

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA 2017

Presentada por el Bachiller:

Gamarra Hancoco Eddy Jesús

Trabajo de Investigación para optar
el Título Profesional de Médico –
Cirujano

ASESORA:

Dra. Miriam Camargo Pantoja

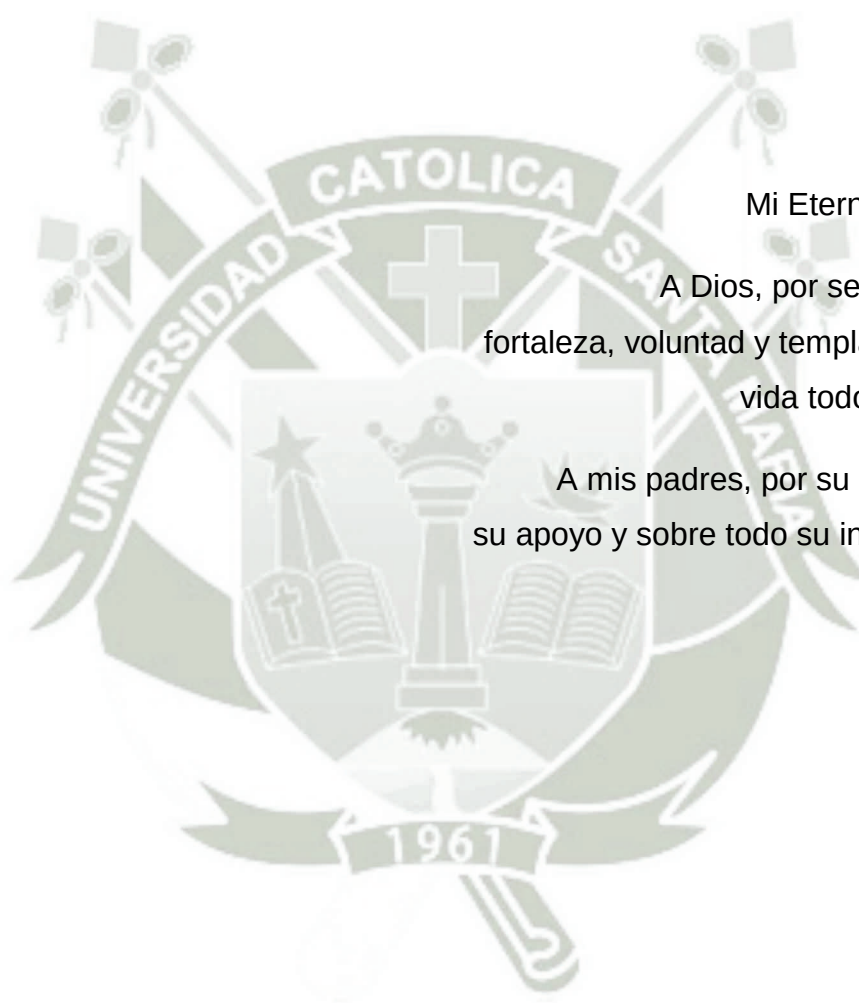
**Arequipa - Perú
2017**

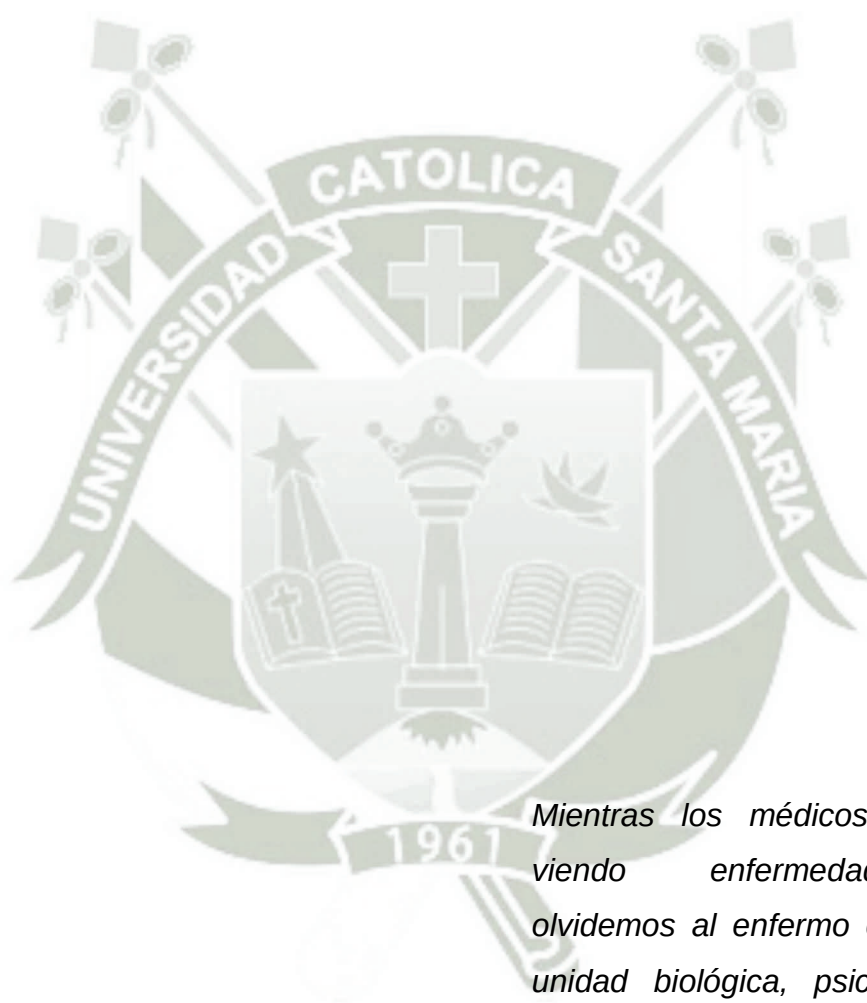
DEDICATORIA

Mi Eterna Gratitud:

A Dios, por ser fuente de
fortaleza, voluntad y templanza en mi
vida todos los días.

A mis padres, por su gran amor,
su apoyo y sobre todo su interminable
paciencia.





Mientras los médicos sigamos viendo enfermedades y olvidemos al enfermo como una unidad biológica, psicológica y social, seremos simples zapateros remendones de la personalidad humana.

Ramón Carrillo

INDICE GENERAL

RESUMEN	2
ABSTRACT	3
INTRODUCCION	4
CAPITULO I MATERIAL Y MÉTODOS	5
CAPITULO II RESULTADOS	9
CAPITULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS	39
CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	44
BIBLIOGRAFIA	47
ANEXOS	
ANEXO 1 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	56
ANEXO 2 MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS	140

RESUMEN

El presente trabajo de investigación pretende determinar las características generales, el nivel de dependencia funcional, el nivel de depresión, la correlación entre el nivel de dependencia funcional y el nivel de depresión, así como la relación entre características generales, nivel de dependencia funcional y nivel de depresión en adultos mayores que acuden al consultorio externo de geriatría y PADOMI del hospital III Yanahuara, Arequipa 2017. Para ello se realizó un estudio de corte transversal, tipo entrevista, de carácter descriptivo, realizado en mayo del 2017. En consultorio externo se identificó a 189 adultos mayores de 65 años que desearon ingresar al estudio y cumplían con criterios de inclusión; además se realizaron visitas a las casas de pacientes del PADOMI quienes también fueron evaluados en total 85. Se utilizó como instrumentos el Índice de katz, escala de depresión geriátrica de Yesavage, herramientas más utilizadas para la medición de dependencia y depresión respectivamente, y la ficha de recolección de datos. Encontrándose que dentro del tamaño muestral de 274 adultos mayores, 51.1% masculinos y el 48.9% femeninos, la mayor proporción de adultos mayores tuvo entre 75 a 84 años (49.6%). El 9.1% solteros, 55.1% casados, 30.7% viudos y 5.1% divorciados. Grado de instrucción primaria 35.8%, 33.9% secundaria, 24.8% superior universitaria y 5.5% superior técnica. El 83.2% vivía con familia, 8.8% solo y 8% con cuidador. Dependencia parcial 51.5%, 2.2% dependencia total y 46.4% independiente; en consultorio externo el 67.2% era independiente y en PADOMI el 92.9% tenía dependencia parcial. Sin depresión 32.1%, depresión leve 45.3%, depresión establecida 22.6%. Relación dependencia funcional – depresión ($p \geq 0.05$). Relación dependencia – edad, estado civil, convivencia ($p < 0.05$). Relación depresión – edad, estado civil, grado de instrucción, convivencia ($p < 0.05$). Concluyéndose que no existe correlación significativa entre dependencia funcional y depresión.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, dependencia funcional, depresión.

ABSTRACT

The present study aims to determine the general characteristics, the level of functional dependence, the level of depression, the correlation between the level of functional dependence and the level of depression, as well as the relationship between general characteristics, level of functional dependence and level Of depression in older adults who come to the external geriatrics clinic and PADOMI of III Yanahuara hospital, Arequipa 2017. For this purpose, a cross-sectional, interview type, descriptive study was carried out in May 2017. In an outpatient clinic, To 189 adults over 65 who wanted to enter the study and met inclusion criteria; In addition, visits were made to the homes of PADOMI patients who were also evaluated in total 85. The Katz Index, Yesavage's geriatric depression scale, tools used for measuring dependency and depression respectively, and the card of data collection. It was found that in the sample size of 274 elderly, 51.1% male and 48.9% female, the highest proportion of older adults was between 75 and 84 years old (49.6%). 9.1% single, 55.1% married, 30.7% widowed and 5.1% divorced. Primary education level 35.8%, 33.9% secondary, 24.8% higher university and 5.5% higher technical. 83.2% lived with family, 8.8% only and 8% with caregiver. Partial dependence 51.5%, 2.2% total dependency and 46.4% independent; In an outpatient clinic 67.2% were independent and 92.9% had partial dependency in PADOMI. No depression 32.1%, mild depression 45.3%, depression established 22.6%. Relation functional dependency - depression ($p \geq 0.05$). Relationship dependence - age, marital status, coexistence ($p < 0.05$). Relationship depression - age, marital status, degree of education, coexistence ($p < 0.05$). Concluding that there is no significant correlation between functional dependence and depression.

KEY WORDS: Elderly, functional dependence, depression.

INTRODUCCIÓN

Son los pacientes adultos mayores quienes por su edad, condición física, salud mental y otros factores quienes precisan de gran apoyo en casa, la vía pública, los centros de recreación y los centros hospitalarios; ya que muchos de ellos al ver disminuida su estado de independencia para realizar labores cotidianas simples y otras un poco más complejas llegan a sentirse inservibles, un peso para la familia y finalmente terminan deprimiéndose.

Durante mi experiencia en pregrado pude observar que gran parte de este tipo de pacientes que acudían a consultorios de geriatría precisaban de ayuda de familiares quienes en algunos casos tenían poca paciencia para con ellos. Además algunas veces pude observar que algunos de estos pacientes acudían a consulta absolutamente solos, siendo lo óptimo que acudan con algún familiar o cuidador. Por otro lado estaban los pacientes hospitalizados y aquellos quienes debido a múltiples factores, que no les permitían movilizarse, necesitaban de atención de salud en su domicilio. Además como alumno pude observar y experimentar los problemas con los cuales se conviven a diario en la atención al adulto mayor lo cual influye en el tiempo de entrevista médico – paciente, así como la poca atención que se brinda a la esfera afectiva del adulto mayor para el tratamiento integral de este tipo tan particular de pacientes.

Es por todo ello la imperiosa necesidad de investigar en este ámbito, específicamente el nivel de dependencia de estos pacientes, nivel de depresión y la relación que guardan entre ambos para poder profundizar en estos aspectos muy importantes dentro de la valoración geriátrica integral.

CAPITULO I

MATERIAL Y METODOS

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

Técnica: Entrevista.

Instrumentos: El instrumento utilizado consistió en una ficha de recolección de datos (Anexo 2), el índice de dependencia de Katz (Anexo 3) y la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo4).

Materiales:

- Ficha de recolección de datos, índice de dependencia de Katz, escala de depresión geriátrica de Yesavage.
- Impresión de los instrumentos.
- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema operativo Windows XP.
- Paquete office 2010 para Windows.
- Programa SPSS para Windows V.21.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial: El estudio se realizó en los consultorios externos y PADOMI del hospital III Yanahuara, la cual se encuentra a la margen derecha del río Chili en la ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación temporal: El presente estudio se llevó a cabo en el mes de mayo del 2017.

2.3 Unidades de estudio: Pacientes mayores de 65 años que acudieron a los consultorios externos de Geriátría y los inscritos en PADOMI del Hospital III Yanahuara de los cuales se recabó la información.

Población: La población se encontró conformada por todos los pacientes de ambos sexos, mayores de 65 años, atendidos en consultorio externo de geriatría y PADOMI. Quienes en total son 1260. Razón por la cual se realizó un muestreo no sistemático utilizando la fórmula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida. Se obtuvo un tamaño muestral corregido de 274 adultos mayores y se procedió a la entrevista de todos ellos al acudir a consultorio externo de geriatría y a las visitas domiciliarias de PADOMI que cumplieron con los criterios de inclusión y exclusión.

Criterios de inclusión:

- Mayores de 65 años.
- Adultos mayores mentalmente independientes – corroborado mediante el test de Pfeiffer.
- Adultos mayores que aceptaron participar del estudio.

Criterios de exclusión:

- Adultos mayores con problemas mentales.
- Adultos mayores que reciban medicación sedante.
- Pacientes que no acepten ingresar al estudio.

3. Validación de instrumentos.

La ficha de recolección de datos no requiere validación por tratarse de una ficha de información.

El índice de Katz fue diseñado en 1963 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz y formado por enfermeras, médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas del The Benjamin Rose Hospital. Mide la dependencia o independencia en ser actividades básicas de la vida diaria: Baños, vestido, uso del retrete, moverse, continencia y alimentación, ordenadas de manera jerárquica según la historia natural de pérdida de capacidad. Es la escala de valoración funcional más empleada, recomendada por la British Geriatrics Society.

La escala de Depresión Geriátrica, la que fue creada por Yesavage et al., la misma que ha sido probada y usada extensamente con la población de adultos mayores. El cuestionario original es una encuesta de 30 preguntas, donde se debe responder a las preguntas por "sí" "no" con respecto a cómo se sintieron en la última semana. La versión española fue adaptada por Aguado C. y col.

4. Obtención y procesamiento de datos

Las encuestas se manejaron de manera anónima, asignando un código a cada encuesta. La información que se obtuvo de las encuestas fueron procesadas en una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010, y posteriormente fueron pasadas al paquete estadístico SPSS V.21. para su análisis correspondiente.

La descripción de las variables categóricas se presentan en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Además se utilizó las pruebas de significancia estadística de Mann Whitney, Tau de Kendall y Chi cuadrado; todas las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0.05$.





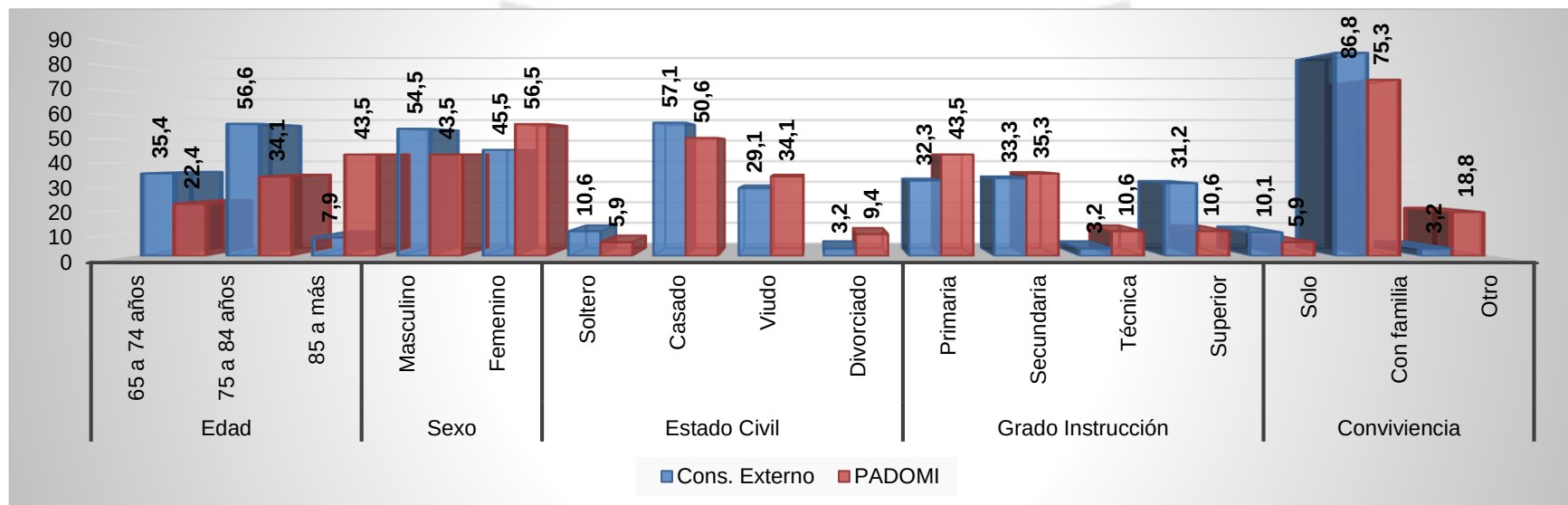
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 01. Características generales por servicio.

CARATERÍSTICAS	SERVICIO				Total	
	Consultorio Externo		PADOMI			
	N°	%	N°	%	N°	%
EDAD						
65 a 74 años (Avanzados)	67	35.4	19	22.4	86	31.4
75 a 84 años (Ancianos)	107	56.6	29	34.1	136	49.6
85 a más (Longevos)	15	7.9	37	43.5	52	19.0
SEXO						
Masculino	103	54.5	37	43.5	140	51.1
Femenino	86	45.5	48	56.5	134	48.9
ESTADO CIVIL						
Soltero	20	10.6	5	5.9	25	9.1
Casado	108	57.1	43	50.6	151	55.1
Viudo	55	29.1	29	34.1	84	30.7
Divorciado	6	3.2	8	9.4	14	5.1
GRADO DE INSTRUCCIÓN						
Primaria	61	32.3	37	43.5	98	35.8
Secundaria	63	33.3	30	35.3	93	33.9
Técnica	6	3.2	9	10.6	15	5.5
Superior	59	31.2	9	10.6	68	24.8
CONVIVENCIA						
Solo	19	10.1	5	5.9	24	8.8
Con familia	164	86.8	64	75.3	228	83.2
Otro	6	3.2	16	18.8	22	8.0
Total	189	100.0	85	100.0	274	100.0

Fuente: Matriz de datos

Grafico 01. Características generales por servicio.



En consultorio externo el 56.6% de los entrevistados tienen una edad entre 75 a 84 años (adultos mayores Ancianos) mientras que en PADOMI el 43.5% poseen de 85 a más años (adultos mayores longevos) en general la edad promedio es de 75 a 84 años; en el caso del sexo el 54.5% son varones pertenecientes a consultorio externo y 56.5% mujeres pertenecientes a PADOMI, según el estado civil tanto en consultorio externo (57.1%) como en PADOMI (50.6%) en su mayoría son casados; con respecto al grado de instrucción en consultorio externo se evidencia que el 33.3% tiene secundaria completa mientras que en PADOMI el 43.5% tienen primaria; según la convivencia se puede observar que en consultorio externo el 86.8% viven con familia y en PADOMI el 75.3%.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 02. Dependencia funcional y depresión por servicios

DEPENDENCIA FUNCIONAL	SERVICIO				Total	
	Consultorio Externo		PADOMI			
	N°	%	N°	%	N°	%
Independiente	127	67.2	0	0	127	46.4
Parcial	62	32.8	79	92.9	141	51.5
Total	0	0	6	7.1	6	2.2
Total	189	100	85	100	274	100
DEPRESIÓN						
Normal	65	34.4	23	27.1	88	32.1
Leve	92	48.7	32	37.6	124	45.3
Establecida	32	16.9	30	35.3	62	22.6
Total	189	100	85	100	274	100

Fuente: Matriz de datos

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

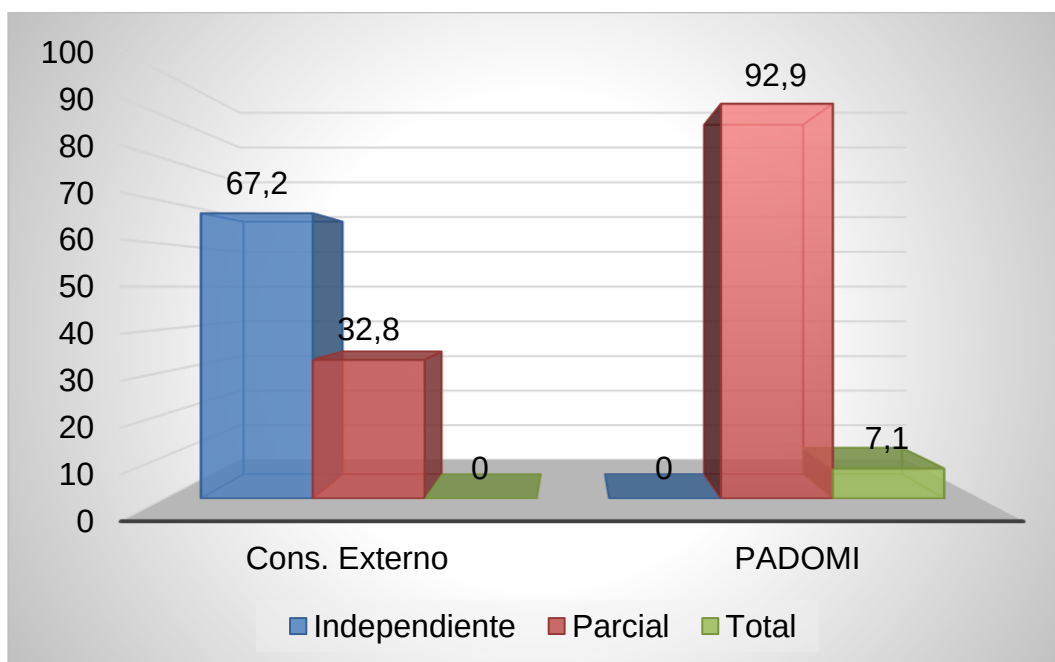
Tabla 03. Dependencia funcional por servicios

DEPENDENCIA FUNCIONAL	SERVICIO				Total	
	Consultorio Externo		PADOMI			
	N°	%	N°	%	N°	%
Independiente	127	67.2	0	0.0	127	46.4
Parcial	62	32.8	79	92.9	141	51.5
Total	0	0.0	6	7.1	6	2.2
Total	189	100.0	85	100.0	274	100.0

Fuente: Matriz de datos $P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 03. Dependencia funcional por servicios.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

La mayoría de los pacientes de consultorio externo son independientes en un 67.2% y la mayoría de pacientes de PADOMI que representa el 92.9% tienen una dependencia funcional parcial.

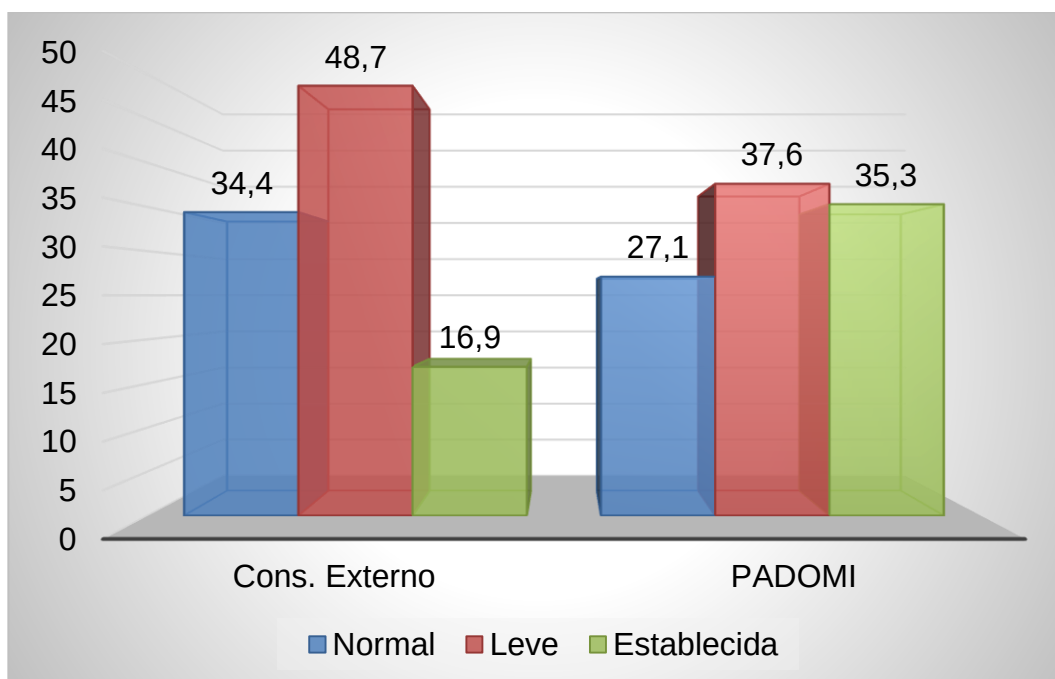
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 04. Depresión por servicios.

