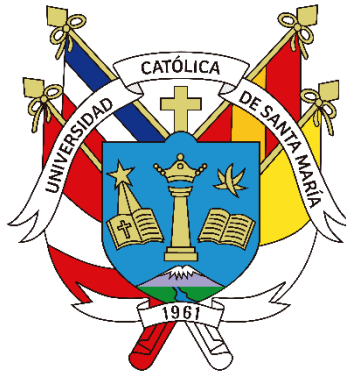


Universidad Católica de Santa María
Facultad de Medicina Humana
Escuela Profesional de Medicina Humana



**Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad
y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del centro de salud Maritza
Campos Díaz, Arequipa 2024.**

Tesis presentada por los Bachilleres:

Díaz Zuñiga, Mishell Steffy

ORCID: 0009-0006-1610-3938

Huaranca Tacusi, Yeffer Anthony

ORCID: 0009-0001-4079-0970

Para optar el Título Profesional de Médico Cirujano.

Asesor:

Dr. Farfán Delgado, Miguel Fernando

ORCID: 0000-0001-6282-4636

Arequipa - Perú

2024

DICTAMEN APROBATORIO
UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA
MEDICINA HUMANA
TITULACIÓN CON TESIS
DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 05 de Julio del 2024

Dictamen: 012145-C-EPMH-2024

Visto el borrador del expediente 012145, presentado por:

2016246032 - DIAZ ZUÑIGA MISHHELL STEFFY

2016250581 - HUARANCA TACUSI YEFFER ANTHONY

Titulado:

**FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE SOLEDAD
Y SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA 2024.**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

Titulo Profesional/Titulo de Segunda Especialidad/Grado Académico a optar:

MEDICO CIRUJANO

**05405211 - VALDIVIA FERNANDEZ BETTY ROSARIO MARTINA
DICTAMINADOR**



**29726632 - CARNERO FUENTES OSCAR FELIPE
DICTAMINADOR**



**45044338 - LUZA CASAVARDE EDWIN WILDER
DICTAMINADOR**



Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del centro de salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

INFORME DE ORIGINALIDAD

5%

INDICE DE SIMILITUD

6%

FUENTES DE INTERNET

0%

PUBLICACIONES

3%

TRABAJOS DEL ESTUDIANTE

FUENTES PRIMARIAS

1	Submitted to Universidad Católica de Santa María Trabajo del estudiante	1%
2	repositorio.untrm.edu.pe Fuente de Internet	1%
3	repositorio.uigv.edu.pe Fuente de Internet	1%
4	hdl.handle.net Fuente de Internet	1%
5	revistas.ucv.edu.pe Fuente de Internet	1%
6	www.infocop.es Fuente de Internet	1%

DEDICATORIA

Quiero dedicar esta tesis a Dios y la Virgen María, por ser mi guía y fortaleza en este camino. A mis amados padres, Mary y Richard, quienes me educaron con amor e inculcaron en mí todos los valores que hoy poseo, me enseñaron a no rendirme ante nada y que con esfuerzo uno es capaz de conseguir sus metas; quienes a pesar de las circunstancias siempre estuvieron apoyándome durante todo este camino, siendo mi fuente de inspiración y mi soporte. A mis tías, Joana, Rosa y Karla, quienes son como unas segundas madres para mí y siempre estuvieron dándome aliento, consintiéndome de diversas maneras y celebrando junto a mi cada logro por más pequeño que fuera. A mi tío Juan Carlos, por ser como un hermano mayor para mí, A mi tío Oscar, quien compartía con nosotros sus historias, su gran carisma y quien fue el primero en llevarme al hospital como alumna. A mis abuelos, Eusebio y Carlos; quienes siempre me apoyaron y nunca me dejaron darme por rendida a pesar de que el camino no fue sencillo. A mi abuela, Tomasa, quien nunca dejo que me faltara un plato de comida en la mesa. A mi abuela, Sofía, quien con su frase: no te preocupes, tómate tu tiempo, yo te esperare aquí sentadita cuando te gradúes, me daba esperanza, confianza y me hacía saber que, aunque el camino sea largo y demore, ella estaría conmigo hasta el final. A mis pequeños peludos de 4 patas, que me acompañaron durante esas noches en vela, los momentos difíciles y que siempre me recibieron en casa con su entusiasmo y gran alegría. Al resto de mi familia, mis amigos, docentes, colegas y todo aquel que haya formado parte de mi vida durante esta etapa. A todos ustedes, gracias por hacer posible este logro.

Mishell S. Diaz Zuñiga

Dedicatoria a Dios, por darme la fortaleza y la determinación para superar todos los obstáculos. A mis padres, Leonor y Javier por su apoyo constante, su guía invaluable y por enseñarme el valor de la educación. Su confianza en mí ha sido fundamental para alcanzar este logro. A mis tías, Catalina, Andrea y Corina, por su cariño, sus palabras de aliento y por estar siempre presentes en los momentos importantes de mi vida. Su apoyo ha sido inestimable. A mis queridas mascotas, Pelusa, Sasha y Mathias, por su afecto incondicional y por brindarme consuelo y alegría en los momentos más difíciles. Su compañía ha sido un bálsamo en los días más agotadores. A todas aquellas personas que formaron parte importante de mi vida en algún momento, cuyos nombres son demasiados para enumerar aquí, pero cuyas contribuciones nunca serán olvidadas. Cada uno de ustedes ha dejado una huella en mi corazón y ha contribuido de alguna manera a que pueda dar este primer gran paso. A los médicos, enfermeras y todo el personal del Centro de Salud Maritza Campos Diaz, por el apoyo y por proporcionarme los recursos necesarios para llevar a cabo esta tesis. Sus consejos y guía fueron fundamentales para la realización de este trabajo. Gracias a todos ustedes, este sueño se ha hecho realidad.

Yeffer A. Huaranca Tacusi

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios, por protegernos, darnos fortaleza, sabiduría e inteligencia para llevar a cabo este logro. Del mismo modo, agradecemos a nuestras familias por ser nuestra fortaleza y apoyo durante todo este proceso. También agradecemos a la Universidad Católica de Santa María por ser nuestra Alma mater y cuyos docentes nos instruyeron inculcando valores y compartiendo conocimientos con nosotros. Al Hospital Goyeneche quien nos acogió durante nuestro internado, donde su personal médico se convirtió en grandes maestros y amigos para nosotros. Así mismo, agradecemos al Centro de Salud Maritza Campos Ramos y A la Dra. Narvy, por su disposición desinteresada a ayudarnos a llevar a cabo este trabajo de investigación, así como a todos los pacientes que colaboraron de forma voluntaria durante la recolección de datos, gracias por su paciencia y comprensión.



RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024. El tipo de investigación es de campo, descriptiva, de corte transversal y de asociación simple.

La muestra de estudio estuvo constituida por 236 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión. Como técnica de recolección de datos se empleó la entrevista y los instrumentos empleados fueron el Cuestionario de apoyo familiar, el Cuestionario ESTE - R para evaluar el grado de soledad; el Cuestionario de Autorreporte de síntomas psiquiátricos (SRQ) y la Ficha de recolección de datos. Resultados: La frecuencia del nivel de apoyo familiar que reciben los adultos mayores es alto en el 74,16%; el grado de soledad percibido por los adultos mayores es medio en el 58,05%. Los síntomas psiquiátricos que probablemente presentan los adultos mayores son ansiedad y/o depresión en el 80,93%; psicosis en 17,80%; trastorno convulsivo en 7,63% y alcoholismo en 10,59%. Existe asociación altamente significativa entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el grado de soledad ($P=0.000$), asimismo se halló asociación estadística significativa entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el síntoma psiquiátrico de psicosis en los adultos mayores ($P=0.0104$), más no existe asociación con la depresión, trastorno convulsivo y alcoholismo.

Palabras clave: apoyo, familiar, soledad, adulto, mayor, síntomas, psiquiátricos.

ABSTRACT

The objective of this study was to determine the frequency of the level of family support and its association with the degree of loneliness and psychiatric symptoms in older adults treated at the Maritza Campos Díaz Health Center, Arequipa 2024. The type of research is field, descriptive, cross-sectional and simple association.

The study sample consisted of 236 older adults who met the inclusion criteria. The data collection technique used was the interview and the instruments used were the Family Support Questionnaire, the ESTE - R Questionnaire to assess the degree of loneliness; the Self-Report Questionnaire of Psychiatric Symptoms (SRQ) and the Data Collection Form. Results: The frequency of the level of family support received by older adults is high at 74.16%; the degree of loneliness perceived by older adults is medium at 58.05%. Psychiatric symptoms that are most likely to be present in older adults are anxiety and depression in 80.93%; psychosis in 17.80%; seizure disorder in 7.63% and alcoholism in 10.59%. There is a highly significant association between the frequency of the level of family support and the degree of loneliness ($P=0.000$), and a significant statistical association was also found between the frequency of the level of family support and the psychiatric symptom of psychosis in older adults ($P=0.0104$), but there is no association with depression, seizure disorder and alcoholism.

Keywords: support, family, loneliness, adult, older, psychiatric, symptoms.

ÍNDICE

DICTAMEN APROBATORIO	
DEDICATORIA	
AGRADECIMIENTO	
RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	
CAPÍTULO I. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	
1. Problema de investigación	15
1.1. Enunciado del problema	15
1.2. Descripción del problema	15
1.3. Justificación	17
2. Objetivos	18
2.1. Objetivo General	18
2.2. Objetivos específicos	19
3. Marco conceptual	19
3.1. Apoyo familiar	19
3.2. Soledad	24
3.3. Síntomas psiquiátricos del adulto mayor	27
4. Antecedentes investigativos	38
4.1. Locales	39
4.2. Nacionales	39
4.3. Internacionales	41
5. Hipótesis	42
CAPÍTULO II. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL	
1. Técnicas e instrumentos	45
1.1. Técnicas	45
1.2. Instrumentos	45
1.3. Prototipo de instrumentos	45
2. Campo de verificación	47
2.1. Ubicación espacial	47
2.2. Ubicación temporal	47
2.3. Unidades de estudio	47
3. Estrategia de recolección de datos	48

3.1.Organización	49
3.2.Recursos	49
3.3.Validación del instrumento	50
3.4.Criterios para el manejo de resultados	50
CAPÍTULO III. RESULTADOS	51
DISCUSIÓN	77
CONCLUSIONES	83
RECOMENDACIONES	85
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	87
ANEXOS	95



ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	52
TABLA 2	ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	53
TABLA 3	ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	52
TABLA 4	ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	53
TABLA 5	ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	54
TABLA 6	ADULTOS MAYORES SEGÚN COMORBILIDADES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	56
TABLA 7	RELACION ENTRE LA EDAD Y LA OCUPACION EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DIAZ, 2024.	57
TABLA 8	ADULTOS MAYORES SEGÚN FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	58
TABLA 9	ADULTOS MAYORES SEGÚN DIMENSIONES DE SOLEDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	60
TABLA 10	ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE SOLEDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	62
TABLA 11	ADULTOS MAYORES SEGÚN SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	64
TABLA 12	ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL GRADO DE SOLEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	66
TABLA 13	ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE ANSIEDAD Y/O	68

DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

TABLA 14	ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE PSICOSIS EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	70
TABLA 15	ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE TRASTORNO CONVULSIVO EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	72
TABLA 16	ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE ALCOHOLISMO EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	74

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1	ADULTOS MAYORES SEGÚN FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	59
GRÁFICO 2	ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE SOLEDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024	63

INTRODUCCIÓN

El envejecimiento de la población, es el incremento del número de personas de 60 años a más, el mismo que es un fenómeno que viene presentando un crecimiento sostenido en el Perú. Según datos de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), en nuestro país la esperanza de vida en el periodo 2015-2020 es de 75,3 años, y se proyecta que entre el periodo 2045 y 2050 será de 82,1 años, para luego incrementar a 88,1 en el periodo 2095-2100 (1).

Por otro lado, los resultados del XII Censo de Población y VII de Vivienda realizados en 2017, muestran que existen 3'497.576 personas con 60 años a más (52,60% mujeres y 47,40% hombres), representando el 11,9% de la población total, más del doble que en 1950, año en el que la población adulta mayor tan solo representaba al 5,7% del total (2). Asimismo, el Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía–División de Población de la Comisión Económica para América Latina y el Caribe (Cepal), proyecta que, en 2050, la población adulta mayor se incrementará al 22,4% (3).

Debido al incremento de la población de adultos mayores es de esperar también que las morbilidades o trastornos que afectan a esta población tanto en la esfera física como en la psicológica, mental y social también se incrementen, propiciando el desarrollo de los llamados síndromes geriátricos que son causa de morbimortalidad de los adultos mayores. Entre los factores protectores de la salud y calidad de vida de la población adulta mayor destaca el apoyo familiar, que es la forma como el adulto mayor valora el apoyo que recibe de sus familiares, lo que resulta muy importante porque la familia cumple un rol primordial, debido a que su apoyo, acompañamiento y expresiones de afecto, fomenta el envejecimiento activo y saludable, y ayuda a preservar la calidad de vida. (4).

Sin embargo, en muchas ocasiones, los adultos mayores enfrentan situaciones de falta de apoyo familiar, a lo que se añaden sucesos críticos como puede ser la viudez, jubilación, separación de los hijos del hogar familiar, enfermedad y otras situaciones que propician que las personas mayores vayan desarrollando sentimientos de soledad, desamparo, entre otros. En tal sentido, la definición de soledad refiere que es un sentimiento que resulta de una discrepancia percibida entre los niveles deseados y alcanzados de relaciones sociales familiares y sociales. Esta brecha entre las relaciones sociales esperadas y reales puede

considerarse el "mecanismo central" de la soledad. A menudo se han distinguido dos dimensiones de la soledad, una dimensión social y una dimensión emocional (5) y esta última se ha reconocido como un factor de riesgo para el desarrollo de los síntomas psiquiátricos que son definidos como las manifestaciones de la morbilidad psiquiátrica capaces de aumentar el riesgo de resultados negativos para la salud porque expresan cuadros ansiosos depresivos, aislamiento social, malhumor, alcoholismo, entre otros.

En el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, se atiende un importante número de adultos mayores y muchos de ellos durante las consultas médicas, refieren que se sienten solos, que no tienen apoyo de sus familias, se sienten como una carga para los hijos, nietos e incluso el cónyuge y refieren también la presencia de síntomas psiquiátricos, todo lo cual afecta su calidad de vida.

Es por ello, que surgió la motivación para el desarrollo del presente estudio, porque se considera que para brindar una atención integral y humanizada a los adultos mayores es preciso evaluar todas las situaciones que afectan su salud y bienestar dentro de los cuales, la falta de apoyo familiar puede propiciar el desarrollo de soledad y síntomas psicológicos que afectan su calidad de vida e incrementan la morbilidad.



CAPÍTULO I
PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Enunciado del problema

¿Cuál es la frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024?

1.2. Descripción del problema

a) Área de Intervención de Conocimiento

ÁREA GENERAL: Ciencias de la Salud.

ÁREA ESPECÍFICA: Medicina Humana.

ESPECIALIDAD: Geriatría.

LINEA: Psiquiatría geriátrica

b) Operacionalización de Variables

VARIABLES	INDICADORES	SUBINDICADORES	VALORES FINALES
Variable Independiente: 1. Nivel de apoyo familiar	1.1. Cuestionario de apoyo familiar	1.1.1. Afectivo consistente 1.1.2. Adaptación familiar 1.1.3. Autonomía familiar	Bajo: 22 – 37 puntos Moderado: 38 – 53 puntos Alto: 54 – 66 puntos
Variables Dependientes: 2. Grado de soledad	2.1. Cuestionario ESTE - R	2.1.1. Soledad familiar 2.1.2. Soledad conyugal 2.1.3. Soledad social 2.1.4. Soledad existencial	Baja: 24 – 55 puntos Media: 56 – 87 puntos Alta: 88 – 120 puntos
3. Síntomas psiquiátricos	3.1. Cuestionario de Autorreporte de síntomas psiquiátricos (SRQ)	3.1.1. Ansiedad	Probable: 3-7 puntos No probable: 0-2 puntos

		3.1.2. Depresión	Probable: 3-11 puntos No probable: 0-2 puntos
		3.1.3. Psicosis	Probable: 3 - 4 puntos No probable: 1 – 2 puntos
		3.1.4. Trastorno convulsivo	Probable: 1 punto No probable: 0 puntos
		3.1.5. Alcoholismo	Probable: 3-4 puntos No probable: 1 – 2 puntos
Características sociodemográficas de la muestra	1. Edad	1.1. Años	60 – 69 70 – 79 80 – 89 90 a más
	2. Sexo	2.1. Caracteres sexuales secundarios	Masculino Femenino
	3. Nivel de instrucción	3.1. Nivel de estudio concluido	Ninguno Primaria Secundaria Superior no universitario Superior universitario
	4. Estado civil	4.1. Situación conyugal	Soltero Casado Conviviente Viudo Separado
	5. Ocupación	5.1. Actividad laboral	Ama de casa Empleado Independiente Comerciante Jubilado
		6. Comorbilidades	6.1. Patologías que presenta

c) Interrogantes Básicas

1. ¿Cuál es la frecuencia del nivel de apoyo familiar que reciben los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz?

2. ¿Cuál es el grado de soledad percibido por los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz?
3. ¿Cuáles son los síntomas psiquiátricos en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz?
4. ¿Existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el grado de soledad en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz?
5. ¿Existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con los síntomas psiquiátricos en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz?

d) Tipo de investigación

Es un estudio de campo, descriptivo, de corte transversal y de asociación simple.

1.3. Justificación

La tercera edad puede representar un problema grave porque puede verse influenciada por numerosos cambios relacionados y factores de riesgo adicionales debido a que los adultos mayores experimentan una disminución de la capacidad funcional de órganos y sistemas que afectan diferentes funciones fisiológicas básicas; es por ello, que las actitudes y el apoyo familiar son muy importantes porque la mayoría de adultos mayores que viven con sus familias generalmente experimentan algún grado de dependencia de sus necesidades diarias, y si no reciben dicho soporte son más susceptibles a presentar un envejecimiento no saludable, sentirse solos y a desarrollar una serie de trastornos (1).

Relevancia científica: La presente investigación es importante porque la falta de apoyo familiar conlleva a la soledad en la vejez lo cual tiene consecuencias adversas para el bienestar, la salud física y mental y la mortalidad. Si bien muchos estudios han examinado los correlatos el apoyo familiar, pocos han explorado su influencia en la soledad y los síntomas psiquiátricos (4); por ello nuestro estudio permitirá comprender la influencia del

apoyo familiar en las variables mencionadas lo que resulta crucial para el desarrollo y la implementación de intervenciones efectivas para mejorar el apoyo familiar y aliviar la soledad y síntomas psiquiátricos de los adultos mayores. Además, a partir de los resultados que se obtengan se podrá sugerir la realización de nuevas investigaciones.

Relevancia social: La realización del presente estudio tiene relevancia social porque los adultos mayores experimentan numerosos e importantes cambios en sus relaciones familiares en cuanto al número, frecuencia y calidad de las mismas, lo que propicia que se vaya presentando soledad emocional y social, lo cual, en diferentes investigaciones ha sido analizada por sus consecuencias en términos de salud y mortalidad (6, 7). En Arequipa, un Informe de la Defensoría del Pueblo, refiere que la ciudad de Arequipa tiene una población de 121,390 adultos mayores y de ellos alrededor del 30% presentan problemas de índole familiar, social, muchos se encuentran en abandono por parte de sus familias y presentan diferentes comorbilidades físicas y mentales (8).

Relevancia práctica: Se basa en que a partir de los resultados que se obtengan, se podrán realizar recomendaciones a la jefatura del Centro de Salud para que se pueda mejorar la valoración integral que se realiza a los adultos mayores sin dejar de lado la evaluación del apoyo familiar y la evaluación de los síntomas psiquiátricos.

El estudio es factible porque se contó con los recursos necesarios para su ejecución en el ámbito clínico.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo General

Determinar la frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

2.2. Objetivos Específicos

- 2.2.1. Evaluar la frecuencia del nivel de apoyo familiar que reciben los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- 2.2.2. Establecer el grado de soledad percibido por los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- 2.2.3. Identificar los síntomas psiquiátricos en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- 2.2.4. Establecer la asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el grado de soledad en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- 2.2.5. Establecer la asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con los síntomas psiquiátricos en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

3. MARCO CONCEPTUAL

3.1. APOYO FAMILIAR

Los cuidadores familiares son los parientes que brindan asistencia, generalmente no remunerada, a alguien que tiene algún grado de limitación en su funcionamiento físico, mental o cognitivo. Los cuidadores representan un grupo amplio y diverso de personas. Abarcan todas las edades y son heterogéneos en múltiples dimensiones, incluida su relación y proximidad geográfica con la persona a la que brindan atención y la naturaleza, duración e intensidad de la asistencia que brindan. Los cuidadores también varían en su nivel de competencia, habilidad y motivación para brindar asistencia. El cuidado no es una función nueva para los miembros de la familia. Las personas siempre han brindado apoyo emocional, físico y financiero a sus familiares y otras personas con las que se sienten cercanos; lo que

ha cambiado en las últimas tres décadas es el número de personas que asumen este rol, la duración y la intensidad de la atención brindada y la complejidad de la atención brindada. El envejecimiento de la población, el aumento de la longevidad de los adultos mayores con importantes enfermedades crónicas y discapacidades, y un sistema de apoyo sanitario y social fragmentado y con fondos insuficientes han contribuido a que la mayor carga de la atención recaiga en los miembros de la familia. Los cuidadores brindan un valioso servicio a los familiares y a la sociedad, pero a veces a un gran costo para ellos mismos (9).

El funcionamiento familiar es fuente de bienestar y disfrute de una calidad de vida satisfactoria cuando se trata de familias que valoran el respeto por los adultos mayores y gestionan los cambios que ocurren con el envejecimiento. Se ha reportado que, si los adultos mayores se encuentran en una familia funcional, su nivel de autoestima, salud psicológica, relaciones personales y ambientales se verán favorecidos con impacto en su calidad de vida (10).

3.1.1. Concepto

El apoyo familiar es la forma en que la persona adulta mayor dependiente valora el apoyo recibido por parte de sus familiares determinando si es suficiente para satisfacer sus objetivos de salud o si por el contrario, se está produciendo un afrontamiento familiar. Además, en muchos adultos mayores, el proceso de envejecimiento suele acompañarse del deterioro de la salud, a lo que se añade una situación económica precaria, la soledad, el abandono o la exclusión social, lo que, sumado a una sociedad prejuiciosa que presenta muchos estereotipos en contra de los adultos mayores, se agrava la vulnerabilidad de los mismos ya existente en este grupo de población por la presencia de patologías o la pérdida de capacidades físicas y mentales lo que les afecta sobremanera en la condición psicológica y social de la persona mayor. El apoyo familiar son las relaciones e interacciones que implican compartir recursos entre dos o más personas con el propósito de fortalecer los sentimientos positivos y mejorar el bienestar de los miembros de la familia (11).

La familia es una fuente de amor, bienestar., satisfacción y apoyo, pero en muchos casos puede representar todo lo contrario, puede promover insatisfacción, estrés y malestar, que conlleva a una alteración emocional y desequilibrio en el estado de salud. En otras palabras, el apoyo familiar es fundamental para la salud y el bienestar de las personas mayores, pero en contraparte también puede tener un impacto negativo si no se brinda de forma adecuada. El apoyo familiar se refiere a la presencia de la unidad familiar durante el proceso de enfermedad, discapacidad y asistencia de uno de sus miembros. Los demás miembros deben ofrecer su apoyo emocional, mantener una buena comunicación, participar en su cuidado y estar en contacto con otros miembros de la familia para informarles y exigir ayuda si fuera necesario, todo ello con el objetivo de promover y mejorar la capacidad de la familia para manejar los sentimientos y emociones de sus miembros (10).

3.1.2. Componentes del apoyo familiar

El apoyo familiar se compone de cuatro componentes: el apoyo emocional, que se refiere a la capacidad de manifestar nuestras emociones y las de los demás; el apoyo instrumental, que es el apoyo real o percibido brindado por la familia; el apoyo social, se refiere al número de relaciones sociales de un individuo y el apoyo afectivo, que se componen de las expresiones de amor y afecto (10).

a. Apoyo emocional

El apoyo emocional que la familia brinda a los adultos mayores, se refiere a aquellas conductas que fomentan los sentimientos de bienestar afectivo, y que propician que los adultos mayores se sientan queridos, respetados y seguros, en resumen, son las expresiones o demostraciones de amor, afecto, cariño, simpatía, empatía y/o pertenencia a grupos. Es un canal importante a través del cual el cuidado de las personas mayores afecta su satisfacción con la vida. Los adultos mayores reciben apoyo financiero y cuidados en la vejez por parte de sus hijos y/o nietos, siendo esta una relación contractual intergeneracional. Junto con la disminución de la capacidad laboral y del nivel de ingresos, los adultos mayores sólo pueden realizar actividades domésticas a través del cuidado de los niños, algunas tareas del cuidado

de la casa, mascotas, jardín, entre otras, lo que a su vez reduce el costo del cuidado de los hijos hacia los adultos mayores o de los nietos, por ejemplo, logrando la asignación óptima de los recursos familiares y reteniendo los recursos materiales y el bienestar espiritual. En términos de intercambios intergeneracionales, los adultos mayores que cuidan a sus nietos reciben apoyo emocional de sus hijos. Es decir, cuidar a los nietos puede fortalecer la relación entre los adultos mayores y sus hijos, acercándolos. Se ha descubierto que, para los adultos mayores, el apoyo familiar es más importante que el apoyo no familiar y las relaciones entre abuelos, hijos y nietos están relacionadas significativamente y positivamente con la satisfacción con la vida de los abuelos. Otros aspectos fundamentales del apoyo emocional que la familia brinda a los adultos mayores, es que la familia debe generar los espacios de apertura adecuados para la comunicación que permita que los adultos mayores puedan expresar sus emociones, sentimientos, causas de preocupación, tristezas, miedos, situaciones que les disgustan y que los familiares puedan escucharlos, comprenderlos, ayudarlos en lo que sea necesario, hacerlos sentirse queridos, importantes y que son comprendidos por sus familiares (11).

b. Apoyo instrumental

Es el comportamiento que realizan los familiares dirigidos a la prestación de ayuda directa o servicios, los cuales incluyen la alimentación, higiene, transporte o movilización, ayuda para realizar las labores del hogar, cuidado y el acompañamiento (12).

c. Apoyo social

La revisión de la literatura revela que el apoyo social juega un papel importante en la salud física y mental en la vejez, independientemente de si el apoyo fue afirmativo, emocional, informativo, instrumental o virtual. Muchos adultos mayores tienden a enfrentar redes sociales y frecuencia de contacto reducidas debido a factores como la vida solitaria, la muerte de familiares o amigos, limitaciones de movilidad, enfermedades crónicas, jubilación o cambios económicos. En los adultos mayores, tanto la falta objetiva de conexión social como las percepciones subjetivas de relaciones sociales deficientes se correlacionan fuertemente con trastornos psicológicos importantes y una menor calidad de vida percibida (13). Un estudio mostró que el apoyo social estaba altamente correlacionado con la depresión, las

personas que carecían de apoyo social percibido tenían más probabilidades de experimentar síntomas depresivos, y el apoyo social ayudó a prevenir la depresión en los adultos mayores. El apoyo social percibido también refleja la personalidad individual y su modo de procesamiento de la información. Un mayor apoyo social percibido mejora la resiliencia social y reduce el neuroticismo en los adultos mayores. El neuroticismo se asocia con estados emocionales negativos que pueden influir en la accesibilidad al apoyo social al perjudicar las situaciones interpersonales de los individuos. Para las poblaciones de edad avanzada con diversos rasgos de personalidad, puede haber discrepancias en la cantidad y calidad del apoyo social percibido. Sin embargo, se debe investigar más a fondo el papel moderador del apoyo social percibido en la relación entre el neuroticismo y los síntomas depresivos en adultos mayores (14).

