

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



**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS
MAYORES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III
REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Tesis presentada por el Bachiller

Lema Aguirre, Hugo Fernando

para optar el Título Profesional de

Médico-Cirujano

Asesor: Dr. Ibañez Barreda, Ricardo

Arequipa – Perú

2018



Universidad Católica de Santa María

(51 54) 382038 Fax:(51 54) 251213 ✉ ucsm@ucsm.edu.pe 🌐 http://www.ucsm.edu.pe Apartado: 1350

AREQUIPA - PERÚ

INFORME DICTAMEN BORRADOR DE TESIS
DECRETO N° 118 - FMH-2017

Visto el Borrador de Tesis titulado:

"DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018"

Presentado por el (la) Sr. (ta):

HUGO FERNANDO LEMA AGUIRRE

Nuestro dictamen es:

Favorable

OBSERVACIONES:

[Signature]
DR. RICARDO DANTE BRODERS CORZO

Arequipa, *13 Marzo 2018*

GOBIERNO REGIONAL DE AREQUIPA
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
HOSPITAL III / GOYNECHE

[Signature]
Dr. Juan Manuel Zevallos Rodríguez
PSQUIATRA
C.M.P. 033303 - R.N.E. 013303

DR. JUAN MANUEL ZEVALLOS
RODRIGUEZ

[Signature]
DRA. LILY MONTESINOS VALENCIA

DRA. LILY MONTESINOS VALENCIA
Médico Internista - Neuróloga
C.M.P. 033303 - R.N.E. 013303





Dondequiera que el arte de la medicina es amado, también hay un amor a la humanidad.

Hipócrates



AGRADECIMIENTOS Y DEDICATORIA

Mi más sincera e infinita gratitud a Dios, porque sin ÉL nada de esto hubiese podido ser posible, a mi amada familia por el apoyo incondicional en todo momento a lo largo de todos estos años, a aquellos amigos considerados hermanos por los gratos momentos y a mi centro de estudio por haber contribuido grandemente en mi formación profesional.

INDICE GENERAL

RESUMEN

ABSTRACT

INTRODUCCION

CAPITULO I MATERIAL Y MÉTODOS 1

CAPITULO II RESULTADOS 8

CAPITULO III DISCUSIÓN Y COMENTARIOS 27

CAPITULO IV CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES..... 32

BIBLIOGRAFIA 36

ANEXO 1 PROYECTO DE INVESTIGACIÓN..... 42

ANEXO 2 INSTRUMENTOS.....100

RESUMEN

INTRODUCCION: El objetivo del presente estudio es determinar si existe asociación entre dependencia funcional y depresión en la población de adultos mayores que acuden a consulta externa geriátrica de un centro hospitalario de tercer nivel de la ciudad de Arequipa-Perú, 2018. **MATERIALES Y MÉTODOS:** Se realizó un estudio observacional, transversal, prospectivo y analítico. Se aplicó una encuesta personalizada a 186 adultos mayores que acudieron a consulta externa geriátrica del Hospital III Regional Honorio Delgado durante el mes de febrero del 2018, en la cual figuraban instrumentos estandarizados para evaluar funcionalidad para actividades básicas (Índice de Katz) e instrumentales (Escala de Lawton y Brody) de la vida diaria y determinar la incidencia de depresión en dicha población (Escala de depresión geriátrica de Yesavage). **RESULTADOS:** Del total, la mayoría de adultos mayores son de sexo femenino (66%), con una edad promedio de 71 años, casadas (42.5%), con un nivel de instrucción primario (39.2%) y dedicadas a las labores del hogar (56.5%). La mayoría no padece de enfermedad crónico-degenerativa (66.1%) y de aquellos que sí padecen (33.9%), es la hipertensión arterial (26.9%) junto con las enfermedades osteoarticulares (11.3%) las más prevalentes. La mayoría de adultos mayores mostró independencia para A.B.V.D. (72%) y A.I.V.D. (64.5%). La gran mayoría presenta un cuadro probable de Depresión (52.7%), con tendencia a la ausencia de esta misma (47.3%). El análisis de la prueba de Kolmogorov-Smirnov entre los puntajes de Katz y Lawton&Brody, junto con el de Yesavage, mostró una relación estadística significativa (KS 21.917; $p < 0.05$), (KS 21.125; $p < 0.05$). **CONCLUSIONES:** Sí existe una relación estadística significativa entre dependencia funcional para actividades de la vida diaria y depresión en adultos mayores.

PALABRAS CLAVE: Adulto mayor, dependencia funcional, depresión

ABSTRACT

INTRODUCTION: The objective of the present study is to determine if there is an association between functional dependency and depression in the elderly population who attend the geriatric outpatient clinic of a third level hospital center in the city of Arequipa-Peru, 2018. **MATERIALS AND METHODS:** An observational, cross-sectional, prospective and analytical study was conducted. A personalized survey was applied to 186 older adults who attended the geriatric outpatient clinic of the Honorio Delgado Regional Hospital during the month of February 2018, which included standardized instruments to evaluate functionality for basic activities (Katz Index) and instrumental (Lawton and Brody Scale) of daily living and determine the incidence of depression in said population (Geriatric Depression Scale; GDL). **RESULTS:** Of the total, the majority of older adults are female (66%), with an average age of 71 years, married (42.5%), with a primary level of education (39.2%) and dedicated to housework (56.5%). Most do not suffer from chronic-degenerative disease (66.1%) and those who do suffer (33.9%), is hypertension (26.9%) along with osteoarticular diseases (11.3%) the most prevalent. The majority of older adults showed independence for ADLs (72%) and IADLs (64.5%); the great majority presents a probable picture of Depression (52.7%), with a tendency to the absence of it (47.3%). The analysis of the Kolmogorov-Smirnov test between the scores of Katz and Lawton & Brody, together with that of Yesavage, showed a statistically significant association (KS 21.917, $p < 0.05$), (KS 21.125, $p < 0.05$). **CONCLUSIONS:** There is a significant statistical association between functional dependence for activities of daily living and depression in older adults.

KEYWORDS: Older adult, functional dependency, depression.

INTRODUCCION

La vida de un ser humano se divide en varias etapas, cada una de ellas tiene sus propias características, sus ventajas y desventajas, sus momentos alegres y tristes, de manera que permiten al individuo poder experimentar, aprender, enseñar y vivir en general, formando, complementado, y a su vez, completando su propio existir. Hay una etapa, la senilidad, comúnmente llamada vejez, que merece especial mención, muy valorada por unos y olvidada por otros, pero que, como cualquier otra etapa de vida, requiere del mismo respeto, de la importancia y deferencia, que se le debería dar en todo momento, pero que lamentablemente hace falta en la actualidad.

La etapa de senectud o envejecimiento, proceso fisiológico que toda persona atraviesa y que nuestro cuerpo en sí comienza a experimentar al llegar a determinada edad, trayendo consigo un sinnúmero de cambios físicos a nivel de cada una de las partes de nuestra tan grande economía anatómica, así como cambios en el ámbito psicológico y social, determina una serie de medidas a tomar en consideración, tanto por parte de la propia persona, así como por parte de su entorno familiar y social. Una de las tantas esferas que se compromete, con bastante frecuencia, y que este estudio trata, es la funcionalidad individual para poder realizar actividades, que incluyen a las básicas, instrumentales y avanzadas, del diario vivir; es así que mientras se aprende a lidiar y vivir con tal condición, el impacto que se da en cada individuo es considerablemente desgastante y perjudicial, tanto a nivel físico, manifestándose en dependencia funcional, como a nivel psico-emocional, exteriorizándose más comúnmente en trastornos del estado afectivo, como lo es la Depresión.

Siendo el deterioro funcional, traducido finalmente en dependencia funcional, y la depresión, dos de los tantos grandes síndromes geriátricos que prevalecen en nuestro contexto actual y que se evalúan al momento de la Valoración Geriátrica Integral, me parece imperiosa la necesidad de estudiar tales variables dentro de nuestro ámbito socio-cultural; específicamente hablando de la Dependencia Funcional y sus diferentes grados aplicables, así como la Depresión, y finalmente establecer si existe relación significativa entre ambas; hecho a tomar en cuenta para establecer mejores

medidas preventivas, de tratamiento y recuperativas futuras, según sea el caso, para lograr una adecuada Valoración Geriátrica Integral, y por lo tanto, brindarle al adulto mayor una calidad de vida digna de un ser humano.



CAPITULO I



MATERIAL Y MÉTODOS

1. Técnicas, Instrumentos y Materiales de verificación

1.1 Técnicas: Encuesta Personalizada

1.2 Instrumentos:

Encuesta elaborada y aplicada por paciente en la cual constó lo siguiente:

- Características sociodemográficas
- Cuestionario: Índice de Katz
- Cuestionario: Escala de Lawton y Brody
- Cuestionario: Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (Versión reducida)

1.3 Materiales de verificación:

- Encuesta elaborada en la que figuran datos como: características sociodemográficas principales, Índice de Katz, Escala de Lawton y Brody y la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage versión reducida.
- Lapiceros
- Almohadilla dactilar
- Laptop Dell Inspiron 15 5000 Series
- Impresora
- Sistema operativo Windows 10 Home
- Paquete Microsoft Office 2016
- Programa SPSS Versión 22 para Windows

2. Campo de verificación

2.1. Ubicación espacial: El presente estudio se llevará a cabo en Consultorio Externo del Servicio de Geriátrica del Hospital III-Regional Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa, Perú.

2.2. Ubicación temporal: El presente estudio se realizará durante el mes de Febrero del año 2018.

2.3. Unidades de estudio: Población adulta mayor (mayores de 60 años) que acuda a consulta externa del Servicio de Geriátrica del Hospital III- Regional Honorio Delgado.

2.3.1. Población: Adultos mayores (mayores de 60 años) que acudan por Consultorio Externo del Servicio de Geriátrica durante el mes de Febrero del año 2018 del Hospital III Regional Honorio Delgado.

2.3.2. Muestra y Muestreo: La muestra a tomar en cuenta será, primero, de manera no probabilística, y segundo, de acuerdo al número total de pacientes adultos mayores atendidos durante todo el año 2017, correspondiendo a un total de 359 pacientes; la cual de acuerdo a la calculadora Excel online para el cálculo de tamaño muestral es de 186 sujetos para dicho estudio con una población finita. En el presente estudio se manejarán los datos con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 5%.

2.4. Criterios de selección:

2.4.1 Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores (En Perú la edad ≥ 60 años) de ambos sexos que acudieron a consulta externa del servicio de Geriátrica del Hospital III- Regional Honorio Delgado durante el periodo de estudio y que autorizaron su participación en el presente estudio mediante la firma del respectivo consentimiento informado.

2.4.2 Criterios de Exclusión:

- Pacientes con Enfermedades terminales, amputados, con demencia senil, diagnóstico establecido de depresión y/o cualquier otro trastorno o patología que impida la correcta comunicación.

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización:

- Aprobación del proyecto de tesis por el Asesor
- Se presentó el proyecto de tesis a profesores del curso de taller de Tesis
- Se sometió el proyecto a dictamen del Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santa María
- Se cumplió con todas las observaciones del Comité de Ética de la investigación
- Se solicitó por escrito la autorización al Hospital donde se llevó a cabo la encuesta
- Se tomó consentimiento informado a la población adulta mayor participante del estudio
- Se tomó la encuesta personalizada
- Se recolectó los datos y se vació dicha información a una base de datos en Microsoft Excel 2016 para luego ser analizada mediante el programa SPSS Versión 22 para Windows y obtener una estadística

3.2. Recursos

3.2.1. Recursos Humanos

- Autor: Hugo Fernando Lema Aguirre
- Asesor: Dr. Ricardo Ibañez Barreda. Médico-Psiquiatra

3.2.2. Recursos Físicos:

- Encuestas impresas en las que constan datos sociodemográficos, el Índice de Katz, la Escala de Lawton y Brody, y la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage Versión reducida.
- Computadora portátil marca Dell con sistema operativo Intel Core i7 inside, paquete Office 2016 para Windows, así como Programa SPSS v. 22 para Windows.
- Material de escritorio

3.2.3. Recursos Financieros: Por el propio autor

3.3. Validación de instrumentos:

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

- **Índice de Katz:** Creado en 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz del The Benjamin Rose Hospital para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice hasta hoy usado. Evalúa la dependencia, es decir, el necesitar ayuda de alguien más, o independencia, o sea, el no requerir ayuda de nadie, de 6 actividades básicas de la vida diaria, como son: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación. Las personas se pueden clasificar en uno de los 8 niveles de dependencia del índice que van entre A (independencia total) y G (dependiente total), además, existe también un nivel O (dependiente en al menos 2 funciones,

pero no clasificable como C, D, E o F). Años después se introdujo una forma de clasificación numérica, dándole 0 ó 1 puntos a cada ítem, ya sea independiente o dependiente, respectivamente, y clasificando al paciente en 7 posibles grupos numéricos (0-6) (38). La funcionalidad para A.B.V.D. fue clasificada en 3 grupos, que incluyen a las 7 categorías (A, B, C, D, E, F y G) en las que clasifica el Índice de Katz a los pacientes evaluados, siendo: Ausencia de incapacidad (A) o incapacidad leve (B), incapacidad moderada (C-D) e incapacidad severa (E-G) (4,15, 38).

- **La Escala de Lawton y Brody:** Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center. Es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más empleada en unidades de Geriátrica de España. Además, es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano. Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de medios de transporte, responsabilidad con su medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asignará un valor de 1 (independiente) o 0 (dependiente), siendo la puntuación final la suma del valor de todos los ítems, yendo entre 0 (dependiente máximo) y 8 (independencia máxima). Se toma como referencia como dependencia moderada cuando se obtiene una situación entre 4-7 y severa cuando es inferior a 4 (15,38).
- **Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS):** La Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (o Geriatric Depression Scale, GDS) diseñada por Brink y Yesavage en 1982, fue especialmente concebida para evaluar el estado afectivo de los ancianos. Tiene una versión original en forma de cuestionario que consta de 30 ítems con respuestas en SÍ/NO. Además, existe una versión más corta, de 15 ítems, que requiere de 5-7 minutos para completarse. Muestra una sensibilidad del 85% y una especificidad del 74%. Cada ítem se valora como 0 / 1, puntuando la coincidencia con el estado depresivo; es decir, las afirmativas para los síntomas indicativos de trastorno afectivo, y las negativas para los

indicativos de normalidad. La puntuación total corresponde a la suma de los ítems, con un rango de 0-30 ó 0-15, según la versión. Para la versión de 15 ítems se aceptan los siguientes puntos de corte: No depresión (0-5), probable depresión (6-9) y Depresión establecida (10-15). (39)

3.4. Criterios o estrategias para el manejo de los resultados

3.4.1. A nivel de la recolección

Las encuestas con la recolección de datos se manejaron de manera anónima. Se protegerá la identidad, así como datos personales del participante en todo momento. Trabajo aprobado por el Comité de Ética de la Investigación.

3.4.2. A nivel de la sistematización

Toda la información obtenida en la encuesta se procesó en una base de datos creada en el programa de Microsoft Excel 2016 y fue procesada por el paquete estadístico SPSSv.22 para su respectivo análisis.

3.4.3. A nivel de estudio de datos

La descripción de las variables consideradas en este estudio se presentará en cuadros estadísticos de frecuencias y porcentajes categorizados. Se hará uso de tablas de frecuencia, gráficos de barra para variables cualitativas, medias, desviación estándar y gráficas de error (IC) a 95% para variables cuantitativas. El análisis inferencial se realizó con la prueba de Chi Cuadrado para variables categóricas y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para variables cuantitativas de distribución no paramétrica. Las pruebas estadísticas se considerarán significativas al obtener un $p < 0.05$.

CAPITULO II



RESULTADOS

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

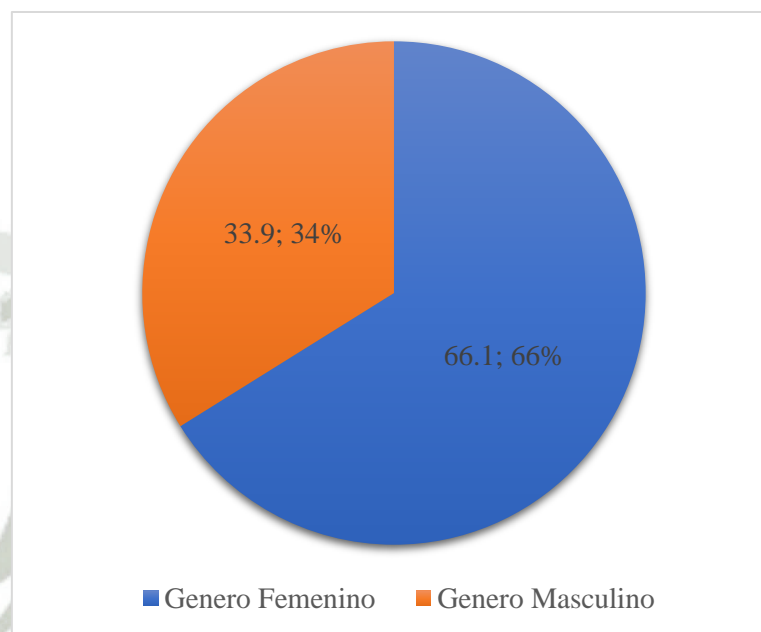
Tabla 01. Características sociodemográficas generales

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	MEDIA ARITMÉTICA	Frecuencia	
		N:186	%
Edad	71.39 ± 8.41		
Genero			
Femenino		123	66.1
Masculino		63	33.9
Estado Civil			
Casado		79	42.5
Viudo		54	29.0
Soltero		33	17.7
Conviviente		14	7.5
Divorciado / Separado		6	3.2
Grado de Instrucción			
Analfabeto		47	25.3
Primaria		73	39.2
Secundaria		46	24.7
Técnico – Superior		5	2.7
Superior		15	8.1
Ocupación			
Labores Del Hogar		105	56.5
Campesino		25	13.4
Jubilado / Pensionado		17	9.1
Comerciante		7	3.8
Obrero		2	1.1
Otros		30	16.1

Fuente: Matriz de datos

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

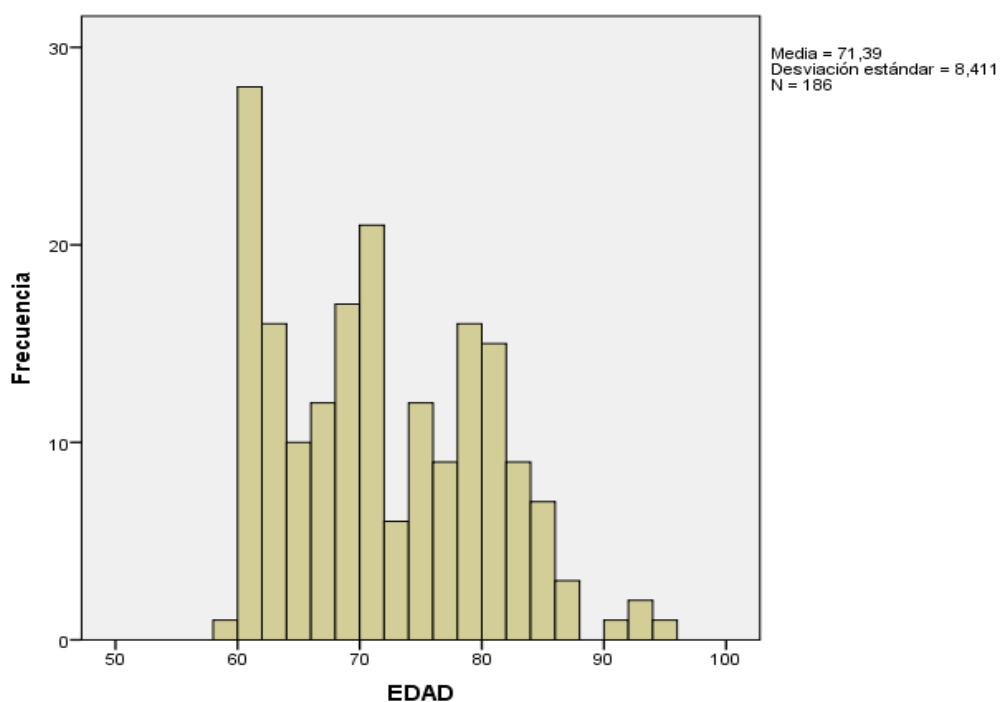
Gráfico 01. Características sociodemográficas generales: Género



El gráfico 1 muestra que de los 186 adultos mayores que participaron del estudio, 123 son mujeres, que corresponde al 66% y 63 son varones, que corresponde al 34% del total.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

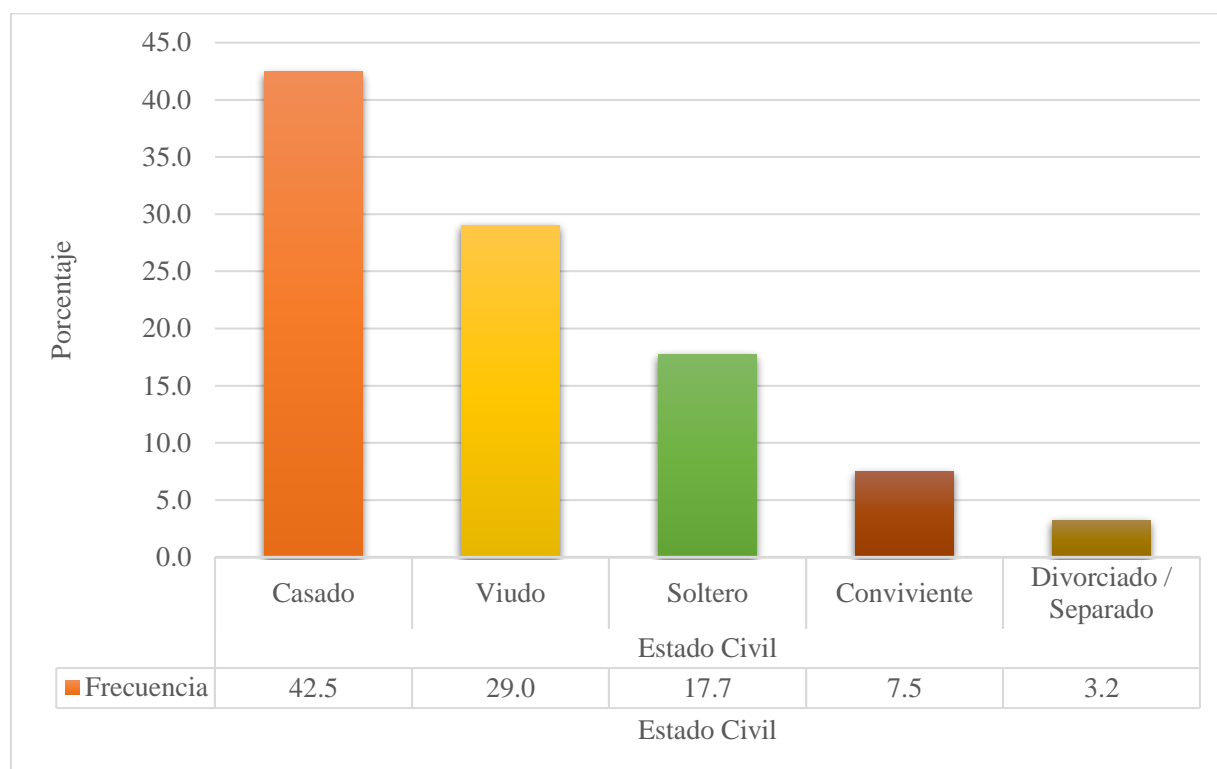
Gráfico 02. Características sociodemográficas generales: Edad



El gráfico 2 muestra que, de los 186 participantes, la edad media de los adultos mayores es de 71 años, con una desviación estándar de ± 8.41 .

