

Universidad Católica de Santa María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO
DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN
AREQUIPA – PERÚ 2017”**

Tesis presentada por la Bachiller:

Liz Cristabel Ancco Mamani

**Para optar el Título Profesional de
Médica Cirujana**

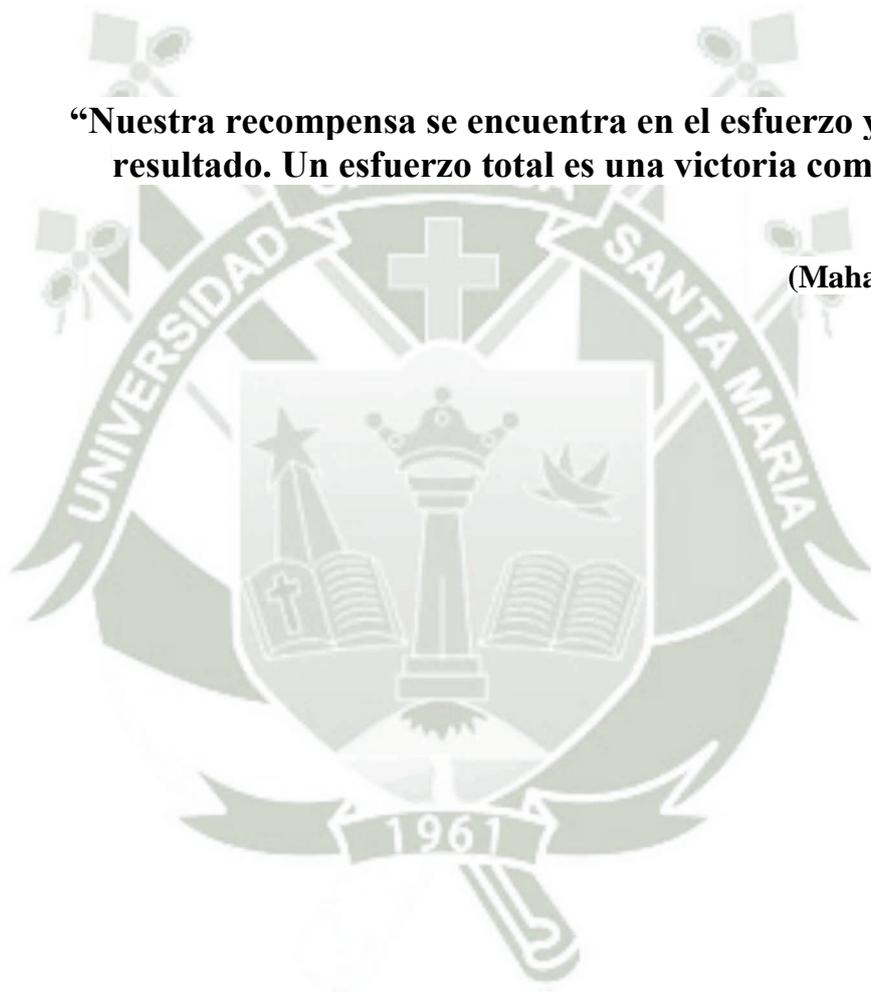
Asesor: Dra. Águeda Del Carpio Toia

Arequipa - Perú

2017

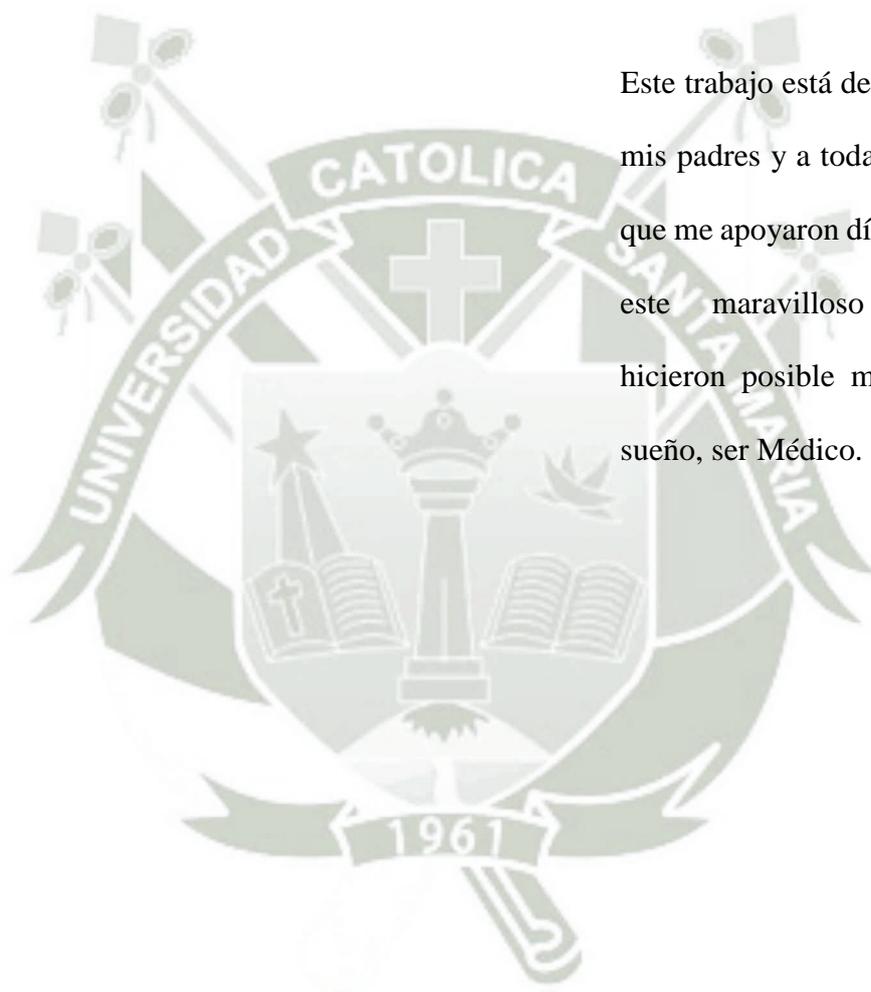
“Nuestra recompensa se encuentra en el esfuerzo y no en el resultado. Un esfuerzo total es una victoria completa”

(Mahatma Gandhi)



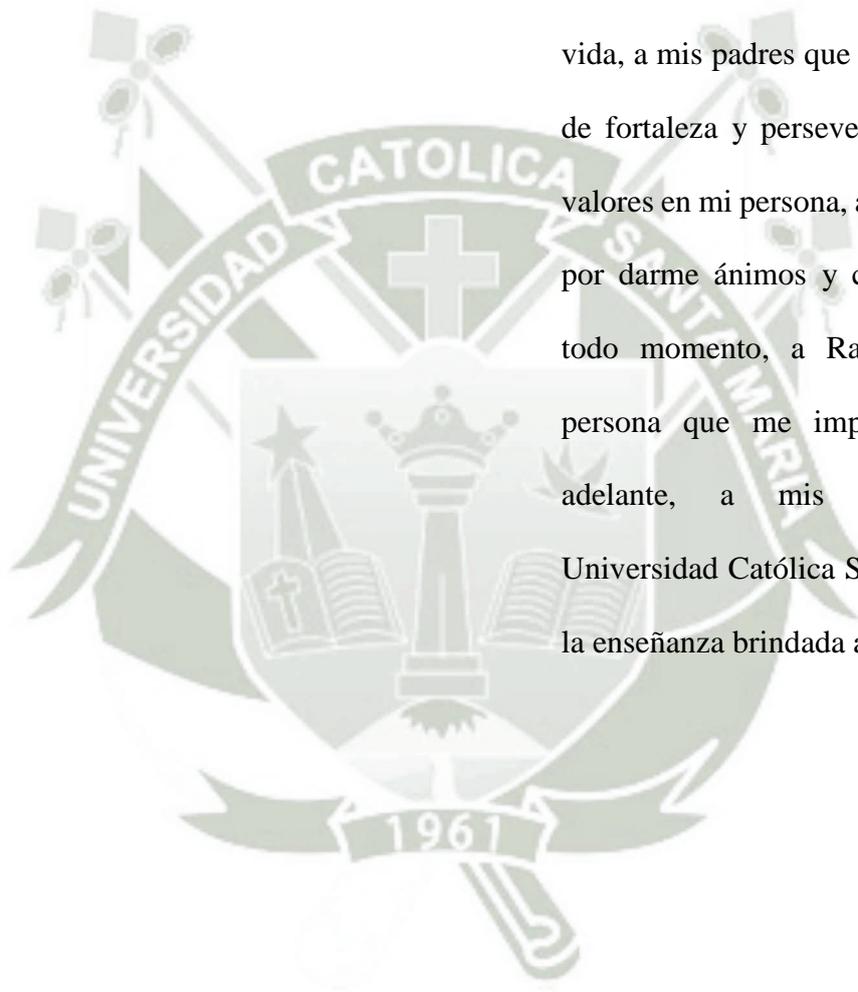
DEDICATORIA

Este trabajo está dedicado a Dios,
mis padres y a todas las personas
que me apoyaron día a día durante
este maravilloso camino e
hicieron posible mi más grande
sueño, ser Médico.



AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por haberme dado la vida, a mis padres que con su ejemplo de fortaleza y perseverancia forjaron valores en mi persona, a mis hermanos por darme ánimos y creer en mí en todo momento, a Raúl por ser la persona que me impulso a seguir adelante, a mis docentes de Universidad Católica Santa María por la enseñanza brindada año tras año.



INDICE GENERAL

RESUMEN.....	4
ABSTRACT	5
INTRODUCCION	6
CAPITULO I: Material y métodos	9
CAPITULO II: Resultados	16
CAPITULO III: Discusión y comentarios	46
CAPITULO IV: Conclusión y Recomendaciones	51
BIBLIOGRAFÍA	54
ANEXO 1: Proyecto de tesis	59
ANEXO 2: Ficha de recolección de datos y encuestas	93

RESUMEN

El objetivo del presente trabajo fue determinar nivel de dependencia funcional y grado de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa. Perú 2017

Material y métodos: Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico, en adultos mayores residentes de la casa de reposo “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Victor F. Lira de Arequipa” correspondiente al distrito de Cayma-Arequipa. Se les aplicó una encuesta personalizada, la cual comprendía 4 partes: Datos sociodemográficos, Test de Pfeiffer para valorar el nivel cognoscitivo, Escala de Yesavage para valorar el grado de depresión y la escala de Barthel para evaluar el nivel de dependencia funcional. **Resultados:** Se encuestó de forma personalizada a 104 adultos mayores. La mayoría tenía entre 80 a 89 años de edad (46%) con una media de edad de 80.6 años, el sexo masculino representaba el 54%, 35% son solteros y 29% son viudos, 38% tenía estudios primarios, 71% fueron trabajadores activos. 75% presenta alguna comorbilidad, dentro de las cuales la hipertensión arterial abarca un 20%, 73% no tiene polifarmacia. El tiempo de estancia promedio en dicha casa de reposo es de 79.79 meses que equivale a 6 años y 5 meses. 51% presenta dependencia funcional moderada, 80% tienen depresión leve-moderada. **Conclusiones:** El 51% de los adultos mayores encuestados presenta un nivel de dependencia funcional moderado, 80% presenta un grado de depresión leve a moderada y un 5% severa. No se encontró asociación significativa entre estas dos variables. **Palabras clave:** adulto mayor, depresión, dependencia funcional, casa de reposo.

SUMMARY

The objective of the present study was to determine the level of functional dependence and degree of depression in elderly residents of a nursing home in Arequipa. Peru 2017

Material and methods: A prospective, cross-sectional, analytical study was carried out on older adults living in the "Hermanitas de los ancianos desamparados - Victor F. Lira de Arequipa" nursing home in the district of Cayma-Arequipa. A personalized survey was applied, which included 4 parts: Sociodemographic data, Test of Pfeiffer to assess the cognitive level, Scale of Yesavage to assess the degree of depression and Scale of Barthel to evaluate the level of functional dependence. **Results:** A personalized survey of 104 older adults. The majority were between 80 and 89 years of age (46%) with an average age of 80.6 years, male represented 54%, 35% were single and 29% were widowed, 38% had primary education, 71% were active workers. 75% presented some comorbidity, in which arterial hypertension comprised 20%, 73% did not have polypharmacy. The average stay in the nursing home is 79.79 months, which is equivalent to 6 years and 5 months. 51% had moderate functional dependence, 80% had mild-moderate depression. **Conclusions:** Fifty-one percent of the older adults surveyed had a moderate functional dependency level, 80% had a mild to moderate depression, and a severe 5%. No significant association was found between these two variables. **Key words:** elderly, depression, functional dependency, nursing home.

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso complejo e inherente en la vida humana, donde se experimentan cambios bio-psico-sociales que involucran todas las dimensiones de la vida. Esta etapa implica disminución y desgaste funcional que se puede exacerbar con alguna comorbilidad, lo que condiciona al ser humano a alterar su capacidad para realizar sus actividades básicas de la vida diaria; investigaciones médicas señalan que las limitaciones para desarrollarlas, tienen un impacto considerable en el nivel de dependencia, en el estado emocional y en la posibilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos.

Dentro de estos trastornos psiquiátricos, la depresión es una patología prevalente, sobre todo en ancianos institucionalizados, en un 15 a 35%. Es importante detectarla a tiempo, ya que, tanto el sub diagnóstico como el retraso en su identificación (por la inusual sintomatología), conlleva al retraso en el tratamiento, impactando negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios.

El deterioro funcional y la depresión, son dos síndromes geriátricos más prevalentes; que según estudios investigativos tienen cierto grado de asociación. Se ha realizado este trabajo de investigación para medir el nivel de dependencia funcional, grado de depresión y la existencia o no de asociación entre ambas, que es importante considerarlo en una casa de reposo, ya que se pueden tomar medidas preventivas posteriores a los conocimientos estadísticos.

Esta tesis se divide en 4 capítulos, el primer capítulo nos indica la muestra y la metodología utilizada, en el segundo capítulo se exponen los resultados obtenidos del estudio tanto descriptivos como relacionales, en el siguiente se presenta la discusión y comentarios sobre dichos resultados, para finalmente en el último capítulo se exponen las conclusiones y sugerencias.





CAPITULO I

MATERIAL Y MÉTODOS

MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Encuesta Personalizada

Instrumentos:

- Ficha de recolección de características generales
- Cuestionario: “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”
- Cuestionario: “Test de Pfeiffer”
- Cuestionario: “Índice de Barthel ó de discapacidad de Maryland”

Materiales de verificación:

- Ficha de recolección de datos y tres cuestionarios
- Impresión de cuestionario
- Material de escritorio
- Computadora portátil marca ASUS.
- Sistema Operativo Intel Core I5 inside
- Paquete Office 2016 para Windows 10
- Programa SPSS v. 23 para Windows

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El estudio se llevará a cabo, en la casa de reposo: “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Víctor F. Lira de Arequipa” correspondiente al distrito de Cayma en la provincia Arequipa, región Arequipa.

2.2. Ubicación temporal: La información será recolectada durante el mes de marzo y parte de abril del año 2017.

2.3. Unidades de estudio: Las unidades de estudio estarán conformadas por las fichas de recolección de datos y los cuestionarios que serán llenados por los participantes del estudio.

2.3.1. Población: Los adultos mayores que tengan residencia en la casa de reposo: “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Víctor F. Lira de Arequipa” correspondiente al distrito de Cayma, en la provincia Arequipa, región Arequipa. 2017

2.3.2. Muestra y Muestreo: Para esta investigación se usa el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se pretende recolectar la información de toda la población que cumpla los criterios de inclusión y exclusión, teniendo un número referencial de aprox. 170 personas.

2.4. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

-Persona de 60 años de edad a más, de ambos sexos, previa aceptación con consentimiento informado para participar en este estudio, que tenga residencia en la casa de reposo de “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Víctor F. Lira de Arequipa.”

Criterios de Exclusión:

- Adulto mayor que no desee colaborar con esta investigación.
- Adulto mayor en los que no sea factible aplicar los cuestionarios por diversos problemas (Hipoacusia severa, demencia senil, o cualquier otro trastorno que impida la correcta comunicación)

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización: Una vez aprobado el proyecto de tesis por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, se presentó

la solicitud de permiso dirigida a la directora de la casa de reposo “Hermanitas de los ancianos desamparados- Victor Lira”, siendo aceptado se obtiene la carta de autorización, coordinándose los días en que se llevó a cabo la recolección de datos, que fue más de lo previsto, ya que fue personalizada. La recolección de datos se hizo con previa autorización por consentimiento informado para la participación en nuestra investigación.

Una vez recolectada toda la información en las fichas se procedió a pasarla a una base de datos en el programa de Microsoft Excel 2016, para su posterior análisis, así mismo se utilizó el programa SPSS v.23 para la estadística analítica.

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

Autor: Liz Cristabel Ancco Mamani

Asesor: Agueda Muñoz Del Carpio Toia

3.2.2. Recursos Físicos:

- Fichas impresas de recolección de datos
- Cuestionarios para valorar nivel de depresión, nivel cognoscitivo y nivel de dependencia funcional.
- Computadora portátil marca ASUS con sistema operativo Intel Core i5 inside, paquete Office 2016 para Windows y Excel 2016. Así como Programa SPSS v. 23 para Windows.
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros:

Por el propio autor.