A medida que los círculos sociales se reducen durante la jubilación, las relaciones familiares se vuelven más importantes para los adultos mayores. Además del apoyo social percibido, los factores relacionados con el hogar también median el neuroticismo, la soledad y la depresión en los adultos mayores. Por ello es que Ran et al, mencionan que la salud familiar es un recurso a nivel de la unidad familiar que se desarrolla a partir de la intersección de la salud de cada miembro de la familia, sus interacciones y capacidades, así como los recursos físicos, sociales, emocionales, económicos y médicos de la familia. La salud familiar protege contra muchos problemas físicos y mentales al construir relaciones más sólidas y dinámicas familiares más funcionales (15).

d. Apoyo afectivo

Algunas personas mayores que viven en casa cuentan con el apoyo de una red de atención que les brinda apoyo y cuidados prácticos, informativos y emocionales. Las personas en estas redes pueden ser cuidadores formales o informales. El cuidado informal es el cuidado no remunerado de personas con diversos grados de dependencia, proporcionado por miembros de la familia u otras personas sin vínculo ni obligación con la persona atendida. Debido al cambio en las estructuras familiares tradicionales, cada vez es más frecuente encontrar hogares en los que las tareas de cuidado no recaen en familiares jóvenes, sino en personas mayores que cuidan de otras personas mayores dependientes, que suelen ser sus

cónyuges o parientes cercanos. Así, el apoyo afectivo podría definirse como el conjunto de cambios de conducta, emociones o pensamientos que ocurren, o se intensifican, por la experiencia de una situación que implica una pérdida, daño o amenaza intensa, que puede ser significativa. Es un sensor que nos hace percibir la realidad, ya que algo que experimentamos nos afecta y suele aparecer a través de emociones y sentimientos. Cuidar y ser atendido puede abarcar una variedad de emociones que incluyen amor, empatía, gratitud, compasión, odio, resentimiento, amargura y arrepentimiento. Las emociones se internalizan y los estados mentales subjetivos están moldeados por el contexto sociocultural y espacial en el que ocurren. Las emociones son un aspecto clave del cuidado diario y de cómo se experimentan y gestionan las relaciones de cuidado (16).

3.2. SOLEDAD

3.2.1. Concepto

La soledad es la falta sentida de relaciones sociales. Las personas que experimentan soledad frecuente tienden a no buscar contacto social, ya que a menudo experimentan baja autoeficacia, ansiedad social, poco apoyo social y depresión y tienen una capacidad reducida para comprender las emociones y participar en la regulación positiva de las emociones. De manera similar, si los adultos mayores se identifican con una percepción negativa de ser viejo, tienden a utilizar estrategias de afrontamiento menos efectivas para su salud mental y la experiencia amenaza la autoeficacia y la autonomía en las relaciones sociales. Este ciclo implica un complejo intercambio de experiencias vividas de la edad y barreras cognitivas al comportamiento de búsqueda de conexión social, que requiere intervención para cambiar (17).

La definición psicológica de consenso de soledad establecida por Peplau y Perlman en 1982, citados por Akhter y cols refieren que es un sentimiento que resulta de una discrepancia percibida entre los niveles deseados y alcanzados de relaciones sociales. Esta brecha entre las relaciones sociales esperadas y reales puede considerarse el "mecanismo central" de la soledad. Es importante destacar que la soledad no equivale al aislamiento social. Mientras

que el aislamiento social se refiere a características objetivas de la situación de uno, como el número o la proximidad de los contactos sociales que uno tiene, la soledad es una experiencia fundamentalmente subjetiva (18).

3.2.1. Dimensiones de la soledad

A menudo se han distinguido dos dimensiones de la soledad, una dimensión social y una dimensión emocional. La dimensión social se refiere a las expectativas sobre la cantidad de relaciones (es decir, cuántos vínculos sociales están cerca, disponibles y en los que se puede confiar como apoyo). La dimensión emocional se refiere a las expectativas sobre la calidad de las relaciones, como el grado de intimidad, comprensión e intereses que uno comparte con los demás. Ambas dimensiones se han incluido en escalas destacadas de soledad, como la Escala de Soledad de De Jong Gierveld (DJG). La soledad es un sentimiento natural que ocurre ocasionalmente en la vida de la mayoría de las personas y cumple funciones evolutivamente adaptativas, como motivar a las personas a mantener relaciones importantes (18).

Sin embargo, cuando la soledad se convierte en un estado persistente o crónico, puede tener efectos adversos sobre la salud y el bienestar. Por ejemplo, se ha demostrado que la soledad persistente es un factor de riesgo independiente para desarrollar depresión, deterioro cognitivo, demencia, enfermedad de Alzheimer y mortalidad por todas las causas. Es por ello que los esfuerzos y las intervenciones para prevenir y abordar la soledad crónica y sus efectos adversos se beneficiarían sustancialmente de una base teórica sólida que describa de manera integral las causas, los factores contextuales y las vías para abordar la soledad. Sin embargo, hasta la fecha, no ha existido un marco integral que especifique los contenidos que constituyen el mecanismo central de la soledad (es decir, lo que las personas esperan específicamente de sus relaciones sociales) o los factores culturales y de desarrollo de la vida que afectan el funcionamiento de este mecanismo central (18).

Adoptar una perspectiva de vida sobre la soledad es importante porque la prevalencia, la estabilidad, los factores de riesgo y las consecuencias de la soledad difieren entre los grupos de edad. Las investigaciones han demostrado que la prevalencia de la soledad sigue una

distribución en forma de U, con las tasas más altas en la adolescencia tardía y la edad adulta temprana, tasas más bajas durante la mediana edad y otro pico entre los adultos mayores (más de 80 años) (19). Mientras que entre el 3% y el 22% de las personas experimentan soledad persistente en la primera infancia o en la edad adulta temprana, estudios longitudinales informan que entre el 15% y el 25% de los adultos mayores experimentan niveles persistentes de aislamiento social o emocional (18). Un metaanálisis reciente indicó mayores diferencias interindividuales en la soledad a lo largo de una trayectoria de cinco años entre los adultos mayores en comparación con otros grupos de edad. Una mayor heterogeneidad en el desarrollo de la soledad en los adultos mayores puede deberse a nichos ambientales más frágiles que pueden cambiar con el deterioro del estado de salud o la pérdida de relaciones importantes (20).

3.2.1. Efectos de la soledad en la salud

Es probable que los resultados de salud adversos a largo plazo relacionados con la soledad, como enfermedades cardiovasculares y demencia, ocurran hacia el final de la vida. Además, dado que el número futuro de personas que se sienten solas puede aumentar con una creciente población de “viejos ancianos”, encontrar soluciones a la soledad (crónica) debe considerarse una prioridad durante la Conferencia de las Naciones Unidas (ONU), una iniciativa de las Naciones Unidas para mejorar el bienestar de las personas mayores en medio del envejecimiento de la población. Hasta la fecha, las intervenciones para reducir la soledad no han sido tan efectivas como las intervenciones para otros resultados sociales y conductuales (21). Abordar el problema de la soledad crónica puede requerir una comprensión teórica más profunda de cómo los factores contextuales relacionados con la edad se relacionan con la soledad. Aunque ha habido muchas teorías importantes sobre el desarrollo de la vida sobre el envejecimiento y los factores contextuales relacionados con la edad, no se han relacionado con la soledad de los adultos mayores en un marco integral, lo que si está demostrado es que la soledad es un factor de riesgo para una serie de dolencias que incluyen enfermedad cardiovascular, cáncer, trastornos psiquiátricos como ansiedad, depresión, fobias sociales, alcoholismo, consumo de tabaco y otras drogas, suicidio, los mismos que serán desarrollados posteriormente (18).

3.3. SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS DEL ADULTO MAYOR

3.3.1. Concepto

Al referirse a los términos de síntomas psiquiátricos en los adultos mayores, cuya presentación es reciente o inesperada plantea algunas cuestiones teóricas debido a que parecería un tanto incongruente o tal vez exagerado caracterizar estas manifestaciones como una alteración psiquiátrica, sobre todo si no existen antecedentes o si los síntomas parecen relacionados directamente con una enfermedad cerebral. Los síntomas psiquiátricos se definen como manifestaciones de la morbilidad psiquiátrica más frecuente en los adultos mayores y su importancia radica en que estas condiciones aumentan el riesgo de resultados negativos para la salud. En relación con la salud mental, según la Organización Mundial de la Salud (OMS) se señala que más del 20% de los adultos mayores presenta algún trastorno mental o neurológico, siendo la depresión y la demencia los más frecuentes. El déficit cognitivo y la depresión son patologías multifactoriales, por lo que es necesario que se aborde bajo la dirección de políticas públicas de salud que permitan que los adultos mayores sean evaluados de forma integral en cualquiera de los establecimientos en los que se atiendan, lo que va permitir una detección temprana del déficit neurológico y de los síndromes geriátricos relacionados con el deterioro de la calidad de vida. Además, la mayoría de adultos mayores pueden referir cambios relacionados a su salud psíquica y cognitiva, lo cual se asocia a mayores índices de depresión y ansiedad. Los síntomas psiquiátricos engloban un conjunto de alteraciones que afectan a los adultos mayores entre los cuales se tienen la ansiedad, depresión, psicosis, trastorno convulsivo y el alcoholismo entre los principales. Los trastornos neuropsiquiátricos en el grupo de población mayor de 60 años representan el 6,6% de la discapacidad total (AVAD); los trastornos de ansiedad afectan al 3,8% y la depresión al 7%, representando 5,7% de los años vividos con una discapacidad. Asimismo, se menciona que la depresión aumenta la percepción de tener mala salud y los afectados tienen un desempeño más deficiente que cualquier otra enfermedad crónica (22).

a. Ansiedad y Depresión

Los trastornos de ansiedad son condiciones biopsicosociales asociadas con respuestas generalizadas o específicas de la situación a amenazas percibidas. La prevalencia de la ansiedad ha atraído un interés significativo de investigación históricamente. Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los trastornos mentales más comunes. Generalmente aparecen temprano en la vida y comparten, sin embargo, con otros trastornos mentales, una evolución deliberadamente crónica y un fuerte impacto funcional. Un aumento en la prevalencia global de ansiedad representa una amenaza significativa para el bienestar y la calidad de vida de la población (14). Existen diferentes manifestaciones clínicas de los trastornos de ansiedad, para algunos, está relacionada con estímulos ambientales específicos, lo que resulta en fobias; otros pueden experimentar angustia episódica grave, como en el trastorno de pánico. Estas experiencias, cuando se perciben como amenazas en la corteza prefrontal y la amígdala, desencadenan una respuesta de lucha o huida, que puede manifestarse en forma de una respuesta psicofisiológica como mareos, aumento de la frecuencia cardíaca y sudoración. Si no se trata, la ansiedad crónica puede provocar muchos otros problemas de salud, como hipertensión, enfermedades cardiovasculares y demencia.

Los trastornos de ansiedad son trastornos de salud mental que se presentan con frecuencia, incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de ansiedad social, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad por separación, las fobias, el mutismo selectivo y la ansiedad no especificada. Los trastornos de ansiedad a menudo no se reconocen en los entornos de atención primaria y se producen demoras sustanciales en el inicio del tratamiento. Asimismo, pueden llegar a convertirse en afecciones crónicas caracterizadas por períodos de remisión y recurrencia. Sin embargo, puede producirse una recuperación completa (23).

Los tratamientos existentes para la ansiedad suelen implicar una combinación de medicación y psicoterapia. Si bien la respuesta fisiológica asociada con la ansiedad se puede tratar mediante métodos farmacológicos, los recuerdos psicológicos y los desencadenantes que causan ansiedad necesitan una solución psicológica. Una gran cantidad de evidencia sugiere que las psicoterapias como la terapia cognitivo-conductual son más beneficiosas

longitudinalmente para las personas con trastornos de ansiedad (19). Según mencionan O' Connor et al., el tratamiento de los trastornos de ansiedad en adultos puede incluir psicoterapia (p. ej., terapia cognitivo-conductual, interpersonal, familiar y de aceptación y compromiso) y farmacoterapia (p. ej., antidepresivos, antihistamínicos, betabloqueantes, anticonvulsivos y benzodiazepinas). El tratamiento de la ansiedad también puede incluir terapias de relajación y desensibilización. También se han desarrollado enfoques de tratamiento transdiagnóstico para su uso con pacientes que tienen trastornos de ansiedad, depresión o ambos trastornos debido a la superposición entre los trastornos depresivos y de ansiedad (24).

Por su parte, la depresión es una causa importante de sufrimiento y discapacidad entre los adultos mayores, debido a que en la mayoría de los casos no es diagnosticada a tiempo porque coexiste y sus síntomas se atribuyen al mismo proceso de envejecimiento, las enfermedades médicas y diferentes factores de índole sociofamiliares (25). Para el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos de Salud Mental (DSM-V) (26), se toman en cuenta ciertos criterios, donde deben existir cinco o más síntomas en un período de al menos dos semanas y que representen un cambio de funcionamiento previo (destacando que los síntomas causen malestar significativo, deterioro laboral o social, los episodios no se atribuyen a uso de sustancias u otras afecciones médicas o psiquiátricas), los cuales se mencionan a continuación:

- Estado de ánimo depresivo
- Pérdida de interés o placer
- Pérdida de peso sin hacer dieta, aumento de peso o disminución de apetito
- Insomnio o hipersomnia
- Agitación o retraso psicomotor
- Fatiga y pérdida de energía
- Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva e inapropiada

- Disminución de la capacidad de concentrarse
- Pensamientos de muerte recurrente.

Conforme más avanza la edad, mayor número de personas presentan deterioro en sus capacidades físicas y así también pueden presentarse alteraciones en su salud mental, donde la depresión es el trastorno más frecuente y que genera mayor incapacidad a nivel económico y psicosocial. En cuanto a los factores de riesgo para presentar depresión, destacan factores genéticos y psicosociales, siendo más frecuente en personas de edad más avanzada, en el sexo femenino, estado civil viudo o divorciado, en personas que tienen bajo nivel socioeconómico y educativo, en las personas que presentan pluripatologías, polifarmacia, dolor crónico, dependencia y bajo apoyo familiar y social. Los trastornos afectivos en los adultos mayores causan grave afectación de la calidad de vida, disminución de la capacidad funcional, disminuyen la esperanza de vida, aumentan las brechas en las redes de apoyo social y son causantes de discapacidad, pérdida de autoestima e independencia en las personas (27).

b. Psicosis

La psicosis es un síndrome clínico de percepción alterada de la realidad (28), caracterizado por una o más de las siguientes características:

- Alucinaciones: percepciones sensoriales (visuales, auditivas, táctiles, olfativas, gustativas) experimentadas en ausencia de un verdadero estímulo externo, delirios: creencias falsas y potencialmente extrañas sostenidas con gran convicción a pesar de la evidencia de lo contrario (es decir, falsas, no compartidas, inquebrantables).
- Trastorno del pensamiento formal: se manifiesta objetivamente como un habla incoherente y desordenada que puede comprender neologismos y ensalada de palabras.
- Catatonia: trastorno psicomotor que comprende diversos movimientos y comportamientos anormales.
- Síntomas negativos: anhedonia, alogia, asocialidad, abulia/apatía y embotamiento afectivo (cinco 'As').

Clásicamente, los síntomas de primer rango de Schneider, que incluyen alucinaciones audibles (eco de pensamiento, voces que discuten o comentan), interferencia del pensamiento (retirada, inserción, transmisión), delirios de control (actos volitivos, impulsos y afectos realizados) y percepción delirante, se utilizaron para describir pacientes con esquizofrenia (28). La prevalencia estimada de psicosis en adultos mayores fue del 5% al 10% a nivel local e internacional. En una población que envejece rápidamente, los médicos deben estar familiarizados con el manejo de pacientes de edad avanzada con psicosis de primera aparición que puede manifestarse de diversas maneras, como agitación/agresión, paranoia, rechazo de alimentos o incapacidad repentina para cuidados personales (28).

La evaluación y el tratamiento de la psicosis aguda en adultos mayores son diferentes de los de los adultos jóvenes debido a diferencias destacadas en las manifestaciones clínicas de la enfermedad, las etiologías subyacentes y la elección del tratamiento, influenciadas por factores como la epidemiología de la enfermedad, los cambios fisiológicos relacionados con la edad y comorbilidades médicas. Por ejemplo, los trastornos psicóticos primarios, como la esquizofrenia, tienden a ocurrir más comúnmente en pacientes más jóvenes, desde finales de la adolescencia hasta principios de los treinta, mientras que las psicosis orgánicas aparecen de manera más prominente en los adultos mayores debido a una mayor carga de comorbilidades médicas que pueden predisponer a trastornos neurológicos/metabólicos, mayor incidencia de polifarmacia y uso de medicinas tradicionales, complementarias, herbolarias. Además, a diferencia de los pacientes más jóvenes con trastornos del espectro de la esquizofrenia clásica que pueden presentar síntomas floridos de primer rango, la parafrenia de aparición tardía en adultos mayores tiene un componente delirante predominante sin trastorno del pensamiento concomitante o cambio de personalidad. Finalmente, la elección y el régimen de dosificación de los antipsicóticos en adultos mayores dependen del perfil clínico de los pacientes y de las comorbilidades médicas, teniendo en cuenta los cambios relacionados con la edad en la farmacocinética y la farmacodinamia (29).

En los adultos mayores, es particularmente importante descartar primero las causas orgánicas de las psicosis, ya que las psicosis primarias rara vez se presentan en este grupo de edad y los pacientes de edad avanzada tienen una mayor carga de comorbilidades médicas

y polifarmacia que predisponen a patologías orgánicas. Además, las psicosis orgánicas pueden ser reversibles si el desencadenante subyacente se aborda de manera oportuna. Por ejemplo, en un paciente anciano con alteración mental, siempre se debe considerar el delirio y se deben investigar los factores precipitantes subyacentes. Esto se debe a que las presentaciones atípicas de la enfermedad son bastante comunes en la población geriátrica debido a cambios homeostáticos relacionados con la edad, con una tendencia a que las agresiones clínicas se manifiesten primero en el órgano con menores reservas, como el cerebro, que puede haber sufrido atrofia relacionada con la edad y cambios neurodegenerativos. Como tal, el delirio puede ser la primera presentación de una enfermedad subyacente como la neumonía, y la detección temprana del delirio con un tratamiento oportuno del precipitante subyacente puede reducir la duración y la gravedad de los síntomas. Además, las enfermedades cerebrovasculares y los trastornos neurodegenerativos son comunes en la población de mayor edad y, curiosamente, los estudios han informado que la prevalencia de psicosis en pacientes con accidente cerebrovascular previo, enfermedad de Parkinson y demencia de Alzheimer es del 5%, respectivamente. Los adultos mayores suelen consumir medicinas tradicionales chinas o suplementos a base de hierbas para su salud y bienestar, y algunos de estos productos pueden estar adulterados con esteroides exógenos por su efecto antiinflamatorio. En tales casos, puede ser prudente considerar la posibilidad de psicosis inducida por esteroides, que es un efecto adverso poco común pero bien establecido que depende de la dosis de los corticosteroides sistémicos (28).

En el ámbito de las psicosis primarias en pacientes de edad avanzada, se utiliza "psicosis similar a la esquizofrenia de inicio muy tardío" para describir a pacientes de edad avanzada con características esquizofrénicas de inicio. Curiosamente, la 'parafrenia tardía' se usó anteriormente para describir una entidad única de psicosis de inicio en la vejez que comúnmente ocurre en mujeres, con características predominantes de delirios paranoides y alucinaciones, en ausencia de trastorno del pensamiento, síntomas negativos o cambios de personalidad. No obstante, es importante reconocer que el diagnóstico de esquizofrenia sólo se puede realizar cuando los síntomas psicóticos duran al menos 6 meses (28).

La evaluación inicial de la psicosis aguda en adultos mayores implica realizar una historia clínica y psiquiátrica completa, con antecedentes corroborativos de los familiares más cercanos, y realizar un examen específico basado en los diagnósticos diferenciales probables. En primer lugar, la anamnesis psiquiátrica implica caracterizar la naturaleza de los síntomas psicóticos, identificar los síntomas neuropsiquiátricos asociados, como cambios cognitivos y del estado de ánimo, y evaluar el grado de deterioro funcional y psicosocial. Es importante destacar que la naturaleza de las manifestaciones psicóticas puede favorecer ciertas etiologías: la presencia de delirios extraños y trastornos del pensamiento sugerirían trastornos del espectro de la esquizofrenia, mientras que la presencia de pseudoalucinaciones (voces en la cabeza) y síntomas congruentes con el estado de ánimo se asocian con estados afectivos, como trastornos del estado de ánimo (depresión, trastorno bipolar) o afecciones endocrinas (disfunción tiroidea). Durante la entrevista psiquiátrica, generalmente se realiza al mismo tiempo un examen del estado mental observando la apariencia general del paciente (p. ej., aseo, postura), comportamiento (p. ej., contacto visual, lenguaje corporal), manifestaciones psicóticas (incluidas alucinaciones, delirios y trastornos del pensamiento/habla), estado de ánimo/afecto, cognición, percepción y evaluación de riesgos (de suicidio/autolesión y daño a otros). Los pacientes que se considere que presentan riesgos significativos para ellos mismos o para otros podrían requerir ingreso involuntario en centros de salud mental (30).

En segundo lugar, se debe obtener una historia corroborativa de los familiares más cercanos del paciente para documentar el espectro de conductas psicóticas observadas, delinear la cronología de los síntomas, identificar posibles eventos precipitantes y determinar la veracidad de las afirmaciones delirantes del paciente. Además, realizar una evaluación geriátrica integral con el cuidador del paciente proporciona una imagen holística del historial médico premórbido, la cognición, el estado de ánimo, la función, el estado ambulatorio y la configuración social. En el contexto de la psicopatología, es útil caracterizar la personalidad premórbida y la adaptación del paciente, que pueden influir en la patogénesis de la enfermedad, la percepción psiquiátrica y los resultados funcionales finales. En tercer lugar, se debe realizar una historia clínica y un examen para identificar síntomas y signos de una patología orgánica subyacente (30).

En pacientes con un cambio agudo en el estado mental con síntomas psicóticos, el Método de Evaluación de la Confusión es una herramienta bien validada para detectar delirio, basándose en la presencia de lo siguiente: (a) estado mental alterado en comparación con el valor inicial del paciente (inicio agudo y siguiente un curso fluctuante); (b) falta de atención; y (c) pensamiento desorganizado o (d) nivel alterado de conciencia. Esencialmente, los pacientes delirantes típicamente demuestran hiperactividad (p. ej., agitación, agresión, inquietud) y/o hipoactividad (p. ej., letargo, somnolencia, retraso psicomotor), con características de falta de atención como dificultad para concentrarse en una conversación o distracción, y proceso de pensamiento desorganizado, manifestándose como discurso tangencial, incoherente o irrelevante. Además de diagnosticar el delirio, es necesario identificar el desencadenante subyacente buscando características infecciosas y déficits neurológicos focales que sugieran un evento intracraneal, verificando si hay vejiga distendida o un volumen elevado de orina residual posmiccional en la retención urinaria aguda, realizando un tacto rectal para detectar heces impactadas y revisar el cuadro de medicamentos en busca de posibles medicamentos que puedan predisponer al delirio (p. ej., anticolinérgicos, opioides, sedantes). Posteriormente, para evaluar las causas neurológicas de las manifestaciones psiquiátricas, se debe evaluar a los pacientes para detectar déficits neurológicos focales (p. ej., entumecimiento, debilidad, dificultades para hablar/tragar, pérdida visual), deterioro cognitivo, disfunción ejecutiva, factores de riesgo cardiovascular preexistentes y antecedentes de trastornos neurológicos o traumatismo craneoencefálico (31).

Las características de alerta de presión intracraneal elevada, como dolor de cabeza temprano en la mañana asociados con náuseas/vómitos que empeora con el esfuerzo/tos/estornudo o en decúbito supino, la "tríada" de Cushing de bradicardia, hipertensión y frecuencia respiratoria irregular, papiledema en el fondo de ojo. Siempre se debe excluir la parálisis localizada del VI par craneal. Para evaluar los trastornos metabólicos/endocrinos comunes, es útil realizar una historia dietética, evaluar el estado nutricional del paciente y detectar características de estados de hiper/hipotiroidismo, hipercortisolismo, anemia y encefalopatía urémica/hepática/hipercápnica. Finalmente, se debe realizar una revisión integral de todos los medicamentos recetados, medicinas tradicionales y suplementos a base de hierbas, y

cualquier uso de alcohol o drogas recreativas con el paciente y el cuidador, y los farmacéuticos de pacientes hospitalizados pueden facilitar el proceso de identificación y conciliación de los medicamentos (31).

c. Trastorno convulsivo

Los adultos mayores representan el 25% de casos que presentan las primeras convulsiones, y muchas de estas convulsiones son causadas por lesiones acumuladas en el cerebro y comorbilidades asociadas con el envejecimiento o como resultado de una comorbilidad potencialmente mortal; sin embargo, las convulsiones en los adultos mayores suelen ser tan sutiles que no son reconocidos ni tratados. Una vez que un adulto mayor tiene una convulsión, tiene un mayor riesgo de sufrir más convulsiones y, en última instancia, de un diagnóstico de epilepsia. La epilepsia afecta la calidad de vida y la seguridad y puede poner en peligro la vida misma del adulto mayor; por eso, es importante poder reconocer las convulsiones en los adultos mayores y saber qué hacer (32). Hay pruebas sólidas de que las personas mayores de aproximadamente 60 años corren un riesgo cada vez mayor de sufrir convulsiones sintomáticas agudas y epilepsia. En los países más ricos, la incidencia de las convulsiones aumenta drásticamente después de los 60 o 65 años. Este fenómeno no siempre se observó entre los informes de poblaciones con un nivel socioeconómico más bajo (33).