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

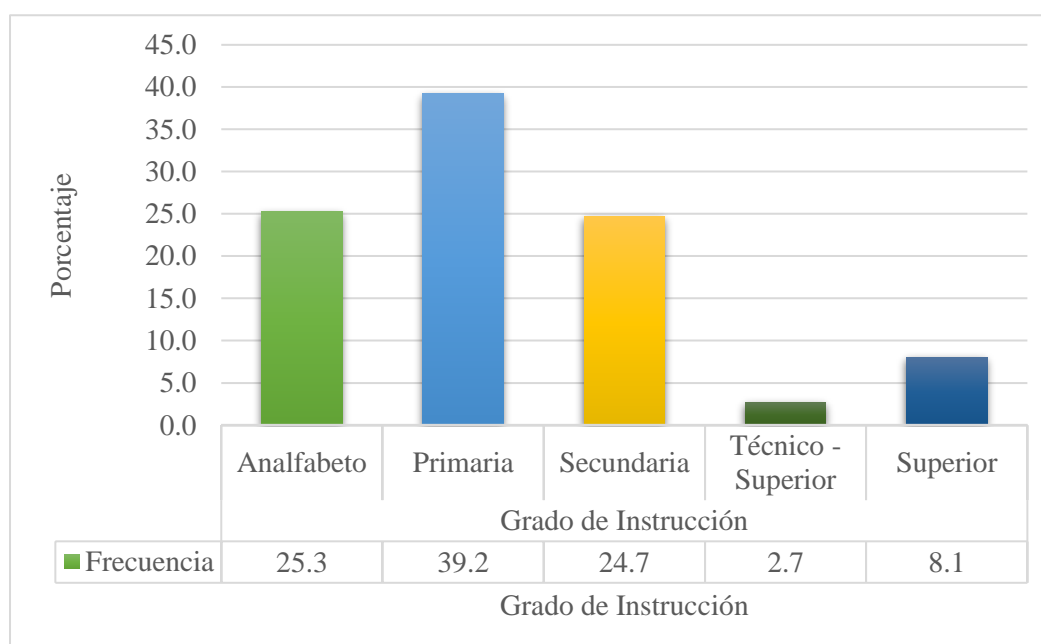
Gráfico 03. Características sociodemográficas generales: Estado Civil



El gráfico 3 muestra en relación al estado civil, que, de los 186 participantes, el 42.5% son casados, el 29% viudos, el 17.7% solteros, el 7.5% convivientes y el 3.2% lo conforman adultos mayores divorciados y separados.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

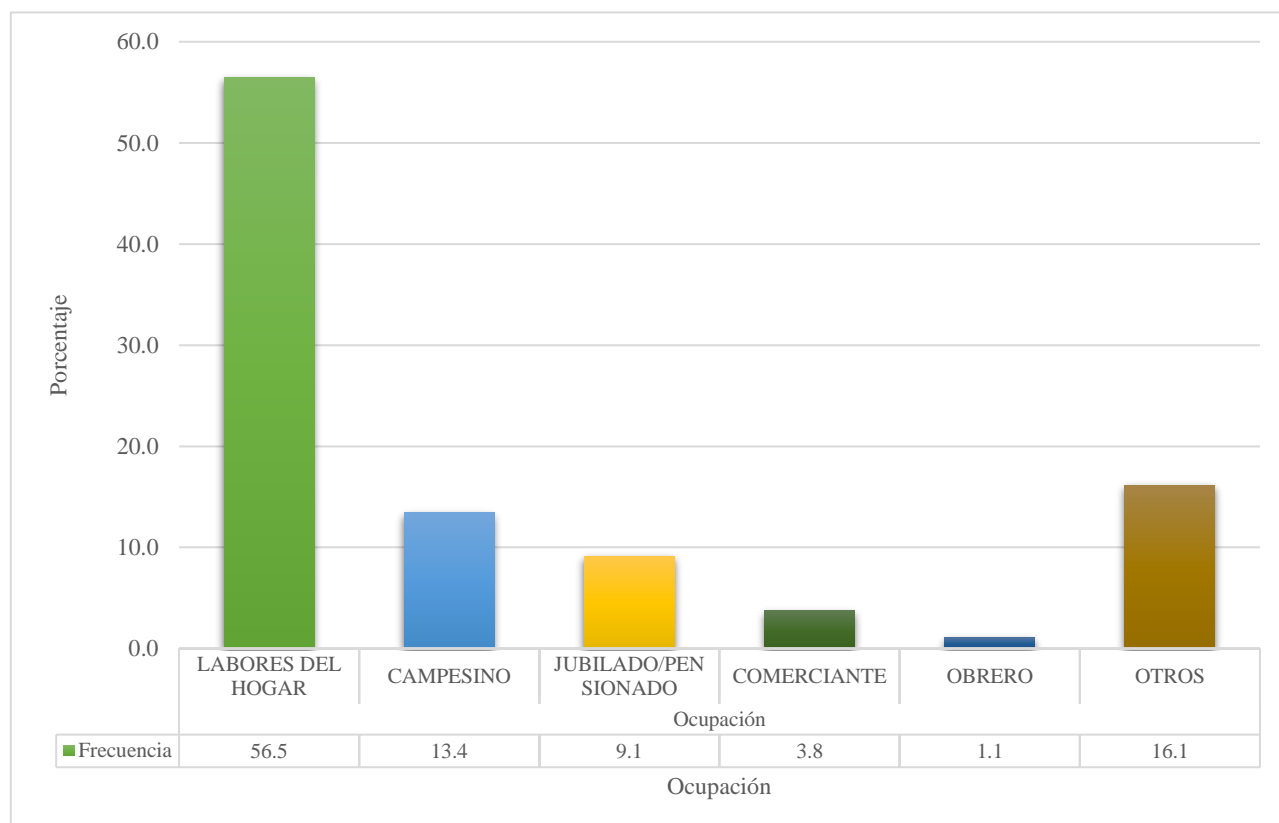
Gráfico 04. Características sociodemográficas generales: Grado de Instrucción



El gráfico 4 muestra en relación al grado de instrucción, que, de los 186 participantes, el 39.2% estudió la primaria completa, el 25.3% no sabe leer ni escribir, el 24.4% estudió la secundaria completa, el 8.1 % tiene un grado de instrucción superior y el 2.7% tiene el grado de técnico-superior.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Gráfico 05. Características sociodemográficas generales: Ocupación



El gráfico 5 muestra en relación a la ocupación, que, de los 186 participantes, el 56.5% desempeña labores del hogar, el 13.4% se dedica a la agricultura, el 9.1% son jubilados, el 3.8% se relaciona con el comercio, el 1.1% desempeña labores de construcción y, por el último, el 16.1% tiene una ocupación independiente.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

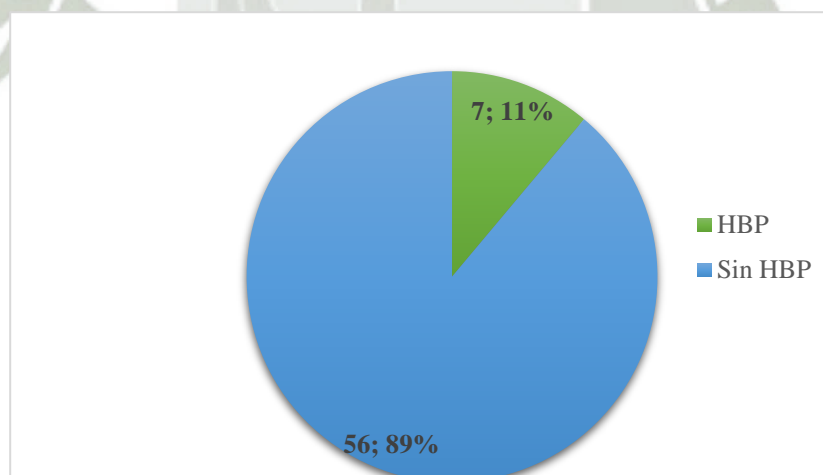
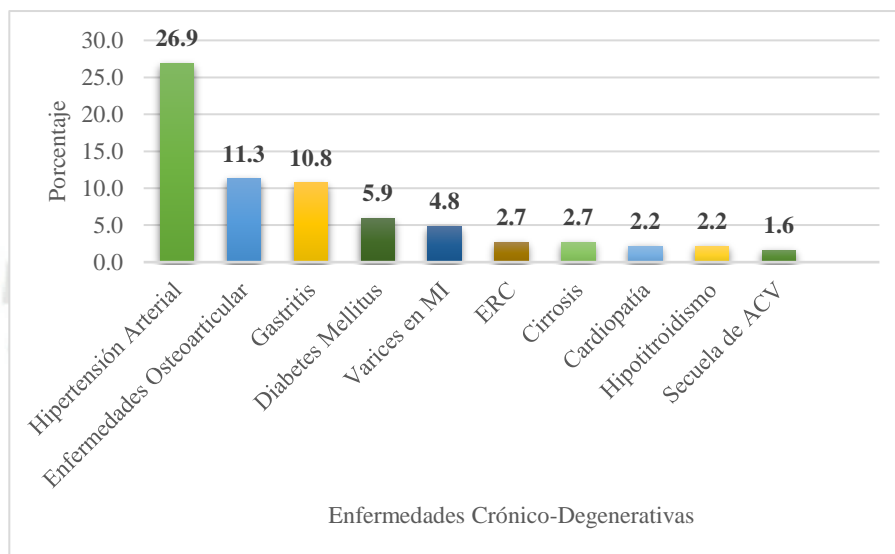
Tabla 02. Características sociodemográficas generales: Enfermedades Crónico-Degenerativas

Enfermedades Crónico-Degenerativas	Frecuencia	
	N:186	%
Hipertensión Arterial	50	26.9
Enfermedades Osteoarticular	21	11.3
Gastritis	20	10.8
Diabetes Mellitus	11	5.9
Varices en MI	9	4.8
ERC	5	2.7
Cirrosis	5	2.7
Cardiopatía	4	2.2
Hipotiroidismo	4	2.2
Secuela de ACV	3	1.6
	Frecuencia	
	N:63	%
HBP	7	11.1

Fuente: Matriz de datos

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

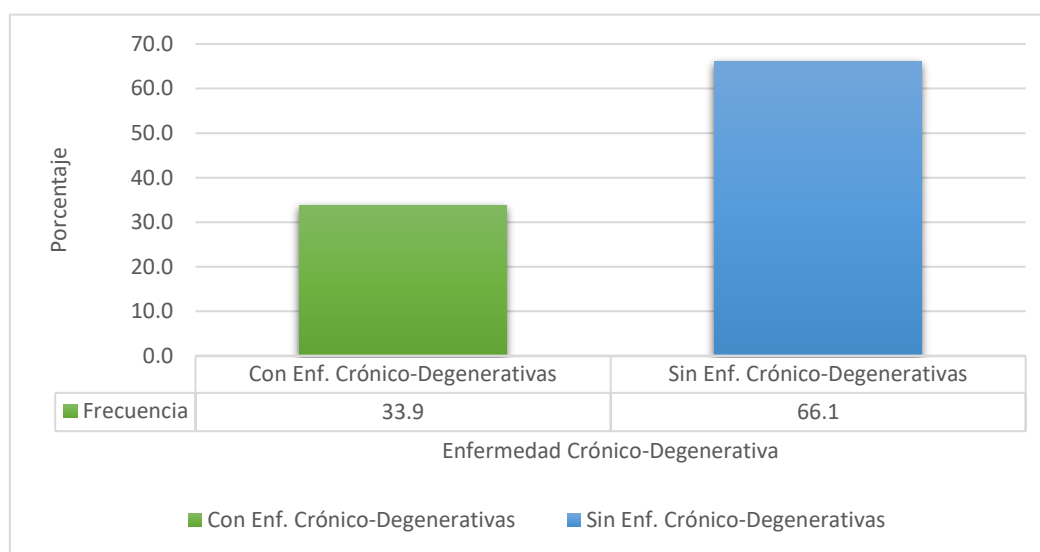
Gráfico 06 y 07. Características sociodemográficas generales: Enfermedades Crónico-Degenerativas



El gráfico 6 muestra las principales enfermedades crónico-degenerativas que prevalecen en Consulta Externa de Geriátrica. Está la Hipertensión Arterial con un 26.9%, seguida de las Enfermedades Osteoarticulares con un 11.3%, Gastritis con 10.8%, Diabetes Mellitus con 5.9% y un 1.6% con secuela de ACV. Asimismo, cabe destacar que, de los 63 participantes del sexo masculino, el 11% padece de Hiperplasia Benigna de Próstata.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Gráfico 08. Características sociodemográficas generales: Frecuencia de Enfermedades Crónico-Degenerativas



El gráfico 8 muestra el porcentaje de pacientes que acudieron a Consulta Externa de Geriatría con y sin el diagnóstico ya establecido de alguna patología crónico-degenerativa, teniendo que el 33.9% del total padecen de alguna enfermedad crónico-degenerativa y que el 66.1% no padece de enfermedad crónica-degenerativa.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

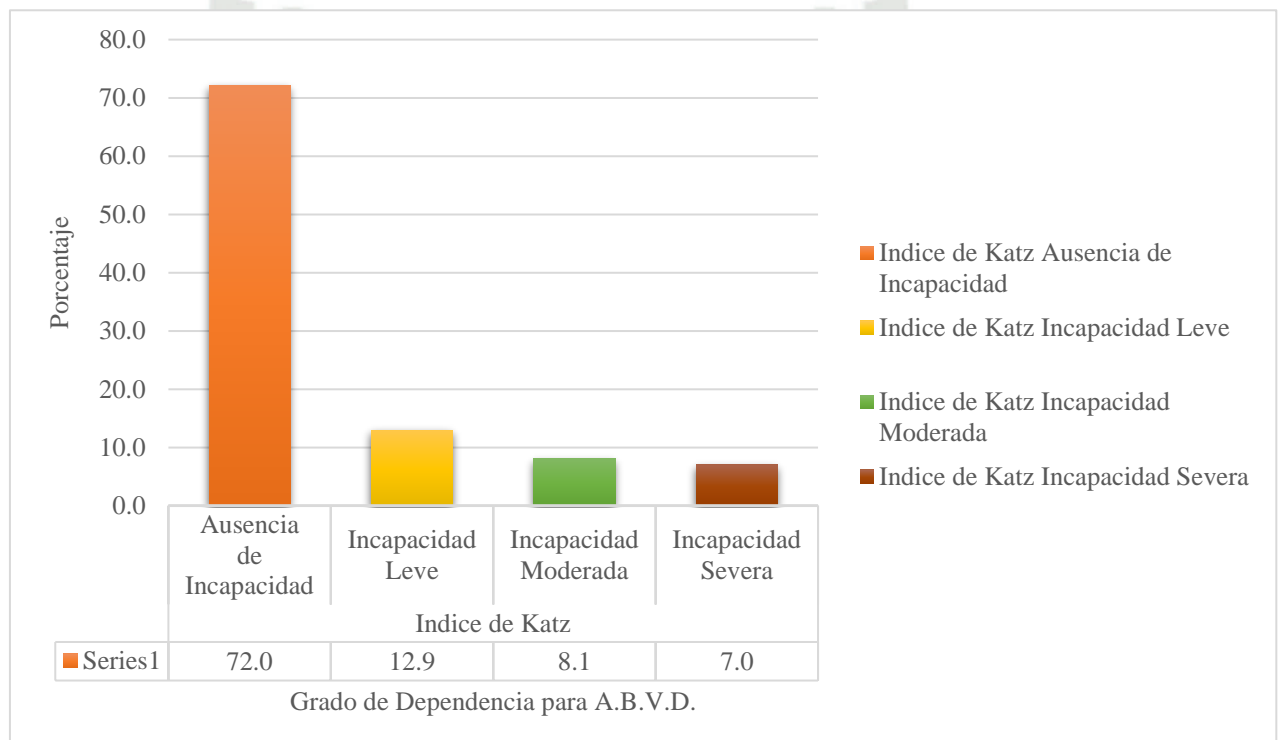
Tabla 03. Grado de Dependencia Funcional para Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria en la población de adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado.