DEPRESIÓN	SERVICIO				Total	
	Consultorio Externo		PADOMI			
	N°	%	N°	%	N°	%
Normal	65	34.4	23	27.1	88	32.1
Leve	92	48.7	32	37.6	124	45.3
Establecida	32	16.9	30	35.3	62	22.6
Total	189	100.0	85	100.0	274	100.0
Fuente: Matriz de datos				P = 0.004 (P < 0.05) S.S.		

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 04. Depresión por servicios.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.004$ ($P < 0.05$) S.S.

La mayoría de adultos mayores de consultorio externo presentan depresión leve, 48.7%, con tendencia a no padecer de depresión (34.4%). En PADOMI la mayoría de adultos mayores tienen una depresión leve, 37.6%, con tendencia a depresión establecida (35.3%). Se concluye que los de PADOMI poseen mayor depresión.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

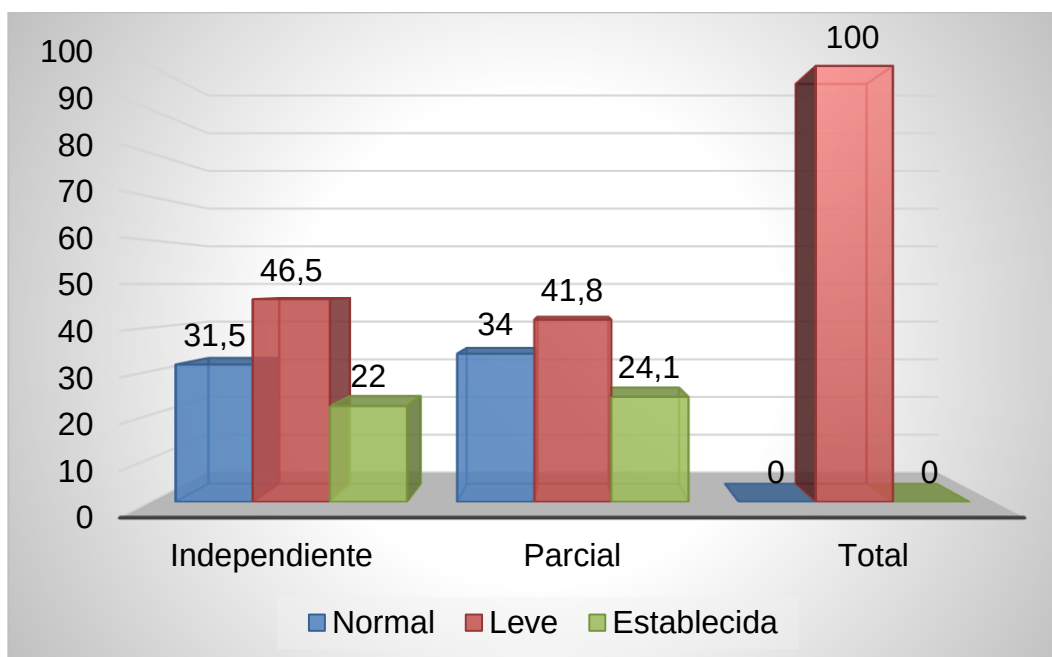
Tabla 05. Relación entre dependencia – depresión.

Dependencia Funcional	Depresión						Total	
	Normal		Leve		Establecida			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Independiente	40	31.5	59	46.5	28	22.0	127	100.0
Parcial	48	34.0	59	41.8	34	24.1	141	100.0
Total	0	0.0	6	100.0	0	0.0	6	100.0
Total	88	32.1	124	45.3	62	22.6	274	100.0

Fuente: Matriz de datos $P = 0.092$ ($P \geq 0.05$) N.S.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 05. Relación entre dependencia – depresión.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.092$ ($P \geq 0.05$) N.S.

Al relacionar la dependencia funcional con la depresión se observa que los adultos mayores independientes poseen una depresión leve (46.5%), los que tienen dependencia parcial, en su mayoría, poseen depresión leve (41.8%) y los que tienen dependencia total el 100% poseen depresión leve. Por lo tanto no se encuentra una relación significativa entre dependencia funcional y depresión y podemos concluir que la dependencia no determina la depresión.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 06. Relación entre edad y dependencia funcional.

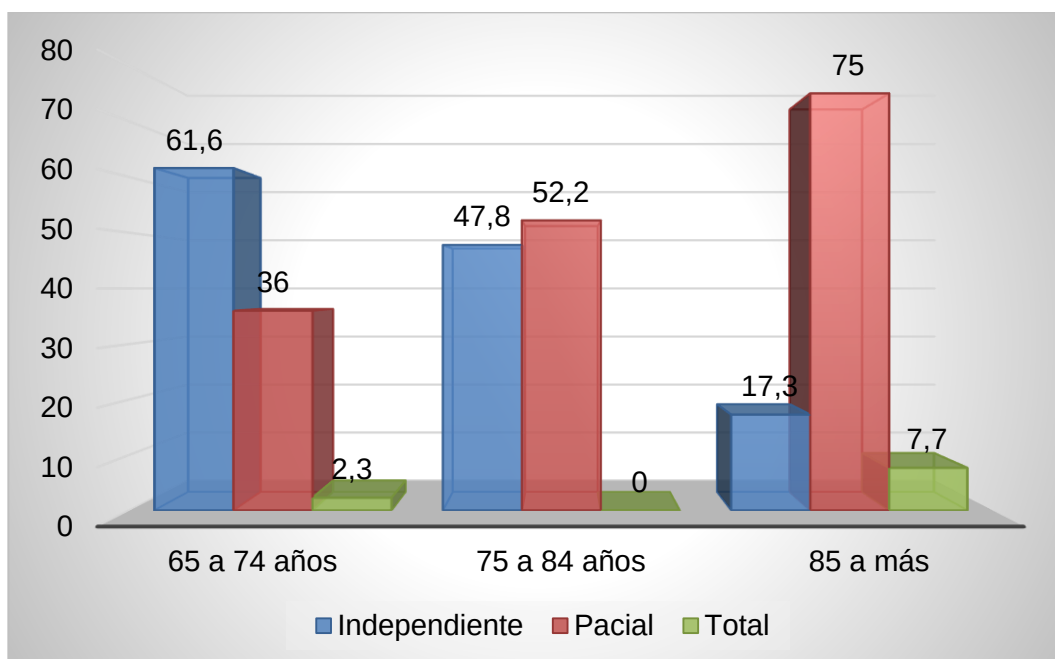
Edad	Dependencia Funcional						Total	
	Independiente		Parcial		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%
65 a 74 años	53	61.6	31	36.0	2	2.3	86	100.0
75 a 84 años	65	47.8	71	52.2	0	0.0	136	100.0
85 a más	9	17.3	39	75.0	4	7.7	52	100.0
Total	127	46.4	141	51.5	6	2.2	274	100.0

Fuente: Matriz de datos

P = 0.000 (P < 0.05) S.S.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 06. Relación entre edad y dependencia funcional.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

Los adultos mayores entre 65 a 74 años, en su mayoría, son independientes (61.6%), los de 75 a 84 años poseen dependencia parcial en un 52.2% y los de 85 a más años tienen dependencia parcial (75.0%), concluyendo que a mayor edad, mayor dependencia.

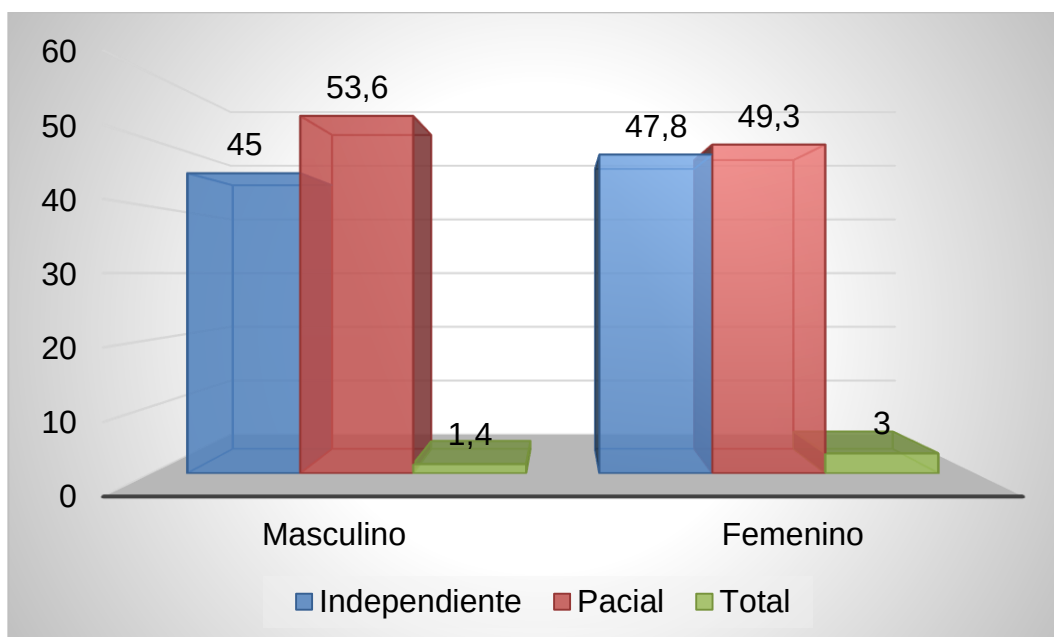
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 07. Relación entre sexo y dependencia funcional.

Sexo	Dependencia Funcional						Total	
	Independiente		Parcial		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	63	45.0	75	53.6	2	1.4	140	100.0
Femenino	64	47.8	66	49.3	4	3.0	134	100.0
Total	127	46.4	141	51.5	6	2.2	274	100.0
Fuente: Matriz de datos P = 0.572 (P ≥ 0.05) N.S.								

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 07. Relación entre sexo y dependencia funcional.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.572$ ($P \geq 0.05$) N.S.

Del total de hombres el 53.6% tiene una dependencia parcial y del total de las mujeres el 49.3% también poseen una dependencia parcial, es decir, que los adultos mayores de sexo masculino tienen mayor dependencia que las del sexo femenino, sin embargo esa diferencia no es significativa, por lo tanto, no hay relación significativa.

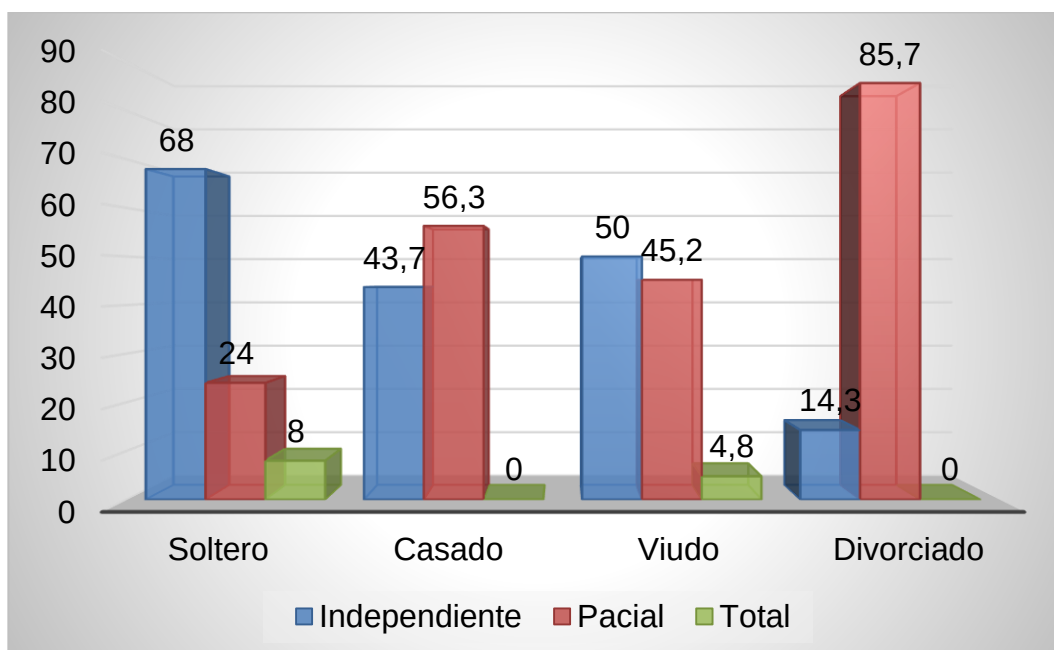
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 08. Relación entre estado civil y dependencia funcional.

Estado Civil	Dependencia Funcional						Total	
	Independiente		Parcial		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltero	17	68.0	6	24.0	2	8.0	25	100.0
Casado	66	43.7	85	56.3	0	0.0	151	100.0
Viudo	42	50.0	38	45.2	4	4.8	84	100.0
Divorciado	2	14.3	12	85.7	0	0.0	14	100.0
Total	127	46.4	141	51.5	6	2.2	274	100.0
Fuente: Matriz de datos P = 0.000 (P < 0.05) S.S.								

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 08. Relación entre estado civil y dependencia funcional.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

Con respecto al estado civil los solteros (68.0%) y los viudos (50.0%) son básicamente independientes, mientras que los casados (56.3%) y los divorciados (85.7%) poseen dependencia parcial, es decir los solteros y los viudos tienden a ser más independientes que los casados y los divorciados. En conclusión existe una relación significativa.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

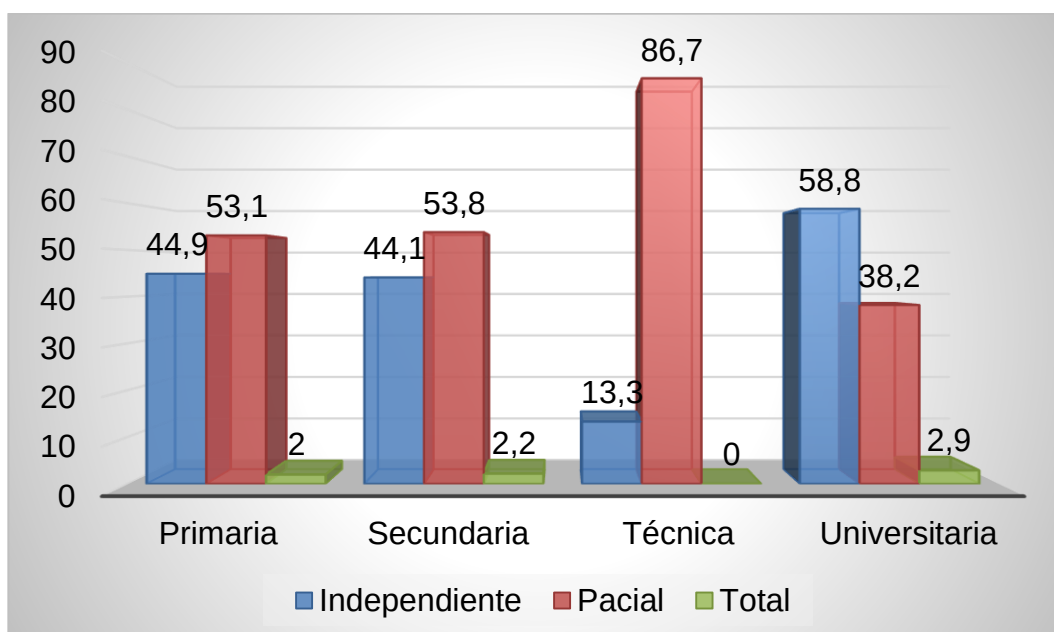
Tabla 09. Relación entre grado de instrucción y dependencia funcional

Grado de Instrucción	Dependencia Funcional						Total	
	Independiente		Parcial		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	44	44.9	52	53.1	2	2.0	98	100.0
Secundaria	41	44.1	50	53.8	2	2.2	93	100.0
Técnica	2	13.3	13	86.7	0	0.0	15	100.0
Universitaria	40	58.8	26	38.2	2	2.9	68	100.0
Total	127	46.4	141	51.5	6	2.2	274	100.0

Fuente: Matriz de datos $P = 0.051$ ($P \geq 0.05$) N.S.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 09. Relación entre grado de instrucción y dependencia funcional.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.051$ ($P \geq 0.05$) N.S.

Según el grado de instrucción los que son de primaria (53.1%), secundaria (53.8%) y superior técnica (86.7%), poseen dependencia parcial, mientras que el 58.8% de los adultos mayores con grado de instrucción superior universitario son independientes, sin embargo no existe relación significativa. Esto quiere decir que el grado de instrucción no determina el nivel de dependencia funcional.

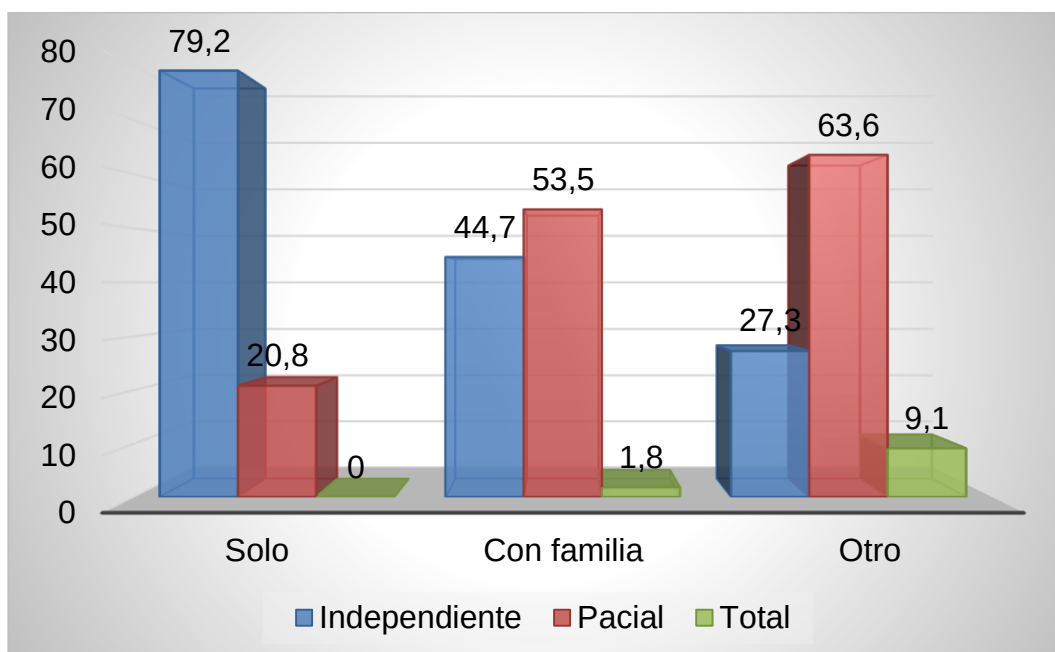
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 10. Relación entre convivencia y dependencia funcional.

Convivencia	Dependencia Funcional						Total	
	Independiente		Pacial		Total			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Solo	19	79.2	5	20.8	0	0.0	24	100.0
Con familia	102	44.7	122	53.5	4	1.8	228	100.0
Otro	6	27.3	14	63.6	2	9.1	22	100.0
Total	127	46.4	141	51.5	6	2.2	274	100.0
Fuente: Matriz de datos					P = 0.001 (P < 0.05) S.S.			

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 10. Relación entre convivencia y dependencia funcional.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.001$ ($P < 0.05$) S.S.

Respecto a la convivencia, se encontró que los que viven solos en su mayoría son independientes (79.2%), los que viven con familia (53.5%) u otros (63.6%), son dependientes parciales, esto quiere decir que los adultos mayores que viven solos son más independientes que los que viven con su familia u otra persona que los cuide. Encontrándose una relación significativa.

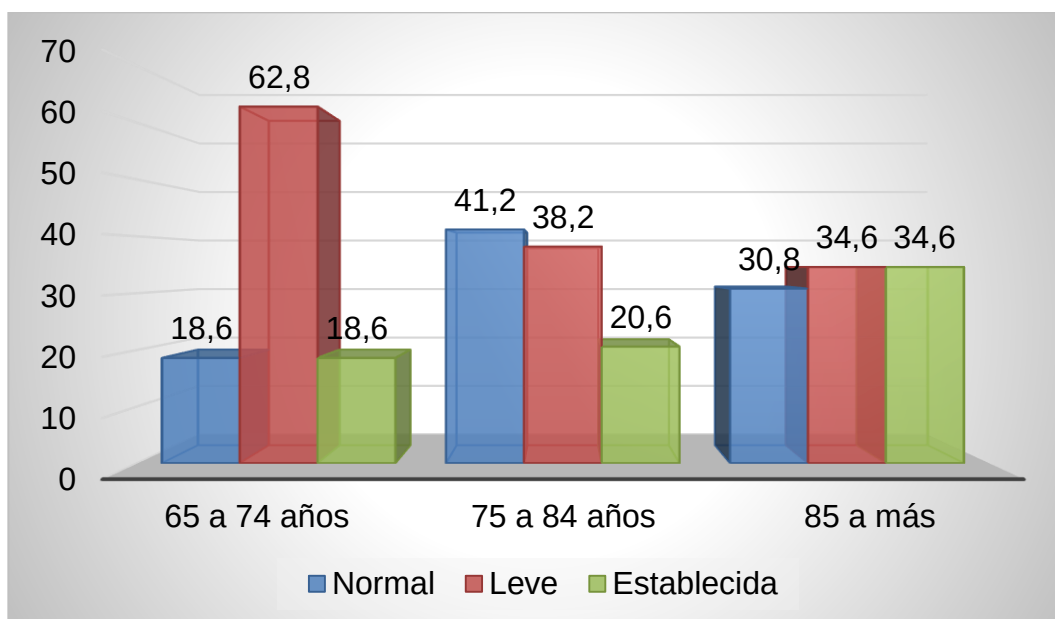
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 11. Relación entre edad y depresión.

Edad	Depresión						Total	
	Normal		Leve		Establecida			
	N	%	N	%	N	%	N	%
65 a 74 años	16	18.6	54	62.8	16	18.6	86	100.0
75 a 84 años	56	41.2	52	38.2	28	20.6	136	100.0
85 a más	16	30.8	18	34.6	18	34.6	52	100.0
Total	88	32.1	124	45.3	62	22.6	274	100.0
Fuente: Matriz de datos						P = 0.000 (P < 0.05) S.S.		

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 11. Relación entre edad y depresión.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

Los adultos mayores de 65 a 74 años en su mayoría tienen depresión leve (62.8%), los de 75 a 84 años no sufren de depresión y los de 85 años a más poseen depresión leve (34.6%) y establecida (34.6%), es decir a mayor edad mayor depresión. Concluyéndose que si hay una relación significativa.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

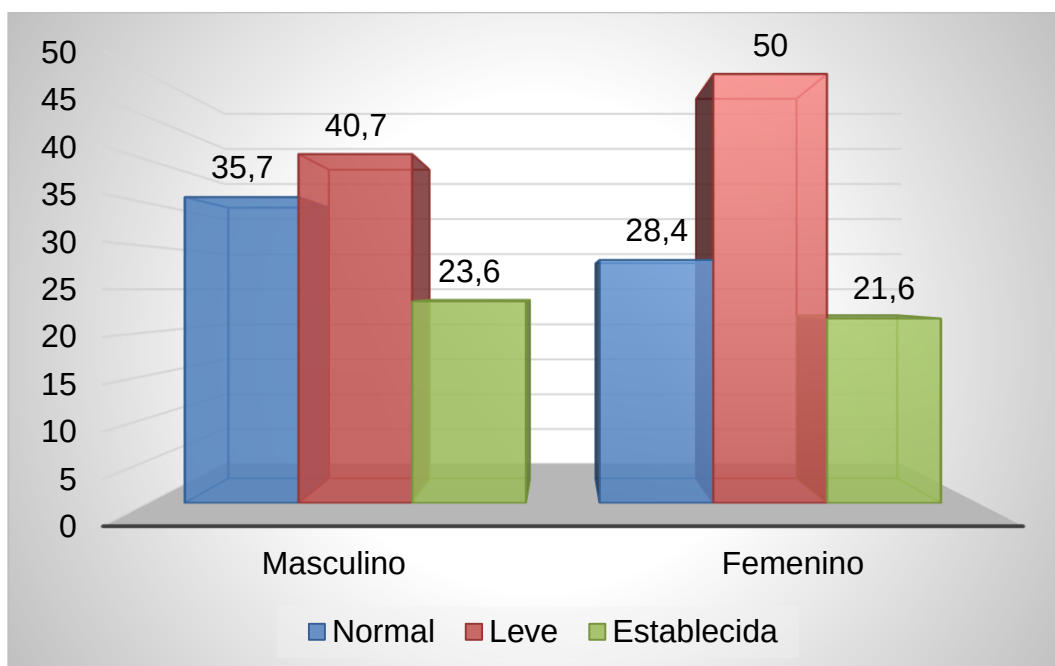
Tabla 12. Relación entre sexo y depresión.