3.3. Validación de instrumentos:

- La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación por considerarse
- **La Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (GDS, por sus siglas en inglés):** validada por Yesavage, et al., Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) .Posteriormente se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas para la versión corta,. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) cuando se respondían negativamente. La versión abreviada de 15 items es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo y porque resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa. (27, 28)
- La Escala de Barthel o de discapacidad de Maryland:** Es un instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en su comunidad o en casas hogares, con

la medición de la capacidad para realiza actividades básicas de la vida diaria. recomendado por la Sociedad Británica de Geriátría para evaluar las ABVD en el anciano. Es un instrumento muy utilizado y uno de los mejores para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Consta de diez ítems fundamentales de las actividades básicas de la vida diaria: alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia). La interpretación sobre la puntuación es: Dependencia total, 0-20. Dependencia severa, 25-60. Dependencia moderada, 65-90. Dependencia leve, 95. Independencia 100. Existen diversas versiones de dicha escala con diversas puntuaciones, en cualquier caso, el rango de la escala no varía, manteniéndose entre 0 y 100 puntos. Han sido propuesta diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo, un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos y no en una escala cualitativa. (29, 30, 31)

- **Test de Pfeiffer** (Short Portable Mental Status Questionnaire, SPMSQ)

Sirve para detectar y establecer el grado del deterioro cognitivo en la población mayor. Consta de 10 preguntas sobre orientación, cálculo y memoria, y presenta una sensibilidad del 82% y una especificidad del 92%. Permite ajustar la puntuación por nivel educativo. Puntuaciones de

0 a 2 errores se considera estado cognitivo intacto; 3 o 4 errores, deterioro leve; 5 a 7, moderado; y 8 a 10, deterioro grave. Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria. Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores (32, 33)

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, protegiendo siempre la identidad de el/la participante. Siendo avalado por la aprobación del comité de ética.

3.4.2. A nivel de la sistematización

Toda la información que se llegue a obtener en la encuesta será procesada en una base de datos creada en el programa de Microsoft Excel 2016 y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSSv.23 para su respectivo análisis.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables consideradas en este estudio se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Para las variables numéricas se emplearán la media, la mediana y desviación estándar, así como valores mínimos y máximos. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al obtener un $p > 0.05$.



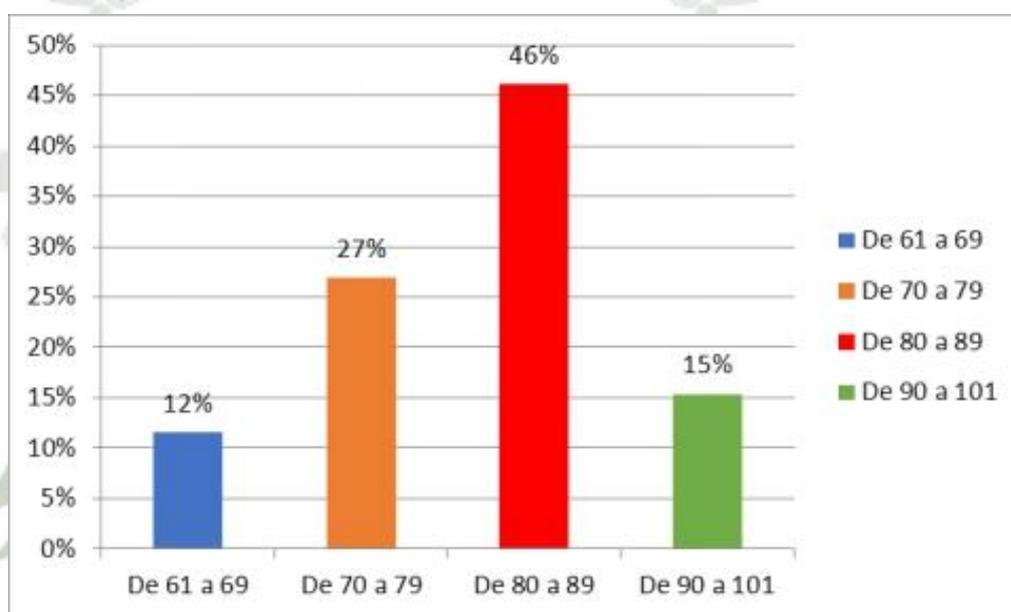
CAPITULO 2

RESULTADOS

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Gráfico 1

Características Sociodemográficas: Edad

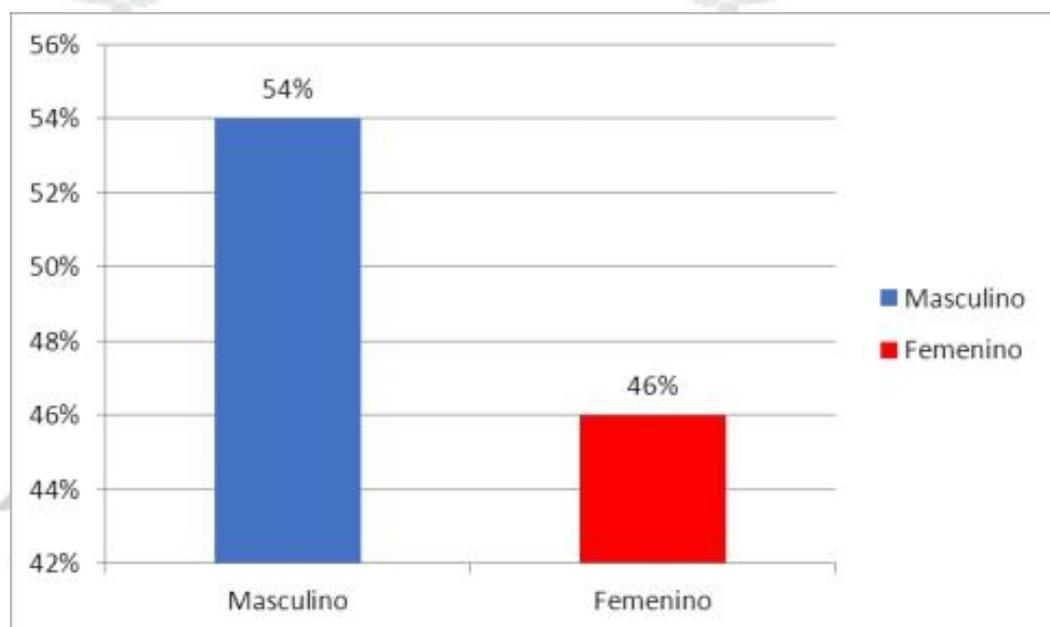


De los 104 adultos mayores encuestados se observa que el grupo mayoritario corresponde a los participantes que tienen edades de 80 a 89 en un 46%, seguido de los que tienen entre 70 a 79 años en 27%, luego se observa la minoría entre los que tienen de 60 a 69 años de edad con 12% y los que tienen más de 90 años en 15%. El promedio calculado es de 80.6 años.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Gráfico 2.

Características Sociodemográficas: Sexo

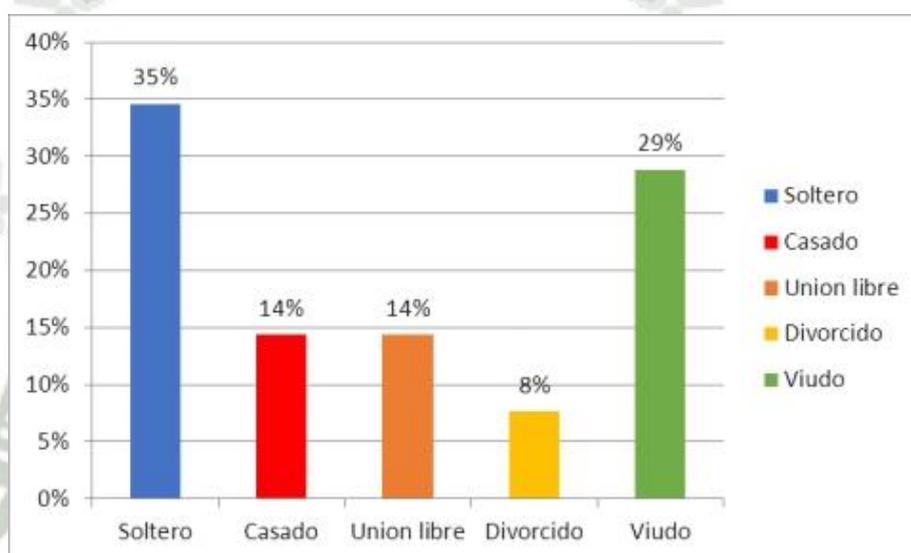


En cuanto a la característica sociodemográfica de sexo se observa en el gráfico 2., que los adultos mayores encuestados están conformados por: 56 personas de sexo masculino que representan el 54% y 48 personas de sexo femenino representan el 46%.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Gráfico 3:

Características Sociodemográficas: Estado civil

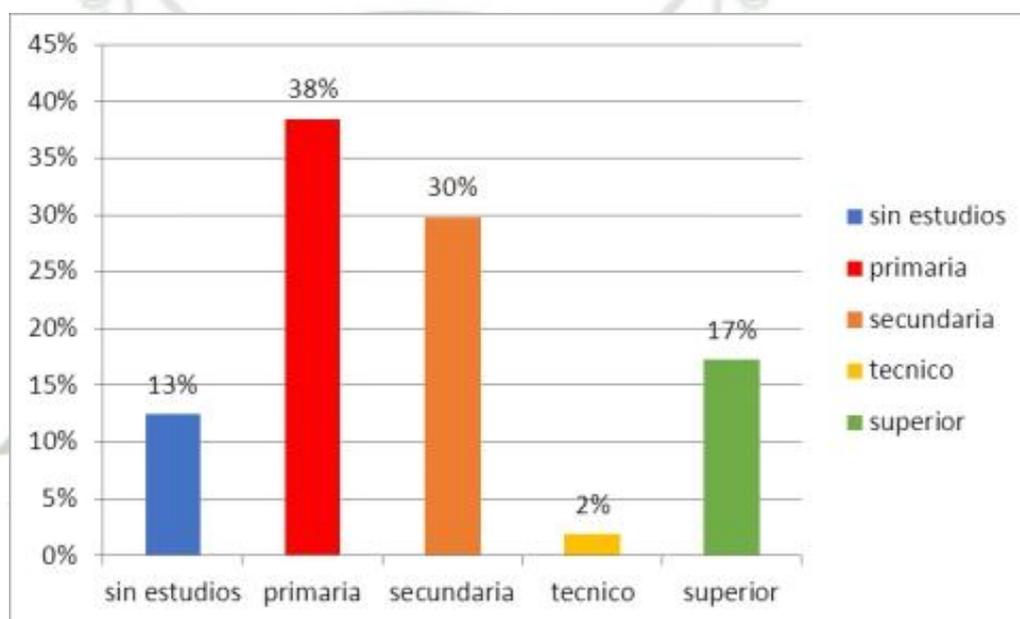


En el gráfico 3 observamos: que el 35% de los adultos mayores encuestados son solteros, el segundo mayor porcentaje que le sigue son los de estado civil viudo en 29%, 14% son casados, el 14% de unión libre (convivio) y divorciados en un 8%.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Gráfico 4.

Características Sociodemográficas: Grado de instrucción

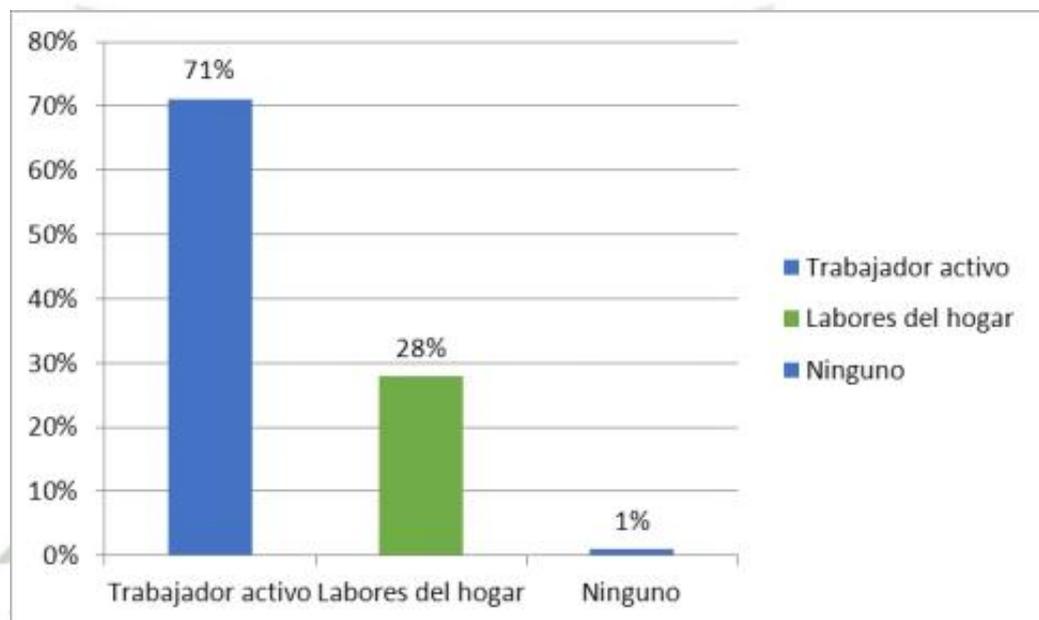


En cuanto al grado de instrucción, se observa que el 38% de adultos mayores participantes de este estudio cuenta con estudios primarios, 30% con estudios secundarios, 17% tiene estudios superiores y el 2 % estudios técnicos. Hay un grupo de adultos mayores que no tiene estudios y es el 17% de los encuestados. Se observa que 83% por lo menos tiene algún grado de instrucción.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Gráfico 5.

Características Sociodemográficas: Ocupación



De todos los encuestados se obtiene que el 71% fueron trabajadores activos (requiere esfuerzo físico diario), el 28% realizó labores en el hogar (no requiere mucho esfuerzo físico diario) y el 1% no tuvo ocupación específica.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 1

Características Sociodemográficas: Comorbilidad

Comorbilidad	Frecuencia	%
Hipertensión arterial	21	20%
Diabetes	5	5%
Osteomuscular	7	7%
Otros	27	26%
Hipertensión y Diabetes	3	3%
Hipertensión y otros	3	3%
Hipertensión, Osteomuscular y otros	1	1%
Hipertensión y Osteomuscular	1	1%
No	36	35%
Total	104	100%

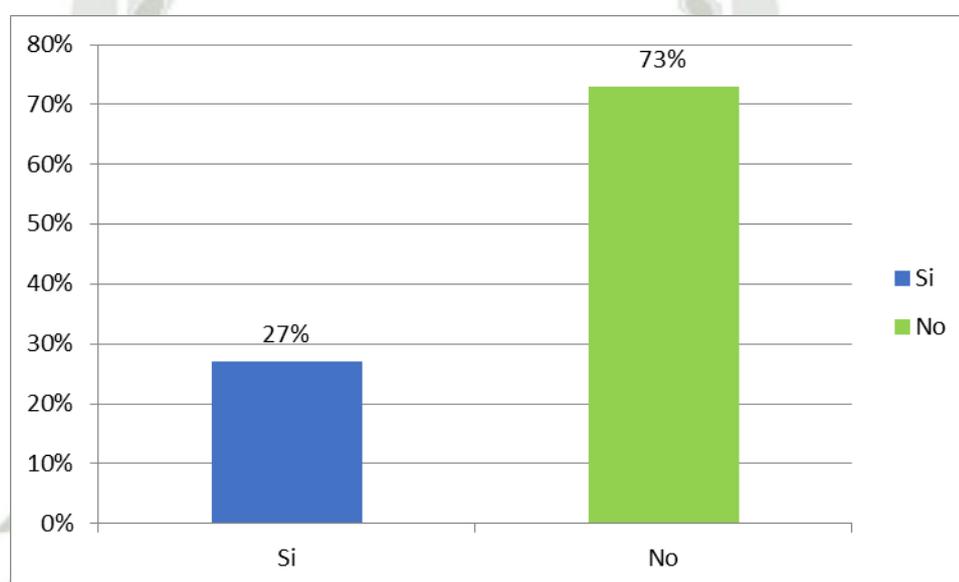
En cuanto a la presencia de comorbilidad (se solicita información de personal de enfermería) se observa que: el 65% de los participantes presenta algún tipo de comorbilidad, mientras el 35% no presenta patología alguna.

De los participantes con presencia de comorbilidad, el 26% presenta otras patologías (hipotiroidismo, problemas prostáticos, problemas gastrointestinales, etc.), el 20% tiene hipertensión arterial y el 8% presentan 2 o más comorbilidades.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Gráfico 6

Características Sociodemográficas: Polifarmacia

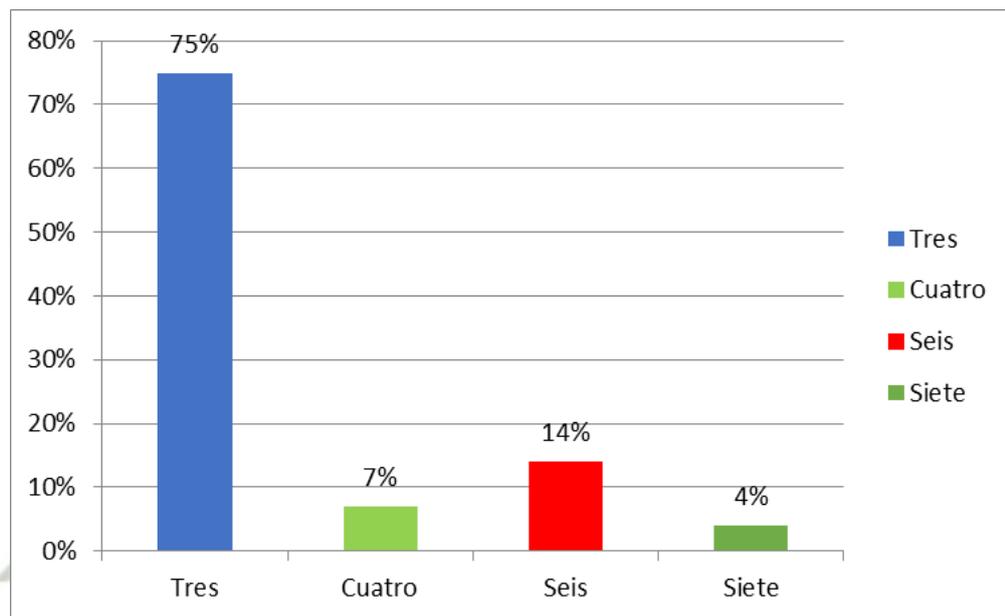


De todos los encuestados se considera también como característica sociodemográfica, la presencia de polifarmacia (ingesta de 3 o más fármacos diarios, no se incluye vitaminas) donde el resultado es que: el 27% de los adultos mayores encuestados si tienen polifarmacia mientras que el 73% no lo presenta.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Gráfico 7.