Instrumentos de valoración funcional	Frecuencia	
	N:186	%
Índice de Katz		
Ausencia de Incapacidad	134	72.0
Incapacidad Leve	24	12.9
Incapacidad Moderada	15	8.1
Incapacidad Severa	13	7.0
Escala de Lawton y Brody		
Dependencia Total	26	14.0
Dependencia Moderada	40	21.5
Independencia	120	64.5

Fuente: Matriz de datos

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

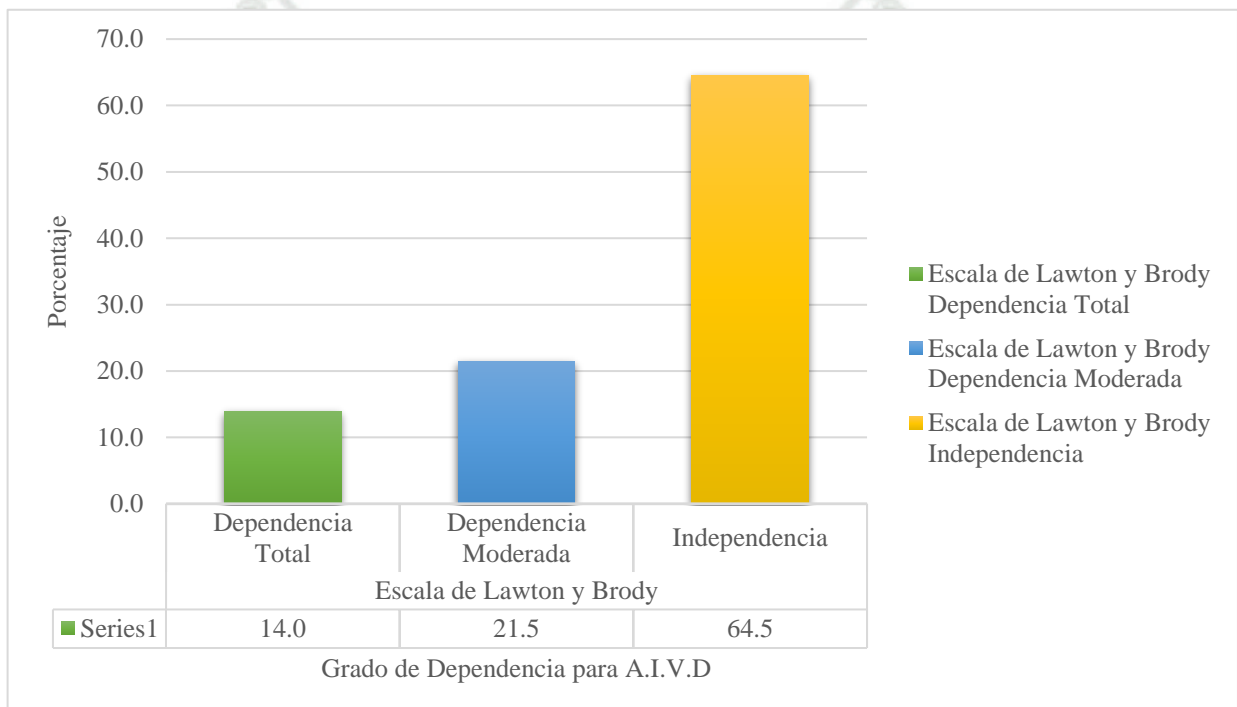
Gráfico 09. Grado de Dependencia Funcional para Actividades Básicas de la vida diaria en la población de adultos mayores del Servicio de Geriatria del Hospital III- Regional Honorio Delgado según el Índice de Katz.



El gráfico 9 muestra los diferentes grados de Dependencia Funcional para Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D.), teniendo al 72% de toda la población adulta mayor con ausencia de incapacidad, al 12.9% con incapacidad leve, al 8.1% con incapacidad moderada y al 7% con incapacidad severa.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Gráfico 10. Grado de Dependencia Funcional para Actividades Instrumentales de la vida diaria en la población de adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado según la Escala de Lawton y Brody.



El gráfico 10 muestra los diferentes grados de Dependencia Funcional para Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.V.D.). Vemos que el 64.5% de pacientes adultos mayores muestra un grado de independencia, el 21.5% con dependencia moderada y el 14% con dependencia total.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

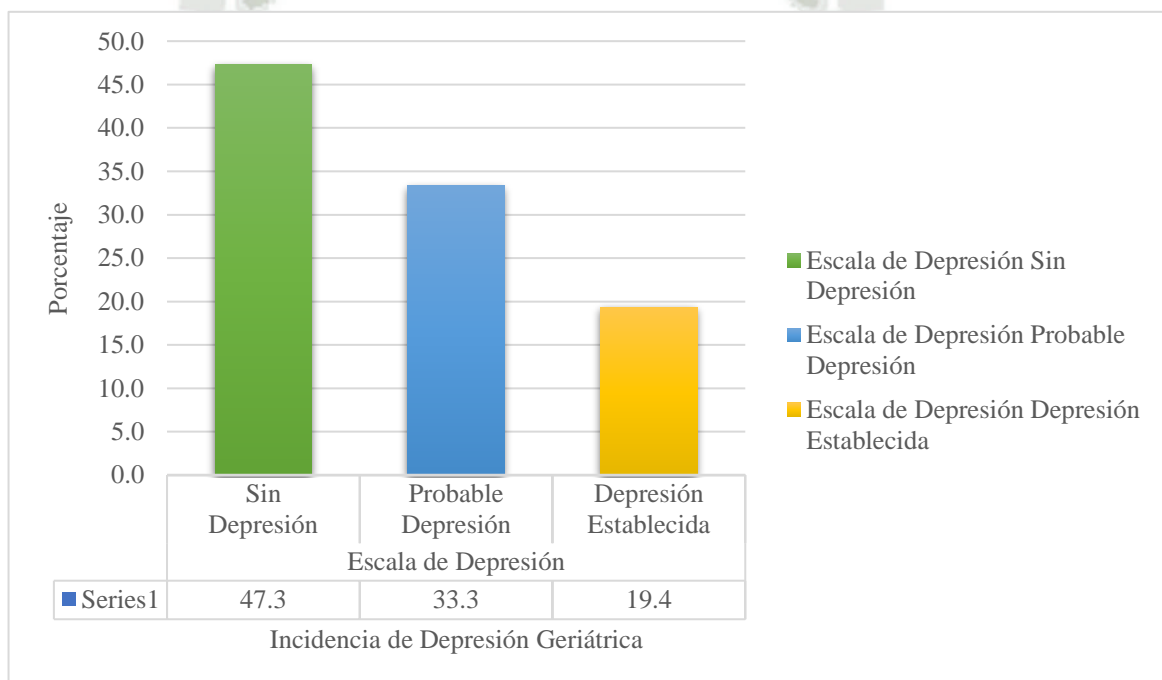
Tabla 04. Incidencia de Depresión en la población de Adultos Mayores del Servicio de Geriatria del Hospital III- Regional Honorio Delgado según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage versión reducida.

Incidencia de Depresión	Frecuencia	
	N:186	%
Sin Depresión	88	47.3
Probable Depresión	62	33.3
Depresión Establecida	36	19.4

Fuente: Matriz de datos

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Gráfico 11. Incidencia de Depresión en la población de Adultos Mayores del Servicio de Geriatria del Hospital III- Regional Honorio Delgado según la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage versión reducida.



El gráfico 11 muestra la incidencia de Depresión en la población de adultos mayores que acuden a Consulta Externa de Geriatria. Tenemos a un 47.3% que no muestra Depresión, al 33.3% con probable Depresión y al 19.4% con Depresión.

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Tabla 05. Relación entre Dependencia para Actividades Básicas de la vida diaria y Depresión en la población de adultos mayores del servicio de Geriatria del Hospital III- Regional Honorio Delgado.

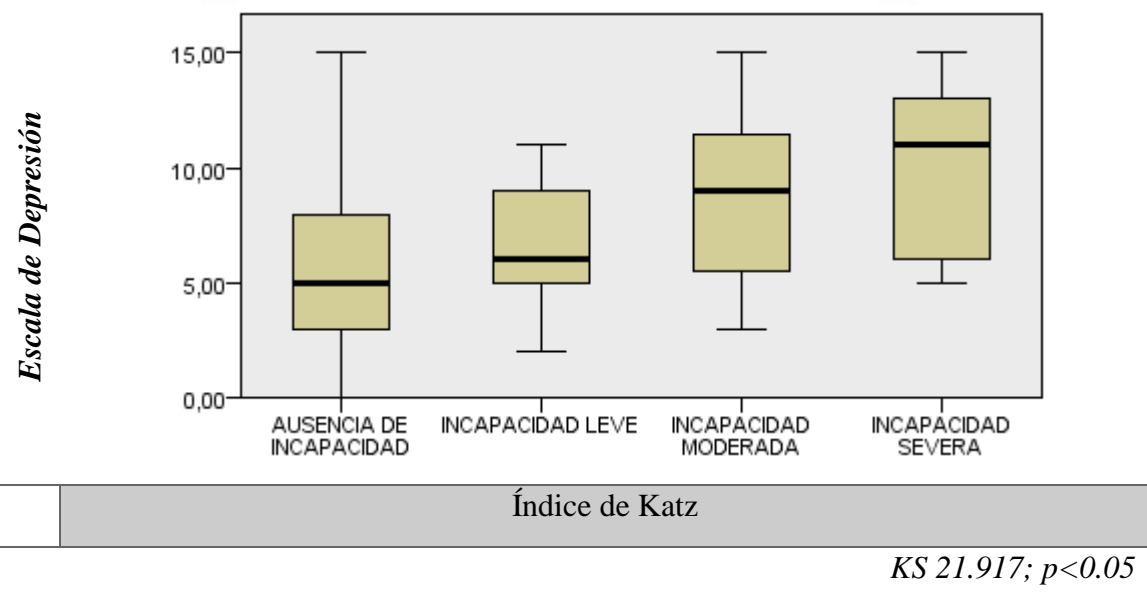
DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA A.B.V.D.	DEPRESION					
	SIN DEPRESION		PROBABLE DEPRESION		DEPRESION ESTABLECIDA	
	N	%	N	%	N	%
AUSENCIA DE INCAPACIDAD	73	83.0%	41	66.1%	20	55.6%
INCAPACIDAD LEVE	9	10.2%	12	19.4%	3	8.3%
INCAPACIDAD MODERADA	4	4.5%	5	8.1%	6	16.7%
INCAPACIDAD SEVERA	2	2.3%	4	6.5%	7	19.4%
Total	88	100.0%	62	100.0%	36	100.0%
						X ² : 21.656; p<0.05

Fuente: Matriz de datos

La tabla 05 muestra que, al relacionar la Dependencia Funcional para Actividades Básicas de la vida diaria y Depresión, son los adultos mayores con ausencia de incapacidad quienes presentan ausencia de Depresión en un 83.0%, aquellos con una incapacidad leve presentan probable Depresión en un 19.4%, aquellos con incapacidad moderada y severa presentan una depresión establecida en un 16.7% y 19.4% respectivamente. Sí hay una relación significativa entre Dependencia Funcional para A B V D v Depresión ($n < 0.05$)

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Gráfico 12. Relación entre Dependencia para Actividades Básicas de la vida diaria y Depresión en la población de adultos mayores del servicio de Geriatria del Hospital III- Regional Honorio Delgado.



El gráfico 12 muestra que, al relacionar la Dependencia Funcional para Actividades Básicas de la vida diaria y Depresión, son los adultos mayores con ausencia de incapacidad e incapacidad leve para las A.B.V.D., quienes poseen rangos numéricos inferiores, que según la escala de Depresión Geriátrica, los clasifica como pacientes con ausencia de depresión, mientras que aquellos con una incapacidad moderada y severa, poseen rangos numéricos superiores, que según la misma escala, los clasifica como pacientes con probable depresión y depresión establecida, respectivamente. Sí hay una relación significativa entre Dependencia Funcional para A.B.V.D. y Depresión ($p < 0.05$).

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Tabla 06. Relación entre Dependencia para Actividades Instrumentales de la vida diaria y Depresión en la población de adultos mayores del servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado.

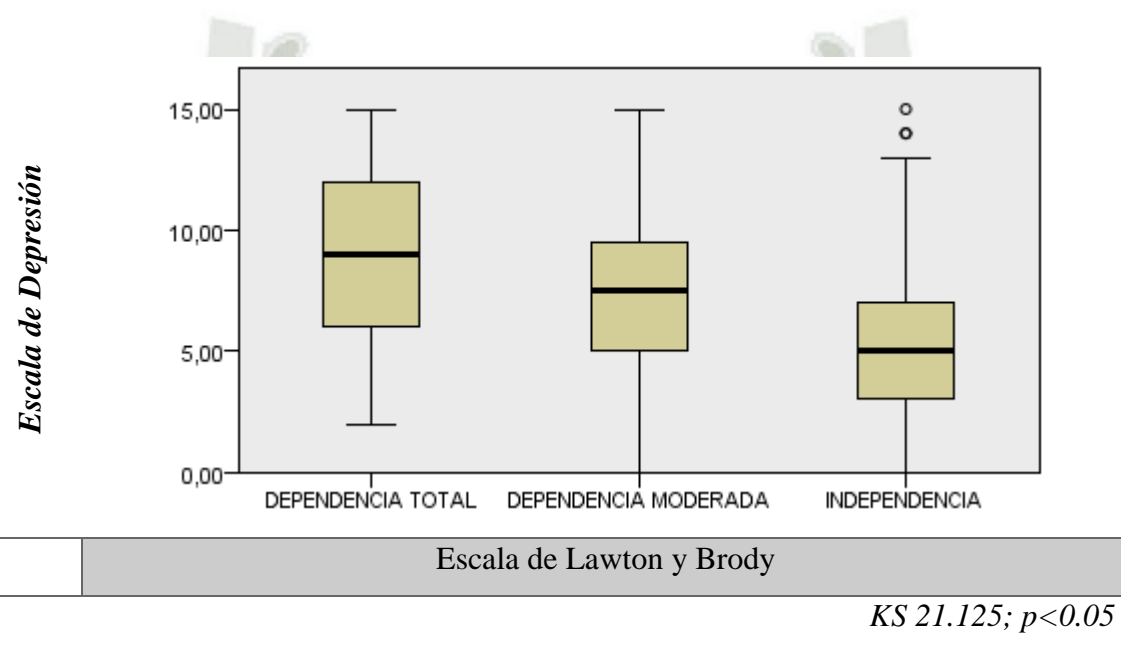
DEPENDENCIA FUNCIONAL PARA A.I.V.D.	DEPRESIÓN					
	SIN DEPRESIÓN		PROBABLE DEPRESIÓN		DEPRESIÓN ESTABLECIDA	
	N	%	N	%	N	%
DEPENDENCIA TOTAL	5	5.7%	10	16.1%	11	30.6%
DEPENDENCIA MODERADA	11	12.5%	19	30.6%	10	27.8%
INDEPENDENCIA	72	81.8%	33	53.2%	15	41.7%
Total	88	100.0%	62	100.0%	36	100.0%
						X ² : 26.223; P<0.05

Fuente: Matriz de datos

La tabla 06 muestra que, al relacionar la Dependencia Funcional para Actividades Instrumentales de la vida diaria y Depresión, son los adultos mayores independientes quienes presentan ausencia de Depresión en un 81.8%, aquellos con una dependencia moderada presentan probable Depresión en un 30.6%, siendo finalmente el grupo de adultos mayores dependientes totalmente quienes presentan una depresión establecida en un 30.6%. Sí hay una relación significativa entre Dependencia Funcional para A.I.V.D. y Depresión ($p < 0.05$).

**DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EDN ADULTOS MAYORES
DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL III REGIONAL
HONORIO DELGADO, AREQUIPA, PERÚ 2018.**

Gráfico 13. Relación entre Dependencia para Actividades Instrumentales de la vida diaria y Depresión en la población de adultos mayores del servicio de Geriatria del Hospital III- Regional Honorio Delgado.



El gráfico 13 muestra que, al relacionar la Dependencia Funcional para Actividades Instrumentales de la vida diaria y Depresión, son los adultos mayores independientes quienes presentan un rango numérico inferior, que según la Escala de Depresión Geriátrica, los clasifica como pacientes con ausencia de Depresión, mientras que por otro lado, son los adultos mayores totalmente dependientes quienes presentan un rango numérico superior, que según la misma escala, los clasifica como pacientes con depresión establecida. Sí hay una relación significativa entre Dependencia Funcional para A.I.V.D. y Depresión ($P<0.05$).

CAPITULO III



DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

DISCUSIÓN Y COMENTARIOS

Actualmente se conoce que el grupo de adultos mayores está en constante crecimiento poblacional en relación a los otros grupos etarios, pudiéndose apreciar en los diversos centros de atención primaria e instituciones de salud más avanzadas, un aumento en la demanda, la cual no se logra coberturar satisfactoriamente (1), (14). Se desarrolla el presente estudio con la participación de adultos mayores que acuden a Consulta Externa del servicio de Geriátría del Hospital III Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, Perú, evaluando específicamente el nivel de Dependencia Funcional y la incidencia de Depresión, y relacionando ambas variables con la finalidad de encontrar una posible correlación significativa entre ambas; tomando en cuenta que son dos síndromes geriátricos importantes con alta prevalencia poco estudiados en el medio.

En relación a la hipótesis planteada, la cual propone una probable relación entre dependencia funcional y depresión en adultos mayores atendidos en Consultorio Externo de Geriátría de mencionada institución, y al análisis estadístico realizado, podemos concluir que sí existe una relación significativa entre ambas variables, con una $p < 0.05$. Mencionados resultados no concuerdan con un estudio realizado por Zavala M., Posada S. y Cantú R. (2010), quienes no observaron asociación entre dependencia funcional básica e instrumental y depresión (1). Sin embargo, Monroe J., Tello Del Mar, S. y Torres M. (2015), quienes estudiaron la dependencia funcional y depresión en adultos mayores institucionalizados, encontraron asociación significativa entre el deterioro de la funcionalidad y síntomas depresivos; señalar que en el mencionado estudio se empleó el Índice de Barthel (44). Resultados similares, se hallaron en el estudio de Fernando M., Guida A., Cristina T., Gregory C., José P. (2017), quienes identificaron una fuerte asociación entre ambas variables (45). De esta manera, se infiere que la dependencia funcional que viven los adultos mayores, condiciona la aparición de síntomas depresivos. Es cierto que la depresión pueda tener una causa independiente a la dependencia funcional; sin embargo, lo que se ve en este estudio y en la literatura, es que pacientes con dependencia moderada-severa, tienen síntomas característicos de una depresión establecida, lo cual nos muestra una

tendencia al desarrollo de un cuadro depresivo al iniciarse el deterioro funcional individual (46), (48). En relación a las principales características sociodemográficas, tenemos en primer lugar que la edad media de la población adulta mayor estudiada fue de 71 años, con una desviación estándar de ± 8.41 , el sexo femenino predominó sobre el masculino en un 66% comparado con el 34% de este último grupo; estos resultados concuerdan con estudios realizados por Zavala M., Posada S. y Cantú R. (2010), quienes concluyeron que, dentro de su grupo poblacional estudiado, el 53% correspondió al género femenino con una edad media de 71 años (1). Datos similares han sido reportados por Chávez Y. y Moreno C. en el 2016 (14), Fócil-Némiga E., Zavala-González M. en el 2015 (13) y Yépez M. en el 2016 (20); estas referencias nos dan una idea del grupo de adultos mayores que probablemente requiera de una atención más minuciosa y detallada en consulta con el respectivo seguimiento, al ser estos los que con mayor frecuencia acuden a consultas geriátricas. Por otro lado, tenemos que gran parte de la población adulta mayor atendida en consulta geriátrica es casada (43%), con un grado de instrucción primaria (39%) y dedicada a labores del hogar (57%); dentro del grado de instrucción, tenemos también a un porcentaje importante de personas con analfabetismo (25%) y otro menor con un grado de instrucción superior (8%). Estos mismos resultados coinciden con estudios publicados por Chávez Y. y Moreno C. (14), Zavala M., Posada S. y Cantú R. (1), y otros como el de Ordóñez J. y Osorio J. (2013) y Monroe J., Tello Del Mar, S. y Torres M. (2015), quienes encontraron que la mayoría de sus participantes tuvieron un grado primario de instrucción, siendo el grado superior el de menor frecuencia; se evidenció también un porcentaje considerable de personas con analfabetismo (46), (44). Es importante resaltar este aspecto, ya que teniendo en cuenta que gran parte de adultos mayores atendidos en la consulta geriátrica vienen a ser personas con un nivel muy básico de educación, incluso muchos de ellos sin saber leer y escribir, podemos entender que independientemente de sus comorbilidades, son un grupo aún más vulnerable, que probablemente no cuente con el apoyo necesario para poder afrontar y actuar de manera correcta frente a los múltiples cambios propios de la edad. Identificar en consulta geriátrica que estos pacientes estén debidamente acompañados por sus cuidadores e informados de manera clara en todo momento, es clave para un adecuado control y alejada complicación de determinada patología geriátrica. Dentro

del ámbito de enfermedades crónico-degenerativas, consideradas como comorbilidades, podemos decir que la Hipertensión Arterial es la más prevalente con un 27%, ocupando el segundo lugar el grupo de patologías Osteoarticulares con un 11%; siendo las de menor frecuencia las endocrinopatías y cardiopatías con un 8% y 2%, respectivamente. Los mismos datos en relación a las comorbilidades crónicas fueron encontrados por Zavala M., Posada S. y Cantú R. (2010), quien hallaron a la Hipertensión Arterial como enfermedad crónico-degenerativa en un 40% (1), por Melba E., García L. y Gutiérrez A. (2007), quienes hallaron a la misma comorbilidad en un 43% (47) y por Monroe J., Tello Del Mar, S. y Torres M. (2015), quienes ponen en primer lugar a la Hipertensión Arterial con un 45% (44). Asimismo, el presente estudio nos da a conocer que 66% de toda la población estudiada no cuenta con el antecedente de enfermedad crónico-degenerativa, mientras que el 34%, se atiende por consulta geriátrica padeciendo ya de alguna patología crónica. Estos datos concuerdan con los de Chávez Y. y Moreno C. (2016), quienes obtuvieron que el 52% de su población estudiada no padecía de alguna enfermedad crónico-degenerativa (14); sin embargo, los resultados del presente estudio no están en relación con los datos de Zavala M., Posada S. y Cantú R. (2010) quienes encontraron que el 71% de adultos mayores de su estudio ya contaba con alguna patología crónico-degenerativa (1).