Sexo	Depresión						Total	
	Normal		Leve		Establecida			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Masculino	50	35.7	57	40.7	33	23.6	140	100.0
Femenino	38	28.4	67	50.0	29	21.6	134	100.0
Total	88	32.1	124	45.3	62	22.6	274	100.0

Fuente: Matriz de datos $P = 0.277$ ($P \geq 0.05$) N.S.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 12. Relación entre sexo y depresión.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.277$ ($P \geq 0.05$) N.S.

Con respecto al sexo, ambos poseen depresión leve, femenino con un porcentaje de 40.7% y masculino con un 50.0%, es decir, las mujeres tienen mayor depresión que los varones, sin embargo no se encontró una relación significativa, por ello podemos concluir que el sexo no influye en la depresión.

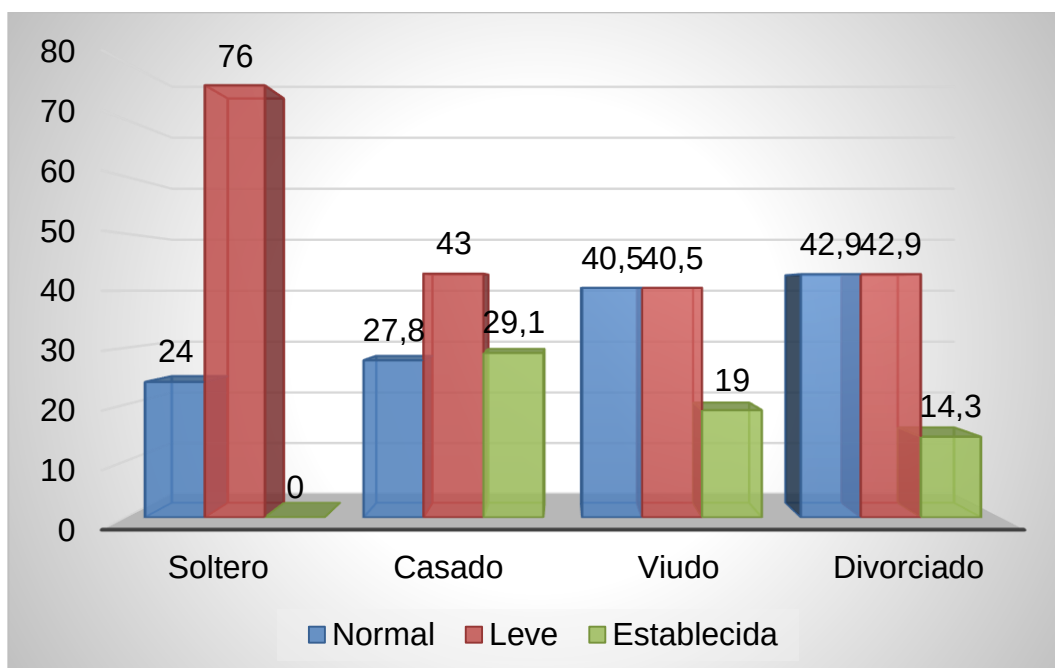
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 13. Relación entre estado civil y depresión.

Estado Civil	Depresión						Total	
	Normal		Leve		Establecida			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Soltero	6	24.0	19	76.0	0	0.0	25	100.0
Casado	42	27.8	65	43.0	44	29.1	151	100.0
Viudo	34	40.5	34	40.5	16	19.0	84	100.0
Divorciado	6	42.9	6	42.9	2	14.3	14	100.0
Total	88	32.1	124	45.3	62	22.6	274	100.0
Fuente: Matriz de datos						P = 0.004 (P < 0.05) S.S.		

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 13. Relación entre estado civil y depresión.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.004$ ($P < 0.05$) S.S.

La mayoría de adultos mayores solteros (76.0%) y de casados (43.0%) tienen una depresión leve, mientras que los adultos mayores viudos están entre normal (40.5%) y depresión leve (40.5%) y los divorciados están entre normal (42.9%) y depresión leve (42.9%), por lo tanto los solteros y los casados tienen una tendencia a ser más deprimidos que los viudos y divorciados. Encontrándose una relación significativa.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 14. Relación entre grado de instrucción y depresión.

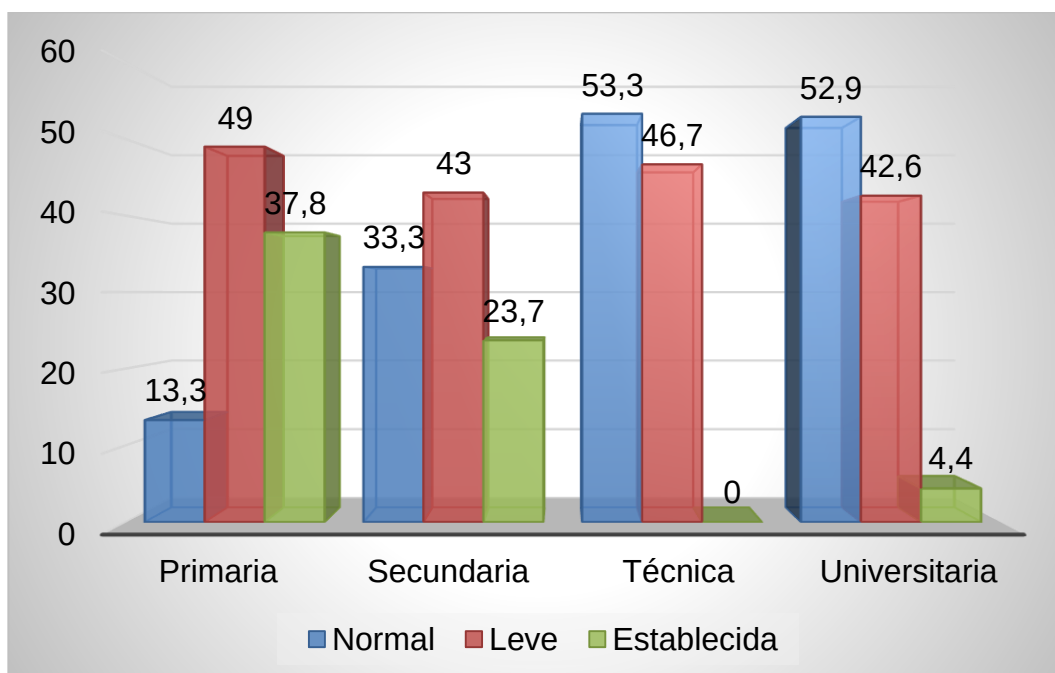
Grado de Instrucción	Depresión						Total	
	Normal		Leve		Establecida			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	13	13.3	48	49.0	37	37.8	98	100.0
Secundaria	31	33.3	40	43.0	22	23.7	93	100.0
Técnica	8	53.3	7	46.7	0	0.0	15	100.0
Universitaria	36	52.9	29	42.6	3	4.4	68	100.0
Total	88	32.1	124	45.3	62	22.6	274	100.0

Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 14. Relación entre grado de instrucción y depresión.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.000$ ($P < 0.05$) S.S.

Respecto al grado de instrucción los adultos mayores con primaria (49.0%) y secundaria (43.0%) tienen depresión leve, mientras que los que poseen grado de instrucción superior técnica (53.3%) y superior universitaria (52.9%) no tienen depresión, es decir a mayor grado de instrucción menor depresión. Por lo que se concluye que si hay una relación significativa.

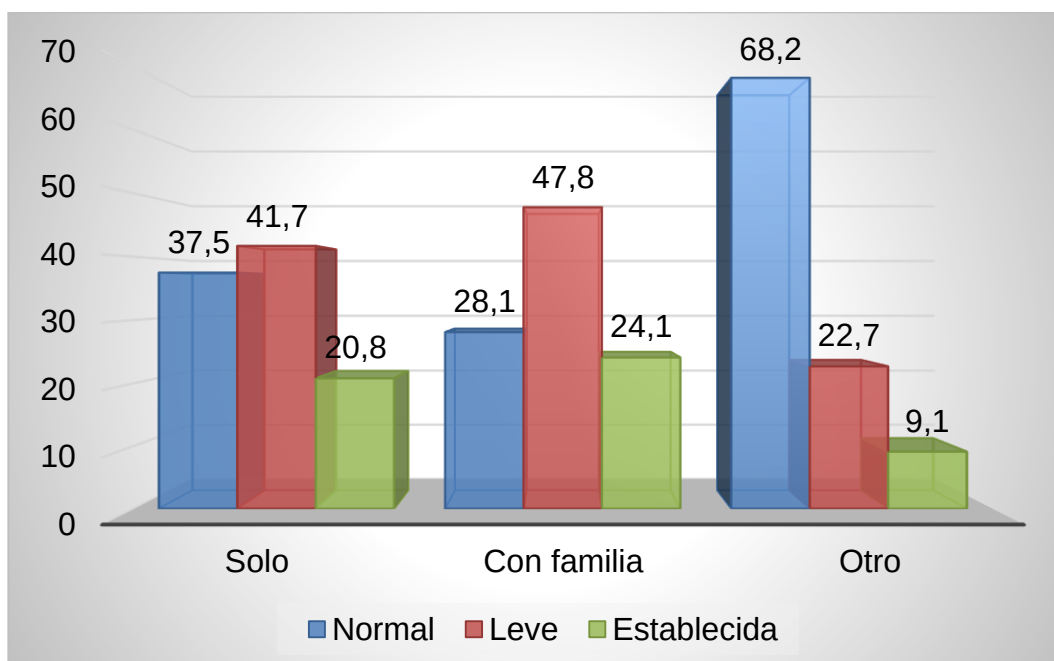
**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Tabla 15. Relación entre convivencia y depresión.

Convivencia	Depresión						Total	
	Normal		Leve		Establecida			
	N	%	N	%	N	%	N	%
Solo	9	37.5	10	41.7	5	20.8	24	100.0
Con familia	64	28.1	109	47.8	55	24.1	228	100.0
Otro	15	68.2	5	22.7	2	9.1	22	100.0
Total	88	32.1	124	45.3	62	22.6	274	100.0
Fuente: Matriz de datos				P = 0.004 (P < 0.05) S.S.				

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

Gráfico 15. Relación entre convivencia y depresión.



Fuente: Matriz de datos

$P = 0.004$ ($P < 0.05$) S.S.

Los adultos mayores que viven solos (41.7%) y los que viven con familia (47.8%) tienen depresión leve, mientras que los adultos mayores que viven con otros (cuidadores), no sufren depresión en un 68.2%. Por lo tanto hay una relación significativa entre convivencia y depresión.



CAPITULO III
DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Hasta el momento no existían estudios específicos sobre el nivel de dependencia funcional relacionado al nivel de depresión en los servicios de Geriatría y PADOMI del hospital III Yanahuara, a pesar del importante impacto que tiene este tipo de padecimiento en nuestra sociedad.

La investigación arroja datos relevantes de un grupo poblacional que amerita investigación constante, con la finalidad de mejorar la calidad de la atención en nuestras instituciones de salud, ya que se reconoce la poca disponibilidad de tiempo para realizar evaluaciones con instrumentos validados que nos permitan evaluar la capacidad funcional y el estado mental de nuestros pacientes adultos mayores. En el presente estudio de investigación se trabajó con adultos mayores de 65 años a más en diferentes niveles de dependencia y depresión.

Con respecto a la hipótesis planteada, la cual propone una probable relación entre la dependencia funcional y el nivel de depresión en adultos mayores atendidos en consultorio externo y PADOMI del hospital III Yanahuara, los hallazgos permiten concluir que esta no es válida. Este resultado concuerda con lo reportado en el estudio realizado por Zavala M., Posada S. y Cantú R. (2010), quienes al comparar la dependencia funcional y la depresión en un grupo de ancianos, encontraron que la relación entre estas dos variables no resultó significativa. Es decir que el nivel de dependencia funcional no determina que los adultos mayores sufran depresión y esta se presenta de manera indistinta en adultos mayores independientes y dependientes. (56)

En cuanto al grado de instrucción se obtuvo un mayor porcentaje de aquellos que estudiaron sólo primaria, con 35.8%, lo que coincide con el estudio realizado por Chávez M. en el que se obtuvo un resultado que señala que en su mayoría, que corresponde al 46.6%, tuvieron grado de

instrucción primaria. (50). Sin embargo este estudio no coincide con el estudio realizado por Gálvez L. el cual revela que el 61.8% son adultos mayores con grado de instrucción superior universitaria. (46)

En el presente estudio se realizó con pacientes mayores de 65 años y se evidenció que hubo un mayor porcentaje de adultos mayores entre 75 a 84 años que representan el 49.6% de la muestra total. Esto no coincidió con el estudio de Castro J. en el cual el rango de edades de mayor frecuencia es de 80 a más años que representa el 38.5%. (49)

En el presente estudio se evidenció que hubo un mayor porcentaje del sexo masculino (51.1%) con relación al femenino (48.9%). Datos contrarios se hallaron en el estudio de Castro J. en el cual el sexo femenino es el predominante (65.4%). (49)

En cuanto al estado civil se encontró que la mayor parte corresponde al grupo de casados (55.1%), lo que coincide con el estudio realizado por Moreno G. y Moreno P., que encontraron que el 60.3% eran casados. (55) El porcentaje de los adultos mayores casados es alto, debido a que en décadas pasadas se valoraba más el matrimonio y se ejercía una influencia de las creencias tradicionales de tener consolidado un hogar formando un buen núcleo familiar, además de contribuir con las buenas costumbres familiares; es necesario indicar que actualmente se pueden ver parejas longevas, debido a la mejora en el acceso a los servicios de salud y de la expectativa de vida.

En el proceso de identificación del nivel de dependencia funcional se demostró que un número considerable de pacientes de consultorios externos (67.2%) son independientes y que en el servicio de PADOMI el 92.9% tienen dependencia parcial y que en el global el 51.5% tiene dependencia funcional parcial. Se observó que el 46.4% del tamaño muestral total de adultos mayores es independiente y que el 51.5% tiene

dependencia funcional parcial, caso contrario se evidenció en el estudio realizado por Loredo M. y Gallegos R. en el cual el 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. (57)

Los resultados también revelan que los adultos mayores situados entre 65 a 74 años de edad son independientes (61.6%) y que los situados entre 85 años a más tienen dependencia parcial (75.0%), es así que podemos concluir una relación directa que a mayor edad mayor dependencia. Delgado T. encontró resultados similares, con pacientes entre edades de 60 a 70 años que son independientes en un 80% y los pacientes mayores de 90 años con dependencia. (51)

En el proceso de identificación del nivel de depresión en este estudio se evidenció que el 45.3% posee depresión leve y que el 22.6% tiene depresión establecida. Lo cual coincide con el trabajo de investigación realizado por Gálvez L. en el que se halló que el 24.7% padece un nivel de depresión moderada y el 4.7% depresión severa. (46), Y es de esperarse encontrar este tipo de resultados debido a que la depresión es un estado de ánimo triste, irritable, de cambios emocionales, en los cuales aparecen varios factores que dañan emocionalmente a la personas adultas mayores los cuales condicionan al adulto mayor a padecer depresión.

El nivel de educación es un indicador importante en cuanto al manejo depresivo. En la presente investigación el 35.8% son adultos mayores con instrucción primaria, el 33.9% con educación secundaria y el 30.3% con educación superior; estos tres niveles educativos están casi en forma proporcional y con relación a la depresión observamos que tanto los que cuentan con grado de instrucción primaria y secundaria tienen una depresión leve, primaria con el 49.0% y secundaria con el 43.0%; además

se puede observar que los adultos mayores con un grado de instrucción superior no sufren de depresión en un 52.9%, lo que nos demuestra una relación estadística significativa ($p < 0.05$) entre el grado de instrucción y el nivel de depresión. Por lo que podemos decir que a mayor grado de instrucción, menor nivel de depresión. Lo que coincide con el estudio realizado por De la Fuente Torres M. quien encontró que los adultos mayores con grado de instrucción primaria tienen una depresión leve en un 17.3% y los de grado de instrucción superior tienen una depresión leve en un 16% pero con tendencia a ausencia de depresión (47).

Con respecto a la relación entre la edad y la depresión se obtuvo que los adultos mayores entre 65 a 74 años en su mayoría tienen depresión leve (62.8%), los de 75 a 84 años no sufren de depresión y los de 85 años a más poseen depresión leve (34.6%) y establecida (34.6%), es decir a mayor edad mayor depresión. Lo que coincide con el estudio realizado por Alvarez L. y Begazo M. en el cual se encontró que los adultos mayores comprendidos entre 72 a 77 años poseen depresión en un 10% y los adultos mayores de 78 años tienen una depresión en un 55%. (48)

En cuanto a la relación entre convivencia y nivel de depresión se encontró que los adultos mayores que viven con su familia presentan depresión (65.8%) en su mayoría. Datos que coinciden con el estudio realizado por Alvarez L. y Begazo M. en el que se hallaron mayor depresión (30%) en aquellos que vivían con su familia. (48)



CAPITULO IV
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA: Las características generales describen a un adulto mayor, de sexo masculino, con edad de mayor frecuencia comprendida entre 75 a 84 años, con grado de instrucción primaria, casados y que vivían con su familia.

SEGUNDA: La mayoría de pacientes de consultorio externo son independientes en un 67.2%, mientras que la mayoría de los pacientes de PADOMI, que representa el 92.9%, tienen una dependencia funcional parcial.

TERCERA: Ambos grupos padecen depresión leve; en consultorio externo 48.7% con tendencia a no padecer de depresión (34.4%), y en PADOMI 37.6%, con tendencia a depresión establecida (35.3%).

CUARTA: No existe relación significativa entre dependencia funcional y depresión en los pacientes evaluados de consultorio externo de geriatría y PADOMI.

QUINTA: Existe relación estadística significativa entre la edad, estado civil, convivencia y el nivel de dependencia funcional.

SEXTA: Se encontró relación estadística significativa entre edad, estado civil, grado de instrucción y convivencia y depresión.

RECOMENDACIONES

- PRIMERA:** Fomentar el uso del índice de Katz en los consultorios externos de geriatría y PADOMI de manera sistemática en el tamizaje de dependencia funcional
- SEGUNDA:** Se recomienda a las autoridades del hospital III Yanahuara, tratar en la mesa de concertación el problema evidenciado en la presente investigación, para tener un proceso de vigilancia permanente del nivel de depresión para lograr identificar cualquier problema en la etapa temprana y así poder realizar intervenciones oportunas.
- TERCERA:** A las autoridades del hospital III Yanahuara y el equipo multidisciplinario que labora en esta institución se recomienda implementar diferentes estrategias que permitan disminuir el porcentaje de adultos mayores deprimidos.
- CUARTA:** Coordinar con las autoridades competentes acciones para incentivar el programa de rehabilitación, actividades de ejercicio físico para los adultos mayores y así mejorar su autonomía, ya que se ha demostrado que la actividad física juega un papel preponderante.
- QUINTA:** Realizar campañas de concientización a familiares y cuidadores motivándolos a compartir más tiempo con sus adultos mayores, en la consulta y visita domiciliaria. Asimismo realizar actividades como caminatas, deporte entre otras que permitan revalorar al adulto mayor y la importancia que ellos tienen en nuestra sociedad.

BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez Robledo LM, García Peña MdC, Arango Lopera VE, Pérez Zepeda MU. Geriátría para el Médico Familiar. Primera ed. México D.F.: El Manual Moderno; 2012.
2. Pérez Abascal N, Mateos del Nozal J. Valoración geriátrica como instrumento. In Gil Gregorio P, González García P, Gutiérrez Rodríguez J, Verdejo Bravo C. Manual del residente en geriatría. Primera ed. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2011. p. 17-23.
3. Reuben DB, Rosen S. Principles of geriatric assessment. In Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S, High K, editors. Geriatric medicine and gerontology. Sexta ed. New York: McGraw-Hill; 2009. p. 141-152.
4. Lazcano Botello GA, Rodríguez García R. Evaluación geriátrica. In Rodríguez García RMdC, Lazcano Botello GA. Práctica de la geriatría. Tercera ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2011. p. 123-149.
5. Chávez Jimeno H, Varela Pinedo LF. Valoración funcional del paciente adulto mayor. In Varela Pinedo LF, editor. Principios de geriatría y gerontología. Segunda ed. Lima: Centro Editorial UPCH - Imprenta; 2011. p. 93-213.
6. Abizanda Soler P, Romero Rizos L, Luengo Márquez C, Sánchez Jurado PM, editors. Medicina geriátrica. Una aproximación basada en problemas. Primera ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2012.
7. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré P, García-Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral. In Alcocer A,

- editor. Tratado de geriatría para residentes. Primera ed. Madrid: International Marketing & Communication S.A.; 2006. p. 59-68.
8. Aguilar Navarro SG, Hernández Favela CG. Evaluación geriátrica global. In d'Hyver C, Gutiérrez Robledo LM, editors. Geriatría. Tercera ed. México D.F.: El manual moderno; 2014. p. 34-51.
 9. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Aten Fam. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 17. Available from: "<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-valoracion-geriatrica-integral-S1405887116300062>"
 10. Varela Pinedo LF. Valoración geriátrica integral. In Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F, editors. Geriatría y gerontología para el médico internista. Primera ed. Sucre: La Hoguera; 2012. p. 145-158.
 11. Abizanda Soler P, Alfonso Silguero SA, Navarro López JL. Valoración funcional en el anciano. In Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editors. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Primera ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 172- 181.
 12. Silva Opazo J. Evaluación funcional del adulto mayor. In Cerda Aburto L, editor. Manual de rehabilitación geriátrica. Primera ed. Santiago: Departamento de comunicaciones hospital clínico universidad de chile; 2011. p. 27-32.
 13. Pedrero Nieto L, Pichardo Fuster A. Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. In De León Fraga J, Gonzáles Martínez JF, Pichardo Fuster A, García L, editors. Geriatría. Primera ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2009. p. 32 - 54.

14. Fernández de Araoz GB. Valoración funcional. In Guillen Llera F, Pérez del Molino Martín J, Petidier Torregrossa R, editors. Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Segunda ed. Madrid: Elsevier masson; 2007. p. 233-244.
15. Acánfora MA, Salvador Esteban E. Rehabilitación geriátrica. In Millán Calenti JC, editor. Principios de geriatría y gerontología. Primera ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006. p. 307 - 322.
16. Puijalón B. Autonomía y vejez: Un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica. In Víctor Grifols i Lucas F, editor. Autonomía y dependencia en la vejez. Primera ed. Barcelona: Vanguard Gráfico S.A.; 2009. p. 8-27.
17. Romero Ayuso DM. Actividades de la Vida Diaria. Anales de Psicología. 2007; 23(2): p. 264-271.
18. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clín. 2011; 72(1): p. 11-16.
19. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. Rev Esp Salud Pública. 1997; 71(2): p. 127-137.
20. Lorenzo Otero T, Maseda Rodríguez A, Millán Calenti JC, editors. La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al habitat. Primera ed. Madrid: Gráficas Garabal, S.L.; 2008.
21. sid.usal.es. [Online]; Madrid: Comité de ministros del consejo de Europa; 2000 [cited 2017 Junio 10. Available from: "<http://sid.usal.es/version-imprimir/leyes/discapacidad/10476/3-3->

5/recomendacion-n-98-9-del-comite-de-ministros-a-los-estados
miembros-relativa-a-la-dependencia.aspx"

22. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Español. Vigésimotercera ed. Madrid: S.L.U. ESPASA LIBROS; 2014.
23. Ministerio de salud, Gobierno de Chile. [Online].; Santiago, Chile: Ministerio de salud [cited 2017 Junio 10. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
24. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Bases demográficas: Estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. In Rodríguez Castedo A, Cobo Gálvez P, editors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Primera ed. Madrid: Grafo, S.A.; 2005. p. 19-90.
25. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Pública. 2007; 22(1): p. 1-11.
26. Barrantes Monge M, García Mayo EJ, Gutiérrez Robledo LM, Miguel Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud Pública Mex. 2007; 49(Suplemento 4): p. s459-s466.
27. Gutiérrez Robledo LMF, García Peña MdC, Jiménez Bolon JE, editors. Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años. Primera ed. México D.F.: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2014.

