



# UCA

---

**Pontificia Universidad Católica Argentina**

**FACULTAD “TERESA DE ÁVILA”**

**TRABAJO FINAL DE LICENCIATURA:**

**“Capacidad Funcional y Apoyo Social Percibido, en Adultos  
Mayores de 65 Años con Deterioro Cognitivo Leve, de  
la Ciudad de La Paz”**

**Alumna: Cantisani Giuliana Patricia**

**Director: Bragado Pablo Manuel, Neurólogo, MP: 9757**

**Carrera: Lic. En Psicología.**

**Año: 2023**

## Índice

<b>Resumen .....</b>	<b>3</b>
<b>Introducción .....</b>	<b>6</b>
<b>Planteamiento del Problema .....</b>	<b>6</b>
<b>Objetivos de la investigación .....</b>	<b>9</b>
<i>Objetivo General</i> .....	9
<i>Objetivos Específicos</i> .....	9
<b>Hipótesis.....</b>	<b>10</b>
<b>Estado del Arte .....</b>	<b>11</b>
<b>Marco Teórico Preliminar.....</b>	<b>19</b>
<b>Concepto de Demencia .....</b>	<b>19</b>
<b>Teoría de la Discontinuidad, Reserva Cerebral y Reserva Cognitiva .....</b>	<b>20</b>
<b>La Capacidad Funcional en el Adulto Mayor .....</b>	<b>21</b>
<b>El Apoyo Social Percibido y los Vínculos del Adulto Mayor .....</b>	<b>23</b>
<b>Maco Metodológico. ....</b>	<b>25</b>
<b>Tipo de Investigación.....</b>	<b>25</b>
<b>Muestra .....</b>	<b>25</b>
<b>Técnica de Recolección de datos.....</b>	<b>26</b>
<b>Procedimientos de Recolección de Datos .....</b>	<b>28</b>
<b>Plan de Tratamiento y Análisis de Datos .....</b>	<b>29</b>
<b>Resultados.....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 1 .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 2 .....</b>	<b>30</b>
<b>Tabla 3 .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 4 .....</b>	<b>31</b>
<b>Tabla 5 .....</b>	<b>32</b>
<b>Tabla 6 .....</b>	<b>33</b>
<b>Tabla 7 .....</b>	<b>34</b>
<b>Discusión, Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones.....</b>	<b>35</b>
<b>Referencias .....</b>	<b>40</b>
<b>Anexos.....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo I: Modelo de Consentimiento Informado .....</b>	<b>46</b>
<b>Anexo II: Modelos de Instrumentos .....</b>	<b>47</b>
<i>Índice de Barthel</i> .....	47

<i>Escala de Lawton y Brody para las AIVD.</i> .....	49
<i>Cuestionario MOS para Apoyo Social Percibido.</i> .....	50
<b>Planillas de Resultados arrojados por el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25.</b> .....	52

## Resumen

El envejecimiento es un fenómeno de aumento progresivo en las últimas décadas. Este panorama pone en evidencia un grave problema socio-sanitario: el progresivo incremento de enfermedades ligadas a la edad, como las demencias.

Este tipo de patologías implica múltiples deterioros cognitivos que repercuten de distintas formas sobre la capacidad funcional. Esta capacidad está relacionada con la condición de un individuo de desarrollar actividades cotidianas normales sin fatiga y de forma segura e independiente. En este sentido, la valoración geriátrica integral de la capacidad funcional implica la valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD).

En este contexto, observamos que, en la vejez, el concepto de salud está estrechamente ligado a la capacidad funcional, y esta, incluye el entorno tanto físico como vincular del anciano. En términos generales, el apoyo social es un factor protector del curso del envejecimiento. Por esta razón, nuestro propósito principal fue establecer si existen diferencias significativas en la capacidad funcional de aquellos adultos mayores, con deterioro cognitivo leve, que perciben apoyo social y aquellos que no.

Para tal fin, se llevó a cabo un estudio transversal, de campo, con objetivos de tipo Descriptivo-Correlacional. A tal efecto, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental y se seleccionó un total de 30 casos de adultos mayores que fueron diagnosticados con algún tipo de deterioro cognitivo o demencia, en estadio leve, todos ellos, pacientes que concurren al CEM: “Centro de Especialidades Médicas”, de la ciudad de La Paz, en los últimos 2 años.

Los instrumentos utilizados fueron, para medir la capacidad funcional: la escala de Lawton y Brody y el índice de Barthel; y para medir la otra variable se utilizó el cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido.

En términos generales, se observó que el 23,3% de los adultos mayores estudiados, conserva aún su independencia en cuanto a las ABVD y a las AIVD y, en mayor medida, nuestra población de estudio percibe un apoyo social alto (n= 73,3%) por parte de su red de vínculos.

Además, dentro de los resultados más significativos, se obtuvo evidencia de que el apoyo social percibido es un factor independiente de la capacidad de ejecución de ABVD, por lo que, su grado de deterioro depende mayoritariamente de la severidad del diagnóstico cognitivo. Cuando hablamos de ABVD nos referimos a actividades elementales, con una función de supervivencia individual, por lo que son las últimas que se pierden. Sin embargo, un 10% de nuestra población de estudio, presentó mayor pérdida de capacidad en ABVD que en AIVD.

Por el contrario, se demostró que existe una relación significativa entre la capacidad funcional, en lo que refiere a la ejecución de las AIVD, y el apoyo social percibido, razón por la cual inferimos que en los casos donde las AIVD se ejecutan con mayor éxito que las ABVD, influye de manera significativa este apoyo. Es decir, contar con redes sólidas que le brinden apoyo, le permite al adulto mayor, por un lado, alcanzar la tarea con éxito y mantener la capacidad funcional, y por otro, aumentar su percepción de apoyo social

En lo que refiere a la dirección, la relación entre la capacidad funcional en cuanto a AIVD y el apoyo social percibido es negativa, es decir, cuanto menor es nivel de capacidad de realización de AIVD, mayor es el apoyo social percibido por el adulto mayor.

Esto nos alienta a apuntalar el trabajo sobre la red de vínculos en el paciente con deterioro cognitivo, a los fines de hacerlas más efectivas, optimizando el apoyo que brindan para poder mantener la capacidad funcional y reducir el impacto negativo que tiene esta patología sobre la calidad de vida del adulto mayor, evitando la sobrecarga de los cuidadores. Para ello, es necesario subsanar las limitaciones este estudio, ampliando las investigaciones a otros contextos socioeconómicos y desde la óptica de otras disciplinas complementarias.

## Introducción

### Planteamiento del Problema

El envejecimiento es un fenómeno de aumento progresivo en las últimas décadas. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2015) hay dos factores que influyen en el mismo. El primero es el aumento de la esperanza de vida, que responde a un mayor índice de supervivencia, tanto a edades menores como en la vejez. Es posible que contribuya a este fenómeno la mejor asistencia sanitaria, las iniciativas de salud pública y las diferencias en la vida que las personas llevan en cada etapa. La segunda razón del envejecimiento de la población es la disminución de la tasa de fecundidad, fenómeno que se produjo poco después de la Segunda Guerra Mundial. A medida que la generación nacida durante esa explosión de la natalidad llega a la vejez, el envejecimiento de la población se acelera temporalmente, sobre todo cuando se combina con baja mortalidad en los adultos y baja fecundidad sostenida.

En lo que refiere a nuestro país, el camino hacia el envejecimiento poblacional se inició alrededor de 1920 y avanzó de manera intensa desde la segunda mitad del siglo XX hasta mediados de la década del '70. De la misma manera que se produjo a nivel mundial, en Argentina, la esperanza de vida en ambos sexos pasó de 61,4 años en 1950 a 76,5 en 2015 y la fecundidad pasó de 3,2 hijos por mujer en 1950 a 2,3 en 2015 (Peláez et al., 2017). Además, según el Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC, 2012) el componente migratorio tuvo un impacto relevante en este proceso. A pesar de que el fuerte afluente de población migrante de ultramar de fines del siglo XIX era principalmente joven, al promediar el siglo XX el peso de los migrantes en la población de 65 años y más representaba casi el 60%.

Este panorama pone en evidencia un grave problema socio-sanitario, el progresivo incremento de enfermedades ligadas a la edad, incluyendo las Neurodegenerativas (Abarca,

et al., 2008). Es cierto que, en el plano biológico, el envejecimiento está asociado con la acumulación de gran variedad de daños moleculares y celulares, que reducen las reservas fisiológicas y aumentan el riesgo de muchas enfermedades como las demencias (OMS, 2015).

Más allá de estas pérdidas biológicas, la vejez se trata también de compensar las pérdidas de algunas habilidades con otra manera de realizar las tareas, y apoyarse en el entorno. En este sentido, la Organización Mundial de la Salud (2015) define el envejecimiento saludable como el proceso de fomentar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez (OMS, 2015). La valoración geriátrica integral de la capacidad funcional implica la valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD) (Segovia Díaz de León y Torres Hernández, 2011).

Esta capacidad funcional se compone de la capacidad intrínseca de la persona, es decir, el conjunto de capacidades físicas y mentales; y el entorno, que comprende todos los factores del mundo exterior que forman el contexto, incluida la red de vínculos (OMS, 2015). En general, el apoyo social es un factor protector del curso del envejecimiento, los individuos que reciben más apoyo social experimentan menos declive del funcionamiento cognitivo (Cancino et al., 2018). Así como también, el grado de relaciones sociales, tanto en su cantidad como en su nivel de satisfacción, incrementarían la reserva cognitiva al exigir al sujeto mayor y más eficiente capacidad comunicativa (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004).

En una posición intermedia entre la vejez patológica pero exitosa, podemos pensar las demencias o múltiples deterioros cognitivos que repercuten de distintas formas sobre la realización de actividades de la vida cotidiana, ya que es posible que haya una discontinuidad entre la patología y la severidad con la que se manifiesta, y es allí donde intervendría la Reserva Cognitiva (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004).

Según Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez (2004), la Reserva es la habilidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia. Dicho de otro modo, es un proceso que permite la activación de conexiones sinápticas adicionales y nuevas redes neurales para un afrontamiento de mayor eficacia frente a las demandas del ambiente. Además, como características principales, tenemos que tener en cuenta que no es estable, sino que cambia a lo largo del tiempo (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004) y está directamente relacionada con el nivel educativo del sujeto, y con el grado de estimulación cognitiva que mantenga a lo largo de su vida (Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014).