Presencia de polifarmacia: número de fármacos consumidos diariamente.



De los adultos mayores encuestados que si presentan polifarmacia: vemos que predomina en 75% los que consumen tres fármacos diarios, 7% los que consumen cuatro fármacos diarios, 14% los que consume seis fármacos, y el resto que es minoría de siete a más fármacos diarios.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Tabla 2.

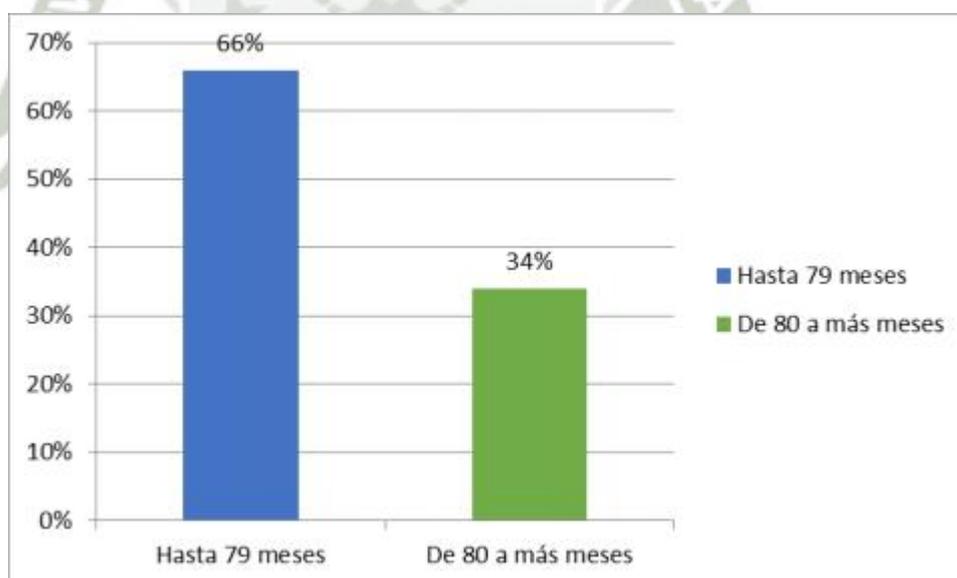
Promedio de tiempo de estancia

Estancia	Estadísticos
Promedio	79.79
Mínimo	0.5
Máximo	708

El tiempo de estancia promedio en la casa de reposo es de 79.79 meses que equivale a 6 años y 5 meses. Con un mínimo de 0.5 meses y un máximo de 708 meses.

Gráfico 8:

Características Sociodemográficas: Tiempo de estancia (meses)

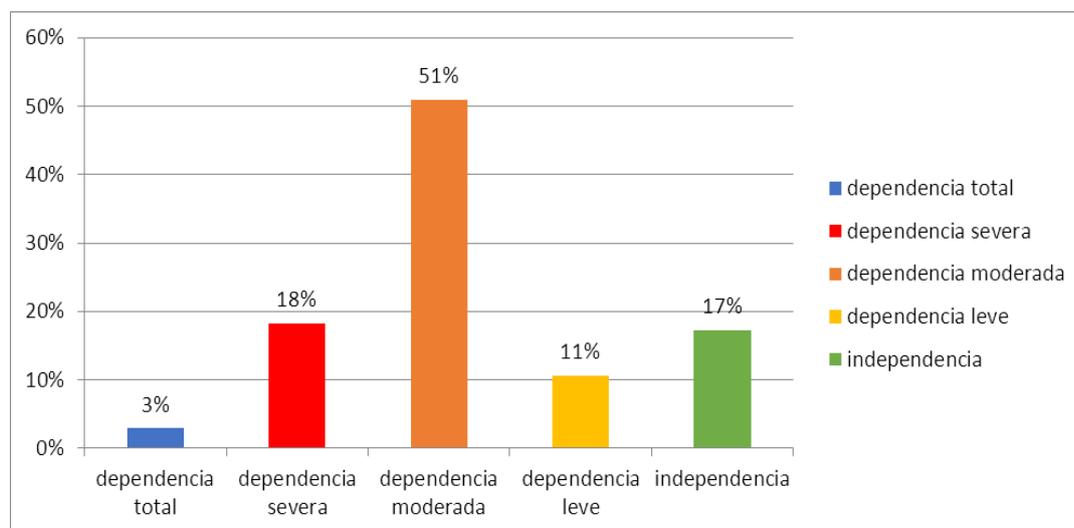


En el gráfico 8 se observa que el 66% de los adultos mayores encuestados corresponde a los participantes que tienen un tiempo de estancia en la casa de reposo menor a 79 meses y el 34% corresponde a los que presentan una estancia de 80 meses a más.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Gráfico 9.

**Grado de dependencia funcional en adultos mayores residentes de una
casa de reposo**



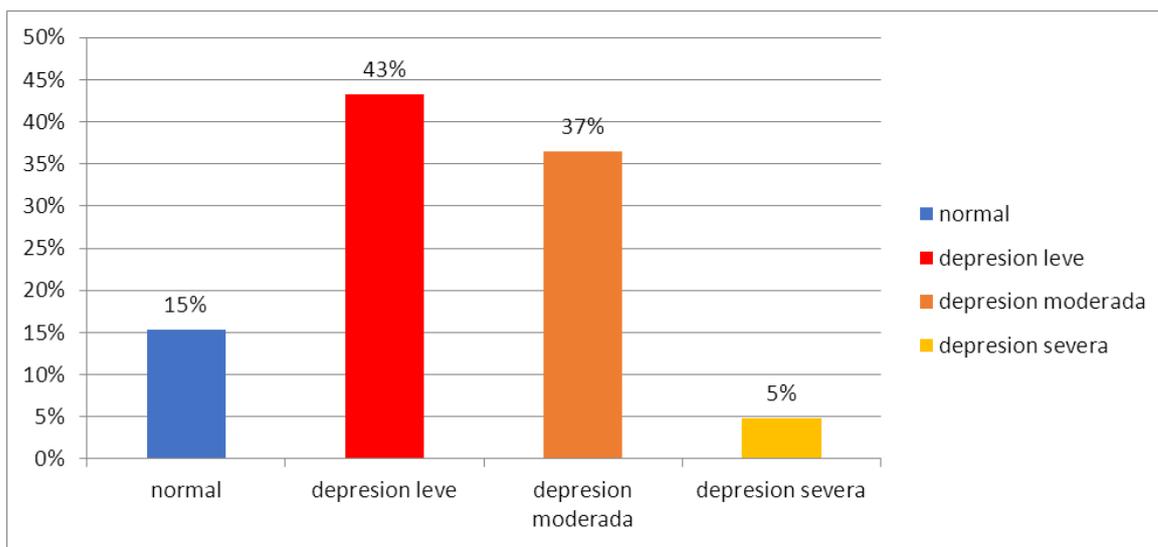
Para determinar el nivel de dependencia funcional se aplicó la Escala de Barthel completa, en cuyos resultados se observa que: el 83% presenta algún nivel de dependencia funcional y el 17% presenta independencia funcional.

Del primer grupo mencionado, se observa que el 11% presenta dependencia funcional leve, 51% dependencia funcional moderada, 18% presenta dependencia funcional severa, y una minoría 3% presenta dependencia total.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Gráfico 10

Nivel de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo



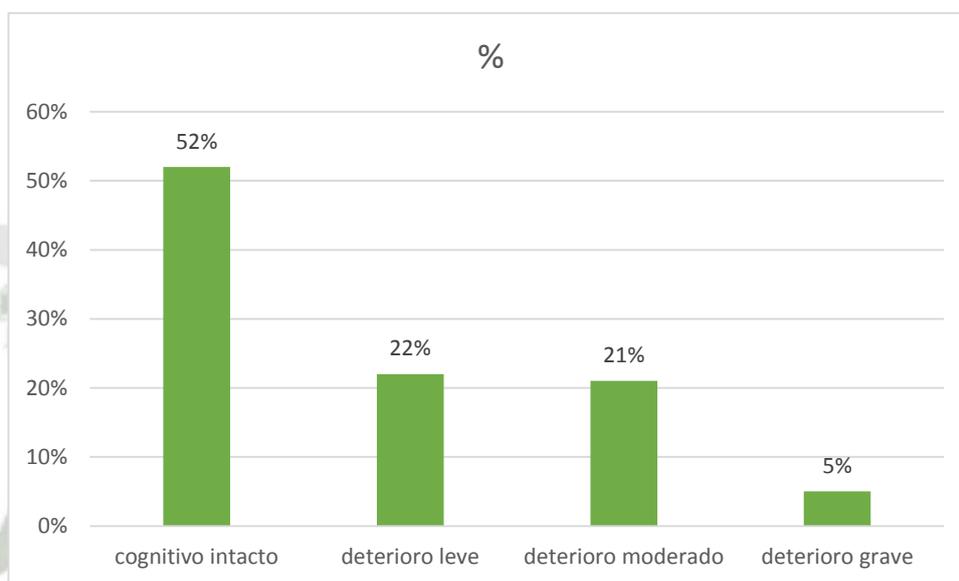
Para determinar el grado de depresión en los adultos mayores se aplicó el Test de Yesavage abreviado, en cuyos resultados se observa que: 85% de los participantes en este estudio presenta depresión, mientras el 15% tiene un estado normal.

Dentro del grupo con presencia de depresión vemos que el 43% presenta depresión en grado leve, 37% depresión moderada y el 5% depresión severa. Siendo la depresión leve - moderada frecuente en 80 %.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Gráfico 11.

Nivel del estado cognoscitivo



Para determinar el estado cognoscitivo se aplicó el Test de Pfeiffer, en cuyos resultados se puede observar en la Ilustración 11, que el 52% posee un estado cognoscitivo intacto, mientras que el resto posee algún grado de alteración.

El 22% de encuestados presenta deterioro leve, el 21% deterioro moderado y un 5% presenta deterioro cognoscitivo grave.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 3

Asociación entre nivel de dependencia funcional y grado de depresión

DEPENDENCIA DEPRESION	Total		Dependenc ia total		Dependencia severa		Dependencia moderada		Dependencia leve		Independencia	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Normal	16	15%	0	0%	4	4%	6	6%	2	2%	4	4%
depresión leve	45	43%	1	1%	8	8%	18	17%	8	8%	10	10%
depresión moderada	38	37%	1	1%	6	6%	27	26%	0	0%	4	4%
depresión severa	5	5%	1	1%	1	1%	2	2%	1	1%	0	0%
TOTAL	104	100%	3	3%	19	18%	53	51%	11	11%	18	17%

$Ji^2 = 20.664$ $p = 0.056$ $p < 0.050$ Fuente: Elaboración propia

Según la tabla 3 generada a partir de dos variables que son: el nivel de dependencia funcional y grado de depresión, se puede observar que hay 104 adultos mayores encuestados, de los cuales 45 (un 43%) tienen depresión leve, de ellos el 1% tienen dependencia total, 8% severa, 17% tienen dependencia moderada, 8% leve y un 10% es independiente.

Analizamos con SPSS y nos da un ji cuadrado con un nivel de significación mayor a 0.05 por lo que no podemos rechazar la hipótesis nula y decimos que son independientes entre sí, por lo tanto: No existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el nivel de depresión.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y EL GRADO DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA
DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Tabla 4.

Asociación entre la edad y el nivel dependencia funcional

DEPENDENCIA	Total		total		Severa		Moderado		Leve		Independenci a	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 60 a 69	12	12%	0	0%	5	5%	4	4%	1	1 %	2	2%
De 70 a 79	28	27%	2	2%	1	1%	14	13%	6	6 %	5	5%
De 80 a 89	48	46%	1	1%	10	10%	24	23%	3	3 %	10	10%
De 90 a 101	16	15%	0	0%	3	3%	11	11%	1	1 %	1	1%
TOTAL	104	100	3	3	19	18	53	51	11	11	18	17%

$Ji^2 = 17.285$ $p = 0.139$ $p < 0.050$ Fuente: Elaboración propia

Al relacionar las variables edad y nivel de dependencia se observa que de los 104 encuestados, 53 (51%) tienen dependencia funcional moderada, de ellos 23% tienen edades de 80 a 89 años de edad frente al 4% que tienen edades de 60 a 69 años. Según el nivel de significación de ji cuadrado, que es mayor a 0.05, no se puede rechazar la hipótesis nula por lo tanto se afirma que: No existe asociación la edad y el nivel de dependencia.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Tabla 5

Asociación entre sexo y el nivel de dependencia funcional

SEXO	Total		Masculino		Femenino	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
dependencia total	3	3%	1	1%	2	2%
dependencia severa	19	18%	7	7%	12	12%
dependencia moderada	53	51%	23	22%	30	29%
dependencia leve	11	11%	9	9%	2	2%
Independencia	18	17%	16	15%	2	2%
TOTAL	104	100%	56	54%	48	46%

$Ji^2 = 17.405$

$p = 0.002$

$p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

Como se puede observar en la tabla 5: de los 104 participantes encuestados, 53 adultos mayores que representan el 51% tienen dependencia funcional moderada, de los cuales 22% son de sexo masculino frente al 29% que es de sexo femenino.

Al aplicar la prueba de Ji cuadrado con un nivel de confianza del 95% se obtiene un nivel de significación menor, por lo que se rechaza la hipótesis nula, aceptándose que estas variables son dependientes, por lo que se afirma que si existe asociación entre el tipo de sexo y el grado de dependencia funcional.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Tabla 6

Asociación el estado civil y el nivel de dependencia funcional

ESTADO CIVIL	Total		Soltero		Casado		Unión libre		Divorcio		Viudo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
DEPENDENCIA	10	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Fr	%	Fre	%
dependencia total	3	3%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%
dependencia severa	19	18%	7	7%	3	3%	5	5%	1	1%	3	3%
dependencia moderada	53	51%	20	19%	5	5%	7	7%	4	4%	17	16%
dependencia leve	11	11%	4	4%	1	1%	3	3%	2	2%	1	1%
Independencia	18	17%	4	4%	6	6%	0	0%	1	1%	7	7%
TOTAL	104	100%	36	35%	15	14%	15	14%	8	8%	30	29%

$Ji^2 = 20.221$ $p = 0.21$

$p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

Vemos que, de toda la población evaluada, el grupo mayoritario corresponde al 51% que presenta adultos mayores con dependencia funcional moderada, de los cuales 19% son solteros, 5% son casados, 7% de unión libre, 4% que son divorciados y el 16% son viudos.

Al hacer un análisis para ver el grado de relación entre ambas variables se obtiene un valor de significancia mayor a 0.05, por lo que no se rechaza la hipótesis nula, por lo que se afirma que no hay existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el estado civil.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 7
**Asociación entre el grado de instrucción y el nivel de dependencia
funcional**

GRADO DE INSTRUCCIÓN	TOTAL		Sin estudios		Primaria		secundaria		Técnico		superior	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
dependencia total	3	3%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%
dependencia severa	19	18%	7	7%	3	3%	5	5%	1	1%	3	3%
dependencia moderada	53	51%	20	19%	5	5%	7	7%	4	4%	17	16%
dependencia leve	11	11%	4	4%	1	1%	3	3%	2	2%	1	1%
Independencia	18	17%	4	4%	6	6%	0	0%	1	1%	7	7%
Total	104	100%	36	35%	15	14%	15	14%	8	8%	30	29%

$Ji^2 = 28.381$

$p = 0.028$

$p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

En la tabla 7 se evalúan la relación entre dos variables, se observa que el grupo de dependencia funcional moderada es frecuente y representa el 51% del total, de estos el 19% no tiene estudios, 16% tiene estudio superior, mientras que un 5% tiene estudios primarios, así como un 4% estudio superior técnico.

Al hacer un análisis para ver el grado de relación entre ambas variables se obtiene un valor de significancia menor a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, seguidamente se afirma que si existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el grado de instrucción.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 8
Asociación entre la ocupación y el nivel de dependencia funcional

DEPENDENCIA	Total		total		Severa		Moderado		Leve		Independencia	
	Frec.	%	Fre c.	%	Frec	%	Frec.	%	Fre c.	%	Frec.	%
Trabajador activo	74	71%	1	1%	14	13%	35	34%	7	7%	17	16%
Labores del hogar	29	28%	1	1%	5	5%	18	17%	4	4%	1	1%
Ninguno	1	1%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	104	100%	3	3%	19	18%	53	51%	11	11%	18	17%

$\chi^2 = 40.194$ $p = 0.000$ $p < 0.050$ Fuente: Elaboración propia

Del total de encuestados se observa a los que tienen dependencia funcional moderada por ser un grupo frecuente con 51%, de estos se observa que fueron trabajadores activos en 34% frente a los trabajadores en labores del hogar en 17%.

Al buscar asociaciones entre las variables de dependencia funcional y tipo de ocupación a la que se dedicó la mayor parte de su vida se encuentra un valor estadísticamente significativo por lo que se rechaza la hipótesis nula, afirmándose que existe asociación la ocupación y el nivel de dependencia.

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Tabla 9
**Asociación entre la presencia de comorbilidad y el nivel de
dependencia funcional**

DEPENDENCIA COMORBILIDAD	Total		Dep. total		Severa		Moderado		Leve		Independencia	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Hipertensión	21	20%	0	0%	9	9%	10	10%	1	1%	1	1%
Diabetes	5	5%	0	0%	1	1%	4	4%	0	0%	0	0%
Osteomuscular	7	7%	1	1%	1	1%	4	4%	0	0%	1	1%
Otros	27	26%	1	1%	4	4%	15	14%	4	4%	3	3%
No	36	35%	0	0%	2	2%	18	17%	5	5%	11	11%
Hipertensión y diabetes	3	3%	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	2	2%
Hipertensión y otros	3	3%	0	0%	2	2%	0	0%	1	1%	0	0%
1,3,4	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
1 y 3	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
TOTAL	104	100%	3	3%	19	18%	53	51%	11	11%	18	17%

$\chi^2 = 51.897$

$p = 0.015$

$p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla se relaciona el nivel de dependencia funcional y la presencia de comorbilidad, se observa que del grupo que predomina con dependencia funcional moderada que representa el 51% del total, el 17% no presenta comorbilidad alguna, el 14 % otras patologías, 10% hipertensión arterial y el 2% más de dos patologías.