Según Ramsay et al, el trastorno convulsivo prevalece en todas las edades, pero aumenta en los adultos mayores y en aquellos con discapacidades intelectuales y del desarrollo. El trastorno convulsivo, incluida la epilepsia, es una afección neurológica común; la epilepsia ocurre en el 1,2% de la población de los Estados Unidos. La incidencia de una primera convulsión aumenta con la edad, y la incidencia de epilepsia y convulsiones es alta en entornos de cuidados a largo plazo (LTC), como los hogares de ancianos. El trastorno convulsivo en el entorno de cuidados de larga duración se ha asociado con una mayor morbilidad y mortalidad. Además, el trastorno convulsivo se asocia con un mayor riesgo de discapacidad intelectual y del desarrollo. Para algunos pacientes, un episodio convulsivo agudo puede persistir, lo que aumenta el riesgo de resultados negativos, como estado epiléptico, daño cerebral y muerte. La disponibilidad de medicamentos de rescate para

emergencias convulsivas puede disminuir la duración general de las convulsiones y la probabilidad de progresar al estado epiléptico y puede reducir la necesidad de transporte médico. El tratamiento in situ también puede ser importante para la calidad de vida de los pacientes que reciben cuidados paliativos. Por lo tanto, se necesitan protocolos estándar para que se pueda proporcionar y adaptar el manejo y tratamiento apropiados para presentaciones de convulsiones específicas a entornos de atención específicos (p. ej., nivel de supervisión) (34).

Los pasos importantes para la atención de las convulsiones agudas incluyen brindar comodidad a la persona sin restricción física, asegurar la permeabilidad de las vías respiratorias y protección contra objetos físicos que podrían causar lesiones, evitar la administración oral de píldoras u otros objetos que conlleven el riesgo de aspiración y registrar la duración de la convulsión. La notificación al médico tratante debe hacerse lo antes posible. Los primeros auxilios y cualquier tratamiento prescrito para las convulsiones deben administrarse según sea necesario. Una vez que la actividad convulsiva (estado ictal) disminuye, el estado postictal generalmente dura de minutos a horas, pero algunos síntomas psiquiátricos potencialmente pueden continuar durante días. La falta de respuesta, la confusión y el dolor de cabeza son comunes en el período postictal. Para las primeras convulsiones que se resuelven por sí solas y no están asociadas con factores causales (p. ej., neurológicos o metabólicos), generalmente no es necesario tratamiento médico inmediato. Se debe considerar el desarrollo de un plan de acción para las convulsiones para cualquier persona que haya tenido una convulsión. En los adultos mayores con trastorno convulsivo, pueden ocurrir convulsiones recurrentes o repetitivas (p. ej., convulsiones grupales, convulsiones repetitivas agudas) durante 24 horas o más, mientras que otros pueden experimentar convulsiones prolongadas que pueden durar varios minutos. Para estas emergencias convulsivas, está justificada la intervención médica para reducir el riesgo de progresión a resultados graves, incluido el estado epiléptico. Es importante destacar que un retraso en el tratamiento, como esperar el transporte y el tratamiento en el hospital, se asocia con una duración prolongada de las convulsiones, lo que puede provocar discapacidad funcional y muerte. Sin embargo, para las personas que experimentan convulsiones prolongadas, lesiones o están cianóticas (piel y labios azulados), se debe considerar el

tratamiento en un departamento de emergencia, a menos que lo prohíban otras órdenes (p. ej., no hospitalizar, cuidados paliativos) (35).

Los medicamentos de rescate en forma de benzodiazepinas rectales e intranasales están aprobados por la Administración de Medicamentos y Alimentos de los EE. UU. (FDA) para el tratamiento agudo de episodios estereotipados intermitentes de actividad convulsiva frecuente (grupos de convulsiones) que son distintos del patrón convulsivo habitual del paciente. Las benzodiazepinas intravenosas están aprobadas para el tratamiento agudo de convulsiones prolongadas o estado epiléptico (la convulsión persiste durante ≥ 5 minutos), aunque los medicamentos intravenosos requieren capacitación especializada para administrarse, lo que podría limitar el acceso dentro de la residencia. Después de la administración de medicación de rescate, los pacientes deben ser monitoreados frecuentemente para evaluar los signos vitales y el estado neurológico. Se debe realizar un seguimiento individualizado con evaluación repetida (p. ej., cada 15 minutos) durante las primeras horas después del tratamiento, con un seguimiento menos frecuente a medida que el paciente se recupera. Para convulsiones únicas y prolongadas que persisten a pesar de la administración de medicación de rescate (p. ej., 15 minutos), está indicado el transporte a la sala de urgencias (35).

d. Alcoholismo

El alcoholismo se concibe como una enfermedad ligada al uso nocivo, abuso o dependencia al alcohol (CIE-10 F10.2). De este modo, esto implica el consumo de bebidas destiladas y/o alcohol que es periódico, permanente, habitual o condicionado por dependencia física, conductual y psicológica. El consumo excesivo de alcohol se reconoce como un factor de riesgo que contribuye al desarrollo de enfermedades sistémicas (36). El consumo de alcohol en adultos mayores es frecuente pero infradiagnosticado. Según los hallazgos epidemiológicos, el consumo de alcohol puede aumentar el riesgo de deterioro cognitivo en las personas mayores. Los estudios también han demostrado que el consumo de alcohol se considera un factor de riesgo independiente de deterioro cognitivo (38).

Los costos personales y sociales de los trastornos por consumo de alcohol (AUD) son tremendos. En 2019, se estimó que aproximadamente 14,1 millones de adultos estadounidenses, el 5,6% de los mayores de 18 años, y aproximadamente 414.000 adolescentes de entre 12 y 17 años, cumplieron los criterios para el AUD en el último año. Además, ha habido aumentos alarmantes en el consumo problemático de alcohol entre los bebedores de mayor edad. En todo el mundo, alrededor del 5% de las muertes y la carga de morbilidad se atribuyen al consumo de alcohol. El AUD es hereditario (50%-60%) y poligénico, y resulta de las contribuciones de muchos genes y factores ambientales (39).

Un estudio reciente informa que el consumo excesivo de alcohol, definido como tres o más tragos por día, eleva considerablemente la presión arterial en pacientes normotensos e hipertensos y está fuertemente relacionado con la hipertensión, incluso después de controlar el tabaquismo, la variabilidad de la presión arterial (PA) diastólica durante el día es considerablemente mayor en bebedores empedernidos en individuos jóvenes con prehipertensión o hipertensión en etapa 1. La reducción del consumo de alcohol es crucial por dos razones en el autocontrol de la hipertensión y la diabetes. Por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol puede tener un impacto en los resultados clínicos. La ingestión de grandes cantidades de alcohol, ya sea a corto o largo plazo, aumenta la resistencia a la insulina, los niveles de triglicéridos, la presión arterial y la mortalidad por todas las causas en los ancianos y jóvenes diabéticos (40). Las tasas de abandono del alcohol son muy bajas en la población de adultos mayores debido a la falta de disponibilidad adecuada de servicios para dejar de beber eficaces y de alta calidad. Además, la falta de cumplimiento por parte de los médicos del modelo 5A recomendado, que exige preguntar a los pacientes sobre su consumo de alcohol y evaluar, ayudar, aconsejar y organizar un seguimiento para dejar de hacerlo, en mayor medida, es un importante desafío de salud pública. Los pacientes adultos mayores sobre todo aquellos que presentan diabetes mellitus e hipertensión arterial entran en contacto con frecuencia con el sistema sanitario debido a sus necesidades diagnósticas y medicinales a largo plazo. Esto brinda varias oportunidades para que los médicos promuevan el abandono del hábito, lo cual es importante ya que estos grupos de pacientes tienen un alto riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y cáncer si no se deja de beber. Sin embargo, a pesar de sus importantes consecuencias terapéuticas, la carga y los predictores relacionados

con el consumo de alcohol en adultos mayores no se han explorado adecuadamente (41).

4. ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

4.1. Locales

Título: Relación del apoyo social con los niveles de soledad social en los adultos mayores del Centro Integral de la Municipalidad de Cayma - Arequipa, 2020

Autor: Neira Mendoza, Fabiola Elizabeth, Simbala Esperilla, Franccescca Yashmin. (2021). Arequipa.

Resumen: El objetivo fue determinar el nivel de soledad social, identificar el nivel de apoyo social y establecer la relación entre el apoyo social con los niveles de soledad. Se trata de un estudio de campo, relacional que incluyó a 145 adultos mayores. Resultados: el 64% de los adultos mayores tuvieron entre las edades de 65 a 74 años, el 32,4% tenían instrucción primaria, el 46,9% de los adultos mayores viven con sus hijos, el 66,2% eran casados; más de la mitad de los adultos mayores presentan un nivel medio en el apoyo afectivo, emocional, instrumental y social, el 50,3% presentaban soledad en nivel medio, se halló relación estadística significativa entre el apoyo social y los niveles de soledad social (42).

4.2. Nacionales

Título: Apoyo familiar y percepción del estado emocional en el adulto mayor del Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo 2019

Autor: Callomamani Pacori Silvana Belén (2023). Ilo.

Resumen: El estudio tuvo como objetivo evaluar el apoyo familiar y el estado emocional del adulto mayor, para prevenir así diferentes patologías físicas y psicológicas. Se trata de un estudio de tipo no experimental, prospectiva y de corte transversal, incluyó una población de 90 personas adultos mayores. Resultados: El 94,83% de adultos mayores que presentaba apoyo familiar tienen un estado emocional normal. De acuerdo con las dimensiones, el 72,22% de los adultos mayores presentaban apoyo familiar y el 64,44% tenía un estado emocional normal (43).

Título: Factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores de atención primaria en Huancayo, 2019.

Autor: Trilce Lourdes Cristobal Sosa, Gaby Fiorela Malpartida Colqui. (2022). Huancayo.

Resumen: El objetivo fue determinar los factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores en centros del primer nivel de atención de EsSalud y MINSA de los distritos del Tambo. Huancayo y Chilca. Se trata de un estudio observacional, analítico, transversal, prospectivo; con diseño no experimental, relacional, y muestral probabilístico que incluyó a 402 adultos mayores. Resultados: se halló que la prevalencia de trastornos mentales era mayor a la esperada, siendo los factores asociados: distrito de procedencia ($p = 0,001$); sexo ($p = 0,041$); nivel educativo ($p = 0,003$); enfermedad crónica hepática ($p=0,048$); enfermedad respiratoria crónica ($p = 0,024$); enfermedad crónica cardiovascular ($p = 0,009$); apoyo familiar ($p = 0,005$); actividad laboral actual ($p = 0,022$); centro de atención primaria MINSA-EsSalud ($p = 0,011$) y la prevalencia de algún trastorno mental umbral o subumbrales en los adultos mayores. Los trastornos afectivos inespecíficos; como ansiedad y depresión fueron los más frecuentes entre los adultos mayores con comorbilidad y sin apoyo familiar. Además, se encontraron otros trastornos como: trastorno somatomorfo, distimia y la dependencia de alcohol (44).

Título: Adultos mayores entre el abandono y la soledad en el caso de Lima.

Autor: Ceroni Daysi. (2021), Lima.

Resumen: El objetivo de la tesis fue analizar el abandono en los adultos mayores pertenecientes al sector de pobreza y pobreza extrema correspondientes al distrito de Ate Vitarte, para lo cual analizaron las relaciones que tienen los adultos mayores con sus hijos y los sucesos que originaron el alejamiento entre ellos. Siguiendo una metodología cualitativa, a través de la entrevista como herramienta para el recojo de información se encontró que la mayoría de adultos mayores presentó sentimientos de soledad y tristeza cuando los miembros del hogar con los que vive se van a realizar sus actividades diarias debido a lo cual durante el día cuando los adultos mayores se quedan solos en el hogar deciden salir a conversar con sus amigos o vecinos, para disminuir su sentimiento de soledad (45).

4.3. Internacionales

Título: El efecto mediador múltiple de la salud familiar y el apoyo percibido sobre los síntomas depresivos en adultos mayores: una encuesta nacional transversal en China.

Autor: Ran H, Haoyu J, Jinfan Z, Yibo W, Xiaonan S, Jie H. (2024). China.

Resumen: El objetivo del estudio fue investigar las características epidemiológicas de los síntomas depresivos en adultos mayores y los factores que influyen en el neuroticismo en China. Resultados: Se incluyeron en este estudio un total de 1.122 adultos mayores, y 529 personas refirieron sufrir síntomas depresivos (47,1%). Los resultados del análisis de mediación indicaron que el neuroticismo tenía un efecto predictivo directo sobre los síntomas depresivos en adultos mayores. La salud familiar y el apoyo percibido mediaron en parte la relación entre el neuroticismo y los síntomas depresivos en los adultos mayores. Además, los síntomas depresivos en adultos mayores con alto neuroticismo se vieron directamente afectados por la disminución de la salud familiar y agravados indirecta y acumulativamente por la mediación de un menor apoyo social percibido (15).

Título: La soledad se asocia con una menor autoeficacia para afrontar la situación entre los adultos mayores.

Autor: Lee W, Nersesian V, Suen J, Mensah K, Gill J, Szanton L, Hladek D. (2023), Estados Unidos.

Resumen: El objetivo del estudio fue examinar la autoeficacia para afrontar la soledad y la soledad. Participaron 151 adultos mayores de 65 años o más que viven en la comunidad. Resultados: La soledad se informó en el 32,1% de los participantes y se asoció negativamente con la autoeficacia para afrontar la situación (OR = 0,68, IC del 95%: 0,50–0,93), mientras se controlaba la edad, la raza, el sexo, la puntuación compuesta de enfermedades crónicas y el índice de masa corporal (46).

Título: Acontecimientos vitales estresantes y consumo de alcohol en personas mayores.

Autor: Salazar C, Alonso M, Armendáriz N, Rodríguez L. (2023), México.

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar la relación entre acontecimientos vitales

estresantes y consumo de alcohol en adultos mayores. Incluyó una muestra de 39 personas a quienes se aplicó el Inventario de Estrés en la Vida de Adultos Mayores y el Michigan Alcoholism Screening Test-Versión Geriátrica. Resultados: El 82,1% fueron del sexo femenino, existiendo diferencias en las medias del puntaje de consumo de alcohol según sexo ($U = 70,00$, $p < 0,05$). Los eventos que se relacionaron con el consumo de alcohol fueron la muerte de un hijo ($r_s = .393$, $p = .013$), el deterioro del estado financiero ($r_s = .342$, $p = .033$), el cambio a una casa menos cómoda ($r_s = .560$, $p = .000$) y la pérdida de un amigo ($r_s = .409$, $p = .010$). Concluyen que los eventos estresantes pueden impactar negativamente e influir en el consumo de alcohol como estrategia de afrontamiento (47).

Título: Evaluación de pacientes psiquiátricos geriátricos en el servicio de urgencias, Turquía.

Autor: Habibe Ö, Ahmet E, Meltem M. (2023).

Resumen: El objetivo del estudio fue determinar las causas fundamentales asociadas a las consultas en urgencias de pacientes geriátricos (> 64 años) con síntomas psiquiátricos. Resultados: Un total de 43,2% de los pacientes masculinos mayores de 65 años y 43,3% de las pacientes femeninas ingresaron al servicio de urgencias con la queja más común de ansiedad. No se detectaron relaciones significativas entre los intentos de suicidio y la presencia de enfermedad psiquiátrica en pacientes ancianos ($p = 0,93$). El delirio fue el diagnóstico más común en la población geriátrica sin ninguna enfermedad psiquiátrica conocida ($n = 10$). A todos los pacientes se les diagnosticó depresión, delirio y demencia, respectivamente, después de la evaluación psiquiátrica de emergencia (48).

5. HIPÓTESIS

Dado que durante el envejecimiento se presentan una serie de cambios biológicos, psicológicos y sociales que afectan las diversas esferas del funcionamiento del organismo, los que pueden propiciar la aparición de trastornos y síndromes geriátricos;

Es probable que la frecuencia del nivel de apoyo familiar se asocie de forma significativa con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.





CAPÍTULO II
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS

1.1. Técnicas

Para el desarrollo de la presente investigación se utilizó como técnica la entrevista.

1.2. Instrumentos

1.2.1. Cuestionario de apoyo familiar: Este instrumento fue desarrollado por Barco Pachas, en el año 2018, consta de 22 ítems que evaluó el apoyo familiar en las dimensiones: afectivo consistente, adaptación familiar y autonomía familiar, las respuestas se calificaron en escala de Likert, que van desde los valores 1 al 3, luego el puntaje se suman y se calificaron de acuerdo al siguiente baremo: Bajo: 22 – 37 puntos, Moderado: 38 – 53 puntos y Alto: 54 – 66 puntos. El instrumento fue validado por la autora para lo cual siguió dos procedimientos, el primero de ellos fue el Juicio de expertos, quienes evaluaron el instrumento en base a los criterios de intencionalidad, suficiencia, consistencia, coherencia, pertinencia, y claridad. Obteniendo un resultado satisfactorio, en segundo lugar, se aplicó la fórmula para determinar la confiabilidad de la prueba obteniendo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,97, lo que indica que se trata de un cuestionario altamente confiable (49).

1.2.2. Cuestionario ESTE- R: Este cuestionario evalúa la soledad percibida por los adultos mayores fue desarrollado por Ramona Rubio Herrera, consta de 24 ítems que se calificaron en escala tipo Likert con 5 alternativas donde su puntuación es de 1 a 5 y viceversa, esta herramienta mide la soledad en sus 4 dimensiones: soledad familiar, soledad conyugal, soledad social y soledad existencial. El baremo de calificación permitió identificar el grado de soledad de acuerdo a las dimensiones y puntaje global es de la siguiente manera:

Grado de soledad	Tipo de soledad				Total
	Familiar	Conyugal	Social	Existencial	
Baja	8 - 18	4 - 8	4 - 8	8 - 18	24 - 55
Media	19 - 29	9 - 13	9 - 13	19 - 29	56 - 87
Alta	30 - 40	14 - 20	14 - 20	30 - 40	88 - 120

En cuanto a la validación fue realizado por la autora y se obtuvo un coeficiente de confiabilidad alfa de Cronbach de 0,915 (50). El estudio de Cardona y cols, que realizó la validación de la escala mostró una buena consistencia interna de los ítems medida por el alfa de Cronbach mostrando niveles altos, llegando a 0.90 para la escala total, de igual forma hallaron que su reproductibilidad medida con el coeficiente de correlación de Spearman era de 0.88. Al comparar los resultados de la escala adaptada con las variables sociodemográficas se encontró que el instrumento marca diferencias en estas, lo que permite afirmar que mediante esta escala se puede profundizar en el conocimiento de este grupo poblacional (51).

1.2.3. Cuestionario de Autorreporte de síntomas psiquiátricos (SRQ): Es un instrumento elaborado y validado por la Organización Panamericana de la Salud y establecido por el Ministerio de Salud del país para evaluar la existencia de estos problemas. El instrumento consta de: los 18 primeros ítems se refieren a las manifestaciones que implican una gravedad menor (angustia y trastornos depresivos), los ítems 19 a 22 se refieren a manifestaciones de mayor gravedad (síntomas de psicosis probable). El ítem 23 indaga si el encuestado presenta problemas de trastorno convulsivo. Los ítems 24 a 28 hacen referencia a los hábitos de consumo de alcohol (52). El baremo de calificación es:

	Probable:	No probable:
Ansiedad y/o Depresión	3-11 puntos	0-2 puntos
Psicosis	3-4 puntos	1-2 punto
Trastorno convulsivo	1 punto	0 puntos
Alcoholismo	3-4 puntos	1 punto

El instrumento ha sido validado en el Perú por Rivas en el año 2015 en donde se estimó el indicador de validez mediante el método de juicio de expertos ($V=0.74$), así también se calculó la confiabilidad del instrumento para la población en estudio, obteniendo un Alpha de Cronbach de 0.836, lo que indica que el instrumento posee una alta confiabilidad y buena consistencia interna (52).

1.2.4. Ficha de recolección de datos: Es un instrumento elaborado por los autores para registrar la información referida a las variables intervinientes que comprende las características sociodemográficas.

2. CAMPO DE VERIFICACIÓN

2.1. Ubicación espacial

El estudio fue realizado en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, sito en la esquina de las calles Maraón y Yavarí, en Zamácola s/n en el distrito de Cerro Colorado, provincia, departamento y Región Arequipa.

2.2. Ubicación temporal

El estudio fue realizado durante los meses de febrero a julio del 2024.

2.3. Unidades de estudio

2.3.1. Población

El universo estuvo conformado por los adultos mayores que acudían a su atención en el Centro de Salud, los que suman 579 pacientes por mes.

2.3.2. Muestra

Se trabajó con una muestra representativa calculada con la fórmula de tamaño muestral de

Arkin y Colton de la siguiente manera:

$$n = \frac{N \times 400}{N + 399}$$

Reemplazando:

$$n = \frac{579 \times 400}{579 + 399}$$

$$n = \frac{231600}{978}$$

$$n = 236$$

La muestra representativa estuvo conformada por 236 adultos mayores que cumplieron los criterios de inclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos mayores con edades comprendidas desde los 60 años a más, de ambos sexos que fueron atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.
- Adultos mayores que aceptaron participar en el estudio mediante firma del consentimiento informado o asentimiento.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores que no aceptaron participar.

- Adultos mayores que no hablaban castellano.
- Adultos mayores que presentaban incapacidad sensorial o demencia avanzada.

3. ESTRATEGIA DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.1. Organización

- Una vez que el Proyecto de Tesis fue aprobado por los jurados dictaminadores, se solicitó al Decano de la Facultad de Medicina Humana se nos brinde una carta de presentación dirigida al médico jefe del Centro de Salud.
- Una vez obtenida la carta de presentación, los investigadores acudieron al establecimiento de salud a efectos de solicitar la autorización respectiva ante la jefatura del establecimiento y una vez que se tuvo la autorización se procedió a coordinar con los médicos asistentes para que nos facilitaran el acceso a los pacientes mientras se encontraban esperando la atención. También se coordinó con la asistenta social para poder realizar la aplicación de los instrumentos durante las reuniones que se realizaban en el Club del Adulto Mayor del Centro de Salud.
- Los investigadores realizaron la recolección de datos, diariamente en ambos turnos de atención hasta concluir con el tamaño de la muestra. Previo a la aplicación de los instrumentos se les explicó a los pacientes el propósito del estudio y se les solicitó la aceptación de su participación mediante la firma del consentimiento informado.
- Concluida la etapa de recolección de datos, se realizó el análisis estadístico y el informe final de la investigación.

3.2. Recursos

Humanos:

Los investigadores: Srta. Díaz Zuñiga Mishell Steffy

Sr. Huaranca Tacusi Yeffer Anthony

Bachilleres de la Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.
Asesor: Dr. Farfán Delgado Miguel Fernando.

Institucionales:

Facultad de Medicina Humana de la Universidad Católica de Santa María.

Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

Materiales:

Instrumentos de recolección de datos, material de escritorio, computadora, impresora, software estadístico.

Financieros:

El estudio fue financiado con recursos propios de los investigadores.

3.3. Validación del instrumento

Los instrumentos que fueron aplicados en la investigación han sido validados en el Perú, según lo descrito en la sección de instrumentos.

3.4. Criterios para el manejo de los resultados

Una vez obtenidos los datos, se utilizó Microsoft Windows 10, se realizó la matriz de sistematización en Excel 2021 v. 2406 y luego se efectuó el análisis estadístico en el Programa IBM SPSS v. 26.0, que consistió en el cálculo de las pruebas de estadística descriptiva y luego de ello se aplicó la Prueba de Chi cuadrado de Pearson para establecer si existía influencia significativa entre las variables y se aplicó también el Coeficiente de correlación de Spearman. Los resultados son presentados en tablas y gráficos.