De lo expuesto hasta aquí, podemos observar que, en la vejez, el concepto de salud está estrechamente ligado a la capacidad funcional, y esta, incluye el entorno tanto físico como vincular del anciano. Por ello, aún en el ámbito de la patología, mantener el nivel de funcionamiento autónomo del anciano con demencia es tan importante como mantener y entrenar sus capacidades cognitivas. Además, es imprescindible avanzar en un plan integral de cuidados de larga duración para las personas que presentan dificultades en las ABVD y las AIVD como medio para garantizar el envejecimiento saludable y el bienestar de este grupo poblacional (Acosta, 2018). Éstos son los desafíos que más nos urgen en materia de salud pública a nivel mundial, debido al envejecimiento poblacional y el consecuente aumento de las enfermedades neurodegenerativas.

El DSM IV (1994) sostiene que la prevalencia de las demencias depende de la edad de los sujetos, marcando como edad más frecuente de inicio los 65 años de edad, criterio que utilizaremos para delimitar nuestra población de estudio que serán los adultos mayores de 65 años, de la ciudad de La Paz, que asistan al CEM (Centro de Especialidades Médicas), con un diagnóstico de demencia leve. Teniendo en cuenta que la dinámica de la salud en la vejez es compleja y los elementos que entran en juego se expresan, en última instancia, en las capacidades físicas y mentales y en el funcionamiento de la persona mayor (OMS, 2015); y

sin perder de vista que al poseer fuentes de apoyo significativo, la persona se conserva en óptimas condiciones psicológicas y supera más fácilmente las tensiones o la propia enfermedad (Canto Pech y Castro Rena, 2004), nos disponemos a focalizar nuestro estudio sobre estas dos dimensiones, el funcionamiento y el apoyo social percibido, en personas con demencia.

En esta población pretendemos describir ¿Cómo es la capacidad funcional de estos adultos mayores con un diagnóstico de deterioro cognitivo leve? ¿Cuál es el nivel de apoyo percibido por esta población de estudio? ¿Existen diferencias significativas en la capacidad funcional de aquellos adultos mayores con deterioro cognitivo leve que perciben apoyo social y aquellos que no?

Esta caracterización nos permitirá en un futuro el diseño de intervenciones para apuntalar el trabajo sobre los vínculos y la participación social del adulto mayor, como un factor protector que nos posibilite aumentar la reserva cognitiva retrasando la expresión clínica de la patología y mejorando su calidad de vida.

## **Objetivos de la investigación**

### ***Objetivo General***

Comparar la capacidad funcional en adultos con deterioro cognitivo leve según el nivel de apoyo social percibido.

### ***Objetivos Específicos***

Caracterizar la capacidad funcional en adultos con deterioro cognitivo leve, mayores de 65 años, de la ciudad de La Paz.

Identificar el nivel de apoyo percibido en adultos con deterioro cognitivo leve, mayores de 65 años de la ciudad de La Paz.

Establecer si existen diferencias en la capacidad funcional de adultos mayores de 65 años, con deterioro cognitivo leve, de la ciudad de La Paz, que perciban apoyo social y aquellos que no.

### **Hipótesis**

Existe una relación positiva entre la capacidad funcional autónoma de los adultos con deterioro cognitivo leve, mayores de 65 años, de la ciudad de La Paz, y el nivel de apoyo social percibido; es decir, a mayor apoyo social percibido, mayor capacidad funcional.

## Estado del Arte

Las investigaciones que se presentan a continuación, abordan temáticas relacionadas con el tema de análisis de nuestro trabajo, razón por la cual se exhiben como antecedentes utilizando un criterio geográfico para organizarlas, donde presentaremos, en primer lugar, investigaciones internacionales que han sido llevadas a cabo en distintos puntos de América Latina; y, a continuación, se enunciarán los trabajos nacionales que guardan mayor cercanía con nuestra realidad de estudio.

En relación a nuestra variable constante, de deterioro cognitivo, hemos seleccionado una investigación, titulada: *“Relación entre educación, envejecimiento y Deterioro Cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa”*, que fue llevada a cabo por Abarca, J.C; Chino, B.N; Llacho, M.L y otros, en el año 2008 en Chile. El objetivo principal de la misma fue realizar una primera aproximación a las consecuencias del envejecimiento y el bajo nivel educativo sobre los procesos cognitivos. Para ello se evaluaron a 280 sujetos adultos mayores de tres distritos de la ciudad de Arequipa con el Examen Mental Abreviado (Mini Mental) y un cuestionario de variables sociodemográficas.

Los principales resultados obtenidos muestran una relación significativa entre la edad y el deterioro cognitivo observándose puntajes más bajos en sujetos con mayor edad; además se observó que los sujetos con mayor nivel educativo muestran puntajes más altos. En consecuencia, esta investigación se tomó en cuenta debido a que documenta la relación entre la educación y el deterioro cognitivo, mostrándonos como la primera sería un factor protector frente al segundo. En esta línea, nuestro estudio pretende orientarnos sobre el apoyo social percibido como factor positivo vinculado a la capacidad funcional autónoma del anciano en un contexto de deterioro cognitivo.

En lo que respecta al apoyo social, queremos mencionar un trabajo titulado: *“Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores”*, realizado

por Vera Noriega, J.A. et al, en el año 2005 en México. El objetivo principal del mismo fue analizar la variación del bienestar subjetivo en función de las estrategias de enfrentamiento, la percepción de apoyo social y variables demográficas.

A estos fines, se seleccionó una muestra de 160 sujetos – 80 hombres y 80 mujeres- en edades entre los 60 y 90 años, del estado de Sonora, a los que se les aplicó una escala de Bienestar subjetivo y una de estrategias de enfrentamiento, una entrevista estructurada de apoyo social y un cuestionario de datos sociodemográficos. Como resultado se encontró que hay una asociación positiva entre bienestar y edad avanzada, así como también entre bienestar subjetivo y apoyo social percibido, es decir que, se perciben con puntajes más altos de satisfacción las personas que reportan mayor apoyo social, una frecuencia más alta de contacto y una extensa red de vínculos. En relación con las estrategias de afrontamiento, se documenta que los adultos mayores presentan un enfrentamiento adaptativo relacionado con comportamientos instrumentales enfocados en la solución del problema o con reconstrucción cognitiva del problema con el fin de buscar el lado positivo de la situación. Esto funciona como mecanismo compensatorio frente a las posibles pérdidas que el anciano pueda experimentar en esta etapa de la vida.

Lo relevante del presente estudio se encuentra para nosotros en la relación que se muestra entre el apoyo social percibido y las estrategias de afrontamiento ante los problemas o situaciones estresantes como es el caso del Deterioro Cognitivo.

En lo referente al apoyo social y la capacidad funcional, una investigación sobre “*Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor*”, realizado por Cerquera y Cols. (2017) con el objetivo de describir el nivel de dependencia funcional y apoyo social percibido en el adulto mayor con dolor. Se trata de una investigación transversal descriptiva con muestreo no probabilístico por conveniencia con una muestra de 200 adultos mayores de Bucaramanga. Los instrumentos utilizados fueron: el cuestionario MOS, el índice

de Barthel y el cuestionario de dolor de McGill. Como principales resultados se obtuvo evidencia de que hay mayor prevalencia de mujeres, casadas, con edades entre 65 y 75 años, con nivel de escolaridad sin finalización de básica primaria. Los participantes describen su dolor como brusco (58, 5%), Cruel (71,5 %) y molesto (61%); en relación al apoyo percibido, la mayoría tiene altos niveles de apoyo social y el 86,5% son totalmente independientes.

Este estudio es importante porque nos orienta sobre el apoyo social percibido y la dependencia funcional del anciano, teniendo como constante el dolor. En nuestro trabajo, también tomamos como variable principal la capacidad funcional y pretendemos estudiar si existen diferencias significativas en relación al apoyo social percibido, teniendo como constante que se trata de sujetos con deterioro cognitivo.

En esta misma línea, una investigación titulada: “*Valoración funcional del adulto mayor relacionado con el abandono familiar*”, realizada por Fernanda Villarroel Vargas, Vicente Hernán Cárdenas Naranjo y Josefa Margarita Miranda Vázquez, en Ecuador en 2015, tuvo por objetivo establecer la relación entre la capacidad funcional del adulto mayor, con el abandono familiar. Para ello, se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal, donde participaron 70 adultos mayores del barrio La Calera Centro en Latacunga.

Los principales resultados reportaron abandono en el 75,7% de los adultos mayores, sobre todo aquellos de sexo femenino, entre los 65 y los 74 años. También hubo relación significativa entre capacidad funcional, edades geriátricas y ocupación, y de igual manera, la capacidad funcional y la estructura familiar fueron factores asociados al abandono.

Este aporte es relevante porque muestra la relación entre la capacidad funcional y el abandono familiar, que sería la contracara del apoyo social percibido; nuestro trabajo pretende vincular estas dos variables, pero en contexto de deterioro cognitivo.

En el ámbito nacional, hemos encontrado una revisión bibliográfica titulada “*Reserva Cognitiva: Revisión de su conceptualización y relación con la Enfermedad de Alzheimer*”. La

misma fue llevada a cabo por Carolina Cuesta, Florencia Carla Cossini y Daniel Gustavo Politis, en el año 2019, en Buenos Aires, tuvo por objetivo delimitar qué variables contribuyen a la formación de la reserva cognitiva y establecer su expresión en el desarrollo de la Enfermedad de Alzheimer.

Los principales resultados que se obtienen del análisis indican que la educación, las actividades de ocio, el estilo de vida, el estatus socioeconómico y la inteligencia son las principales variables que aportan a la formación de la reserva cognitiva. Los sujetos con alta reserva tienen menos prevalencia e incidencia de demencia y aquellos que lleguen a desarrollar la enfermedad lo harán a una edad más tardía y con mayor severidad de los síntomas.

Es decir, como conclusión general, se respalda la idea de que las variables que contribuyen a la formación de la reserva cognitiva son, principalmente, variables socio-ambientales. En este contexto, el apoyo social percibido podría cuadrar como una variable que aumente la reserva, mejorando la capacidad funcional del sujeto con deterioro cognitivo, razón por la cual esta revisión bibliográfica es relevante para nuestro trabajo.