Al hacer el análisis estadístico de asociación entre estas dos variables, se encuentra un valor de p significativo por lo que se rechaza la hipótesis nula y se afirma que existe asociación entre el nivel de dependencia y presencia de comorbilidad.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 10
**Asociación la presencia de polifarmacia y el nivel de dependencia
funcional**

DEPENDENCIA POLI FARMACIA	Total		Dep. total		Severa		Moderado		Leve		Independen cia	
	Frec.	%	Fr ec	%	Fre c	%	Frec	%	Frec	%	Frec	%
Si	28	27%	1	1%	10	10%	15	14%	1	1%	1	1%
No	76	73%	2	2%	9	9%	38	37%	10	10%	17	16%
TOTAL	104	100%	3	3%	19	18%	53	51%	11	11%	18	17%

$J^2 = 12.451$ $p = 0.0141$ $p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 10 se observa que hay un total de 104 encuestados de los cuales el 51% que corresponde a los que presentan un nivel de dependencia funcional moderado, de ellos se observa que el 37% no presenta polifarmacia frente al 14% que si presentan.

Al realizar el análisis estadístico se observa un ji cuadrado con un valor no significativo menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, indicándose que si existe asociación entre la presencia de polifarmacia y el grado de dependencia funcional.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 11
**Asociación entre tiempo de estancia y el nivel de dependencia
funcional**

ESTANCIA (MESES)	Total		Hasta 79		De 80 a mas	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Dep. total	3	3%	2	2%	1	1%
Severa	19	18%	15	14%	4	4%
Moderada	53	51%	33	32%	20	19%
Leve	11	11%	6	6%	5	5%
Independencia	18	17%	13	13%	5	5%
TOTAL	104	100%	69	66%	35	34%

$\chi^2 = 2,711$ $p = 0.607$ $p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

En esta tabla podemos observar que del 100% encuestado el 51% presenta mayor frecuencia con un nivel de dependencia moderado, del cual 32% tiene un tiempo de estancia de hasta 79 meses frente al 19% que tiene más de 80 meses de estancia en la casa de reposo estudiada.

Al realizar el análisis estadístico de la asociación entre estas dos variables se obtiene un chi cuadrado con un valor de significación mayor a 0.05 por lo que no se rechaza la hipótesis nula, afirmándose que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia funcional y el tiempo de estancia.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 12
Asociación entre edad y el grado de depresión

DEPRESIÓN	Total		Normal		Leve		Moderado		Severa	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
De 60 a 69	12	12%	4	4%	4	4%	3	3%	1	1%
De 70 a 79	28	27%	4	4%	13	13%	9	9%	2	2%
De 80 a 89	48	46%	6	6%	21	20%	20	19%	1	1%
De 90 a 101	16	15%	2	2%	7	7%	6	6%	1	1%
TOTAL	104	100%	16	15%	45	43%	38	37%	5	5%

$Ji^2 = 5.596$

$p = 0.78$

$p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 12 encontramos que, del total, 104 participantes, el grupo predominante tiene depresión leve en 43%, de los cuales 20% tiene edades de 80 a 89 años de edad, 13% edades de 70 a 79 años, 7% de 90 a 101 y 4% edades de 60 a 69 años.

En cuanto al análisis estadístico se obtiene un valor de significancia de ji cuadrado mayor a 0.05 por lo que no se rechaza la hipótesis nula, se indica por lo tanto que no existe asociación entre la edad y el grado de depresión.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 13
Asociación entre el tipo de sexo y el grado de depresión

SEXO	Total		Masculino		Femenino	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Normal	16	15%	10	10%	6	6%
depresión leve	45	43%	32	31%	13	13%
depresión moderada	38	37%	13	13%	25	24%
depresión severa	5	5%	1	1%	4	4%
TOTAL	104	100%	56	54%	48	46%

$Ji^2 = 14.08$ $p = 0.003$ $p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

Al analizar dos variables, tipo de sexo y grado de depresión observamos que, del total de participantes que es el 100%, es más frecuente la depresión leve(43%), de los cuales 31% corresponden al sexo masculino frente al 13% del sexo femenino. Así mismo en segundo lugar está presente la depresión moderada con 24% de sexo femenino frente al 13% del sexo masculino.

Como se puede observar en los resultados del valor de ji cuadrado se ve que tiene un valor de significancia menor al 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, aceptándose la dependencia entre estas variables.

Se afirma que si existe asociación entre el grado de depresión y el sexo.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 14

Asociación entre el estado civil y el grado de depresión

ESTADO CIVIL	Total		Soltero		Casado		Unión libre		Divorciado		Viudo	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Normal	16	15%	8	8%	5	5%	1	1%	0	0%	2	2%
depresión leve	45	43%	12	12%	7	7%	11	11%	4	4%	11	11%
depresión moderada	38	37%	15	14%	3	3%	1	1%	4	4%	15	14%
depresión severa	5	5%	1	1%	0	0%	2	2%	0	0%	2	2%
TOTAL	104	100%	36	35%	15	14%	15	14%	8	8%	30	29%

$Ji^2 = 22.897$

$p = 0.029$

$p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

En esta Tabla 14 vemos la relación de dos variables: el estado civil y el grado de depresión. Claramente el valor predominante de variable dependiente es depresión leve con 43%, de esta el 12% es soltero, 7% es casado, 11% es de unión libre, 4% es divorciado y el 11% es viudo.

Se analiza estadísticamente ambas variables, y se obtiene un valor de ji cuadrado con de significancia menor a 0.05 por lo que se rechaza la hipótesis nula, afirmándose la dependencia.

Si existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de depresión y el estado civil.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 15

Asociación entre el grado de depresión y el grado de instrucción

GRADO DE ESTUDIOS	Total		Sin estudios		Primaria		Secundaria		Técnico		Superior	
	Frec	%	Frec.	%	Frec	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
DEPRESIÓN												
Normal	16	15%	0	0%	4	4%	9	9%	0	0%	3	3%
depresión leve	45	43%	8	8%	14	13%	14	13%	2	2%	7	7%
depresión moderada	38	37%	4	4%	20	19%	7	7%	0	0%	7	7%
depresión severa	5	5%	1	1%	2	2%	1	1%	0	0%	1	1%
TOTAL	104	100%	13	13%	40	38%	31	30%	2	2%	18	17%

$Ji^2 = 15.081$ $p = 0.237$ $p < 0.050$ Fuente: Elaboración propia

La Tabla 15 se relaciona dos variables, el grado de instrucción y el grado de depresión. Se observa que, del total, 43% corresponde a aquellos adultos mayores con depresión leve, de los cuales, al relacionarlo con el grado de estudios, se ve que el 8% no tiene estudios, el 13% tienen estudios en primaria, 13% tienen en secundaria, un 2% recibió estudio superior técnico, y un 7% estudios superiores universitarios.

No se encontró asociación estadísticamente significativa entre el grado de depresión y el grado de instrucción.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 16

Asociación entre la ocupación y el grado de depresión

DEPRESIÓN	Total		Normal		Leve		Moderado		Severa	
	Frec	%	Frec	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
OCUPACIÓN										
Trabajador activo	74	71%	13	13%	34	33%	24	23%	3	3%
Labores del hogar	29	28%	3	3%	11	11%	14	13%	1	1%
Ninguno	1	1%	0	0%	0	0%	0	0%	1	1%
TOTAL	104	100%	16	15%	45	43%	38	37%	5	5%

$J^2 = 22.455$ $p = 0.001$ $p < 0.050$ Fuente: Elaboración propia

En la Tabla 16, observamos la asociación entre la ocupación y el grado de depresión, vemos que de los 104 encuestados que es el total, un 43% tiene depresión leve (siendo la más frecuente), de la cual el 33% fueron trabajadores activos (gran esfuerzo físico diario) frente al 11% que tuvo ocupación en actividades relacionadas con labores del hogar.

Al hacer un análisis estadístico con SPSS, encontramos que el ji cuadrado tiene un valor de significancia que es inferior a 0.05, por lo que se rechaza la hipótesis nula, y se afirma que si existe asociación estadísticamente significativa entre la ocupación y el grado de depresión.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 17

**Asociación entre la presencia de comorbilidad y el grado de
depresión**

DEPRESIÓN	Total		Normal		Leve		Moderado		Severa	
	Frec.	%	Frec	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec	%
COMORBILIDAD										
Hipertensión Arterial	21	20%	4	4%	10	10%	7	7%	0	0%
Diabetes	5	5%	0	0%	0	0%	5	5%	0	0%
Osteomuscular	7	7%	2	2%	3	3%	2	2%	0	0%
Otros	27	26%	5	5%	12	12%	6	6%	4	4%
No	36	35%	4	4%	18	17%	13	13%	1	1%
Hipertensión y diabetes	3	3%	0	0%	0	0%	3	3%	0	0%
Hipertensión y otros	3	3%	1	1%	1	1%	1	1%	0	0%
1,3,4	1	1%	0	0%	1	1%	0	0%	0	0%
1 y 3	1	1%	0	0%	0	0%	1	1%	0	0%
TOTAL	104	100%	16	15%	45	43%	38	37%	5	5%

$Ji^2 = 28.819$ $p = 0.227$

$p < 0.050$

Fuente: Elaboración propia

Se relaciona el grado de depresión y la presencia de comorbilidad y se evalúa que el grupo que predomina presenta depresión leve en el 43% del total, de estos el 17% no presenta comorbilidad alguna, el 12% presenta otras patologías, 10% tiene hipertensión arterial y el 2% más de dos patologías.

El análisis estadístico de asociación entre estas dos variables, p tiene un valor superior a 0.05; por lo que se afirma que no existe asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia y presencia de comorbilidad.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 18
**Asociación entre la presencia de polifarmacia y el grado de
depresión**

DEPRESIÓN	Total		Normal		Leve		Moderado		Severa	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
POLI FARMACIA										
Si	28	27%	6	6%	11	11%	11	11%	0	0%
No	76	73%	10	10%	34	33%	27	26%	5	5%
TOTAL	104	100%	16	15%	45	43%	38	37%	5	5%

$Ji^2 = 2.972$ $p = 0.396$ $p < 0.050$ Fuente: Elaboración propia

Tabla 18: Observamos que el grado de depresión con más frecuencia es leve con 43%, dentro de esta vemos que el 11% no presenta polifarmacia frente al 33% que, si presenta, le sigue en segundo lugar el grado de depresión moderado con 37%, dentro de los cuales 26% no presenta polifarmacia y el 11% si presenta. Como se pueden analizar los resultados, posterior al análisis estadístico, nos da un valor de significancia de ji cuadrado superior a 0.05, por lo que se afirma que No existe asociación entre la presencia de polifarmacia y el grado de depresión.

**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN
EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO
EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Tabla 19

Asociación entre el tiempo de estancia y el grado de depresión

ESTANCIA	Total		Hasta 79		De 80 a mas	
	Frec.	%	Frec.	%	Frec.	%
Normal	16	15%	12	12%	4	4%
depresión leve	45	43%	28	27%	17	16%
depresión moderada	38	37%	26	25%	12	12%
depresión severa	5	5%	3	3%	2	2%
TOTAL	104	100%	69	66%	35	34%

$Ji^2 = 1.043$ $p = 0.791$ $p < 0.050$ Fuente: Elaboración propia

Tabla 19. Esta tabla nos expresa, el tiempo de estancia asociada al nivel de depresión. Se puede observar que, de todos los participantes de este estudio, el 43% que corresponde al nivel de depresión leve, de los cuales el 27% tienen un tiempo de estancia de hasta 79 meses frente al 16% que tiene tiempo de estancia de 80 a más meses.

Al analizar la asociación de ambas variables, se obtiene un valor de ji cuadrado con significancia mayor a 0.05, por lo que no se rechaza la hipótesis nula y se afirma que no existe asociación la depresión y el tiempo de estancia.



CAPITULO III

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Actualmente se sabe que el adulto mayor es uno de los principales focos de atención, debido al desmesurado crecimiento poblacional de este grupo etéreo respecto a la población en general.

Por lo que se ha realizado este trabajo de investigación en adultos mayores residentes de la casa de reposo “Hermanitas de los ancianos desamparados. Victor Lira” de Arequipa, para medir el nivel de dependencia funcional, el grado de depresión y la existencia o no de asociación entre ambas variables, que es importante considerarlo debido a que estos dos síndromes geriátricos son frecuentes y pueden impactar negativamente en el bienestar individual, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios, para lo que se pueden tomar medidas preventivas.

Para tal fin se realiza una encuesta de forma personalizada durante el mes de abril 2017, aplicándose una ficha de datos sociodemográficas, Escala Geriátrica de Yesavage modificada, Escala de Barthel completa y Test de Pfeiffer. Se muestran datos mediante estadística descriptiva, comparándose datos con prueba de ji cuadrado y con su valor de significancia <0.05 .

El Gráfico 1 al 8. Representan las características sociodemográficas propias de la casa de reposo estudiada.

Con la aplicación de la Escala de Barthel completa, se identifica que de los 104 adultos mayores encuestados, 83% presenta dependencia funcional, predominando grado de dependencia funcional moderada (51%), seguida de dependencia funcional severa (18%), como se aprecia en el **Gráfico 9**.

Estos resultados tienen similitud con el estudio realizado en México por Bejines y col. (29); sobre la valoración de la capacidad funcional del adulto mayor

residente en casa hogar, donde se evalúa 111 adultos mayores con el mismo instrumento utilizado en nuestro estudio, encontrándose 72.1% de dependencia funcional, predominando en este caso a diferencia de nuestra investigación la dependencia leve (28.8%) y en segundo lugar la dependencia moderada (18%) siendo también similar a nuestro estudio. La explicación a la predominancia, puede explicarse debido a que en nuestra institución de estudio existen normas y disposiciones para realizar algunas actividades básicas de la vida diaria como comer, bañarse.

El Gráfico 10 es resultado de la aplicación de la Escala Geriátrica de Yesavage, la cual indica existencia de depresión en 85% del total, donde predomina la depresión leve en 43%, seguida de depresión moderada en 37% y se detecta una depresión severa de 5%.

Estas manifestaciones son similares a los reportados con otros estudios, como el realizado en el Albergue Buen Jesús de Arequipa el año 2015 (37), donde se evalúa la depresión en la calidad de vida de adultos mayores, se utiliza el mismo instrumento en 40 personas, indicando una frecuencia de depresión de 80%, dentro de la que predomina la depresión moderada con 45% seguida de la leve con 25%, similar nuestros resultados pero en diferente orden de frecuencia, debido probablemente a que en la institución estudiada actualmente se permite la salida responsable de la casa de reposo por lo menos una vez por semana, en el estudio mencionado existe mayor grado de depresión severa 10% a diferencia del nuestro(5%), dato importante a considerar ya que puede traer consecuencias que puedan repercutir gravemente, elevando el riesgo de muerte prematura tanto por el incremento del número de suicidios como el empeoramiento de enfermedades somáticas (15)

El Gráfico 11 representa el estado cognoscitivo predominante, que es el estado intacto en 52%, seguido del leve en 22%. No fue un objetivo de esta investigación, pero se quiso dar a conocer el nivel de deterioro cognoscitivo prevalente en la casa de reposo, ya que según la literatura médica indica que, la depresión puede ser confundida con el inicio de un cuadro demencial, acelerando el deterioro cognitivo (16).

En cuanto a la asociación estadísticamente significativa entre el nivel de dependencia funcional y el grado de depresión, como se explica en la **Tabla 3**. Se observa que no hay asociación estadísticamente significativa.

Resultados similares son encontrados en un estudio realizado en México, por Gonzales y col., año 2009 (26), donde se evalúa la asociación de estas dos variables mencionadas en una encuesta a 155 participantes llegando a la conclusión de que no se identificó asociación ($p=0.257$). Como vemos es un valor muy lejano al nuestro ($p=0.056$) probablemente debido a que en el estudio descrito se empleó otra metodología para el nivel de dependencia funcional.

De la tabla 4 a la tabla 11, cada tabla indica la asociación entre cada una de las características sociodemográficas y el nivel de dependencia funcional, la descripción de cada tabla se realiza observando valores predominantes de la variable dependiente (grado de dependencia funcional) y se correlaciona con cada una de las variables independientes (características sociodemográficas), posterior a ello se efectúa el análisis estadístico, observándose que si existe asociación estadísticamente significativa (<0.05) entre el nivel de dependencia funcional y el sexo: masculino (22%), grado de instrucción: no tiene estudios (19%), ocupación: trabajador activo (34%), comorbilidad: si la presenta (51%), polifarmacia: no la presenta en (37%)

En un estudio realizado por Dorantes y col. en México (38), se encuentra asociación estadísticamente significativa ($p < 0.01$) entre el nivel de dependencia funcional y el tipo de sexo: femenino (60.1%), estado civil: soltero (49%), grado de instrucción: analfabetas (43) %, presencia de comorbilidad. Algunos datos contrastantes serían resultado de la predominancia de encuestadas siendo el sexo femenino, además se emplea otro tipo de escalas, sin embargo, observamos que destacan ciertas variables sociodemográficas que están relacionadas con el grado de dependencia funcional, las cuales tenemos que tomar en cuenta para posteriormente identificar e implementar medidas de intervención dirigidas a detener dicho proceso.