28. Narváez Montoya ÓL. Envejecimiento demográfico y requerimientos de equipamiento urbano: hacia un urbanismo gerontológico. *Papeles de poblac.* 2011; 18(74): p. 1 - 33.
29. Tamez Valdez BM, Ribeiro Ferreira M. El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar. *Rev. latinoam. estud.fam.* 2012; 4: p. 11-30.
30. Anderson M. Lazos de parentesco maduro y arreglos para el alojamiento. In Papalia DE, Sterns HL, Duskin Feldman R, Camp CJ, editors. *Desarrollo del adulto y vejez*. Tercera ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2009. p. 355-390.
31. Ministerio de sanidad y consumo. *Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto*. Primera ed. Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.; 2008.
32. Kliijnjan M. Depresión. In Oscar Mestre E, D'Alessandro H, editors. *Urgencias en psiquiatría*. Primera ed. Rosario, Argentina: Corpus; 2008. p. 55-66.
33. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. Med. Chile.* 2014; 142(10): p. 1297-1305.
34. Vallejo J, Urreta Vizcaya M. Trastornos depresivos. In Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Blanch Andreu J, editors. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Octava ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p. 249-276.

35. Zarragoitia Alonso I, editor. Depresión: Generalidades y particularidades. Primera ed. La Habana: Editorial ciencias médicas; 2011.
36. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. Quinta ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
37. Cervilla Ballesteros J. Síndromes Depresivos. In Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M, editors. Psiquiatría geriátrica. Segunda ed. Barcelona: Masson Elsevier; 2006. p. 409-435.
38. Cardelle Pérez F, Lorenzo Gómez T. Depresión y distimia. In Bravo MF, Saiz J, Bobes J, editors. Manual del residente en psiquiatría. Primera ed. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2009. p. 285-294.
39. Campagne DM. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: El primer paso. Semergen. 2012; 38(5): p. 301-311.
40. Blazer DG, Steffens DC, Koenig HG. Trastornos del estado de ánimo. In Blazer DG, Steffens DC, editors. Tratado de psiquiatría geriátrica. Cuarta ed. Barcelona: Masson Elsevier; 2010. p. 275-299.
41. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Rev. Psiquiatr. Urug. 2006; 70(2): p. 151-166.
42. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet. 2005; 365(9475): p. 1961-1970.
43. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La Depresión en el adulto mayor: Una perspectiva clínica y

epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en medicina familiar. 2012; 14(1): p. 5-13.

44. Elvira Apaza R, Salinas Medina AM, Romero Albino Z. Estudio de investigación para determinar el estado de salud, bienestar y envejecimiento en el seguro social del Perú. Lima: EsSalud; 2014.
45. Martínez de la Iglesia J, Onis Vilches C, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medi Fam. 2002; 12(10): p. 620-630.
46. Galvez L. Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida en adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de Essalud. Arequipa 2014. [Tesis - Título]. Arequipa - Peru: UCSM Facultad de Medicina Humana; 2014.
47. De la Fuente Torres M. Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, Arequipa 2012. [Tesis - Título]. Arequipa – Perú: UCSM Facultad de Psicología; 2012
48. Alvarez L. y Begazo M. Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del albergue Buen Jesús, Arequipa 2015. [Tesis - Título]. Arequipa – Perú: UCSM Facultad de Enfermería; 2015.
49. Castro B. y Jilberto R. Capacidad funcional del adulto mayor que acude al hospital de Día de Geriatría. [Tesis - Título]. Lima – Perú: Universidad Wiener; 2013 [fecha de consulta 25 de abril de 2017].

Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/80>

50. Martina M., Gutiérrez C. Nivel de dependencia del adulto mayor con discapacidad en el Perú. Rev. Inv. UNMSM. [Internet]. 2015 [Fecha de consulta 25 de abril de 2017]; Vol 2(3): pp. 83-93.

Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11979/10724>

51. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características socio demográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro, Lima 2014. Rev. Peruana de obs. Y enfer. [Internet]. 2014[Consultado el 25 de abril de 2017]; Vol 10(1): pp. 64 – 72.

Disponible en:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/708>

52. Juárez M.; León F.; Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH. Viña alta, La Molina, Lima – Peru 2012. Rev. Horiz. Med. [Internet]. 2012[Consultado el 26 de abril de 2017]; 12(2): pp. 28 – 31. Disponible en:
http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/Art4_Vol12_N2.pdf

53. Montenegro J. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores en el centro poblado Los Coronados Mochumí, Lambayeque 2016. [Tesis - Título]. Pimentel – Perú: Universidad Señor de Sipan; 2016[Fecha de consulta 26 de abril de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/760>

54. Jiménez B. y Baillet L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor, México. Aten. Fam. [Internet]. 2016[Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; 23(4): pp. 129 – 133. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630147X>
55. Moreno G. y Moreno P. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia el valle, Cuenca 2013. [Tesis - Título]. Cuenca – Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013. [Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf>
56. Zavalaga M., Posada S., Cantú R. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. Med. Fam. [Internet]. 2010[Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; 12(4): pp. 116 – 126. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/en/revista/archivos-en-medicina-familiar/articulo/dependencia-funcional-y-depresion-en-un-grupo-de-ancianos-de-villahermosa-mexico>
57. Loredó M., Gallegos R., Xequé A. Palomé G. Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enf. Univ. [Internet]. 2016[Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; 13(3): pp. 159 – 165. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300197>

Universidad Católica de Santa María

“IN SCIENTIA ET FIDE ERIT FORTITUDO NOSTRA”

Facultad de Medicina Humana

Escuela Profesional de Medicina Humana



TITULO:

**“CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017”**

Proyecto de investigación presentado por:

Gamarra Hancoco Eddy Jesús

Para optar el Título Profesional de
Médico – Cirujano

ASESORA:

Dra. Miriam Camargo Pantoja

**Arequipa - Perú
2017**

INDICE

I.	PREAMBULO.....	58
II.	PLANTEAMIENTO TEORICO.....	59
	Problema de investigación.....	59
	Marco conceptual.....	63
	Análisis de antecedentes investigativos.....	108
	Objetivos.....	119
	Hipótesis.....	120
III.	PLANTEAMIENTO OPERACIONAL.....	121
	Técnicas, instrumentos y materiales de verificación.....	121
	Campo de verificación.....	121
	Estrategia de recolección de datos.....	123
IV.	CRONOGRAMA DE TRABAJO.....	126
V.	BIBLOGRAFIA.....	127
VI.	ANEXOS.....	136

**CORRELACION ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y
EL NIVEL DE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL
SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III
YANAHUARA, AREQUIPA 2017.**

I. PREAMBULO

Son los pacientes adultos mayores quienes por su edad, condición física, salud mental y otros factores quienes precisan de gran apoyo en casa, la vía pública, los centros de recreación y los centros hospitalarios; ya que muchos de ellos al ver disminuida su estado de independencia para realizar labores cotidianas simples y otras un poco más complejas llegan a sentirse inservibles, un peso para la familia y finalmente terminan deprimiéndose.

Durante mi experiencia en pregrado pude observar que gran parte de este tipo de pacientes que acudían a consultorios de geriatría precisaban de ayuda de familiares quienes en algunos casos tenían poca paciencia para con ellos. Además algunas veces pude observar que algunos de estos pacientes acudían a consulta absolutamente solos, siendo lo óptimo que acudan con algún familiar o cuidador. Por otro lado estaban los pacientes hospitalizados y aquellos quienes debido a múltiples factores, que no les permitían movilizarse, necesitaban de atención de salud en su domicilio. Además como alumno pude observar y experimentar los problemas con los cuales se conviven a diario en la atención al adulto mayor lo cual influye en el tiempo de entrevista médico – paciente, así como la poca atención que se brinda a la esfera afectiva del adulto mayor para el tratamiento integral de este tipo tan particular de pacientes. Es por todo ello la imperiosa necesidad de investigar en este ámbito, específicamente el nivel de dependencia de estos pacientes, nivel de depresión y la relación que guardan entre ambos para poder profundizar en estos aspectos muy importantes dentro de la valoración geriátrica integral.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿Cuál es la correlación entre el nivel de dependencia funcional y el nivel de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017?

1.2. Descripción del Problema

a) Área del conocimiento.

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área específica: Medicina Humana
- Especialidad: Geriatría, Psiquiatría
- Línea: Valoración geriátrica y salud mental

b) Análisis u operacionalización de variables

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Edad	Años cumplidos	Años cronológicos	Numérica
Sexo	Características sexuales secundarias	Masculino Femenino	Categórica nominal
Estado Civil	Estado conyugal referido	Soltero Casado Viudo Conviviente Divorciado	Categórica nominal

Grado de instrucción	Grado de instrucción	Analfabeto Primaria Secundaria Superior	Categórica nominal
Convivencia	Personas con quien convive	Solo Con familia Otra	Categórica nominal
Dependencia	Índice de Katz	Independiente Dependencia parcial Dependencia total	Categórica nominal
Depresión	Escala de depresión geriátrica de Yesavage	Normal Depresión moderada Depresión severa	Categórica nominal

c) Interrogantes básicas

1. ¿Cuáles son las características generales: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y convivencia de los adultos mayores que acuden al servicio de geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de dependencia funcional en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017?

3. ¿Cuál es el nivel de depresión en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017?
4. ¿Cuál es la relación entre el nivel de dependencia funcional y el nivel de depresión en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017?
5. ¿Cuál es la relación entre la depresión y las características generales en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017?
6. ¿Cuál es la relación entre el nivel de dependencia funcional y las características generales en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017?

d) Tipo de investigación: Observacional, transversal, analítico

e) Nivel de investigación: Descriptivo

1.3. Justificación del problema

Relevancia Social: Actualmente con el avance en el campo de la medicina se puede ver que la población de adultos mayores va en aumento y por ende los problemas de salud mental que a ellos aqueja. Sin embargo en nuestro medio no se brinda la debida importancia a la relación que pueda haber en pacientes con algún grado de dependencia y el estado afectivo de este grupo de pacientes. Son pocos los estudios en este campo y es

por ello que este trabajo nos ayudara a profundizar un poco más en aspectos que son poco estudiados en nuestro medio.

Relevancia contemporánea: Hoy en día en todo el mundo la depresión es una enfermedad que se presenta ampliamente y que va en aumento paulatino en nuestra sociedad; es por ello que es necesario conocer más la problemática en este sector de la población para tomar medidas adecuadas.

Relevancia Científica: Este estudio aportaría, a la base de datos, gran información en el ámbito científico para que en posibles estudios posteriores en diferentes poblaciones de adultos mayores sean tomadas en cuenta.

Factibilidad: Este estudio puede llevarse a cabo debido a su bajo costo, una población accesible, además de poder acceder a los servicios de salud y programas por los cuales están conformados donde se realizará la ejecución de esta investigación.

Originalidad: A pesar de existir estudios donde se abordan temas como la funcionalidad en el adulto mayor o depresión en el adulto mayor, hasta el momento no se ha encontrado ningún estudio que relacione el nivel de dependencia y el nivel de depresión en adultos mayores.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 VALORACION GERIATRICA INTEGRAL

El concepto de valoración geriátrica integral (VGI) nace en el Reino Unido en 1940. La doctora Marjory Warren fue la primera persona en proponer que el cuidado de los viejos debía ser un proceso integral, multidisciplinario y con un enfoque muy claro hacia la rehabilitación de los pacientes adultos mayores. Desde entonces, este tipo de valoración se ha extendido por el mundo y su efectividad se ha confirmado en diferentes estudios. (1)

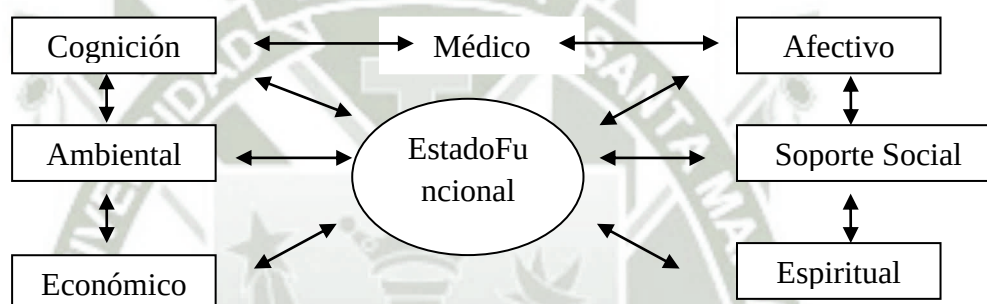
El envejecimiento es un proceso en el cual se producen cambios físicos, mentales y sociales que pueden tener consecuencias sobre la capacidad funcional del adulto mayor, provocando consecuentemente una pérdida de autonomía y la aparición de dependencia. Es fácil entender que en el adulto mayor debemos de hacer un enfoque diagnóstico, clínico y terapéutico diferente si tenemos en cuenta la presencia de cambios fisiológicos y anatómicos relacionados a la edad, la forma atípica de presentación de algunas patologías, su especial vulnerabilidad ante agresiones externas e internas y la presencia de patologías propias de esta edad (síndromes geriátricos). (2)

La valoración geriátrica integral es la herramienta más importante de la atención al paciente adulto mayor. Fue definida por Rubenstein como “el proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicas, funcionales, psíquicas y sociales del adulto mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo”. Al desarrollarlo se debe seguir un patrón bio-psico-social funcional el cual nos permita, con un

análisis estructurado, ver los aspectos más resaltantes que influyan en la situación actual del adulto mayor. Todos estos aspectos son dependientes entre si, por lo que la variación en alguno de ellos repercute sobre las demás. (2)

Por lo tanto es importante tener en cuenta los múltiples e interrelacionados problemas del paciente geriátrico los cuales necesitan una visión biológica, psicológica, social y funcional. (Figura 1.)

Figura 1. Componentes de Valoración Geriátrica (3)



Fuente: Hazzard W. Principles of geriatric Medicina and gerontology, 2009 (p. 142).

Entonces podríamos decir que el empleo de la valoración geriátrica integral podría disminuir los costos en la prestación de servicios de salud, podría mejorar considerablemente la calidad de vida del adulto mayor y disminuir el riesgo de morbilidad y mortalidad. Además nos permite entender más las necesidades y problemas que aquejan al adulto mayor. (1)

Al hablar de valoración geriátrica podemos inferir que es una actividad compleja en la que intervienen varios factores. Los objetivos de la valoración geriátrica son: (4)

- a) Identificar la mayor parte de los problemas que puede presentar un paciente en particular.
- b) Establecer la interrelación entre éstos.

- c) Instituir medidas terapéuticas específicas.
- d) Elaborar planes de rehabilitación.
- e) Iniciar medidas de prevención.
- f) Optimizar la comunicación.
- g) Disponer de forma adecuada de los recursos.
- h) Disminuir la hospitalización y la institucionalización.

Esta valoración geriátrica se puede aplicar a todos los pacientes en los diferentes niveles de salud. Además esta debería ser llevada a cabo por varios profesionales de la salud que conforman un equipo interdisciplinario (geriatras, enfermeros, trabajadores sociales, etc.) y quienes estarán a cargo de diseñar, para cada adulto mayor, un plan individualizado de acciones, recomendaciones y cuidados para la solución de los problemas que sean detectados y la obtención de los objetivos planteados. Este plan no es inmutable y deberá ser modificado en función de la consecución de dichos objetivos, la valoración clínica y la evolución que presente el paciente adulto mayor. (2)

Las diferentes y variadas formas de presentación de las patologías en los adultos mayores hacen necesario este tipo de instrumentos de diagnóstico, ya que además de los problemas bien conocidos en la medicina interna, se añaden otros relacionados específicamente con el proceso de envejecimiento, que muchas veces pasan inadvertidos cuando no se aplica este tipo de instrumentos para su valoración. Además este proceso debe ser continuo y se debe seguir a través del tiempo, para poder identificar los problemas y plantear las posibles soluciones. Asimismo, es necesario estar alerta para identificar otros que pueden aparecer, ya sea por la evolución natural de estos problemas o por los tratamientos farmacológicos. (4)

Uno de los graves problemas actuales es la poca disponibilidad de tiempo, sobre todo en las instituciones de seguridad social, donde la mayoría de los servicios está prácticamente saturada. Tener poco tiempo se ha convertido en un problema a vencer para la buena práctica de la medicina, ya que pareciera que una de las consecuencias de la modernidad es disponer cada vez menos, de manera paradójica, de tiempo debido a múltiples factores. Infortunadamente, esta escasa disponibilidad de tiempo para la consulta es una constante y es difícil que cambie, por lo menos en el corto plazo. Y cada vez son más los pacientes mayores de 65 años que exigen servicio en todos los niveles de atención. (4)

Recabar los datos iniciales es probablemente la parte más importante de todo. Si el personal tiene la capacidad necesaria para recoger la información requerida, ahorrará bastante tiempo y problemas a todo el equipo que luego atienda al adulto mayor. La valoración puede realizarse en un solo consultorio o en diferentes ambientes, según sean la infraestructura del servicio o centro hospitalario y el personal multidisciplinario que forman parte del equipo de atención. Por desgracia, no siempre se cuenta con el equipo ideal: Médico especialista en geriatría, enfermera especialista en geriatría, médico especialista en rehabilitación con entrenamiento en el área de geriatría y trabajadora social. Los problemas identificados en la primera valoración constituyen la línea base para todo el personal de salud que atiende después al paciente, lo cual constituye de esta manera una de las piezas fundamentales de la historia clínica. Errar en la observación diagnóstica inicial puede significar un sesgo difícil de corregir. (4)

Al comenzar la entrevista con el paciente se debe corroborar que el paciente ha comprendido bien las indicaciones. Asimismo, y conforme continuamos con la entrevista, se lleva a cabo la

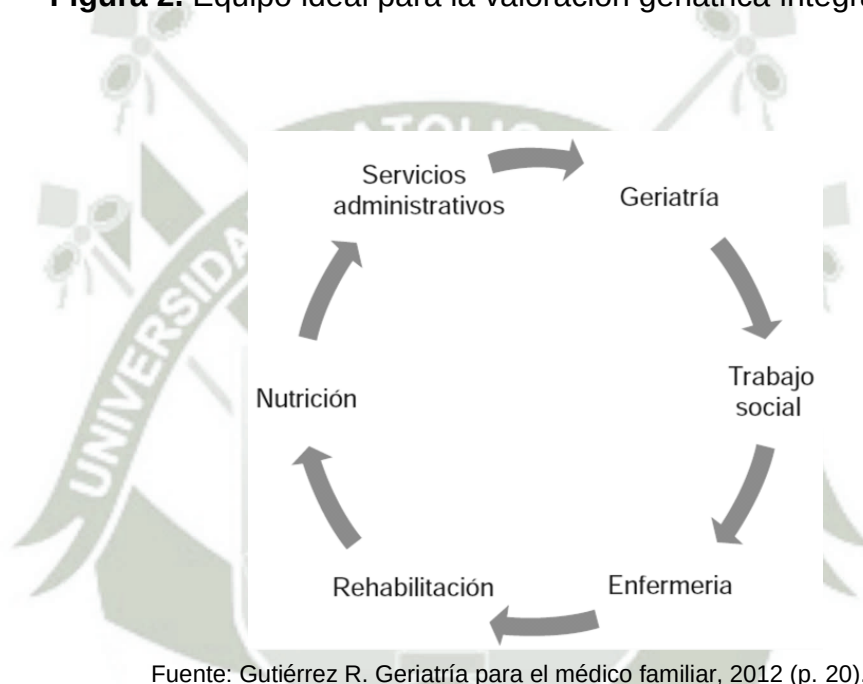
valoración del estado mental. En la muchas ocasiones es necesaria la presencia del cuidador o un familiar para recabar información de manera indirecta. Claro está que, en presencia de un deterioro cognitivo, la asistencia del cuidador es indispensable. Al comenzar la comunicación debe ser lo más tranquila posible y en un ambiente adecuado, a menos que se trate de una sala de urgencias. Desde que el paciente ingresa al consultorio debe de reconocerse algunos problemas: Utilización de bastón o andadera por alteración de la marcha o, peor aún, inestabilidad y falta de uso de estos implementos; si el adulto mayor puede ver bien, reconocer su postura al sentarse y saludar; temores evidentes de la persona; relación con las personas que lo acompañan; necesidad de gritar por sordera; capacidad de vestirse solo; presencia de cansancio y agitación al caminar unos cuantos pasos o al hablar; temblor o rigidez. Es importante también no incluir a toda la familia dentro del consultorio, ya que en muchas oportunidades acuden todos los hijos para conocer directamente el diagnóstico de su familiar, sea por desconfiar del cuidador o para proponer o brindarnos información que probablemente el cuidado desconoce y así con la información recabada el personal médico poder plantear acciones y directrices futuras y, en el peor de los casos, por aparentar ante los demás una preocupación inexistente. La experiencia nos dice que no siempre acuden en plan conciliador, por lo que es importante establecer alguna jerarquía familiar para comentar los primeros hallazgos. Luego puede hablarse con todos los miembros, después de tener certezas diagnósticas y pronósticos establecidos. (4)

2.1.1 Modelos De Valoración Geriátrica Integral

Los geriatras utilizan el trabajo en equipo como su herramienta más valiosa para el cuidado y atención de los pacientes. Como se señaló, la valoración de los pacientes

adultos mayores es un acto transdisciplinario. Por ello el conocimiento de cada disciplina es muy importante y se combina para lograr una evaluación global del sujeto que busca mejorar su calidad de vida y prolongar su independencia. La figura 2 muestra la composición del equipo ideal que conceptualmente debe realizar la valoración geriátrica integral. (1)

Figura 2. Equipo ideal para la valoración geriátrica integral (1)



2.1.2. Estructura e instrumentos de la valoración geriátrica integral

Para hacer más fácil la recolección de información, agilizar su transmisión entre profesionales y homogeneizar criterios, la valoración geriátrica integral se ayuda de instrumentos o escalas estandarizadas, que nos ayudan a cuantificar de forma objetiva, válida, reproducible y fiable los datos relacionados a las diferentes esferas evaluadas. Sin embargo es muy importante recalcar que estas escalas son solo un

complemento en la valoración del paciente y que no debemos basarnos únicamente en ellas a la hora de realizar los diagnósticos, lo fundamental siempre es la clínica y el uso de dichas escalas nos debe servir de apoyo y orientación. (2)

La valoración geriátrica integral está constituida de cuatro aspectos: Valoración clínica, valoración socio familiar, valoración funcional y valoración mental. Con estos aspectos se puede cubrir en su totalidad para obtener una evaluación global del adulto mayor en la consulta. Estos cuatro aspectos son en su mayoría los motivos de consulta más frecuentes de los adultos mayores y cubren los factores de riesgo que más afectan su calidad de vida. (1)

a. Valoración Clínica.

Dentro de la valoración clínica, la historia clínica cumple un papel sobresaliente ya que sigue siendo la herramienta más importante y más útil para identificar el estado clínico del paciente adulto mayor. La gran cantidad de patologías presente en muchos adultos mayores, la polifarmacia, y el desconocimiento por parte del personal de salud y de los pacientes acerca de las características normales del envejecimiento nos hacen difícil la obtención de una historia clínica adecuada. En muchas oportunidades es necesario recurrir a los familiares o cuidadores para obtener la información necesaria para elaborar una historia clínica adecuada y a profundidad. Con todos los datos recabados, con la entrevista al paciente y familiares o cuidadores, es posible entonces entender aquello que afecta al adulto mayor en las diferentes esferas de su vida y por consiguiente poder plantear acciones adecuadas en

beneficio del paciente. Para este aspecto es útil tener en mente los denominados síndromes geriátricos que tienen consecuencias importantes y que suelen ser el primer signo de alarma que alerte al médico en atención primaria sobre la necesidad de buscar cuidado especializado para el paciente. El cuadro 1 resume los síndromes geriátricos.
(1)

Cuadro 1. Síndromes Geriátricos (5)

- Malnutrición
- Inestabilidad y caídas
- Inmovilismo
- Deterioro Cognitivo
- Estreñimiento
- Incontinencia
- Depresión – Ansiedad
- Trastornos del Sueño
- Aislamiento
- Úlceras por presión
- Iatrogenia – Polifarmacia
- Déficit Sensorial
- Confusión Aguda
- Disfunción Sexual
- Fragilidad

Fuente: Varela L. Principios de Geriátria y Gerontología, 2011 (p. 105).

b. Valoración Funcional.

A través de la valoración funcional podemos ver la capacidad que tiene el paciente para llevar a cabo su

vida día a día y mantener su autonomía en el medio en el que se desenvuelve. Es necesario conocer la situación funcional basal y, si se ha producido algún cambio, desde cuándo y con qué lo relaciona. Así mismo existen dos grandes áreas de evaluación funcional de interés clínico, las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y las instrumentales (AIVD). Además hay que valorar la marcha, los órganos de los sentidos y el estado nutricional. (2)

c. Valoración mental.