En relación a la capacidad funcional en el territorio nacional, queremos subrayar los aportes realizados por María Eugenia Prieto Flores, con su trabajo titulado: *“Desigualdades sociales y geográficas asociadas a las limitaciones funcionales en la población mayor de Argentina”*; el mismo fue realizado en 2021, con el objetivo de analizar simultáneamente factores sociodemográficos, socioeconómicos y geográficos asociados a las limitaciones funcionales en las personas mayores de Argentina. Los datos se obtuvieron del Censo Nacional de Población, Hogares y Vivienda 2010 y se analizó la relación espacial entre la tasa de limitaciones estandarizada por edad y el nivel educativo y se utilizó un modelo multivariado de regresión logística, comparando la población mayor con y sin limitaciones.

Los principales resultados muestran que los departamentos con más bajos porcentajes de envejecimiento son las provincias más septentrionales y australes; mientras que, de forma opuesta, las regiones más envejecidas son la Pampeana y la Metropolitana, con departamentos en los que se supera el valor medio nacional del 10,2% y algunos en los que la proporción de personas mayores incluso alcanza el 20%. No obstante, estas regiones, cuentan con una menor prevalencia de limitaciones funcionales entre la población mayor. De forma contraria la región Noroeste, Noreste y Patagonia donde se concentran las tasas más altas de limitaciones en este grupo etario.

En términos generales, el porcentaje de personas con dificultades para realizar actividades de la vida diaria aumenta a medida que se envejece, y es superior en las mujeres que en los hombres. También varía con el nivel educativo, siendo significativamente más alta entre las personas mayores que no tuvieron acceso a estudios superiores a los de primaria. De forma paralela, aumenta entre quienes habitan en viviendas con condiciones deficientes de construcción y de conexión de servicios básicos. Asimismo, entre las personas mayores que carecen de obra social, prepaga o plan estatal, la tasa de limitaciones es superior a aquellos que disponen de una cobertura de salud.

También, las zonas rurales presentan proporcionalmente un porcentaje más elevado de personas mayores con limitaciones, en contraposición con las zonas urbanas.

En relación a esto último, también debemos resaltar un estudio titulado: *“Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbanos de la provincia de Misiones, Argentina”*. Este trabajo realizado en 2020 por Angélica Viviana Salinas, buscó identificar el riesgo de depresión y los factores sociales predisponentes en adultos mayores de ámbitos rurales y urbanos. Para este fin, se realizó un estudio descriptivo-comparativo, donde participaron 80 personas mayores de 65 años de

zonas rurales y urbanas del sur de la provincia de Misiones. La depresión fue evaluada con el GDS-15 y los factores predisponentes con una entrevista semiestructurada.

Como resultado se observó mayor propensión a la depresión en los adultos urbanos, con niveles que llegan hasta la depresión moderada en algunos casos. La diferencia se debería a que los adultos mayores urbanos, si bien tienen un nivel socioeconómico algo mejor, perciben menor apoyo social, experimentan mayor soledad, tienen un propósito en la vida menos claro y definido, y un menor sentido de espiritualidad que los adultos mayores de zonas rurales.

Las dos investigaciones precedentes son de importancia para el estudio que pretendemos realizar, ya que, nos muestran una vinculación entre las diferentes zonas geográficas de Argentina, y cada una de nuestras variables: limitaciones funcionales, y factores de riesgo psicosocial dentro de los que se encuentra el apoyo social percibido.

Otro trabajo vinculado a la satisfacción vital y la dimensión social del adulto mayor, fue realizado por Laura Débora Acosta, en el año 2018, titulado: *“Factores asociados a la satisfacción vital en una muestra representativa de personas mayores de Argentina”*. Esta investigación tuvo por objetivo analizar los factores asociados a la satisfacción vital de los adultos mayores, y su asociación con las características sociodemográficas, condiciones de salud, redes de apoyo y uso del tiempo libre, según el sexo. Para ello, se utilizaron datos de la Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores (ENCaViAM).

Según sus resultados, las variables relacionadas con una mayor satisfacción vital en hombres y mujeres fueron: mayor edad, menor nivel educativo, trabajar como voluntario en una organización de la comunidad, participar de viajes y paseos turísticos, reunirse con amigos y brindar ayuda a otras personas. Por otro lado, las variables relacionadas con menor satisfacción vital fueron: no vivir en pareja, presentar deficiencia visual o auditiva, autopercepción de salud negativa y diagnóstico de depresión.

Según la diferenciación por sexo, se observó que las mujeres tienen mayor satisfacción vital si son jubiladas o pensionadas; y en hombres, si realizan actividad física habitualmente. Por otro lado, se constató menor satisfacción vital en mujeres con dependencia (dificultades en la realización de las actividades de la vida diaria y en las actividades instrumentales de la vida diaria); y en hombres con autopercepción negativa de memoria, lo que se asocia a una baja performance en la función cognitiva que a la vez repercute en la habilidad para tomar decisiones y comunicarse, así como otras habilidades que comprometen la participación en actividades sociales, lo que afecta la satisfacción con la vida.

Por último, queremos destacar una investigación específicamente sobre las redes de apoyo social, que son el sostén de una de nuestras principales variables, el apoyo social percibido. Se trata de un estudio titulado: *“Composición de las redes de apoyo social en adultos mayores: comparación según grupo de edad”* que fue realizado en 2018 por Soliverez, Verónica Corina y Bonzzi Favro, Nahuel Ezequiel, y tuvo como objetivo comparar las redes de apoyo social de los adultos mayores, pertenecientes a dos grupos de edad, 60 a 70 años y de 80 a 90 años, en sus características estructurales y funcionales. Para tal fin se implementó un estudio no experimental, de tipo transversal, descriptivo/correlacional. La muestra estuvo constituida por 200 adultos mayores (100 hombres y 100 mujeres), residentes de la ciudad de Mar del Plata. El instrumento de recolección de datos fue la Entrevista Estructurada de fuentes de Apoyo Social de Vaux y Harrison.

Los resultados muestran que el tamaño de las redes varía significativamente, reduciéndose en el grupo de mayor edad. Las redes de los mayores tenían menos vínculos que los de mediana edad, pero los mismos no estaban desprovistos de apoyos, ya que presentaban mayor cantidad de vínculos positivos, se priorizan relaciones que promueve el bienestar y se evitan aquellas que son fuentes de conflicto.

Estas dos últimas investigaciones evidencian la importancia de la dependencia (imposibilidad de realizar actividades de la vida diaria) y la performance cognitiva, para la satisfacción vital del adulto mayor, y cómo ésta está también vinculada con la red de apoyo y sus características. Por tal motivo fueron seleccionadas ya que enmarcan el contexto más amplio de nuestro trabajo: cómo la capacidad funcional se vincula con el apoyo social percibido, a los fines de mejorar la calidad de vida en aquellos sujetos con deterioro cognitivo.

El recorrido bibliográfico planteado no pretende ser exhaustivo, sino destacar aquellas investigaciones que más relevancia tienen para nuestro trabajo que pretende estudiar la *“Capacidad Funcional y Apoyo Social Percibido, en adultos mayores de 65 años con Deterioro Cognitivo leve, de la ciudad de La Paz”*. A su vez, es importante subrayar que los trabajos encontrados tratan una u otra variable, pero que no se han encontrado investigaciones que aborden específicamente nuestro objeto de estudio, razón por la cual este se constituye en un asunto de vacancia a investigar en el campo de la Psicología.

### **Marco Teórico Preliminar.**

En este punto se enumeran los conceptos y términos utilizados en el proceso de investigación en torno al objeto de estudio. Las categorías que se proponen para la investigación son: Demencia y Teoría de la Discontinuidad, Capacidad Funcional, y apoyo social percibido y vínculos en el adulto mayor; las que son descriptas a continuación.

#### **Concepto de Demencia**

El deterioro cognitivo es toda alteración de las capacidades mentales superiores (la memoria, juicio, razonamiento abstracto, concentración, atención, praxias), que comporta implícitamente una serie de limitaciones en referencia a la autonomía y calidad de vida de los ancianos afectados (Franco y Criado, 2002). Es importante mencionar que, en contra de la creencia popular, esta es una enfermedad, no es una consecuencia natural o inevitable del envejecimiento (OMS, 2015).

En términos del DSM IV (1994) esta patología implica un deterioro de la memoria, y alguna de las siguientes alteraciones: afasia, apraxia, agnosia y deficiencia en las funciones ejecutivas.

Los criterios de Demencia no sólo exigen una pérdida cognitiva, sino que requieren también una repercusión funcional de la misma, así, los sujetos diagnosticados con pérdida cognitiva erróneamente, no cumplirán este segundo criterio (Carnero Pardo, 2000). En esta línea se puede definir el deterioro como la alteración o disminución de las habilidades adaptativas que son propias de la capacidad intelectual del sujeto (Franco y Criado, 2002).

También se tiene conocimiento que las personas que reciben pocos estímulos del entorno, padecen más rápidamente el declive de sus facultades mentales que personas expuestas a grandes estimaciones sensoriales, es decir, entre mayor estimación cognitiva, mayor autonomía tendrá la persona (Jara Madrigal, 2007).

## **Teoría de la Discontinuidad, Reserva Cerebral y Reserva Cognitiva**

La teoría de la discontinuidad, en el campo de las demencias, da cuenta de que, en algunos casos, la severidad de la patología no se correlaciona con el daño cerebral (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004). Se hipotetiza que esto sucede debido a la existencia de un umbral de tolerancia fisiopatológica el cual, una vez traspasado, da lugar a la manifestación sintomatológica de la enfermedad (Cuesta, Cossini y Politis, 2019). La discontinuidad entre la patología de la enfermedad y la severidad con que se manifiesta, es donde intervendría la Reserva Cognitiva (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004). Este concepto permite explicar que, a iguales cantidades de daño histopatológico en dos sujetos, uno se muestre más demenciado que otro, pero no lo protege contra el proceso patológico subyacente (Abarca et al. 2008). Para un mismo nivel funcional, los sujetos con mayor reserva presentan una atrofia cerebral más importante, es decir, han soportado mayor carga lesional (Carnero Pardo, 2000). Como el daño cerebral sigue avanzando, al hacerse observables las manifestaciones neuropsicológicas, la progresión y declive en el sujeto se experimentan con una mayor rapidez (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004).

Según Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez (2004), la Reserva es la habilidad del cerebro para tolerar mejor los efectos de la patología asociada a la demencia. Dicho de otro modo, es un proceso que permite la activación de conexiones sinápticas adicionales y nuevas redes neurales para un afrontamiento de mayor eficacia frente a las demandas del ambiente.