CAPÍTULO III RESULTADOS

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 1
ADULTOS MAYORES SEGÚN EDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ, 2024

EDAD (años)	F	%
60 – 69	118	50,00
70 – 79	75	31,78
80 – 89	38	16,10
90 a más	5	2,12
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, las edades de los adultos mayores participantes estuvieron conformadas en un porcentaje de 50% entre 60 a 69 años, en segundo lugar, entre 70 a 79 años en el 31,78%; el 16,10% tenía de 80 a 89 años y el 2,12% de 90 años a más. La mediana de la edad fue 71 años.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 2
ADULTOS MAYORES SEGÚN SEXO. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS
DÍAZ, 2024

SEXO	F	%
Femenino	147	62,29
Masculino	89	37,71
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, entre los adultos mayores investigados predominó el sexo femenino en el 62,29% y el masculino en 37,71%.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 3
ADULTOS MAYORES SEGÚN NIVEL DE INSTRUCCIÓN. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

NIVEL DE INSTRUCCIÓN	F	%
Ninguno	35	14,83
Primaria	81	34,32
Secundaria	89	37,71
Superior no universitario	17	7,20
Superior universitario	14	5,93
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, el nivel de instrucción secundaria representó al 37,71% de adultos mayores, en segundo lugar, la instrucción primaria en 34,32%; el 14,83% de adultos mayores no tenían ningún nivel de instrucción, mientras que el 7,20% tenía instrucción superior no universitario y el 5,93% superior universitario.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 4
ADULTOS MAYORES SEGÚN ESTADO CIVIL. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ, 2024

ESTADO CIVIL	F	%
Soltero	45	19,07
Casado	95	40,25
Conviviente	24	10,17
Viudo	54	22,88
Separado	18	7,63
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, el 40,25% de adultos mayores eran casados, el 22,88% viudos; el 19,07% eran solteros; 10,17% convivientes y el 7,63% separados.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 5
ADULTOS MAYORES SEGÚN OCUPACIÓN. CENTRO DE SALUD MARITZA
CAMPOS DÍAZ, 2024

OCUPACIÓN	F	%
Ama de casa	116	49,15
Independiente	66	27,97
Jubilado	24	10,17
Comerciante	18	7,63
Empleado	12	5,08
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, la ocupación más frecuente de los adultos mayores fue la de ama de casa en el 49,15%, en segundo lugar, tenemos a los trabajadores independientes en 27,97%, seguido de los jubilados en 10,17%, los comerciantes en 7,63% y empleados en 5,08%. Es importante destacar que el 40,68% de adultos mayores se encontraban trabajando, lo que aunado a que algo más de la mitad tenían instrucción secundaria o superior, se considera que tanto el nivel educativo como mantenerse activos laboralmente constituyen factores de protección que podrían disminuir el sentimiento de soledad y la presencia de morbilidad psicosocial o psiquiátrica.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 6
ADULTOS MAYORES SEGÚN COMORBILIDADES. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

COMORBILIDADES	F	%
Ninguna	51	21,61
Hipertensión arterial	73	30,93
Gonartrosis	55	23,31
Diabetes mellitus	45	19,07
Gastritis	25	10,59
Cardiopatía	16	6,78
Asma bronquial	7	2,97
Enfermedad por Reflujo Gastroesofágico	5	2,12
Cáncer	5	2,12
Otras	38	16,10
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración Propia

Se observa en la tabla que, el 21,61% de adultos mayores no presentaba comorbilidades; el 30,93% tenía hipertensión arterial, el 23,31% gonartrosis, el 19,07% diabetes mellitus, entre las principales, también se encontró que el 16,10% presentaba otras comorbilidades entre las que se pueden mencionar hipotiroidismo, alteraciones en el perfil lipídico, prostatitis, cataratas, entre otras. Nos parece importante mencionar que el 8,47% de adultos mayores eran pluripatológicos y el 19,07% tenían dos comorbilidades.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 7
RELACIÓN ENTRE LA EDAD Y LA OCUPACION EN LOS ADULTOS
MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

EDAD	OCUPACIÓN										TOTAL	
	Empleado (N=12)		Independiente (N=66)		Comerciante (N=18)		Ama de casa (N=116)		Jubilado (N=24)			
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
60 - 69	2	1.69	37	31.36	8	6.78	65	55.08	6	5.08	118	100
70 - 79	3	4.00	18	24.00	8	10.67	33	44.00	13	17.33	75	100
80 - 89	7	18.42	10	26.32	1	2.63	17	44.74	3	7.89	38	100
90 a mas	0	0	1	20	1	20	1	20	2	40	5	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, un total de 118 adultos mayores participantes, se encontraban entre la edad de 60 a 69 años, los cuales estaban compuestos por las siguientes ocupaciones: en primer lugar, con un porcentaje de 55.08% se encuentran las amas de casa, en segundo lugar, con 31.36% son independientes, seguido del 6.78% comprendidos por comerciantes, los jubilados eran el 5.08% y finalmente los empleados con 1.69% . Se observo que los adultos mayores participantes con edades entre 70 a 79 años; fueron 75, de los cuales, 44% se dedicaban a ser amas de casa, 24% tenían una ocupación independiente, 17.33% eran jubilados, 10.67% se dedicaban a ser comerciantes y solo 4 % se encontraban empleados. De los 38 adultos mayores participantes que se encontraban entre la edad de 80 a 89 años, 44.74% eran ama de casa, 26.32% eran independientes, 18.42% eran empleados, 7.89% eran jubilados y 2.63% eran comerciantes. Finalmente se observó que 5 adultos mayores tenían una edad de 90 a más años, de los cuales, ninguno se encontraba empleado, el 40% era jubilado, 20% era ama de casa, 20% comerciante y 20% independiente.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 8
ADULTOS MAYORES SEGÚN FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

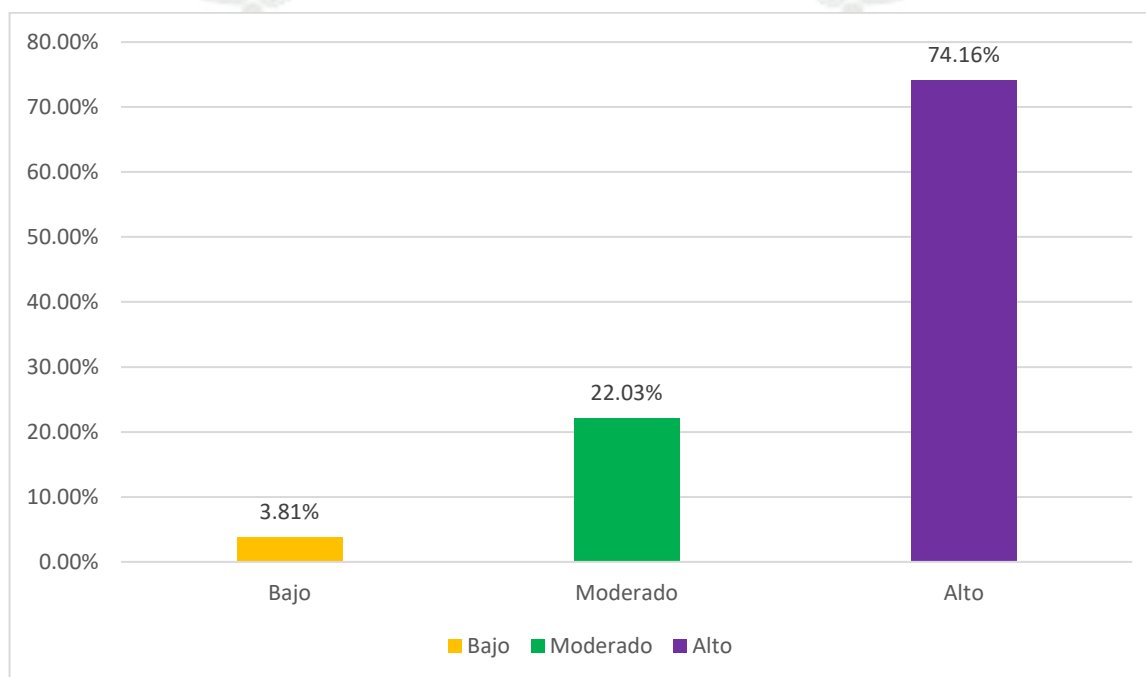
NIVEL DE APOYO FAMILIAR	F	%
Bajo	9	3,81
Moderado	52	22,03
Alto	175	74,16
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, la frecuencia del nivel de apoyo familiar es alto en el 74,16% de adultos mayores, el 22,03% tienen apoyo moderado y apoyo bajo el 3,81%.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

GRÁFICO 1
ADULTOS MAYORES SEGÚN FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024



Fuente: Elaboración propia

Se aprecia que la frecuencia del nivel de apoyo familiar que reciben los adultos mayores es alto.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 9
ADULTOS MAYORES SEGÚN DIMENSIONES DE SOLEDAD. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

DIMENSIONES DE SOLEDAD	F	%
Familiar:		
Baja	148	62,71
Media	82	34,75
Alta	6	2,54
TOTAL	236	100
Conyugal:		
Baja	81	34,32
Media	28	11,86
Alta	127	53,81
TOTAL	236	100
Social:		
Baja	39	16,53
Media	77	32,63
Alta	120	50,85
TOTAL	236	100
Existencial:		
Baja	141	59,74
Media	84	35,59
Alta	11	4,66
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, en la dimensión de soledad familiar, el 62,71% de adultos mayores presentaban soledad baja, el 34,75% media y alta el 2,54%. La dimensión de soledad conyugal se presenta en grado alto en el 53,81%, baja en 34,32% y media en 11,86%. La dimensión de soledad social fue alta en 50,85%, media en 32,63% y baja en 16,53%. En la dimensión existencial, el 59,74% de adultos mayores presentan soledad baja, 35,59% media y el 4,66% alta



Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 10
ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE SOLEDAD. CENTRO DE SALUD
MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

GRADO DE SOLEDAD	F	%
Bajo	89	37,71
Medio	137	58,05
Alto	10	4,24
TOTAL	236	100

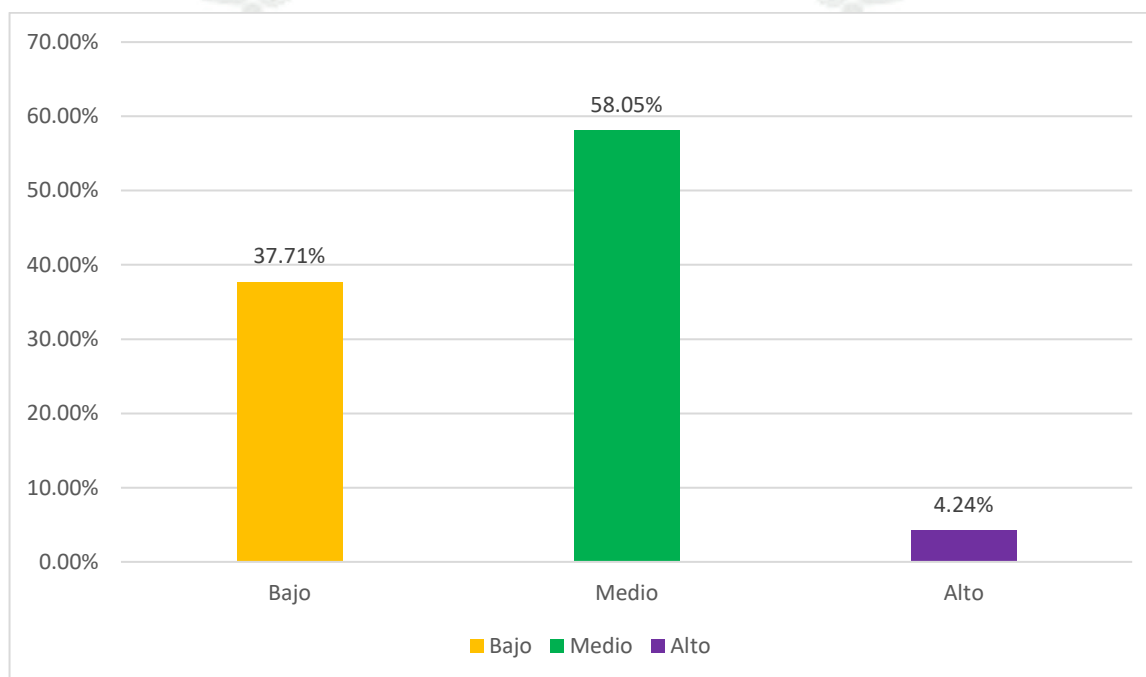
Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, el grado de soledad que presentan los adultos mayores es medio en 58.05%, bajo en 37,71% y alto en 4,24%.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

GRÁFICO 2

ADULTOS MAYORES SEGÚN GRADO DE SOLEDAD. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024



Fuente: Elaboración propia

Se aprecia que el grado de soledad más frecuente en los adultos mayores es el medio.

Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 11
ADULTOS MAYORES SEGÚN SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS. CENTRO DE
SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS	F	%
Ansiedad y/o Depresión:		
Probable	191	80,93
No probable	45	19,07
TOTAL	236	100
Psicosis:		
Probable	42	17,80
No probable	194	82,20
TOTAL	236	100
Trastorno convulsivo:		
Probable	18	7,63
No probable	218	92,37
TOTAL	236	100
Alcoholismo:		
Probable	25	10,59
No probable	211	89,41
TOTAL	236	100

Fuente: Elaboración propia

Se observa en la tabla que, entre los síntomas psiquiátricos que presentan los adultos mayores el más frecuente es la probable ansiedad y/o depresión en 80,93%, seguido de la probable psicosis en 17,80%; el probable alcoholismo en 10,59% y el probable trastorno convulsivo en 7,63%.



Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 12
ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL GRADO DE SOLEDAD EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR	GRADO DE SOLEDAD						TOTAL	
	Bajo (N = 89)		Medio (N = 137)		Alto (N = 10)			
	F	%	F	%	F	%	F	%
Bajo	2	22,22	4	44,44	3	33,33	9	100
Medio	6	11,54	40	76,92	6	11,54	52	100
Alto	81	46,29	93	53,14	1	0,57	175	100

Fuente: Elaboración propia

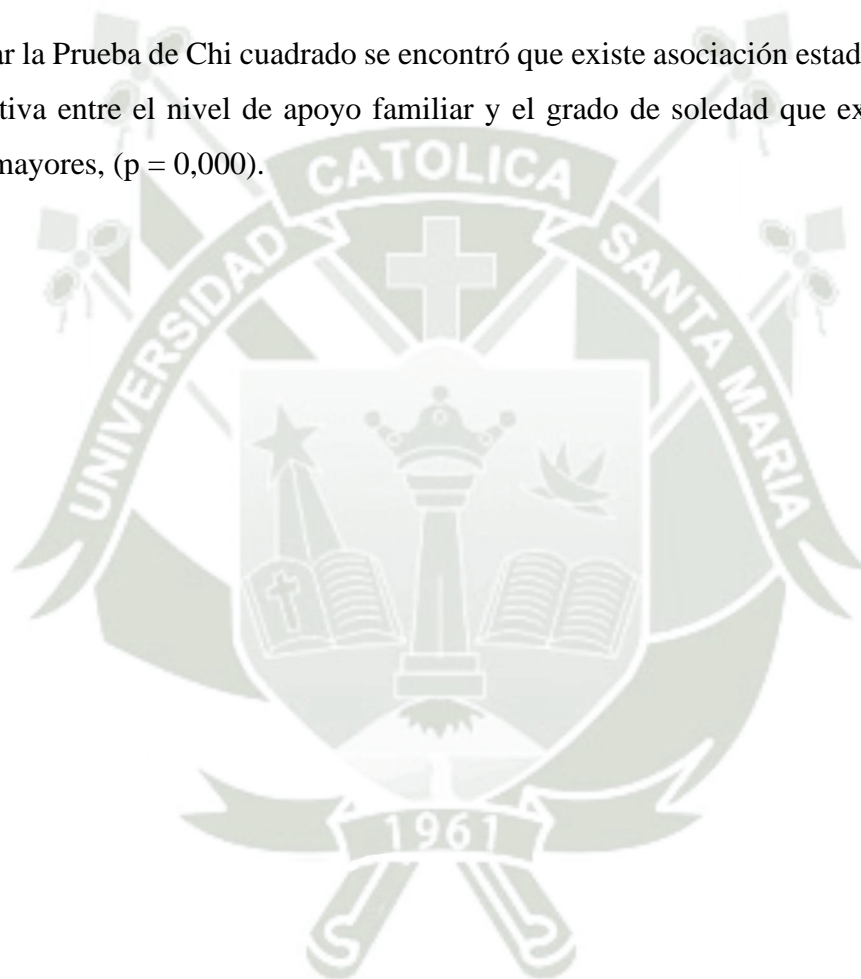
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	45,205 ^a	4	,000
Razón de verosimilitud	37,168	4	,000
N de casos válidos	236		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,38.

Se observa en la tabla que, al establecer la asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el grado de soledad, se encontró que los adultos mayores con apoyo familiar bajo presentan en el 44,44% grado de soledad medio, en 33,33% alto y en 22,22% bajo. En los adultos mayores con frecuencia de nivel de apoyo familiar medio, el 76,92% tiene grado de soledad medio, 11,54% bajo y 11,54% alto; mientras que en los que tienen alto apoyo familiar, el 53,14% presenta grado de soledad medio, bajo el 46,29% y alto solamente el 0,57%.

Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado se encontró que existe asociación estadística altamente significativa entre el nivel de apoyo familiar y el grado de soledad que experimentan los adultos mayores, ($p = 0,000$).



Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 13
ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE ANSIEDAD Y /O DEPRESIÓN EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR	ANSIEDAD Y/O DEPRESIÓN				TOTAL	
	Probable (N = 191)		No probable (N = 45)			
	F	%	F	%	F	%
Bajo	4	44,44	5	55,56	9	100
Medio	42	80,77	10	19,23	52	100
Alto	145	82,86	30	17,14	175	100

Fuente: Elaboración propia

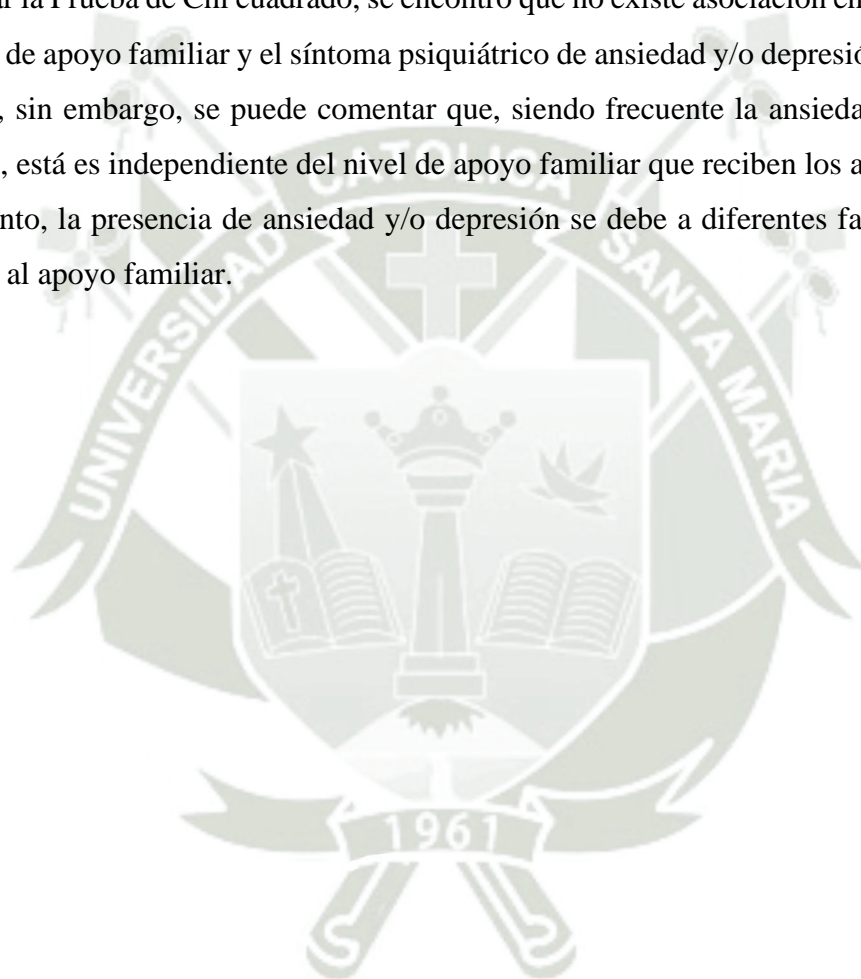
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,6257 ^a	2	,189
Razón de verosimilitud	39,401	2	,241
N de casos válidos	236		

a. 3 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,38.

Se observa que, en los adultos mayores con frecuencia de nivel de apoyo familiar bajo, el 55,56% presenta ansiedad y/o depresión no probable y el 44,44% ansiedad y/o depresión probable; en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar medio, el 80,77% presenta probable ansiedad y/o depresión y el 19,23% no probable; asimismo, en los adultos mayores que cuentan con apoyo familiar alto, el 82,86% presenta probable ansiedad y/o depresión y el 17,14% no probable.

Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado, se encontró que no existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar y el síntoma psiquiátrico de ansiedad y/o depresión en los adultos mayores, sin embargo, se puede comentar que, siendo frecuente la ansiedad y/o depresión probable, está es independiente del nivel de apoyo familiar que reciben los adultos mayores, por lo tanto, la presencia de ansiedad y/o depresión se debe a diferentes factores y no está asociada al apoyo familiar.



Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 14
ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR
CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE PSICOSIS EN LOS ADULTOS
MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR	PSICOSIS				TOTAL	
	Probable (N = 42)		No probable (N = 194)		F	%
	F	%	F	%		
Bajo	0	0,00	9	100,00	9	100
Medio	10	19,23	42	80,77	52	100
Alto	32	18,29	143	81,71	175	100

Fuente: Elaboración propia

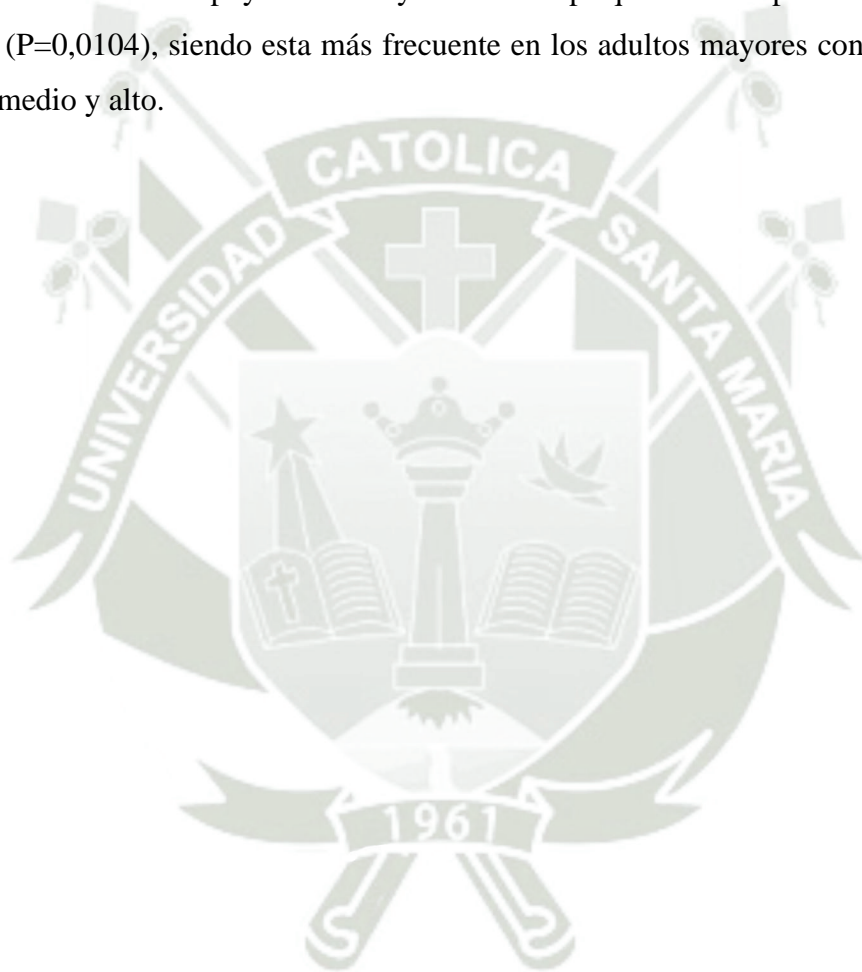
Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	13,238 ^a	2	,0104
Razón de verosimilitud	18,209	2	,0020
N de casos válidos	236		

a. 7 casillas (46,7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,08.

Se observa que, en los adultos mayores con frecuencia de nivel de apoyo familiar bajo, el 100% presenta psicosis no probable; en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar medio, el 80,77% presenta no probable psicosis y el 19,23% probable; mientras que en los adultos mayores que cuentan con apoyo familiar alto, el 81,71% presenta no probable psicosis y el 19,29% probable.

Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado, se encontró que existe asociación significativa entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar y el síntoma psiquiátrico de psicosis en los adultos mayores ($P=0,0104$), siendo esta más frecuente en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar medio y alto.



Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 15
ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE TRASTORNO CONVULSIVO EN LOS ADULTOS MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR	TRASTORNO CONVULSIVO				TOTAL	
	Probable (N = 18)		No probable (N = 218)			
	F	%	F	%	F	%
Bajo	0	0,00	9	100,00	9	100
Medio	13	25,00	39	75,00	52	100
Alto	5	2,86	170	97,14	175	100

Fuente: Elaboración propia

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	3,671 ^a	2	,452
Razón de verosimilitud	4,140	2	,387
N de casos válidos	236		

a. 5 casillas (55,6%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,04.

Se observa que, en los adultos mayores con frecuencia de nivel de apoyo familiar bajo, el 100% presenta trastorno convulsivo no probable; en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar medio, el 75% presenta no probable trastorno convulsivo y el 25% probable; mientras que en los adultos mayores que cuentan con apoyo familiar alto, el 97,14% presenta trastorno convulsivo no probable y el 2,86% probable.

Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado, se encontró que no existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar y el síntoma psiquiátrico de trastorno convulsivo en los adultos mayores, lo que se puede explicar en la poca frecuencia del mismo entre los adultos mayores investigados.



Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.

TABLA 16
ASOCIACIÓN ENTRE LA FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR
CON EL SINTOMA PSIQUIÁTRICO DE ALCOHOLISMO EN LOS ADULTOS
MAYORES. CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, 2024

FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR	ALCOHOLISMO				TOTAL	
	Probable (N = 25)		No probable (N = 211)		F	%
	F	%	F	%		
Bajo	0	0,00	9	100,00	9	100
Medio	6	11,54	46	88,46	52	100
Alto	19	10,86	156	89,14	175	100

Fuente: Elaboración propia

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (2 caras)
Chi-cuadrado de Pearson	1,436 ^a	2	,488
Razón de verosimilitud	2,390	2	,303
N de casos válidos	236		

a. 2 casillas (33,3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es ,95.

Se observa que, en los adultos mayores con frecuencia de nivel de apoyo familiar bajo, el 100% presenta alcoholismo no probable; en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar medio, el 88,46% presenta no probable alcoholismo y el 11,54% probable; mientras que en los adultos mayores que cuentan con apoyo familiar alto, el 89,14% presenta alcoholismo no probable y el 10,86% probable.

Al aplicar la Prueba de Chi cuadrado, se encontró que no existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar y el síntoma psiquiátrico de alcoholismo en los adultos mayores.



DISCUSIÓN

Considerando que los adultos mayores son un grupo de población vulnerable en el aspecto biológico por los cambios que deben afrontar como resultado del proceso de envejecimiento y también desde el punto de vista social y familiar, porque en nuestra sociedad, las personas mayores están expuestas a numerosos estereotipos negativos contra la vejez, es que en el presente estudio, se planteó como primer objetivo específico evaluar la frecuencia del nivel de apoyo familiar que reciben los adultos mayores, pero previo a ello, entre nuestros resultados se presentaron las características demográficas de la población, donde destaca que los resultados de las tablas 1 a la 7, que las edades del 50% de participantes estuvo comprendidas entre los 60 a 69 años, entre 70 a 79 años el 31,78%, mientras que el 18,22% tenían de 80 años a más; el 62,29% de adultos mayores eran de sexo femenino; en cuanto al nivel de instrucción destaca el secundario en 37,71% y primaria en 34,32%; el estado civil más frecuente fue casado en 40,25%, seguido de los viudos en 22,88%; el 49,15% de adultos mayores tenían como ocupación ser amas de casa y el 27,97% eran trabajadores independientes. En cuanto a las comorbilidades destacaron la hipertensión arterial en 30,93%, gonartrosis en 23,32%, diabetes mellitus en 19,07%, entre las principales; asimismo se halló que el 21,61% de adultos mayores no presentaban ninguna comorbilidad.

En el estudio de Neira y cols, encontraron que el 64% de adultos mayores tuvieron entre 65 a 74 años, el 32,4% tenía instrucción primaria, el 46,9% vivía con sus hijos y que el 66,2% eran casados (42). Por su parte, en el estudio de Salazar se informó que el 82,1% eran adultos mayores de sexo femenino. Cabe precisar, que el hallazgo de mayor frecuencia de adultos mayores de sexo femenino se debe a que las mujeres presentan mayor esperanza de vida que los varones adultos mayores, lo que se explica porque la principal causa de muerte de este grupo etario que son las enfermedades cardiovasculares y algunos tipos de cánceres son más frecuentes en los varones (47).