De la tabla 12 a la tabla 19, cada tabla indica asociación entre cada una de las características sociodemográficas y el grado de depresión, se describen las tablas con los valores predominantes de la variable dependiente (grado de depresión) y se correlaciona con cada una de las variables independientes (característica sociodemográfica), se realiza el análisis estadístico, dándose a conocer que si existe asociación estadísticamente significativa entre el grado de depresión y tipo de sexo: masculino (54%), estado civil: soltero (35%) y ocupación: trabajador activo (71%).

Se hace una revisión de antecedentes y se encuentra un estudio realizado en Colombia, por Borda y col. Año 2013 (34), donde participaron 66 adultos mayores utilizando las mismas metodologías y se encontró una fuerza de asociación significativa entre el grado de depresión y el sexo: masculino (69%) y estado civil: soltero (50%), no se describe la variable ocupación, con cierto grado de similitud a nuestro estudio; lo que nos permite inferir que el sexo masculino y la soltería constituirían un factor de riesgo para la depresión.

Se evalúa otro estudio realizado en donde se comparó el grado de depresión en adultos mayores que eran residentes y no en una casa de reposo; donde se evidencia que no existen diferencias estadísticas significativas en dicha comparación (12) lo que se puede traducir con el resultado de la asociación entre el grado de depresión y el tiempo de estancia de nuestro estudio; negándose alguna asociación estadísticamente significativa.

Otro estudio hecho en España (36), sobre la prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas, evidencio que una buena escala para la valoración de la depresión fue la Escala de Yesavaye y se sugería que se adicione a los trabajos, las escalas de discapacidad ya que la sintomatología depresiva se encontraba más cercana a reacciones emocionales no patológicas o a los rasgos de carácter, motivo por el cual empleamos en nuestro estudio la escala de Barthel además.



CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y
SUGERENCIAS

CONCLUSIONES

- **PRIMERA:** Los adultos mayores de la casa de reposo “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Victor Lira” – Arequipa, tienen una edad promedio de 80 años, predomina el sexo masculino (54%), 64% son solteros y viudos. El 87% recibió educación, 75% presenta comorbilidad, el tiempo de estancia promedio es de 6 años y el nivel de estado cognoscitivo predominante es intacto (52%).
- **SEGUNDA:** El nivel de dependencia funcional predominante es moderado en 51%.
- **TERCERO:** El grado de depresión predominante es una depresión leve y moderada en 75%
- **CUARTO:** No existe asociación entre el nivel de dependencia funcional y el grado de depresión.
- **QUINTO:** Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas (sexo, grado de instrucción, ocupación, presencia de comorbilidad, presencia de polifarmacia) y el nivel de dependencia funcional. Sin embargo, no existe asociación con la edad, estado civil, y el tiempo de estancia.
- **SEXTO:** Existe asociación estadísticamente significativa entre las variables sociodemográficas (sexo, estado civil y ocupación) y el grado de depresión. Sin embargo, no existe asociación con la edad, grado de instrucción, presencia de comorbilidad, presencia de polifarmacia, tiempo de estancia.

RECOMENDACIONES

PRIMERO: Se recomienda a otros investigadores de la facultad de medicina de la UCSM enfocarse en trabajos de investigación en otros centros de reposo de la ciudad, para compáralas con nuestros resultados, considerar en los criterios de exclusión el puntaje del Test de Pfeiffer.

SEGUNDO: A los médicos de primer nivel de atención considerar importante el diagnóstico de depresión puesto que influye y encubre la mayoría de comorbilidades que el adulto mayor pueda presentar, teniendo en cuenta el estado de deterioro cognoscitivo.

TERCERO: En la institución estudiada, debido al porcentaje de dependencia funcional, se recomienda trabajar multidisciplinariamente con actividades que promuevan el desarrollo del adulto mayor de forma integral, como el ejercicio, además que puede ser beneficioso para retardar la gravedad del estado de depresión; así como crear actividades recreativas en las que se puedan ocupar.

I. BIBLIOGRAFÍA:

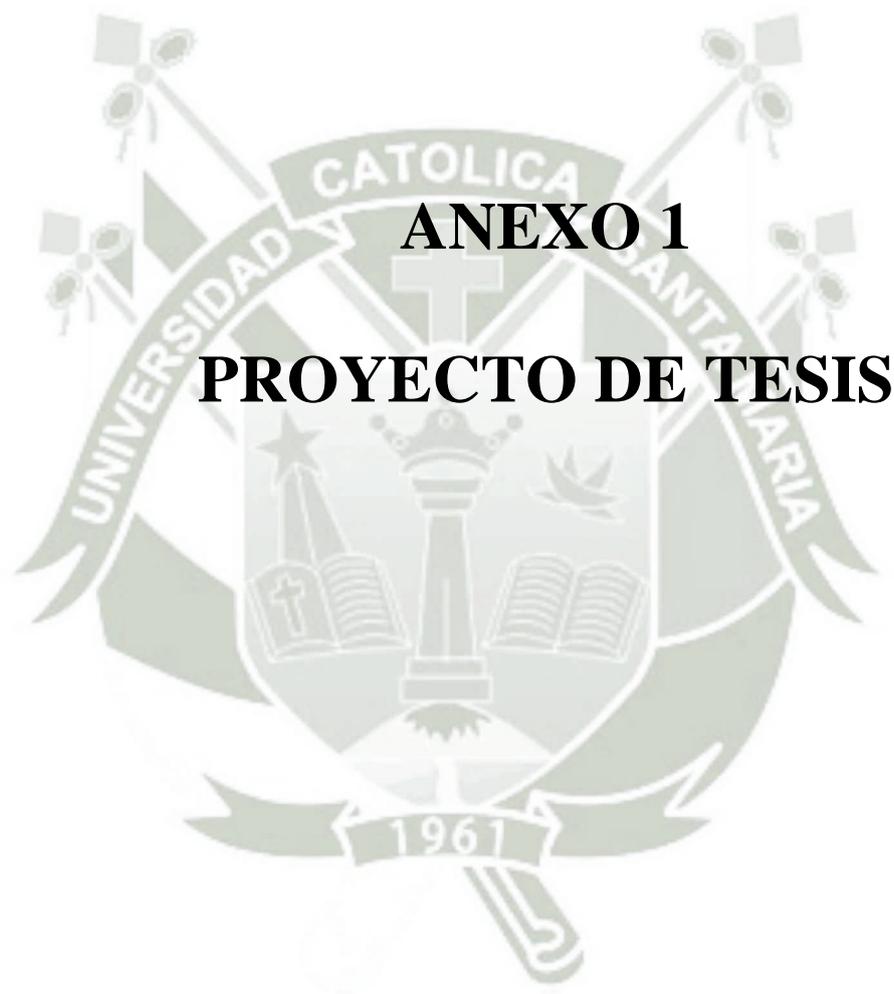
1. Macias J. F. N., D.B.Z. Geriatria desde el Principio. (Segunda ed.); 2005. pag.16
2. Mg Chávez.M. M. Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de Salud 2006-2010. Peru - Lima - Instituto Nacional de Estadística e Informática: Noviembre 2012
3. Whoint. 1. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/> [Accessed 03 February 2017].
4. Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. The Gerontologist 2004; 44: 190.
5. Birren J, Schroots J. History, Concepts, and Theory in the Psychology of Ageing. En: Birren J, Schaie K, editores. Handbook of the psychology of aging. 4.^a ed. San Diego: Academic Press; 1996.
6. Dr. Felipe Salech M., Dr. Rafael Jara I., Dr. Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Condes 2012; 23(1)
7. Fernanda R. U., Valderrama O. L., Molina L. J. (enero-junio 2010) 'Intervención psicológica en adultos mayores ', Redalyc.org, (25), pp. 246
8. Zavala G Mercedes, Vidal G Daisy, Castro S Manuel, Quiroga Pilar, Klassen P Gonzalo. Funcionamiento social del adulto mayor. Cienc. enferm. 2006 Dic; 12 (2): 53-62.
9. Botto Alberto, Acuña Julia, Jiménez Juan Pablo. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones

- clínicas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Oct [citado 2017 Feb16]; 142(10): 1297-1305.
10. Widger T, Frances A, Pincus H, Coover N, Barlow D, Campbell M et al. DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1994
 11. Alberdi, S.J., Taboada O., Vazquez C.V. (2006) 'Depresión', Fistera, 6(11), pp. 3
 12. Orosco, C. (2015) 'Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima', Portal de revistas Ulima, , pp. 92 - 103.
 13. Aguilar, N.S., Ávila, F.J.A. (2007) 'La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor', Medigraphic, 143(2), pp. 141-143.
 14. Abellán, A.V.G, Abizanda, A.S.P, Alastuey , A.G.C. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: 2006.
 15. P. Galván, E. Fernández y J. Fonseca. Síntomas residuales en el anciano con depresión. Elsevier 2011
 16. Martínez, J.A., Martínez, O.V., Esquivel, M.C., Velasco, R.V. (2007) 'Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado', Medigraphic, Rev Med Inst Mex Seguro, 45 (1), pp. 21-28.
 17. Peña D. M., Herazo M. I., Calvo J. M., 'Depresión en ancianos ', (2009) Researchgate, 57(4), pp. 347
 18. Aracil, D.D., Estesó, M.E., Girón, S.M., López, M.G. (2014) 'Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en anciano', Revista de Fundamentos de Psicología, 6(1), pp. 52 -54.

19. Dejrknesc JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand*. 2006; 113: 372-387.
20. Jongenelis K. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord*. 2004; 83: 135-42.
21. Sapolsky RM. ¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés. Madrid: Alianza editorial; 2008.
22. Barrio I M, Barreiro JM, Pascau J, Júdez J, Simón P, Molina Ruiz A et al. La dependencia en el decir de los mayores. *Gerokomos*. 2006; 17(2):66-74
23. Ávila-Fermat FM, Montaña-Álvarez M. Funcionalidad. En: García Peña MC, Gutiérrez-Robledo LM, Arango-Lopera VE, Pérez-Zepeda MU. *Geriatría para el médico familiar*. México: Manual Moderno; 2012. p. 2-3.
24. Secretaría de Salud, Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Programa de trabajo del Subcomité Técnico de Enfermería para la Atención del Adulto Mayor. México: Secretaría de Salud; 2005.
25. Varela, P. L., Chávez J.H., Gálvez, C.M., Méndez, S.F. (2005) 'Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional.', *Revista Médica Herediana*, 16 (3), pp..
26. Zavala G.M., Posada, A.S., Cantú P.R. (2010) 'Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermoza, México', *Archivos en Medicina Familiar*, 12 (4), pp. 116 -124.
27. Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M^a C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam [Internet]*. 2002 Dic [citado 2017 Mar 03]; 12(10): 26-40.

28. Kur, I., Greenber, S. A. (2007) La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés, Hartford Institute for Geriatric Nursing, College of Nursing, New York Universit: Marie Boltz, Alexis Melendez
29. Bejines S. M., Velasco R. R., García O.L., Barajas M., Aguilar N., Rodríguez M. (2015) 'Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar', Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. , 23(1), pp. 9 -15.
30. Muñoz Silva Carolina Andrea, Rojas Orellana Pedro Antonio, Marzuca-Nassr Gabriel Nasri. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Rev. méd. Chile 2015 Mayo [citado 2017 feb 10]; 143(5): 612-618.
31. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mar [citado 2017 Feb 15] ; 71(2): 127-137.
32. Martínez-Martín Pablo, Fernández-Mayoralas Gloria, Frades-Payo Belén, Rojo-Pérez Fermina, Petidier Roberto, Rodríguez-Rodríguez Vicente et al. Validación de la Escala de Independencia Funcional. Gac Sanit. 2009 Feb [citado 2017 Mar 15] ; 23(1): 49-54.
33. García, M.J., Ferrer, J. T. (2001) 'Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo', Elseiver, 27(7), pp. 484-488
34. Borda PM, Anaya TP, Pertuz RM, Romero LL, Suárez GA, Suárez GA. Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo. *Redalyc.org* 2013; 29(1): 64

35. Juárez MJ., León FA. ,Alata L.. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima Perú. *Rev. Horiz. Med* 2012; 12(2): 26-29.
36. Ezquiaga TE, García LA, Huerta RR, Pico R. Tasas de prevalencia de depresión en atención primaria en relación con las características metodológicas de los estudios. *Elseiver* 2011; 137(13): 612–615.
37. Alvarez Q.L., Begazo M.M. (2015) 'Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del Albergue Buen Jesús, Arequipa 2015' Tesis para obtener el título profesional de enfermería.
38. Dorantes-Mendoza Guadalupe, Ávila-Funes José Alberto, Mejía-Arango Silvia, Gutiérrez-Robledo Luis Miguel. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2007 July [cited 2017 May 08] ; 22(1):1-11. http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1020-49892007000600001&lng=en.



Universidad Católica de Santa

María

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



**“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE
DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE
UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”**

Autora:

Liz Cristabel Ancco Mamani

Proyecto de tesis para obtener el

Título Profesional de Médico

Cirujano

Arequipa - Perú

2017

NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017

I. PREÁMBULO

El envejecimiento es un proceso complejo e inherente de vida humana, donde se experimentan cambios bio-psico-sociales que involucran todas las dimensiones de la vida. Esta etapa implica disminución y desgaste funcional que se puede exacerbar con alguna comorbilidad, lo que condiciona al ser humano a alterar su capacidad para realizar sus actividades básicas de la vida diaria; investigaciones médicas señalan que las limitaciones para desarrollarlas, tienen un impacto considerable en el nivel de dependencia, en el estado emocional y en la posibilidad de desarrollar trastornos psiquiátricos.

Dentro de estos trastornos psiquiátricos, la depresión es una patología prevalente, sobre todo en ancianos institucionalizados, en un 15 a 35%. Es importante detectarla a tiempo, ya que, tanto el sub diagnóstico como el retraso en su identificación (por la inusual sintomatología), conlleva al retraso en el tratamiento, impactando negativamente en el bienestar de los individuos, en la salud pública y en los costos directos e indirectos de servicios sanitarios.

El deterioro funcional como la depresión, son dos síndromes geriátricos más prevalentes; que según estudios investigativos tienen cierto grado de asociación. Se ha realizado este trabajo de investigación para medir el nivel de dependencia funcional, grado de depresión y fuerza de asociación entre ambas, que es importante considerarlo en una casa de reposo, ya que se pueden tomar medidas preventivas posteriores a los conocimientos estadísticos.

II. PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es el grado de dependencia funcional y el nivel de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría geriátrica
- Línea: Depresión

b) Análisis de Variables:

1. Características sociodemográficas

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Edad	Independiente	Encuesta	Años cronológicos	De razón
Sexo	Independiente	Encuesta	Masculino Femenino	Nominal
Estado civil	Independiente	Encuesta	Soltero Casado Unión Libre Divorciado Viudo	Nominal

Grado de Instrucción	Independiente	Encuesta	Sin estudios Primaria Secundaria Técnica Superior	Nominal
Ocupación	Independiente	Encuesta	Trabajador activo Labores del hogar Ninguna	Nominal
Comorbilidad:	Independiente	Encuesta	Hipertensión Arterial Diabetes Osteomuscular Otros	Nominal
Polifarmacia	Independiente	Encuesta	SI /NO	Nominal
Tiempo de estancia	Independiente	Encuesta	Meses	Numérica

2. Estado cognoscitivo

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Intacto	Dependiente	Puntaje según Test de Pfeiffer	0 a 2 errores	Ordinal
Deterioro leve	Dependiente	Puntaje según Test de Pfeiffer	3 o 4 errores	Ordinal
Deterioro moderado	Dependiente	Puntaje según Test de Pfeiffer	5 a 7 errores	Ordinal
Deterioro grave	Dependiente	Puntaje según Test de Pfeiffer	8 a 10 errores	Ordinal

3. Grado de depresión geriátrica

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Normal	Dependiente	Puntaje según Escala de Depresión geriátrica de Yesavage	0-4 puntos	Ordinal
Depresión leve	Dependiente	Puntaje según Escala de Depresión geriátrica de Yesavage	5-8 puntos	Ordinal
Depresión moderada	Dependiente	Puntaje según Escala de Depresión geriátrica de Yesavage	9-11 puntos	Ordinal
Depresión severa	Dependiente	Puntaje según Escala de Depresión geriátrica de Yesavage	12-15 puntos	Ordinal

4. Nivel de dependencia funcional para realizar actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

VARIABLE	TIPO DE VARIABLE	INDICADOR	VALOR	ESCALA
Dependencia total	Dependiente	Puntaje según la Escala de Barthel	0-20 puntos	Ordinal
Dependencia severa	Dependiente	Puntaje según la Escala de Barthel	25-60 puntos	Ordinal
Dependencia moderada	Dependiente	Puntaje según la Escala de Barthel	65-90 puntos	Ordinal
Dependencia leve	Dependiente	Puntaje según la Escala de Barthel	95 puntos	Ordinal
Independencia	Dependiente	Puntaje según la escala de Barthel	100 puntos	Ordinal

c) Interrogantes básicas:

- ¿Cuáles son las características sociodemográficas de los adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017?
- ¿Cuál es el grado de dependencia funcional adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017?
- ¿Cuál es el nivel de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017?
- ¿Existe asociación entre el grado de dependencia funcional y el nivel de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017?
- ¿Existe asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de dependencia en adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017?
- ¿Existe asociación entre las características sociodemográficas y el grado de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017?

d) **Tipo de investigación:** Observacional, Transversal, Analítico

e) **Nivel de Investigación:** Descriptivo

JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

Relevancia Social: Los trastornos depresivos son considerados un problema importante para la salud pública por su elevada prevalencia, morbilidad física, disfunción social y alto coste social, en nuestro país

solo un grupo minoritario de investigadores enfocan sus estudios en ancianos institucionalizados, dándoles la debida importancia.

Relevancia Contemporánea: Actualmente se está produciendo un fenómeno poblacional en el mundo, la población adulta mayor está incrementando, más rápido de lo que uno piensa; por este motivo que investigar sobre el grado depresión y nivel de dependencia funcional y más aún en ancianos institucionalizados cobra mucha importancia.

Relevancia Científica y Académica: Este proyecto cumple con los requisitos para hablarse de un trabajo de investigación, al tener los resultados se podrá compartir con la comunidad científica para compararla, comentarla, difundirla con otros estudios, tendremos una información valiosa para la realización de posteriores investigaciones.