Podemos mencionar dos modelos teóricos que explican el concepto de reserva como protección frente a ciertas patologías: los modelos activos y los pasivos. La Reserva Cerebral es uno de los modelos pasivos con mayor evidencia; el cerebro del sujeto recibe “pasivamente” la patología y, según las características propias de cada individuo, va a soportar sus manifestaciones de manera más o menos tolerable (Cuesta, Cossini y Politis, 2019).

La Reserva Cognitiva se encuentra dentro de los modelos activos que parten de la idea de que son las experiencias aprendidas a lo largo de la vida las que van a permitir soportar las consecuencias de la enfermedad a través de mecanismos de compensación (Cuesta, Cossini y Politis, 2019). Ambos modelos son complementarios y están interrelacionados.

La capacidad cognitiva de cada sujeto está en parte determinada genéticamente, pero su desarrollo depende en gran medida del ambiente y la conducta (Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014). En este sentido, es importante mencionar que la Reserva Cognitiva no es estable, sino que cambia a lo largo del tiempo (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004) y está directamente relacionada con el nivel educativo y con el grado de estimulación cognitiva que mantenga a lo largo de su vida (Villalba Agustín y Espert Tortajada, 2014). La educación funciona como factor protector contra el deterioro cognitivo, ya que puede mejorar la Reserva Cognitiva en sus dos aspectos: aumentando el número de neuronas y la densidad sináptica; y paralelamente, conlleva una mayor estimulación y adquisición de mejores estrategias cognitivas y compensatorias (Carnero Pardo, 2000).

### **La Capacidad Funcional en el Adulto Mayor**

La funcionalidad ubicada como parte de la valoración geriátrica y gerontológica ha venido tomando fuerza conforme pasa el tiempo (Segovia Díaz de León y Torres Hernández, 2011).

La Organización Mundial de la Salud (2001), mediante la Clasificación Internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la Salud, considera que el funcionamiento de un individuo en un dominio específico se entiende como una relación compleja o interacción entre la condición de salud y los factores contextuales. En otras palabras, la capacidad funcional del adulto mayor es definida como el conjunto de habilidades físicas, mentales y sociales que permiten al sujeto la realización de las actividades que exige su medio y/o entorno (Segovia Díaz de León y Torres Hernández, 2011). Esta capacidad está relacionada

con la condición de un individuo de desarrollar actividades cotidianas normales sin fatiga y de forma segura e independiente. (Cossio Bolaños et al, 2016).

Entonces, la valoración geriátrica integral de la capacidad funcional implica la valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD). Las primeras, son aquellas actividades orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo (Segovia Díaz de León y Torres Hernández, 20011), entre ellas están el baño, aseo, uso del retrete, la movilidad, la capacidad de comer y de vestirse. Estas actividades son las últimas en perderse (Villarroel Vargas y cols., 2017). Por su parte, las AIVD presentan mayor complejidad para su ejecución, por lo general permiten que la persona viva autónoma en la sociedad, estas actividades pueden clasificarse en actividades domésticas (limpiar, lavar, cocinar y comprar) y no domésticas o comunitarias (manejo de dinero, control de la medicación, uso de transporte y teléfono) (Villarroel Vargas y cols., 2017).

El deterioro funcional es común en el adulto mayor, donde existen causas potenciales que contribuyen al mismo, como los cambios relacionados con la edad y/o enfermedades (Segovia Díaz de León y Torres Hernández, 20011). Consideramos, entonces, la existencia de tres factores principales que determinan la capacidad funcional: a) Factores fisiológicos como, por un lado, el estado mental, que implica un uso correcto de las funciones mentales superiores y estado de conciencia, por el otro, el deterioro físico, producto del envejecimiento, que provoca cambios en todos los sistemas y órganos que se traducen en problemas visuales, auditivos, fatiga física, entre otros; b) Factor patológico, como la presencia de alguna enfermedad; c) Factor social, vinculado al estilo de vida del adulto mayor, las actividades, rutina y costumbre, así como su red de vínculos y nivel de satisfacción de los mismos (Romero Quiquia, 2011).

Resumiendo, la salud funcional es medida por las ABVD y las AIVD (Villarroel Vargas y cols., 2017) y la contracara de la capacidad funcional es la existencia de la deficiencia (funcional o estructural) y/o limitación en la actividad, y/o restricción en la participación que generan discapacidad y dependencia (Díaz de León y Torres Hernández, 2011). La discapacidad se define como la dificultad experimentada por una persona para desarrollar actividades de la vida diaria y roles sociales como consecuencia de limitaciones en el funcionamiento físico, mental o sensorial (Prieto Flores, 2021).

### **El Apoyo Social Percibido y los Vínculos del Adulto Mayor**

El modelo de apoyo social sostiene que la participación activa en los espacios sociales y la integración familiar y comunitaria incrementan el bienestar y elevan la calidad de vida (Arias, 2009). Las fuentes de apoyo instrumental y emocional son indispensables para el bienestar del anciano. Ambas fuentes se encuentran en personas de mucha confianza y su presencia en la red social del anciano parece actuar como un mecanismo protector reduciendo la ansiedad y la tensión, además de afirmar los sentimientos de valor personal y autoestima en la tercera edad (Vera Noriega et al., 2005).

El apoyo social es un constructo multidimensional que posee una perspectiva estructural y una perspectiva funcional. Desde la perspectiva estructural se enfatiza la noción de red social, que son los vínculos identificados y cuantificados que la persona posee, mientras que el apoyo social hace referencia a las funciones que desempeñan esa red y sus efectos en el bienestar del sujeto (Soliverez y Bossi Favro, 2018). Entonces, la red de apoyo social está conformada por un conjunto restringido de relaciones familiares y no familiares que brindan alguna clase de apoyo. Aunque la persona no recibe permanentemente estas ayudas, puede disponer de ellas en situaciones críticas o para desarrollar soluciones creativas frente a conflictos y problemas (Arias, 2009).

Por lo antes expuesto es necesario diferenciar entre el apoyo social recibido y el percibido. El apoyo recibido se refiere a la dimensión objetiva, es decir, a la cantidad de ayuda que la persona ha recibido en un período de tiempo determinado. Mientras que el apoyo social percibido refiere a dimensión subjetiva, e incluye un componente cognitivo y una evaluación del apoyo. Es decir, se consideran tanto las creencias que posee el sujeto en relación a las diversas fuentes de apoyo, como la valoración que hace de ellas y del apoyo percibido en términos de satisfacción y adecuación a sus necesidades (Clemente, 2003).

Las redes de apoyo social varían durante el curso vital y lo que sucede probablemente en la vejez es que la red tienda a disminuir su tamaño y más aún en edades más avanzadas, en las que los apoyos pueden resultar insuficientes cuando la necesidad de los sujetos se ve incrementada (Soliveréz y Bossi Favro, 2018).

Se podría considerar a la soledad como la cara opuesta del apoyo social satisfactorio, tomándola como un fenómeno asociado a la calidad de las relaciones interpersonales. Es decir, el fracaso en la obtención de apoyo social genera sentimientos de soledad (Clemente, 2003). La soledad es el problema de carácter no físico que más preocupa al adulto mayor (Vera Noriega et al., 2005).

## **Maco Metodológico.**

### **Tipo de Investigación**

La investigación propuesta, según sus objetivos, es del tipo Descriptivo-Correlacional. Según Arias (2012), en estos estudios, primero se miden las variables y luego, mediante pruebas de hipótesis correlacionales y la aplicación de técnicas estadísticas, se estima la correlación. Es decir, su finalidad es determinar el grado de relación o asociación (no causal) existente entre dos o más variables, en este caso, entre la capacidad funcional autónoma del adulto mayor y el nivel de apoyo social percibido.

Según la temporalidad, se trata de un estudio transversal, ya que, las mediciones que nos permitieron explicar la relación entre las variables, se realizaron en un momento determinado y de una sola vez (Arias, 2012). En este caso, todos adultos mayores fueron evaluados durante el año 2022, en el período Junio – Octubre

Considerando el tipo de fuente, puede clasificarse como una investigación de campo, ya que la recolección de datos se obtuvo directamente de los sujetos investigados sin manipular o controlar ninguna variable, es decir, sin alterar las condiciones existentes (Arias, 2012).

### **Muestra**

La muestra estuvo constituida por 30 casos de adultos mayores que hayan sido diagnosticados con algún tipo de deterioro cognitivo o demencia, en estadio leve. Para lograrla, se utilizó un muestreo no probabilístico de tipo accidental. En este tipo, las muestras se forman por elementos que se reúnen casualmente por la ocurrencia de ciertos fenómenos particulares, o porque forman grupos de fácil acceso (Arias, 2012); en este caso, aquellos adultos mayores que hayan concurrido al CEM “Centro de Especialidades Médicas”, de la ciudad de La Paz, y hayan recibido un diagnóstico de demencia leve en los últimos 2 años.

De esta manera, se constituyó una muestra no probabilística de tipo accidental, de 30 participantes.

Los criterios de inclusión en la muestra fueron:

- Toda persona, varón o mujer de 65 años o más, que acudió al CEM, “Centro de Especialidades Médicas”.
- Que hayan sido diagnosticadas con Deterioro cognitivo o Demencia, en fase leve, en los últimos 2 años.
- Que accedieron voluntariamente a responder a los instrumentos.

Los criterios de Excusión fueron:

- Toda persona, varón o mujer, menor a 65 años.
- Que no poseían diagnóstico de Demencia, o que no se encontraban transitando la fase leve de la patología.
- Que poseían un diagnóstico de demencia de larga data, superior a los 2 años.

### **Técnica de Recolección de datos**

Teniendo en cuenta que las técnicas o instrumentos de recolección de datos son un conjunto de reglas y operaciones concretas que guían el uso de instrumentos aplicados para recoger información; en este trabajo de investigación los datos fueron recabados a través de tres instrumentos. Por un lado, para medir la capacidad funcional se utilizó: la escala de Lawton y Brody y el índice de Barthel; y para medir la otra variable se utilizó el cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido.

La escala de Lawton y Brody es un instrumento ya validado en el año 1969, desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia, para población adulta mayor, institucionalizada o no, con objeto de evaluar autonomía física y las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). Tiene coeficiente de reproductividad inter e intra

observador alto (0.94). Esta escala consta de 8 ítems de actividades instrumentales de la vida diaria, que reciben puntaje de 0-1, y luego se procede a la sumatoria total obtenida, donde un total de 0 puntos indica Máxima Dependencia y un total de 8 puntos: Independencia Total (Velazco et. al, 2015).