Con respecto a la Dependencia Funcional, tanto para las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, se evidencia que el 72% de adultos mayores atendidos por consulta geriátrica muestra ausencia de incapacidad para A.B.V.D. y que el grupo de adultos mayores con incapacidad severa es el menor porcentaje con un 7%; las actividades instrumentales realizadas por el grupo de estudio del presente trabajo, se llevan a cabo de manera independiente en un 64%, mostrando que el 21% presente algún grado de dependencia y el 14% una dependencia total. Estos resultados concuerdan con los publicados por Chávez Y. y Moreno C. (2016), quienes muestran que el 97% de adultos mayores tienen un nivel de funcionalidad alto y el 3% restante un nivel de funcionalidad bajo para A.B.V.D., con similares resultados para las actividades instrumentales de la vida diaria, con 74% para un nivel alto de funcionalidad y un 3% para uno bajo (14). Zavala M., Posada S. y Cantú R. (2010),

encontraron que el 97% poseía una funcionalidad normal para A.B.V.D. y el 62% era independiente para realizar las A.I.V.D, siendo en ambos casos la dependencia funcional para realizar ambas actividades la de menor porcentaje (1). Podemos afirmar que la mayoría de pacientes adultos mayores atendidos en consulta geriátrica del Hospital III-Regional Honorio Delgado, muestra una funcionalidad alta para realizar sus actividades cotidianas diariamente, tomando en cuenta que la edad media de esta población es de 71 años, es importante resaltar la independencia funcional que logran conservar para el desenvolvimiento personal y cumplimiento de tareas que se susciten a diario. Dentro de la funcionalidad para A.I.V.D., vemos una tendencia a la dependencia moderada en segundo lugar con un porcentaje importante (21%), lo cual no ocurre con la funcionalidad para A.B.V.D., en la cual la tendencia a una dependencia moderada se aleja por rangos porcentuales amplios; quiere decir que al menos 4 de las 8 actividades instrumentales principales estarían comprometidas en algún grado y que la funcionalidad para A.I.V.D. se vería comprometida primero que la funcionalidad para A.B.V.D.; esto concuerda con resultados postulados por Yépez M., 2016 (20) y Zavala M., Posada S. y Cantú R., 2010 (1), correlacionándose también con la literatura actual (20), (36), (37).

En relación a la incidencia de Depresión dentro de nuestro grupo poblacional se encontró que 47% no cuenta con depresión, un 33% con probable depresión y un 19.4% con una depresión establecida. Podemos decir que un porcentaje destacado de adultos mayores está exento de depresión; sin embargo, un 53% del total de la población presenta algún síntoma depresivo que nos indica la existencia de un cuadro probable o establecido de depresión. Los resultados del presente estudio concuerdan con los estudios realizados por Gamarra E. (2017) y Ancco L. (2017), quienes encontraron a una población adulta mayor con un cuadro depresivo probable en un 49% y 80%, respectivamente (42), (43). No obstante, en los estudios hechos por Zavala M., Posada S. y Cantú R. (2010) y Ordóñez J. y Osorio J. (2013), la ausencia del cuadro depresivo se identifica en 93% y 54%, respectivamente, pero sin una completa ausencia de sintomatología depresiva (1), (46). Esto nos da a entender que el reconocimiento precoz de un nivel de funcionalidad bajo, nos sirve de indicador para evitar la aparición eventual de depresión.

CAPITULO IV



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

PRIMERA

Entre Dependencia Funcional para actividades básicas de la vida diaria y Depresión sí existe una relación estadística significativa (KS 21.917; $p < 0.05$).

SEGUNDA

Entre Dependencia Funcional para actividades instrumentales de la vida diaria y Depresión sí existe una relación estadística significativa (KS 21.125; $p < 0.05$).

TERCERA

Las características socio-demográficas que predominan dentro de la población de los adultos mayores que acuden a consulta externa de Geriátrica son el sexo femenino (66%), una edad promedio de 71 años, casados (42%), un grado primario de instrucción (39%) y una ocupación relacionada a labores del hogar (56%).

CUARTA

Las enfermedades crónico-degenerativas más prevalentes padecidas por los adultos mayores del presente estudio fueron la Hipertensión Arterial (26.9%) y el grupo de patologías Osteoarticulares (11.3%). Sin embargo, tenemos que 66.1% de adultos mayores no padece de enfermedad crónico-degenerativa considerada en la encuesta aplicada en este estudio.

QUINTA

La Funcionalidad de los adultos mayores en estudio para Actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D.) y actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.) muestra que un 72% y 64.5%, respectivamente, presenta un nivel de funcionalidad alto, es decir, que la mayoría son capaces de poder realizar independientemente todas aquellas actividades elementales e instrumentales de su diario vivir.

SEXTA

La mayoría de adultos mayores presenta síntomas depresivos comparables con un cuadro probable de Depresión (52.7%), con tendencia a la ausencia de Depresión (47.3%).



RECOMENDACIONES

1. Incentivar a los médicos geriatras del Hospital III Regional Honorio Delgado la aplicación breve de instrumentos para el screening de dependencia funcional y depresión en adultos mayores atendidos en consulta externa.
2. Dar a conocer a las autoridades y recordar a los médicos tratantes en consulta externa, tanto de geriatría como de otras especialidades del Hospital III Regional Honorio Delgado, la importancia de identificar de manera precoz la pérdida de funcionalidad y aparición de síntomas, probablemente considerados inicialmente como no depresivos, que terminan en un cuadro de depresión establecido; para así poder tomar medidas preventivas e intervenciones oportunas.
3. Proponer por parte del gran equipo de médicos geriatras a las autoridades del Hospital III Regional Honorio Delgado, la realización de charlas informativas, grupos de encuentro social, sesiones en las que se lleve a cabo actividades físicas recreativas de acuerdo a la capacidad de cada uno; generando de esta manera mayor autonomía y participación social dentro de la comunidad, contribuyendo en este sentido a disminuir la incidencia de síntomas depresivos que se asocian a pérdida de la funcionalidad.
4. Fomentar campañas por parte del personal de salud del Hospital III Regional Honorio Delgado, sean estos, médicos asistentes, residentes, internos o alumnos, en las que se desee promover una actitud positiva, de conocimiento y conciencia, dirigida hacia personas que estén a cargo de adultos mayores, sean estas profesionales o mismos familiares, incentivándolos a compartir más tiempo con ellos y a valorar y respetar la esencia de lo que significa realmente ser un adulto mayor.
5. Realizar estudios posteriores por otros investigadores con adultos mayores a nivel local con muestras poblacionales mayores, pautas de selección más amplias y con adición de variables adicionales como dependencia para actividades avanzadas de la vida diaria (A.A.V.D.), estado nutricional, funcionalidad familiar, rol social y familiar; brindando información adicional y poder concluir con más detalle aspectos de relevancia médica.

BIBLIOGRAFIA

1. Zavala-González, Marco Antonio, Sergio Eduardo Posada-Arévalo, and R. G. Cantú-Pérez. "Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México." *Archivos en Medicina Familiar*. 2010; 12(4): 116-126.
2. Dominguez-Lara, Sergio Alexis, and Sharon Brigitte Centeno-Leyva. "Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana." *Enfermería Clínica* (2016).
3. Zamora, Zoila Edith Hernández. "Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor." *Psicología y salud*. 2014; 16(1): 103-110.
4. Pedro Gil G., Paloma Gonzáles G., José Gutiérrez R., Carlos Verdejo B.. *Manual del residente en Geriátría*. Madrid: Grupo ENE Life Publicidad S.A.; 2011.
5. Mayores de Hoy. *El adulto mayor en el Mundo Parte 1*. Ciudad de México: Blog de Annika Maya Rivero; 2012 (Citado el 29 de mayo del 2016) Disponible en: <https://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>
6. OMS. 10 datos sobre el Envejecimiento y la Salud. <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/> (accessed 24 noviembre 2016)
7. Villarreal G, Month E. Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia). *Rev Salud Uninorte*. 2012;28(1):75–87.
8. Varela L, Chávez H, Galvez M, Mendez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Medica Hered*. 2005;16(3):165-71
9. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008; 25(4):374-9.

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación de la salud de la población Adulto Mayor, 2012. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013 (Citado el 29 de mayo del 2016) Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf
11. Arana-Gómez, Beatriz, et al. "ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA." (2015)
12. Sanhueza Parra, Marcela, Manuel Castro Salas, and José M. Merino Escobar. "Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud." *Ciencia y enfermería*. 2005; 11(2): 17-21.
13. Fócil-Némiga E, Zavala-González MA. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *Rev Fac Salud - RFS*. 2015; 6(2):12-9.
14. Chávez, Yessica Chumpitaz, and Carlos Moreno Arteaga. "Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor." *Revista Enfermería Herediana*. 2016; 9(1): 30.
15. Ferrín, María Trigás, Lucía Ferreira González, and Héctor Meijide-Míguez. "Escala de valoración funcional en el anciano." *Galicia Clínica*. 2011; 72(1): 11-16.
16. Alarcón T, González JJ, Salgado A. Valoración funcional del paciente geriátrico. En Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Masson, S.A., Barcelona. 1993; 47-72.
17. Pino, Margarita Becerra. "Depresión en el Adulto Mayor." *Facultad de Medicina UNAM* 7 (2011)
18. Luis A, Inés F, María G, Pedro G, Manuel C, Manuel S. Guía de buena práctica clínica en Geriatría. Depresión y Ansiedad.: Laboratorios Wyeth; 2004.

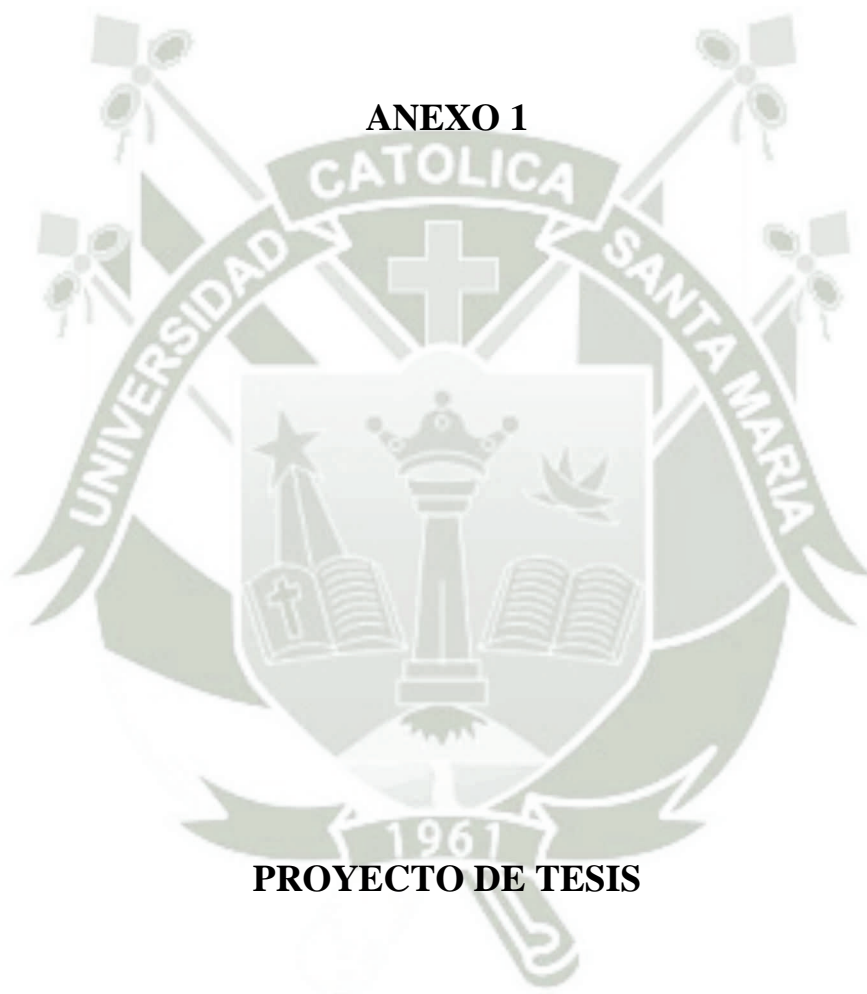
19. Espinosa-Aguilar, Amilcar, et al. "Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores." *Salud Mental*. 2007; 30(6): 69-80.
20. Yépez Granizo, María Gabriela. Características socio-demográficas y clínico geriátricas asociados con depresión en adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa en el hospital de atención integral del adulto mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y 2015. Diss. PUCE, 2016
21. De la Torre Maslucan, Jeanie, et al. "Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia." *Acta Médica Peruana*. 2006; 23(3): 144-147
22. Dechent, Claudia. "Depresión geriátrica y trastornos cognitivos." *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2008; 19: 339-46.
23. Alexopoulos G. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en los Ancianos. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=65652> (accessed 24 noviembre 2016).
24. Wordpresscom. 1. Marina Barona Alcalde. [Online]. Available from: <https://baronaalcaldemmarina2.wordpress.com/2013/11/30/seminario-7-caso-clinico/> [Accessed 24 November 2016].
25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalía-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalía-t 2013/06.
26. Medpuccl. 1. Medpuccl. [Online]. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/Depresion.pdf> [Accessed 24 November 2016].

27. Chunchilla Moreno a.: La depresión y sus máscaras. Aspectos Terapéuticos. Tomo 2. Primera edición – Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2011; 9:261 -338
28. Rodríguez Lidia, Sotolongo Olga, Luberta Gladys, Calvo Marina: Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra" Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(1):64-75. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_1_13/mgi09113.htm
29. Espinosa-Aguilar, Amilcar, et al. "Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores." Salud Mental. 2007; 30(6): 69-80.
30. Ramos Quiroga JA, Díaz Pérez A. Tratamiento actual de la depresión en el anciano. Jano. 2001; 61:49-59. Recuperado de: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1402/49/1v61n1402a13019492pdf001>
31. Grupo de Recomendaciones en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid. Criterios para la utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. 2011; 24(2). ISSN: 2174-405. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142668339980&language=es&pageName=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024
32. Angora-Cañego Ricardo, Esquinas-Requena José L., Agüera-Ortiz Luis F.: Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. Psicogeriatría. 2012; 4(1):1-19. Recuperado de: http://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0401/401_0001_0019.pdf
33. Agüera-Ortiz Luis F., Losa Rosario, Goetz Luisa, Gilaberte Inmaculada: Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico Psicogeriatría. 2011; 3(1): 1-8. Recuperado de:

- http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_001_R_2611002_Aguera.pdf
34. Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73(4):647-57. Recuperado de: <http://content.apa.org/journals/ccp/73/4/647>
 35. Pita Fernandez, S. Determinación del tamaño muestral. <https://www.fisterra.com> (accessed 01Diciembre2010). <https://www.fisterra.com/mbe/investigacion/9muestras/9muestras2.asp#tama%C3%B1o>
 36. Calenti, José Carlos Millan. Valoración Funcional. (ed). *Gerontología y Geriatría Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España: ; 2011. pp. 188-189.
 37. Calenti, José Carlos Millan. Valoración Funcional. (ed). *Gerontología y Geriatría Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España: ; 2011. pp. 191-192.
 38. Calenti, José Carlos Millan. Valoración Funcional. (ed). *Gerontología y Geriatría Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España: ; 2011. pp. 196-198.
 39. Calenti, José Carlos Millan. Depresión y Ansiedad. (ed). *Gerontología y Geriatría Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España; 2011.
 40. Sadock, Benjamin James. Psiquiatría Geriátrica. (ed). *Kaplan&Sadock Sinopsis de Psiquiatria Ciencias del Comportamiento*, Décima primera ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer; 2015.
 41. Robin Jacoby, Catherine Oppenheimer. Trastornos Depresivos. (ed). *Psiquiatría en el Anciano*, Tercera ed. Barcelona, España: Masson; 2005.

42. Gamarra Hanco, Eddy Jesús. Correlación entre el nivel de Dependencia Funcional y el nivel de Depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Geriátrica y Padoimi del hospital III Yanahuara, Arequipa 2017 [Tesis para optar el título de Médico-Cirujano]. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María; 2017.
43. Ancco Mamani, Liz Cristabel. Nivel de Dependencia Funcional y grado de Depresión en Adultos Mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017 [Tesis para optar el título de Médico-Cirujano]. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María; 2017.
44. Monroe Diaz, Francisco Javier; Tello Del Mar, Solania; Torres Bueno, María Fernanda. PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DE UN CENTRO PÚBLICO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTO-GERIÁTRICO DE LIMA-PERÚ. 2015; 1(1): 23. http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/621622/1/Monroe_DF.pdf (accessed).
45. Fernando M. Runzer-Colmenares, Guida Castro, Andrea Merino, Cristina Torres-Mallma, Gregory Diaz, Carolina Perez, José F. Parodi. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico* 2017; 1(1): 7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2017000300009&script=sci_arttext (accessed 01 marzo 2018).
46. Ordóñez Molina, Jaime, and Jorge Julián Osorio Gómez. "Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados." *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia. 2013; 12(1): 81-94
47. Melba Barrantes-Monge, Emilio José García-Mayo, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, Alejandro Miguel-Jaimes. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. 2007; 1(1): 3.
48. Djernes J. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. *Acta Psychiatr Scand.* 2006; 113 (5): 372-87.

ANEXO 1



PROYECTO DE TESIS

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



PROYECTO DE TESIS

TÍTULO: DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN
ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL
HOSPITAL III REGIONAL HONORIO DELGADO, AREQUIPA,
PERÚ 2018.

Proyecto de Investigación presentado por:

Hugo Fernando Lema Aguirre

Para optar el Título Profesional de Médico-Cirujano

ASESOR: Dr. Ricardo Ibañez Barreda

Arequipa – Perú

2018

I. Preámbulo

Se sabe bien que la situación demográfica del mundo viene cambiando ya desde hace un tiempo, y como es de esperarse, la del Perú no ajeno a esta situación, también, esto quiere decir, que, de contar con una actual gran población joven adulta y adulta, contaremos, de aquí a unos años, con una densidad mucho mayor de población adulta mayor, por consiguiente será importante también tomar en consideración un número mayor de medidas en cuanto a promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en problemas de salud que esta etapa de la vida trae de por sí y que acompaña, lamentablemente, al proceso de envejecimiento fisiológico. No todos valoran cuán valiosa e importante es esta última etapa de la vida, muchos creen que por el simple hecho de contar con una edad considerable y el de ya haber vivido gran parte de la vida, la persona que atraviesa por tal etapa, tiene todo solucionado. De hecho, es todo lo contrario, si bien puede parecer que el envejecimiento y la etapa del adulto mayor propiamente dicha son interesantes y posiblemente enriquecedoras en experiencia y amor para la vida de otra persona, ésta también acarrea sus propias dificultades y complejidades que no se suelen tomar en cuenta la mayoría de veces, y que sumado al hecho de carecer de políticas de salud dirigidas a este grupo etéreo, desafortunadamente conllevan a una pobre calidad de vida para el adulto mayor.

Por este motivo, tenemos lo que es la Valoración Geriátrica Integral (V.G.I.), proceso que requiere de un estudio conjunto de la mano con otras especialidades y que abarca varios campos en la Geriatria, ayudándonos a identificar la adecuada estrategia de cuidado que se necesita para generar una mejoría en la calidad de vida del adulto mayor. De este proceso, resulta el concepto de fragilidad, que se entiende como la disminución de la capacidad de una persona en relación a su poder de resistencia y conservación de todo aquel almacenamiento fisiológico frente a hechos estresantes; y la incapacidad como la imposibilidad para realizar actividades de la vida diaria (A.V.D.). Por el contrario, tenemos otro término bastante amplio e importante dentro de este gran concepto de Valoración Geriátrica Integral, y viene a ser la Funcionalidad, a la cual la podemos dividir en Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D.), que permiten al individuo ser independiente en su lugar de residencia y que son consideradas como indispensables para sobrevivir; Actividades

Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.V.D.), que dan la oportunidad de llevar una vida autónoma en se comunidad; y Actividades Avanzadas de la vida diaria (A.A.V.D.), que proporcionan el poder integrarse socialmente de manera satisfactoria. Por otro lado, tenemos también a otro gran síndrome geriátrico, bastante común e infradiagnosticado mayormente, considerado como una de las principales causas de incapacidad e incremento en la tasa de mortalidad, siendo la depresión. En el Perú, a través de los diversos estudios investigativos, se sabe que una gran población de adultos mayores institucionalizados cuenta con niveles altos de depresión, siendo valorado este mismo cuadro con importancia, independientemente de si el paciente es o no institucionalizado.