Factibilidad: Cumple con ser factible debido a la posibilidad metodológica que tiene este estudio, no genera un gasto considerable que no pueda ser abordado por la autora.

Originalidad: Es original, ya que en el lugar de estudio elegido para realizar este trabajo de investigación, hasta el momento no se ha realizado ningún trabajo con objetivos similares o parecidos, que relacionen estos dos aspectos, tanto la dependencia funcional como el grado de depresión, considerando el estado cognitivo de la población estudiada. Además, que no se han encontrado antecedentes a nivel local en otras casas de reposo que abarquen las variables enfocadas en este estudio.

1. MARCO CONCEPTUAL

1.1. ENVEJECIMIENTO

El envejecimiento es un proceso intrínseco, progresivo y universal condicionado por múltiples factores, su característica fundamental es el deterioro del rendimiento funcional que se traduce en la lentitud e imposibilidad de adaptarse a diferentes situaciones ya sean de origen interno o externo. (1)

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) clasifica bajo el término de: "Personas Adultas Mayores" (PAM) a aquellas que tienen 60 o más años de edad, tomando este punto de corte en razón de la esperanza de vida de la población en la región y las condiciones en las que se presenta el envejecimiento. (2)

La proporción de personas mayores está incrementándose rápidamente en el mundo. Según se calcula, entre 2015 y 2050 esta proporción ya casi se duplicará, pasando de 12 a 22%. En cuanto a la cifra absoluta prevista, se observa que incrementará de 900 millones a 2 000 millones de personas mayores de 60 años. Esta población adulta mayor puede sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. (3)

1.1.1. Proceso biológico de envejecimiento

Se han propuesto varias teorías sobre el envejecimiento dentro de ellas están: las teorías biológicas, las cuales intentan explicar el envejecimiento desde un desgaste natural de todos los órganos y sistemas corporales, como una consecuencia natural y normal de todos los seres vivos. Asimismo, la constante agresión del medio ambiente y la permanente necesidad del organismo de producir energía a través de las funciones metabólicas generan productos

tóxicos que ponen en peligro la función normal del cuerpo y la reparación celular. (4,5)

1.1.2. Cambios físicos, psicológicos, sociales

El envejecimiento implica una serie de cambios morfológicos y fisiológicos en todos los tejidos, y su conocimiento permite comprender las diferencias fisiopatológicas entre los adultos mayores y el resto de la población adulta, se pueden dar grandes cambios morfológicos y por consecuencia funcionales, en diferentes sistemas, los principales son:

-Alteración cardiovascular: pérdida de fibras cardíacas y elastina, hipertrofia cardíaca, lo que llevará a mayor rigidez tanto vascular como cardíaca y mayor riesgo de arritmias.

-Alteración renal: pérdida de parénquima renal (aprox. 10% con cada década de la vida después de los 40 años), lo que llevara a una incapacidad para concentrar la orina.

-Alteración del sistema nervioso central: mínima pérdida neuronal focalizada y menor masa cerebral que llevara a la disminución en la velocidad de procesamiento, memoria de trabajo y la destreza motora.

-Alteración muscular: pérdida de masa muscular e infiltración de grasa lo que ocasionara disminución de la fuerza muscular, caídas y fragilidad.

-Alteración en el metabolismo: aumento de la grasa visceral e infiltración en tejidos lo que llevara a alteraciones en los niveles de glucosa, resistencia insulínica, mayor producción de sustancias inflamatorias. (6)

A nivel psicológico, la persona adulta mayor, atraviesa por un proceso de reflexión y comienza a contemplar su vida como un conjunto, que lo lleva a evaluar la manera como ha vivido su vida.

En cuanto al nivel social algunos de los hechos que son importantes en la vida del adulto mayor se relacionan con el temor por la pérdida de los seres queridos, la jubilación y con ella la inclusión social como, la falta de actividades físico-recreativas y la disminución de la interacción social (7)

Es importante tener conocimiento de que el envejecimiento exitoso y saludable consiste en la funcionalidad tanto biológica como social que permite la plena integración social y familiar de los que envejecen, lo que cual lleva a superar los obstáculos sociales y culturales que aún persisten e impiden que desarrollen sus potencialidades. La persona mayor debe tomar una actitud positiva en la vida y la primera de estas actitudes es aprender a ser uno mismo, aprender a saber vivir consigo mismo, a conocerse tal y como uno es, con todas sus dimensiones reales, espaciales, temporales, corporales y así mismo espirituales (8)

1.2. DEPRESIÓN

1.2.1. Concepto y generalidades.

La depresión es un trastorno afectivo que se manifiesta clínicamente por un descenso del estado de ánimo, anhedonia, baja autoestima y un aumento de la autocrítica y los niveles de perfeccionismo. A este núcleo sintomático se puede llegar por diversas vías (ambientales, neurobiológicas, caracterológicas) con distintos grados de interacción.

La depresión es una de las patologías psiquiátricas más prevalentes en la población general, su prevalencia se encuentra entre 8 y 12% y se estima que para el año 2030 ocupará el primer lugar en la medición de carga de enfermedad según los años de vida ajustados por discapacidad (9)

Se conocen dos clasificaciones para la depresión, por la DSM-IV y por la CIE-10, la que se emplea con más frecuencia en forma práctica es de la primera en mención.

1.2.2. Tipos de depresión

El Manual diagnóstico y Estadístico de Enfermedades Mentales de la Asociación Siquiátrica Americana (DSM-IV) utiliza unos criterios clínicos para detectar la depresión, clasificándose, además, en diferentes grupos de acuerdo al número de signos y síntomas y a su duración: (10)

- *Depresión mayor*: (Cinco o más de los siguientes signos o síntomas, incluyendo los dos primeros presentándose la mayoría del tiempo por más de dos semanas). Estos signos o síntomas no son dados por medicamentos o enfermedad y causan deterioro del funcionamiento habitual: ánimo depresivo, disminución del interés en sus actividades, aumento o disminución del peso o el apetito, insomnio o hipersomnia, agitación o retardo psicomotor, fatiga o pérdida de energía, sentimiento de inutilidad, alteraciones en el pensamiento o la concentración, persistente pensamiento de muerte o suicidio.

- *Distimia*: dos o más de los signos o síntomas anteriores, por más de dos años.

- *Trastorno del afecto no específico*: estados depresivos relevantes que no se pueden clasificar en los estadios anteriores.

Muchas veces lo anterior descrito no concuerda con la sintomatología real que presenta el anciano, por lo que se hace un poco difícil el diagnóstico preciso. En la presentación clínica de la depresión en el anciano, la alteración del estado de ánimo puede ser muy poco significativa, y puede presentarse enmascarada con otros síntomas principales, tales como la pérdida de apetito, fallos mnésicos, insomnio, pérdida de interés por el entorno, presencia en primer plano de quejas

somáticas, algunos pensamientos de carácter hipocondriaco, ansiedad o irritabilidad. (11)

1.2.3. Depresión en el anciano

La vejez es un periodo crítico de la vida, que conlleva una serie de situaciones conflictivas, como la jubilación, la pérdida de seres queridos, la marcha de los hijos, las enfermedades crónicas, la proximidad de la muerte, entre otras, y a todo ello se le suman otros eventos negativos que ocurren casi inevitablemente. Estas circunstancias críticas producirán en los adultos mayores reacciones afectivas negativas, como la depresión. (12)

Están involucradas algunas causas probables referidas a la fisiopatología propia de la actividad de serotonina y su unión a los receptores 5HT_{2A}, ya que va ir disminuyendo con el envejecimiento. Luego, los ancianos deprimidos parecen tener mayor susceptibilidad para las enfermedades, puesto que esta patología ocasiona cambios neurológicos, hormonales e inmunológicos. Además, se sabe que la depresión favorece el aumento del tono simpático, la disminución del tono vagal y de las aminas cerebrales, así como la inmunosupresión. (13)

El trastorno al que nos referimos en la población geriátrica se va a manifestar de forma inespecífica y atípica, síntomas como la tristeza o inutilidad, pueden ser somatizados de manera característica, por otro lado, la depresión afecta a la incapacidad y dependencia, siendo a su vez la incapacidad un claro factor de riesgo para la propia depresión. Algunas características que se consideran especiales de la depresión en el anciano son: acentuación patológica de los rasgos pre mórbidos, escasa expresividad de la tristeza, tendencia al retraimiento y aislamiento. (14)

En la población anciana es el trastorno psiquiátrico más frecuente a pesar de estar sub diagnosticada y poco tratada. Su presencia disminuye la calidad de vida, aumenta las enfermedades y acorta la vida elevando el riesgo de muerte prematura tanto por el incremento del número de suicidios como de enfermedades somáticas y disminución de las defensas. (15)

La depresión puede ser confundida con el inicio de un estado demencial, o bien, encubrirlo o acelerarlo, por lo que es importante el adecuado diagnóstico diferencial (16), por lo que se debe realizar un test que descarten algún problema con el estado cognoscitivo del adulto mayor.

1.2.3.1 Factores de riesgo

Dentro de los factores de riesgo se destacan: duelo, trastornos del sueño, discapacidad, episodio depresivo previo, género femenino, demencia y condiciones médicas crónicas. Las personas adultas mayores que tienen algún trastorno depresivo muestran menos ánimo triste, más ansiedad y más quejas somáticas que las personas más jóvenes que posean la misma patología. (17)

Se pueden incluir algunos factores importantes que llevan hacia el desarrollo de esta patología como: (18)

- Inactividad física, ya que la incapacidad de no poder tener la libertad de movimiento les hará afrontar una situación en la que se considerarán personas impotentes, incapaces de hacer nada.
- La pérdida de seres queridos (familiares o amigos), ya que supondrá un duro golpe a nivel psicológico, debido, al sentimiento de soledad.
- La aparición de enfermedades debido a que el hecho de convivir con enfermedades crónicas o graves y que las probabilidades de mejora y de recuperación disminuyen mucho en sujetos con una edad más avanzada.

- El deterioro de las capacidades cognitivas por la pérdida de la propia autonomía en la realización de tareas más complejas, limitando las propias capacidades a tareas cada vez más simples, como las actividades básicas diarias (ABVD)
- El ingreso en una residencia, la salida del hogar para ingresar en una casa de reposo, puede suponer una experiencia traumática y triste para la mayoría de sujetos.

1.2.4. Depresión en ancianos institucionalizados

La prevalencia de depresión en ancianos varía según el escenario donde se estudie. Los ancianos institucionalizados presentan una prevalencia de hasta el 42%, cifra mayor a la observada en los ancianos que habitan en la comunidad. (19,20)

Se ha planteado que una residencia de ancianos es un entorno que va a producir estrés psicológico asociado al aislamiento de las personas de la red de apoyo social de toda la vida, la falta de control sobre las actividades diarias, la situación económica personal e incluso el propio cuerpo. Las personas que están socialmente aisladas presentan una mayor reactividad del sistema nervioso simpático que, a su vez se relaciona con una mayor probabilidad de desarrollar enfermedades. Vivir en este recinto se asocia habitualmente con la pérdida de libertad, el menosprecio por parte de los hijos, abandono y exclusión. (21,22)

1.3. DEPENDENCIA FUNCIONAL

La funcionalidad física del adulto mayor constituye la suma de capacidades para realizar por sí mismo actividades indispensables para satisfacer sus necesidades. La dependencia de cualquiera de las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria se relaciona con aumento en la mortalidad de los adultos mayores. El

proceso funcional geriátrico comienza cuando un adulto mayor independiente desarrolla limitación en su reserva funcional, manifestada por un estado de vulnerabilidad que tiene como resultado la discapacidad. (23, 24)

Para realizar la evaluación funcional, es necesario la utilización de escalas; estas son las de Actividades de la Vida Diaria (AVD), definida como un conjunto de acciones que una persona ejecuta todos los días o con frecuencia cotidiana, para vivir en forma autónoma e integrada en un medio ambiente y cumplir con su papel social. Se agrupan en tres categorías: actividades básicas (ABVD), instrumentales (AIVD) y avanzadas (AAVD) de la vida diaria (25)

La literatura médica menciona además que la depresión produce un alto grado de incapacidad y aumenta la mortalidad, varios estudios han indicado una prevalencia de 10 a 70%, (26)

2. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

2.1. Autor: Luzvi Yeny Álvarez Quispe, Milagros Shirley Begazo Mayorga

Título: Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del albergue Buen Jesús, Arequipa 2015

Cita bibliográfica: Tesis para optar el título profesional en enfermería- Universidad Católica de Santa María

Resumen: El presente estudio de investigación la depresión en el adulto mayor es una enfermedad en constante aumento, acompañada de otras comorbilidades tiene un efecto directo en la supervivencia del adulto mayor. Se ha encontrado igualmente que tiene un efecto directo en la calidad de vida. La investigación se ubica en el campo de Ciencias de la Salud en un nivel Descriptivo y Explicativo. Tiene como **Objetivos:** Determinar la repercusión de depresión en los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús, Identificar la Calidad de Vida

en la población de Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús y Establecer la repercusión de la depresión en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores del Albergue Buen Jesús. La **Técnica** empleada fue la Entrevista para ambas variables, el instrumento es la Cedula de Entrevista, y son: Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage para determinar el nivel de depresión en los Adultos Mayores y la Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud; los cuales fueron aplicados a un total de 40 adultos mayores del Albergue Buen Jesús. Los datos se procesaron estadísticamente y fueron interpretados. Lo que condujo a las siguientes. **Conclusiones:** Primera: Los resultados muestran el grupo etario que predomina es de 78 años a más y de sexo Masculino, la mayoría proceden de los departamentos de Arequipa y Puno, son solteros y viudos, y no tienen familiares responsables, y los niveles de Depresión encontrados en la población de estudio son Moderada y Severa. Segunda: Se encontró una Mala Calidad de Vida en los Adultos Mayores. Tercera: Los Niveles de Depresión encontrados influyen en la Calidad de Vida de los Adultos Mayores.

2.2. Autor: Arévalo Pinedo, Línder

Título: Prevalencia de depresión en los adultos mayores del asilo de ancianos “San Francisco de Asís” de la ciudad de Iquitos 2015

Cita bibliográfica: Tesis para optar el título de médico cirujano. Universidad de la Amazonia Peruana.

Resumen: Introducción El trastorno depresivo es uno de los trastornos afectivos más frecuentes en el adulto mayor, disminuye su calidad de vida del anciano y puede abocar en discapacidad, complica el tratamiento de las

enfermedades y aumentan el riesgo de presentar nuevas enfermedades, es por ello que el presente estudio tiene el objetivo de determinar su prevalencia en un grupo de adultos mayores que viven sin familia. **Objetivo** Determinar la prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, 2015. **Metodología:** El presente estudio es de tipo cuantitativo de diseño descriptivo transversal prospectivo y correlacional, se evaluó a 44 adultos mayores de ambos sexos sin impedimento mental, que se encuentran en el Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, se les aplicó el test de la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. **Resultados:** Se evaluaron 44 adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" de la ciudad de Iquitos, el 34.1% presentan entre 65 a 69 años de edad; el 81.8% son del sexo masculino, el 43.2% proceden de la zona urbana y el 63.6% tienen un nivel de instrucción primaria. El 77.3% de los adultos mayores tienen un abandono familiar. El 38.3% de los adultos mayores tienen un tiempo de alojamiento en el asilo entre 1 a 2 años, y el 20.5% < 6 meses. Las principales comorbilidades fueron: la hipertensión arterial (59.1%), artrosis (31.8%), accidente cerebrovascular (31.8%), enfermedad renal (22.7%), diabetes mellitus (20.5%) y osteoporosis (18.2%). El 40.9% tienen un grado de depresión; el 34.1% tienen depresión leve y el 6.8% depresión moderada; no se encontró casos de depresión severa. La depresión del adulto mayor alojado en el asilo se asoció a la presencia de co-morbilidad ($p=0.042$) y con los que tienen mayor abandono familiar ($p=0.023$). Los adultos entre los 80 a más años ($p=0.231$), del sexo masculino ($p=0.331$), los que proceden de la zona urbana ($p=0.359$), los que tienen nivel de instrucción primaria ($p=0.07$) y los que tienen < 6 meses de alojamiento ($p=0.510$)

presentaron con mayor frecuencia depresión, pero la relación no fue significativa. **Conclusiones** La prevalencia de depresión en los adultos mayores del Asilo de ancianos "San Francisco de Asís" es leve a moderada y está asociada a la presencia de co-morbilidad y con los que tienen mayor abandono familiar.

2.3. Autor: José Juárez M., Angélica León F. , Vicky Alata Linares

Título: Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH "Viña alta" – La Molina, Lima Perú.

Cita bibliográfica: Rev. Horiz. Med 2012; 12(2): 26-29

Resumen: Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en Adultos Mayores de 60 años residentes en el Asentamiento Humano de "Viña Alta" de La Molina, durante el mes de junio del 2010. **Material y métodos:** Estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, realizado durante la primera semana de junio del 2010. Se realizaron visitas en todas las casas (280) de 18 de las 23 manzanas del asentamiento humano "Viña Alta" en la Molina. Se identificó a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, quienes fueron evaluados por los investigadores (previo entrenamiento) mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15). **Resultados:** La edad media fue de 67,82 años (60-83) 53.3% fueron mujeres; el 51.67% presentó depresión en algún grado según el GDS-15; 33,3% eran analfabetos; y 70%, casados. Al contrastar los resultados del grado de depresión se verificó que no existían diferencias significativas en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil. **Conclusiones:** Se identificó

una alta prevalencia de depresión (51.67%) que no estuvo asociada a ninguna de las variables del estudio.