En esta misma línea, el Índice de Barthel es una medida geriátrica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades básicas de la vida diaria (AVD). Las actividades incluidas en el índice original son diez: comer, trasladarse entre la silla y la cama, aseo personal: uso del retrete, bañarse/ ducharse, desplazarse, subir/bajar escaleras, vestirse/desvestirse, control de heces y control de orina. Las actividades se valoran de forma diferente, pudiéndose asignar 0, 5, 10 o 15 puntos. Los resultados discriminan diversos niveles de dependencia, considerando como máxima independencia un resultado de 100 puntos (90 para personas en silla de ruedas), y significa independencia en todos los ítems; dependencia leve con puntuación igual o superior a 60 puntos; dependencia moderada de 40 a 55 puntos; dependencia severa de 20 a 35 puntos; y dependencia total con menos de 20 puntos (Ruzafa y Moreno, 1997).

Para la evaluación de la variable de apoyo social percibido, se utilizó el cuestionario MOS, que es un instrumento desarrollado por Sherbourne y cols. en pacientes participantes del *Medical Outcomes study (MOS)*. Este instrumento fue validado en nuestro país en el año 2007 (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007) y cuenta con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0,97 para la puntuación total. Está constituido por 20 ítems, el primero dimensiona el número de amigos íntimos y familiares cercanos que tiene el entrevistado, mide el tamaño de la red social; los demás se estructuran de acuerdo a la escala de Likert que puntúa de 1 (nunca) a 5 (siempre). Se conforman en cuatro escalas que miden:

- a. Apoyo emocional: ítems 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19. Puntuación máxima: 40, media: 24 y mínima: 8.

b. Ayuda material o Instrumental: ítems 2, 3, 12 y 15. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

c. Relaciones sociales de ocio y distracción: ítems 7, 11, 14 y 18. Puntuación máxima: 20, media: 12 y mínima: 4.

d. Apoyo afectivo referido a expresiones de amor y cariño: Ítems 6, 10 y 20. Puntuación máxima: 15, media: 12 y mínima: 4.

El índice global máximo de apoyo social es de 95, con un valor medio de 57 y un mínimo de 19 (Rodríguez Espínola y Enrique, 2007).

### **Procedimientos de Recolección de Datos**

Una vez seleccionados los casos de aquellos sujetos que cumplen con los criterios de inclusión en nuestra muestra, se procedió a contactarlos telefónicamente para proporcionarles información sobre los días, horarios y lugar donde se procedería a la administración de los test seleccionados. En este primer contacto se les anticipó de qué se trata la investigación y se les permite expresar su deseo de participación.

En el encuentro posterior, se les explicó, en primer lugar, los objetivos principales de la investigación y se asumió el compromiso de confidencialidad y de uso responsable de los datos. Es decir, que los datos obtenidos mediante las pruebas son confidenciales, que sólo el investigador y sus colaboradores tienen acceso a ellos; y que, además, sólo se usarán a los fines de la investigación.

En segundo lugar, se les comentó que la participación es voluntaria, y que, si se está dispuesto, debe efectivizarse ese consentimiento por escrito, es decir, se procedió a la firma de un consentimiento informado (Ver **anexo I**).

Por último, se les aplicaron los tres cuestionarios seleccionados como instrumentos para la investigación: el índice de Barthel, Escala de Lawton y Brody y el cuestionario MOS

(Ver **anexo II**); todo esto, en un único encuentro de aproximadamente 30 minutos de duración.

### **Plan de Tratamiento y Análisis de Datos**

El procesamiento y análisis estadístico de los datos se realizó utilizando el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versión 25, estableciendo un nivel de significación estadística inferior a .05.

En primer lugar, se llevaron a cabo análisis descriptivos de la muestra, a fin de obtener las frecuencias y medias, en relación a la edad, sexo y la situación de convivencia, para saber si los participantes vivían solos o no. Esto nos permitió conocer las características sociodemográficas generales de nuestra muestra.

Seguidamente, se realizó análisis de estadística descriptiva básica sobre las diversas medidas de capacidad de funcionamiento y de apoyo social percibido con el objetivo de conocer los niveles con que se presentan en los distintos sujetos.

El análisis de los datos obtenidos a partir de las pruebas se llevó a cabo mediante el Coeficiente de correlación de rangos de Spearman, esta prueba estadística nos permite conocer la dirección de la correlación, en caso de que exista, entre las dos variables ordinales, y su magnitud.

## Resultados

La descripción de las variables independientes (Sexo y edad) de nuestra población de estudio las encontramos en la tabla 1, donde podemos observar que el 80% de los sujetos encuestados corresponde a mujeres, y el 20% a los hombres; y en la tabla 2 que nos muestra que la media de edad es de 76 años, no obstante, la moda es de 65.

**Tabla 1**

*Sexo del Encuestado*

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Masculino	6	20
Femenino	24	80
Total	30	100

**Tabla 2**

*Edad del Encuestado*

Medida de Tendencia Central	Edad
Media	76
Mediana	77
Moda	65

Comenzando con el análisis comparativo, y en relación a los objetivos específicos de nuestra investigación, nos disponemos a caracterizar, en primer lugar, la capacidad funcional de los sujetos, cuya evaluación integral implica la valoración de las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) y las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), la tabla 3, que se presenta a continuación, deja en evidencia que el 23,3% de los sujetos conserva aún su independencia en cuanto a las ABVD y a las AIVD; el 10% es independiente en las ABVD pero presenta una dependencia leve en AIVD; el 36,7% tiene una dependencia leve tanto en ABVD como en AIVD; el 13,3% tiene una dependencia leve en ABVD pero moderada en

AIVD y el 6,7 % tiene una dependencia leve en los que respecta a ABVD pero grave en cuanto a las AIVD. Es importante destacar que, en contraste con los resultados anteriores, hay un 10% de los adultos mayores evaluados que conserva su independencia en AIVD pero presenta una dependencia leve en ABVD.

**Tabla 3**

*Capacidad Funcional: AIVD y ABVD*

Capacidad de AIVD	Capacidad de ABVD	
	Dependencia Leve	Independencia
Dependencia Grave	6,7%	-
Dependencia Moderada	13,3%	-
Dependencia Leve	36,7%	10%
Independencia Total	10%	23,3%

En lo concerniente a la otra variable de nuestro interés, que es el apoyo social percibido, el contenido de la tabla 4, nos muestra que, en mayor medida, nuestra población de estudio percibe un apoyo social alto (n= 73,3%) por parte de su red de vínculos, mientras que solo el 20% percibe un bajo nivel de apoyo general.

**Tabla 4**

*Nivel de Apoyo Global*

Nivel de Apoyo Global	%
Máximo	3,3
Alto	73,3
Medio	3,3
Bajo	20,3

Tomando en consideración otros elementos que hacen al apoyo social percibido, como son la cercanía física de la red de vínculos y el tamaño de la misma, podemos mencionar que, en lo que respecta a la situación de convivencia de los sujetos el 56,7% de los encuestados no convive con otra persona, es decir, vive solo, y el 43,3% vive con al menos una persona. Por otro lado, la tabla 5 nos muestra que, en lo que refiere al tamaño de la red de vínculos, el 36,7% de los sujetos pueden reconocer al menos 10 referentes socio-afectivos entre personas íntimas y familiares cercanos, mientras que el 33,2 % tiene una red entre 10 y 20 personas, y el 30 % restante, una red extensa, superior a 20 personas. Las medidas de tendencia central, por su parte, muestran una media de 16 y una moda de 10.

**Tabla 5**

*Tamaño de la red de vínculos.*

Cantidad de Personas de la Red de Vínculos	%	Total Acumulado (%)
4	3,3	3,3
5	6,7	10,0
7	6,7	16,7
8	3,3	20,0
10	16,7	36,7
13	3,3	40,0
14	3,3	43,3
15	13,3	56,7
19	3,3	60,0
20	10,0	70,0
23	3,3	73,3
25	13,3	86,7
30	6,7	93,3
35	6,7	100,0

Para corroborar nuestra hipótesis, en primera instancia se asociaron los puntajes obtenidos mediante el Índice de Barthel, con el apoyo social global obtenido mediante el test de Apoyo Social Percibido, lo que arrojó un resultado ( $\beta= 0,134$ ;  $p>.05$ ), por lo que no podemos decir que hay una relación significativa entre la capacidad de realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y el nivel de Apoyo social Percibido en nuestra muestra de estudio; tal como se puede apreciar a continuación en la tabla 5.

**Tabla 6**

*Correlación (Rho de Spearman): apoyo social percibido y capacidad en ABVD*

Operación Utilizada	Variables	Coeficientes	Apoyo General	Capacidad de ABVD
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	1,000	-,280
Rho de Spearman	Apoyo General		.	,134
		N	30	30
		Coeficiente de correlación Sig. (bilateral)	-,280	1,000
	Capacidad de ABVD		,134	.
		N	30	30

Nota: la Correlación no es significativa ( $\beta= 0,134$ ;  $p>.05$ ).

No obstante, hemos relacionado en la tabla 6, el nivel de significación entre las variable de capacidad funcional en lo que respecta a actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD), y el apoyo social global, obteniendo un valor de significancia de ( $p > 0,01$ ) por lo que existe suficiente evidencia estadística para afirmar que la capacidad funcional en cuanto a AIVD está significativamente relacionado con el nivel de Apoyo social percibo; además, este coeficiente de relación de Spearman= - 0,504, indica que existe una relación negativa entre ambas variables.

**Tabla 7**

*Correlación (Rho de Spearman): Apoyo Social Percibido y Capacidad en AIVD*

Operación Utilizada	Variables	Coeficiente	Apoyo General	Capacidad de AIVD
Rho de Spearman	Apoyo General	Coeficiente de correlación	1,000	-,504**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	30	30
	Capacidad de AIVD	Coeficiente de correlación	-,504**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	30	30

Nota: La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

### **Discusión, Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones**

En primera instancia, el análisis de las variables independientes: sexo y edad, nos permite observar que, en cuanto a la edad, la moda es 65, lo que implica que la mayoría de los sujetos que han realizado su consulta médica por la aparición de las primeras quejas cognitivas, y han sido diagnosticados con deterioro cognitivo leve, tienen 65 años, que es la edad donde, según el DSM IV (1994) aumentan exponencialmente las probabilidades de inicio del deterioro cognitivo. Por otro lado, en lo que tiene que ver con el sexo, podemos confirmar también la mayor prevalencia en mujeres, con un porcentaje que asciende al 80% de los casos analizados.