En la mayoría de los artículos que evaluaron la influencia de los factores demográficos y sociales con la soledad de los adultos mayores, se encontró mediante análisis bivariados un mayor riesgo de soledad en personas de mayor edad, siendo más frecuente la soledad a partir de los 70 años, hallazgo que relacionan con el nido vacío que suelen experimentar los adultos

mayores en torno a los 70 años; de manera similar, encontraron un mayor riesgo de soledad para las mujeres. También se ha reportado que los ingresos familiares medios y bajos aumentaron el riesgo de soledad en relación con los ingresos familiares altos. De manera similar, los niveles más altos de educación se asociaron con una disminución del riesgo de soledad, mientras que el estatus social y estar empleado presentaban una asociación negativa con la soledad; en cuanto al estado civil, se ha reportado que estar casado o en pareja disminuye la soledad de los adultos mayores, mientras que las personas viudas presentar un mayor riesgo de soledad, sobre todo si la viudez es mayor de cinco años. La situación de convivencia también es un factor que ha sido analizado y se ha encontrado que los adultos mayores que viven solos presentan significativamente mayor incidencia y grado de soledad que aquellos que viven acompañados por familiares (54).

En 1977, el psiquiatra norteamericano Engel, citado por Murillo et al., propuso una modificación en el modelo biomédico, considerado hasta entonces por una nueva percepción de la persona desde un punto de vista holístico, considerando así los aspectos biológicos, psíquicos y sociales como paradigmas clave a través de los cuales se somatizan y reflejan las enfermedades. Si bien las personas mayores pueden vivir más años con respecto al pasado, existen factores más allá de los biológicos que perjudican al adulto relacionados con el paso de los años (55). Rondón y colaboradores, citado por Murillo et al., plantean que existe una relación bidireccional entre la privación afectiva y social y la aparición de trastornos mentales como la depresión y la ansiedad, así como una relación positiva entre la adherencia al tratamiento en personas con mayor apoyo social. A lo largo de los años, el concepto de envejecimiento se ha vinculado a la pérdida de capacidades cognitivas, autonomía y enfermedades crónicas, que estigmatizan el concepto de “persona mayor” (55).

Según el enfoque de los sistemas familiares descritos por autores como Murray Bowen y los modelos de depresión y vulnerabilidad de Aaron Beck, citados por Murillo et al., el primero examina las interacciones dentro de la familia y cómo pueden afectar la salud mental y el funcionamiento cognitivo, inciden en que la dinámica familiar, la comunicación y el apoyo parecen tener un impacto muy importante en la experiencia de la depresión y el deterioro cognitivo que experimentan los adultos mayores. Además, el segundo modelo propone que cuando se combinan factores de vulnerabilidad individual además de estresores ambientales

se favorece el desarrollo de condiciones como la depresión, considerando que la situación sociofamiliar podría ser un estresor adicional (55).

En la tabla 8 se observó que la frecuencia del nivel de apoyo familiar de los adultos mayores fue alta en el 74,16%, moderado en 22,03% y bajo en 3,81%.

Al respecto, en el estudio de Neira y cols. se encontró que más de la mitad de adultos mayores presentaban apoyo afectivo emocional, instrumental y social de nivel medio (42). Mientras que el estudio de Callomamani encontró que el 72,22% de adultos mayores presentaba apoyo familiar normal (43).

El segundo objetivo fue establecer el grado de soledad percibido por los adultos mayores y en tal sentido, la tabla 9 se mostraron los resultados obtenidos en las diferentes dimensiones de soledad, donde destaca que, en la soledad familiar, el 62,71% tiene soledad baja; en la dimensión de soledad conyugal, el 53,81% presenta soledad alta; en la dimensión social, el 50,85% presenta soledad alta y en la dimensión existencial, el 59,74% presenta soledad baja. Luego la tabla 10 muestra que el 58,05% de adultos mayores presentan grado de soledad medio, el 37,71% bajo y el 4,24% alto.

En el estudio de Neira y cols, se reportó que el 50,3% de adultos mayores presentaban nivel de soledad social medio (40); mientras que en el estudio de Ceroni, reportaron que la mayoría de adultos mayores experimentan soledad (43); Lee y cols, encontraron que el 32,1% de adultos mayores presentan soledad y esta se asocia negativamente con la autoeficacia para afrontar situaciones cotidianas (44).

Shekelle et al., mencionan que la soledad es común entre las personas mayores que viven en la comunidad, y hay evidencia clara de que su prevalencia ha aumentado durante la pandemia, asimismo reporta fuertes asociaciones entre la soledad y los resultados de salud. Por ejemplo, la soledad o el aislamiento social se asocian con un aumento del 29% en el riesgo de enfermedad cardíaca, un aumento del 32% en el riesgo de accidente cerebrovascular y un aumento del 50% en el riesgo de demencia (56).

En la tabla 11 se presentaron los resultados que permitieron identificar los síntomas psiquiátricos que presentan los adultos mayores, donde se halló que, el 80,93% presenta

ansiedad y/o depresión probable; el 17,80% presenta probable psicosis, el 7,63% probable trastorno convulsivo y el 10,59% probable alcoholismo.

En el estudio de Trilce y cols, se reportaron que la prevalencia de trastornos mentales en los adultos mayores era mayor a la esperada, destacando como los más frecuentes la ansiedad y depresión, además, se encontraron el trastorno somatomorfo, distimia y la dependencia de alcohol (42). En el estudio de Ran y cols, hallaron que el 47,1% de adultos mayores presentan síntomas depresivos en los cuales influyeron el neuroticismo y la salud y apoyo familiar (15). Por otro lado, el estudio de Habibe y cols, informó que los síntomas psiquiátricos más frecuentes en los adultos mayores son el delirio, ansiedad y depresión (46).

Según afirman Murillo y cols., la depresión, uno de los trastornos más prevalentes a nivel mundial, contribuye significativamente al malestar físico y al deterioro de la capacidad funcional y la calidad de vida de los individuos. Es una enfermedad multifactorial que puede aumentar la vulnerabilidad de los adultos mayores al afectar su capacidad funcional. La sintomatología difiere entre las personas mayores y los jóvenes, y es común que las personas mayores presenten no solo tristeza, aislamiento social y fatiga, sino también pérdida de memoria, agitación y alteraciones sensoriales como delirios persecutorios, dolor inexplicable, inhibición del dolor, síndrome de Cotard, entre otros. Sin embargo, estos síntomas a menudo se malinterpretan como etapas iniciales de enfermedades neurológicas y físicas típicas de las personas mayores, señalan también que el 25% de las personas mayores padecen enfermedad de Alzheimer, el 33% enfermedad de Parkinson y el 50% de las personas mayores hospitalizadas también experimentan síntomas depresivos (55).

Según Rueda, en las últimas décadas, la esperanza de vida ha aumentado gracias a los avances en medicina, tecnología y economía, favoreciendo así la longevidad. Se estima que, en el futuro, la esperanza de vida superará los 80 años en los países en vías de desarrollo. Sin embargo, lo que parece ser un indicador de la calidad de vida en el país lleva a que los gobiernos tengan que enfrentar situaciones relacionadas con el envejecimiento, como enfermedades crónicas y discapacidades funcionales, que deben ser atendidas mediante la asignación de recursos sanitarios, económicos y sociales. Si bien la discapacidad no puede considerarse una causa directa del envejecimiento, es innegable la asociación entre el

aumento de la edad, la fragilidad en las personas mayores y la pérdida de autonomía. Esta dependencia recae en el cuidador, generalmente, un familiar cercano, quien asume la responsabilidad del cuidado directo durante la mayor parte del día, abandonando las actividades sociales y descuidándose a sí mismo, volviéndose así más vulnerable a la enfermedad y al desarrollo del síndrome de burnout del cuidador (57).

En la tabla 12, se observó que, al establecer la asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el grado de soledad, se halló asociación estadística altamente significativa, lo que permitió comprobar la hipótesis del estudio, donde resalta que en los adultos mayores con frecuencia del nivel de apoyo familiar bajo, destaca el grado de soledad medio en 44,44%; en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar medio, se encuentra un 76,92% de grado de soledad medio, mientras que en los que tienen apoyo familiar alto, el 53,14% tiene grado de soledad medio ($P = 0,000$).

En el estudio de Neira y cols, también encontraron asociación significativa entre el apoyo social y los niveles de soledad social (40).

En la tabla 13, se observó que no existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar y los síntomas de ansiedad y/o depresión ($P = 0,189$); mientras que en la tabla 14, si se encontró asociación significativa entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar y el síntoma psiquiátrico de psicosis, destacando que esta presenta mayor porcentaje de probabilidad en los adultos mayores con nivel de apoyo medio ($P = 0,0104$). La tabla 15 muestra que no existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar y el síntoma de trastorno convulsivo ($P = 0,452$), y de la misma manera la tabla 16 mostro que no existe asociación entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el alcoholismo ($P = 0,488$).

Según Courtin y Knapp, es fundamental sentirse acompañados porque las personas sienten la necesidad de amar y ser amados, y más aún en los adultos mayores cuando, en la mayoría de los casos, no se elige la soledad. Este sentimiento de tristeza influye negativamente en la salud mental, provocando ansiedad y depresión, mencionan que la depresión es un factor relacionado con el padecimiento de soledad. Por tanto, estaríamos ante una retroalimentación negativa que repercute en la salud de las personas mayores, provocando, en muchos casos, síntomas que podrían confundirse con deterioro cognitivo (58). En el estudio de Gale y

Gerino, asocian la soledad con el riesgo de sufrir depresión, inmovilidad física y ansiedad, señalando que una gran proporción de personas mayores sufren síntomas depresivos, coincidiendo con el hecho de que viven solas (59).

Nuestros resultados ponen de manifiesto, que a pesar de que la mayoría de adultos mayores recibe apoyo familiar alto, más de la mitad experimenta soledad de grado medio, lo que revela la necesidad de realizar intervenciones en esta población a efectos de contribuir a disminuir el sentimiento de soledad, porque se ha reportado que es un factor que afecta la calidad de vida y predispone al desarrollo de síntomas psiquiátricos.

Una de las limitaciones fue el tiempo necesario para la recolección de datos, el cual se incrementó debido a la naturaleza de los adultos mayores, requiriendo así un período más prolongado. Otra limitación fue que la asistencia de adultos mayores solos al centro de salud limitó la comprensión y la precisión de sus respuestas en las escalas utilizadas para la recolección de datos. En contraste, aquellos que acudieron acompañados mostraron una mayor disposición a colaborar con el estudio de investigación. Por último, la escala utilizada en este estudio para detectar síntomas psiquiátricos es una herramienta de tamizaje, lo que significa que identifica posibles trastornos que luego necesitan una evaluación completa por parte de un profesional de salud especializado. Nuestra investigación destaca por su originalidad, ya que hasta la fecha no se han encontrado trabajos locales ni regionales que aborden y asocien las variables de nuestro estudio. Además, hemos planteado claramente el problema de investigación y nuestros objetivos.

A partir de lo comentado anteriormente proponemos investigar las características socioeconómicas asociadas a síntomas de depresión y/o ansiedad en adultos mayores, la asociación entre el nivel de educación con síntomas psiquiátricos. Por último, se sugiere extender este estudio a otras comunidades lingüísticas, lo que podría enriquecer aún más el trabajo de investigación.

CONCLUSIONES

PRIMERA

La frecuencia del nivel de apoyo familiar que reciben los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz es alto en el 74,16%.

SEGUNDA

El grado de soledad percibido por los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, en la dimensión familiar es baja en 62,71%; en la dimensión conyugal es alta en 53,81%; en la dimensión social es alta en el 50,85% y en la dimensión existencial es baja en el 59,74%. De forma general el grado de soledad de los adultos mayores es medio en el 58,05%.

TERCERA

Los síntomas psiquiátricos que probablemente presentan los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz son ansiedad y/o depresión en el 80,93%; psicosis en 17,80%; trastorno convulsivo en 7,63% y alcoholismo en 10,59%.

CUARTA

Existe asociación altamente significativa entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el grado de soledad en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, por cuanto se ha encontrado que en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar alto predomina el grado de soledad medio en 53,14%, mientras que en los adultos mayores con nivel de apoyo familiar bajo, el 33,33% tiene grado de soledad alto y en los que tienen apoyo familiar medio, el 76,92% tiene grado de soledad medio.

QUINTA

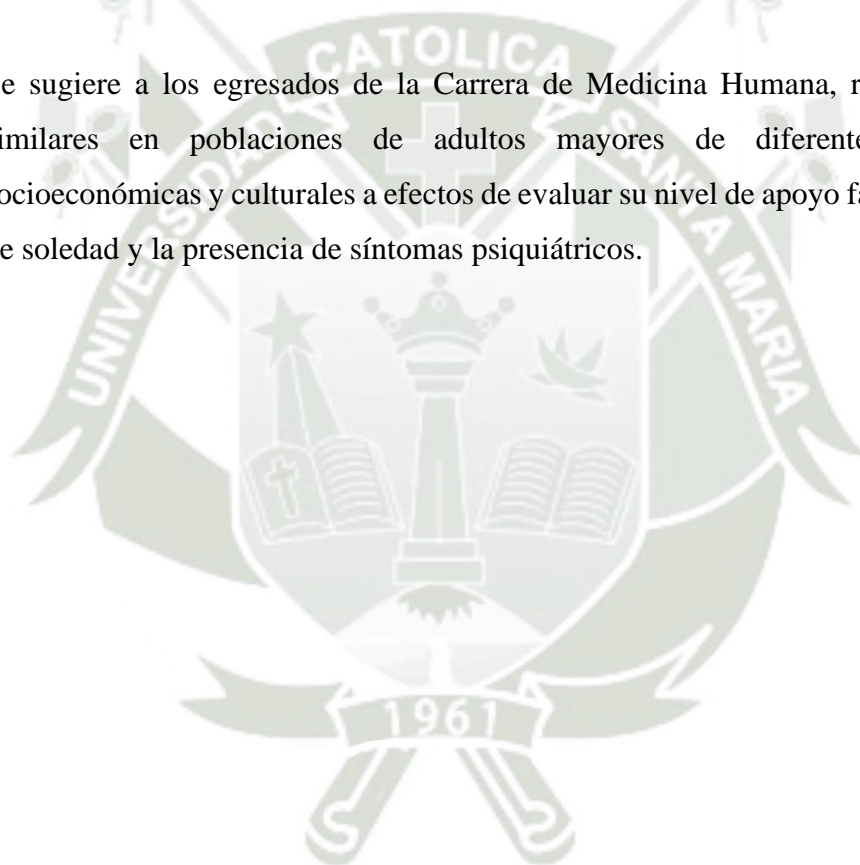
Se ha encontrado asociación estadística significativa entre la frecuencia del nivel de apoyo familiar con el síntoma psiquiátrico de psicosis en los adultos mayores, más no existe asociación con la depresión, trastorno convulsivo y alcoholismo.



RECOMENDACIONES

1. A la Dirección del Centro de Salud, se sugiere que se tenga a bien considerar los resultados de la presente investigación a efectos de que se disponga que el personal médico que atiende a los adultos mayores incluya en la evaluación integral que se realiza a esta población, la aplicación de cuestionarios autoinformados para evaluar el apoyo familiar y el grado de soledad que experimentan. Con lo cual, en los casos que lo ameriten se podrán realizar visitas domiciliarias a cargo del personal de Servicio Social para identificar la problemática familiar que presentan los adultos mayores y tratar de contribuir a su solución o control.
2. A los médicos que atienden a los adultos mayores, en forma conjunta con el personal de enfermería, psicología y servicio social, se sugiere que se planifiquen y desarrollen actividades sociales grupales mediante la creación de grupos de apoyo con elementos educativos, actividades recreativas y la capacitación a los adultos mayores para el uso de tecnologías de la información y la comunicación que han demostrado ser efectivas para mejorar su bienestar y calidad de vida. En tal sentido se sugieren cuatro tipos de intervención (1) aumentar las interacciones sociales, (2) promover el bienestar mental y físico, (3) proporcionar apoyo instrumental y (4) mejorar la salud social a través de la atención domiciliaria y comunitaria, cada uno de ellos deberá realizarse con el empleo de diferentes estrategias para mejorar el aislamiento social y la soledad y mitigar el impacto en el bienestar, la resiliencia y el afrontamiento en adultos mayores.
3. A los médicos que atienden a los adultos mayores en el establecimiento, se sugiere que una vez que hayan sido identificados los casos que presentan probables trastornos psiquiátricos estos sean derivados a los Centros de Salud Mental Comunitarios a efectos de corroborar o no el diagnóstico y brindar el tratamiento oportuno.

4. A la Dirección del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, se sugiere que, en coordinación con la Municipalidad distrital, se realicen actividades de promoción de la salud y bienestar de los adultos mayores del distrito en parques y otros espacios públicos para mejorar su participación social, promover la participación conjunta de la familia, por ejemplo, sería interesante realizar programas de actividad física, Tai Chi, danza, concursos de artes como pintura, manualidades, poesía y canto, dirigidos a los adultos mayores y coordinar con empresas privadas e instituciones públicas para la donación de incentivos y premios. Además, estas actividades deberían mantenerse a lo largo del tiempo para propiciar un mayor bienestar de la población adulta mayor.
5. Se sugiere a los egresados de la Carrera de Medicina Humana, realizar estudios similares en poblaciones de adultos mayores de diferentes condiciones socioeconómicas y culturales a efectos de evaluar su nivel de apoyo familiar, el grado de soledad y la presencia de síntomas psiquiátricos.



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. United Nations, Department of Economic and Social Affairs, Population Division. (2017). World Population Prospects: The 2017 Revision, Key Findings and Advance Tables. ESA/P/WP/248, p. 40. [Fecha de acceso: 24 febrero 2024] doi: <https://bit.ly/2WeU77g>
2. Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI). Resultados del XII Censo de Población y VII de Vivienda. Lima, 2017.
3. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (Celade)–División de Población de la Cepal. “Los Adultos Mayores en América Latina y el Caribe. Datos e indicadores”. Boletín Estadístico. 2022. Santiago de Chile, p. 52.
4. Centro de Familia VID. La importancia de la familia en la vida del adulto mayor. [Fecha de acceso: 24 febrero 2024]. doi: <https://cfamiliavid.org.co/importancia-de-la-familia-adulto-mayor/>
5. Akhter C, Prina M, Wong Y, Mayston R, Li L. Understanding and Addressing Older Adults’ Loneliness: The Social Relationship Expectations Framework. Perspectives on Psychological Science. 2023; 18(4), 762-777. [Fecha de acceso: 24 febrero 2024]. doi: <https://doi.org/10.1177/17456916221127>
6. Fakoya A, McCorry K, Donnelly M. Loneliness and social isolation interventions for older adults: A scoping review of reviews. BMC Public Health. 2020; 20(1), 129. [Fecha de acceso: 24 febrero 2024]. doi: <https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6>
7. Gibney S, Zhang M, Brennan C. Age-friendly environments and psychosocial wellbeing: A study of older urban residents in Ireland. Aging & Mental Health. 2020; 24(12), 2022–2033. [Fecha de acceso: 24 febrero 2024]. doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2019.1652246>
8. Defensoría del Pueblo. Problemática de la población adulta mayor en Arequipa. Arequipa, 2023. [Fecha de acceso: 25 febrero 2024] doi: <https://www.defensoria.gob.pe/actividades/expusimos-problematika-de-la-poblacion-adulta-mayor-en-arequipa/>
9. Schulz R, Beach S, Czaja S, Martire L, Monin J. Family Caregiving for Older Adults. Annu. Rev. Psychol. 2020. 71:635–59 [Fecha de acceso: 05 marzo, 2024] doi:

<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010419-050754>

10. Mireles M, Salazar M, Guerra J, Ávila H. Quality of life related to functional dependence, family functioning and social support in older adults. *Rev. esc. enferm.* 2022; 56. [Fecha de acceso: 05 marzo, 2023] doi: <https://doi.org/10.1590/1980-220X-REEUSP-2021-0482>
11. Martínez AC. Apoyo de la familia al adulto mayor en el servicio de medicina del Hospital Nacional Sergio E. Bernales-2019 [Tesis de grado] Universidad Nacional Federico Villarreal. [Fecha de acceso: 06 marzo, 2024] doi: <http://repositorio.unfv.edu.pe/handle/UNFV/4246>
12. Dong X, Ling H, Yang T and Wang K. Grandchild care and life satisfaction of older adults: Empirical evidence from China. *Front. Psychol.* 2023; 14:1081559. [Fecha de acceso: 05 marzo, 2024] doi: 10.3389/fpsyg.2023.1081559.
13. Woods A. et al. Perceived social support and interpersonal functioning as predictors of treatment response among depressed older adults. *Am. J. Geriatr. Psychiatry.* 2021; 29(8):843-852. Fecha de acceso: 09 marzo, 2024] doi: 10.1016/j.jagp.2020.12.021
14. Shih T. et al. Perceived social support and depression symptoms in patients with major depressive disorder in Taiwan: an association study. *Arch. Psychiatr.* 2020; 34 (5): 384-390. [Fecha de acceso: 09 marzo, 2024] doi: 10.1016/j.apnu.2020.06.004
15. Ran H, Haoyu J, Jinfan Z, Yibo W, Xiaonan S, Jie H. The multiple mediating effect of family health and perceived social support on depressive symptoms in older adults: A cross-sectional national survey in China. *Journal of Affective Disorders.* 2023; 327: 348-354. [Fecha de acceso: 03 noviembre, 2023] doi: <https://doi.org/10.1016/j.jad.2023.01.097>.
16. Montejano R, Alcañiz M, Ramos D, Sánchez M, García S, Sanjuán Á. Affective Impact on Informal Caregivers over 70 Years of Age: A Qualitative Study. *Healthcare* 2024, 12, 329. [Fecha de acceso: 09 marzo, 2024] doi: <https://doi.org/10.3390/>
17. Stuart A, Yan J, Harkin J, Katz D, Stevenson C, Mehta V, Giles E, Talbot C, Gooch D, Bennasar M, Self T, Nuseibeh B, Price B Intervención digital en la soledad en adultos mayores: análisis cualitativo del usuario Estudios JMIR Formulario Res

- 2023;7: e42172. [Fecha de acceso: 13 marzo, 2024] doi: 10.2196/42172
18. Akhter C, Prina M, Wong Y, Mayston R, Li L. Comprender y abordar la soledad de los adultos mayores: el marco de expectativas de las relaciones sociales. *Perspectivas de la ciencia psicológica*. 2023; 18 (4), 762-777. [Fecha de acceso: 13 marzo, 2024] doi: <https://doi.org/10.1177/17456916221127218>
 19. Beam R, Kim J. Psychological sequelae of social isolation and loneliness might be a larger problem in young adults than older adults. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*. 2020; 12(Suppl. 1), S58–S60. [Fecha de acceso: 16 marzo, 2024] doi: 10.1037/tra0000774.
 20. Mund M, Freuding M, Möbius K, Horn N, Neyer J. The stability and change of loneliness across the life span: A meta-analysis of longitudinal studies. *Personality and Social Psychology Review*. 2020; 24(1), 24–52. [Fecha de acceso: 16 marzo, 2024] doi: 10.1177/1088868319850738.
 21. World Health Organization. Decade of healthy aging: Baseline report. 2020. [Fecha de acceso: 16 marzo, 2024] <https://apps.who.int/iris/handle/10665/3386777>
 22. Figueroa M, Aguirre D, Hernández R. Asociación del deterioro cognitivo, depresión, redes sociales de apoyo, miedo y ansiedad a la muerte en adultos mayores. *Psicumex*. 2021; 11; 397: 2 – 29. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: <https://psicumex.unison.mx/index.php/psicumex/article/view/397/314>
 23. US Preventive Services Task Force. Screening for Anxiety Disorders in Adults: US Preventive Services Task Force Recommendation Statement. *JAMA*. 2023;329(24):2163–2170. [Fecha de acceso: 11 julio, 2024] doi: 10.1001/jama.2023.9301
 24. O'Connor E, Henninger M, Perdue L, Coppola EL, Thomas R, Gaynes BN. Screening for Depression, Anxiety, and Suicide Risk in Adults: A Systematic Evidence Review for the US Preventive Services Task Force. Evidence Synthesis No. 223. Agency for Healthcare Research and Quality; 2023. AHRQ publication 22-05295-EF-1. [Fecha de acceso: 11 julio, 2024] doi: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/37406149/>
 25. Organización Panamericana de la Salud. Consideraciones psicosociales y de salud