Tomando en cuenta que tanto el deterioro funcional como la depresión son dos de los grandes síndromes geriátricos con una correlación marcada entre ambos y debido a que se cuenta con muy pocas bases de información al respecto, es que se pretende llevar a cabo el siguiente trabajo de investigación, con el objetivo básico de determinar la fuerza de asociación que existe entre funcionalidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y depresión, en una muestra de adultos mayores del servicio de Geriátría del Hospital III – Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, Perú.

II. PLANTEAMIENTO TEORICO

1. Problema de investigación

1.1. Enunciado del Problema

¿La dependencia funcional para Actividades Básicas de la vida diaria (A.B.V.D.) y Actividades Instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.) se relaciona con Depresión en Adultos Mayores del Servicio de Geriátría del Hospital III-Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, Perú?

1.2. Descripción del Problema

1. Área del conocimiento

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

2. Operacionalización de Variables

- Variable Dependiente: Depresión
- Variable Independiente: Funcionalidad para Actividades Básicas de la vida diaria (A.B.V.D.) y Actividades Instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D)

Análisis de Variables

1. Características sociodemográficas

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Género	Género	Masculino	Nominal
	Ítem 1	Femenino	
Edad	Número de años cumplidos en el momento de la toma de la encuesta	60-74 (avanzados) 75-90 (ancianos) 90 a más (grandes viejos)	Ordinal
	Ítem 2		
Estado Civil	Estado civil en el momento de la toma de la encuesta	Soltero (a) Casado (a) Viudo (a) Divorciado (a)	Nominal
	Ítem 3		

		Separado (a) Otros	
Grado de Instrucción	Estudios al momento de la toma de la encuesta Ítem 4	Analfabeto Primaria Secundaria Técnico-superior Superior	Nominal
Ocupación	Ocupación actual al momento de la toma de la encuesta Ítem 5	Jubilado/Pensionado (a) Labores del Hogar Obrero Campesino Comerciante Otros	Nominal
Antecedente de enfermedad crónico-degenerativa	Enfermedad (es) crónico-degenerativas ya diagnosticadas al momento de la encuesta Ítem 6	Hipertensión Arterial Diabetes Mellitus NID/ID Cardiopatía Enfermedad Renal Crónica Enfermedad Osteoarticular EPOC Secuela de accidente cerebrovascular Otros Ninguno	Nominal

2. Variables clínico-geriátricas

Variable	Indicador	Unidad / Categoría	Escala
Funcionalidad para Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Indicé de Katz Ítem 7	Ausencia de incapacidad (A) o incapacidad leve (B) 0-1 Incapacidad moderada (C-D) 2-3 Incapacidad severa (E-G) 4-6	Cualitativa
Funcionalidad para Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Escala de Lawton y Brody Ítem 8	Dependencia 0-3 Dependencia moderada 4-5 Independencia 6-8	Cualitativa
Depresión	Escala de depresión geriátrica de Yessavage reducida Ítem 9	Sin depresión 0-5 Probable depresión 6-9 Depresión establecida >9	Cualitativa

Interrogantes básicas

1. ¿Existe alguna relación entre dependencia funcional y depresión en la población de adultos mayores del servicio de Geriátría del Hospital III- Regional Honorio Delgado?
2. ¿Existe alguna relación entre dependencia para actividades básicas de la vida diaria y depresión en la población de adultos mayores del servicio de Geriátría del Hospital III- Regional Honorio Delgado?

3. ¿Existe alguna relación entre dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria y depresión en la población de adultos mayores del servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado?
4. ¿Cuáles son las principales características sociodemográficas de la población de adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital III-Regional Honorio Delgado?
5. ¿Cuáles son las enfermedades crónico-degenerativas más prevalentes en la población de adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado?
6. ¿Cuál es el grado de dependencia funcional para Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria en la población de adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital III-Regional Honorio Delgado?
7. ¿Cuál es la incidencia de Depresión en la población de adultos mayores del Servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado?

- **Tipo de investigación**

- Observacional, Transversal, Prospectivo y Analítico

- **Nivel de investigación**

- Nivel Correlacional

- **Población de Estudio:**

- Se trabajará con adultos mayores (mayor o igual 60 años) del servicio de Geriatría del Hospital III - Regional Honorio Delgado Arequipa, Perú.

1.3. Justificación del problema

El proceso fisiológico de envejecimiento que forma parte de la etapa de vida del adulto, y que trae consigo, entre muchas otras situaciones, el deterioro en la funcionalidad para actividades de la vida diaria, siempre ha sido un campo muy poco investigado y desarrollado. Si bien es cierto que ha venido cobrando importancia por parte del Sector Salud, parece no ser suficiente, ya que el desinterés parece persistir en las autoridades del Estado Peruano por la clara ausencia de políticas de Salud que deberían proteger, brindar seguridad y tranquilidad a individuos de este grupo etáreo. Asimismo, otro gran asunto que ha estado presente desde siempre, que prevalece mucho más actualmente pero que no es aún considerado lo suficiente, es la depresión, visto actualmente como un problema de Salud Pública. Es claro entonces que, tanto el deterioro funcional, muchas veces acelerado por comorbilidades propias de cada individuo, como los signos y síntomas de un posible cuadro depresivo, que normalmente no se diagnostica en etapas tempranas pero que eventualmente se desarrollará, son cuadros geriátricos que deben ser tomados en cuenta, estudiados y deben ser generadores de medidas necesarias para evitar consecuencias nefastas que afecten tanto a la persona en sí como a su entorno familiar y social.

El tema elegido tiene una justificación humana y social, debido a que abarca una problemática que involucra a gran parte de la población adulta mayor, y que puede servir tanto para comprender aún mejor a la persona y a la evolución de su condición, como para poder implementar medidas que se lleven a cabo de manera más temprana y con un objetivo claro, siendo naturalmente el de brindarle bienestar y salud al paciente mismo, pero también a todo su entorno.

Este trabajo tiene una justificación científica porque, en primer lugar, está dirigido a conocer cuáles son las principales características sociodemográficas de la población en estudio, a establecer la existencia y el nivel de dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y a determinar la incidencia de depresión. En segundo lugar, tiene como premisa identificar si existe relación directa significativa entre dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y depresión en la población estudiada.

Siendo los resultados de este estudio útiles para poder acercarnos a la población de adultos mayores, que viene creciendo cada vez más, donde es necesario el aporte de intervenciones y la participación activa de un equipo interdisciplinario para así poder prevenir o limitar la dependencia funcional, cambios anormales del envejecimiento, identificar y prevenir enfermedades, comorbilidades o complicaciones que pudiera presentar cualquier individuo, como la depresión, variable estudiada también en el presente trabajo de investigación.

De esta manera, estaremos contribuyendo a establecer programas de promoción, donde se promuevan estilos de vida saludables que generen niveles altos de bienestar físico, mental y social, promoviendo una sociedad en donde se destaque también el gran papel de los adultos mayores en la sociedad actual.

2. MARCO CONCEPTUAL

2.1 Envejecimiento

El envejecimiento es una etapa de la vida que se da de forma natural, progresiva, que está llena de transiciones y de cambios psicológicos, sociales y biológicos, que irán apareciendo con el paso del tiempo (3) y que definitivamente repercutirán sobre la capacidad funcional de la persona mayor, generando una disminución y posterior pérdida de la autonomía junto con la eventual aparición de la dependencia (4).

Ahora, según las Naciones Unidas, el término anciano o adulto mayor es definido como toda persona mayor de 65 años, en países desarrollados, y de 60 años, en países en vías de desarrollo. Por otro lado, según la Organización Mundial de la Salud

(OMS), las personas de 60-74 años son consideradas de edad avanzada, de 75-90 años son ancianas y mayores de 90 son grandes viejos (5).

Según la OMS, entre el 2015 y 2050, la cantidad de personas mayores de 60 años pasará de 900 millones hasta 2000 millones, representando un aumento del 12% al 22%. Otro dato interesante que revela la OMS, es que los grandes problemas de salud que vienen afectando a las personas de edad, son las enfermedades no transmisibles; siendo las principales causas de muerte en este grupo etáreo las cardiopatías, el accidente cerebrovascular (ictus) y las neumopatías crónicas. Por otro lado, como principales causas de discapacidad tenemos al deterioro sensorial, sobre todo en países de ingresos y medios bajos, dolores en cuello y espalda, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, trastornos depresivos, caídas, diabetes, demencia y la artrosis (6).

Finalmente podemos decir entonces que, el gran aumento de población adulta mayor ya no es exclusivamente una situación de países desarrollados, donde viene a ser el 12-15% de la población total, sino también de países en vías de desarrollo, como algunos países de América Latina (7), (8). En el caso de Perú, trabajos relacionados con el crecimiento poblacional, muestran un 7,4% de la población con un crecimiento al 12% para el año 2025 (8). El incremento de esta población adulta mayor viene ya generando preocupación por sus implicancias económicas, sociales y por las condiciones en que este gran proceso se viene produciendo, como un contexto de pobreza e inequidad, una falta de cobertura de la seguridad social y una débil red de apoyo por modificaciones en la focalización de programas del estado (7), (9).

Podríamos decir entonces que este gran grupo social ejerce desde ya una fuerte demanda al sistema de salud, por varias razones. Uno, por el incremento de las enfermedades crónico-degenerativas; dos, por las condiciones de dependencia que muchas de las patologías, como Diabetes Mellitus, Enfermedad Cardíaca y Respiratoria, Cáncer, entre otras, y la propia edad terminan generando (7), ocasionando definitivamente una limitación funcional a la hora de satisfacer por sí mismo sus necesidades (10).

2.2 Funcionalidad en Adultos Mayores

Conceptualizando función podemos decir que es la capacidad que poseen todos los seres humanos para llevar a cabo, de manera autónoma, actividades de un nivel mayor o menor de complejidad (11), pudiendo mencionar que tal funcionalidad incluye no sólo a la esfera física en sí, sino también a la esfera cognitivo-perceptivo-sensorial, a la social-afectivo-emotivo, al entorno y finalmente a los recursos sociales. Cuando cualquiera de estos componentes se ve afectado, podríamos pensar que el desempeño de determinada tarea se vería dificultada o imposible de realizar, concluyendo que la capacidad funcional de una persona se habrá alterado (36). Funcionalmente, los adultos mayores sanos son aquellos individuos capaces de enfrentar procesos de cambio con un nivel adecuado de adaptación y satisfacción propia (12). Por ello, la OMS en el año 1982, propone como el indicador más representativo para los adultos mayores, el estado de independencia funcional, la cual se define como la capacidad de lograr acciones que se necesitan en el diario vivir, para mantener el cuerpo y sobrevivir de manera independiente; cuando la mente y el cuerpo están en la capacidad de realizar actividades de la vida cotidiana, se menciona que la funcionalidad está indemne (11).

La OMS desde el año 1999 propuso que la capacidad funcional es el mejor indicador de salud y calidad de vida; por lo tanto, deducimos que, si encontramos un nivel o estado de salud adecuado, existirá una buena capacidad funcional y, por consiguiente, calidad de vida (7). Es por esto, que actualmente se reconoce cuán importante es la capacidad funcional en personas mayores como parámetro de evaluación del estado de Salud y de calidad de vida (11), ya que ambos se observan más por la capacidad funcional, mas no tanto por la prevalencia de enfermedades (13).

Internacionalmente, se viene realizando la Evaluación Geriátrica Integral (VGI), la cual constituye una herramienta fundamental de la asistencia al paciente mayor y se puede definir como “el proceso diagnóstico multidimensional, usualmente interdisciplinario, dirigido a cuantificar los problemas y capacidades médicos, funcionales, psíquicos y sociales del mayor con el objeto de trazar un plan para el tratamiento y el seguimiento a largo plazo” (4). Asimismo, en el Perú, el Sistema de

Evaluación Geriátrica Integral (VGI) se ha empezado a utilizar, obteniéndose datos en relación a dependencia funcional y depresión (14).

La capacidad funcional, se entiende como la aptitud para llevar a cabo de manera eficiente las Actividades Básicas e Instrumentales de la Vida Diaria. Cuando hablamos de actividades básicas, nos referimos a todos esos comportamientos que se deben de realizar para poder cuidar de uno mismo, vivir de manera independiente y autónoma. Por otro lado, al referirnos a actividades instrumentales, hablamos de acciones algo más complejas, que se asociación con la vida independiente, tales como cocinar, usar transporte público y escaleras, tomar medicamentos, etc. (11).

2.2.1 Factores que influyen en la Funcionalidad

- Integridad anatómica: En relación al hecho de no haber sufrido la pérdida o lesión de elementos corporales que interfieran con la funcionalidad.
- Estado mental: Es el factor más importante. Paciente que haya sufrido afección de sus funciones mentales superiores, pierde su independencia. Así se movilice aún, no lo hará con buen juicio, y, por el contrario, requerirá vigilancia y cuidados constantes.
- Estado psicológico: Es igual de importante, ya que se puede conservar la capacidad funcional, pero al no tener la motivación necesaria, no se llevará a cabo un uso y disfrute de la misma.
- Estilo de vida: Sumado a los factores genéticos de cada individuo, hacen que la forma de vivir influya de manera directa en la capacidad y conservación funcional de cada individuo.
- Problemas médicos: No sólo afectan la funcionalidad de manera directa, sino también indirectamente a través de consecuencias, cronicidad y afección emocional que cada padecimiento puede dejar en la persona. De igual manera, los tratamientos médicos pueden interferir de manera seria con las capacidades del individuo (11).

2.2.2 Evaluación Funcional

Valorar de manera funcional al paciente nos va a informar sobre la capacidad que tiene el paciente para desenvolverse en su vida cotidiana y mantener su autonomía. De igual manera, es importante conocer la situación funcional basal y, si es que ha ocurrido algún cambio, desde cuándo y con qué lo relaciona (4).

Si bien se tiene que valorar la marcha, los órganos de los sentidos y el estado nutricional, existen 2 grandes áreas de interés al momento de hablar de evaluación funcional, las actividades básicas de la vida diaria (A.B.V.D.) y las actividades instrumentales de la vida diaria (A.I.V.D.) (4). Asimismo, se cuenta también con lo que son las actividades avanzadas de la vida diaria (A.A.V.D.). Estas actividades de la vida diaria vendrían a ser acciones transculturales y casi universales, inherentes a la especie humana, ya que se llevan a cabo en todas las latitudes y no están bajo la influencia de factores como el sexo (37).

A.) Actividades Básicas de la Vida Diaria (A.B.V.D.)

Actividades primarias que una persona realiza encaminadas a su autocuidado y movilidad, que le confieren autonomía e independencia elementales y que le permiten vivir sin necesitar de la ayuda continua de otras personas (4), prerequisite para las actividades instrumentales y consideradas como imprescindibles para sobrevivir (37).

Miden los niveles más básicos de función, tratándose de las actividades más sencillas. Por lo tanto, son las últimas en alterarse de manera ordenada e inversa a la forma de adquisición durante la infancia. Incluye acciones tales como comer, uso del baño, bañarse, vestirse etc. De igual manera, la capacidad de deambular, salir de casa y en general la movilidad (4).

Los índices que más se utilizan son el de Katz y el de Barthel.

A.1) Índice de Katz

Creado en 1958 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz del The Benjamin Rose Hospital para delimitar la dependencia en fracturas de cadera. En 1963 se publicó el artículo que da el nombre de Katz al índice hasta hoy usado (15). Es la escala más utilizada a nivel geriátrico y paliativo, demostrando ser útil

al momento de describir el nivel funcional de pacientes y poblaciones, seguir su evolución y valorar respuesta al tratamiento (15).

Evalúa la dependencia, es decir, el necesitar ayuda de alguien más, o independencia, o sea, el no requerir ayuda de nadie, de 6 actividades básicas de la vida diaria, como son: baño, vestido, uso del retrete, movilidad, continencia y alimentación (4). Las personas se pueden clasificar en uno de los 8 niveles de dependencia del índice que van entre A (independencia total) y G (dependiente total), además, existe también un nivel O (dependiente en al menos 2 funciones, pero no clasificable como C, D, E o F) (15). Años después se introdujo una forma de clasificación numérica, dándole 0 ó 1 puntos a cada ítem, ya sea dependiente o independiente, respectivamente, y clasificando al paciente en 7 posibles grupos numéricos (0-6) (38).

Esta escala considera independiente a una persona que no necesita ayuda o emplea ayuda mecánica, y dependiente a aquella que requiere la ayuda de otra persona, incluyendo hasta la supervisión de la actividad. Se basa en el estado actual de la persona y no es su capacidad real para llevar a cabo funciones. Actualmente se acepta su medición a través del interrogatorio directo del paciente o cuidadores. Además, es un índice fácil de realizar y consume poco tiempo (15). Es buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, de la necesidad de institucionalización, del tiempo de estancia hospitalaria, de la eficacia de tratamientos y de la expectativa de vida activa. Ha sido validada en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos (15). Muy eficaz en valoración de pacientes con altos grados de dependencia, pero disminuye en aquellos pacientes sanos en los que se subestima necesidad de ayuda. Por último, la capacidad funcional valorada es independiente de la severidad de enfermedades y del dolor que pueda percibir al momento de su realización (15).

Índice de Katz

LAVADO

- No recibe ayuda (entra y sale solo de la bañera si esta es la forma habitual de bañarse)
- Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas por ejemplo)
- Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera

VESTIDO

- Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda
- Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos
- Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido

USO DE RETRETE

- Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda puede usar bastón, andador y silla de ruedas)
- Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal
- No va al retrete

MOVILIZACIÓN

- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador)
- Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda
- No se levanta de la cama

CONTINENCIA

- Control completo de ambos esfínteres
- Incontinencia ocasional
- Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente

ALIMENTACIÓN

- Sin ayuda
- Ayuda solo para cortar la carne o untar el pan
- Necesita ayuda para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos

INDEPENDIENTE DEPENDIENTE

VALORACIÓN

- A Independiente en todas las funciones
- B Independiente en todas salvo en una de ellas
- C Independiente en todas salvo lavado y otra más
- D Independiente en todas salvo lavado, vestido y otra más
- E Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra más
- F Independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra más
- G Dependiente en las seis funciones

15. Ferrín, María Trigás, Lucía Ferreira González, and Héctor Meijide-Míguez. "Escalas de valoración funcional en el anciano." *Galicia Clínica*. 2011; 72(1): 11-16.

A.2) Índice de Barthel:

Diseñado en 1955 por Mahoney y Barthel para valorar la evolución de sujetos con procesos neuromusculares y músculo-esqueléticos y publicado diez años después (15). Llamado también “Índice de discapacidad de Maryland”, el cual se comenzó a usar con enfermos crónicos de los Hospitales de Maryland allá por los años de 1965 para obtener medida de la capacidad funcional de pacientes crónicos, sobre todo de aquellos con trastornos neuromusculares y musculoesqueléticos, además de poder valorar la evolución de estos pacientes en programas de rehabilitación (38). Actualmente es uno de los instrumentos de medición de las A.B.V.D. más empleado para valoración de pacientes con enfermedad cerebrovascular aguda (15), recomendado especialmente a ser usado en pacientes sometidos a rehabilitación física (38).

Valora la capacidad de una persona para realizar 10 actividades básicas de la vida diaria como el poder comer, moverse de la silla a la cama, realizar el aseo personal, ir al retrete, bañarse, desplazarse, subir y bajar escaleras, vestirse y mantener el control intestinal y urinario, ya sea de manera dependiente o independiente. Su puntuación va de 0, que significa completamente dependiente, a 100, que es completamente independiente, teniendo a su vez un punto de cohorte de 60, por encima del cual implica independencia (15). Define 4 categorías de dependencia: grave (menos de 45), moderada (entre 45-60) y leve (mayor o igual a 65) (4).

Es un buen predictor de mortalidad, necesidad de institucionalización, mejoría funcional y riesgo de caídas. Su principal limitación es detectar cambios en situaciones extremas (puntuaciones cerca de 0 ó 100), así como valorar tareas dependientes de extremidades inferiores principalmente (15).