La valoración mental nos permite obtener información objetiva y mensurable de la situación cognitiva y afectiva del adulto mayor. La importancia de su aplicación se basa en la alta prevalencia de patologías en esta esfera en personas mayores. Aproximadamente un 17-34% presentan deterioro cognitivo leve (un 20% según el estudio Toledo), el 7- 10%, demencia (aproximadamente el 20-25% en mayores de 80 años) y entre el 5,1 y el 19,5%, depresión, porcentaje que aumenta cuando a ésta se asocian otras enfermedades como el Alzheimer (entre el 19 y el 87%), el Parkinson (40%) o en ancianos institucionalizados (mayor del 20%) u hospitalizados (entre el 12 y el 45%). (6)

En ancianos, este tipo de valoración, se ve influida por varios factores entre los que se incluyen la edad y el sexo, el grado de instrucción, la integridad del sistema nervioso central, el envejecimiento del sistema nervioso central, el cociente intelectual previo, algunos problemas en el ámbito biológico (comorbilidad, alteraciones en los

órganos de los sentidos, dificultades motoras) y psíquicos (depresión, ansiedad), el lugar y condiciones de la evaluación, así como el plurilingüismo y otros condicionantes sociales. (6)

Por todo lo descrito, la valoración mental en el adulto mayor es difícil, lleva tiempo y está asociada a una gran variabilidad. Por lo tanto, su correcta aplicación mediante el uso de instrumentos validados y estandarizados por personal de salud entrenado debe permitirnos diferenciar las alteraciones debidas a patologías de las originadas por otros factores como los factores de confusión. (6)

La valoración mental se debe empezar a desarrollar a partir de una entrevista semiestructurada integrada en la anamnesis en la que se recopile información relacionada a la esfera cognitiva y afectiva del adulto mayor para posteriormente completar con los instrumentos necesarios según el tipo de paciente con el que estemos tratando. Además debe de llevarse a cabo en un ambiente tranquilo y sin apuros, con iluminación adecuada. En este caso es importante la participación de los familiares o cuidador quienes nos pueden ayudar con algunos datos. (6)

En la valoración del estado mental es importante atender al estudio tanto de la esfera cognitiva, como afectiva y tener en cuenta las variables implicadas en la fragilidad de ambas áreas. La fragilidad cognitiva depende de: (7)

- a) Variables orgánicas.
- b) Factores psicosociales y

- c) Entidades clínicas, como hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad cerebro vascular, enfermedades tiroideas, insuficiencia renal, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, polifarmacia y alteraciones en los órganos de los sentidos.

Dentro de los factores de riesgo de depresión se incluyen: (7)

- a) Factores biológicos (antecedentes familiares, cambios en la neurotransmisión asociados a la edad, sexo y raza).
- b) Factores médicos (no se debe olvidar que la prevalencia de depresión en ancianos cuando existe patología médica asociada alcanza el 54%), como enfermedades específicas (accidente cerebro vascular, enfermedad de Parkinson, neoplasias, etc.), enfermedades crónicas especialmente asociadas a dolor o pérdida funcional, enfermedades terminales, polifarmacia, privación sensorial.
- c) Factores funcionales, que al interaccionar con la depresión conducen a un pronóstico negativo.
- d) Factores psíquicos: episodios depresivos previos, alcoholismo, ansiedad, demencia.
- e) Factores sociales, tales como viudedad, institucionalización, hospitalización, soledad, bajos recursos socioeconómicos, escaso soporte social y pérdidas recientes.

Diversas herramientas son útiles para establecer la presencia de deterioro cognoscitivo, todas ellas están dirigidas a explorar las funciones mentales superiores: memoria, razonamiento, lenguaje, orientación, proceso del pensamiento, atención y cálculo. Dentro de los instrumentos para el tamizaje de la esfera cognoscitiva tenemos: (8)

1. Exámen mínimo del estado mental.

El examen mínimo del estado mental (MMSE, por sus siglas en ingles) es una prueba de tamizaje. Además es el instrumento más utilizado en la práctica clínica y en la investigación, y por ello ha sido traducido a diferentes idiomas. Su objetivo es cuantificar las capacidades cognoscitivas del paciente e identificar a pacientes con dificultades cognoscitivas (Folstein y McHugh, 1975). (8)

2. Prueba del reloj

Es un método bastante rápido y de bajo costo para evaluar trastornos cognoscitivos. Además es útil para distinguir entre patología y envejecimiento normal. Podemos decir que es una prueba confiable, bien aceptada y fácil de realizar, aun en pacientes que se encuentran en cama. (8)

3. Prueba de PFEIFFER

Pfeiffer lo ideó en 1975; es otro instrumento de valoración utilizado con frecuencia en estudios

epidemiológicos (sensibilidad de 86% y especificidad de 90%; nivel de evidencia, II) (8)

En cuanto al estado afectivo se cuenta con la siguiente herramienta: (8)

1. Escala de depresión geriátrica de Yesavage

La primera versión fue elaborada en 1983 por Yesavage y al pasar el tiempo esta primera versión fue sufriendo algunas modificaciones. Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) diseñada en especial para la población de adultos mayores (Yesavage JA et al., 1983). (8)

d. Valoración socio familiar.

El conocimiento de la situación social es muy importante en los pacientes mayores para conseguir un manejo clínico adecuado. Entre los datos que se deben recopilar destacan el estado civil, las relaciones familiares, las condiciones de la vivienda (incluyendo el piso y si cuenta con ascensor), las ayudas públicas y privadas que recibe y la carga que impone el cuidado del mayor sobre la familia. (4) (9)

Se cuenta, para su valoración, con la escala de Gijón. Pero se utiliza la escala de valoración socio-familiar modificada por Merino para nuestra realidad. Hay dos categorías que se establecen en este ámbito: Entorno social adecuado y el riesgo y problema social. (10)

2.2 VALORACIÓN FUNCIONAL

La valoración funcional es uno de los pilares más importantes de la valoración geriátrica, porque nos permite definir el grado de dependencia y de esa manera plantear los objetivos del tratamiento y la rehabilitación, así como iniciar medidas de prevención para evitar mayor deterioro. (4)

En 1959, la Organización Mundial de la Salud (OMS) postuló que “la salud en el anciano se mide en términos de función”. Podemos decir que es uno de los pilares de la valoración geriátrica integral y que consiste en el estudio de las capacidades físicas del adulto mayor en toda su dimensión, desde las tareas motoras más simples y su capacidad de autocuidado hasta el ejercicio y la independencia en el medio ambiente que se desenvuelve. El objetivo primordial de la valoración funcional es detectar problemas para así poder instaurar medidas de prevención y tratamientos farmacológicos, y tradicionalmente se ha basado en la esfera de la discapacidad, por lo que solo el adecuado conocimiento del proceso de discapacidad de las personas adultas mayores nos permitirá saber cómo, dónde y cuándo se debe realizar una adecuada valoración funcional. (11)

En el año 1984, la OMS planteó que los estudios de poblaciones de edad avanzada han mostrado diferencias entre las medidas de morbilidad, las condiciones subjetivas de la salud y la capacidad para desarrollar las actividades normales de la vida diaria. Por ello se plantea que desde el punto de vista del individuo, la familia y la planificación general de los servicios humanos, las medidas de incapacidad tienen más importancia

que las medidas de morbilidad. Desde esta perspectiva, la OMS concibe la discapacidad como un indicador de salud. (12)

La necesidad de evaluar las limitaciones funcionales, además de la discapacidad, como pilares básicos que sustentan el origen de ésta es muy importante. Se podría decir *que estas limitaciones funcionales (actos motores simples no orientados a un fin o actividad) serían los ladrillos que ayudan a construir el edificio de la discapacidad y la dependencia. En la figura 4 se ilustra el modelo de discapacidad de Nagi y Verbrugge en el que se puede observar como las limitaciones funcionales anteceden a la discapacidad y estos dos a la dependencia. (6)

Figura 4. Modelo de discapacidad de Nagi y Verbrugge. (6)



Fuente: Abizanda P. Medicina Geriátrica. Una aproximación basada en problemas, 2012

2.2.1 Definición de términos

a. Funcionalidad

Definida como la suma de las capacidades que requiere un adulto mayor para realizar por sí mismo aquellas actividades indispensables para poder satisfacer sus necesidades dentro y fuera de su domicilio, es un fenómeno complejo y multidimensional que requiere del equilibrio de las esferas biológicas, psicológicas y sociales de cada individuo. (1)

El concepto de funcionalidad en Geriatria es amplio; involucra aspectos físicos, mentales, económicos, socio familiares, premisas con las cuales podemos integrar un diagnóstico en las cuatro esferas y de esa forma conocer la funcionalidad, la discapacidad, el desacondicionamiento y determinar el grado de incapacidad del adulto mayor, y así detectar los problemas que aquejan a nuestro paciente y poder brindarle atención a cada uno de ellos para conservar al máximo la autonomía física, mental, social y económica del adulto mayor. (13)

b. Función

La función se ha definido como la capacidad de un individuo para adaptarse a los problemas de todos los días (aquellas actividades que le son requeridas por su entorno en el cual se desenvuelve todos los días y su participación como individuo dentro de la sociedad), a pesar de sufrir una incapacidad física, mental o social. Es, por tanto, un fenómeno complejo que está influido por muchos factores. (14)

La función depende de las capacidades físicas, del entorno físico, social y psicológico, de la respuesta adecuada al tratamiento médico y, en última instancia, de la motivación del adulto mayor. (11)

c. Discapacidad

Discapacidad, considerando la funcionalidad del cuerpo en su totalidad, sería la ausencia o merma de la capacidad para realizar actividades en forma total, teniendo en cuenta la edad y el sexo del individuo. Puede ser transitoria o definitiva, reversible o irreversible, dependiendo de la cuantificación y la objetivación de la disminución de la capacidad funcional o funcionamiento del individuo. La discapacidad puede describirse en tres niveles: Cuerpo (alteración de las funciones y estructuras corporales), persona (limitación de las actividades medidas como capacidad) y sociedad (restricciones de la participación medidas como desempeño). El resultado de la interacción entre el estado de salud de la persona más los factores ambientales y personales sería el origen de la discapacidad. (15)

d. Incapacidad

La incapacidad se define como toda restricción de capacidad de ejecutar una actividad dentro de los márgenes que se consideran normales. (12)

e. Autonomía Funcional

La autonomía funcional es la capacidad de hacer, por uno mismo, las actividades de la vida diaria: levantarse, vestirse, alimentarse, bañarse. Cuando en gerontología se habla de

pérdida de autonomía, generalmente se contempla la autonomía funcional. (16)

2.2.2 Importancia de la valoración funcional

La evaluación funcional geriátrica está relacionada con la mejoría de la supervivencia, menor número de hospitalizaciones y días de estancia hospitalaria, disminución en los costos de atención médica e institucionalización, mejoría en el estado funcional y en el pronóstico de los pacientes adultos mayores. Además la independencia en las actividades de la vida diaria y la movilidad están relacionadas con una buena auto percepción de calidad de vida y salud en los adultos mayores. (1)

La valoración funcional es útil para: (6)

- Describir el estado de salud de un anciano, e identificar sus áreas de deficiencia.
- Colaborar en la toma de decisiones individuales (elaborar planes de cuidados, ajustar tratamientos, indicar exploraciones complementarias y asignar recursos).
- Identificar y estadificar enfermedades (p. ej., la demencia).
- Monitorizar la evolución y de la eficacia de los planes.
- Establecer pronósticos y expectativas de resultados.
- Establecer las bases científicas de intervenciones médicas.
- Identificar a la población anciana en riesgo (mortalidad, hospitalización, institucionalización, deterioro funcional durante un ingreso, riesgo quirúrgico), para implementar políticas sanitarias globales y medidas preventivas.

Como se ha señalado la valoración funcional nos permite definir el grado de dependencia en base a la medición de tres aspectos muy

importante: Las actividades básicas de la vida diaria, las actividades instrumentales de la vida diaria y las actividades avanzadas de la vida diaria.

2.2.3 Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)

Es un conjunto de actividades primarias de la persona que nos sirve para valorar autocuidado y movilidad del paciente, que le confiere autonomía y le permite vivir sin la ayuda continua de otros. (5) (17)

Las actividades básicas de la vida diaria, como su nombre lo indica, son el nivel más elemental de función, son esenciales para el autocuidado y son las últimas en perderse. Estas se ven poco influidas por factores sociales o culturales. Las actividades básicas de la vida diaria son: El aseo, la movilización, la capacidad de comer, el vestirse y las continencias. (6)

Instrumentos de medición de ABVD

Las escalas más conocidas son el índice de Katz, índice de Barthel y la escala de la Cruz Roja para valorar la capacidad funcional. Dentro de ellas la más utilizada es el índice de Katz porque nos permite abarcar la organización biológica de las conductas primarias y la recuperación funcional.

a. Índice de Katz.

Publicado por Sydney Katz y colaboradores en el año de 1976. El objetivo de la herramienta es la evaluación de una serie de actividades básicas para la función del ser humano, se incluyen la capacidad para bañarse, vestirse, moverse fuera de cama, usar el sanitario, controlar los esfínteres y alimentarse. (1)

Forma de aplicación: El índice de Katz puede ser aplicado a adultos mayores, y en caso de tratarse de pacientes con deterioro funcional grave o alteraciones en la cognición, la participación de algún familiar o cuidador es muy importante. Mediante el interrogatorio del adulto mayor, sus familiares y cuidadores, se evalúa si el adulto mayor es capaz de realizar, por si mismo, cada una de las actividades, existiendo para cada una de ellas distintos aspectos que permiten identificar si el paciente es o no independiente. (1) (18)

El concepto de independencia en este índice es diferente al de otras escalas. Se considera independiente a una persona que no necesita ayuda o utiliza ayuda mecánica y dependiente a aquella que necesita ayuda de otra persona, incluyendo la supervisión de la actividad. De esta forma, si una persona no quiere realizar una actividad aunque realmente pueda realizarla, se le considera dependiente. (18)

Interpretación: Existen dos formas en que puede evaluar el índice de Katz, la forma original cualitativa y la forma numérica. La forma original, propuesta por los desarrolladores de la herramienta, asignaba una letra de la A hasta la H de acuerdo con las actividades que se encontraban afectadas en el adulto mayor. Esta forma de evaluación es confusa, sobre todo en el personal de salud que no está familiarizado con la herramienta, además de dificultar la interpretación de los cambios en las evaluaciones subsecuentes. (1) (18)

La forma numérica asigna un punto, como máximo, a cada una de las actividades en las que el adulto mayor es independiente, mientras que si requiere asistencia para alguna de ellas, de acuerdo con los posibles escenarios, no se le asignaran puntos.

Se puede obtener una puntuación máxima de 6 puntos, considerando independiente al paciente con 6 puntos y totalmente dependiente o con pérdida de la autonomía al paciente con 0 puntos. Mientras menor sea la puntuación que se obtenga, mayor será la gravedad de la dependencia funcional. Se recomienda detallar en la historia clínica de cada paciente qué aspectos del índice se encontraban afectados, para poder analizar en evaluaciones posteriores qué actividades se deterioraron o pudieron recuperarse. (1) (18)

Méritos y limitaciones: El índice de Katz es útil, ya que permite unificar el lenguaje para la evaluación de las actividades básicas de la vida diaria en el personal de salud, sin embargo evalúa actividades que sólo se afectan en pacientes con compromiso grave de su reserva funcional y tiene poca sensibilidad para medir pequeños cambios en cada una de las actividades. (1) (18). Otra ventaja es su sencillez. Sin embargo tiene desventajas en su sensibilidad pues no nos permite ver el compromiso funcional hasta que existe una importante discapacidad, es decir, cuando hay un moderado o severo compromiso funcional. (5)

El índice de Katz es más útil para trabajo con personas institucionalizadas y es un instrumento sensible para detección temprana del compromiso funcional en la comunidad. La sensibilidad del índice de Katz para detectar cambios pequeños en la situación funcional de los pacientes es aceptable, aunque menor que la de Barthel. (5) (18)

b. Índice de Barthel

Publicado por Mahoney y Barthel en 1965. Al igual que la escala de Katz, es una herramienta cuyo objetivo es evaluar una serie de actividades básicas para la función del ser humano. A diferencia del Índice de Katz, evalúa por separado la continencia del esfínter urinario y anal, además de evaluar si el adulto mayor es capaz de subir escaleras y caminar sin asistencia una distancia mayor de 50 m. Tiene una alta validez concurrente con el índice de Katz y aunque es menos conocida, suele ser utilizada en pacientes con patología cerebrovascular y es preferida por personal de salud dedicado a la rehabilitación.

(1) (5)

Forma de aplicación: Puede ser aplicado a adultos mayores en comunidad, sobre todo en aquellos con enfermedades neuromusculares y musculo esqueléticas. Para su desarrollo se requiere la participación de los adultos mayores, sus cuidadores y familiares, en especial en los pacientes que presenten deterioro funcional y/o cognoscitivo importante. Se realiza preguntas al paciente y sus acompañantes sobre la capacidad para realizar sin ayuda o supervisión cada una de las actividades a evaluar, especificando en caso de requerir asistencia cómo se le apoya. (1) (19)

Interpretación: Para cada una de las actividades que se evalúan con esta herramienta se cuenta con distintos escenarios que evalúan si el adulto mayor es independiente, requiere algo de asistencia o es incapaz de realizarla. A cada uno de los escenarios se le asigna una puntuación que puede ir de 0 a 15 puntos dependiendo de cada aspecto. Al finalizar la evaluación de cada una de las actividades, se sumara los

puntos obtenidos en cada uno de los escenarios hasta obtener un máximo de 100 puntos. Se considera independiente al paciente con 100 puntos y dependiente al paciente con 0 puntos. Entre menor sea la puntuación obtenida mayor será la dependencia funcional. No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia). De acuerdo con la puntuación obtenida, se puede evaluar la gravedad de la dependencia funcional de la siguiente manera: Leve, mayor a 60 puntos; moderada, entre 40 a 55 puntos; grave entre 20 a 35 puntos; y finalmente severa o total con un puntaje menor a 20 puntos. (1) (19)

Méritos y limitaciones: Es una herramienta fácil de utilizar e interpretar por el personal de salud capacitado o no, si bien es un poco más extensa y específica que el índice de Katz, nos permite evaluar con mayor facilidad cada una de las actividades. En lo que respecta a la comparación con evaluaciones previas o posteriores, permite identificar los cambios en la intensidad en la dependencia funcional; sin embargo, su forma de reporte no permite establecer el grado en el que se encuentran afectados cada uno de los rubros, por lo que es recomendable especificar en el expediente del paciente qué actividades básicas se encontraban afectadas en cada evaluación. (1) (19)

c. Escala de la Cruz Roja

Es una escala simple y que requiere poco tiempo para su desarrollo. Sin embargo, no es un instrumento de valoración per se sino que su utilidad se basa en que permite clasificar

rápidamente al paciente en un nivel de incapacidad. No dispone de instrucciones para su desarrollo y presenta problemas de fiabilidad. Es muy usada hasta el día de hoy en nuestro país, lo cual hace que sea importante conocerla. Diferentes estudios han mostrado su validez frente a otras escalas simples. (14)

Las características que se evalúan con este instrumento son: actividades de la vida diaria, ayuda instrumental para la deambulación, continencia de esfínteres y nivel de restricción de la movilidad. Esta escala permite puntuar el nivel de la función de un individuo en una escala de 0 a 5 puntos, de mejor a peor nivel de la función. (14)

2.2.4 Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)

Son aquellas actividades esenciales para la adaptación del adulto mayor al medio ambiente en el cual se desenvuelve, sin embargo tiene una mayor complejidad en su ejecución. Nos ayuda a que la persona viva de forma autónoma en la sociedad. Son actividades domésticas (limpiar, lavar, cocinar y comprar) y no domésticas (manejo de dinero, control de la medicación, uso del teléfono y de un medio de transporte). (6)

Estas actividades tienen un trasfondo cultural en nuestro medio (actividades frecuentemente realizadas por mujeres) y dependen también de la función cognitiva y afectiva del paciente, así como de factores sociales, por lo que su valoración resulta difícil en adultos mayores institucionalizados. Su evaluación puede ayudar a mejorar la discriminación entre ancianos con y sin deterioro cognitivo. La herramienta más utilizada para evaluar este tipo de actividades es la escala de Lawton. (6)

a. Escala de Lawton

Publicada en 1969 por Lawton y Brody. El objetivo de la herramienta es evaluar una serie de actividades que requiere desempeñar el adulto mayor que vive en una comunidad de tipo urbano, necesitando que esferas biológicas y sociales estén integras. Las actividades evaluadas incluyen la capacidad para utilizar el teléfono, transportarse en vehículos automotores a lugares distantes, realizar compras, controlar el consumo de sus medicamentos, manejar sus finanzas, realizar la limpieza de su domicilio, lavar su ropa y preparar sus alimentos. (1)

Forma de aplicación: Puede ser utilizada en comunidades rurales, aunque inicialmente fuera diseñado para aplicarse en comunidades urbanas. Para su ejecución se requiere de la participación activa del adulto mayor, sus familiares y sus cuidadores, en especial cuando el paciente presente deterioro cognoscitivo y/o funcional grave. Se interroga al paciente y sus acompañantes sobre si el adulto mayor necesita de asistencia para realizar cada una de las actividades, en caso de requerir asistencia se deberá evaluar en qué consiste la ayuda. (1)

Cuando los varones evaluados requieren asistencia para la preparación de alimentos, la limpieza de su domicilio o el lavado de la ropa, se deberá interrogar si durante el transcurso de su vida realizó dichas actividades o jamás las realizó por el contexto cultural donde vivió. (1)

En lo que respecta al resto de las actividades, sobre todo en los adultos mayores que residen en comunidades rurales, el no contar con los recursos necesarios para realizar cada una de ellas no afectará la evaluación de sus capacidades, pero deberá

ser considerado por el personal de salud al evaluar la gravedad de la dependencia funcional. (1)

Interpretación: Se asignará un punto a cada una de las actividades en que el paciente no requiera de asistencia. Existen distintos escenarios para cada una de las actividades con las cuales el personal de salud puede decidir si considere independiente o dependiente en cada una de ellas al adulto mayor. Se puede obtener una puntuación máxima de 8 puntos, siendo independiente el adulto mayor con 8 puntos y dependiente el paciente con 0 puntos. En el caso de varones que nunca hayan participado en las actividades de limpieza, lavado de ropa y preparación de alimentos, se deberá quitar un punto a la máxima puntuación posible y no ser considerados para el análisis de la dependencia funcional. Al igual que en las otras escalas que evalúan las actividades de la vida diaria, se requerirá especificar en el expediente del paciente qué aspectos se encontraron afectados con la finalidad de poder comparar los resultados de evaluaciones posteriores. (1)

Méritos y limitaciones: La principal limitación de esta escala es que fue diseñada para un ambiente urbano, además de que algunas de las actividades pueden estar afectadas por el nivel socioeconómico y grado de instrucción del adulto mayor. Esta herramienta requerirá de adaptaciones en el futuro, ya que se deberán considerar los instrumentos que surgieron después del desarrollo de la escala y que se volvieron indispensables en el estilo de vida de la sociedad actual, como la computadora y los teléfonos móviles. Hasta el momento es una herramienta muy útil para evaluar cómo las alteraciones en las esferas biológicas, psicológicas y sociales de los adultos mayores pueden afectar las actividades que se realizan a diario. (1)

2.2.5 Actividades avanzadas de la vida diaria (AAVD)

Las actividades avanzadas de la vida diaria valoran la capacidad del paciente de participar en la vida social de la comunidad (viajes, negocios, trabajo) y de disfrutar de ésta (ocio, aficiones, participación en grupos o comunidades o deportes). No son indispensables para llevar una vida autónoma, pero se relacionan de manera positiva con funciones cognitivas y afectivas, así como con la calidad de vida. (6)

2.3 LA DEPENDENCIA Y LA VALORACION FUNCIONAL

El Consejo de Europa define la dependencia como “la necesidad de ayuda o asistencia importante para las actividades de la vida cotidiana”. Es un “estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal”. (20) (21)

En su acepción más amplia es la subordinación a un poder mayor o la situación de una persona que no puede valerse por sí misma. (22)

Las modificaciones que se producen paulatinamente con el pasar de los años a medida que envejecemos, hacen de la persona mayor una persona vulnerable y susceptible de llegar a algún nivel de dependencia. Y es por ello que en muchas oportunidades las personas mayores por falta o pérdida de capacidad física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia o ayudas importantes para realizar las actividades de la vida diaria y/o instrumentales.

El nivel de independencia y dependencia también orienta acerca del pronóstico y, por supuesto, es uno de los mejores indicadores para establecer el riesgo de institucionalización. (4)

La dependencia tiene, en esencia, dos consecuencias: (23)

- a) Un estado “anormal” para la persona. La persona que era independiente durante toda su vida se encuentra ahora en una situación de dependencia que afecta de forma negativa el modo en que se ve y valora a sí misma, su autonomía y bienestar.
- b) Las necesidades básicas de la persona deben ser satisfechas por su entorno más próximo, por lo general su familia, a menos que se planteen otras posibilidades (por ejemplo, ingreso a instituciones de larga estadía, ayuda privada). Esta labor de ayuda supone muchos cambios en los niveles sociales, emocionales, económicos y laborales.