2.4. Autor: Mariela valor Pérez, María Paulina Anaya Torres, María Milena Pertuz Rebolledo, Laura Romero de León, Adriana Suárez García, Alexandra Suárez García

Título: Depresión en adultos mayores de cuatro hogares geriátricos de Barranquilla (Colombia): prevalencia y factores de riesgo

Cita bibliográfica: Redalyc.org Salud Uninorte Barranquilla (Col.) 2013; 29 (1): 64-73

Resumen: Objetivo: Establecer la prevalencia y factores de riesgo para depresión en adultos de 65 - 95 años de centros de cuidado geriátrico de Barranquilla. **Materiales y métodos:** Estudio descriptivo transversal, con análisis de casos y controles. Participaron 66 adultos mayores. Se aplicó encuesta de factores de riesgo, Minimental Test y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage. Se estudiaron las variables independientes: edad, sexo, nivel educativo, ingresos económicos, fuentes de ingresos, comorbilidad y tipo, polifarmacia, y tipo de institución. Se realizó análisis bivariado de depresión y las variables independientes. Se efectuó el análisis mediante porcentaje, tendencia central y media y desviación estándar y asociación (Or e IC 95 % y Chi-cuadrado y p). **Resultados:** La prevalencia de depresión fue de 36.4 %, y predominó la leve (24.2 %). Fueron factores de riesgo: nivel educativo: primaria incompleta (OR: 1,9, IC 95 %:0,02 - 5,43, p: 0,0090) y presentar trastornos neurológicos y psiquiátricos (OR: 6,6, IC 95 %: 1,21 - 35,9, p: 0,0215). Presentaron fuerza de asociación significativa: el sexo masculino y ser

soltero. Mostraron fuerza en la asociación no significativa, la fuente de ingresos, los ingresos económicos menores de 1 salario mínimo legal vigente (SMLV), la polifarmacia y el tipo de hogar. **Conclusiones:** La depresión está en un tercio de la población institucionalizada, en este estudio afectó a los adultos con primaria incompleta y algún trastorno neurológico o psiquiátrico. Asimismo, los hombres, los solteros, los que tienen ingresos muy bajos, que provienen de las familias con ingresos menores a 1 salario mínimo, que tienen hipotensión arterial y viven en hogares geriátricos públicos. Palabras clave: Prevalencia, depresión, factores de riesgo, Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage, hogares geriátricos.

2.5. Autor: Milagros de la Fuente Sanz; Isabel Bayona Marzo; Francisco José Fernández de Santiago; Mercedes Martínez León; Francisco José Navas Cámara

Título: La dependencia funcional del anciano institucionalizado valorada mediante el índice de Barthel

Cita bibliográfica: Scielo Gerokomos vol.23 no.1 Barcelona mar. 2012

Resumen: El **objetivo** ha sido valorar, mediante el índice de Barthel, el grado de dependencia de 156 ancianos (101 mujeres y 55 hombres), institucionalizados en las residencias de entidad privada de la ciudad de Soria. Con ello se podrá establecer un plan de actuación interdisciplinar en la prevención y reversión de situaciones de dependencia. **Conclusiones:** la dependencia del anciano institucionalizado aumenta por diversos factores como la edad, el sexo, un mayor tiempo de institucionalización y una mala percepción del propio estado de salud

2.6. Autor: Zavala-González MA, Posada-Arévalo SE, Cantú-Pérez RG

Título: Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México

Cita Bibliográfica: Medigraphic 2010 Revista de Medicina Familiar vol. 12 Núm. 4

Resumen: Objetivo: Medir la fuerza de asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida diaria con la depresión en una muestra de adultos mayores de Villahermosa, Tabasco, México. **Material y métodos:** Estudio descriptivo y transversal. Emplazamiento: Unidad de Medicina Familiar (UMF) No. 39 de Villahermosa, Tabasco, México; el estudio se realizó entre noviembre de 2009 y enero de 2010. Muestra no probabilística por conveniencia. Se exploraron variables sociodemográficas, enfermedad crónico-degenerativa, uso de auxiliares, funcionalidad para Actividades básicas de la vida diaria (ABVD), funcionalidad para Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y depresión. Instrumentos: Escala de Katz, Índice de Lawton & Brody, Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage (versión reducida). **Resultados:** 155 adultos mayores, 52.3% femeninos y 47.7% masculinos. Edad media 70.8 ± 6.8 años. Funcionalidad para ABVD: Normal 97.4%, muy levemente incapacitado 1.9%, moderadamente incapacitado 0.6%. Funcionalidad para AIVD: Independiente 62.6%, moderadamente dependiente 32.9%, dependiente 4.5%. Sin depresión 92.9%, depresión leve 5.2%, depresión moderada-severa 1.9%. Asociación dependencia básica/depresión $F = 0.257$ ($p > 0.05$). Asociación dependencia instrumental/depresión OR 2.48 (IC₉₅ 0.72, 8.53). Correlación Katz/Yessavage $r = 0.211$ ($p < 0.01$). Correlación Lawton-Brody/Yessavage $r = 0.288$ ($p < 0.01$).

Conclusiones: No se identificó asociación entre dependencia y depresión, pero sí correlación entre signos de dependencia y síntomas depresivos

3. OBJETIVOS:

Objetivo General:

- Determinar el nivel de dependencia funcional y grado de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo.

Objetivos Específicos:

- Determinar las características sociodemográficas de los adultos mayores residentes de una casa de reposo.
- Determinar el nivel de dependencia funcional en adultos mayores residentes de una casa de reposo.
- Determinar el grado de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo.
- Identificar si existe asociación entre las características sociodemográficas y el grado de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo.
- Identificar si existe asociación entre las características sociodemográficas y el nivel de dependencia en adultos mayores residentes de una casa de reposo.
- Establecer si existe relación entre nivel de dependencia funcional y grado de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo.

4. HIPÓTESIS:

Debido a que se trata de un trabajo de nivel descriptivo no requiere hipótesis.

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

4. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnicas: Encuesta

Instrumentos:

- Ficha de recolección de características generales
- Cuestionario: “Escala de depresión geriátrica de Yesavage”
- Cuestionario: “Test de Pfeiffer”
- Cuestionario: “Índice de Barthel ó de discapacidad de Maryland”

Materiales de verificación:

- Ficha de recolección de datos y tres cuestionarios
- Impresión de cuestionario
- Material de escritorio
- Computadora portátil marca ASUS.
- Sistema Operativo Intel Core I5 inside
- Paquete Office 2016 para Windows 10
- Programa SPSS v. 23 para Windows

5. Campo de verificación

5.2. **Ubicación espacial:** El estudio se llevará a cabo, en la casa de reposo: “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Victor F. Lira de Arequipa” correspondiente al distrito de Cayma en la provincia Arequipa, región Arequipa.

5.3. **Ubicación temporal:** La información será recolectada durante el mes de marzo y parte de abril del año 2017.

5.4. **Unidades de estudio:** Las unidades de estudio estarán conformadas por las fichas de recolección de datos y los cuestionarios que serán llenados por los participantes del estudio.

5.4.1. Población: Los adultos mayores que tengan residencia en la casa de reposo: “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Víctor F. Lira de Arequipa” correspondiente al distrito de Cayma, en la provincia Arequipa, región Arequipa. 2017

5.4.2. Muestra y Muestreo: Para esta investigación se usa el muestreo no probabilístico por conveniencia. Se pretende recolectar la información de toda la población que cumpla los criterios de inclusión y exclusión, teniendo un número referencial de aprox. 170 personas.

5.5. Criterios de selección:

Criterios de Inclusión:

-Persona de 60 años de edad a más, de ambos sexos, previa aceptación con consentimiento informado para participar en este estudio, que tenga residencia en la casa de reposo de “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Víctor F. Lira de Arequipa.”

Criterios de Exclusión:

- Adulto mayor que no desee colaborar con esta investigación.
- Adulto mayor en los que no sea factible aplicar los cuestionarios por diversos problemas (Hipoacusia severa, demencia senil, o cualquier otro trastorno que impida la correcta comunicación)

6. Estrategia de Recolección de datos

3.5. Organización: Una vez aprobado el proyecto de tesis por la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María, se presentará

la solicitud de permiso dirigida a la directora de la casa de reposo “Hermanitas de los ancianos desamparados- Victor Lira”, si es aceptada se solicitará una carta de autorización. Una vez obtenido tal, se coordinará el día para pedir autorización mediante consentimiento informado a los adultos mayores que deseen participar en nuestra investigación. Posteriormente se coordinará los días en que se les realizará la recolección de datos.

Una vez sea recolectada toda la información en las fichas se procederá a pasarla a una base de datos en el programa de Microsoft Excel 2016, para su posterior análisis, así mismo se utilizará el programa SPSS v.23 para la estadística analítica.

3.6. Recursos

3.6.1. Recursos Humanos

Autor: Liz Cristabel Ancco Mamani

Asesor: Agueda Muñoz Del Carpio Toia

3.6.2. Recursos Físicos:

- Fichas impresas de recolección de datos
- Cuestionarios para valorar nivel de depresión, nivel cognoscitivo y nivel de dependencia funcional.
- Computadora portátil marca ASUS con sistema operativo Intel Core i5 inside, paquete Office 2016 para Windows y Excel 2016. Así como Programa SPSS v. 23 para Windows.
- Material de escritorio

3.6.3. Recursos Financieros:

Por el propio autor.

3.7. Validación de instrumentos:

- La ficha de recolección de datos generales no requiere de validación por considerarse
- **La Escala de Depresión Geriátrica Yesavage (GDS, por sus siglas en inglés):** validada por Yesavage, et al., Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad y especificidad (S=84% y E=95%) .Posteriormente se creó un cuestionario corto GDS, que consiste de 15 preguntas para la versión corta,. Para la versión corta, se seleccionaron las preguntas del cuestionario largo GDS que guardaban la mayor correlación con los síntomas depresivos en los estudios de validación. De los 15 puntos, 10 indicaban la presencia de depresión cuando se contestaban afirmativamente, mientras que el resto (preguntas número 1, 5, 7, 11 y 13) cuando se respondían negativamente. La versión abreviada de 15 ítems es más recomendable en Atención Primaria por su fácil manejo y porque resulta más sencillo de usar para los pacientes con afecciones físicas y pacientes con demencia leve a moderada que pueden concentrarse por lapsos breves o se fatigan con facilidad. Se puede completar en 5 a 7 minutos. El puntaje de 0-4 se considera normal, según la edad, educación y quejas; 5-8 indica depresión leve; 9-11 indica depresión moderada; y 12-15 indica depresión severa.(27, 28)
- La Escala de Barthel o de discapacidad de Maryland:** Es un instrumento que permite cuantificar el grado de autonomía funcional de las personas mayores que están en su comunidad o en casas hogares, con la medición de la capacidad para realiza actividades básicas de la vida

diaria. Recomendado por la Sociedad Británica de Geriátrica para evaluar las ABVD en el anciano. Es un instrumento muy utilizado y uno de los mejores para monitorizar la dependencia funcional de las personas. Consta de diez ítems fundamentales de las actividades básicas de la vida diaria: alimentación, aseo personal, vestirse, arreglarse, deposición, micción, uso de retrete, traslados, deambulación y subir escaleras. La puntuación de cada actividad es diferente, asignándose un puntaje de 0, 5, 10 o 15 puntos y la valoración total va desde los 0 (dependencia severa total) a 100 puntos (independencia). La interpretación sobre la puntuación es: Dependencia total, 0-20. Dependencia severa, 25-60. Dependencia moderada, 65-90. Dependencia leve, 95. Independencia 100. Existen diversas versiones de dicha escala con diversas puntuaciones, en cualquier caso, el rango de la escala no varía, manteniéndose entre 0 y 100 puntos. Han sido propuesta diferentes interpretaciones para una misma puntuación. Por ejemplo, un resultado de 70 puede ser interpretado como una dependencia leve o moderada según diferentes publicaciones. Por ello es muy importante que el resultado sea registrado en valores absolutos y no en una escala cualitativa. (29, 30, 31)

- **Test de Pfeiffer** (*Short Portable Mental Status Questionnaire*, SPMSQ) para detectar y establecer el grado del deterioro cognitivo en la población mayor. Consta de 10 preguntas sobre orientación, cálculo y memoria, y presenta una sensibilidad del 82% y una especificidad del 92%. Permite ajustar la puntuación por nivel educativo. Puntuaciones de 0 a 2 errores se considera estado cognitivo intacto; 3 o 4 errores, deterioro

leve; 5 a 7, moderado; y 8 a 10, deterioro grave. Se permite 1 error de más si no ha recibido educación primaria. Se permite 1 error de menos si ha recibido estudios superiores (32, 33)

3.8. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.8.1. A nivel de la recolección

Las fichas de recolección de datos se manejarán de manera anónima, protegiendo siempre la identidad de el/la participante. Siendo avalado por la aprobación del comité de ética.

3.8.2. A nivel de la sistematización

Toda la información que se llegue a obtener en la encuesta será procesada en una base de datos creada en el programa de Microsoft Excel 2016 y posteriormente serán pasadas al paquete estadístico SPSSv.23 para su respectivo análisis.

3.8.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables consideradas en este estudio se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Para las variables numéricas se emplearán la media, la mediana y desviación estándar, así como valores mínimos y máximos. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al obtener un $p > 0.05$.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Actividades	FEBRERO				MARZO				ABRIL				MAYO	
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2
Identificación del problema y del instrumento														
Búsqueda bibliográfica y elaboración del proyecto de tesis														
Presentación y Aprobación del proyecto de tesis														
Recolección de datos														
Tabulación, análisis e interpretación de datos														
Elaboración del informe final														
Sustentación de la tesis.														

Fecha de inicio: Febrero

Fecha probable de término: Abril

V. BIBLIOGRAFÍA:

1. Macias J. F. N., D.B.Z. Geriatria desde el Principio. (Segunda ed.); 2005. pag.16
2. Mg Chávez.M. M. Perú: Demanda de atención del adulto mayor por problemas de Salud 2006-2010. Peru - Lima - Instituto Nacional de Estadística e Informática: Noviembre 2012
3. Whoint. 1. Organización Mundial de la Salud. [Online]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs381/es/> [Accessed 03 February 2017].
4. Baltes P. Behavioral health and aging: Theory & research on selective optimization with compensation. The Gerontologist 2004; 44: 190.
5. Birren J, Schroots J. History, Concepts, and Theory in the Psychology of Ageing. En: Birren J, Schaie K, editores. Handbook of the psychology of aging. 4.^a ed. San Diego: Academic Press; 1996.
6. Dr. Felipe Salech M., Dr. Rafael Jara l., Dr. Luis Michea A. Cambios fisiológicos asociados al envejecimiento. Revista Médica Clínica Condes 2012; 23(1)
7. Fernanda R. U., Valderrama O. L., Molina L. J. (enero-junio 2010) 'Intervención psicológica en adultos mayores ', Redalyc.org, (25), pp. 246
8. Zavala G Mercedes, Vidal G Daisy, Castro S Manuel, Quiroga Pilar, Klassen P Gonzalo. Funcionamiento social del adulto mayor. Cienc. enferm. 2006 Dic; 12 (2): 53-62.
9. Botto Alberto, Acuña Julia, Jiménez Juan Pablo. La depresión como un diagnóstico complejo: Implicancias para el desarrollo de recomendaciones

- clínicas. Rev. méd. Chile [Internet]. 2014 Oct [citado 2017 Feb16]; 142(10): 1297-1305.
10. Widger T, Frances A, Pincus H, Coover N, Barlow D, Campbell M et al. DSM IV: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Washington D.C: American Psychiatric Association; 1994
 11. Alberdi, S.J., Taboada O., Vazquez C.V. (2006) 'Depresión', Fistera, 6(11), pp. 3
 12. Orosco, C. (2015) 'Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima', Portal de revistas Ulima, , pp. 92 - 103.
 13. Aguilar, N.S., Ávila, F.J.A. (2007) 'La depresión: particularidades clínicas y consecuencias en el adulto mayor', Medigraphic, 143(2), pp. 141-143.
 14. Abellán, A.V.G, Abizanda, A.S.P, Alastuey , A.G.C. Tratado de Geriatria para Residentes. Madrid: 2006.
 15. P. Galván, E. Fernández y J. Fonseca. Síntomas residuales en el anciano con depresión. Elsevier 2011
 16. Martínez, J.A., Martínez, O.V., Esquivel, M.C., Velasco, R.V. (2007) 'Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado', Medigraphic, Rev Med Inst Mex Seguro, 45 (1), pp. 21-28.
 17. Peña D. M., Herazo M. I., Calvo J. M., 'Depresión en ancianos ', (2009) Researchgate, 57(4), pp. 347
 18. Aracil, D.D., Estesó, M.E., Girón, S.M., López, M.G. (2014) 'Factores de riesgo determinantes en la aparición de depresión en anciano', Revista de Fundamentos de Psicología, 6(1), pp. 52 -54.

19. Dejrknesc JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113: 372-387.
20. Jongenelis K. Prevalence and risk indicators of depression in elderly nursing home patients: the AGED study. *J Affect Disord.* 2004; 83: 135-42.
21. Sapolsky RM. ¿Por qué las cebras no tienen úlcera? La guía del estrés. Madrid: Alianza editorial; 2008.
22. Barrio I M, Barreiro JM, Pascau J, Júdez J, Simón P, Molina Ruiz A et al. La dependencia en el decir de los mayores. *Gerokomos.* 2006; 17(2):66-74
23. Ávila-Fermat FM, Montaña-Álvarez M. Funcionalidad. En: García Peña MC, Gutiérrez-Robledo LM, Arango-Lopera VE, Pérez-Zepeda MU. *Geriatría para el médico familiar.* México: Manual Moderno; 2012. p. 2-3.
24. Secretaría de Salud, Comité Nacional de Atención al Envejecimiento. Programa de trabajo del Subcomité Técnico de Enfermería para la Atención del Adulto Mayor. México: Secretaría de Salud; 2005.
25. Varela, P. L., Chávez J.H., Gálvez, C.M., Méndez, S.F. (2005) 'Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional.', *Revista Médica Herediana*, 16 (3), pp..
26. Zavala G.M., Posada, A.S., Cantú P.R. (2010) 'Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermoza, México', *Archivos en Medicina Familiar*, 12 (4), pp. 116 -124.
27. Martínez de la Iglesia J., Onís Vilches M^a C., Dueñas Herrero R., Albert Colomer C., Aguado Taberné C., Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. *Medifam* [Internet]. 2002 Dic [citado 2017 Mar 03]; 12(10): 26-40.