Índice de Barthel	
COMER	
10	INDEPENDIENTE Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser preparada y servida por otra persona
5	NECESITA AYUDA para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo
0	DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona
VESTIRSE	
10	INDEPENDIENTE Es capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda
5	NECESITA AYUDA Realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable
0	DEPENDIENTE
ARREGLARSE	
5	INDEPENDIENTE Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona
0	DEPENDIENTE Necesita alguna ayuda
DEPOSICION	
10	CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia
5	ACCIDENTE OCASIONAL Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios
0	INCONTINENTE
MICCION (Valorar la situación en la semana anterior)	
10	CONTINENTE Ningún episodio de incontinencia, capaz de utilizar cualquier dispositivo por sí solo
5	ACCIDENTE OCASIONAL Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas y otros dispositivos
0	INCONTINENTE
IR AL RETRETE	
10	INDEPENDIENTE Entra y sale solo y no necesita ayuda de otra persona
5	NECESITA AYUDA Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo
0	DEPENDIENTE Incapaz de manejarse sin ayuda
TRASLADO SILLON-CAMA (Transferencia)	
15	INDEPENDIENTE No precisa ayuda
10	MINIMA AYUDA Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física
5	GRAN AYUDA Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada
0	DEPENDIENTE Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado
DEAMBULACION	
15	INDEPENDIENTE Puede andar 50 metros o su equivalente por casa sin ayuda ni supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (muletas o bastón) excepto andador. Si utiliza prótesis debe ser capaz de ponerla y quitársela solo.
10	NECESITA AYUDA Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador
5	INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión
0	DEPENDIENTE
SUBIR Y BAJAR ESCALERAS	
10	INDEPENDIENTE Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona
5	NECESITA AYUDA
0	DEPENDIENTE Incapaz de salvar escalones
< 20: dependencia total. 20-40: dependencia grave. 45-55: dependencia moderada. 60 o más: dependencia leve	

15. Ferrín, María Trigás, Lucía Ferreira González, and Héctor Meijide-Míguez. "Escalas de valoración funcional en el anciano." *Galicía Clínica*. 2011; 72(1): 11-16.

B.) Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (A.I.V.D.):

Son actividades más complejas y necesariamente implican la capacidad previa de hacer las A.B.V.D. Además, son más sensibles para la detección de los primeros grados de deterioro funcional del paciente, basándose en el juicio y no en la observación (37). Le permiten a la persona adaptarse a su entorno y mantener su independencia en la comunidad; y se relacionan con la capacidad mental (4).

La escala más difundida es la de Lawton y Brody.

B.1) Escala de Lawton y Brody:

Publicada en 1969 y desarrollada en el Philadelphia Geriatric Center (15).

Es uno de los instrumentos de medición de AIVD más utilizado internacionalmente y la más empleada en unidades de Geriátrica de España. Además, es muy sensible para detectar las primeras señales de deterioro del anciano (15).

Evalúa la capacidad funcional mediante 8 ítems: capacidad para usar el teléfono, hacer compras, preparar la comida, realizar el cuidado de la casa, lavado de ropa, utilización de medios de transporte, responsabilidad con su medicación y administración de su economía. A cada ítem se le asignará un valor de 1 (independiente) o 0 (dependiente), siendo la puntuación final la suma del valor de todos los ítems, yendo entre 0 (dependiente máximo) y 8 (independencia máxima). Se toma como referencia como dependencia moderada cuando se obtiene una situación entre 4-7 y severa cuando es inferior a 4 (38). El tiempo mínimo requerido es de 4 minutos (15).

La principal limitación es la influencia de aspectos culturales y del entorno, teniendo que adaptarlas necesariamente al nivel cultural de cada persona. Asimismo, estas actividades son difíciles de valorar en pacientes hospitalizados por las limitaciones propias de la institución (14).

Finalmente, se considera una escala más apropiada para mujeres, puesto que mucha de las actividades que mide la escala han sido tradicionalmente realizadas por ellas. Sin embargo, sí se recomienda su aplicación en hombres (15).

Actividades instrumentales	Dependiente	Independiente
Usar el teléfono		
Ir de compras		
Preparar la comida		
Cuidar la casa		
Lavar la ropa		
Usar medios de transporte		
Tomar los medicamentos		
Utilizar el dinero		
Puntuación Total		
Puntuar 1 si es independiente y 0 si es dependiente.		
Sumar para obtener la puntuación total (0 a 8).		

16. Alarcón T, González JJ, Salgado A. Valoración funcional del paciente geriátrico. En Salgado A, Alarcón MT. (Eds). Valoración del paciente anciano. Masson, S.A., Barcelona. 1993; 47-72.

C.) Actividades Avanzadas de la Vida Diaria (A.A.V.D.):

Son aquellas actividades mucho más elaboradas que permiten al paciente tener una integración social satisfactoria. Están direccionadas al cuidado de otras personas, actividades educativas, tareas y actividades dirigidas hacia la adquisición y ejecución laboral, tareas de voluntariado, planes de jubilación, etc. (37). Influenciadas también por el ámbito cultural, los hábitos de vida del adulto mayor y el nivel económico, por tal motivo, es complicado diseñar escalas o cuestionarios que recojan información fidedigna, existiendo pocos ejemplos de pruebas que nos sean de ayuda en la práctica clínica (37).

2.2.3 Clasificación de la Funcionalidad

Ya determinada la definición de lo que es la funcionalidad o capacidad funcional, así como desarrollada su evaluación, tenemos la siguiente clasificación:

- Funcional o independiente: El adulto mayor tiene la capacidad de cuidar de sí mismo y mantener lazos sociales.
- Inicialmente dependiente: El adulto mayor requiere de cierta ayuda externa, como para transportarse o realizar las compras.
- Parcialmente dependiente: El adulto mayor necesita ayuda constante en varias de las actividades de la vida diaria, sin embargo, aún conserva cierta funcionalidad en actividades como vestirse o alimentarse.
- Dependiente funcional: El adulto mayor requiere ayuda para la mayor parte de actividades de la vida diaria y, además, necesita que alguien lo cuide todo el tiempo (11).

El primero de Enero del año 2007, entra en vigor la llamada Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en Situación de Dependencia, la cual define a la dependencia como “el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de la autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas para realizar Actividades de la Vida Diaria” (15).

Los niveles que esta Ley distingue son los siguientes:

- Dependencia moderada Grado I: Requiere de ayuda para llevar a cabo alguna actividad básica de la vida diaria, mínimo una vez al día o con necesidad de apoyo intermitente o limitado.
- Dependencia Severa Grado II: Requiere ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria dos o tres veces al día, sin embargo, no requiere la ayuda permanente del cuidador.
- Gran dependencia Grado III: Requiere de ayuda para realizar varias actividades básicas de la vida diaria varias veces al día, necesitando el apoyo indispensable y continuo de otra persona (15).

2.2.4 Plan

En base a los problemas encontrados, se tendrá que plantear un manejo individualizado, incluyendo pruebas complementarias, de ser necesarias,

prescripciones farmacológicas, dietéticas o protésicas; valoración por otros especialistas, tratamientos de rehabilitación, terapia ocupacional y cognitiva. Se tendrán que ofrecer aquellos recursos sociales con los que se cuente y que son necesarios como asistencia a domicilio, a la institución, y de requerirse, un traslado a un nivel de atención más adecuado. Cuando el problema no tenga solución, se deberá explicar de manera clara al enfermo y a los cuidadores, para que de esa manera se hagan esfuerzos y centren la atención en el resto de habilidades que se pueden mantener, y aún, mejorar (4).

2.3 Depresión

2.3.1 Definición

Constituye uno de los grandes síndromes geriátricos más frecuentes e incapacitantes. Alteran de manera importante la calidad de vida del que la padece y se asocia, además, a elevados costes sociales y de salud (4).

Es una enfermedad que altera de manera importante los sentimientos y pensamientos, manifestándose más frecuentemente a través de tristeza, decaimiento, sensación de incapacidad para poder afrontar actividades y retos diarios, así como la pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras (17). Podemos mencionar que el ánimo triste no es inherente con el hecho de ir envejeciendo y tampoco forma parte del declive de la actitud social (39). Sin embargo, se ha calculado que menos de un 2% de pacientes en Atención Primaria, consulta explícitamente por tristeza (18).

Es un estado de ánimo que se caracteriza por la pérdida de la capacidad de interesarse y disfrute de las cosas, disminución de la vitalidad, que genera disminución en el grado de actividad y un cansancio exagerado, tras esfuerzos mínimos, casi todos los días, durante dos semanas seguidas o más. Deberá presentarse también al menos dos de los siguientes síntomas: disminución de la atención, pérdida de la confianza en sí mismo, sentimientos de inferioridad, ideas de culpa o inutilidad, perspectiva sombría del futuro, pensamientos y actos suicidas o de autoagresiones, trastornos del sueño y pérdida del apetito (19).

Su gravedad varía grandemente, desde un retardo leve en el pensamiento y funciones cognoscitivas, hasta la presencia de síntomas psicóticos graves, con ideas delirantes de contenido depresivo y alucinaciones (17).

Aunque en los últimos años el impacto de este trastorno es cada vez más reconocido, se trata de una enfermedad que pasa desapercibida o no se trata adecuadamente, con grados de infradiagnóstico del 32-50% e infratratamiento del 37-50%, esto en parte ya que aún se cree que es parte del envejecimiento normal (4).

En la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR), se definió al trastorno depresivo como “ una alteración del estado de ánimo caracterizado por uno o varios episodios depresivos mayores, en el cual la persona debe haber experimentado durante mínimo dos semanas, sentimientos de tristeza, pérdida de interés o placer en diversas actividades, además de cuatro o más síntomas como cambios en apetito, patrón de sueño y la actividad psicomotora, culpa, falta de energía, problemas de concentración y pensamientos reiterados de muerte y suicidio.” El DSM-V no menciona cambios importantes respecto a los criterios del DSMIV-TR para el episodio de depresión mayor, excepto algunas modificaciones para describir el estado clínico actual, refiriendo la presencia no de cinco sino de cuatro características, incluyendo el ánimo depresivo o pérdida de interés o placer, además, el duelo no excluye el diagnóstico de depresión (20).

Diversos autores señalan que la depresión no tratada puede durar años, llevando al paciente a una pobre calidad de vida, deterioro en su funcionamiento social y físico, mala adherencia a tratamientos, empeoramiento de una posible comorbilidad y aumento de la morbimortalidad por suicidio y otras causas (4).

2.3.2. Epidemiología internacional y nacional

Según la OMS, la depresión a nivel mundial constituye un trastorno mental frecuente que afecta a más de 350 millones de personas en el mundo (20). Actualmente se considera como la principal causa mundial de discapacidad, contribuyendo de manera importante a la carga mundial de morbilidad en adultos mayores (20).

A nivel mundial se sabe que entre el 15-20% de las personas mayores de 65 años ambulatorias, presentaron al menos un episodio de depresión en algún momento de su vida, cifra que se incrementa de 25-40% en aquellos hospitalizados, predominando en el sexo femenino. La incidencia de casos nuevos es de 13% por año (20). Además, se reporta que entre el 10-15% de los ancianos en la comunidad tiene síntomas depresivos de mayor o menor intensidad en un momento dado, pero sólo el 3% tienen un episodio depresivo (41).

A nivel nacional, las tasas de prevalencia de depresión varían según la población estudiada, siendo en la población general de 1-5%. En los adultos mayores que van por consulta externa está entre el 6-10%, asilos 12-20% y en hospitalizados 11-45%. En la ciudad de Lima se encontró una prevalencia de 9,8% (21).

Asimismo, se encontró que de la población total de adultos mayores que acuden a consulta ambulatoria de un hospital general, el 75% presentaba algún síntoma depresivo y el 18.3% tenía depresión mayor según el DSM-IV (21).

2.3.3 Principales instrumentos de valoración

2.3.3.1 Escala de Hamilton para la Depresión (HAM-D): Empleada más para valorar resultados de intervenciones terapéuticas en la depresión que como un instrumento de diagnóstico. Consiste en un instrumento de 21 ítems sistematizando la presencia de determinados síntomas que aparecen con frecuencia en la depresión. No ha sido validada en ancianos (39).

2.3.3.2 Escala Geriátrica de Depresión de Yesavage (GDS): Desarrollada específicamente para la detección de depresión en pacientes ancianos. Tiene una versión original en forma de cuestionario que consta de 30 ítems con respuestas en SÍ/NO. Además, existe una versión más corta, de 15 ítems, que requiere de 5-7 minutos para completarse. Muestra una sensibilidad del 85% y una especificidad del 74% (39).

2.3.4 Clasificación

No hay una clasificación específica para los cuadros depresivos en el anciano, por lo tanto, se han de utilizar los criterios de clasificación del DSM-IV y CIE-10, las cuales incluyen:

- Depresión mayor
 - ❖ Presencia de 5 o más de los siguientes síntomas: estado de ánimo depresivo, disminución marcada de interés o anhedonia, pérdida importante de peso en ausencia de dieta o ganancia de peso, insomnio o hipersomnias, agitación o lentificación psicomotora, fatiga o pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución de la capacidad para concentrarse, pensamientos recurrentes de muerte o suicidio.
 - ❖ Al menos uno de los síntomas debe ser estado de ánimo depresivo o disminución de interés o anhedonia.
 - ❖ Síntomas persisten más de 2 meses, no se explican por otras enfermedades o duelo y provocan malestar y deterioro funcional
- Depresión menor
 - ❖ Presencia de más de 2 pero menos de 5 síntomas de la depresión mayor.
 - ❖ Síntomas persisten más de 2 semanas, no se explican por otras enfermedades o presencia de duelo y provocan malestar y deterioro funcional
- Trastorno distímico
 - ❖ Estado de ánimo depresivo y 2 o más de los síntomas de depresión mayor.
 - ❖ Duración de 2 años y sin periodos de ausencia de síntomas de más de 2 meses.
 - ❖ Ausencia de episodios de depresión mayor
 - ❖ Provocan malestar y deterioro funcional
- Trastorno adaptativo con ánimo depresivo
 - ❖ Sujetos que desarrollan estado de ánimo depresivo, tendencia al llanto o desesperanza en los 3 meses posteriores a un evento estresante.
 - ❖ El duelo no es considerado evento estresante (22).

2.3.5 Etiología

La depresión de la tercera edad ocurre en un contexto de numerosos factores etiológicos, como son los problemas sociales y físicos, que pasan desapercibidos y oscurecen o complican el diagnóstico y de igual forma el tratamiento. Existen varios factores de riesgo que se identifican en la depresión, lo cual no significa que tener uno o varios implique desarrollar depresión. No obstante, si todos estos se combinan, las probabilidades de desarrollarla aumentarán (20).

A. Factores biológicos

La depresión es más frecuente en ancianos enfermos, siendo los principales factores de riesgo para la depresión la gravedad de la enfermedad, el grado de incapacidad, el deterioro cognitivo coexistente y una historia psiquiátrica positiva previa. La prevalencia de depresión aumenta en determinadas enfermedades, como son: E. Parkinson, Ictus, E. Alzheimer, Enfermedades cardiovasculares, Fracturas de cadera y EPOC. Habiendo asimismo asociación entre depresión y otras enfermedades más de las ya mencionadas (4).

En varias revisiones se demuestra una fuerte asociación entre la presencia de sintomatología depresiva y deterioro cognitivo en adultos mayores, incidiendo negativamente en la esperanza y calidad de vida del adulto mayor (20).

B. Factores psicosociales

Existen acontecimientos vitales adversos que podrían ser capaces de generar trastornos anímicos en el adulto mayor, dentro de estos pueden estar: muerte de un ser querido o la pareja, enfermedad, discapacidad y deterioro funcional, jubilación con pérdida del estatus social y económico, rechazo de la familia y aislamiento social (4).

Es más frecuente en mujeres, con una relación aproximada de 70:30 mujer: hombre. Además, en un estudio finlandés realizado en ancianos, se encontró que había mayor incidencia de trastorno depresivo en viudos o divorciados (41).

Una persona con baja autoestima, que se ve a sí misma y a su entorno con pesimismo, o con baja resiliencia, está más propensa a la depresión. El

perfeccionismo y la sensibilidad a la pérdida o rechazo, también pueden incrementar el riesgo de depresión (20).

Factores protectores tendríamos al estilo de vida previo y a la presencia de un adecuado apoyo social (22).

2.3.6 Fisiopatología

Es poco entendida, sin embargo, se ha visto que durante los estados depresivos las estructuras dorsales neocorticales presentan una disminución del metabolismo, mientras que las límbicas ventrales presentan un aumento de éste. Se ha inducido la tristeza por vía experimental y los cambios que se observan son similares, pero revierten en forma rápida una vez que los estímulos se suspenden. Se dice que la persistencia de estos cambios en pacientes ya con depresión, sugeriría que otros factores biológicos adicionales predispongan y mantengan los síntomas depresivos. Entre las estructuras cerebrales que predispondrían a la aparición de depresión, están los circuitos frontoestriatales y alteraciones a nivel de la amígdala e hipocampo (23).

2.3.7 Cuadro Clínico

En personas mayores, la depresión se suele presentar de forma atípica, generando que sea menos llamativa o incluso que ausente la queja central en cuanto a estado de ánimo bajo. Un síntoma bastante común es la anhedonia, que se caracteriza por la incapacidad para expresar placer por actividades que antes resultaban gratas, además de una pérdida clara de ilusión. Es uno de los indicadores más claros (4).

Otros síntomas característicos son: irritabilidad, aplanamiento afectivo, lentitud en el pensamiento, disminución del apetito y peso; paciente se siente inseguro, se infravalora y sufre de trastornos del sueño, siendo el insomnio con despertar precoz lo más frecuente (4).

La depresión en el anciano se asocia con frecuencia con una disfunción cognitiva sutil, que persiste en pocas personas, y que puede reflejar la interrupción de circuitos cerebrales subcorticofrontales o, en otra minoría, la forma de inicio de una demencia irreversible (41).

2.3.8 Diagnóstico

A. Interrogatorio

Es clave la entrevista clínica que ha de incluir: síntomas, inicio y evolución, desencadenantes, antecedentes personales y familiares y empleo de medicamentos como benzodiacepinas, levodopa, calcio antagonistas, opioides y corticoides (4).

B. Exploración física y pruebas complementarias

Se ha recomendado la aplicación de una escala de depresión geriátrica. La más utilizada es la Escala de Depresión Geriátrica de Yesavage (4). Existen 2 versiones, una completa de 30 ítems y una abreviada de 15 ítems. La abreviada es la más recomendada en Atención Primaria por su fácil manejo y rapidez. En la versión reducida se toma como un resultado normal valores de 0-5 puntos, valores entre 6-9 son sugestivos de probable depresión y valores de 10 o más se considera como depresión establecida. La sensibilidad y especificidad son muy altas (24).

Por otro lado, hay que valorar signos orgánicos del área endocrina, procesos neurológicos, infecciosos o neoplasias. Se recomienda realizar pruebas de hemograma, bioquímica, hormonas tiroideas, vitamina B12 y ácido fólico (4).

C. Criterios de diagnóstico

Los sistemas más importantes de clasificación de los trastornos psiquiátricos, como el DSM-IV y CIE-10, no incluyen criterios diagnósticos que se puedan aplicar de forma específica a la depresión del anciano, ya que estos criterios se elaboran a partir de la clínica de pacientes depresivos jóvenes, ocasionando que no siempre puedan aplicarse a pacientes ancianos. Sin embargo, los síntomas fundamentales no del síndrome depresivo son iguales en el adulto joven como en el anciano (18).

C.1 Criterios diagnósticos de un episodio depresivo según CIE-10

A. El episodio depresivo debe durar al menos dos semanas; no hay historia de manía; no es atribuible a enfermedad orgánica o sustancias psicoactivas.

Episodio depresivo leve

B. Presencia de al menos dos de los siguientes síntomas:

- Humor depresivo de un carácter claramente anormal para el sujeto, presente durante la mayor parte del día y casi todos los días, que se modifica muy poco por las circunstancias ambientales y que persiste durante al menos 2 semanas.
- Importante pérdida de intereses o de la capacidad de disfrutar de actividades que anteriormente eran placenteras
- Falta de vitalidad o aumento de la fatigabilidad.

C. Por lo menos, cuatro de los siguientes síntomas adicionales:

- Pérdida de autoestima y confianza en sí mismo
- Reproches hacia sí mismo desproporcionados y sentimientos de culpa excesiva o inadecuada.
- Pensamientos recurrentes de muerte o suicidio o cualquier conducta suicida.
- Quejas o evidencia de disminución de la capacidad de concentrarse y pensar, como son la falta de decisión o vacilaciones.
- Cambios en la actividad psicomotriz, con agitación o inhibición.
- Alteraciones del sueño de cualquier tipo.
- Cambios del apetito con el correspondiente cambio de peso.

Episodio depresivo moderado

Como el anterior, pero con al menos seis de los síntomas del apartado C.

Episodio depresivo grave

Los tres síntomas del apartado B y al menos cinco del apartado C (ocho en total)

D. Síndrome somático: alguno de los síntomas depresivos puede ser muy destacados y adquirir un significado clínico especial. Habitualmente, el

síndrome somático se considera presente cuando coexisten al menos cuatro o más de las siguientes características:

- Pérdida importante del interés o capacidad de disfrutar de actividades que normalmente eran placenteras
- Ausencia de reacciones emocionales ante acontecimientos que habitualmente provocan una respuesta
- Despertarse por la mañana dos o más horas antes de la hora habitual
- Empeoramiento matutino del humor depresivo
- Presencia de enlentecimiento motor o agitación
- Pérdida marcada del apetito
- Pérdida de peso de al menos 5 % en el último mes
- Notable disminución del interés sexual (25), (41).