Obviamente, la necesidad de asistencia y/o cuidados es consecuencia de las situaciones de dependencia que han estado presentes siempre; lo que ha cambiado es su dimensión (debido sobre todo al crecimiento del número y de la proporción de personas mayores), su importancia social (ha dejado de verse como un problema exclusivamente individual o familiar para pasar a percibirse como un problema que afecta a la sociedad en su conjunto) y su naturaleza (en tanto que supone una redelimitación de los objetivos y funciones del Estado de Bienestar e implica nuevos compromisos de protección y financiación). Todo ello hace de la dependencia una carga que es a la vez social y familiar, y al mismo tiempo abre un nuevo campo de intervención social que pone a prueba la capacidad de la sociedad y de sus instituciones para adaptarse a las nuevas realidades de fragilidad social. Las personas dependientes requieren un seguimiento

constante, aunque no necesariamente permanente, basada en el apoyo y los cuidados. (24)

2.3.1 Tipos de dependencia

Se distinguen cuatro tipos de dependencia:

2.3.1.1 Dependencia Funcional.

La dependencia funcional está directamente relacionada con el envejecimiento fisiológico y además depende de múltiples factores que pueden influir sobre ella, los cuales pueden ser físicos y/o mentales. (25)

a. Dependencia Física

El punto más importante de discusión de muchos de los trabajos publicados sobre la dependencia de los adultos mayores gira en torno de la dependencia en salud, como producto de la pérdida funcional de capacidades corporales o sensoriales. De estas, las más analizadas se relacionan con la incapacidad para ejecutar actividades básicas de la vida diaria esenciales para el cuidado personal y la autonomía. (26)

De tal forma que la dicotomía discapacidad-dependencia mantienen una relación muy estrecha, pero que no siempre debería pensarse como una ley ya que una discapacidad no siempre genera dependencia en salud e inclusive cuando una discapacidad termina en dependencia, ésta puede ser de diferentes grados, según

la severidad, el entorno y las características de las actividades que el adulto mayor debe realizar. (26)

La dependencia física puede aparecer bruscamente, de forma que el entorno de la familia la percibe claramente. Sin embargo, también puede iniciarse de forma paulatina e ir progresando lentamente, cuando, por ejemplo, surgen algunas dificultades aisladas y paulatinas: disminución o pérdida de visión o audición, dificultades para hacer algunos movimientos como salir de la tina o abotonarse la camisa. (26). Sin embargo la dependencia relacionada por situaciones de salud abarca también aquellas que son originadas por enfermedades crónicas, enfermedades atípicas, coexistencia de múltiples patologías en un mismo paciente, polifarmacia y fragilidad, así como por los llamados síndromes geriátricos que en algunas oportunidades pueden ser mas graves y discapacitantes que la misma enfermedad que las origina. (27). Además el diseño, infraestructura y equipamiento urbano también pueden convertirse en un obstáculo para realizar las actividades que el paciente podría realizar de forma autónoma. (28)

b. Dependencia Mental

Este tipo de dependencia puede aparecer juntamente con la dependencia física. Se encuentra asociada con el deterioro de las capacidades mentales de la población adulta mayor. El proceso de envejecimiento puede alterar la función cognoscitiva de del adulto mayor y llevarlo al deterioro cognitivo leve o a la demencia, entre otros. Estos problemas de salud mental son de carácter

crónico, progresivo y lento e incluyen la esfera cognitiva, afectivo, ansioso, psicótico, del sueño, adicciones y abuso de sustancias. (27)

La dependencia mental sobreviene de forma progresiva; además se aprecia cuando la comunicación diaria va perdiendo sentido, coherencia y eficacia, y la conversación se hace casi imposible. Las personas afectadas comienzan a ser incapaces de expresar sus necesidades y de cuidarse a sí mismas. Por ello es muy importante que las familias admitan el cambio psíquico que se ha producido en el paciente. (27)

Las personas con patologías crónicas presentan una probabilidad más elevada de sufrir ansiedad y depresión, lo que repercute en la evolución desfavorable de la enfermedad física. (27)

2.3.1.2 Dependencia Económica.

La dependencia económica es, con seguridad, uno de los que mayor preocupación ha producido en los países que han experimentado el rápido aumento de la población adulta mayor, porque justo en este momento de la vida las personas dejan de trabajar y consecuentemente dejan de percibir ingresos económicos. Y es importante recalcar que concomitantemente se presenta el hecho que a mayor edad menor son las oportunidades de trabajo. Entonces el adulto mayor de quien la familia dependía económicamente pasa a ser dependiente de otros miembros de la familia que en su gran mayoría son los hijos. (27)

2.3.1.3 Dependencia Psicológica.

Si la dependencia no responde a un declive funcional, físico y/o mental, sino que es el resultado de prejuicios, estereotipos sociales, estigmas, la personalidad o las propias condiciones ambientales, entonces podemos decir que es conductual. En otras palabras la dependencia psicológica sucede cuando una persona solicita o acepta de manera pasiva o activa la ayuda de los demás, aun cuando no lo requiera. (27)

2.3.1.4 Dependencia Social.

Hasta la década de los años setenta del siglo pasado, los adultos mayores desempeñaban un papel muy importante en la estructura familiar y, en consecuencia, en la sociedad misma. Eran reconocidos no sólo por su aporte de tipo económico, sino también por su sabiduría y liderazgo, es decir, la persona mayor no era solo autoridad, sino que tenía una valoración como guía. (27)

Fue a finales del siglo XX cuando la valoración de la figura del adulto mayor inició su decadencia; en ese entonces, también empezó a esbozarse el concepto de dependencia social. Son muchas las condiciones que han llevado al adulto mayor a tener una necesidad de demostraciones de afecto, cariño, respeto y, sobre todo, de tiempo de conversación. Cuando la condición del adulto mayor es de soledad, la dependencia social mucho mayor. (27) (29)

Cualquiera que sea el origen de la dependencia social, ésta puede repercutir en forma negativa en la salud y

funcionalidad del adulto mayor, lo que provoca la necesidad de ayuda desde distintos niveles de la sociedad para responder a expectativas de muy diversa índole. Estos niveles de apoyo se refieren al apoyo informal que lo conforman los familiares y no familiares y al apoyo formal que tiene que ver directamente con el soporte social. (27)
(30)

2.4 DEPRESION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas aproximadamente, de los que menos del 25% tienen acceso a tratamientos adecuados y alerta que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo en su vida, aumentando este número si se añaden otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además, es de esperarse que en el año 2020, la depresión pase a convertirse en la segunda causa más común de discapacidad, después de las patologías cardiovasculares. (31)

La Organización Mundial de la Salud ha evaluado todos los problemas médicos más importantes que se presentan en el mundo, de acuerdo al grado de discapacidad que éstas provocan. Los Trastornos Depresivos se ubican en el cuarto lugar como enfermedad causante de discapacidad, detrás de los trastornos cardiovasculares, cáncer y accidentes automovilísticos. Sin embargo los expertos de la organización mundial de la salud han proyectado que para el año 2025, los trastornos depresivos ocuparán el segundo lugar luego de los trastornos cardiovasculares, si no se logran mejorar la prevención, el diagnóstico y la terapéutica. (32)

2.4.1 Definición y clasificación

La depresión es una enfermedad recurrente, frecuentemente crónica y que requiere un tratamiento a largo plazo. (33)

El término depresión se utiliza en tres sentidos: Síntoma, síndrome y enfermedad. Como síntoma puede acompañar a otros trastornos psíquicos, como los trastornos de angustia; como síndrome agrupa una serie de problemas caracterizados por tristeza, inhibición, culpa, minusvalía y pérdida de las ganas de vivir, y como enfermedad, desde el punto de vista médico, se visualiza como un trastorno de origen biológico en el que puede demarcar una etiología, una clínica, un curso, un pronóstico y un tratamiento específico. (34)

A menudo, el término depresión es confuso y tiende a ser malinterpretado, ya que se utiliza con excesiva frecuencia para explicar estados de ánimo negativos normales, que desaparecen con facilidad o tienen un componente pasajero. La persistencia, la severidad y la capacidad para influir negativamente en la vida del paciente, son la clave que permite percibir los síntomas clínicos de la depresión, de aquellos otros estados emocionales negativos y/o alteraciones emocionales, habituales, pero que no establecen una enfermedad. Además a pesar de las creencias populares, los estereotipos y los mitos, la depresión no es causada por una debilidad personal, un fallo de carácter o como consecuencia de una inmadurez psicológica escondida, sino que una compleja combinación de factores biológicos, psicológicos y ambientales coopera y desempeña una función determinante en la aparición, la consolidación y el desarrollo de los síntomas característicos de la depresión. (35)

La depresión clínica se considera como una condición médica que afecta el estado de ánimo, la conducta y los pensamientos. Esta cambia la manera en que una persona se siente, actúa y piensa. Por ello cosas que eran fáciles y agradables, como pasar un tiempo con la familia y los amigos, leer un buen libro, ir al cine o a la playa, en este estado necesitan más esfuerzos y a veces son casi imposibles de realizar. (35)

Hoy en día, como es ampliamente conocido, las definiciones más aceptadas de trastornos depresivos son las descritas en los consensos de clasificación de trastornos mentales de uso más habitual, es decir, la CIE-10 y el DSM-V. De tal manera que el DSM-V clasifica los trastornos depresivos en ocho subgrupos de naturaleza paralela a los de la CIE-10: Trastorno de desregulación disruptiva del estado de ánimo, el trastorno de depresión mayor (incluye el episodio depresivo mayor), el trastorno depresivo persistente (distimia), el trastorno disforico premenstrual, el trastorno depresivo inducido por una sustancia/medicamento, el trastorno depresivo debido a otra afección médica, otro trastorno depresivo especificado y otro trastorno depresivo no especificado. Y dentro de este grupo el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico de este grupo (36)

Tanto en el caso de la CIE-10 como en el del DSM-V, existe otro grupo de trastornos depresivos incorporados en los llamados trastornos adaptativos que pueden presentarse con sintomatología depresiva bien sea pura o mezclada con alteraciones de ansiedad, de la conducta o de las emociones. Por su parte la CIE-10 define el episodio depresivo como aquella situación en la que el paciente sufre una bajada del humor, reducción de su energía y disminución de su nivel de actividad,

en un entorno de disminución del interés, de la concentración y de su capacidad para disfrutar. Así mismo, la CIE-10 divide los trastornos depresivos en episodio depresivo, trastorno depresivo recurrente y la distimia incluida en el subgrupo de trastornos del humor persistentes. Ninguno de los dos sistemas de clasificación define subtipos específicos de trastornos depresivos en las diferentes fases de la vida, incluyendo la vejez. (37)

2.4.2 Etiopatogenia

Como es conocido, ampliamente, en diferentes ramas de la medicina y las diferentes patologías que ellas tratan (p.ej., cardiopatía isquémica), hoy en día podemos considerar que sobre una carga genética determinada, propia del individuo, influyen diferentes factores en el transcurso de la vida que en un momento determinado pueden contribuir en la aparición de síntomas depresivos. Por ello podemos considerar que existe una parte condicionada por la carga genética y las experiencias tempranas que a su vez condicionan una estructura de personalidad determinada con unos mecanismos de defensa propios. Todo ello determinará la posibilidad de aparición de síntomas depresivos al interactuar con otros factores ambientales. (38)

La depresión ha demostrado ser un fenómeno complejo, y los resultados de las investigaciones no han demostrado aún, del todo, en qué casos la depresión tiene origen biológico como una irregularidad hormonal o daños directos en el ADN que afectaría a los niveles de neurotransmisores, y en qué otros casos, en cambio, la variación de la regulación de neurotransmisores sería la causa de la inestabilidad hormonal o del daño en el ADN y, consecuentemente, de la depresión. (39)

a. Factores Biológicos.

Una de las explicaciones elementales y con relación directa con los tratamientos biológicos que se han mostrado eficaces en la depresión, es la teoría de disregulación heterogénea de neurotransmisores (monoaminas), en relación a un déficit de transmisión a nivel de sinapsis neuronal serotoninérgico, noradrenérgico o dopaminérgico; explicación avalada por la mejoría clínica que se consigue al incidir aumentando la neurotransmisión a estos niveles. Otros factores neuroquímicos implicados son los sistemas de los neurotransmisores GABA y glutamato, que regulan la excitabilidad neuronal (de forma inhibitoria y excitatoria, respectivamente), y el papel en boga y aún escasamente conocido de los segundos mensajeros más allá de la sinapsis neuronal (condicionarán a nivel nuclear la expresión de unos péptidos o proteínas determinadas, que a su vez tendrán un efecto a nivel del sistema nervioso central). Todo esto se ve influenciado asimismo por mecanismos reguladores de carácter neuroendocrino. Desde la neurofisiología se plantea la hiperactivación neurofuncional relacionada a disfunción vegetativa, con cambios en los ciclos del sueño y la participación de factores lumínicos en relación al núcleo supraquiasmático. También se ha resaltado la participación de estructuras neuroanatómicas determinadas como el córtex prefrontal (funciones ejecutivas), el sistema límbico, ganglios basales e hipocampo. (38)

La probabilidad de trastorno depresivo mayor es de dos a diez veces más frecuente en familiares directos de sujetos índice respecto a controles, y la concordancia en gemelos monocigóticos es del 50%, siendo en dicigóticos del 10 al

25%; todo esto refuerza la importancia de estos factores biológicos. Sin embargo el conocimiento de estos factores al día de hoy sigue siendo bastante difuso. (38)

b. Factores Psicológicos.(38)

- **Factores de personalidad:** Existiría mayor susceptibilidad a padecer síntomas depresivos en personalidades anancásticas, histriónicas o límites, respecto a otras estructuras. (38)
- **Teorías cognitivas:** Está relacionada con distorsiones cognitivas en personas propensas a la depresión (por mediación de esquemas depresógenos, moldes cognitivos que originarían percepciones alteradas de datos por experiencias tempranas del sujeto). (38)
- **Teorías conductuales:** Es aprendida por mecanismos de desprotección, además de una serie de acontecimientos externos adversos. Una serie de factores causales internos conllevarían también a la pérdida de autoestima. (38)
- **Teorías psicodinámicas:** Ante la experiencia de una pérdida, real o imaginaria, el yo cede ante la misma (clásico aforismo de que “la sombra del objeto cae sobre el yo”). La libido anteriormente anclada en el objeto se ve alejada del mismo, produciéndose la introyección de este objeto ausente. Al existir afectos ambivalentes de amor-odio, la ira se dirigiría hacia el propio individuo, en relación a este objeto introyectado. (38)

c. Factores Sociales.

Además de los orígenes biológicos y psicológicos, la depresión en las épocas tardías de la vida se origina por algunos factores sociales, entre otros problemas vitales estresantes, aflicción, estrés o tensión crónica, bajo nivel socioeconómico y escaso apoyo social. La cooperación de estos factores parece variar durante el transcurso de la vida.

(40)

Hace pocos años en algunos estudios realizados se evidenció una importante asociación entre los experiencias vitales graves (p. ej., aflicción, enfermedad potencialmente mortal de otra persona, enfermedad personal importante) y las problemas sociales (p. ej., dificultades de salud de un ser querido, problemas de alojamiento, relaciones matrimoniales y familiares) con el comienzo de la depresión en la tercera edad. Los ancianos sin personas que los acompañen se muestran particularmente frágiles al estrés vital. Por eso, el apoyo social puede amortiguar el efecto de un episodio estresante. (40)

2.4.3 Depresión en el adulto mayor

La depresión en el adulto mayor no es una consecuencia normal del envejecimiento, sino una enfermedad que se debe detectar y tratar igual que en otros periodos de la vida, por su puesto con unas consideraciones especiales que hay que tener en cuenta. La comunidad es el lugar idóneo para detectar y tratar a estos pacientes, ya que al conocerlos previamente y seguirlos en el tiempo se observan y comparten con la familia los cambios en el estado de ánimo y en el comportamiento. (41)

Los adultos mayores presentan, en general, las mismas formas de trastornos depresivos que las personas jóvenes y responden a los mismos factores etiopatogénicos, sin embargo hay algunas particularidades en los datos semiológicos, especialmente de los episodios agudos, que pueden dificultar el diagnóstico, en tanto como desencadenantes tienen mayor peso las causas médicas y psicosociales. (41)

Los factores genéticos son menos frecuentes que en depresiones, de inicio, en la juventud. Los factores neurobiológicos relacionados son los que se asocian más a la demencia que al envejecimiento normal, especialmente las modificaciones en los circuitos monoaminérgicos. La enfermedad física es un factor de riesgo con mayor peso cuanto mayor sea la gravedad y el compromiso funcional que determina; el riesgo se ve potenciado cuando se asocian, además, deterioro cognitivo y antecedentes personales de enfermedades mentales. (41). En los ancianos esta enfermedad puede resultar más difícil de detectar por varias razones como son: mayor somatización, enmascaramiento de síntomas, confusión con situaciones frecuentes de la vida a esta edad (duelos, cambios de domicilio, pérdida de capacidades físicas y mentales) y, a veces, dificultad para realizar el diagnóstico diferencial con demencia. (42)

2.4.4 Epidemiología

En Estados Unidos y Europa la prevalencia de depresión oscila entre el 6% y el 20 %, aunque en Italia asciende hasta el 40%. En el caso de México, hasta el 2005, la prevalencia fue de 5.8% en las mujeres, y 2.5% en los hombres, incrementándose con la edad. Sin embargo otros estudios reportan que este es el

trastorno afectivo más frecuente en personas mayores de 60 años, esto es en un 15 a 20%, en la población ambulatoria, incrementándose hasta en 25 a 40% en la hospitalizada; y la incidencia de casos nuevos por años es de aproximadamente 15%. (43)

En el Perú el 2014 se realizó un estudio a nivel nacional en el cual se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage para la evaluación de la depresión. A nivel nacional se encontró un 14.2% de depresión moderada y un 2.6% de depresión severa. No se evidenció diferencias estadísticamente significativas por sexo del adulto mayor. Con relación con la edad mostró que a mayor edad también existe mayor depresión, existiendo un mayor porcentaje de hombres deprimidos en el grupo de 65 a 74 años con respecto al mismo grupo etareo de mujeres. En cuanto a las regiones se evidenció que hay una mayor proporción de adultos mayores en la Sierra que sufren de depresión moderada con respecto a las otras dos regiones. La selva es la región donde los adultos mayores muestran menor proporción de depresión moderada o severa. (44)

2.4.5 Diagnostico

En general el trastorno depresivo mayor representa el trastorno clásico y el que con mayor frecuencia se presenta en la población en general. Se caracteriza por episodios determinados de al menos dos semanas de duración (aunque la mayoría de los episodios duran mucho más) que implican cambios evidentes en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas, y remisiones interepisodicas. Se puede hacer un diagnostico basado en un solo episodio, aunque en la mayoría de los casos el trastorno suele ser recurrente. Es muy importante diferenciar

entre la tristeza normal y la tristeza del episodio depresivo mayor. El duelo suele conllevar un gran sufrimiento, pero no induce normalmente un episodio depresivo mayor. Los criterios diagnósticos del DSM-V son los siguientes: (36)

- A. Cinco (o más) de los síntomas siguientes han estado presentes durante el mismo periodo de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o de placer.
1. Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva (p. ej. Se siente triste, vacío, sin esperanza) o de la observación por parte de otras personas (p. ej. Se le ve lloroso).
 2. Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación).
 3. Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej. Modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días.
 4. Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 5. Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).
 6. Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
 7. Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el auto reproche o culpa por estar enfermo).

8. Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
 9. Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.
- B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- C. El episodio no se puede atribuir a los efectos fisiológicos de una sustancia o de otra afección médica.
- D. El episodio de depresión mayor no se explica mejor por un trastorno esquizoafectivo, esquizofrenia, un trastorno esquizofreniforme, un trastorno delirante, u otro trastorno especificado o no especificado del espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos.
- E. Nunca ha habido un episodio maniaco o hipomaniaco.

El diagnóstico de un trastorno depresivo de una persona de edad avanzada se realiza, básicamente, a partir de la anamnesis, ampliada con la exploración física y ajustada por último con los análisis de laboratorio. Es muy importante tener en cuenta los siguientes aspectos cuando un adulto mayor se deprime: Duración del episodio depresivo actual; antecedentes de otros episodios; historia de abuso de fármacos, drogas y alcohol; respuesta a los tratamientos farmacológicos previas del trastorno depresivo; antecedentes familiares de depresión, suicidio o abuso del alcohol; y gravedad de los síntomas depresivos. Es imprescindible establecer cierto indicio del riesgo

de suicidio, ya que puede indicar el lugar donde debe ser tratado el paciente. (40)

El diagnóstico de la depresión por medio de escalas normalizadas y validadas como la Yesavage y la CES- D es de una gran importancia. En los centros de atención primaria, la eficacia clínica del diagnóstico resulta heterogénea. Una de las razones es que, en los ensayos clínicos, suele excluirse el tipo de pacientes que más veces acude al internista ocupado, como el paciente con depresión asociada a enfermedad general. Aunque los internistas asuman la responsabilidad del tratamiento de la depresión en la tercera edad, a menudo encuentran que sus capacidades clínicas no bastan y se frustran con la consulta. La evaluación del estado cognitivo es determinante para examinar a los ancianos deprimidos. El uso de una escala de cribado como el Mini-Mental State Examination (MMSE) supone un buen complemento del estudio diagnóstico. (40)

Escala de depresión Geriátrica de Yesavage (Anexo 4)

Es una de las escalas más utilizadas en la actualidad en población anciana, esta escala también está recomendada por la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria. Se trata de una escala auto aplicable de 30 preguntas con respuestas dicotómicas (sí/no) específicamente diseñada para la población anciana, con una elevada sensibilidad del 84% y especificidad de 95% y con una buena correlación con otras escalas clásicas utilizadas para el cribado de depresión. (45)

Sheikh y Yesavage propusieron posteriormente una versión abreviada de la escala de depresión de yesavage, formada por 15 preguntas (10 positivas y 5 negativas) que sólo requiere de 5

a 7 minutos para ser completada, con el objeto de reducir los problemas de fatiga y pérdida de atención que se suelen presentar en este grupo de edad, y más en los casos en que existe algún grado de alteración cognitiva. Aunque algunos autores han encontrado una correlación positiva, pero insuficiente, entre la versión corta y larga ($r= 0,66$), en otros trabajos la correlación encontrada fue superior al 0,80 y con datos de sensibilidad y especificidad equiparables entre las dos versiones. (45)



3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

A nivel local

Autor: Gálvez Limaco, Leopoldo Jesús

Título: *“Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los centros de adulto mayor de ESSALUD. Arequipa, 2014” (46)*

Resumen:

El objetivo fue determinar las características generales, síntomas depresivos y calidad de vida de adultos mayores que acuden a los Centros del Adulto Mayor de EsSalud en Arequipa, 2014. Estudio descriptivo, transversal, se entrevistó a 170 adultos mayores aplicando la escala de depresión geriátrica de Yesavage y la escala EuroQol-5D. Encontramos que la edad de los entrevistados comprendía entre 62 y 78 años (Media: 70 +/- 3.9), la mayoría de adultos mayores era del sexo femenino 79.4%, el 68.2% se encontraba casado; 61.8% tenía un grado de instrucción superior universitario, la ocupación que actualmente desempeñan la mayoría de los participantes refirió ser ama de casa, 45.3%; además más de la mitad, 58.2%, refirieron no padecer alguna comorbilidad o desconocerla, 16.5% mencionaron hipertensión arterial, 10.6% artrosis. En la evaluación del nivel de depresión de los participantes, el 24.7% padece un nivel de depresión moderada y el 4.7% depresión severa. La calidad de vida evaluada mediante el EuroQol-5D, mostró su auto percepción como muy buena en el 50.6% y un 22.4% como regular. Al relacional el nivel de calidad de vida en todas sus dimensiones y los niveles de depresión encontramos una relación significativa negativa ($p=0.001$), concluyéndose que a mejor calidad de vida menor el nivel de depresión y que la menor edad, el estar casado y la convivencia familiar se relacionan con un menor nivel de depresión.

Autor: De la Fuente Torres, M. Y.

Título: *“Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, Arequipa 2012”. (47)*

Resumen:

La presente investigación tuvo como objetivo conocer la correlación entre Depresión y el Funcionamiento Familiar en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. Se tomó una muestra de 45 adultos mayores no institucionalizados del Centro Integral del Adulto Mayor (CIAM) del distrito de Yanahuara y asimismo una muestra de 30 adultos mayores institucionalizados del Asilo Victor F. Lira, ambos con edades de 70 a 100 años y de ambos sexos, todos residentes en la ciudad de Arequipa, se realizó el análisis de diseño correlación comparativo con las variables de: Funcionamiento familiar y Depresión, siendo nuestra hipótesis: A mayor funcionamiento familiar, menor depresión en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, se llegó a los siguientes resultados: Se comprobó la hipótesis indistintamente en los adultos mayores institucionalizados con un funcionamiento familiar moderado y una depresión leve con el 26.7% y en los adultos mayores no institucionalizados, un funcionamiento familiar moderado y una depresión leve con el 28.9%. Asimismo los adultos mayores que cuentan con una jubilación y seguro de salud en un 20% y 24% respectivamente tienen ausencia de depresión, el 22.7% y el 25.3% depresión leve respectivamente.