28. Kur, I., Greenber, S. A. (2007) La escala de depresión geriátrica (GDS, por sus siglas en inglés, Hartford Institute for Geriatric Nursing, College of Nursing, New York Universit: Marie Boltz, Alexis Melendez
29. Bejines S. M., Velasco R. R., García O.L., Barajas M., Aguilar N., Rodríguez M. (2015) 'Valoración de la capacidad funcional del adulto mayor residente en casa hogar', Rev Enferm Inst Mex Seguro Soc. , 23(1), pp. 9 -15.
30. Muñoz Silva Carolina Andrea, Rojas Orellana Pedro Antonio, Marzuca-Nassr Gabriel Nasri. Criterios de valoración geriátrica integral en adultos mayores con dependencia moderada y severa en Centros de Atención Primaria en Chile. Rev. méd. Chile 2015 Mayo [citado 2017 feb 10]; 143(5): 612-618.
31. Cid-Ruzafa Javier, Damián-Moreno Javier. Valoración de la discapacidad física: el índice de Barthel. Rev. Esp. Salud Publica [Internet]. 1997 Mar [citado 2017 Feb 15] ; 71(2): 127-137.
32. Martínez-Martín Pablo, Fernández-Mayoralas Gloria, Frades-Payo Belén, Rojo-Pérez Fermina, Petidier Roberto, Rodríguez-Rodríguez Vicente et al. Validación de la Escala de Independencia Funcional. Gac Sanit. 2009 Feb [citado 2017 Mar 15] ; 23(1): 49-54.
33. García, M.J., Ferrer, J. T. (2001) 'Prevalencia de depresión en mayores de 65 años. Perfil del anciano de riesgo', Elseiver, 27(7), pp. 484-488



CARTA DE AUTORIZACIÓN

LA QUE SUSCRIBE SOR LUZ ALBA MALARA JUAREZ DIRECTORA DEL HOGAR DE ANCIANOS "HERMANITAS DE LOS ANCIANOS DESAMPARADOS -VICTOR LIRA":

Hace constar lo siguiente:

Que en respuesta a la solicitud presentada por la señorita: LIZ CRISTABEL ANCCO MAMANI, se da la plena autorización para la realización del trabajo de investigación titulado: "NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017", a llevarse a cabo en la institución de la cual tengo a mi cargo.

Se expide la siguiente carta de autorización a la interesada para los fines que esta estime considerado.

Arequipa, 7 abril de 2017


SOR LUZ ALBA MALARA JUAREZ
DIRECTORA



CONSENTIMIENTO INFORMADO DEL ESTUDIO:

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

Introducción

Buenos días soy Bachiller de Medicina de la Universidad Católica de Santa María, que estoy invitando a los adultos mayores del hogar de ancianos “Hermanitas de los ancianos desamparados” a participar voluntariamente en el presente estudio "NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017"; pudiendo consultar sus dudas sobre el estudio.

Propósito del Estudio

Los adultos mayores presentan en sus principales problemas de salud, cuadros de depresión debido a factores socioculturales, económicos, influye en este problema el nivel de dependencia funcional. Por tal motivo el presente estudio tiene el objetivo de conocer el grado de depresión con el propósito de que los resultados aporten estrategias preventivas promocionales para una mejora en la atención en esta población.

Diseño de Investigación

El presente estudio es de diseño descriptivo de corte transversal, que a través de una entrevista -en un solo momento- se obtendrá la información sobre su estado de ánimo, nivel de dependencia funcional y grado cognoscitivo.

Participantes

Los participantes al estudio son adultos mayores que residen en el hogar de anciano “Hermanitas de los ancianos desamparados”; su participación es absolutamente voluntaria, luego que el adulto mayor lea detenidamente el presente consentimiento informado y aclarada sus interrogantes acepte participar en el estudio, durante la entrevista el participante puede negarse a continuar participando a pesar de haber aceptado en un primer momento.

Procedimiento

Si usted acepta participar en este estudio sucederá lo siguiente: 1. El investigador iniciará la entrevista realizando preguntas sobre sus características sociodemográficas, morbilidad, tiempo de estancia en el asilo. 2. Posteriormente se le practicará el test de Yesavage para determinar su grado de depresión, previamente el test de Pfeiffer que nos ayudará a diferenciar alguna patología orgánica. 3. Por último se le realizará el cuestionario de la Escala de Barthel para medir dependencia funcional. 4. El tiempo de participación en la entrevista se ha calculado alrededor de 15 minutos.

Confidencialidad

Las entrevistas son anónimas, no se registra nombres ni ningún documento de identificación; la información solo se usará para los fines del estudio; al finalizar el estudio las encuestas serán eliminadas.

Derecho del paciente

Si usted decide participar en el estudio, podrá retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno.

DECLARACION DEL PARTICIPANTE

He leído y he tenido la oportunidad de hacer preguntas sobre el estudio, considerando la importancia que tiene mi participación para el beneficio de mi persona y de la comunidad; por lo que acepto voluntariamente participar en el presente estudio. Me queda claro que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones.

Nombre del Investigador:

DNI:

Fecha:

Firma:

4. ENCUESTA:

“NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y GRADO DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES RESIDENTES DE UNA CASA DE REPOSO EN AREQUIPA – PERÚ. 2017”

La presente encuesta tiene como objetivo determinar el grado de discapacidad funcional y de depresión en el adulto mayor residente de una casa de reposo Arequipa, por lo que le solicitamos muy comedidamente responda de la manera más clara y verídica la información que se le solicita.

INSTRUCTIVO: marque con una X según corresponda.

DATOS SOCIODEMOGRAFICOS:

- Edad: _____
- Sexo: Masculino () Femenino()
- Estado civil: 1. Soltero 2. Casado 3. Unión Libre 4.Divorciado 5. Viudo
- Grado de Instrucción: 1. Sin estudios 2. Primaria 3. Secundaria 4. Técnica 5. Superior
- Ocupación: 1. Trabajador activo 2. Labores del hogar 3. Ninguna
- Comorbilidad: 1. Hipertensión arterial 2. Diabetes 3. Osteomuscular 4. otros 5.NO
- Polifarmacia: SI NO Tiempo de estadía en la residencia:

TEST DE YESAVAGE	RESPUESTA
¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI NO
¿ha dejado abandonadas muchas actividades e intereses?	SI NO
¿siente que su vida está vacía?	SI NO
¿Se siente a menudo aburrido?	SI NO
¿está de buen talante la mayor parte del tiempo?	SI NO
¿Tiene miedo de que le suceda algo malo?	SI NO
¿se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI NO
¿se siente a menudo sin esperanza?	SI NO
¿prefiere quedarse en casa más que salir a hacer cosas nuevas?	SI NO
¿piensa qué tiene más problemas de memoria que la mayoría?	SI NO
¿Cree que es maravilloso estar vivo?	SI NO
¿piensa que no vale para nada tal como está ahora?	SI NO
¿piensa que su situación es desesperada?	SI NO
¿Se siente lleno de energía?	SI NO
¿Cree que la mayoría de a gente está mejor que usted?	SI NO

CUESTIONARIO DE PFEIFFER	CORRECTO /ERROR
¿Qué día es hoy? (Mes, día, año)	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Cómo se llama este sitio?	
¿En qué mes estamos?	
¿Cuál es su número de teléfono o dirección de la calle?	
¿Cuántos años tiene usted?	
¿Cuándo nació usted?	
¿Quién es el actual presidente (del País)?	
¿Quién fue el presidente antes que él?	
Dígame el primer apellido de su madre	
Empezando en 20 vaya restando de 3 en 3 sucesivamente	

<u>ÍNDICE DE BARTHEL</u>		
Alimentación	10	Independiente. Capaz de comer por sí 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 sólo/a
	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 personales 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/a (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. Entra 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/a.
	0	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin ayuda mayor
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
Deambulaci3n	15	Independiente. Puede andar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda supervisi3n. Puede utilizar cualquier ayuda mecánica excepto un andador. Si utiliza una prótesis, puede ponérsela y quitársela solo/a.
	10	Necesita ayuda. Necesita supervisi3n o una pequeña ayuda física por parte de otra persona o utiliza andador.
	5	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda ni supervisi3n
	0	Dependiente
Subir y bajar escaleras	10	Independiente. Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisi3n de otra persona.
	5	Necesita ayuda. Necesita ayuda o supervisi3n.
	0	Dependiente. Es incapaz de salvar escalones

Ed.	S	E.	G.	O	C.	P.	T.	T.P	y1	y2	y3	y4	y5	y6	y7	y8	y9	y10	y11	y12	y13	y14	y15	E.Y.	A	L	V	A	D	M	I	T	D	S	E.B
1	85	1	2	2	2	4	NO	144	2		1	1		1	1				1			1		6	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100
2	83	2	5	1	2	5	NO	36	6		1	1	1	1	1			1				1	1	9	5	0	5	0	5	5	5	15	15	10	65
3	72	2	1	1	2	1	NO	60	5		1	1	1	1	1					1		1	1	8	10	0	10	5	10	10	10	10	10	0	75
4	70	2	5	5	1	1 y 2	NO	24	1	1	1	1	1	1	1	1				1			1	9	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100
5	88	2	1	3	1	4	SI	4	0		1											1	1	3	10	0	10	10	5	5	10	15	10	5	80
6	86	2	1	2	1	1 Y 4	NO	13	5		1	1	1	1	1			1	1	1			1	9	5	0	5	0	5	5	5	10	10	0	45
7	81	2	5	2	2	5	NO	18	5	1	1	1	1	1	1	1			1	1			1	11	5	0	5	5	10	10	5	10	10	5	65
8	68	2	1	2	2	4	NO	38	3	1	1		1	1	1							1	1	9	5	0	10	5	10	10	10	15	10	10	85
9	81	2	1	2	2	5	NO	72	1	1	1	1	1	1		1	1	1				1	1	12	10	0	5	5	10	10	5	10	15	5	75
10	71	2	1	3	2	3	SI-	384	1							1		1		1	1	1	1	6	10	0	5	5	10	5	10	10	10	0	65
11	79	2	1	2	2	1	6	120	1		1	1	1	1	1			1		1			1	9	10	0	10	5	10	5	5	10	15	5	75
12	91	2	5	3	1	4	NO	456	1		1	1						1		1		1	5	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100	
13	90	2	1	3	1	2	4	120	6		1	1	1	1	1	1			1				1	10	5	0	0	5	5	5	5	10	10	0	45
14	78	2	5	1	1	4	NO	7	6	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	1	13	5	0	5	5	10	10	5	10	15	5	70	
15	72	2	1	5	1	4	7	14	-1		1										1		2	10	5	10	5	10	10	5	15	10	10	90	
16	69	2	1	5	1	4	SI	36	-1	1	1		1	1		1				1	1	1	9	5	0	10	5	10	5	10	15	15	10	85	
17	78	2	1	3	2	1 Y 4	NO	708	0		1					1						1	3	10	0	10	10	10	10	5	15	15	10	95	
18	75	1	5	2	1	4	NO	372	3	1		1		1	1	1	1	1	1	1		1	11	10	5	10	5	5	5	10	15	15	10	90	
19	65	1	2	3	1	1	6	42	2												1	1	2	10	0	5	5	10	5	5	15	5	0	60	
20	64	2	3	5	1	4	NO	192	0	1	1	1	1	1	1	1				1	1	1	13	5	0	0	5	10	5	5	10	10	5	55	

44	73	2	5	2	2	4	NO	24	7	1					1			1	1	1	5	10	0	5	5	5	5	5	15	15	10	75	
45	95	2	1	2	1	5	NO	60	7	1	1	1	1	1	1			1		1	1	10	5	5	5	0	5	5	5	5	10	0	45
46	70	2	3	1	2	1	NO	84	5	1	1	1		1					1	1	1	8	10	5	10	5	5	10	10	15	15	10	95
47	78	2	2	5	1	5	NO	120	0	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	10	10	5	10	5	5	5	10	10	10	5	75
48	86	2	1	3	2	1	SI	12	4	1	1	1	1	1	1	1			1	1	1	11	5	0	0	5	5	5	0	5	0	0	25
49	90	2	1	4	2	5	NO	84	3	1				1	1				1	1	5	10	5	5	5	10	10	10	15	1	5	76	
50	74	2	5	2	5	4	NO	120	9	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	13	0	0	0	0	0	0	0	5	0	0	5	
51	66	2	4	5	1	2	NO	36	-1	1	1	1		1	1	1			1	1	9	10	0	10	5	10	10	10	15	15	5	90	
52	61	2	3	5	2	4	NO	36	2	1		1	1	1	1	1			1	1	8	5	0	5	5	0	0	5	10	10	0	40	
53	73	2	1	1	2	4	NO	372	4	1		1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	10	5	10	5	5	5	10	15	15	0	80	
54	70	2	5	3	2	1 Y 2	NO	12	5	1	1	1	1	1	1	1			1	1	11	5	0	5	0	0	0	0	5	0	15		
55	90	2	5	5	1	1 Y 3	SI	36	-1		1	1	1	1	1	1			1	1	9	10	5	10	5	10	10	10	10	5	0	75	
56	70	2	5	1	2	1	SI	36	8	1		1	1	1	1	1			1	1	8	10	5	5	0	5	10	5	10	10	0	60	
57	80	1	5	3	1	5	NO	36	1					1					1	1	3	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100	
58	89	1	1	2	1	SI	SI	12	0	1	1	1	1						1	1	6	5	0	5	5	10	5	5	10	15	10	70	
59	81	1	2	2	1	5	NO	12	2	1	1	1	1	1	1	1			1	1	11	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100	
60	83	1	2	1	2	5	NO	120	1	1		1		1	1	1	1		1	1	8	10	5	10	5	10	5	10	15	15	10	95	
61	75	1	4	2	1	5	NO	2	5	1	1	1							1	1	6	10	5	10	5	5	10	10	15	15	10	95	
62	74	1	5	2	1	4	SI	1	3			1		1					1	1	4	10	5	10	5	5	5	5	15	15	10	85	
63	86	1	1	2	1	5	NO	36	7	1	1		1		1				1	1	5	10	0	10	5	5	5	5	10	10	5	65	
64	100	1	2	5	1	4	SI	0.5	3	1		1		1					1	1	7	10	0	5	10	5	5	10	10	15	10	80	
65	84	1	1	2	1	4	NO	180	0	1			1	1	1	1			1	1	8	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100	
66	85	1	1	3	1	5	NO	18	3										1	1	2	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100	
67	87	1	1	2	1	3	NO	11	0	1		1	1	1		1		1	1	9	10	0	5	5	10	10	10	10	5	5	70		
68	85	1	4	3	1	5	NO	2	6	1		1	1		1	1			1	1	9	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100	
69	93	2	1	3	2	3	NO	288	1				1		1				1	1	4	10	0	10	5	10	5	5	10	10	0	65	

70	97	1	5	2	1	5	NO	12	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	10	5	0	5	10	5	5	15	10	5	70	
71	84	1	5	3	1	5	NO	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	10	0	10	5	10	10	10	15	15	10	95	
72	62	2	1	1	2	4	SI	84	2											5	10	0	10	5	10	10	10	15	10	5	85	
73	83	2	5	1	2	5	NO	36	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	10	0	10	5	5	5	5	10	15	5	70	
74	76	1	5	5	1	5	NO	18	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	10	5	10	5	10	10	15	15	15	10	105	
75	68	1	1	5	1	3	NO	24	-1	1										4	10	5	10	5	10	10	10	15	15	10	100	
76	96	1	5	2	1	1	NO	12	4	1										7	10	5	10	5	5	5	10	15	15	5	85	
77	77	1	1	2	2	2	SI	84	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	10	5	10	5	10	5	5	15	15	10	90	
						SI-																										
78	85	1	3	2	1	1	3	36	8		1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	5	0	0	0	5	5	5	5	5	5	0	30
79	84	1	4	2	1	2	NO	24	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	11	10	5	10	5	10	5	5	10	15	10	85	
80	78	1	4	3	1	5	NO	24	6	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	10	0	10	5	10	10	10	15	15	10	95	
81	81	1	4	5	1	4	NO	4	0	1										6	5	0	5	5	5	5	5	10	10	10	60	
82	85	1	5	3	1	5	NO	36	7	1										6	5	0	5	5	5	5	5	10	10	0	50	
83	91	1	3	1	1	1	NO	324	7	1	1									6	10	5	10	5	10	10	5	10	15	0	80	
84	83	1	3	4	1	1 Y 4	SI	120	-1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	7	5	0	5	0	10	5	5	10	5	0	45	
85	84	1	2	3	1	5	NO	36	2	1	1									4	10	5	10	5	10	10	10	10	15	5	90	
86	64	1	3	3	1	4	SI	24	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	8	10	5	10	5	10	5	10	15	15	10	95	
87	94	1	3	3	1	4	NO	12	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	12	10	5	10	5	10	5	10	15	15	10	95	
88	85	1	2	3	1	1 Y 2	SI	0.6	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	10	5	10	5	10	5	10	15	15	16	101	
89	81	1	3	2	1	5	NO	96	1											7	10	0	5	0	10	5	5	10	15	10	70	
90	89	1	3	2	1	5	NO	12	0	1										4	10	0	5	5	10	10	10	10	15	10	85	
91	86	2	2	2	1	5	NO	36	3	1	1	1								8	10	5	10	5	5	10	10	15	10	5	85	
92	97	1	5	2	1	5	NO	12	3	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	9	10	5	0	5	10	5	5	15	10	5	70	
93	81	2	5	2	1	1	NO	120	1	1	1									11	10	5	10	5	5	5	10	10	15	5	80	
94	86	2	1	3	2	1	SI	12	4		1	1	1	1	1	1	1	1	1	10	5	0	0	0	5	5	0	5	5	0	25	