C.2 Criterios diagnósticos para Episodio Depresivo Mayor del DSM- IV

A. Al menos cinco de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de estos síntomas es (1) ánimo deprimido o (2) anhedonia.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.

7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
 8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.
 9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.
- B. Los síntomas no cumplen criterios para episodio mixto.
- C. Los síntomas causan alteraciones clínicamente significativas o entorpecen el funcionamiento social, ocupacional o en otra área importante.
- D. Los síntomas no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia (ej., abuso de drogas, medicación) ni a una condición médica general (ej., hipotiroidismo).
- E. Los síntomas no son mejor explicados por un duelo, aunque este puede complicarse por un cuadro depresivo, los síntomas persisten durante más de 2 meses o se caracterizan por una acusada incapacidad funcional, preocupaciones mórbidas de inutilidad, ideación suicida, síntomas psicóticos o enlentecimiento psicomotor (26), (41).

2.3.9 Tratamiento

2.3.9.1 Manejo integral

Debe combinar lo científico y empírico, la relación médico-paciente es fundamental. Hay que tomar en cuenta que la respuesta al tratamiento demora un poco más en pacientes de edad avanzada, con una tendencia a la cronicidad, motivo por el cual se le debe informar de todos estos datos al paciente y la familia desde un inicio para así poder ganar su confianza, mejorar adherencia al tratamiento y evitar abandono. Además, tenemos que tomar en cuenta que la respuesta al tratamiento también va a estar influenciada por factores como: comorbilidad asociada, abuso de sustancias y factores sociodemográficos. La psicoterapia cognitivo conductual junto con la prescripción de medicamentos es recomendable que se den conjuntamente; debe

haber un seguimiento en 2 años luego de la remisión del cuadro para ver mejores resultados (27), (28).

El abordaje inicial en el adulto mayor a partir de la historia clínica es básico, no sólo para un diagnóstico oportuno sino también para detectar factores de riesgo que se deberán corregir a tiempo para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores (29).

El objetivo del tratamiento antidepresivo en los adultos mayores tiene que ser no sólo la respuesta al fármaco, a través de la mejoría de los síntomas, sino también la remisión de éstos, reestableciendo la funcionalidad a los niveles de autocuidados, social, intra e interpersonal (39).

2.3.9.2 Tratamiento farmacológico

Cada caso se debe valorar individualmente, de igual manera, la respuesta al tratamiento fluctúa distintamente de persona en persona, por lo cual se debe advertir al paciente lo que se desea conseguir y el tiempo aproximado en el que se verán los resultados junto con la duración aproximada de la terapia. En otras palabras, y como se menciona por otros autores, el principio de la psicofarmacología geriátrica es la individualización de la pauta posológica (40). Por otro lado también, se deben valorar las posibles reacciones adversas y las contraindicaciones de los medicamentos seleccionados; teniendo en cuenta que la población adulta mayor es diferente y muchas veces está polimedicaada junto con alta comorbilidad, es importante tomar en cuenta los criterios para valorar prescripción inadecuada y prescripción oportuna con los listados de STOPP/STARR 2014 y PRISCUS 2010 (27), (29), (30), (31) y (32).

Todo tratamiento antidepresivo debe mantenerse por al menos 6 meses tras la recuperación completa del episodio inicial, utilizando la misma dosis que se necesitó al inicio para obtener la mejoría. Sin embargo, otros recomiendan que una vez obtenido el efecto antidepresivo, se debe realizar la terapia de mantenimiento por un periodo no menor a los 18 meses (39). En casos de recurrencia o tras la aparición de dos episodios depresivos, indicaría llevar el tratamiento de por vida (27), (39).

A. Antidepresivos

Indispensables para el tratamiento de la fase aguda y evitar recaídas. Para su prescripción debemos tener en cuenta lo siguiente:

- Principal problema es el miedo a los efectos secundarios
- Cuando un paciente ha respondido de forma satisfactoria a un fármaco en un episodio previo, éste será el fármaco de elección en un segundo episodio. Todo lo contrario, deberá evitarse.
- El inicio del efecto antidepresivo aparece de 2-4 semanas y debe esperarse de 6-12 semanas para valorar su eficacia. No retirarse un tratamiento antes de las 8 semanas.
- Primero mejora la inhibición y luego el estado de ánimo, por eso pacientes con ideación suicida requieren mayor vigilancia desde un inicio.
- Debe prolongarse mínimo 6 meses en caso de ser primer episodio y mínimo un año si presenta episodios previos.
- La retirada debe ser gradual y debe volver a iniciarse tan pronto como reaparezcan los síntomas tras ella (4).

A.1 Antidepresivos Tricíclicos

La Imipramina, Amitriptilina y Clomipramina tienen excelente acción antidepresiva, pero por sus grandes efectos anticolinérgicos no se toman como primera opción porque pueden producir hipotensión, retención urinaria, constipación y arritmias.

Pueden bastar dosis de 75-100 mg/día, dosis que se alcanzarán con aumentos sucesivos de 25-50mg cada 3 ó 4 días. (26)

A.2 Inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina

Se consideran como primera opción, por su fácil posología y bajos efectos colaterales. Sin embargo, pueden producir sintomatología extrapiramidal e interactuar con otros fármacos. Tenemos a la Fluoxetina, Sertralina, Paroxetina, Citalopram; este último es el más selectivo ya que cuenta con un perfil farmacocinético adecuado para adultos mayores, sin presentar interacciones clínicamente significativas (30).

Para Fluoxetina, Paroxetina, Citalopram, la dosis útil suele ser 20 mg/día, aunque normalmente se inicia con la mitad de esa dosis y se aumenta después de unos días. Para Sertralina y Fluvoxamina la dosis útil habitual es de 50 y 100 mg/día respectivamente. (26)

A.3 Otros antidepresivos

Fármacos seguros en este grupo etéreo (29), (30), (33).

- Mianserina: De acción noradrenérgica, recomendable en sujetos con gran angustia o trastornos del sueño.
- Venlafaxina: Antidepresivo de tercera generación, inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina y noradrenalina, útil en adultos mayores. No presenta interacciones medicamentosas porque no tiene acción relevante sobre el sistema de citocromo P450. Dosis de 75-150 mg/día (26), (39).
- Mirtazapina: Antidepresivo de tercera generación, de acción noradrenérgica y serotoninérgica específico. Útil en adultos mayores con depresión y síntomas de agitación, ansiedad, alteraciones del sueño y pérdida ponderal (39).
- Moclobemida: Inhibidor de la monoaminoxidasa (IMAO), que se asocia a un menor riesgo de efectos secundarios graves. No efectos adversos anticolinérgicos ni cardiovasculares.
- Tianeptina: Antidepresivo tricíclico que aumenta también la recaptación de serotonina en las neuronas de la corteza e hipocampo.
- Trazadona: Inhibidor no selectivo de la recaptación de serotonina, menos potente que la Fluoxetina. No tiene influencia sobre la recaptación de norepinefrina o dopamina en el SNC. Se dice que es el más sedante de todos, confiriéndole utilidad en casos de ansiedad e insomnio importante, sobre todo en pacientes con demencia (39).

B. Ansiolíticos e Hipnóticos

Recomendado evitar las benzodiazepinas por riesgo de reacciones paradójales. Se puede optar por la Buspirona en dosis de 10-30 mg/día, y como hipnóticos se usan antihistamínicos, hidrato de cloral o antidepresivos como la Trazadona en dosis de 25-100 mg/noche. (26)

C. Antipsicóticos

Utilizar fármacos con poco efecto anticolinérgico, si es necesario se recomienda el Haloperidol en dosis de 2-5 mg/día o Risperidona para disminuir riesgo de síntomas extrapiramidales en dosis de 1-3 mg/día. (26)

D. Terapia electroconvulsiva

Sigue siendo uno de los tratamientos más eficaces para la depresión, con tasas de recuperación del 80%, siendo los riesgos del tratamiento ampliamente superados por el riesgo de muerte de una depresión severa. Indicada en depresiones graves con importante riesgo de suicidio cuando los fármacos son poco tolerados o tienen alto riesgo de toxicidad; y en algunos casos depresiones graves con síntomas psicóticos o con rechazo al alimento (4). Tiene contraindicaciones que son relativas, como, por ejemplo, tratar de evitarlo dentro de los 3 primeros meses después de un infarto de miocardio o de un accidente cerebrovascular o si la función pulmonar está gravemente comprometida; en casos de hipertensión no controlada, insuficiencia cardíaca o predisposición a arritmias graves. Tomar en cuenta la suspensión de fármacos tipo IMAO y benzodiazepinas antes de iniciar dicha terapia.

E. Psicoterapia

La terapia cognitivo-conductual (TCC) y la psicoterapia interpersonal (PIP) son los 2 tipo de psicoterapia más ampliamente utilizados en pacientes ancianos con depresión (41).

Considerada en el manejo de duelo, aceptación de cambio de roles que esta etapa trae consigo, importante para el manejo de la desesperanza, considerado como un elemento perpetuador de los cuadros depresivos del anciano. Por tal motivo, la psicoterapia ayuda a los ancianos a combatir estos temas y toda clase de problemas emocionales que lo puedan estar rodeando, de igual manera, los ayuda a comprender su conducta y los efectos que ésta trae y cae sobre los demás. Mejora las relaciones interpersonales, aumenta el amor propio y la confianza de uno mismo. Disminuye sentimientos de impotencia y rabia, y mejora la calidad de vida (40). La terapia conductiva conductual es una de las que más se aconseja ya que ha resultado eficaz

en el manejo complementario del paciente (34); siendo más eficaz cuando se combina con fármacos antidepresivos (41).

3. ANÁLISIS DE ANTECEDENTES INVESTIGATIVOS

3.1 A nivel local

3.1.1 Autor: Gamarra Hanco Eddy Jesús

Título: Correlación entre el nivel de Dependencia Funcional y el nivel de Depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Geriátrica y Padomi del hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.

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.

Cita en Vancouver:

Gamarra Hanco, Eddy Jesús. Correlación entre el nivel de Dependencia Funcional y el nivel de Depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Geriátrica y Padomi del hospital III Yanahuara, Arequipa 2017 [Tesis para optar el título de Médico-Cirujano]. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María; 2017.

3.1.2 Autor: Ancco Mamani Liz Cristabel

Título: Nivel de Dependencia Funcional y grado de Depresión en Adultos Mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017”

Resumen: El objetivo del presente trabajo fue determinar nivel de dependencia funcional y grado de depresión en adultos mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa. Perú 2017. **Material y métodos:** Se realizó un estudio observacional, transversal, analítico, en adultos mayores residentes de la casa de reposo “Hermanitas de los Ancianos Desamparados – Victor F. Lira de Arequipa” correspondiente al distrito de Cayma-Arequipa. Se les aplicó una encuesta personalizada, la cual comprendía 4 partes: Datos sociodemográficos, Test de Pfeiffer para valorar el nivel cognoscitivo, Escala de Yesavage para valorar el grado de depresión y la escala de Barthel para evaluar el nivel de dependencia funcional. **Resultados:** Se encuestó de forma personalizada a 104 adultos mayores. La mayoría tenía entre 80 a 89 años de edad (46%) con una media de edad de 80.6 años, el sexo masculino representaba el 54%, 35% son solteros y 29% son viudos, 38% tenía estudios primarios, 71% fueron trabajadores activos. 75% presenta alguna comorbilidad, dentro de las cuales la hipertensión arterial abarca un 20%, 73% no tiene polifarmacia. El tiempo de estancia promedio en dicha casa de reposo es de 79.79 meses que equivale a 6 años y 5 meses. 51% presenta dependencia funcional moderada, 80% tienen depresión leve-moderada. **Conclusiones:** El 51% de los adultos mayores encuestados presenta un nivel de dependencia funcional moderado, 80% presenta

un grado de depresión leve a moderada y un 5% severa. No se encontró asociación significativa entre estas dos variables.

Cita en Vancouver:

Ancco Mamani, Liz Cristabel. Nivel de Dependencia Funcional y grado de Depresión en Adultos Mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017 [Tesis para optar el título de Médico-Cirujano]. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María; 2017.

3.2 A nivel nacional

3.2.1 Autor: Yessica Chumpitaz Chávez y Carlos Moreno Arteaga

Título: Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor

Resumen: La población en general tiene tendencia al envejecimiento, por lo que el Perú debe prepararse con políticas públicas que permitan a este segmento gozar de una vejez digna y con las debidas atenciones. **Objetivos:** determinar el nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor del Club CORESAMI en el año 2013. **Material y métodos:** estudio de tipo cuantitativo, descriptivo, de nivel aplicativo y de corte transversal. La población estuvo conformada por 35 adultos mayores, que concurrían al club antes mencionado, perteneciente a la Jurisdicción del Centro de Salud de San Juan de Miraflores. La técnica que se utilizó fue la encuesta y como instrumento un cuestionario. **Resultados:** del 100% (35), un 49% (17) tiene un nivel medio, un 34% (12), un nivel alto, y un 17% (6) un nivel bajo de funcionalidad para realizar actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, prevaleciendo las primeras sobre las segundas, para las cuales requieren más apoyo. **Conclusiones:** se recomienda realizar estudios descriptivos en los diferentes sectores y establecimientos de salud ya que tienen distintas realidades, asimismo programas de intervención dirigidos a estos adultos mayores de carácter inter multidisciplinario que incluyan a la familia y comunidad.

Cita en Vancouver:

Chávez, Yessica Chumpitaz, and Carlos Moreno Arteaga. "Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor." *Revista Enfermería Herediana*. 2016; 9(1):30.

3.2.2 Autor: Marlene Moquillaza-Risco, Elsa León, Mario Dongo y César V. Munayco

Título: Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú

Resumen:

Objetivos. Describir las características sociodemográficas y de salud de las personas adultas mayores en situación de calle (PAMSC). Materiales y métodos. Estudio de tipo transversal, se identificaron variables sociodemográficas y de salud de las PAMSC al momento del ingreso al Programa Nacional Vida Digna (PNVD) del Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables del Perú. Se realizó un análisis descriptivo de las variables sociodemográficas y de las condiciones de salud, además se determinó la probabilidad de dependencia funcional según edad y estratificada por sexo y estado mental, usando un modelo de regresión logística. Resultados. Las PAMSC fueron, en su mayoría, hombres, solteros y con grado de instrucción primaria o menor. El 66,2% de las PAMSC presentaron algún tipo de enfermedad crónica y 27,8 algún tipo de enfermedad mental. El 50% presentaron algún grado de dependencia funcional, y casi el 70% presentó algún grado de deterioro cognitivo. La probabilidad de dependencia funcional parcial se incrementó con la edad, siendo más alta en mujeres, además, se incrementó a mayor grado de deterioro cognitivo. Conclusiones. Las PAMSC son una población altamente vulnerable no solo por el hecho de vivir a la intemperie, con necesidades básicas insatisfechas, sino también por su alta frecuencia de enfermedades crónicas y mentales, además de su alto grado de dependencia funcional y deterioro mental, que hace difícil que puedan valerse por sí mismas y requieren de cuidados especiales para superar esta situación de abandono.

Cita en Vancouver:

Moquillaza-Risco, Marlene, et al. "Características sociodemográficas y de salud de los adultos mayores en situación de calle en Lima, Perú." Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2015; 32(4): 693-700.

3.3 A nivel internacional

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

Título: DEPENDENCIA FUNCIONAL Y DEPRESIÓN EN UN GRUPO DE ANCIANOS DE VILLAHERMOSA, MÉXICO.

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

Cita en Vancouver:

Zavala-González, Marco Antonio, Sergio Eduardo Posada-Arévalo, and R. G. Cantú-Pérez. "Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México." *Archivos en Medicina Familiar*. 2010; 2(4): 116-126.

3.3.2 Autor: Alejandro Estrada Restrepo, Doris Cardona Arango, Ángela María Segura Cardona, Jaime Ordóñez Molina, Jorge Julián Osorio Gómez y Lina Marcela Chavarriaga Maya

Título: Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo explorar los factores asociados con síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados. Se realizó un estudio transversal en 276 adultos mayores de Centros de Bienestar del Anciano de Medellín. Se valoraron características demográficas, funcionales, ansiedad, salud percibida, redes de apoyo, estado nutricional y calidad de vida. Prevalencias de sintomatología depresiva fueron similares por sexo y edad ($p > 0.05$). Adultos dependientes para la realización de actividades cotidianas, tuvieron mayores porcentajes de síntomas de depresión ($p < 0.001$). Altos niveles de ansiedad (OR = 2.74), deterioro funcional (OR = 2.82), ningún grado de formación académica (OR = 3.70) y mujeres parcialmente dependientes (OR = 21.89) se asociaron con mayor probabilidad de presentar síntomas de depresión ($p < 0.05$). En general, pérdida de roles, estado de dependencia y calidad de vida disminuida aumentan la sintomatología depresiva.

Cita en Vancouver:

Ordóñez Molina, Jaime, and Jorge Julián Osorio Gómez. "Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados." *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia. 2013; 12(1): 81-94

3.3.3 Autor: María Claudia Piñáñez García, María Lorena Re Domínguez

Título: PERFIL CLÍNICO, EPIDEMIOLÓGICO Y VALORACIÓN GERIÁTRICA FUNCIONAL EN EL BARRIO SAN MIGUEL DE ASUNCIÓN, PARAGUAY

Resumen: Introducción: el envejecimiento poblacional caracteriza a las últimas décadas. En Paraguay la población mayor de 60 años constituye el 10%, con edad

promedio de 70 años. La funcionalidad geriátrica es la capacidad para realizar independientemente actividades básicas de la vida.

Objetivos: determinar perfil clínico epidemiológico y prevalencia de dependencia funcional en adultos mayores del Barrio San Miguel de Asunción, Paraguay.

Metodología: estudio observacional, de corte transversal, descriptivo con componente analítico, realizado en adultos mayores de 65 años del Barrio San Miguel, de abril a julio del año 2014. **Variables estudiadas:** edad, sexo, enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y capacidad funcional. Se utilizó el índice de Katz, la escala geriátrica de depresión de Yessavage y expedientes clínicos. **Resultados:** se encontró 3% de prevalencia de adultos mayores de 65 años. El perfil sociodemográfico correspondió a un adulto mayor con predominio del sexo femenino, edad media de 71,8 años, casado, con escolaridad primaria. La enfermedad crónica con mayor frecuencia fue la HTA. El 79% de los adultos mayores presentan algún síndrome geriátrico, predominando la depresión (43%). El 41% de la población estudiada presenta dependencia funcional en las actividades básicas de la vida diaria. Se encontró asociación significativa entre depresión y funcionalidad básica. **Conclusión:** la enfermedad crónica más prevalente es la hipertensión arterial. La prevalencia de dependencia funcional y de depresión es alta en los adultos mayores.

Cita en Vancouver:

García, María Claudia Piñáñez, and María Lorena Re Domínguez. "Perfil clínico, epidemiológico y valoración geriátrica funcional en el barrio San Miguel de Asunción, Paraguay." *Revista Virtual de la Sociedad Paraguaya de Medicina Interna*. 2015; 2(2): 63-69

3.3.4 Autor: MARÍA GABRIELA YÉPEZ GRANIZO

Título: CARACTERÍSTICAS SOCIO- DEMOGRÁFICAS Y CLÍNICO GERIÁTRICAS ASOCIADOS CON DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES QUE ACUDEN AL SERVICIO DE CONSULTA EXTERNA EN EL HOSPITAL DE ATENCIÓN INTEGRAL DEL ADULTO MAYOR, POR EL LAPSO DE CINCO MESES ENTRE EL 2014 Y 2015.

Resumen: El objetivo principal de esta investigación fue el determinar el grado de asociación entre las características socio- demográficas y clínico geriátricas en relación a la presencia de depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Consulta Externa en el Hospital de Atención Integral del Adulto Mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y el 2015. Se trata de un estudio descriptivo transversal, de carácter cuantitativo. La información sobre estas variables se obtuvo mediante la aplicación de test validados para analizar la presencia de depresión, la aplicación de una entrevista directa y la revisión de historias clínicas. Encontrándose un grupo poblacional similar en características, al realizar en análisis bivariado se encontró una relación estadísticamente significativa y una asociación real entre depresión y Ocupación Actual: $p= 0,03$ (OR 2,593 (IC 95% 1,114-5,032)); Percepción del dinero en casa: $p= 0,04$ (OR 2,761(1,023-7,454)) Dependencia de Barthel: $p= 0,02$ (OR 1,865 (1,080-3,221)) y Dependencia de Lawton/Brody: $p= 0,01$ (OR 1,969(1,138-3,407), Pertenencia a un Club: $p= 0,011$ con un OR de 0,137(0,027-0,697) y en no registrar una Baja de peso en los últimos 6 meses: $p = 0$, con un OR de 0,454 (0,209-0,986)

Cita en Vancouver:

Yépez Granizo, María Gabriela. Características socio-demográficas y clínico geriátricas asociados con depresión en adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa en el hospital de atención integral del adulto mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y 2015. Diss. PUCE, 2016.