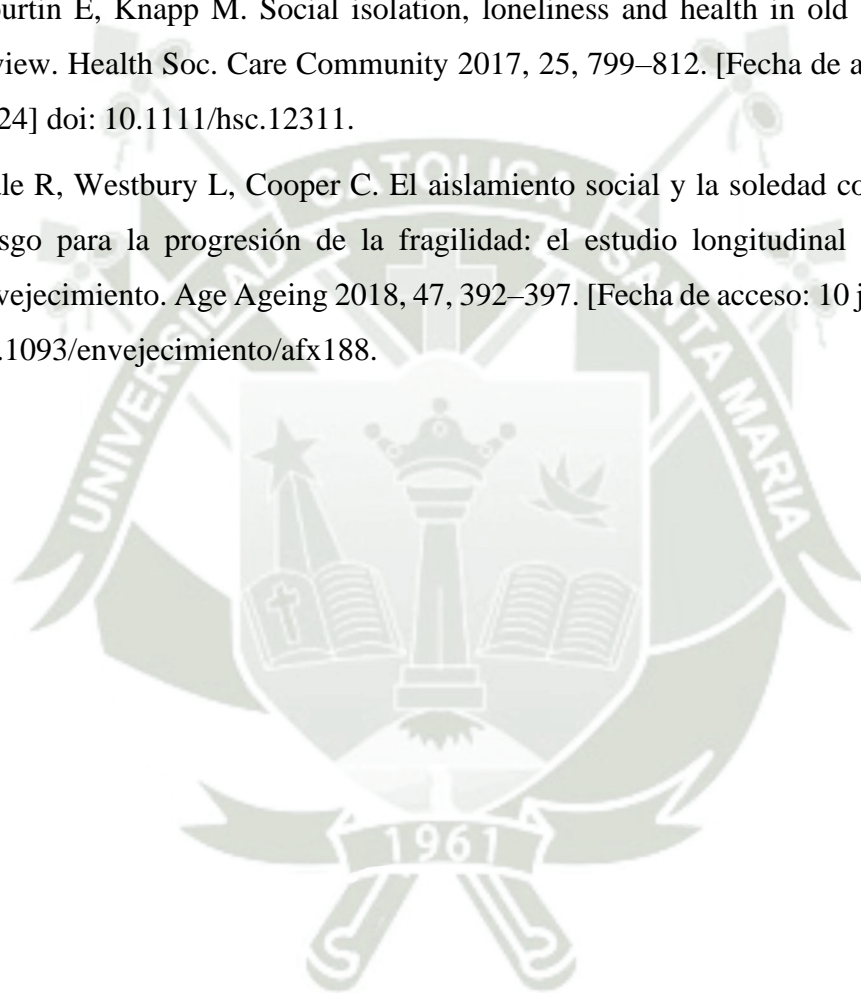
- mental durante el brote de COVID-19. 2020. [Fecha de acceso: 20 marzo, 2024] doi: <https://www.who.int/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/situation-reports/>.
26. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos de Salud Mental (DSM-V). 5ta ed. Arlington, VA, Asociación Americana de Psiquiatría, 2014.
 27. Tavera M. Depresión y adulto mayor: un desafío en la consulta del médico familiar. Archivos en Medicina Familiar. 2023; 25 (2): 57 – 58. [Fecha de acceso: 20 marzo, 2024] doi: <https://www.medigraphic.com/pdfs/medfam/amf-2023/amf232a.pdf>
 28. Kah N, Joo Ch, Yit L, Li T, Desmond T. Abordaje de la psicosis aguda en adultos mayores. Singapore Medical Journal. 2023; 64(6): 391-397. [Fecha de acceso: 19 marzo, 2024] doi: 10.4103/singapurmedj.SMJ-2022-150
 29. Deshpande S, Livingstone A. Psicosis de primera aparición en adultos mayores: influencia del aislamiento social durante la pandemia de COVID: una serie de casos en el Reino Unido. Prog Neurol Psiquiatría 2021;25:14-8.
 30. Forbes M, Stefler D, Velakoulis D, Stuckey S, Trudel JF, Eyre H, et al. The clinical utility of structural neuroimaging in first-episode psychosis: A systematic review. Aust N Z J Psychiatry 2019;53:1093-104. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: 10.1177/0004867419848035.
 31. Rattay TW, Martin P, Vittore D, Hengel H, Cebi I, Tünnerhoff J, et al. Cerebrospinal fluid findings in patients with psychotic symptoms—A retrospective analysis. Sci Rep 2021;11:1-12. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: <https://www.nature.com/articles/s41598-021-86170-w>
 32. Somes J. Seizure Considerations in Older Adults and Geriatric Patients, Journal of Emergency. 2024; 50 (2): 192-203. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: <https://doi.org/10.1016/j.jen.2023.10.011>.
 33. Beghi E. et al. The epidemiology of epilepsy in older adults: A narrative review by the ILAE Task Force on Epilepsy in the Elderly. Epilepsia. 2023; 64 (3): 586 – 601. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: <https://doi.org/10.1111/epi.17494>

34. Ramsay E, Becker D, Vázquez B, Birnbaum A, Misra S, Carrazana E, Rabinowicz A. Acute Abortive Therapies for Seizure Clusters in Long-Term Care. *Journal of the American Medical Directors Association*. 2023; 24 (8): 1225-1232. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: <https://doi.org/10.1016/j.jamda.2023.04.015>.
35. Penovich P, Glauser T, Becker D, et al. Recommendations for development of acute seizure action plans (ASAPs) from an expert panel. *Epilepsy Behav*. 2021; 123:108264. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: 10.1016/j.yebeh.2021.108264.
36. Melo D, et al. Alcoholismo en pacientes hipertensos atendidos por la Atención Primaria de Salud y sus implicaciones: Apuntes para la atención en salud". *SMAD Rev Eletrônica Saúde Mental Álcool Drog*. 2023; 19: 41-51. [Fecha de acceso: 23 abril, 2024] doi: 10.11606/issn.1806-6976.smad.2023.186589
37. Sousa G, Pinho C, Santos A, Abelha FJ. Postoperative delirium in patients with history of alcohol abuse. *Rev Esp Anesthesiol Reanim*. 2017;64(4):214–22.
38. Topiwala A, Allan C, Valkanova V, et al. Moderate alcohol consumption as risk factor for adverse brain outcomes and cognitive decline: longitudinal cohort study. *BMJ (Clinical research ed.)*. 2017;357:j2353.
39. Agrawal A, Brislin SJ, Bucholz KK, et al. The Collaborative Study on the Genetics of Alcoholism: Overview. *Genes, Brain and Behavior*. 2023;22(5): e12864. [Fecha de acceso: 21 marzo, 2024] doi: 10.1111/gbb.1286410 de 10AGRAWALY AL.
40. Basu S, Maheshwari V, Malik M. et al. Patterns and predictors of tobacco and alcohol use among older and elderly patients with diabetes and hypertension: findings from the Longitudinal Ageing Study in India. *J Public Health (Berl.)* 2024. [Fecha de acceso: 25 abril, 2024] doi: <https://doi.org/10.1007/s10389-024-02200-7>
41. Khan J. Nutritional status, alcohol–tobacco consumption behaviour and cognitive decline among older adults in India. *Sci Rep*. 2022; 12:21102. [Fecha de acceso: 25 abril, 2024] doi: <https://doi.org/10.1038/s41598-022-25563-x>
42. Neira F, Simbala F. Relación del apoyo social con los niveles de soledad social en los adultos mayores del Centro Integral de la Municipalidad de Cayma - Arequipa, 2020. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería] Arequipa. 2021.

- [Fecha de acceso: 16 marzo, 2024] doi: <https://repositorio.ucsm.edu.pe/server/api/core/bitstreams/f0055094-53b0-4e98-b19a-6be6f48f4c28/content>
43. Callomamani S. Apoyo familiar y percepción del estado emocional en el adulto mayor del Centro de Salud Pampa Inalámbrica Ilo 2019. [Tesis de grado] Universidad José Carlos Mariátegui. Moquegua, 2023. [Fecha de acceso: 16 marzo, 2024] doi: https://repositorio.ujcm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12819/1820/Silvana_tesis_titulo_2022.pdf?sequence=1&isAllowed=y
44. Cristobal T, Malpartida G. Factores asociados a trastornos mentales en adultos mayores de atención primaria en Huancayo, 2019. [Tesis para optar el Título Profesional de Médico Cirujano] Universidad Continental. Huancayo, 2022. [Fecha de acceso: 16 marzo, 2024] doi: https://repositorio.continental.edu.pe/bitstream/20.500.12394/11304/1/IV_FCS_502_TE_Cristobal_Malpartida_2022.pdf
45. Ceroni D. Adultos mayores entre el abandono y la soledad en el caso de Lima. [Tesis para optar el Título Profesional de Licenciado en Sociología] Pontificia Universidad Católica del Perú. Lima, 2021. [Fecha de acceso: 25 abril, 2024] doi: <https://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/21233/>
46. Lee W, Nersesian V, Suen J, Mensah K, Gill J, Szanton L, Hladek D. Loneliness is Associated With Lower Coping Self-Efficacy Among Older Adults. *Journal of Applied Gerontology*. 2023; 42(2), 270-279. [Fecha de acceso: 17 marzo, 2024] doi: <https://doi.org/10.1177/07334648221129858>
47. Salazar C, Alonso M, Armendáriz N, Rodríguez L. Acontecimientos vitales estresantes y consumo de alcohol en personas mayores. *Horizontal. sanitario*. 2023; 22 (1): 97-106. [Fecha de acceso: 24 abril, 2024] doi: <https://doi.org/10.19136/hs.a22n1.4986>
48. Habibe Ö, Ahmet E, Meltem M. Evaluation of Geriatric Psychiatric Patients in The Emergency Department. *Year 2023*. 14 (2): 122 – 129. [Fecha de acceso: 24 abril, 2024] doi: <https://doi.org/10.22312/sdusbed.1176153>
49. Barco R. Apoyo familiar percibido por los asistentes del Centro Integral de Atención al Adulto Mayor del Distrito de Santa Anita en la Ciudad de Lima, 2018. (Tesis

- de Licenciatura). Facultad de psicología y trabajo social. Universidad Inca Garcilaso de la Vega. [Fecha de acceso: 17 marzo, 2024] doi: <http://repositorio.uigv.edu.pe/handle/20.500.11818/3616>
50. De la Cruz E. Sentimiento de soledad y calidad de vida en los adultos mayores del hogar “San Vicente de Paul” Huancayo 2014. [Tesis de grado] Universidad Nacional del Centro del Perú. [Fecha de acceso: 17 marzo, 2024] doi: <https://repositorio.uncp.edu.pe/handle/20.500.12894/1059>
51. Cardona L, Villamil M, Henao E, Quintero Á. Validación de la escala ESTE para medir la soledad de la población adulta. *Investigación y Educación en Enfermería*. 2010; 28 (3): 416-427. [Fecha de acceso: 28 abril, 2024] doi: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105215721012>
52. Rivas R. Prevalencia de trastornos mentales en pacientes de los consultorios externos de medicina del hospital “José Agurto Tello de Chosica” junio 2015. Perú. [Tesis para obtener el título profesional de psicólogo] [Fecha de acceso: 20 marzo, 2024] doi: https://repositorio.upeu.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12840/208/Rolly_Tesis_bachiller_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
53. Neira D. Depresión en adultos mayores, prevalencia y factores asociados: una revisión sistemática. [Trabajo de titulación] Universidad Católica de Cuenca. Cañar, 2022. [Fecha de acceso: 20 marzo, 2024] doi: <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/e935710d-8ce1-4cb1-8979-7e3f71d29b6d/content>
54. Dahlberg L, McKee J, Frank A, Naseer M. A systematic review of longitudinal risk factors for loneliness in older adults. *Aging & Mental Health*. 2021; 26(2), 225–249. [Fecha de acceso: 10 julio, 2024] doi: <https://doi.org/10.1080/13607863.2021.1876638>
55. Murillo MT, Nerea F, Tomás M. Tejeda I, Pérez M. Análisis de la Esfera Psicosocial de los Adultos Mayores en Extrema Pobreza en la Amazonía Peruana” *Salud*. 2023; 11, (23): 3022. [Fecha de acceso: 10 julio, 2024] doi: <https://doi.org/10.3390/healthcare11233022>
56. Shekelle PG, Miake-Lye M, Begashaw M. et al. Interventions to Reduce Loneliness

- in Community-Living Older Adults: a Systematic Review and Meta-analysis. *J GEN INTERN MED.* 2024; 39, 1015–1028. [Fecha de acceso: 10 julio, 2024] doi: <https://doi.org/10.1007/s11606-023-08517-5>
57. Rueda V. Esperanza de vida y comienzo de la etapa de adulto mayor. *Salud Uninorte* 2022, 38: 5–20. [Fecha de acceso: 10 julio, 2024] doi: <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.613.041>
58. Courtin E, Knapp M. Social isolation, loneliness and health in old age: A scoping review. *Health Soc. Care Community* 2017, 25, 799–812. [Fecha de acceso: 10 julio, 2024] doi: 10.1111/hsc.12311.
59. Gale R, Westbury L, Cooper C. El aislamiento social y la soledad como factores de riesgo para la progresión de la fragilidad: el estudio longitudinal inglés sobre el envejecimiento. *Age Ageing* 2018, 47, 392–397. [Fecha de acceso: 10 julio, 2024] doi: 10.1093/envejecimiento/afx188.





ANEXOS

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., Acepto participar voluntariamente en este estudio de investigación, que realizan la señorita Díaz Zuñiga Mishell Steffy y el señor Huaranca Tacusi Yeffer Anthony, asimismo señalo que he recibido información acerca del objetivo de este estudio. He comprendido las explicaciones que se me han brindado y he tenido oportunidad de resolver las dudas y preguntas que he realizado acerca de la participación en el estudio. También comprendo que mi participación consiste en responder los instrumentos planteados. Señaló que, sin necesidad de dar ninguna explicación, puedo revocar el consentimiento que ahora presento. También he sido informado que los datos proporcionados serán protegidos y serán utilizados únicamente con fines de investigación.

Tomando todo ello en consideración y en tales condiciones, ACEPTO participar en el estudio de investigación: Frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores del Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024., considerando que los datos que se deriven de mi participación sean utilizados para cubrir los objetivos especificados en el documento.

Arequipa.....de del 2024.

_____ (Firma)

Nombre:

DNI :

ANEXO 2

CUESTIONARIO DE APOYO FAMILIAR (Elaborado por Barco Pachas [47])

A continuación, se presenta un listado de enunciados, con su respectiva escala de respuestas, marcar sólo una alternativa.

Dimensión: afectivo consistente	No	En parte	Si
1. Se siente protegido por su familia.			
2. El respeto es uno de los valores primordiales practicado en casa.			
3. Cuando esta con su familia, ellos siempre le demuestran cariño.			
4. La seguridad que su familia le brinda, le permite seguir con su vida normalmente.			
5. Su familia le brinda apoyo en situaciones de angustia o preocupación, por algún motivo.			
6. Su familia es siempre respetuosa con usted.			
7. Siente que su familia se pone en su lugar cuando usted se encuentra triste o desmotivado			
Dimensión: adaptación familiar			
8. Su familia ha aceptado que usted ya es una persona que requiere de cuidados.			
9. Su familia lo entiende y acepta por la etapa de vida que usted está viviendo, sin tratarlo mal.			
10. Cree que su familia está esforzándose para poder cuidarlo.			
11. Actualmente en su hogar comparte responsabilidades con algún miembro de la familia.			
12. Siente que su familia ha modificado sus roles o actividades para poder velar por el bienestar suyo.			
13. Dentro del hogar usted forma parte de las distintas actividades que se realizan diariamente.			
14. Su familia lo deja desenvolverse de forma autónoma, sin restricciones.			
15. Su familia lo motiva a participar en reuniones sociales, donde usted puede interactuar con otras personas.			
Dimensión: autonomía familiar			
16. Su familia confía en que usted se puede cuidar solo.			
17. Cuando están reunidos en casa tiene la libertad de contarle sus problemas e inquietudes a su familia.			

18 Tiene la confianza de que su familia estará con usted siempre, sin dejarlo solo.			
19. Considera que mantiene el mismo grado de comunicación y confianza con su familia, como hace años.			
20. Su familia lo deja tomar sus propias decisiones sin criticar			
21. Su familia respeta su privacidad con respecto a su vida social que tiene con sus amistades.			
22. Cuando no quiere conversar con nadie, su familia respeta ese momento en el que usted no desea compartirlo.			



ANEXO 3

CUESTIONARIO ESTE- R (Elaborado por Rubio Herrera [40])

Afirmación	Nunca	Rara vez	Alguna vez	A menudo	Siempre
1. Me siento solo en la casa	1	2	3	4	5
2. Siento que no hay nadie cerca de mí	1	2	3	4	5
3. Me siento solo cuando me visita mi familia	1	2	3	4	5
4. Siento que en mi familia no hay nadie que me preste su apoyo	1	2	3	4	5
5. Mi familia se preocupa por mí	5	4	3	2	1
6. Extraño a mi familia	1	2	3	4	5
7. Me encuentro a gusto cuando me visita mi familia	5	4	3	2	1
8. Siento que las personas de la casa me comprenden	5	4	3	2	1
9. Siento que alguien quiere compartir su vida conmigo	5	4	3	2	1
10. Tengo un compañero sentimental que me da el apoyo y aliento que necesito	5	4	3	2	1
11. Siento que estoy enamorado de alguien que me ama	5	4	3	2	1
12. Contribuyo a que mi pareja se sienta satisfecha con su vida	5	4	3	2	1
13. Tengo amigos de la casa a los que puedo recurrir cuando necesito consejo	5	4	3	2	1
14. Puedo contar con mis amigos de la casa si necesito recibir ayuda	5	4	3	2	1
15. Me siento satisfecho con los amigos que tengo	5	4	3	2	1
16. Tengo amigos vecinos de la casa con los que comparto mis opiniones	5	4	3	2	1
17. Lo que es importante para mí no parece importar a la gente que conozco	1	2	3	4	5
18. Siento que no puedo confiar en nadie de la casa	1	2	3	4	5
19. Me siento sin apoyo o comprensión cuando cuento mis problemas	1	2	3	4	5

20. Siento que no soy importante	1	2	3	4	5
21. Siento que me molesto por cualquier cosa	1	2	3	4	5
22. Me siento menos útil cada año que pasa	1	2	3	4	5
23. Siento que no vale la pena vivir	1	2	3	4	5
24. Tengo miedo de muchas cosas	1	2	3	4	5



ANEXO 4

CUESTIONARIO DE AUTORREPORTE DE SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS (SRQ) (Elaborado por la Organización Panamericana de la Salud [41])

SÍNTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores frecuentes de cabeza?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre temblor en las manos?		
6. ¿Se siente nervioso o tenso?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿Es incapaz de pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora Ud. con mucha frecuencia?		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad en hacer su trabajo? ¿Su trabajo se ha visto afectado?		
14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Se siente aburrido?		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Siente Ud. que alguien ha tratado de herirlo en alguna forma?		
20. ¿Es Ud. una persona mucho más importante que lo que piensan los demás?		
21. ¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?		
22. ¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?		
23. ¿Ha tenido convulsiones, ataques o caídas al suelo con movimientos de brazos y piernas; con mordedura de la lengua o pérdida del conocimiento?		
24. ¿Alguna vez le ha parecido a su familia, sus amigos, su médico o su sacerdote que Ud. estaba bebiendo demasiado?		
25. ¿Alguna vez ha querido dejar de beber, pero no ha podido?		
26. Ha tenido alguna vez dificultades en el trabajo o en la casa a causa de la bebida como beber en el trabajo o faltar a él?		
27. ¿Ha estado en riñas o lo han detenido estando borracho?		
28. ¿Le ha parecido alguna vez que Ud. bebía demasiado?		

ANEXO 5

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS (Elaborada por los investigadores)

Edad:.....

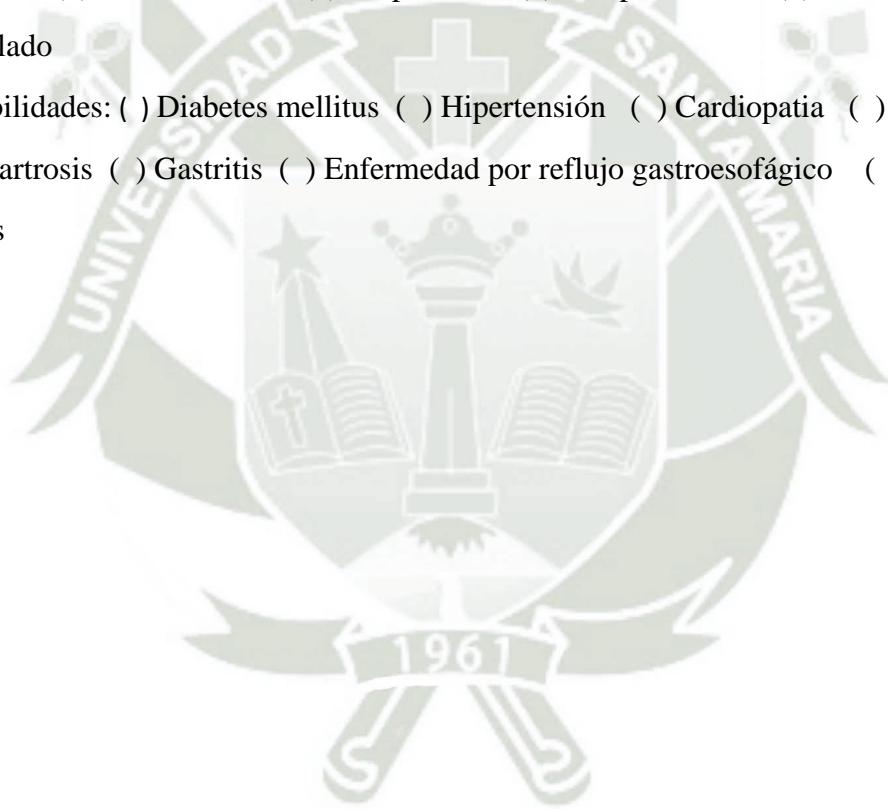
Sexo: () Masculino () Femenino

Nivel de instrucción: () Ninguno () Primaria () Secundaria () Superior no universitario () Superior universitario

Estado civil: () Soltero () Casado () Conviviente () Viudo () Separado

Ocupación: () Ama de casa () Empleado () Independiente () Comerciante
() Jubilado

Comorbilidades: () Diabetes mellitus () Hipertensión () Cardiopatía () Asma
() Gonartrosis () Gastritis () Enfermedad por reflujo gastroesofágico () Cáncer
() Otras



ANEXO 6

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

Arequipa, 2 de julio de 2024

Investigadores Díaz Zuñiga Mishell Steffy
Huaranca Tacusi Yeffe Anthony

Presente. –

De mi especial consideración.

Me dirijo a ustedes para hacerles llegar el resultado de la evaluación de su proyecto de investigación y dictamen del Comité Institucional de Ética de Investigación.

TÍTULO: “FRECUENCIA DEL NIVEL DE APOYO FAMILIAR Y SU ASOCIACIÓN CON EL GRADO DE SOLEDAD Y SÍNTOMAS PSIQUIÁTRICOS EN ADULTOS MAYORES DEL CENTRO DE SALUD MARITZA CAMPOS DÍAZ, AREQUIPA 2024”.

Investigadores: Díaz Zuñiga Mishell Steffy y Huaranca Tacusi Yeffe Anthony.

TIPO Y DISEÑO: De campo, descriptivo, de corte transversal y de asociación simple.

OBJETIVO: La investigación tiene como objetivo: Determinar la frecuencia del nivel de apoyo familiar y su asociación con el grado de soledad y síntomas psiquiátricos en adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz, Arequipa 2024.



PROCEDIMIENTOS: Entrevista, cuestionarios.

COMITÉ DE ÉTICA INSTITUCIONAL DE INVESTIGACIÓN UCSM



DICTAMEN COMITÉ DE ETICA DE INVESTIGACION UNIVERSIDAD CATOLICA DE SANTA MARIA

SUJETOS DE ESTUDIO:

236 adultos mayores que acuden a su atención en el Centro de Salud Maritza Campos Díaz.

RIESGO DEL ESTUDIO:

Mínimo.

OBSERVACIONES, SUGERENCIAS:

Debe proteger confidencialidad de la data sensible.

DICTAMEN:

DICTAMEN FAVORABLE
137 - 2024



Agueda Muñoz Del Carpio Toia
Comité Institucional de Ética de la Investigación UCSM

Cualquier duda comunicarse a: comiteeticainvestigacionucsm@gmail.com





ANEXO 7
MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN

Características Sociodemográficas							
N°	Edad	Sexo	Instrucción	Estado civil	Ocupación	Comorbilidades	Otras comorbilidades
1	60	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	1,3,9	
2	60	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	0	
3	60	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	10	
4	60	Femenino	Secundaria	Soltero	Ama de casa	1,2,11	
5	60	Masculino	Ninguno	Casado	Independiente	2	
6	60	Masculino	Secundaria	Soltero	Independiente	5	
7	60	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	2,6	
8	60	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	0	
9	60	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	1,2	
10	60	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	0	
11	60	Femenino	Secundaria	Separado	Ama de casa	5,12	
12	60	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	5	
13	60	Femenino	Primaria	Soltero	Jubilado	13	
14	60	Femenino	Primaria	Casado	Independiente	2	
15	61	Femenino	Ninguno	Viudo	Independiente	4	
16	61	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	1	
17	61	Femenino	Primaria	Soltero	Ama de casa	0	
18	61	Femenino	sup no universita	Casado	Ama de casa	1,2,14	
19	61	Masculino	Primaria	Casado	Independiente	6	
20	61	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	0	
21	61	Masculino	Primaria	Viudo	Independiente	2	
22	61	Femenino	Primaria	Soltero	Ama de casa	2	
23	61	Femenino	Secundaria	Soltero	Independiente	0	
24	61	Femenino	sup no universita	Soltero	Independiente	3,5,6,15	
25	62	Femenino	Primaria	Soltero	Ama de casa	5	
26	62	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	1,2,5,6,7,16	
27	62	Femenino	Primaria	Conviviente	Ama de casa	4,5	
28	62	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	1,2,5	
29	62	Femenino	Secundaria	Soltero	de casa,Independi	5	
30	62	Femenino	sup no universita	Casado	Independiente	6	
31	62	Masculino	Primaria	Casado	Ama de casa	17	
32	62	Masculino	Secundaria	Conviviente	Jubilado	5	
33	62	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	18	
34	62	Masculino	Primaria	Separado	Jubilado	19	
35	62	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	20	
36	62	Femenino	Secundaria	Separado	Ama de casa	1,2,11	
37	62	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	2,5,6	
38	62	Femenino	Primaria	Separado	Ama de casa	5	
39	62	Femenino	Ninguno	Conviviente,Viudo	Ama de casa	5	
40	62	Femenino	Primaria	Soltero	Independiente	9	
41	63	Masculino	Primaria	Casado	Independiente	2,3,9	
42	63	Femenino	Secundaria	Soltero	Independiente	2	
43	63	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	2,3,9	
44	63	Masculino	Primaria	Conviviente	Independiente	2,5	
45	63	Masculino	Secundaria	Soltero	Independiente	2	
46	63	Femenino	Secundaria	Conviviente	Independiente	0	
47	63	Masculino	Secundaria	Separado	Ama de casa	1,2,6	
48	63	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	5,9	
49	63	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	0	
50	63	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	4,5	
51	64	Femenino	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	0	
52	64	Masculino	Secundaria	Casado	Ama de casa	9	
53	64	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	6	
54	64	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	5	
55	64	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	1,2	
56	64	Masculino	Ninguno	Conviviente	Independiente	0	
57	64	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	0	
58	64	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	1	
59	64	Femenino	Ninguno	Soltero	Ama de casa	2,6,9	

