(a).....	<input type="checkbox"/>
Viudo(a).....	<input type="checkbox"/>

Distrito donde vive: *definido por pernoctar al menos 4 días a la semana*

Distancia en tiempo entre domicilio y centro de salud:

¿Cuántas veces acudió al centro de salud por alguna urgencia / emergencia en el último año?

Autopercepción de salud:

¿Diría que su salud es:

¿Excelente?	<input type="checkbox"/>
¿Muy buena?	<input type="checkbox"/>
¿Buena?	<input type="checkbox"/>
¿Regular?	<input type="checkbox"/>
¿Mala?	<input type="checkbox"/>

¿Vive solo?
Sí No

¿Trabaja? Sí—NO
¿En qué trabaja?
Años de jubilación

PF

V0

Pg. 2/2

Código: _____

Fecha: ___/___/___

Medicaciones de uso frecuente:
(nombre / dosis)

- 1. _____ / _____
- 2. _____ / _____
- 3. _____ / _____
- 4. _____ / _____
- 5. _____ / _____
- 6. _____ / _____
- 7. _____ / _____
- 8. _____ / _____
- 9. _____ / _____
- 10. _____ / _____

Antecedentes patológicos

- 1. _____
- 2. _____
- 3. _____
- 4. _____
- 5. _____
- 6. _____
- 7. _____
- 8. _____

Peso (kilogramos)

Talla (centímetros)

Perímetro Abdominal (centímetros)

Nº Caídas en el último año:

¿Tiene problemas de visión que limitan su vida diaria?

¿Usa anteojos?

¿Tiene problemas de audición que limitan su vida diaria?

Ante un problema de salud, lo primero que hace Ud. es :

Acudo a la posta médica

Me automedico

Uso Medicina Tradicional

Otros: _____

Hábitos nocivos: (veces por semana)

Tabaco (cigarrillo/sem)

Alcohol

Sí

No

Café

Sí

No

Chacchado de hoja de coca:

Sí

No

Cocina:

Leña/cocina mejorada/gas/eléctrica

Nº Hospitalizaciones
en el último año:

Fuerza de prensión 1:

Fuerza de prensión 2:

PF	BARTHEL pg 1/2	Código: A
		Fecha: ____/____/____
Comida		
10	Independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	
5	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla... pero es capaz de comer solo	
0	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	
Lavado (baño)		
5	Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin que una persona supervise	
0	Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión	
Vestido		
10	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	
5	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable	
0	Dependiente. Necesita ayuda para las mismas	
Arreglo		
5	Independiente. Realiza todas las actividades sin ayuda alguna, los complementos necesarios pueden ser provistos por alguna persona	
0	Dependiente. Necesita alguna ayuda	
Deposición		
10	Continente. No presenta episodios de incontinencia	
5	Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.	
0	Incontinente. Más de un episodio semanal	
Micción		
10	Continente. No presenta episodios. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (botella, sonda, orinal...)	
5	Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas o de otros dispositivos.	
0	Incontinente. Más de un episodio en 24 horas	
Ir al retrete		
10	Independiente. Entrar y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona	
5	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo	
0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor	

PF	BARTHEL pg 2/2	Código: A
		Fecha: _____/_____/_____

Transferencia (traslado cama/sillón)

15	Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama
10	Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.
5	Gran ayuda. Precisa ayuda de una persona fuerte o entrenada.
0	Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado

Deambulación

15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis puede ponersela y quitarsela solo
10	Necesita ayuda. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador
5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisión

Subir y bajar escaleras

10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión de otra persona.
5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisión.
0	Dependiente. Es incapaz de subir escalones.

La incapacidad funcional se valora como:	* Severa: < 45 puntos.	* Moderada: 60 - 80 puntos.	Puntuación Total:
	* Grave: 45 - 59 puntos.	* Ligera: 80 - 100 puntos.	

Máxima puntuación: 100 puntos
(90 si va en silla de ruedas)

Resultado Grado de dependencia

< 20	Total	<input type="checkbox"/>
20-35	Grave	<input type="checkbox"/>
40-55	Moderado	<input type="checkbox"/>
≥ 60	Leve	<input type="checkbox"/>
100	Independiente	<input type="checkbox"/>

PF-Pfeiffer

Pg. 1/1

Código: A _____
Fecha: __/__/__

TEST de Pfeiffer:

1. ¿Cuál es la fecha de hoy?
2. ¿Qué día de la semana es?
3. ¿Cómo se llama este lugar?
4. ¿Cuál es su número de teléfono? Si el paciente no tiene teléfono:
¿Cómo se llama la calle donde vive?
5. ¿Qué edad tiene?
6. ¿Cuál es su fecha de nacimiento?
7. ¿Quién es el presidente actual?
8. ¿Cómo se llama el presidente anterior?
9. ¿Cuál era el nombre de soltera de su madre?
10. Reste 3 a 20 y siga restando 3 a cada nueva cifra hasta llegar a 0

Añada un punto si el paciente pasó de la escuela secundaria; reste uno si el paciente no pasó de la escuela primaria.

Puntuación:

De 0 a 2 errores: función

intelectual intacta. De 3 a 4

errores: deterioro intelectual
leve.

De 5 a 7 errores: deterioro
intelectual moderado. De 8 a 10

errores: deterioro intelectual grave.

Puntaje total: / 10

PF - EDMONTON

Pg. 1/1

Código: A _____
 Fecha: ____/____/____

		0 puntos	1 punto	2 puntos
1)	<i>Cognición: Imagine que este círculo es un reloj, dibuje manecillas indicando la siguiente hora: 11:10 (once)</i>	No errores	errores Menores	errores mayores
2)	Autoreporte de salud: - En el último año, ¿cuántas veces ha sido hospitalizado este año? - En general, ¿Cómo describe su salud?	0 Excelente	1-2 normal	>3 mala
3)	Estado funcional: ¿Para cuál de las siguientes actividades necesita ayuda? (preparación de alimentos, compras, transporte, teléfono, quehaceres de la casa, lavar ropa, manejo de dinero, medicamentos)	0-1	2-4	5-8
4)	<i>Social: Cuando Ud necesita ayuda, ¿Cuenta con alguna persona que satisfaga sus necesidades?</i>	Siempre	a veces	nunca
5)	<i>Medicación: - ¿Usa 5 o más medicamentos? - ¿Alguna vez ha olvidado tomar o la manera de administración de algún fármaco?</i>	No	Si	
6)	<i>Nutrición: ¿Ha notado que ha bajado de peso como para sentir que su ropa le queda más suelta?</i>	No	Si	
7)	<i>Ánimo: ¿Se siente frecuentemente triste o deprimido?</i>	No	Si	
8)	<i>¿Tiene problemas para contener la orina cuando no tiene deseos de orinar?</i>	No	Si	
9)	<i>Performance funcional: pararse de una silla sin usar brazos, caminar 3 metros, volver a la silla y sentarse.</i>	0-10 s	11-20 s	>20 s Paciente se niega o requiere asistencia
Puntaje: / 17				

Yesavage ultracorto (3 o más, positivo)

1. ¿Está básicamente satisfecho con su vida? SÍ NO
2. ¿Se siente a menudo aburrido? SÍ NO
3. ¿Se siente a menudo sin esperanza? SÍ NO
4. ¿Prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas? SÍ NO
5. ¿Piensa que no vale para nada tal como está ahora? SÍ NO