Ahora bien, centrándonos en el objetivo principal de este estudio, que fue comparar la capacidad funcional en adultos con deterioro cognitivo leve, con el nivel de apoyo social percibido; a partir de los resultados obtenidos, podemos inferir, en términos generales, que la mayoría de los adultos mayores, el 36,7 % de nuestra población, tiene una dependencia funcional leve, en lo que respecta tanto a actividades básicas como instrumentales de la vida diaria concomitante con el diagnóstico que presentan; y en lo relativo al apoyo social percibido, en mayor medida es alto, en el 73,3% de los casos.

En primer lugar, debemos resaltar que deterioro cognitivo y capacidad funcional en términos generales, sí están estrechamente ligados. El diagnóstico de deterioro cognitivo requiere, por definición, un impacto en la capacidad funcional, es decir, la pérdida de capacidad está vinculada y es condición *sine qua non* del diagnóstico de deterioro cognitivo (Carnero Pardo, 2000).

Sin embargo, hay que tener en cuenta otros elementos como la Reserva cognitiva y el hecho de que la Capacidad Funcional hace referencia a los dos tipos de capacidades, tanto las Básicas como las Instrumentales de la vida diaria.

En relación al primer elemento, que es el concepto de reserva cognitiva, definimos el mismo como el proceso mediante el cual se llevan a cabo soluciones alternativas cuando las respuestas aprendidas no son eficaces (Cuesta, Cossini y Politis, 2019), no obstante, cuando hay diagnóstico, es allí donde la reserva cognitiva llega a su límite, y aparecen los síntomas que nos permiten establecerlo, así como también el impacto negativo sobre la capacidad funcional (Rodríguez Álvarez y Sanches Rodríguez, 2004). Por ello, en nuestro estudio no hemos tenido en cuenta la edad cronológica de nuestra población, sino que hemos tomado una franja etaria amplia, pero con un denominador común: que el deterioro cognitivo sea leve.

Además de esto, debemos diferenciar, en nuestra población de estudio, sobre qué vertiente de la capacidad funcional recae la afectación propia de diagnóstico, es decir, si sobre las actividades Básicas o las Instrumentales de la vida diaria.

En lo que respecta a las ABVD, podemos afirmar que no existe una relación significativa entre la capacidad de ejecución de estas, y el apoyo social que percibe el adulto mayor con deterioro cognitivo leve. En otras palabras, no existen diferencias en la capacidad funcional en las ABVD de aquellos adultos mayores con deterioro cognitivo leve que perciben apoyo social y aquellos que no, razón por la cual las diferencias funcionales en este tipo de actividades siguen más ligadas a la severidad del diagnóstico que a variables de otra índole.

Los resultados obtenidos nos muestran que, la capacidad de ejecución de ABVD es, entonces, un factor independiente del apoyo social percibido, y esto se debe a que se trata de actividades elementales, orientadas hacia el cuidado del propio cuerpo (Segovia Díaz de León y Torres Hernández, 20011), con una función de supervivencia individual y que, por lo tanto, son las últimas en perderse (Villaroel Vargas y cols., 2017).

Ante este panorama vemos parcialmente refutada nuestra hipótesis de trabajo, sin embargo, un 10% de nuestra población de estudio, presenta mayor pérdida de capacidad en ABVD que en AIVD. Esto podría explicarse, teniendo en cuenta que las AIVD, si bien son más complejas, se trata de actividades orientadas al funcionamiento autónomo de la persona en la sociedad, es decir, por naturaleza, tienen una vertiente más social. Por ello, y apoyándonos en antecedentes bibliográficos, se evidencia nuevamente que el apoyo social favorece el estado de salud y la percepción de seguridad en los adultos mayores que se traduce en menos declive del funcionamiento (Cancino et al., 2018).

Entonces, sostenemos que existe una relación significativa entre la capacidad funcional, en lo que refiere a la ejecución de las AIVD, y el apoyo social percibido, por lo que podemos inferir que en aquellos casos donde las AIVD se ejecutan con mayor éxito que las ABVD, influye de manera significativa este apoyo.

El apoyo social percibido, justamente, hace alusión a la seguridad por parte del individuo, de la disponibilidad de apoyo una vez que lo solicite (Cerquera y cols., 2017), ya sea para la satisfacción de sus necesidades prácticas, necesidades de información o emocionales (Vera Noriega et al., 2005). Poniendo el foco en lo que refiere específicamente a las AIVD, se evidenció la necesidad de colaboración de otras personas para su ejecución (Villaroel Vargas y cols., 2017), por lo que, contar con redes sólidas que le brinden apoyo, le permite al adulto mayor, por un lado, alcanzar la tarea con éxito y mantener la capacidad funcional, y por otro, aumentar su percepción de apoyo social.

En lo atinente al tamaño de la red de vínculos, sabemos que éstas se modifican a lo largo de la vida, lo que puede repercutir en las funciones de apoyo que proporcionan. En los adultos encuestados, la media del tamaño de la red es de 16 personas, y en el 73,3 % de los casos el apoyo global percibido es alto, lo que coincide con investigaciones anteriores que

sostienen que en los adultos mayores las redes tienen un tamaño medio, pero que resultan adecuadas, es decir, que pueden brindar el apoyo necesario en caso de ser requerido (Soliveréz y Bossi Favro, 2018). Y esta efectividad no está vinculada a cercanía de la red, sino a percepción de disponibilidad, ya que el 56,7% de los encuestados no convive con otra persona.

Los resultados obtenidos nos muestran, sin lugar a dudas, una relación significativa entre la capacidad funcional en cuanto a AIVD y el apoyo social percibido, pero ésta es negativa, es decir, cuanto menor es nivel de capacidad de realización de AIVD, mayor es el apoyo social percibido por el adulto mayor, lo que le permite suplir las limitaciones. Dicho de manera inversa, cuando mayor es la capacidad de ejecución de las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria, menor es la demanda del adulto mayor a su red de vínculos y por lo tanto menor es el apoyo social que percibe, más allá de que este apoyo instrumental esté disponible. De esta manera se confirma parcialmente nuestra hipótesis, ya que hay relación entre las variables, pero con una dirección opuesta a la que esperábamos encontrar.

La principal contribución que hace este estudio al campo de la Psicología es aportar evidencia de que la capacidad funcional en relación a las AIVD está vinculada al apoyo social percibido. Esto nos alienta a apuntalar el trabajo sobre la red de vínculos en el paciente con deterioro cognitivo, a los fines de hacerlas más efectivas, optimizando el apoyo que brindan para poder mantener la capacidad funcional y reducir el impacto negativo que tiene esta patología sobre la calidad de vida del adulto mayor, teniendo en cuenta que se trata de un diagnóstico que es crónico y, de por sí, progresivo.

En cuanto a las limitaciones del estudio, cabe resaltar que los análisis fueron realizados en una muestra relativamente pequeña, seleccionada por un muestreo no probabilístico de tipo accidental, donde quizás la distribución de las categorías no es

homogénea, y esto puede afectar la interpretación razonable de los resultados. En segundo lugar, hay que tener en cuenta, que no se aportan mayores datos sobre la situación socioeconómica de los encuestados, lo que constituye una limitación porque que no hay una distribución homogénea de las categorías, ya que, se trataría de todos adultos mayores con acceso a la consulta neurológica privada, lo que denota de por sí cierto nivel de ingresos económicos, posibilidades de traslado y acompañamiento, entre otras variables de las que no se aportan datos; pero también, porque existen evidencias previas de que el nivel educativo, las condiciones de vivienda, conexión a servicios básicos y el acceso a obra social, se relacionan con el nivel de limitaciones funcionales (Prieto Flores, 2021) y el rendimiento en la cognición (Cuesta, Cossini y Politis, 2019), independientemente de la presencia de deterioro cognitivo.

Por lo antes mencionado, invitamos a desarrollar futuras líneas de investigación, ya sea desde el ámbito de la Psicología o desde otras ciencias, ampliando la mirada interdisciplinaria, y extendiéndonos a otros contextos socio-económicos, con el objetivo de poder perfeccionar las intervenciones no farmacológicas, que permitan el funcionamiento del paciente, ya sea en AIVD y ABVD, por un período de tiempo más prolongado, favoreciendo el envejecimiento activo por medio de la compensación cognitiva y funcional y mejorando la calidad de vida del mismo y, por añadidura, evitando la sobrecarga de los cuidadores, al menos en las primeras etapas de la patología, no obstante sabemos que las demandas del paciente se incrementan conforme avanza el deterioro.