60	64	Masculino	Primaria	Casado	Comerciante	0	
61	65	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	1	
62	65	Femenino	Sup universitario	Soltero	Ama de casa	0	
63	65	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	2,5	
64	65	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	0	
65	65	Femenino	Primaria	Viudo	Independiente	0	
66	65	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	2	
67	65	Masculino	Primaria	Soltero	Independiente	2	
68	65	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	9	
69	65	Masculino	Primaria	Separado	Empleado	0	
70	65	Femenino	sup universitario	Soltero	Empleado	2,3,9	DEPRESION
71	65	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	1	
72	65	Femenino	Primaria	Casado	Comerciante	1	
73	65	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	6	
74	65	Femenino	Ninguno	Separado	Independiente	2,5	
75	65	Femenino	sup no universitar	Conviviente	Ama de casa	5	
76	65	Femenino	Ninguno	Separado	Ama de casa	9	
77	65	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	1,2,3	hipertrigliceridemia
78	65	Femenino	Primaria	Conviviente	Independiente	0	
79	65	Masculino	Secundaria	Conviviente	Independiente	0	
80	65	Femenino	Secundaria	Casado	Independiente	1,8	ca estomago
81	65	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	1,2	
82	66	Masculino	Primaria	Casado	Ama de casa	2,5	
83	66	Masculino	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	2	
84	66	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	2	
85	66	Masculino	Primaria	Casado	Ama de casa	2	
86	66	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	2,5	
87	66	Masculino	Primaria	Casado	Independiente	5,9	
88	66	Femenino	Primaria	Viudo	Independiente	0	
89	67	Femenino	Primaria	Soltero	Comerciante	9	hernia discal
90	67	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	5	
91	67	Masculino	sup universitario	Casado	Jubilado	0	
92	67	Masculino	Secundaria	Separado	Comerciante	0	
93	67	Masculino	Primaria	Separado	Comerciante	0	
94	67	Masculino	sup universitario	Soltero	Ama de casa	1,2,3	
95	67	Masculino	Primaria	Casado	Jubilado	0	
96	68	Masculino	Ninguno	Soltero	Independiente	0	
97	68	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	1,2	
98	68	Femenino	Primaria	Conviviente	Ama de casa	2	
99	68	Masculino	Primaria	Viudo	Ama de casa	2,9	varices
100	68	Masculino	Primaria	Casado	Independiente	2	
101	68	Femenino	Primaria	Soltero	Comerciante	0	
102	68	Femenino	Secundaria	Casado	Comerciante	0	
103	68	Masculino	sup no universita	Casado	Independiente	9	psoriasis
104	68	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	1,5	
105	68	Femenino	Ninguno	Soltero	Ama de casa	1,2	
106	68	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	2,5	
107	69	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	0	
108	69	Femenino	Primaria	Soltero	Independiente	9	
109	69	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	9	artritis
110	69	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	0	
111	69	Masculino	Primaria	Soltero	Jubilado	0	
112	69	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	9	hipotiroidismo
113	69	Femenino	Secundaria	Soltero	Independiente	2,4,5,9	artritis
114	69	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	9	lumbalgia
115	69	Femenino	Secundaria	Soltero	Independiente	0	
116	69	Femenino	Primaria	Soltero	Independiente	0	
117	69	Masculino	Secundaria	Casado	Comerciante	0	
118	69	Femenino	Primaria	Soltero	Ama de casa	5	
119	70	Femenino	sup universitario	Soltero	Jubilado	4,6	
120	70	Masculino	sup universitario	Soltero	Independiente	0	

121	70	Femenino	Ninguno	Casado	Comerciante	6	
122	70	Masculino	sup no universitar	Casado	Independiente	1,5	
123	70	Femenino	Ninguno	Viudo	Comerciante	2	
124	70	Masculino	Secundaria	Casado	Comerciante	6	
125	70	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	3	
126	70	Femenino	Secundaria	Soltero	Ama de casa	1,3	
127	70	Femenino	sup no universitar	Casado	Independiente	9	laberintitis
128	70	Femenino	sup no universitar	Viudo	Independiente	9	
129	71	Masculino	Primaria	Conviviente	Independiente	9	prostatitis
130	71	Masculino	Secundaria	Soltero	Independiente	5	
131	71	Femenino	Secundaria	Soltero	Ama de casa	2,5	
132	72	Femenino	sup universitario	Soltero	Jubilado	9	depresion
133	72	Femenino	sup universitario	Casado	Ama de casa	1,9,8	hipotiroidismo
134	72	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	6,8	
135	72	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	0	
136	72	Masculino	Primaria	Casado	Independiente	2	
137	72	Masculino	Primaria	Casado	Ama de casa	9	nefropatia, prostatitis
138	72	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	3	
139	72	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	2,6	
140	72	Masculino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	2,6	
141	72	Femenino	Ninguno	Soltero	Ama de casa	2,5	
142	73	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	1	
143	73	Femenino	Primaria	Separado	Independiente	5	
144	73	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	2,3	
145	73	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	5,7	
146	73	Femenino	Ninguno	Casado	Comerciante	5	
147	73	Femenino	Primaria	Casado	Ama de casa	9	
148	73	Femenino	Ninguno	Conviviente	Ama de casa	1,2	cataratas
149	73	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	9	
150	74	Femenino	Secundaria	Separado	Comerciante	6	
151	74	Femenino	Secundaria	Soltero	Ama de casa	2	
152	74	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	3	
153	74	Femenino	Ninguno	Casado	Ama de casa	1,2	
154	74	Masculino	Secundaria	Soltero	Independiente	5	
155	75	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	5	
156	75	Femenino	Primaria	Conviviente	Ama de casa	3,5	
157	75	Masculino	Ninguno	Conviviente	Empleado	2,6	
158	75	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	1	
159	75	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	1	
160	75	Masculino	Primaria	Viudo	Independiente	5	
161	75	Femenino	Primaria	Conviviente	Ama de casa	4	
162	75	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	2,3	
163	76	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	1,6	
164	76	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	6	
165	76	Femenino	Secundaria	Soltero	Ama de casa	2,5,8	
166	76	Femenino	sup universitario	Casado	Jubilado	0	
167	77	Masculino	sup universitario	Casado	Empleado	5	
168	77	Masculino	sup universitario		Jubilado	5,6	
169	77	Femenino	Secundaria	Soltero	Comerciante	0	
170	77	Femenino	Primaria	Casado	Comerciante	0	
171	77	Femenino	Primaria	Soltero	Ama de casa	1,6	
172	77	Masculino	sup no universita	Viudo	Jubilado	0	
173	77	Femenino	Secundaria	Separado	Ama de casa	0	
174	77	Masculino	Ninguno	Conviviente	Ama de casa	0	
175	77	Femenino	sup no universita	Viudo	Ama de casa	1,5	
176	77	Masculino	Primaria	Soltero	Independiente	0	
177	77	Masculino	sup no universita	Soltero	Comerciante	2	
178	77	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	0	
179	77	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	1	
180	78	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	5	
181	78	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	0	

182	78	Femenino	Primaria	Soltero	Ama de casa	2,6	
183	78	Masculino	Primaria	Casado	Jubilado	1	
184	78	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	0	
185	78	Masculino	Primaria	Casado	Jubilado	0	
186	78	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	0	
187	78	Masculino	Secundaria	Viudo	Jubilado	2,5	
188	79	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	3	
189	79	Femenino	Secundaria	Casado	Independiente	2	
190	79	Masculino	sup no universita	Casado	Empleado	9	hipertrigliceridemia
191	79	Femenino	Secundaria	Soltero	Ama de casa	2	
192	79	Femenino	Secundaria	Casado	Independiente	2	
193	79	Masculino	Ninguno	Casado	Jubilado	2	
194	80	Masculino	Primaria	Separado	Independiente	9	hipertrigliceride,ia
195	80	Masculino	Ninguno	Conviviente	Comerciante	9	hipercolesterolemia
196	80	Femenino	sup no universita	Casado	Empleado	5	
197	80	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	5	
198	80	Femenino	Secundaria	Soltero	Empleado	1,2	
199	80	Masculino	sup no universita	Separado	Empleado	6,7	
200	80	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	2	
201	80	Femenino	Ninguno	Casado	Ama de casa	1	
202	81	Femenino	Secundaria	Casado	Independiente	5	
203	81	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	2	
204	81	Masculino	Primaria	Conviviente	Independiente	5	
205	82	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	2	
206	82	Masculino	Secundaria	Separado	Independiente	0	
207	82	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	2	
208	82	Masculino	Secundaria	Viudo	Empleado	1,2,9	hipotiroidismo
209	82	Masculino	sup no universita	Casado	Empleado	1	
210	82	Femenino	Ninguno	Viudo	Ama de casa	2,8	
211	83	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	2	
212	83	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	1,2,4	
213	83	Femenino	Ninguno	Conviviente	Ama de casa	5	
214	83	Masculino	sup no universita	Casado	Independiente	1,9	prostatitis
215	83	Femenino	Primaria	Separado	Independiente	5	
216	83	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	5	
217	83	Masculino	Secundaria	Casado	Independiente	7	
218	84	Femenino	Secundaria	Conviviente	Ama de casa	1	
219	84	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	1	
220	85	Masculino	sup no universita	Casado	Empleado	1,7	
221	85	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	5	
222	86	Masculino	sup no universita	Conviviente	Empleado	0	
223	86	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	0	
224	87	Femenino	sup universitario	Casado	Independiente	5	
225	87	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	2	
226	87	Femenino	Secundaria	Viudo	Ama de casa	1	
227	87	Femenino	Primaria	Viudo	Ama de casa	3	
228	87	Masculino	Secundaria	Separado	Jubilado	2	
229	88	Masculino	Secundaria	Casado	Ama de casa	5	
230	88	Masculino	Ninguno	Viudo	Independiente	0	
231	88	Masculino	Secundaria	Casado	Jubilado	1	
232	90	Masculino	Primaria	Viudo	Jubilado	2	
233	92	Masculino	Primaria	Casado	Independiente	2	
234	92	Femenino	Secundaria	Casado	Ama de casa	6	
235	93	Masculino	Secundaria	Soltero	Jubilado	6	
236	93	Femenino	sup no universita	Casado	Comerciante	0	

Variable Independiente																							Puntaje	Nivel
Nivel de apoyo familiar																								
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22		
1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	2	3	3	58	Alto
2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	61	Alto
3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	2	59	Alto	
4	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto	
5	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	62	Alto	
6	2	3	2	2	2	3	1	2	2	1	1	1	3	3	2	3	1	1	2	3	2	3	45	Moderado
7	3	3	3	3	2	3	2	2	3	3	1	3	3	2	1	2	3	2	1	2	2	2	51	Moderado
8	1	3	1	1	1	0	1	2	2	1	3	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	44	Moderado
9	2	3	3	2	2	3	2	1	2	2	3	2	3	3	2	1	2	2	2	3	3	3	52	Moderado
10	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	1	1	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	56	Alto
11	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	63	Alto
12	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	1	3	1	1	1	1	2	3	3	50	Moderado
13	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	61	Alto
14	2	3	3	3	2	3	3	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	59	Alto
15	1	3	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	2	1	1	3	3	3	44	Moderado
16	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	2	3	3	61	Alto
17	1	3	3	1	2	3	2	1	1	1	3	1	2	3	1	2	1	1	2	3	3	3	43	Moderado
18	2	3	2	3	3	3	1	1	1	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	55	Alto
19	2	3	3	3	2	3	2	1	1	1	1	1	1	3	3	3	2	2	2	3	3	3	48	Moderado
20	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	3	3	3	3	59	Alto
21	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	1	1	1	3	3	3	1	2	2	52	Moderado
22	3	3	3	2	2	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	3	2	3	3	3	2	2	57	Alto
23	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	60	Alto
24	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	63	Alto
25	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	64	Alto
26	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	1	3	0	3	3	3	59	Alto
27	1	3	3	3	1	3	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	18	Bajo
28	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	2	3	2	3	1	3	3	3	57	Alto
29	2	3	2	3	1	3	2	1	1	1	1	1	3	3	3	1	1	1	3	3	3	4	46	Moderado
30	1	1	2	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	2	3	3	3	1	1	24	Bajo
31	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	63	Alto
32	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	61	Alto
33	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	1	3	3	2	3	3	59	Alto
34	3	3	3	3	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	57	Alto
35	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	2	1	2	3	2	57	Alto
36	3	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	1	0	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Alto
37	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	64	Alto
38	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	64	Alto
39	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	64	Alto
40	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	1	1	24	Bajo
41	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	59	Alto
42	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	3	2	3	1	1	1	3	3	3	37	Bajo
43	3	3	2	3	2	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	57	Alto
44	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	2	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	57	Alto
45	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	3	1	3	1	1	1	3	3	3	34	Bajo
46	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	57	Alto
47	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	62	Alto

48	3	2	3	1	1	2	1	1	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	51	Moderado
49	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	60	Alto
50	3	3	3	3	2	3	2	1	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	60	Alto
51	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	62	Alto
52	3	3	3	1	2	3	2	3	3	2	3	2	0	1	3	2	3	1	1	2	3	49	Moderado
53	3	3	2	3	2	3	3	1	2	2	3	1	3	3	3	2	3	3	3	3	3	57	Alto
54	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	3	2	2	2	3	3	3	58	Alto
55	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	3	3	3	2	3	61	Alto
56	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	65	Alto
57	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	1	1	3	3	1	3	1	3	3	3	3	55	Alto
58	3	3	3	3	3	3	0	1	2	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	56	Alto
59	3	3	2	1	1	3	2	3	3	1	1	1	3	3	3	3	2	2	1	2	2	48	Moderado
60	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	3	3	2	2	60	Alto
61	3	3	3	3	2	3	2	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Alto
62	3	3	3	3	1	3	2	1	1	1	1	1	1	1	3	3	2	3	3	3	3	48	Moderado
63	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	64	Alto
64	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto
65	1	2	2	3	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	2	3	1	1	2	3	3	40	Moderado
66	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	58	Alto
67	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	0	0	3	3	3	3	3	3	0	0	45	Moderado
68	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	55	Alto
69	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	58	Alto
70	2	2	2	3	3	2	1	1	1	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	53	Alto
71	2	3	3	3	2	3	2	2	2	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59	Alto
72	2	3	3	1	2	3	2	1	1	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	2	3	40	Moderado
73	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	2	3	61	Alto
74	2	3	2	3	2	3	2	1	1	1	2	1	3	3	3	3	2	2	1	3	3	49	Moderado
75	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	3	56	Alto
76	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	2	1	3	3	1	2	3	57	Alto
77	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	57	Alto
78	1	3	2	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	53	Moderado
79	1	3	3	3	1	3	3	1	1	3	3	1	3	3	2	3	3	2	1	3	3	52	Moderado
80	2	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	60	Alto
81	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	2	3	3	3	3	57	Alto
82	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	3	63	Alto
83	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	1	3	3	3	3	1	3	3	3	3	57	Alto
84	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	1	2	3	3	3	3	60	Alto
85	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66	Alto
86	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	3	1	3	3	3	3	0	2	1	3	3	52	Moderado
87	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	62	Alto
88	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	61	Alto
89	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	2	3	1	2	2	3	3	52	Moderado
90	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	3	57	Alto
91	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	0	3	3	3	3	3	3	3	63	Alto
92	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	2	2	2	3	3	3	61	Alto
93	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	1	3	2	3	2	3	3	57	Alto
94	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	66	Alto
95	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	3	3	58	Alto
96	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	3	33	Bajo
97	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	64	Alto

98	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	60	Alto
99	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	3	54	Alto
100	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	56	Alto	
101	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	61	Alto	
102	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	2	3	1	2	2	2	3	3	54	Alto	
103	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	62	Alto	
104	2	3	2	2	2	3	2	1	1	1	2	1	2	2	2	2	1	1	2	3	2	2	41	Moderado	
105	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	3	56	Alto	
106	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	2	2	1	2	2	47	Moderado	
107	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	0	3	3	3	3	3	59	Alto	
108	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	61	Alto	
109	2	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	3	52	Moderado	
110	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	2	61	Alto	
111	2	3	2	2	2	3	3	2	2	1	2	1	2	2	1	0	0	0	0	0	0	0	30	Bajo	
112	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	64	Alto	
113	2	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	60	Alto	
114	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	63	Alto	
115	1	3	2	2	2	3	2	2	2	3	3	2	3	3	1	3	1	2	2	3	3	3	51	Moderado	
116	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	62	Alto	
117	2	2	2	3	2	3	2	1	1	1	3	1	3	3	1	3	1	3	2	3	3	3	48	Moderado	
118	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	3	59	Alto	
119	2	2	3	2	2	2	2	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	2	2	50	Moderado	
120	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	61	Alto	
121	2	3	1	2	2	3	1	1	1	1	3	1	3	3	3	3	1	2	2	3	3	3	47	Moderado	
122	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	Alto	
123	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	63	Alto	
124	3	2	3	3	3	3	3	3	3	1	3	2	3	3	1	2	2	3	3	3	3	3	58	Alto	
125	3	3	3	3	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	1	3	3	3	1	3	3	3	59	Alto	
126	3	1	1	0	1	1	1	3	3	3	3	3	2	2	3	1	3	1	1	2	3	3	44	Moderado	
127	3	3	2	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	56	Alto	
128	3	3	1	3	1	3	1	3	3	2	3	3	3	3	2	3	1	1	2	3	3	3	53	Moderado	
129	1	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	58	Alto	
130	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	60	Alto	
131	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	3	56	Alto	
132	2	3	2	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	3	58	Alto	
133	1	3	1	2	1	3	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	3	3	37	Bajo	
134	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	62	Alto	
135	1	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto	
136	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	65	Alto	
137	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	1	3	3	3	3	3	60	Alto	
138	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	1	1	2	3	59	Alto	
139	3	3	3	3	1	3	1	1	1	3	3	1	3	3	2	3	1	1	1	3	3	3	49	Moderado	
140	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	60	Alto	
141	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	3	1	3	3	3	58	Alto	
142	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	59	Alto	
143	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	1	3	1	1	1	3	3	3	32	Bajo	
144	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	62	Alto	
145	3	2	2	3	2	2	2	1	1	1	3	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	50	Moderado	
146	1	1	2	3	2	1	2	1	1	1	3	1	3	3	3	3	2	2	1	3	3	3	45	Moderado	
147	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	1	2	1	1	1	3	3	45	Moderado	

148	3	3	2	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	1	2	3	1	1	3	3	56	Alto	
149	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	1	3	3	60	Alto
150	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	64	Alto
151	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	60	Alto
152	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	62	Alto
153	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	62	Alto
154	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	3	3	2	1	3	1	2	2	2	2	3	3	52	Moderado	
155	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	63	Alto
156	2	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	61	Alto
157	2	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto
158	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	Alto
159	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	3	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto
160	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	61	Alto
161	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	1	3	1	3	3	3	2	2	3	59	Alto	
162	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	1	3	3	58	Alto	
163	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	3	2	3	3	1	3	2	2	2	3	3	3	48	Moderado	
164	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	49	Moderado	
165	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	62	Alto
166	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	60	Alto	
167	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	2	3	3	58	Alto		
168	1	3	2	3	2	3	2	1	1	1	3	1	3	3	3	3	1	2	1	2	3	3	47	Moderado	
169	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	65	Alto	
170	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	1	2	2	1	3	1	1	1	3	3	3	40	Moderado	
171	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	2	3	3	59	Alto	
172	2	3	3	2	2	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	3	56	Alto	
173	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	61	Alto	
174	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	2	1	3	3	2	2	3	3	59	Alto	
175	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	62	Alto	
176	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	3	3	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	59	Alto	
177	3	3	3	3	2	3	2	2	2	2	3	1	3	3	1	3	2	2	2	3	3	3	54	Alto	
178	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	1	2	2	2	3	3	3	55	Alto	
179	2	3	2	2	2	3	2	2	2	1	3	1	3	2	2	3	1	2	2	3	3	3	49	Moderado	
180	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	2	2	2	3	3	3	2	3	3	59	Alto	
181	1	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	3	1	3	3	2	1	2	2	2	53	Alto	
182	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	3	3	3	51	Alto	
183	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	57	Alto	
184	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	2	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	62	Alto	
185	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	2	2	2	2	1	3	3	2	3	3	3	3	56	Alto	
186	3	3	3	3	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	3	3	2	2	2	3	3	3	57	Alto	
187	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	56	Alto	
188	2	3	3	3	2	3	2	1	1	2	3	1	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	54	Alto	
189	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	Alto	
190	3	3	3	3	3	3	3	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	60	Alto	
191	2	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	3	1	3	3	3	3	3	3	59	Alto	
192	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	3	62	Alto	
193	1	3	2	3	2	3	2	2	2	1	3	1	3	2	2	3	1	1	1	2	3	3	46	Moderado	
194	2	3	2	3	2	3	2	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	52	Alto	
195	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	3	2	3	3	61	Alto	
196	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto	
197	2	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	2	3	1	3	3	3	3	3	3	60	Alto	

198	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	2	3	3	3	3	3	3	2	3	3	59	Alto
199	1	3	2	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	55	Alto
200	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	2	2	2	2	3	2	3	3	3	58	Alto
201	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	61	Alto
202	3	3	1	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	59	Alto
203	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	3	3	3	2	3	3	63	Alto
204	2	3	2	2	2	3	2	2	2	2	3	1	2	3	1	3	2	2	2	3	3	50	Alto
205	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	2	3	1	3	3	3	2	3	61	Alto
206	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	3	2	3	3	59	Alto
207	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	3	3	3	64	Alto
208	3	3	3	3	3	3	3	1	1	2	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	59	Alto
209	1	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	56	Alto
210	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	1	3	1	3	3	2	1	2	57	Alto
211	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	3	3	2	1	3	3	3	60	Alto
212	1	3	3	3	1	3	0	1	1	1	3	1	3	3	3	3	1	1	1	3	3	45	Moderado
213	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	2	61	Alto
214	3	3	3	3	2	3	2	1	1	3	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto
215	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	3	1	3	3	2	3	1	1	2	3	3	45	Moderado
216	2	3	2	2	2	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	2	2	2	3	3	54	Alto
217	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	59	Alto
218	2	3	2	3	2	3	2	2	2	2	3	1	3	3	3	3	2	1	1	2	3	51	Moderado
219	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	3	2	1	2	2	2	3	3	55	Alto
220	2	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	57	Alto
221	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	2	3	2	2	2	2	2	2	3	3	56	Alto
222	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto
223	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	2	3	3	3	3	3	2	3	3	3	63	Alto
224	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	3	3	3	3	58	Alto
225	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	65	Alto
226	3	3	3	3	3	3	3	2	2	2	3	1	3	3	2	2	2	2	2	3	3	55	Alto
227	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	3	2	3	3	62	Alto
228	2	3	3	2	2	3	2	2	2	2	3	1	3	3	2	3	2	2	2	3	3	53	Alto
229	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	3	3	3	3	1	3	3	3	56	Alto
230	2	3	2	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	1	3	3	58	Alto
231	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	1	3	1	3	3	3	3	3	62	Alto
232	3	3	3	3	3	3	3	3	3	3	2	3	3	2	2	2	2	3	2	2	3	59	Alto
233	3	3	3	3	3	3	3	1	1	1	3	1	3	2	3	3	3	3	3	3	3	57	Alto
234	3	3	3	3	3	3	3	2	2	3	3	2	3	3	2	2	3	3	3	3	3	61	Alto
235	1	3	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	3	1	1	3	3	42	Moderado
236	2	3	3	3	3	3	3	1	2	1	3	1	3	3	2	3	3	3	2	3	3	56	Alto

Variable dependiente																											
Grado de soledad																											
Nº	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	Puntaje	Soledad	
1	5	4	2	1	5	5	1	1	1	1	1	0	1	4	4	4	5	5	1	5	4	5	4	2	71	Media	
2	5	1	1	1	1	3	1	1	5	5	0	5	5	5	1	1	5	1	1	5	3	4	5	2	67	Media	
3	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	4	4	2	1	1	1	4	3	1	1	48	Baja	
4	2	2	1	1	1	4	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	2	1	1	1	2	2	1	2	61	Media	
5	3	3	1	2	1	4	1	2	1	1	1	2	4	4	1	4	2	1	3	3	4	4	1	1	54	Baja	
6	3	3	2	3	3	4	2	2	3	5	5	5	4	4	2	2	2	1	3	1	3	4	1	2	69	Media	
7	3	2	4	2	2	4	2	3	3	5	5	5	4	3	2	4	3	3	4	2	3	4	2	2	76	Media	
8	2	2	2	2	3	2	2	4	5	5	5	5	2	1	1	1	2	4	2	1	4	5	1	2	65	Media	
9	3	3	2	2	2	5	1	3	4	5	5	5	4	4	4	4	4	5	4	1	4	4	5	2	85	Media	
10	4	2	4	2	1	2	1	4	4	5	5	4	1	1	1	2	3	4	4	5	3	5	5	4	76	Media	
11	1	2	1	1	1	3	1	1	1	5	5	5	5	5	3	5	2	1	1	1	2	4	1	3	60	Media	
12	4	2	1	1	1	4	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	2	1	1	2	2	3	2	4	68	Media	
13	2	3	1	1	1	2	1	1	4	5	5	5	3	3	2	5	1	1	3	4	2	2	1	1	59	Media	
14	3	2	5	1	1	5	1	2	3	1	1	1	3	3	3	3	5	1	2	5	3	4	5	5	68	Media	
15	5	4	1	4	4	5	1	4	4	5	5	5	4	4	2	5	3	1	3	1	4	3	1	4	82	Media	
16	3	3	1	3	1	4	1	1	3	5	5	5	4	4	3	3	2	1	3	1	2	3	3	1	65	Media	
17	5	4	2	3	3	5	1	4	4	5	5	5	4	1	4	1	5	3	4	5	2	4	2	5	86	Media	
18	4	4	1	1	1	5	1	4	5	5	5	5	1	1	1	1	5	1	2	1	1	4	1	4	64	Media	
19	3	3	2	3	1	4	2	1	1	4	4	4	1	1	3	3	2	1	1	1	2	4	1	5	57	Media	
20	2	2	2	2	1	4	1	1	1	5	5	5	2	1	1	1	5	1	1	1	3	5	3	5	60	Media	
21	4	4	2	4	2	5	1	3	3	5	5	5	5	5	5	5	2	3	2	2	5	2	5	4	2	85	Media
22	3	2	1	1	1	5	1	2	2	5	5	5	5	5	5	5	2	2	2	2	4	3	5	1	5	77	Media
23	4	3	2	2	1	5	1	1	1	5	5	5	1	1	1	1	3	4	2	5	3	4	1	3	64	Media	
24	1	1	1	1	1	4	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	1	1	2	4	5	1	43	Baja	
25	1	1	1	1	1	3	1	2	2	5	5	5	4	4	2	3	1	1	1	2	3	4	5	3	61	Media	
26	5	1	1	2	0	1	5	5	1	5	5	0	5	5	5	4	1	2	5	5	3	3	1	4	74	Media	
27	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Baja
28	1	1	1	1	5	1	5	4	4	3	3	3	4	4	3	4	3	4	4	2	3	3	2	3	71	Media	
29	4	1	1	3	4	2	4	4	5	5	5	3	3	2	3	4	4	4	3	2	4	2	3	3	78	Media	
30	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	Baja
31	3	3	1	1	1	4	1	2	3	1	1	1	5	5	5	5	2	2	2	2	2	5	1	3	61	Media	
32	4	4	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	5	4	1	1	2	1	3	5	1	5	60	Media	
33	1	2	1	2	1	5	1	1	1	4	3	1	3	3	2	5	3	2	5	3	4	4	3	4	62	Media	
34	3	3	1	2	2	4	1	3	3	5	5	5	3	3	3	4	3	1	3	1	3	5	1	4	71	Media	
35	1	1	1	1	5	1	5	3	5	5	5	1	1	3	5	5	1	1	1	5	3	2	1	4	66	Media	
36	5	2	1	1	1	4	1	1	1	5	5	5	2	4	1	1	1	1	5	3	2	1	1	3	57	Media	
37	4	3	1	1	1	4	1	3	4	5	5	5	5	5	4	2	1	1	1	2	3	1	4	3	69	Media	
38	4	2	0	0	0	0	0	0	0	0	5	5	5	5	5	5	5	1	1	0	0	4	0	1	1	44	Baja
39	1	1	1	1	1	5	1	2	2	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	2	3	1	3	63	Media	
40	1	1	1	5	5	1	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	102	Alta	
41	4	3	1	2	1	2	1	1	2	1	1	1	2	2	1	2	2	1	5	5	4	3	1	3	51	Baja	
42	1	1	1	3	5	1	1	4	0	5	5	5	4	4	1	5	0	1	0	0	4	0	3	4	58	Media	
43	1	1	1	1	2	3	1	3	3	5	5	5	5	5	1	2	1	5	3	5	1	3	1	4	67	Media	
44	1	1	1	1	2	2	1	2	2	1	1	1	3	3	2	3	1	1	1	1	2	3	1	2	39	Baja	
45	5	5	1	1	5	5	5	4	5	5	5	5	2	2	2	2	5	5	5	1	2	4	1	2	84	Media	
46	1	1	1	1	2	0	1	2	2	5	5	5	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	42	Baja	
47	1	1	1	1	5	3	1	1	1	5	5	5	5	5	5	2	4	2	2	2	1	2	3	1	2	61	Media
48	2	2	1	2	2	3	1	2	3	1	1	1	5	5	2	4	2	2	2	0	4	2	1	1	51	Baja	
49	1	1	1	2	3	2	1	2	2	1	1	1	2	2	2	2	1	1	1	1	3	1	1	1	36	Baja	
50	4	4	1	1	2	5	1	2	2	5	5	5	4	4	2	4	1	1	1	5	5	3	3	4	74	Media	
51	5	5	1	4	1	2	1	1	2	1	1	3	2	2	2	2	1	1	4	5	3	1	1	1	52	Baja	
52	3	3	2	1	5	1	1	1	1	1	1	2	2	2	2	1	1	0	1	4	3	4	3	1	46	Baja	
53	3	3	1	2	1	3	1	2	2	1	5	5	5	4	1	2	2	1	2	1	2	3	1	3	56	Media	
54	3	4	5	2	2	5	1	2	2	2	2	3	1	1	1	5	4	4	2	5	3	4	5	2	70	Media	
55	2	2	1	2	1	4	1	2	1	5	2	5	3	3	4	2	2	2	2	1	3	2	1	3	56	Media	
56	3	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	3	3	1	45	Baja	
57	1	0	1	1	1	4	1	1	5	5	5	5	2	1	2	1	0	1	1	1	2	2	1	1	45	Baja	
58	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5	5	2	2	2	1	2	3	1	3	64	Media	
59	3	2	1	4	4	4	1	4	4	5	5	5	3	3	2	3	1	3	3	1	2	4	2	2	71	Media	
60	4	4	2	1	1	5	1	1	0	1	1	1	3	3	3	3	0	1	1	1	1	4	1	5	48	Baja	
61	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	5	5	5	5	5	1	1	1	2	2	1	1	45	Baja	
62	1	1	1	2	4	1	3	3	5	5	5	2	2	2	4	3	3	3	3	1	3	1	1	2	61	Media	