Autor: Álvarez Quispe L. Y.; Begazo Mayorga M. S.

Título: *“Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del albergue Buen Jesús, Arequipa 2015”. (48)*

Resumen:

Objetivos: Determinar la repercusión de depresión en los adultos mayores del albergue Buen Jesús, identificar la calidad de vida en la población de adultos mayores del albergue Buen Jesús. La

técnica empleada fue la entrevista para ambas variables, el instrumento es la cedula de entrevista, y son: Escala de depresión geriátrica de Yesavage para determinar el nivel de depresión en los adultos mayores y la evaluación de calidad de vida de la organización mundial de la salud; los cuales fueron aplicados a un total de 40 adultos mayores del albergue Buen Jesús. Los datos se procesaron estadísticamente y fueron interpretados. Lo que condujo a las siguientes conclusiones: Primera: los resultados muestran el grupo etareo que predomina es de 78 años a más y de sexo masculino, la mayoría proceden de los departamentos de Arequipa y Puno, son solteros y viudos, y no tienen familiares responsables, y los niveles de depresión encontrados en la población de estudio son moderada y severa. Segunda: Se encontró una mala calidad de vida en los adultos mayores. Tercera: Los niveles de depresión encontrados influyen en la calidad de vida de los adultos mayores.

A nivel nacional

Autor: Castro Benito, Jilberto Ricardo

Título: “Capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de Día de Geriátria, Lima 2013” (49)

Resumen:

Objetivo: Determinar el nivel de capacidad funcional del adulto mayor que acude al Hospital de Día del Hospital Guillermo Almenara Irigoyen. **Metodología:** Estudio cuantitativo, descriptivo de corte trasversal en 156 adultos mayores de 60 años entre julio y diciembre de 2012, utilizando los instrumentos de índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody. **Resultados:** Predominó el sexo femenino. La edad fluctuó entre 61 y 95 años. En aquellos con alto porcentaje entre los 80 años o más, prevaleció el estado civil casado; en la escolaridad, el nivel primario; con relación a las ABVD, el 50,7 % presentó dependencia leve con mayor predominio

del sexo femenino; el 98,1% de los adultos mayores necesitan ayuda para comer y desplazarse; el 38,5 % necesita poca ayuda para subir y bajar escaleras y el 19,9 % es independiente para tomar baños. Para las AIVD, 11,5 % presenta una dependencia máxima, con predominio del sexo femenino en todos los niveles; el 59,6 % necesita ayuda para realizar compras y el 51,9 % la requiere en la preparación de los alimentos. El 87,8 % utiliza por mismo el teléfono. **Conclusión:** La mayoría de los adultos mayores son del sexo femenino; la edad que más predominó fue de 80 años o más; hubo prevalencia de casados y del nivel primario. En la evaluación de la ABVD, más de la mitad presentó un tipo de dependencia (leve, moderada, grave o total); y en las AIVD se observó que 3/4 de los entrevistados eran dependientes (leve, moderada grave o máxima).

Autor: Martina Chávez Martha; Gutiérrez Villafuerte César; Mejía Trebejo MiluskaOlenka

Título: *“Nivel de dependencia del adulto mayor con discapacidad en el Perú”. 2015” (50)*

Resumen:

El objetivo del estudio fue caracterizar el nivel de dependencia del adulto mayor con discapacidad en el Perú y determinar las diferencias según características socio-económicas. El estudio fue analítico en base a la Encuesta Nacional Especializada sobre Discapacidad – 2012 (INEI). Los principales resultados revelan que en el año 2012 el 34,5% de la población peruana adulta mayor presentó algún tipo de discapacidad, siendo los tipos más frecuentes la motora (22,4%) y visual (21,2%). El 38,7% de los adultos mayores con discapacidad presentan algún grado de dependencia. Las mujeres presentan 20% mayor probabilidad de presentar dependencia, y se observa una relación directa entre edad y dependencia y una relación inversa con el nivel educativo.

La investigación ha demostrado que los adultos mayores no sólo enfrentan los problemas propios de la edad, si no que la condición de ser mujer y un bajo nivel de instrucción, hacen que la ancianidad sea de mayor riesgo ante una discapacidad.

Autor: Delgado Cerrot Tatiana

Título: *“Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia Rodolfo Vda. De Canevaro, Lima – 2014”*
(51)

Resumen:

Objetivo: Determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características socio demográficas en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro”, Lima, 2014. **Material y método:** La investigación fue de enfoque cuantitativo, descriptivo correlacional, de corte transversal. La población estuvo conformada por los adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Se utilizó como instrumento, la lista de chequeo, índice de Barthel, hoy en día uno de los instrumentos más utilizados para la medición de actividades básicas de la vida diaria, siendo la escala de valoración funcional más utilizada para este grupo etario. **Resultados:** Se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0,433^{**}$ y una $p = 0,013 \%$. Se encontró mayor independencia en la etapa de senectud gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado, con una $r = -0,101$ y una $p = 0,677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo. **Conclusiones:** Se encontró una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad; es decir, que a mayor edad, es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado, no se encontró

relación entre capacidad funcional y sexo; es decir, que la capacidad funcional es indiferente al sexo. Se determinó que el mayor porcentaje de adultos mayores se mostró independiente frente a las actividades básicas de la vida diaria.

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

Título: *“Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH “Viña alta” – La Molina, Lima-Perú 2012”. (52)*

Resumen:

Objetivo: Determinar la prevalencia de depresión en Adultos Mayores de 60 años residentes en el Asentamiento Humano de “Vina Alta” de La Molina, durante el mes de Junio del 2010.

Material y métodos: Estudio de corte transversal tipo entrevista de carácter descriptivo, realizado durante la primera semana de Junio del 2010. Se realizaron visitas en todas las casas (280) de 18 de las 23 manzanas del asentamiento humano “Vina Alta” en la Molina. Se identificó a 112 adultos mayores de 60 años y se entrevistó a 68 de ellos, quienes fueron evaluados por los investigadores (previo entrenamiento) mediante la Escala de depresión geriátrica de Yesavage de 15 ítems (GDS-15).

Resultados: La edad media fue de 67,82 años (60-83) 53.3% fueron mujeres; el 51.67% presentó depresión en algún grado según el GDS-15; 33,3% eran analfabetos; y 70%, casados. Al contrastar los resultados del grado de depresión se verificó que no existían diferencias significativas en cuanto a género, grado de instrucción, edad y estado civil. **Conclusiones:** Se identificó una alta prevalencia de depresión (51.67%) que no estuvo asociada a ninguna de las variables del estudio.

Autor: Montenegro Valdivia Jessica del Milagro.

Título: *“Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores en el centro poblado Los Coronados Mochumí – Lambayeque, 2016”.* (53)

Resumen:

Objetivo: Determinar los factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores, del Centro Poblado “Los Coronados” Mochumí - Lambayeque. **Metodología:** Participaron 36 adultos mayores voluntariamente, a quienes se le aplicó la Escala de Yesavage, la Escala de Rosenberg y el cuestionario de factores sociales; procesando los datos con el SPSS 22.0, respetándose los principios éticos y de rigor científico. **Resultado:** Encontramos que el 45.8% de los adultos mayores presentan un estado depresivo severo; en relación al factor psicológico el 61,1% presenta autoestima media; y en relación al factor social se encontró que el 55.6% son mayores de 65 años; 38.9% con instrucción secundaria; 41.7% son casados; 55.6% son masculino; el 66.7% no participan en actividades sociales y 63.9% no participa en actividades familiares; el 55.6% viven solos (as), hablan por teléfono con 1 a 2 personas y ven a sus amigos o vecinos 1 a 2 veces; el 50% está contento con la frecuencia que ve a su familia y e otro 50% está descontento; y el 58.3% refieren contar con apoyo. **Conclusión:** Ambos factores, tienen asociación con la presencia del estado depresivo, $p < 0.05$ evidenciando que el factores psicológicos: autoestima tiene un alto grado de asociación al igual que el factor social: integración social – apoyo familiar y social.

A nivel internacional

Autor: Jiménez-Aguilera Beatriz; Baillet-Esquivel Laura Eugenia; Avalos-Pérez Fabián; Campos-Aragón Leonor.

Título: *“Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor, 2016” (54)*

Resumen:

Objetivo: Asocial el grado de dependencia funcional y la percepción de apoyo familiar del adulto mayor. **Métodos:** Estudio descriptivo y transversal. Muestra no probabilística por conveniencia. Se incluyeron 298 pacientes de 60 a 86 años que participaron en forma voluntaria en la unidad de medicina familiar N° 21, ciudad de México del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS). Los instrumentos de recolección de datos fueron la Escala de Lawton Brody y el APGAR Familiar. Se realizó análisis estadístico descriptivo e inferencial. **Resultados:** Al analizar la percepción de apoyo familiar por género con la prueba U de Mann Whitney, este fue mejor para las mujeres (puntaje 9), que para los hombres (puntaje 8.3), con diferencia significativa ($p < 0.003$) y con Lawton Brody las mujeres mostraron menos dependencia (puntaje 6.37) que los hombres (puntaje 5.38), con diferencias significativas ($p < 0.0001$) por lo que, en relación con el género sí se encontraron diferencias. **Conclusiones:** Es importante detectar la dependencia funcional en sus inicios, con escalas validadas fáciles de aplicar en el primer nivel de atención, a fin de realizar estrategias de continuidad asistencial y acciones que incrementen la autonomía e independencia del adulto mayor.

Autor: Moreno González Gustavo Andrés; Moreno Jaramillo Pablo Andrés; Valdivieso Shephard Juan Luis.

Título: *“Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia el valle, cuenca 2013” (55)*

Resumen:

Objetivo: Determinar la prevalencia del grado de capacidad funcional de los adultos mayores y factores asociados en la parroquia El Valle del cantón Cuenca 2013. **Metodología:** Investigación de prevalencia de corte transversal, en una muestra de 350 adultos mayores de la Parroquia del Valle; la información fue levantada mediante la escala de Katz que valora el grado de dependencia funcional para la realización de actividades cotidianas valorando la independencia o dependencia de estas. Para analizar los datos se utilizaron: frecuencias, porcentajes, promedio, desvío estándar y para asociación la razón de prevalencia con intervalo de confiabilidad de 95%. **Resultados:** Se estudiaron 350 adultos mayores, la dependencia fue del 39,7%; la media de edad se ubicó en 74,46 años y una desviación estándar de 7,61 años en el 60,9% de los casos de sexo femenino; casados con el 60,3%; con ocupaciones sin actividad física 32% y con enfermedades crónicas en el 86,3% de los casos siendo la de mayor prevalencia las osteoarticulares con el 49,4%; los factores de riesgo que se asociaron a dependencia física fueron: edad de 85 años y más RP 2,38 (IC 95% 1,92-2,94); el ser viudo/a RP 1,84 (IC 95% 1,44-2,35); adultos mayores con ocupaciones que no involucra actividad física RP 1,45 (IC 95% 1,06-1,99); diabetes mellitus RP 1,49 (IC 95% 1,15-1,93) y las enfermedades osteomusculares RP 1,76 (IC 95% 1,34-2,32). **Conclusiones:** La prevalencia de dependencia física en actividades de la vida diaria tales como lavado, vestido, uso de retrete, movilización, continencia y alimentación; es elevada y se asocia a factores biológicos y sociales.

Autor: Zavala Gonzales M. A.; Posada Arévalo S. E.; Cantú Pérez R. G.

Título: *“Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México”. 2010(56)*

Resumen:

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

Autor: Loredó-Figueroa M.T., Gallegos-Torres R. M., Xequé-Morales A. S., Palomé-Vega G. y Juárez-Lira A.

Título: *“Nivel de dependencia, auto cuidado y calidad de vida del adulto mayor, 2016”.* (57)

Resumen:

Introducción: El envejecimiento es un proceso natural. La calidad e independencia con que se vive esta etapa depende no solo de la estructura genética de los seres humanos, sino también de lo que se realiza durante el curso de vida. **Objetivo:** Establecer la relación entre calidad de vida del adulto mayor y su nivel de dependencia y autocuidado. **Métodos:** Estudio transversal, descriptivo y correlacional. Fueron entrevistados 116 adultos mayores que acudieron a consulta en una unidad de salud. Las variables estudiadas fueron: dependencia, autocuidado y calidad de vida. Se utilizaron la Escala de Barthel, la Escala de capacidades de autocuidado y el Cuestionario SF-36 de calidad de vida. Se realizó un análisis descriptivo de las variables y correlación de Pearson y Spearman. El presente proyecto fue revisado y aprobado por un Comité de Investigación. **Resultados:** El 54.3% de los participantes fueron mujeres. El 80.2% de los adultos mayores encuestados presentaron independencia para realizar las actividades de la vida diaria y el 19.8% presentaron dependencia leve. En la calificación global de las actividades de autocuidado el 22.4% tuvieron buena capacidad y el 76.6%, muy buena capacidad. En la percepción de calidad de vida en la dimensión física, el 24% de los entrevistados consideran que su salud es buena y el 56%, regular. En las pruebas de correlación se encontró mínima relación entre las variables de autocuidado y dependencia; escasa entre autocuidado y grado de escolaridad; correlación positiva entre la dependencia y la calidad de vida, así como la calidad de vida y la edad, aunque el valor de todas las correlaciones fue bajo.

4. OBJETIVOS

4.1 General

Determinar la correlación entre el nivel de dependencia funcional y el nivel de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.

4.2 Específicos

1. Determinar las características generales: Edad, sexo, estado civil, grado de instrucción y convivencia en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017
2. Determinar el nivel de dependencia en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.
3. Determinar el nivel de depresión en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.
4. Identificar la relación entre el nivel de dependencia y el nivel de depresión en pacientes adultos mayores que acuden al servicio de Geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.
5. Determinar la relación entre la depresión y las características generales en adultos mayores que acuden al servicio de

geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.

6. Determinar la relación entre el nivel de dependencia funcional y las características generales en adultos mayores que acuden al servicio de geriatría y PADOMI del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.

5. Hipótesis

Dado que los pacientes adultos mayores sufren, paulatinamente, dependencia funcional, es probable que dicha condición sea causante de depresión.



III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

1. Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

- **Técnicas:** Entrevista.
- **Instrumentos:** El instrumento que se utilizará consiste en una ficha de recolección de datos (Anexo 2), el índice de dependencia de Katz (Anexo 3) y la escala de depresión geriátrica de Yesavage (Anexo 4).
- **Materiales de verificación:**
 - Ficha de recolección de datos, índice de dependencia de Katz, escala de depresión geriátrica de Yesavage.
 - Impresión de los instrumentos.
 - Material de escritorio.
 - Computadora portátil.
 - Sistema operativo Windows XP.
 - Paquete office 2010 para Windows.
 - Programa SPSS para Windows V.21.

2. Campo de verificación

2.1 Ubicación espacial: El estudio se realizará en los consultorios externos y PADOMI del hospital III Yanahuara, la cual se encuentra ubicada a la margen derecha del río Chili en la ciudad de Arequipa.

2.2 Ubicación temporal: El presente estudio se llevará a cabo en el mes de mayo del 2017.

2.3 Unidades de estudio: Pacientes mayores de 65 años que acuden a los consultorios externos de geriatría y los inscritos en PADOMI del hospital III Yanahuara de los cuales se recabará la información.

2.3.1 Población: La población se encontrará conformada por todos los pacientes de ambos sexos, mayores de 65 años, atendidos en consultorio externo de geriatría y PADOMI. Quienes en total son 1260, razón por lo cual se realizó un muestreo no sistematizado utilizando la formula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida. Se obtuvo un tamaño muestral corregido de 274 adultos mayores y se procederá a la entrevista de todos ellos al acudir a consultorio externo de geriatría y a las visitas domiciliarias de PADOMI que cumplan con los criterios de inclusión y exclusión.

2.3.2 Muestra y muestreo:

Se realizará un muestreo no sistematizado utilizando la formula de tamaño muestral para una proporción en una población finita o conocida y la forma de selección será por conveniencia.

$$n = \frac{(z\alpha)^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{(N-1)E^2 + (z\alpha)^2 \cdot p \cdot q}$$

$z\alpha$ = Nivel de confianza: 95% (1.96)

p = Probabilidad que ocurra el fenómeno depresión: 70%

q = 100 – p = 30%

E = Error muestral: 5%

N = Población: 1260

n = Tamaño de la muestra: 257.05: 257 adultos mayores

2.3.3 Criterios de selección

Criterios de Inclusión

- Pacientes mayores de 65 años.
- Pacientes que acepten ingresar al estudio previo consentimiento informado.
- Pacientes que acuden a consultorio de Geriátría y PADOMI del Hospital III Yanahuara.

Criterios de Exclusión

- Adultos mayores que sufran enfermedades mentales
- Adultos mayores que usen medicación sedante
- Pacientes que no acepten ingresar al estudio

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

Se realizarán los trámites respectivos para obtener los permisos correspondientes por el Hospital III Yanahuara así como del programa PADOMI para la ejecución de este estudio en dicha institución. Además se realizará la recolección de datos utilizando los instrumentos respectivos los cuales serán ingresados en una base de datos para su posterior interpretación y análisis.

3.2. Recursos

3.2.1 Humanos

Investigador: Eddy Jesús Gamarra Hanco

Asesora: Dra. Miriam Camargo Pantoja-Médico Geriatra

3.2.2 Físicos

- Fichas impresas de recolección de datos generales
- Fichas impresas del índice de Katz y escala de depresión de Yesavage.
- Material de escritorio.
- Computadora portátil.
- Sistema operativo Windows XP.
- Paquete office 2010 para Windows.
- Programa SPSS para Windows V.21.

3.3.3 Recursos Financieros

- Recursos del propio autor.

3.3. Criterios para manejo de resultados

A nivel de recolección

Se les explicará a los participantes el contenido de las encuestas y se darán instrucciones de cómo se irán desarrollando, luego se procederá al llenado de las encuestas según las respuestas de los participantes y con ayuda de los familiares o cuidadores previo consentimiento informado, cabe resaltar que cada ficha será anónima contando con un código para su identificación.

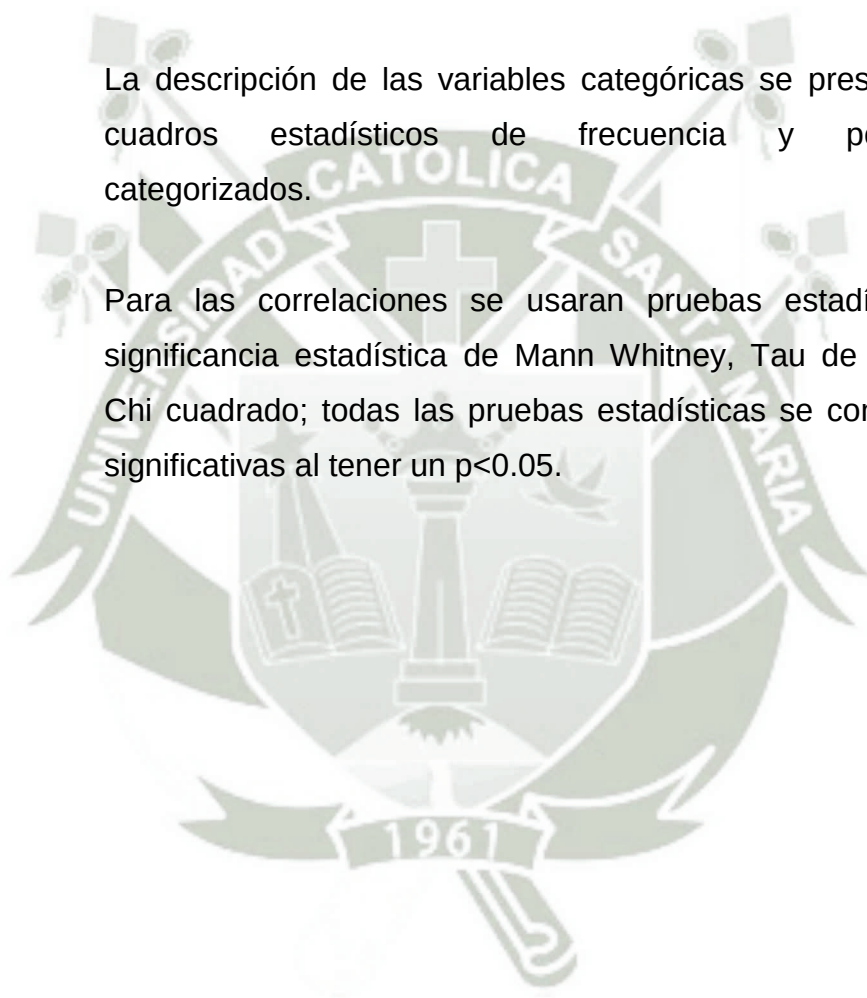
A nivel de sistematización

La información recabada de las encuestas desarrolladas por la población participante será ingresada a una base de datos creada en el programa Microsoft Excel 2010 para luego de ello ser analizada en el paquete estadístico SPSS.

A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables categóricas se presentará en cuadros estadísticos de frecuencia y porcentajes categorizados.

Para las correlaciones se usaran pruebas estadísticas de significancia estadística de Mann Whitney, Tau de Kendall y Chi cuadrado; todas las pruebas estadísticas se considerarán significativas al tener un $p < 0.05$.



IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

ACTIVIDAD	ABRIL 2017				MAYO 2017				JUNIO 2017			
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
FORMULACION DEL PROYECTO E INVESTIGACION BIBLIOGRAFICA	X	X										
PRESENTACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN			X									
APROBACION DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN				X								
RECOLECCION, PROCESAMIENTO, ANALISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS					X	X	X	X				
ELABORACION Y PRESENTACIÓN DEL INFORME FINAL									X	X	X	X

V. BIBLIOGRAFIA

1. Gutiérrez Robledo LM, García Peña MdC, Arango Lopera VE, Pérez Zepeda MU. Geriátría para el Médico Familiar. Primera ed. Mexico D.F.: El Manual Moderno; 2012.
2. Pérez Abascal N, Mateos del Nozal J. Valoración geriátrica como instrumento. In Gil Gregorio P, González García P, Gutiérrez Rodríguez J, Verdejo Bravo C. Manual del residente en geriatría. Primera ed. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2011. p. 17-23.
3. Reuben DB, Rosen S. Principles of geriatric assessment. In Halter J, Ouslander J, Tinetti M, Studenski S, High K, editors. Geriatric medicine and gerontology. Sextaed. New York: McGraw-Hill; 2009. p. 141-152.
4. Lazcano Botello GA, Rodríguez García R. Evaluación geriátrica. In Rodríguez García RMdC, Lazcano Botello GA. Práctica de la geriatría. Tercera ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2011. p. 123-149.
5. Chávez Jimeno H, Varela Pinedo LF. Valoración funcional del paciente adulto mayor. In Varela Pinedo LF, editor. Principios de geriatría y gerontología. Segunda ed. Lima: Centro Editorial UPCH - Imprenta; 2011. p. 93-213.
6. Abizanda Soler P, Romero Rizos L, Luengo Márquez C, Sánchez Jurado PM, editors. Medicina geriátrica. Una aproximación basada en problemas. Primera ed. Barcelona: ElsevierMasson; 2012.
7. Sanjoaquín Romero AC, Fernández Arín E, Mesa Lampré P, García-Arilla Calvo E. Valoración geriátrica integral. In Alcocer A, editor. Tratado de geriatría para residentes. Primera ed. Madrid: International Marketing & Communication S.A.; 2006. p. 59-68.

8. Aguilar Navarro SG, Hernández Favela CG. Evaluación geriátrica global. In d'Hyver C, Gutiérrez Robledo LM, editors. Geriátría. Tercera ed. Mexico D.F.: El manual moderno; 2014. p. 34-51.
9. Domínguez-Ardila A, García-Manrique JG. Aten Fam. [Online].; 2014 [cited 2017 mayo 17. Available from: "<http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-familiar-223-articulo-valoracion-geriatrica-integral-S1405887116300062>"
10. Varela Pinedo LF. Valoración geriátrica integral. In Penny Montenegro E, Melgar Cuellar F, editors. Geriátría y gerontología para el médico internista. Primera ed. Sucre: La Hoguera; 2012. p. 145-158.
11. Abizanda Soler P, Alfonso Silguero SA, Navarro López JL. Valoración funcional en el anciano. In Abizanda Soler P, Rodríguez Mañas L, editors. Tratado de medicina geriátrica. Fundamentos de la atención sanitaria a los mayores. Primera ed. Barcelona: Elsevier; 2015. p. 172- 181.
12. Silva Opazo J. Evaluación funcional del adulto mayor. In Cerda Aburto L, editor. Manual de rehabilitación geriátrica. Primera ed. Santiago: Departamento de comunicaciones hospital clínico universidad de Chile; 2011. p. 27-32.
13. Pedrero Nieto L, Pichardo Fuster A. Concepto de funcionalidad, historia clínica geriátrica y evaluación funcional. In De León Fraga J, Gonzáles Martínez JF, Pichardo Fuster A, García L, editors. Geriátría. Primera ed. México D.F.: McGraw-Hill; 2009. p. 32 - 54.
14. Fernández de Araoz GB. Valoración funcional. In Guillen Llera F, Pérez del Molino Martín J, PetidierTorregrossa R, editors.