## Referencias

- Abarca, J., Chino, B., Llacho, M., González, K., Mucho, K., Vázquez, R., Cárdenas, C. y Soto, M. (2008). Relación entre educación, envejecimiento y deterioro cognitivo en una muestra de adultos mayores de Arequipa. *Revista Chilena de Neuropsicología*, 3(1), 7-14. <https://www.redalyc.org/pdf/1793/179317752002.pdf>
- Acosta, L. D. (2018). Factores asociados a la satisfacción vital en una muestra representativa de personas mayores de Argentina. *Hacia Promoción Salud*, 24 (1), 56- 69. DOI: 10.17151/hpsal.2019.24.1.6
- Arbizu Barrena L, Ezcurra M, Gisler D, Lugrin D, MacIntyre B, Morán C, Saez J, Sagaria B, Salomón L, Seery E, Turun Barrere J, Ostolaza M. (2021). Traducción y adaptación transcultural de la versión argentina del Índice de Barthel. *AJRPT*, 3(3), 18-26. <https://revista.ajrpt.com/index.php/Main/article/view/181/148>
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders (4ª Ed)*. Washington, Estados Unidos.
- Arias, C. F. (2009). La red de apoyo social en la vejez. Aportes para su evaluación. *Revista de Psicología da IMED*, 1 (1), 147–158. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5154987>
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación: Introducción a la metodología científica* (6ª Ed.). Episteme.
- Cancino, M., Rehbein Felmer, L y Ortiz, M. (2018). Funcionamiento cognitivo en adultos mayores: rol de la reserva cognitiva, apoyo social y depresión. *Revista Médica de*

*Chile*, 146 (3), 315-322. [https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872018000300315&script=sci\\_arttext&tlng=en](https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?pid=S0034-98872018000300315&script=sci_arttext&tlng=en)

Canto Pech, H. y Castro Rena, E. (2004). Depresión, autoestima y ansiedad en la tercera edad: un estudio comparativo. *Enseñanza e investigación en Psicología*, 9(2), 257-270.  
<https://www.redalyc.org/pdf/292/29290204.pdf>

Carnero- Pardo, C. (2000). Educación, demencia y reserva cerebral. *Revista de Neurología*, 31(6), 584-592. [https://www.researchgate.net/profile/Cristobal\\_Carnero-Pardo/publication/12271775\\_Education\\_dementia\\_and\\_cerebral\\_reserve/links/0912f50dae05a0456a000000/Education-dementia-and-cerebral-reserve.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Cristobal_Carnero-Pardo/publication/12271775_Education_dementia_and_cerebral_reserve/links/0912f50dae05a0456a000000/Education-dementia-and-cerebral-reserve.pdf)

Cerquera, M. A., Uribe Rodríguez, A. F., Matajira Camacho, Y. J., y Delgado Porras, M. P. (2017). Apoyo social percibido y dependencia funcional en el adulto mayor con dolor. *Diversitas*, 13(2), 215-227.  
<https://pdfs.semanticscholar.org/f8dc/e9e022a3916bf1f8f608ec9c3890f126c8dc.pdf>

Clemente, M. A. (2003). Redes sociales de apoyo en relación al proceso de envejecimiento humano. Revisión bibliográfica. *Interdisciplinaria*, 20 (1), 31-60.  
<https://www.redalyc.org/pdf/180/18020103.pdf>

Cossio Bolaños, M., Sáez Selaivee, R., Luarte Rocha, C., Lee Andruske, C. y Gómez Campos, R. (2017). Capacidad funcional de adultos mayores según cambios estacionales. *Nutrición clínica y dieta hospitalaria* 37(2), 83-88. DOI: 10.12873/372cossio

Cuesta, C., Cossini, F. C., Politis, D. G. (2019). Reserva Cognitiva: revisión de su conceptualización y relación con la enfermedad de Alzheimer. *Subjetividad y Procesos*

*cognitivos*, 23 (2), 166- 185.

<http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/4870>

Franco Martín, M. A., Criado del Valle C. H. (2002). *Intervención psicoterapéutica en afectados de enfermedad de Alzheimer con deterioro leve*. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales (IMSERSO).

[http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3222/Intervencion\\_psicoterapeutica\\_afectados\\_Alzheimer\\_deterioro\\_leve.pdf?sequence=1](http://riberdis.cedid.es/bitstream/handle/11181/3222/Intervencion_psicoterapeutica_afectados_Alzheimer_deterioro_leve.pdf?sequence=1)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2012). *Censo Nacional de Población, Hogares y viviendas 2010, Censo del Bicentenario: resultados definitivos. Serie B N° 2*.

[https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010\\_tomo1.pdf](https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/poblacion/censo2010_tomo1.pdf)

Instituto Nacional de Estadísticas y Censos (INDEC) (2012). *Encuesta Nacional sobre Calidad de Vida de Adultos Mayores 2012 (ENCaViAM)*.

<https://www.indec.gob.ar/ftp/cuadros/sociedad/encaviam.pdf>

Madrigal, L. M. J. (2007). La estimulación cognitiva en personas adultas mayores. *Revista Cúpula*. [https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-](https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf)

[cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf](https://mundoasistencial.com/documentacion/guias-estimulacion-cognitiva/estimulacion-cognitiva-personas-adultas-mayores.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2015). *Informe mundial sobre el envejecimiento y la salud*.

[https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO\\_FWC\\_ALC\\_15.01\\_spa.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186471/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf)

Pelaéz, E., Monteverde, M., Acosta, L. (2017). Celebrar el envejecimiento poblacional en Argentina. Desafíos para la formulación de políticas. *SaberEs*, 9 (1) 1-28.

<https://ri.conicet.gov.ar/handle/11336/65951>

Prieto Flores, M. E. (2021). Desigualdades sociales y geográficas asociadas a las limitaciones funcionales en la población mayor de Argentina. *Revista latinoamericana de Población*, 15 (29). 118- 139.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7951722>

Rodríguez Álvarez, M. y Sánchez Rodríguez, J. L. (2004). Reserva Cognitiva y Demencia. *Anales de Psicología*, 20 (2). 175-186.

<https://digitum.um.es/digitum/bitstream/10201/8036/1/Reserva%20cognitiva%20y%20demencia.pdf>

Rodríguez Espínola, S. y Enrique, E. C. (2007). Validación Argentina el cuestionario MOS de Apoyo Social Percibido. *Psicodebate. Psicología, Cultura y Sociedad*, 7, 155-168.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5645313>

Romero Quiquia, K. S. (2011). Relación entre la capacidad funcional y la autoestima de los adultos mayores asistentes al Centro de Salud, San Juan de Miraflores, 2011. [Tesis de Grado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos]. Cybertesis: Repositorio de Tesis Digitales. <http://cybertesis.unmsm.edu.pe/handle/20.500.12672/1044>

Ruzafa, J. y Moreno J. D. (1997). Valoración de la Discapacidad Física: El Índice de Barthel. *Revista Española de Salud Pública*, 71 (2), 127 – 137.

[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57271997000200004](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57271997000200004)

Salinas, V. A. (2020). Depresión en adultos mayores: prevalencia y factores de riesgo psicosocial en entornos rurales y urbano de la provincia de Misiones, Argentina.

*Apuntes Universitarios*, 10 (4), 40–54. <https://doi.org/10.17162/au.v10i4.488>

Segovia Díaz de León, M. y Torres Hernández, E. (2011). Funcionalidad del adulto mayor y el cuidado enfermero. *Gerokomos*, 22 (4), 162- 166.

[http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1134-928X2011000400003](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1134-928X2011000400003)

Soliverez, V. C., Bozzi Favro, N. E. (2018). Composición de las redes de apoyo social en adultos mayores: comparación según grupo de edad. X Congreso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología, XXV Jornada de investigación, XIV Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR, Buenos Aires, Argentina.

<https://www.aacademica.org/000-122/262.pdf>

Suarez Cuba, M. A. (2011). Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal. *Revista médica La Paz*, 17 (1). 60 – 67.

[http://scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1726-89582011000100010](http://scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582011000100010)

Velazco, A., Fernández, A., Oacheco, D., Rondon, L., y Vasquez, S. (2015). Capacidad funcional para las actividades instrumentales de la vida diaria del adulto mayor. *Salud, Historia Y Sanidad*, 9(2), 93–102.

<https://www.agenf.org/ojs/index.php/shs/article/view/259>

Vera Noriega, J., Sotelo Quiñones, T., y Domínguez Guedea, M. (2005). Bienestar subjetivo, enfrentamiento y redes de apoyo social en adultos mayores. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 7(2), 57-78.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=802/80270205>

Villarroel Vargas, J. F., Cárdenas Naranjo, V. H., Miranda Vázquez, J. M. (2017). Valoración funcional de adulto mayor relacionado con el abandono familiar. *Enfermería Investiga. Investigación, vinculación, docencia y gestión*, 2(1), 14 – 17.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6194270>

Villalba A. S., Espert Tartajada, R. (2014). Estimulación Cognitiva: una revisión neuropsicológica. *Therapeia*, 6, 73- 93.

<https://riucv.ucv.es/bitstream/handle/20.500.12466/344/Therapeia%206-5.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

## Anexos

### Anexo I: Modelo de Consentimiento Informado



#### Consentimiento Informado

Por el presente acepto participar voluntariamente de la investigación que pretende estudiar “Capacidad Funcional y Apoyo Social Percibido, en adultos mayores de 65 años con Deterioro Cognitivo leve, de la ciudad de La Paz”. Esta es llevada a cabo por Cantisani Giuliana, bajo la dirección del Dr. Manuel Bragado, Neurólogo, MP 9757.

Me han indicado que mi participación implica que me serán aplicados dos test que miden la capacidad funcional: la escala de Lawton y Brody y el índice de Barthel; y otro para medir Apoyo Social Percibido: Cuestionario Mos. Esto me tomará aproximadamente 30 minutos de mi tiempo.

He sido debidamente informado de que los datos que se recojan serán confidenciales y no se usarán para ningún otro propósito fuera de los alcances y fines de este estudio; que puedo hacer las preguntas que considere necesarias si hay aspectos que no comprendo o desconozco, y que puedo retirarme de la investigación en cualquier momento sin que eso me perjudique en ninguna forma.

Firma: \_\_\_\_\_

Aclaración: \_\_\_\_\_

D.N.I: \_\_\_\_\_

## Anexo II: Modelos de Instrumentos

### Índice de Barthel

<p><b>Comida</b></p> <p>10. Independiente. Capaz de comer por sí solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona.</p> <p>5. Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla, etc, pero es capaz de comer solo</p> <p>0. Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona</p>
<p><b>Aseo</b></p> <p>5. Independiente. Capaz de lavarse entero, de entrar y salir del baño sin ayuda y de hacerlo sin necesidad de que otra persona supervise.</p> <p>0. Dependiente. Necesita algún tipo de ayuda o supervisión.</p>
<p><b>Vestido</b></p> <p>10. Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda</p> <p>5. Necesita ayuda. Realiza sin ayuda más de la mitad de estas tareas en un tiempo razonable.</p> <p>0. Dependiente. Necesita ayuda para las mismas</p>
<p><b>Arreglo</b></p> <p>5. Independiente. Realiza todas las actividades personales sin ayuda alguna. Los complementos pueden ser provistos por otra persona.</p> <p>0. Dependiente. Necesita alguna ayuda</p>
<p><b>Deposición</b></p> <p>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia.</p> <p>5. Accidente ocasional. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios.</p> <p>0. Incontinente. Más de un episodio semanal. Incluye administración de enemas o supositorios por otra persona.</p>
<p><b>Micción</b></p> <p>10. Continente. No presenta episodios de incontinencia. Capaz de utilizar cualquier dispositivo por si solo (sonda, orinal, pañal, etc)</p> <p>5. Accidente ocasional. Presenta un máximo de un episodio en 24 horas o requiere ayuda para la manipulación de sondas u otros dispositivos</p> <p>0. Incontinente. Más de un episodio en 24 horas. Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse</p>
<p><b>Ir al retrete</b></p> <p>10. Independiente. Entra y sale solo y no necesita ayuda alguna por parte de otra persona.</p> <p>5. Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda: es capaz de usar el baño. Puede limpiarse solo.</p> <p>0. Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor</p>
<p><b>Traslado cama /sillón</b></p> <p>15. Independiente. No requiere ayuda para sentarse o levantarse de una silla ni para entrar o salir de la cama.</p> <p>10. Mínima ayuda. Incluye una supervisión o una pequeña ayuda física.</p> <p>5. Gran ayuda. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. Capaz de estar sentado sin ayuda.</p> <p>0. Dependiente. Necesita una grúa o el alzamiento por dos personas. Es incapaz de permanecer sentado.</p>
<p><b>Deambulaci3n</b></p> <p>15. Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en una casa sin ayuda ni supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto su andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo.</p> <p>10. Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador</p> <p>5. Independiente. En silla de ruedas, no requiere ayuda ni supervisi3n</p> <p>0. Dependiente. Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro.</p>
<p><b>Subir y bajar escaleras</b></p> <p>10. Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona</p> <p>5. Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.</p> <p>0. Dependiente. Es incapaz de salvar escalones. Necesita ascensor</p>
<p><b>Total:</b></p>