63	1	1	1	1	1	4	1	1	1	5	5	5	2	2	2	3	1	1	1	1	2	4	1	2	49	Baja
64	1	1	1	1	1	3	1	1	2	1	1	1	3	3	3	2	1	1	1	1	2	1	1	1	35	Baja
65	3	3	2	5	3	1	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	5	5	2	2	3	4	1	90	Alta
66	2	2	1	1	1	3	1	1	1	5	5	5	5	5	5	2	3	1	1	5	2	4	1	3	65	Media
67	1	1	5	1	1	2	0	1	1	1	1	1	2	2	1	2	2	2	0	5	2	0	5	1	40	Baja
68	1	2	0	0	0	0	0	0	0	5	3	2	5	5	3	4	0	0	0	0	1	0	2	1	34	Baja
69	2	2	1	1	2	2	1	2	3	5	5	5	4	4	3	3	1	1	2	1	3	2	1	1	57	Media
70	1	2	1	2	2	2	1	4	4	5	5	5	5	5	5	4	2	1	3	1	3	3	1	3	70	Media
71	2	2	1	2	2	3	1	2	2	1	1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	4	3	1	1	49	Baja
72	4	3	1	4	4	4	4	4	4	5	5	4	5	5	5	5	5	4	5	2	3	4	4	5	98	Alta
73	4	4	1	2	2	4	1	3	3	5	5	5	4	4	2	4	1	1	3	1	4	4	1	1	69	Media
74	2	2	2	2	1	4	2	3	2	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	2	1	1	1	1	64	Media
75	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	2	2	1	4	1	1	1	5	4	4	3	3	46	Baja
76	5	4	1	2	2	5	1	2	2	5	5	5	5	5	2	2	2	2	2	5	3	3	1	5	76	Media
77	5	3	0	3	3	4	1	3	2	5	5	5	5	5	1	5	3	4	4	3	4	4	4	3	84	Media
78	1	1	3	4	2	3	1	1	1	1	1	4	4	2	5	2	1	1	0	2	1	1	1	1	44	Baja
79	1	1	1	3	2	3	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	4	3	1	1	39	Baja
80	1	1	1	1	2	2	2	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	3	1	1	32	Baja
81	1	1	1	1	1	4	1	2	0	3	3	3	5	4	3	4	0	0	0	5	1	1	5	0	49	Baja
82	1	1	1	1	1	3	1	2	2	1	1	1	3	3	3	4	1	1	1	1	2	5	1	1	42	Baja
83	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	4	4	2	4	1	1	1	1	4	2	1	1	39	Baja
84	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	3	3	3	3	1	1	1	5	4	2	5	3	48	Baja
85	1	1	1	5	1	4	1	1	1	1	1	1	5	5	5	4	1	1	1	1	2	3	5	1	53	Baja
86	1	1	1	4	1	1	1	3	3	5	5	5	4	4	4	4	2	1	1	1	2	3	3	3	63	Media
87	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	5	5	5	3	1	1	1	1	2	3	1	1	43	Baja
88	1	1	1	1	1	3	1	0	0	5	5	5	4	4	2	2	1	1	1	0	2	3	1	3	48	Baja
89	5	5	2	3	2	5	1	0	0	5	5	5	4	4	4	4	3	2	4	1	3	5	3	0	75	Media
90	2	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	3	2	5	5	5	5	2	5	66	Media
91	2	2	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	1	1	1	2	5	1	1	1	2	2	1	5	41	Baja
92	2	2	2	3	2	5	1	2	0	5	5	5	2	2	2	4	4	2	3	1	4	4	1	5	68	Media
93	4	4	1	1	5	5	1	1	4	5	5	5	4	4	4	4	2	2	2	1	2	5	3	1	75	Media
94	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	4	4	4	4	1	1	1	1	1	2	1	1	34	Baja
95	3	3	2	2	1	5	1	1	2	1	1	1	4	4	4	4	2	2	2	3	1	5	3	5	62	Media
96	1	1	1	1	5	2	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	2	1	5	1	85	Media
97	1	1	1	1	1	3	1	2	2	2	1	1	4	4	2	3	1	1	1	1	2	3	1	3	43	Baja
98	2	2	1	1	1	5	1	1	1	5	5	5	5	5	5	4	2	2	2	5	5	1	4	72	Media	
99	5	4	2	2	2	5	1	2	2	5	5	5	5	5	5	3	3	2	2	2	4	5	3	4	83	Media
100	3	3	1	1	1	5	1	2	2	2	2	2	3	3	2	4	2	2	1	2	4	5	1	3	57	Media
101	1	1	2	1	1	5	1	1	2	5	5	5	3	3	3	4	2	1	1	1	3	4	3	4	62	Media
102	3	3	2	3	2	3	3	2	2	2	4	3	4	4	4	4	3	2	3	1	4	2	2	4	69	Media
103	1	1	5	1	1	5	1	3	2	1	1	1	1	1	1	4	1	1	1	1	1	1	1	1	38	Baja
104	4	4	4	5	4	5	1	4	3	3	3	3	5	5	5	5	5	5	5	3	4	5	3	5	98	Alta
105	4	4	2	2	2	4	2	3	3	5	5	5	4	4	5	4	3	2	2	2	4	5	1	4	81	Media
106	4	4	2	2	2	4	1	3	2	5	5	5	4	4	3	4	2	2	2	1	4	4	2	5	76	Media
107	3	3	1	1	1	5	1	1	2	2	2	2	4	4	4	4	2	1	1	1	3	2	1	2	53	Baja
108	4	4	1	1	1	5	2	1	4	5	5	5	4	4	4	5	0	0	0	0	0	0	0	0	55	Baja
109	3	3	1	1	1	5	1	3	2	5	5	5	5	5	5	4	3	2	2	3	4	5	1	5	79	Media
110	2	2	2	1	1	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	2	1	2	49	Baja
111	4	4	3	4	3	3	1	3	4	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	1	3	5	2	5	92	Alta
112	2	2	1	1	1	5	2	2	2	5	5	5	4	4	4	5	2	1	1	5	4	1	5	70	Media	
113	1	1	1	1	1	5	2	1	3	5	5	5	5	5	5	5	3	1	2	1	3	4	1	2	68	Media
114	2	2	1	1	1	5	1	1	2	1	1	1	5	5	5	4	3	1	1	1	3	5	1	1	54	Baja
115	2	2	2	2	1	5	1	2	2	5	5	5	5	5	5	5	2	3	3	1	2	3	2	5	75	Media
116	2	2	1	2	1	5	1	2	3	5	5	5	4	4	4	4	2	2	1	3	5	2	5	72	Media	
117	3	3	3	2	3	3	2	4	2	3	4	4	4	4	4	3	4	3	3	3	1	4	1	5	75	Media
118	4	4	2	2	2	5	1	2	2	5	5	5	5	5	5	4	3	2	3	3	2	4	2	4	81	Media
119	5	5	4	3	1	5	1	4	2	5	5	5	1	1	1	5	4	4	4	1	1	5	1	5	78	Media
120	3	4	3	2	1	5	1	1	1	4	4	4	3	3	1	5	1	1	1	1	1	3	1	1	55	Baja
121	4	4	1	2	1	4	2	4	4	4	4	3	5	5	5	5	4	4	4	1	3	4	1	4	82	Media
122	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	5	4	5	3	2	2	1	1	1	2	2	1	2	54	Baja
123	4	4	2	2	1	5	1	2	2	5	5	5	4	4	4	4	2	2	1	3	2	4	1	5	74	Media
124	1	1	1	1	1	5	1	1	2	1	1	1	3	3	3	2	2	1	3	1	3	3	1	4	46	Baja
125	1	1	1	2	3	2	1	4	4	5	5	5	5	5	2	5	2	2	3	1	2	2	1	1	65	Media
126	5	5	5	4	3	5	2	4	3	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	4	4	4	103	Alta
127	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	2	2	2	4	1	1	1	1	3	3	1	5	42	Baja

128	2	2	1	1	4	4	1	2	2	5	5	5	5	5	5	5	5	1	1	1	1	4	4	1	3	70	Media
129	2	2	2	1	1	4	1	1	1	3	3	1	5	5	5	2	1	1	1	1	1	3	1	2	50	Baja	
130	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	1	2	1	1	29	Baja	
131	5	5	1	3	1	2	1	4	5	5	5	5	5	5	1	1	5	2	2	5	3	5	3	84	Media		
132	4	4	1	3	2	5	1	3	3	5	5	5	5	4	2	3	3	2	3	1	3	3	1	3	74	Media	
133	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	4	2	1	1	1	1	1	1	1	3	1	4	81	Media
134	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	5	3	3	2	4	1	1	1	1	1	1	3	3	5	56	Media
135	5	4	1	4	2	5	1	1	3	1	1	1	4	4	2	2	1	1	1	1	1	1	4	1	5	56	Media
136	1	1	1	1	1	5	1	2	2	1	1	1	4	4	2	2	1	1	1	1	2	3	1	1	41	Baja	
137	2	2	2	2	1	5	1	2	2	1	1	1	5	5	5	5	1	1	1	1	3	4	3	4	60	Media	
138	3	3	3	2	1	5	1	2	2	1	1	1	5	5	5	5	1	1	1	1	3	3	1	3	59	Media	
139	1	1	1	2	4	4	1	5	5	5	5	5	5	5	1	5	4	4	4	1	5	3	1	4	81	Media	
140	4	2	1	4	1	5	1	1	2	5	5	5	5	5	2	2	1	1	1	1	1	3	1	2	58	Media	
141	3	3	3	1	1	5	1	2	2	5	5	5	4	4	2	4	1	1	1	1	3	3	1	3	64	Media	
142	1	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	5	5	1	4	1	1	1	1	2	2	1	3	41	Baja	
143	5	5	1	5	5	4	5	5	4	5	5	5	5	5	1	4	5	5	5	1	4	3	1	4	97	Alta	
144	1	1	1	1	1	5	1	3	2	5	1	3	2	2	1	2	1	1	1	1	4	2	2	1	45	Baja	
145	1	1	1	3	3	2	2	3	3	3	2	3	2	2	1	2	2	2	2	1	4	3	1	1	50	Baja	
146	3	3	3	3	3	5	2	4	4	4	3	2	5	5	5	5	1	2	2	1	3	3	1	3	75	Media	
147	1	1	1	3	3	5	3	3	2	3	3	4	4	2	4	4	1	1	3	1	3	3	3	4	65	Media	
148	1	1	1	1	1	5	1	3	3	5	5	5	2	2	1	2	1	1	3	1	3	3	1	3	55	Baja	
149	1	1	1	1	1	5	1	1	2	5	5	5	3	3	2	3	1	1	1	1	2	3	1	1	51	Baja	
150	1	1	1	1	1	5	1	1	1	5	5	5	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	1	44	Baja	
151	3	1	1	1	1	5	1	1	2	5	5	5	2	2	1	2	1	1	1	1	3	2	1	3	51	Baja	
152	3	3	1	2	1	5	1	2	3	1	1	1	4	4	2	4	1	1	1	1	3	3	1	3	52	Baja	
153	1	1	1	1	1	5	1	2	2	1	1	1	2	2	1	2	1	1	1	1	2	1	1	3	36	Baja	
154	3	3	1	3	3	5	1	3	3	5	5	5	3	3	2	3	1	1	1	1	4	3	1	3	66	Media	
155	1	1	1	1	1	5	1	2	4	1	1	1	5	5	1	5	1	1	1	1	2	1	1	1	45	Baja	
156	2	2	2	3	2	2	1	3	3	3	3	2	3	3	1	2	1	1	1	1	2	3	1	2	49	Baja	
157	1	1	1	1	2	2	1	2	3	2	1	2	3	3	1	3	1	1	1	1	3	1	1	1	39	Baja	
158	1	1	1	1	1	2	1	1	2	1	1	1	3	3	1	4	1	1	1	1	2	1	1	2	35	Baja	
159	1	1	1	1	1	2	1	1	1	5	5	5	2	2	1	2	1	1	1	1	3	2	1	2	44	Baja	
160	3	2	1	1	2	5	1	3	3	5	5	5	5	5	3	5	1	1	1	1	1	1	1	3	64	Media	
161	2	2	1	2	1	5	1	1	2	2	1	1	3	3	1	4	1	1	1	1	1	3	1	3	44	Baja	
162	1	1	1	1	1	5	1	3	3	1	1	1	5	5	5	5	1	1	1	1	3	4	1	3	55	Baja	
163	5	2	1	1	2	5	1	1	2	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	3	1	5	1	4	74	Media	
164	4	4	2	2	1	5	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	3	1	4	5	2	5	70	Media	
165	1	1	1	1	1	2	1	1	1	5	5	5	2	2	1	2	1	1	1	1	2	4	1	4	47	Baja	
166	2	1	1	1	1	3	1	1	1	1	1	1	4	4	2	3	1	1	1	1	3	1	3	2	41	Baja	
167	2	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	3	3	2	4	1	1	1	1	2	2	1	2	37	Baja	
168	3	3	1	2	3	5	1	3	5	3	4	3	2	2	2	4	1	2	3	1	4	3	1	2	63	Media	
169	2	2	1	1	1	5	3	1	3	4	4	4	4	5	5	5	2	2	1	1	1	2	3	1	5	64	Media
170	5	5	4	5	5	5	3	4	4	5	5	5	4	4	4	4	5	5	5	3	4	5	2	5	105	Alta	
171	4	4	3	3	3	4	2	3	3	5	5	5	5	5	5	5	3	3	4	2	4	5	1	4	90	Alta	
172	3	3	2	2	2	4	2	2	2	5	5	5	3	3	3	4	2	2	2	1	4	5	1	4	71	Media	
173	4	4	1	1	1	5	1	2	2	5	5	5	4	4	4	4	2	1	1	1	2	2	2	3	66	Media	
174	5	5	1	1	1	5	1	1	2	5	5	5	4	4	4	1	2	1	2	1	5	5	1	5	72	Media	
175	1	1	1	1	1	5	1	2	2	5	5	5	3	3	2	3	1	1	1	1	3	3	1	3	55	Baja	
176	5	5	3	3	1	4	2	1	2	5	5	5	5	2	2	2	2	2	1	1	3	1	1	4	67	Media	
177	3	3	2	2	2	5	2	3	3	2	2	2	4	4	4	3	2	3	3	2	5	1	4	4	70	Media	
178	3	3	1	1	1	5	1	2	2	5	5	5	4	4	4	4	2	2	1	1	3	4	1	4	68	Media	
179	4	4	3	3	3	4	3	4	4	3	3	3	4	4	4	4	3	3	4	3	3	4	2	5	84	Media	
180	2	2	1	1	1	4	1	2	3	5	5	5	4	4	4	4	1	1	1	1	4	5	1	5	67	Media	
181	2	2	2	2	2	3	3	2	2	2	2	2	4	4	4	4	2	2	2	1	3	2	1	4	59	Media	
182	4	4	2	3	1	5	1	1	2	5	5	5	4	4	4	4	3	1	2	1	2	4	2	5	74	Media	
183	2	2	2	2	1	5	1	1	1	2	2	2	2	2	2	3	2	2	1	1	2	3	1	3	47	Baja	
184	1	1	1	1	1	5	4	1	1	5	5	5	4	4	4	4	2	1	1	1	1	5	1	5	64	Media	
185	4	4	1	1	1	5	2	1	1	2	2	2	4	4	4	4	3	1	1	1	3	5	1	4	61	Media	
186	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	3	2	1	1	1	1	3	4	1	1	1	32	Baja	
187	4	4	1	3	2	5	1	3	2	5	5	5	4	4	2	3	2	1	1	1	1	3	2	4	68	Media	
188	3	3	3	2	2	5	1	3	3	5	5	5	4	4	2	4	1	1	1	1	4	1	1	3	67	Media	
189	3	2	1	1	1	5	1	2	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	1	1	2	39	Baja	
190	1	1	1	1	3	2	1	2	2	2	2	2	4	4	1	4	1	1	1	1	4	1	1	1	44	Baja	
191	3	2	1	1	2	3	2	2	3	5	5	5	2	2	1	2	1	1	1	1	4	1	1	1	52	Baja	
192	1	1	1	1	1	2	1	1	1	1	1	1	5	5	3	5	1	1	1	1	3	1	1	3	43	Baja	

193	4	4	1	4	3	5	1	3	5	3	5	3	4	4	2	5	1	1	1	1	2	1	2	3	68	Media	
194	2	1	1	1	2	2	1	3	4	5	5	5	4	4	3	4	1	1	1	1	2	1	1	1	56	Media	
195	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	4	4	1	2	1	1	1	1	2	3	1	2	38	Baja	
196	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	4	4	3	2	1	1	1	1	2	1	1	2	38	Baja	
197	4	2	1	2	2	5	1	3	4	5	5	5	4	4	1	3	1	1	3	2	3	3	3	4	71	Media	
198	2	2	2	2	3	5	1	3	4	5	5	5	4	4	2	3	1	1	1	1	4	1	1	2	64	Media	
199	1	1	1	2	3	5	2	3	4	5	5	5	3	3	1	4	1	1	1	1	2	1	1	3	59	Media	
200	2	2	1	1	1	5	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	2	1	2	1	4	4	1	5	60	Media	
201	2	1	1	1	2	5	1	2	3	2	2	2	4	4	2	3	1	1	1	1	2	3	1	1	48	Baja	
202	3	3	1	2	1	5	2	2	2	2	2	2	4	4	2	4	3	1	1	1	4	4	3	4	62	Media	
203	2	2	1	1	1	1	2	2	2	5	5	5	4	4	4	4	2	2	2	1	4	4	1	4	65	Media	
204	4	4	2	3	3	3	2	3	3	5	5	5	4	4	4	3	3	3	4	1	4	4	1	4	82	Media	
205	3	2	1	2	2	5	1	2	3	5	5	5	5	5	3	5	1	1	2	1	2	3	1	3	68	Media	
206	2	2	1	2	2	4	2	3	2	5	5	5	3	3	3	4	2	2	2	1	4	4	1	4	68	Media	
207	1	1	1	1	1	5	1	1	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	1	2	2	1	3	37	Baja	
208	3	2	1	1	1	5	1	2	2	1	5	5	2	2	1	3	2	1	1	1	2	2	3	1	50	Baja	
209	1	1	1	1	3	3	1	2	1	1	1	3	3	3	2	3	1	1	1	1	1	1	1	1	38	Baja	
210	3	2	1	1	1	5	1	1	1	5	5	5	5	5	3	4	1	1	1	3	2	1	3	4	64	Media	
211	3	3	3	1	1	5	1	1	1	1	1	1	5	5	1	2	2	2	2	1	2	3	1	1	49	Baja	
212	3	3	1	1	2	4	1	1	3	4	4	4	4	5	5	1	4	3	1	1	5	3	2	4	2	67	Media
213	1	1	1	1	1	5	1	3	3	2	2	2	5	5	5	5	1	1	1	1	4	3	1	3	58	Media	
214	1	1	1	1	3	1	1	0	0	1	1	1	5	5	5	5	1	1	1	1	2	2	1	1	42	Baja	
215	4	4	4	3	3	3	3	4	4	5	5	5	5	5	5	4	4	4	4	3	3	4	2	5	95	Alta	
216	4	4	2	3	2	4	3	3	3	5	5	5	4	4	4	4	3	3	3	1	4	4	1	4	82	Media	
217	2	2	2	2	2	4	2	2	3	2	2	2	2	3	3	3	2	2	3	1	4	4	1	4	59	Media	
218	3	3	3	3	3	5	1	3	4	5	5	5	3	3	1	3	1	1	1	1	4	3	3	4	71	Media	
219	3	3	2	2	2	4	2	3	3	5	5	5	5	5	5	2	2	3	1	4	4	1	4	4	80	Media	
220	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	4	4	1	3	1	1	1	1	3	2	1	3	40	Baja	
221	3	3	2	2	2	4	2	3	3	5	5	5	5	5	5	5	3	2	4	1	4	4	1	4	82	Media	
222	1	1	1	1	1	2	1	2	2	2	1	1	1	3	3	1	1	1	1	1	3	1	1	1	34	Baja	
223	2	2	2	2	2	4	2	2	2	2	2	2	4	4	4	4	2	1	1	1	3	4	1	4	59	Media	
224	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	4	4	1	3	1	1	1	1	3	2	1	1	38	Baja	
225	1	1	1	1	1	3	1	2	2	2	1	1	1	3	3	2	2	1	1	1	3	2	1	1	38	Baja	
226	3	3	3	3	2	4	2	3	3	5	5	5	5	5	5	4	3	2	3	1	4	4	1	4	82	Media	
227	4	4	1	3	3	3	1	3	5	5	5	5	3	3	1	2	3	3	3	4	3	4	4	5	80	Media	
228	3	3	3	3	3	4	2	3	3	5	5	5	5	5	5	3	3	3	1	3	4	1	4	4	84	Media	
229	1	1	1	1	2	2	3	3	3	2	2	2	3	3	1	2	1	1	1	1	3	3	1	1	44	Baja	
230	4	4	1	3	1	5	2	3	5	5	5	5	4	4	1	3	2	2	2	3	3	4	4	4	79	Media	
231	1	1	1	1	1	2	1	2	2	1	1	1	2	2	1	3	1	1	1	1	2	2	1	3	35	Baja	
232	2	2	1	2	2	3	2	2	2	5	5	5	4	4	4	4	3	2	2	1	3	4	1	4	69	Media	
233	1	1	1	1	2	2	1	1	1	1	1	1	4	4	2	3	1	1	1	1	3	2	2	1	39	Baja	
234	2	2	2	1	2	3	2	3	3	2	2	2	4	4	4	4	2	1	2	1	4	4	1	3	60	Media	
235	1	1	1	1	5	3	3	5	5	5	5	5	3	3	2	4	3	5	5	5	3	4	4	5	86	Media	
236	2	2	2	1	2	4	2	3	2	3	3	3	4	4	4	4	3	2	2	1	2	4	2	5	66	Media	



Variable Dependiente																												
Síntomas Psiquiátricos																												
N°	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28
1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0
2	0	0	1	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1
4	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
5	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
6	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
7	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	0	0	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
8	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0
9	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0
10	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0
11	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	1	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
13	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	1	0	1	1	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0
15	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
16	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1
17	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	1	0	0	0
18	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0
19	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
20	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0
21	0	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
22	1	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0
23	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
24	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
25	0	0	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	0	0	1	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
27	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
28	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
29	0	1	0	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
30	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
31	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
32	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0
33	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0
34	1	0	1	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1
35	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
36	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
37	1	0	0	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
38	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	0	0	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
40	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
41	1	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	0	0	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
43	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
44	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
45	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
46	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0
47	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
48	0	0	0	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
49	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0
50	0	0	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
51	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
52	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0
54	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0
55	1	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0
56	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0

177	0	0	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1		
178	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
179	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
180	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
181	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
183	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
184	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
185	1	0	1	0	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1		
186	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0		
187	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
188	1	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
189	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
190	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
191	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0		
192	1	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0		
193	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
194	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
195	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0	
196	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
197	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
198	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
199	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
200	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
201	0	1	1	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
202	1	1	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
203	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
204	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
205	1	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
207	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
209	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
210	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
211	0	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
212	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
213	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
214	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
215	1	0	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
216	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
217	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1
218	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0
219	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
220	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
221	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	
222	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
223	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
224	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	
225	1	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	
226	0	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
227	0	0	1	1	1	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
228	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
229	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1
230	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
231	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	
232	1	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0
233	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
234	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
235	0	0	1	1	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	
236	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0