Síndromes y cuidados en el paciente geriátrico. Segunda ed. Madrid: Elseviermasson; 2007. p. 233-244.

15. Acánfora MA, Salvador Esteban E. Rehabilitación geriátrica. In Millán Calenti JC, editor. Principios de geriatría y gerontología. Primera ed. Madrid: McGraw-Hill; 2006. p. 307 - 322.
16. Puijalon B. Autonomía y vejez: Un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica. In Víctor Grifols i Lucas F, editor. Autonomía y dependencia en la vejez. Primera ed. Barcelona: VanguardGráfico S.A.; 2009. p. 8-27.
17. Romero Ayuso DM. Actividades de la Vida Diaria. Anales de Psicología. 2007; 23(2): p. 264-271.
18. Trigás-Ferrín M, Ferreira-González L, Meijide-Míguez H. Escalas de valoración funcional en el anciano. Galicia Clín. 2011; 72(1): p. 11-16.
19. Cid-Ruzafa J, Damián-Moreno J. Valoración de la discapacidad física: El índice de Barthel. RevEsp Salud Pública. 1997; 71(2): p. 127-137.
20. Lorenzo Otero T, Maseda Rodríguez A, Millán Calenti JC, editors. La dependencia en las personas mayores: Necesidades percibidas y modelo de intervención de acuerdo al género y al habitat. Primera ed. Madrid: Gráficas Garabal, S.L.; 2008.
21. sid.usal.es. [Online].; Madrid: Comité de ministros del consejo de Europa; 2000 [cited 2017 Junio 10. Availablefrom: "http://sid.usal.es/version-imprimir/leyes/discapacidad/10476/3-3-5/recomendacion-n-98-9-del-comite-de-ministros-a-los-estados-miembros-relativa-a-la-dependencia.aspx"

22. Real Academia Española. Diccionario de la Lengua Español. Vigésimotercera ed. Madrid: S.L.U. ESPASA LIBROS; 2014.
23. Ministerio de salud, Gobierno de Chile. [Online].; Santiago, Chile: Ministerio de salud [cited 2017 Junio 10. Available from: <http://web.minsal.cl/portal/url/item/c2c4348a0dbd9a8be040010165012f3a.pdf>
24. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Bases demográficas: Estimación, características y perfiles de las personas en situación de dependencia. In Rodríguez Castedo A, Cobo Gálvez P, editors. Atención a las personas en situación de dependencia en España. Primera ed. Madrid: Grafo, S.A.; 2005. p. 19-90.
25. Dorantes-Mendoza G, Ávila-Funes JA, Mejía-Arango S, Gutiérrez-Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. RevPanam Salud Pública. 2007; 22(1): p. 1-11.
26. Barrantes Monge M, García Mayo EJ, Gutiérrez Robledo LM, Miguel Jaimes A. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. Salud PublicaMex. 2007; 49(Suplemento 4): p. s459-s466.
27. Gutierrez Robledo LMF, García Peña MdC, Jiménez Bolon JE, editors. Envejecimiento y dependencia: Realidades y previsión para los próximos años. Primera ed. Mexico D.F.: Intersistemas, S.A. de C.V.; 2014.

28. Narváez Montoya ÓL. Envejecimiento demográfico y requerimientos de equipamiento urbano: hacia un urbanismo gerontológico. *Papeles de poblac.* 2011; 18(74): p. 1 - 33.
29. Tamez Valdez BM, Ribeiro Ferreira M. El proceso de envejecimiento y su impacto socio-familiar. *Rev. latinoam. estud. fam.* 2012; 4: p. 11-30.
30. Anderson M. Lazos de parentesco maduros y arreglos para el alojamiento. In Papalia DE, Sterns HL, Duskin Feldman R, Camp CJ, editors. *Desarrollo del adulto y vejez*. Tercera ed. Mexico D.F.: McGraw-Hill; 2009. p. 355-390.
31. Ministerio de sanidad y consumo. Guía de práctica clínica sobre el manejo de la depresión mayor en el adulto. Primera ed. Madrid: Tórculo Artes Gráficas, S.A.; 2008.
32. Kliijnjan M. Depresión. In Oscar Mestre E, D'Alessandro H, editors. *Urgencias en psiquiatría*. Primera ed. Rosario, Argentina: Corpus; 2008. p. 55-66.
33. Botto A, Acuña J, Jiménez JP. La depresión como un diagnóstico complejo. Implicancias para el desarrollo de recomendaciones clínicas. *Rev. Med. Chile.* 2014; 142(10): p. 1297-1305.
34. Vallejo J, Urreta Vizcaya M. Trastornos depresivos. In Vallejo Ruiloba J, Bulbena Vilarrasa A, Blanch Andreu J, editors. *Introducción a la psicopatología y la psiquiatría*. Octava ed. Barcelona: Elsevier Masson; 2015. p. 249-276.
35. Zarragoitía Alonso I, editor. *Depresión: Generalidades y particularidades*. Primera ed. La Habana: Editorial ciencias médicas; 2011.

36. Asociación Americana de Psiquiatría. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V. Quinta ed. España: Editorial Médica Panamericana; 2014.
37. Cervilla Ballesteros J. Síndromes Depresivos. In Agüera Ortiz L, Cervilla Ballesteros J, Martín Carrasco M, editors. Psiquiatría geriátrica. Segunda ed. Barcelona: MassonElsevier; 2006. p. 409-435.
38. Cardelle Pérez F, Lorenzo Gómez T. Depresión y distimia. In Bravo MF, Saiz J, Bobes J, editors. Manual del residente en psiquiatría. Primera ed. Madrid: Gráficas Marte, S.L.; 2009. p. 285-294.
39. Campagne DM. Causas orgánicas y comórbidas de la depresión: El primer paso. Semergen. 2012; 38(5): p. 301-311.
40. Blazer DG, Steffens DC, Koenig HG. Trastornos del estado de ánimo. In Blazer DG, Steffens DC, editors. Tratado de psiquiatría geriátrica. Cuarta ed. Barcelona: MassonElsevier; 2010. p. 275-299.
41. Lucero R, Casali G. Trastornos afectivos en el adulto mayor. Rev. Psiquiatr. Urug. 2006; 70(2): p. 151-166.
42. Alexopoulos GS. Depression in the elderly. Lancet. 2005; 365(9475): p. 1961-1970.
43. Sotelo-Alonso I, Rojas-Soto JE, Sánchez-Arenas C, Irigoyen-Coria A. La Depresión en el adulto mayor: Una perspectiva clínica y epidemiológica desde el primer nivel de atención. Archivos en medicina familiar. 2012; 14(1): p. 5-13.

44. Elvira Apaza R, Salinas Medina AM, Romero Albino Z. Estudio de investigación para determinar el estado de salud, bienestar y envejecimiento en el seguro social del Perú. Lima: EsSalud; 2014.
45. Martínez de la Iglesia J, Onis Vilches C, Dueñas Herrero R, Albert Colomer C, Aguado Taberné C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado (GDS) para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación. Medi Fam. 2002; 12(10): p. 620-630.
46. Galvez L. Características generales, síntomas depresivos y calidad de vida en adultos mayores que acuden a los centros del adulto mayor de Essalud. Arequipa 2014. [Tesis - Título]. Arequipa - Peru: UCSM Facultad de Medicina Humana; 2014.
47. De la Fuente Torres M. Depresión y funcionamiento familiar en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados, Arequipa 2012. [Tesis - Título]. Arequipa – Perú: UCSM Facultad de Psicología; 2012
48. Alvarez L. y Begazo M. Repercusión de la depresión en la calidad de vida de los adultos mayores del albergue Buen Jesus, Arequipa 2015. [Tesis - Título]. Arequipa – Perú: UCSM Facultad de Enfermería; 2015.
49. Castro B. y Jilberto R. Capacidad funcional del adulto mayor que acude al hospital de Día de Geriatría. [Tesis - Título]. Lima – Perú: Universidad Wiener; 2013 [fecha de consulta 25 de abril de 2017]. Disponible en:
<http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/80>
50. Martina M., Gutierrez C. Nivel de dependencia del adulto mayor con discapacidad en el Perú. Rev. Inv. UNMSM. [Internet]. 2015

[Fecha de consulta 25 de abril de 2017]; Vol 2(3): pp. 83-93.
Disponible en:
<http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/Theo/article/view/11979/10724>

51. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, centro de atención residencial geronto geriátrico Ignacia Rodulfo Vda. De Canevaro, Lima 2014. Rev. Peruana de obs. Y enfer. [Internet]. 2014[Consultado el 25 de abril de 2017]; Vol 10(1): pp. 64 – 72. Disponible en:
<http://www.aulavirtualusmp.pe/ojs/index.php/rpoe/article/view/708>
52. Juárez M.; León F.; Alata V. Evaluación del grado de depresión de adultos mayores de 60 años del AA.HH. Viña alta, La Molina, Lima – Peru 2012. Rev. Horiz. Med. [Internet]. 2012[Consultado el 26 de abril de 2017]; 12(2): pp. 28 – 31. Disponible en:
http://www.medicina.usmp.edu.pe/medicina/horizonte/2012_2/Art4_Vol12_N2.pdf
53. Montenegro J. Factores psicosociales asociados a la depresión en adultos mayores en el centro poblado Los Coronados Mochumí, Lambayeque 2016. [Tesis - Título]. Pimentel – Peru: Universidad Señor de Sipan; 2016[Fecha de consulta 26 de abril de 2017]. Disponible en: <http://repositorio.uss.edu.pe/xmlui/handle/uss/760>
54. Jiménez B. y Baillet L. Dependencia funcional y percepción de apoyo familiar en el adulto mayor, Mexico. Aten. Fam. [Internet]. 2016[Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; 23(4): pp. 129 – 133. Disponible en:
<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S140588711630147X>

55. Moreno G. y Moreno P. Valoración de la capacidad funcional y factores asociados en adultos mayores que residen en la parroquia el valle, Cuenca 2013. [Tesis - Título]. Cuenca – Ecuador: Universidad de Cuenca; 2013. [Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/5013/1/MED212.pdf>
56. Zavalaga M., Posada S., Cantú R. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, Mexico. Med. Fam. [Internet]. 2010 [Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; 12(4): pp. 116 – 126. Disponible en: <http://biblat.unam.mx/en/revista/archivos-en-medicina-familiar/articulo/dependencia-funcional-y-depresion-en-un-grupo-de-ancianos-de-villahermosa-mexico>
57. Loredó M., Gallegos R., Xequé A., Palomé G., Juárez A. Nivel de dependencia, autocuidado y calidad de vida del adulto mayor. Enf. Univ. [Internet]. 2016 [Fecha de consulta 23 de abril de 2017]; 13(3): pp. 159 – 165. Disponible en: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300197>

VI. ANEXOS

ANEXO 1 FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo,....., identificado(a) con DNI N° , paciente del Servicio de Geriatría y/o PADOMI con atención en el Hospital III Yanahuara, Arequipa, acepto participar del proyecto de investigación científica: **“CORRELACIÓN ENTRE EL NIVEL DE DEPENDENCIA FUNCIONAL Y EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE GERIATRIA Y PADOMI DEL HOSPITAL III YANAHUARA, AREQUIPA 2017”**.

Recibiendo la información necesaria sobre el estudio y cuyo objetivo es determinar el nivel de dependencia funcional, el nivel de depresión y la relación entre ambos, que consiste en que a cada participante, en una fecha coordinada, se le realizará lo siguiente: Múltiples preguntas basadas en cuestionarios validados a nivel nacional e internacional para la recolección de datos, los cuales serán confidenciales, por lo que no es un riesgo para mi salud; lo cual se realizará con previa coordinación con los encargados de consultorio externo de geriatría y en PADOMI de dicho nosocomio.

Habiendo leído el formato de consentimiento que se me ha entregado, he podido hacer las preguntas sobre el estudio que considere necesarias, las que han sido contestadas en un lenguaje comprensible y han sido de mi entera satisfacción. Así mismo comprendo que mi participación es VOLUNTARIA y que puedo retirarme del estudio cuando quiera, sin tener que dar explicaciones y sin que esto repercuta en mi atención médica. Al firmar este consentimiento no estoy renunciando a ninguno de mis derechos legales según las leyes locales.

ACEPTO VOLUNTARIAMENTE PARTICIPAR EN ESTE ESTUDIO

Para cualquier consulta sobre la investigación científica comunicarse con la Dra. Miriham Camargo Pantoja, Medico Geriatra del Hospital III Yanahuara, en el teléfono 959931083; o el investigador Eddy Jesús Gamarra Hancoco, Bachiller en Medicina Humana, al teléfono 944206962.

Nombre de participante
DNI:

Fecha

Firma

Nombre del investigador
DNI:

Fecha

Firma

ANEXO 2

FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS: CARACTERÍSTICAS GENERALES

Edad: ____ años

Sexo: () Masculino

() Femenino

Estado Civil: () Soltero

() Casado

() Viudo

() Conviviente

() Divorciado

Grado de Instrucción: () Primaria

() Secundaria

() Superior Técnica

() Superior universitaria

() Analfabeto

Convivencia: () Solo

() Con familia

() Otra, especifique: _____

ANEXO 3 INDICE DE KATZ

ACTIVIDADES	INDEPENDIENTE	DEPENDIENTE
LAVARSE	No recibe ayuda, entra sale solo de la bañera (cuando la bañera es su lugar habitual de bañarse). Recibe ayuda para sólo una parte del cuerpo (espalda, piernas).	Recibe ayuda para más de una parte del cuerpo (o no se baña). Recibe ayuda para entrar o salir del baño.
VESTIRSE	Coge la ropa y se viste del todo sin ayuda. Sólo necesita que le aten los zapatos.	Recibe ayuda para coger la ropa o ponérsela o permanece sin vestirse del todo.
USO DEL SERVICIO HIGIENICO	Va al retrete, se limpia y se coloca la ropa solo (aunque use bastón, andador o silla de ruedas. Si usa orinal de noche lo vacía por mañana).	Necesita ayuda para ir al retrete o para limpiarse o para colocarse la ropa o para usar orinal por la noche. No va al retrete.
MOVILIZARSE	Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (aunque use bastón o andador). Se sienta y se levanta de una silla solo.	Necesita ayuda para levantarse y acostarse o para sentarse y levantarse. No se levanta de la cama.
CONTINENCIA	Controla completamente ambos esfínteres (micción y defecación).	Incontinencia total o parcial. Necesita supervisión, sonda vesical, enemas o es incontinente.
ALIMENTARSE	Come sin ayuda. Sólo necesita ayuda para cortar o untar el pan.	Recibe ayuda para comer o es alimentado parcial o totalmente por SNG o EV.

NOTA: Debe recogerse lo que el paciente hace realmente, no lo que es capaz de hacer.

DIAGNOSTICO FUNCIONAL

INDEPENDIENTE: Ningún ítem de dependencia

DEPENDENCIA PARCIAL: 1 a 5 ítems de dependencia

DEPENDENCIA TOTAL: 6 ítems de dependen

ANEXO 4

ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE

	SI	NO
1. ¿Está satisfecho con su vida?	0	1
2. ¿Ha renunciado a muchas actividades?	1	0
3. ¿Siente que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido(a)?	1	0
5. ¿Tiene a menudo buen ánimo?	0	1
6. ¿Teme que algo malo le pase?	1	0
7. ¿Se siente feliz muchas veces?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado(a)?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa a salir?	1	0
10. ¿Cree tener más problemas de memoria que la mayoría de personas?	1	0
11. ¿Piensa que es maravilloso vivir?	0	1
12. ¿Le cuesta iniciar nuevos proyectos?	1	0
13. ¿Se siente lleno(a) de energía?	0	1
14. ¿Siente que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que mucha gente está mejor que usted?	1	0

Cuestionario de 15 ítems, cada ítem se valora como 0/1, las respuestas afirmativas puntúan para síntomas indicativos de trastorno afectivo y las negativas son indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems con un rango de 0-15. Aceptándose los siguientes puntos de corte:

DIAGNOSTICO AFECTIVO

NORMAL: 0 – 5 puntos

DEPRESIÓN LEVE: 6 – 9 puntos

DEPRESIÓN ESTABLECIDA: >9 puntos

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Nº	SERVICIO	EDAD	EDAD	SEXO	E. CIVIL	G. INSTRUCCIÓN	CONVIVENCIA	DEPENDENCIA	DEPRESION
1	PADOMI	80	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
2	PADOMI	94	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
3	PADOMI	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Soltero	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
4	PADOMI	79	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Técnica	Otro	Parcial	Leve
5	PADOMI	90	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
6	PADOMI	65	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Primaria	Otro	Total	Leve
7	PADOMI	88	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
8	PADOMI	67	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Otro	Parcial	Establecida
9	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Parcial	Normal
10	PADOMI	97	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Primaria	Solo	Parcial	Establecida
11	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Soltero	Universitaria	Otro	Parcial	Normal
12	PADOMI	90	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Con familia	Total	Leve
13	PADOMI	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Leve
14	PADOMI	85	85 a más (Longevos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
15	PADOMI	87	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Normal
16	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
17	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
18	PADOMI	65	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Establecida
19	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
20	PADOMI	87	85 a más (Longevos)	Masculino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
21	PADOMI	91	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
22	PADOMI	68	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
23	PADOMI	81	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Normal

24	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Solo	Parcial	Leve
25	PADOMI	72	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
26	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
27	PADOMI	91	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
28	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
29	PADOMI	79	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
30	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
31	PADOMI	84	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Divorciado	Técnica	Otro	Parcial	Leve
32	PADOMI	69	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
33	PADOMI	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
34	PADOMI	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
35	PADOMI	88	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Parcial	Normal
36	PADOMI	90	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Total	Leve
37	PADOMI	79	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Leve
38	PADOMI	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Divorciado	Primaria	Otro	Parcial	Normal
39	PADOMI	73	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
40	PADOMI	74	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
41	PADOMI	93	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
42	PADOMI	93	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
43	PADOMI	87	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Secundaria	Otro	Parcial	Normal
44	PADOMI	84	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
45	PADOMI	93	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
46	PADOMI	89	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
47	PADOMI	84	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
48	PADOMI	68	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
49	PADOMI	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Parcial	Establecida

50	PADOMI	85	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Solo	Parcial	Leve
51	PADOMI	90	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
52	PADOMI	65	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Primaria	Otro	Total	Leve
53	PADOMI	88	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
54	PADOMI	67	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Otro	Parcial	Establecida
55	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Parcial	Normal
56	PADOMI	97	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Primaria	Solo	Parcial	Establecida
57	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Soltero	Universitaria	Otro	Parcial	Normal
58	PADOMI	90	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Con familia	Total	Leve
59	PADOMI	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Leve
60	PADOMI	85	85 a más (Longevos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
61	PADOMI	87	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Normal
62	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
63	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
64	PADOMI	65	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Establecida
65	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
66	PADOMI	87	85 a más (Longevos)	Masculino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
67	PADOMI	91	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
68	PADOMI	68	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
69	PADOMI	81	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
70	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Solo	Parcial	Leve
71	PADOMI	72	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
72	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
73	PADOMI	91	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
74	PADOMI	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
75	PADOMI	79	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Leve

76	PADOMI	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
77	PADOMI	84	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Divorciado	Técnica	Otro	Parcial	Leve
78	PADOMI	69	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
79	PADOMI	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
80	PADOMI	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Establecida
81	PADOMI	88	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Parcial	Normal
82	PADOMI	90	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Total	Leve
83	PADOMI	79	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Leve
84	PADOMI	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Divorciado	Primaria	Otro	Parcial	Normal
85	PADOMI	73	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
86	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
87	Consultorio Externo	68	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
88	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
89	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Normal
90	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
91	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
92	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Normal
93	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
94	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
95	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Normal
96	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Solo	Independiente	Normal
97	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Independiente	Normal
98	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
99	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
100	Consultorio Externo	69	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
101	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve

102	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
103	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
104	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
105	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Leve
106	Consultorio Externo	79	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
107	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
108	Consultorio Externo	73	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
109	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
110	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
111	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
112	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
113	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
114	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
115	Consultorio Externo	91	85 a más (Longevos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
116	Consultorio Externo	84	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
117	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
118	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
119	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
120	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
121	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Independiente	Normal
122	Consultorio Externo	71	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
123	Consultorio Externo	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
124	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
125	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Soltero	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
126	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Leve
127	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve

128	Consultorio Externo	78	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Solo	Independiente	Establecida
129	Consultorio Externo	79	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
130	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
131	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Divorciado	Técnica	Solo	Independiente	Normal
132	Consultorio Externo	68	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
133	Consultorio Externo	78	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
134	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
135	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
136	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
137	Consultorio Externo	68	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
138	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
139	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Normal
140	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
141	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
142	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Normal
143	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
144	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
145	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Normal
146	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Solo	Independiente	Normal
147	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Independiente	Normal
148	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
149	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
150	Consultorio Externo	69	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
151	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve
152	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
153	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida

154	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
155	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Leve
156	Consultorio Externo	79	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
157	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
158	Consultorio Externo	73	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
159	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
160	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
161	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
162	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
163	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
164	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
165	Consultorio Externo	91	85 a más (Longevos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
166	Consultorio Externo	84	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
167	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
168	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
169	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
170	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
171	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Independiente	Normal
172	Consultorio Externo	71	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
173	Consultorio Externo	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
174	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
175	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Soltero	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
176	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Leve
177	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve
178	Consultorio Externo	78	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Solo	Independiente	Establecida
179	Consultorio Externo	79	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve

180	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
181	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Divorciado	Técnica	Solo	Independiente	Normal
182	Consultorio Externo	68	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
183	Consultorio Externo	78	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
184	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
185	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
186	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
187	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
188	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Normal
189	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Solo	Independiente	Normal
190	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Independiente	Normal
191	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
192	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
193	Consultorio Externo	69	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
194	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve
195	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
196	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
197	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
198	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Leve
199	Consultorio Externo	79	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
200	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
201	Consultorio Externo	73	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
202	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
203	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
204	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
205	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve

206	Consultorio Externo	68	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
207	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
208	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Normal
209	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
210	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
211	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Normal
212	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
213	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
214	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Técnica	Con familia	Parcial	Normal
215	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Solo	Independiente	Normal
216	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Independiente	Normal
217	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Parcial	Normal
218	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
219	Consultorio Externo	69	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
220	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve
221	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
222	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
223	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
224	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Leve
225	Consultorio Externo	79	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
226	Consultorio Externo	70	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Viudo	Secundaria	Con familia	Parcial	Establecida
227	Consultorio Externo	73	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
228	Consultorio Externo	81	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
229	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
230	Consultorio Externo	74	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Viudo	Superior	Con familia	Independiente	Normal
231	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve

232	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Parcial	Leve
233	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Parcial	Normal
234	Consultorio Externo	91	85 a más (Longevos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Leve
235	Consultorio Externo	84	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
236	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
237	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
238	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
239	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
240	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Independiente	Normal
241	Consultorio Externo	71	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
242	Consultorio Externo	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
243	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
244	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Soltero	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
245	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Soltero	Secundaria	Solo	Independiente	Leve
246	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve
247	Consultorio Externo	78	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Primaria	Solo	Independiente	Establecida
248	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
249	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
250	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal
251	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Independiente	Normal
252	Consultorio Externo	71	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
253	Consultorio Externo	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
254	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
255	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Soltero	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
256	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
257	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Normal

258	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Independiente	Normal
259	Consultorio Externo	71	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
260	Consultorio Externo	66	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
261	Consultorio Externo	75	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
262	Consultorio Externo	84	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Divorciado	Universitaria	Con familia	Parcial	Leve
263	Consultorio Externo	82	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Parcial	Normal
264	Consultorio Externo	86	85 a más (Longevos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
265	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Leve
266	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Casado	Superior	Con familia	Independiente	Normal
267	Consultorio Externo	80	75 a 84 años (Ancianos)	Femenino	Viudo	Secundaria	Otro	Independiente	Normal
268	Consultorio Externo	71	65 a 74 años (Avanzados)	Femenino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Establecida
269	Consultorio Externo	76	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
270	Consultorio Externo	69	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
271	Consultorio Externo	67	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Secundaria	Con familia	Independiente	Leve
272	Consultorio Externo	72	65 a 74 años (Avanzados)	Masculino	Casado	Universitaria	Con familia	Independiente	Leve
273	Consultorio Externo	83	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Viudo	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida
274	Consultorio Externo	77	75 a 84 años (Ancianos)	Masculino	Casado	Primaria	Con familia	Independiente	Establecida