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

Resultado	Grado de dependencia
< 20	Total
20-35	Grave
40-55	Moderado
> o igual de 60	Leve
100	Independiente



### ***Cuestionario MOS para Apoyo Social Percibido.***

Las siguientes preguntas refieren al apoyo o ayuda de la que usted dispone:

Aproximadamente, ¿Cuántos amigos íntimos o familiares cercanos posee? (Personas con las que se encuentra a gusto y puede hablar de todo lo que se le ocurre).

**1. Escriba el Número de amigos íntimos y familiares cercanos: \_\_\_\_\_.**

La gente busca a otras personas para encontrar compañía, asistencia u otro tipo de ayuda.

**¿Con qué frecuencia usted dispone de cada uno de los siguientes tipos de apoyo cuando lo necesita? (Marque con una X en la fila correspondiente).**

<b>¿Con qué frecuencia cuenta con alguien...</b>	<b>Nunca</b>	<b>Pocas veces</b>	<b>Algunas Veces</b>	<b>La mayoría de las veces</b>	<b>Siempre</b>
2. Que lo ayude cuando tenga que estar en la cama?					
3. Con quien pueda hablar cuando lo necesites?					
4. Que le aconseje cuanto tiene problemas?					
5. Que lo lleve al médico cuando lo necesite?					
6. Que le demuestre amor y afecto?					
7. Con quien pasar un buen rato?					
8. Que le informe y le ayude a entender la situación?					
9. En quien confiar o con quien hablar de sí mismo y de sus preocupaciones?					
10. Que lo abrace?					
11. Con quien pueda relajarse?					
12. Que le prepare la comida si no puede hacerlo?					
13. Cuyo consejo realmente desee?					
14. Con quien hacer cosas que le sirvan para olvidarse de sus problemas?					
15. Que le ayude en sus tareas domésticas si está enfermo?					
16. Alguien con quien compartir sus temores y problemas más íntimos?					
17. Que lo aconseje sobre cómo resolver sus problemas personales?					
18. Con quien divertirse?					
19. Que comprenda sus problemas?					
20. A quien amar y hacer sentir querido?					

#### ***Valoración del test:***

Se utiliza la suma del valor correspondiente a:

- Índice global de apoyo social: Todas las respuestas.
- Apoyo emocional: Respuestas número: 3, 4, 8, 9, 13, 16, 17 y 19.
- Ayuda material: Respuestas a las preguntas: 2, 5, 12 y 15.
- Relaciones sociales de ocio y distracción: Respuestas a las preguntas: 7, 11, 14 y 18.
- Apoyo afectivo: Respuestas a las preguntas 6, 10 y 20.

**Interpretación.**

	Máximo	Medio	Mínimo
Índice global de apoyo social	94	57	19
Apoyo emocional	40	24	8
Ayuda material	20	12	4
Relaciones sociales de ocio y distracción	20	12	4
Apoyo afectivo	15	9	3

**Planillas de Resultados arrojados por el Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), versión 25.**

```
FRECUENCIES VARIABLES=Sexo Edad
  /STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

## Frecuencias

		<b>Estadísticos</b>	
		Sexo del Encuestado	Edad del Encuestado
N	Válido	30	30
	Perdidos	0	0
Media		1,80	76,67
Mediana		2,00	77,50
Moda		2	65

## Tabla de frecuencia

		<b>Sexo del Encuestado</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Masculino	6	20,0	20,0	20,0
	Femenino	24	80,0	80,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

		<b>Edad del Encuestado</b>			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	65	6	20,0	20,0	20,0

68	1	3,3	3,3	23,3
69	2	6,7	6,7	30,0
71	1	3,3	3,3	33,3
72	2	6,7	6,7	40,0
77	3	10,0	10,0	50,0
78	1	3,3	3,3	53,3
79	1	3,3	3,3	56,7
80	4	13,3	13,3	70,0
81	1	3,3	3,3	73,3
82	1	3,3	3,3	76,7
83	1	3,3	3,3	80,0
85	1	3,3	3,3	83,3
87	1	3,3	3,3	86,7
88	1	3,3	3,3	90,0
90	1	3,3	3,3	93,3
92	1	3,3	3,3	96,7
93	1	3,3	3,3	100,0
Total	30	100,0	100,0	

```
FREQUENCIES VARIABLES=Convive
  /STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

## Frecuencias

### Estadísticos

Vive Solo

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		1,43
Mediana		1,00
Moda		1

```
FREQUENCIES VARIABLES=Convive
  /STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

## Frecuencias

### Estadísticos

Vive Solo

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		1,43
Mediana		1,00
Moda		1

```
FREQUENCIES VARIABLES=Convive
  /STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

## Frecuencias

### Estadísticos

Vive con alguien

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		1,43
Mediana		1,00
Moda		1

### Vive con alguien

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	No	17	56,7	56,7	56,7
	Si	13	43,3	43,3	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

```

FRECUENCIES VARIABLES=Miembros
/STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE
/ORDER=ANALYSIS.

```

## Frecuencias

### Estadísticos

Tamaño de la Red

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		16,83
Mediana		15,00
Moda		10

### Tamaño de la Red

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	4	1	3,3	3,3	3,3
	5	2	6,7	6,7	10,0
	7	2	6,7	6,7	16,7
	8	1	3,3	3,3	20,0
	10	5	16,7	16,7	36,7
	13	1	3,3	3,3	40,0
	14	1	3,3	3,3	43,3
	15	4	13,3	13,3	56,7
	19	1	3,3	3,3	60,0
	20	3	10,0	10,0	70,0
	23	1	3,3	3,3	73,3
	25	4	13,3	13,3	86,7
	30	2	6,7	6,7	93,3
	35	2	6,7	6,7	100,0
	Total		30	100,0	100,0

```

CROSSTABS
  /TABLES=AIVD BY IB
  /FORMAT=AVALUE TABLES
  /CELLS=COUNT ROW
  /COUNT ROUND CELL.

```

## Tablas cruzadas

### Resumen de procesamiento de casos

	Válido		Casos Perdido		Total	
	N	Porcentaje	N	Porcentaje	N	Porcentaje
Capacidad de AIVD *	30	100,0%	0	0,0%	30	100,0%
Capacidad de ABVD						

### Tabla cruzada Capacidad de AIVD\*Capacidad de ABVD

		Capacidad de ABVD		
		Dependencia Leve	Independiente	
Capacidad de AIVD	Dependencia Grave	Recuento	2	0
		% dentro de Capacidad de AIVD	100,0%	0,0%
	Dependencia Moderada	Recuento	4	0
		% dentro de Capacidad de AIVD	100,0%	0,0%
	Dependencia Leve	Recuento	11	3
		% dentro de Capacidad de AIVD	78,6%	21,4%
	Independencia Total	Recuento	3	7
		% dentro de Capacidad de AIVD	30,0%	70,0%
Total	Recuento	20	10	
	% dentro de Capacidad de AIVD	66,7%	33,3%	

### Tabla cruzada Capacidad de AIVD\*Capacidad de ABVD

			Total
Capacidad de AIVD	Dependencia Grave	Recuento	2
		% dentro de Capacidad de AIVD	100,0%
	Dependencia Moderada	Recuento	4
		% dentro de Capacidad de AIVD	100,0%
	Dependencia Leve	Recuento	14
		% dentro de Capacidad de AIVD	100,0%
	Independencia Total	Recuento	10
		% dentro de Capacidad de AIVD	100,0%
Total	Recuento	30	
	% dentro de Capacidad de AIVD	100,0%	

```
FRECUENCIES VARIABLES=MOS.G
  /STATISTICS=MEAN MEDIAN MODE
  /ORDER=ANALYSIS.
```

## Frecuencias

### Estadísticos

Apoyo General

N	Válido	30
	Perdidos	0
Media		2,40
Mediana		2,00
Moda		2

### Apoyo General

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Maximo	1	3,3	3,3	3,3
	Alto	22	73,3	73,3	76,7
	Medio	1	3,3	3,3	80,0
	Bajo	6	20,0	20,0	100,0
	Total	30	100,0	100,0	

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=MOS.G IB
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

## Correlaciones no paramétricas

			Correlaciones	
			Apoyo General	Capacidad de ABVD
Rho de Spearman	Apoyo General	Coeficiente de correlación	1,000	-,280
		Sig. (bilateral)	.	,134
		N	30	30
	Capacidad de ABVD	Coeficiente de correlación	-,280	1,000
		Sig. (bilateral)	,134	.
		N	30	30

```
NONPAR CORR
/VARIABLES=MOS.G AIVD
/PRINT=SPEARMAN TWOTAIL NOSIG
/MISSING=PAIRWISE.
```

## Correlaciones no paramétricas

			Correlaciones	
			Apoyo General	Capacidad de AIVD
Rho de Spearman	Apoyo General	Coeficiente de correlación	1,000	-,504**
		Sig. (bilateral)	.	,004
		N	30	30
	Capacidad de AIVD	Coeficiente de correlación	-,504**	1,000
		Sig. (bilateral)	,004	.
		N	30	30

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).