3.3.5 Autor: José Ortiz Segarra, Marlene Álvarez Serrano, Gardenia Soliz Rivero, Ulises Freire Argudo, David Tenemaza Alvarracín

Título: LIMITACIÓN FUNCIONAL Y FACTORES ASOCIADOS EN ADULTOS MAYORES DE LA ZONA 6 DE SALUD EN ECUADOR

Resumen: OBJETIVO: Estimar la prevalencia de limitación funcional (LF) y los factores sociodemográficos, problemas de salud y enfermedades crónicas que están asociados en la población de adultos mayores en la Zona 6 de salud. MÉTODOS: Estudio observacional transversal realizado en el período junio – diciembre de 2015 en las áreas de influencia de las unidades de primer nivel de la zona 6 de salud del Ecuador. Se incluyeron 714 adultos mayores seleccionados

de manera aleatoria entre 33 unidades de atención de salud de primer nivel. RESULTADOS: La edad promedio fue de 76 ± 8.31 años (min: 65; max: 102 años), el 63.8% fueron mujeres. La prevalencia de LF para ABVD estimada fue del 17.65% y para las AIVD 62.61%. Entre los factores asociados con la limitación para ABVD estuvieron la edad >75 años, analfabetismo, deterioro cognitivo, depresión, problemas sociales y riesgo de caída. La edad >75 años, analfabetismo, deterioro cognitivo, depresión y riesgo de caída, resultaron ser factores asociados con la LF en AIVD. CONCLUSIONES: La LF en adultos mayores está relacionada con el envejecimiento y depende de varios factores determinantes. El conocimiento de estos factores servirá para detectar tempranamente la dependencia y mejorar la cobertura y calidad de la atención.

Cita en Vancouver:

Zegarra, José Ortiz, et al. "Limitación Funcional y Factores Asociados en Adultos Mayores de la Zona 6 de Salud en Ecuador." Revista Médica HJCA. 2016; 8(2): 179-186.

3.3.6 Autor: M. Sarró-Maluquera, A. Ferrer-Feliu, Y. Rando-Matosa, F. Formigac y S. Rojas-Farrerasd

Título: Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados

Resumen:

Objetivos: Describir la prevalencia de depresión y los factores asociados en octogenarios de la comunidad. Material y métodos: Estudio transversal, realizado en el marco de un ensayo clínico aleatorizado, en personas no institucionalizadas nacidas en el año 1924, realizado en 7 centros de atención primaria tanto urbanos como rurales. Se ha registrado datos sociodemográficos, funcionalidad con los índices de Barthel y de Lawton, estado cognoscitivo con el Mini-Examen Cognoscitivo, comorbilidad con el índice de Charlson, riesgo social con el test de Gijón, presencia de agotamiento, actividad física, prescripción crónica de fármacos psicotropos y presencia del diagnóstico de depresión en la historia

clínica. Respecto a la depresión se ha medido según la Escala de Depresión Geriátrica (GDS) de Yesavage de 5 ítems (depresión ≥ 2).

El paquete estadístico utilizado fue el R: A language and environment for statistical computing program (version 2.12.2) Foundation for Statistical Computing (Viena, Austria). Resultados: Se han evaluado 220 personas, 129 (58,6%) mujeres. El diagnóstico de depresión según la GDS es positivo en 76 (34,5%) pacientes, mientras que en la historia clínica (HC) está presente en 46 (20,9%) pacientes. Existe prescripción de fármacos antidepresivos en 60 (35,5%) pacientes, benzodiacepinas en 66 (36,8%) y antipsicóticos en 10 (4%). La depresión se asocia con deterioro de actividades básicas e instrumentales, deterioro cognitivo, agotamiento, prescripción de psicotropos y menor actividad física. Finalmente, persisten asociados a depresión la menor práctica de ejercicio físico y peor autopercepción de energía. Conclusiones: Existe una elevada frecuencia de depresión en mayores de 85 años. La práctica de ejercicio físico y tener una buena autopercepción de energía se asocian a menor prevalencia de depresión.

Cita en Vancouver:

Sarró-Maluquer, M., et al. "Depresión en ancianos: prevalencia y factores asociados." SEMERGEN-Medicina de Familia. 2013; 39(7): 354-360.

Objetivos.

3.1. General

- Determinar la fuerza de asociación que existe entre dependencia funcional y depresión en adultos mayores del servicio de Geriátrica del Hospital III- Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú.

4.2 Específicos

- Identificar si existe relación entre dependencia para actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y depresión en adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado.

- Establecer si existe relación entre dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD) y depresión en adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado.
- Conocer las principales características sociodemográficas de la población de adultos mayores del Hospital III-Regional Honorio Delgado.
- Conocer las enfermedades crónico-degenerativas más prevalentes en la población de adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado
- Evaluar el nivel de dependencia para Actividades Básicas e Instrumentales de la vida diaria en la población de adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado
- Determinar la incidencia de depresión en la población de adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado

4. Hipótesis

Ho: No existe relación entre dependencia funcional y depresión en adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado

H1: Sí existe relación entre dependencia funcional y depresión en adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado

III. PLANTEAMIENTO OPERACIONAL

3.1 Técnicas, instrumentos y materiales de verificación

3.1.1 Técnica

Observación de campo

3.1.2 Descripción de la Técnica

El presente estudio se va a trabajar con adultos mayores, es decir, aquellos con una edad mayor o igual a 60 años, del Servicio de Geriatría del Hospital III-Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa que hayan aceptado participar en la investigación mediante el firmado del consentimiento informado.

La selección de pacientes será de forma no probabilística, cumpliendo los respectivos criterios de inclusión y exclusión. Se aplicará una encuesta que constará de 9 ítems, dentro de los cuales estarán las características sociodemográficas, funcionalidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, según Escala de Katz y Lawton & Brody, respectivamente; y depresión, según escala de Depresión Geriátrica de Yessavage, versión reducida. Se entrevistará de manera individual a cada participante, se aplicará la encuesta para conocer las características sociodemográficas, la presencia y el nivel de dependencia para la realización de actividades básicas e instrumentales de la vida diaria y la presencia e incidencia de depresión que existe entre los participantes del estudio.

3.1.3 Instrumentos:

Para el presente estudio se van a utilizar instrumentos validados, como son la Escala de Katz, creado en 1959 por un equipo multidisciplinario dirigido por S. Katz, siendo publicado por primera vez en 1963, aplicándolo a pacientes con fractura de cadera; para valorar el diagnóstico de dependencia para A.B.V.D., la escala de Lawton & Brody, publicada en 1969 y desarrollada en el Centro Geriátrico de Filadelfia para la evaluación de autonomía física y A.I.V.D. en población anciana dentro y fuera de una institución; para valorar el diagnóstico de dependencia para A.I.V.D. y la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage, diseñada por Brink y Yesavage en 1982 para valorar el estado afectivo de los ancianos, cuya versión reducida se desarrolló en 1986, la cual será empleada para valorar el diagnóstico de depresión en la población adulta mayor del Hospital III-Regional Honorio Delgado. Los puntos de cohorte de estos 3 instrumentos fueron: para la Escala de Katz, una puntuación mayor de 1 para considerar al paciente con algún grado de incapacidad para realizar las ABVD; para la Escala de Lawton y Brody, una puntuación mayor de 3 para considerar al paciente con algún grado de dependencia para realizar las AIVD y para la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage versión reducida, una puntuación mayor a 5 para considerar al paciente con algún grado de Depresión.

La funcionalidad para ABVD fue clasificada en 3 grupos, que incluyen a las 7 categorías (A, B, C, D, E, F y G) en las que clasifica el Índice de Katz a los

pacientes evaluados, siendo: Ausencia de incapacidad (A) o incapacidad leve (B), incapacidad moderada (C-D) e incapacidad severa (E-G). De igual manera, la funcionalidad para AIVD fue clasificada en 3 grupos: dependiente, moderadamente dependiente e independiente. Finalmente, para el diagnóstico de Depresión se clasificó como: sin depresión, probable depresión y depresión establecida.

Estructura de los Instrumentos

Variable	Indicadores	Ítems
Características Sociodemográficas	Respuestas de la encuesta	1 al 6
Funcionalidad para Actividades básicas de la vida diaria (ABVD)	Índice de Katz	7
Funcionalidad para Actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD)	Escala de Lawton y Brody	8
Depresión	Escala de Depresión geriátrica de Yessavage versión reducida	9

Modelo de Instrumento

Ítem 7	Medición	Encuesta	Ausencia de incapacidad (A) o incapacidad leve (B) Incapacidad moderada (C-D) Incapacidad severa (E-G)
Ítem 8	Medición	Encuesta	Dependencia Dependencia moderada Independencia
Ítem 9	Medición	Encuesta	Sin depresión Probable depresión Depresión establecida

3.1.4 Materiales

Para el presente estudio se va a utilizar materiales de escritorio tales como:

- Encuesta elaborada en la que figura características sociodemográficas principales, la Escala de Lawton y Brody, el índice de Katz y la Escala de Depresión Geriátrica de Yessavage versión reducida.
- Lapiceros
- Almohadilla dactilar
- Laptop Dell Inspiron 15 5000 Series
- Impresora
- Sistema operativo Windows 10 Home
- Paquete Microsoft Office 2016
- Programa SPSS Versión 22 para Windows

3.2 Campo de verificación

3.2.1 Ubicación espacial

El presente estudio se llevará a cabo en Consultorio Externo del Servicio de

Geriatría del Hospital III-Regional Honorio Delgado en la ciudad de Arequipa, Perú.

3.2.2 Ubicación temporal

El presente estudio se realizará durante el mes de Febrero del año 2017.

3.2.3 Unidades de estudio

Población adulta mayor (mayores de 60 años) que acuda a consulta externa del Servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado.

3.3 Población

3.3.1 Muestra:

Adultos mayores con edad mayor o igual a 60 años del Servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado de la Ciudad de Arequipa, Perú.

La muestra a tomar en cuenta será de acuerdo al número total de pacientes adultos mayores atendidos durante todo el año 2017, correspondiendo a un total de 359 pacientes; la cual de acuerdo a la calculadora Excel online para el cálculo de tamaño muestral es de 186 sujetos para dicho estudio con una población finita. (35). En el presente estudio se manejarán los datos con una confiabilidad del 95%, un margen de error del 5%.

3.3.2 Criterios de inclusión

Adultos mayores (En Perú la edad ≥ 60 años) de ambos sexos que acudieron a consulta externa del servicio de Geriatría del Hospital III- Regional Honorio Delgado durante el periodo de estudio y que autorizaron su participación en el presente estudio mediante la firma del respectivo consentimiento informado.

3.3.3 Criterios de Exclusión

Pacientes con Enfermedades terminales, amputados, con demencia senil, diagnóstico establecido de depresión y/o cualquier otro trastorno o patología que impida la correcta comunicación.

3.4 Estrategia de Recolección de datos

3.4.1 Organización

- Aprobación del proyecto de tesis por el Asesor
- Se presenta el proyecto de tesis a profesores del curso de taller de Tesis

- Se somete el proyecto a dictamen del Comité Institucional de Ética de la Investigación de la Universidad Católica de Santa María
- Se cumple con todas las observaciones del Comité de Ética de la investigación
- Se solicita por escrito la autorización al Hospital donde se llevó a cabo la encuesta
- Se toma consentimiento informado a la población adulta mayor participante del estudio
- Se toma la encuesta personalizada
- Se recolecta los datos y se vacía dicha información a una base de datos en Microsoft Excel 2016 para luego ser analizada mediante el programa SPSS Versión 22 para Windows y obtener una estadística.

3.4.2 Recursos

3.4.2.1 Humanos

Investigador: Hugo Fernando Lema Aguirre

Asesor: Dr. Ricardo Ibañez Barreda. Médico-Psiquiatra

3.4.3 Financiamiento

El proyecto y el trabajo de campo serán autofinanciados.

3.5 Estrategia para manejar los resultados

3.5.1 Plan de procesamiento de los datos.

- a) El tipo de procesamiento: Ingreso de datos a matriz de sistematización de Excel.
- b) Plan de operaciones:
 - b.1. Plan de clasificación:** Los datos se clasificarán en una matriz de sistematización
 - b.2. Plan de codificación:** Se codificarán tomando en cuenta la definición del diccionario de variables del paquete estadístico Spss versión 22
 - b.3. Plan de tabulación:** Se elaborarán tablas de acuerdo a las variables analizadas.

3.5.2 Plan de análisis de datos.

- a) **Tipo de análisis.**

Análisis estadístico.

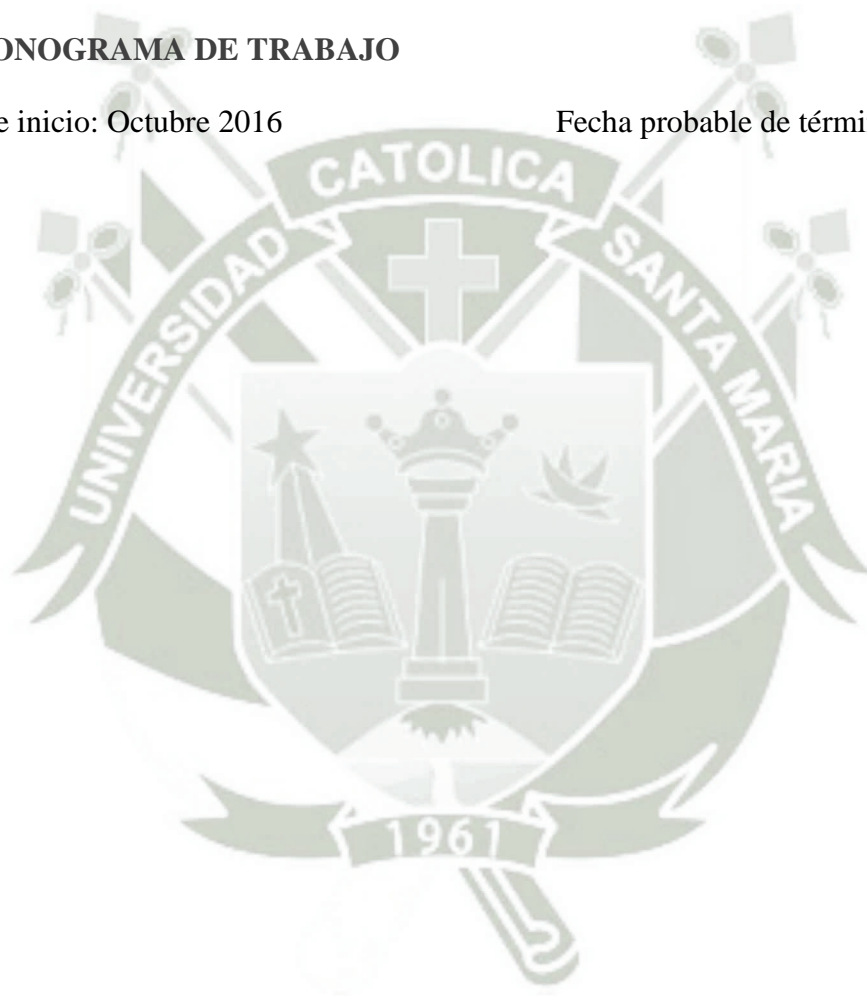
Se hará uso de tablas de frecuencia, gráficos de barra para variables cualitativas, medias, desviación estándar y gráficas de error (IC) a 95% para variables cuantitativas.

El análisis inferencial se realizó con la prueba de Chi Cuadrado para variables categóricas y la prueba de Kolmogorov-Smirnov para variables cuantitativas de distribución no paramétrica.

IV. CRONOGRAMA DE TRABAJO

Fecha de inicio: Octubre 2016
2018

Fecha probable de término: Marzo



Tiempo en meses	Año												
	2016					2017					2018		
	Agosto	Setiembre	Octubre	Noviembre	Diciembre	Enero	Febrero	Marzo	Abril	Mayo a diciembre	Enero	Febrero	Marzo
Búsqueda bibliográfica problema de investigación			✓										
Sistematización de bibliografía			✓										
Redacción de proyecto				✓	✓								
Aprobación proyecto de tesis por Asesor y profesores de curso taller de tesis										✓			
Dictamen de comité de ética de investigación											✓		
Ejecución de proyecto										✓			
Recolección de datos											✓	✓	
Estructuración de resultados												✓	
Informe final													✓

BIBLIOGRAFÍA

1. Zavala-González, Marco Antonio, Sergio Eduardo Posada-Arévalo, and R. G. Cantú-Pérez. "Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México." *Archivos en Medicina Familiar*. 2010; 12(4): 116-126.
2. Dominguez-Lara, Sergio Alexis, and Sharon Brigitte Centeno-Leyva. "Prevalencia de depresión en adultos mayores institucionalizados en Lima Metropolitana." *Enfermería Clínica* (2016).
3. Zamora, Zoila Edith Hernández. "Estudio exploratorio sobre el proyecto de vida en el adulto mayor." *Psicología y salud*. 2014; 16(1): 103-110.
4. Pedro Gil G., Paloma Gonzáles G., José Gutiérrez R., Carlos Verdejo B.. *Manual del residente en Geriátria*. Madrid: Grupo ENE Life Publicidad S.A.; 2011.
5. Mayores de Hoy. *El adulto mayor en el Mundo Parte 1*. Ciudad de México: Blog de Annika Maya Rivero; 2012 (Citado el 29 de mayo del 2016) Disponible en: <https://mayoresdehoy.com/2012/11/07/el-adulto-mayor-en-el-mundo-parte-1/>
6. OMS. 10 datos sobre el Envejecimiento y la Salud. <http://www.who.int/features/factfiles/ageing/es/> (accessed 24 noviembre 2016)
7. Villarreal G, Month E. Social and family, health care and functional conditions of elderly people over 65 year old in two neighborhoods of Sincelejo (Colombia). *Rev Salud Uninorte*. 2012;28(1):75–87.
8. Varela L, Chávez H, Galvez M, Mendez F. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. *Rev Medica Hered*. 2005;16(3):165-71
9. Ruiz L, Campos M, Peña N. Situación sociofamiliar, valoración funcional y enfermedades prevalentes del adulto mayor que acude a establecimientos del primer nivel de atención, Callao 2006. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2008; 25(4):374-9.

10. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Situación de la salud de la población Adulto Mayor, 2012. Lima: Instituto Nacional de Estadística e Informática; 2013 (Citado el 29 de mayo del 2016) Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1146/libro.pdf
11. Arana-Gómez, Beatriz, et al. "ACTIVIDADES BÁSICAS DE LA VIDA DIARIA DE LOS ADULTOS MAYORES EN UNA INSTITUCIÓN PÚBLICA." (2015)
12. Sanhueza Parra, Marcela, Manuel Castro Salas, and José M. Merino Escobar. "Adultos mayores funcionales: Un nuevo concepto en salud." *Ciencia y enfermería*. 2005; 11(2): 17-21.
13. Fócil-Némiga E, Zavala-González MA. Funcionalidad para actividades de la vida diaria en adultos mayores rurales de Cárdenas, Tabasco, México. *Rev Fac Salud - RFS*. 2015; 6(2):12-9.
14. Chávez, Yessica Chumpitaz, and Carlos Moreno Arteaga. "Nivel de funcionalidad en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria del adulto mayor." *Revista Enfermería Herediana*. 2016; 9(1): 30.
15. Ferrín, María Trigás, Lucía Ferreira González, and Héctor Meijide-Míguez. "Escalas de valoración funcional en el anciano." *Galicia Clínica*. 2011; 72(1): 11-16.
16. Alarcón T, González JJ, Salgado A. Valoración funcional del paciente geriátrico. En Salgado A, Alarcón MT. Valoración del paciente anciano. Masson, S.A., Barcelona. 1993; 47-72.
17. Pino, Margarita Becerra. "Depresión en el Adulto Mayor." *Facultad de Medicina UNAM* 7 (2011)
18. Luis A, Inés F, María G, Pedro G, Manuel C, Manuel S. Guía de buena práctica clínica en Geriatria. Depresión y Ansiedad. : Laboratorios Wyeth; 2004.

19. Espinosa-Aguilar, Amilcar, et al. "Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores." *Salud Mental*. 2007; 30(6): 69-80.
20. Yépez Granizo, María Gabriela. Características socio-demográficas y clínico geriátricas asociados con depresión en adultos mayores que acuden al servicio de consulta externa en el hospital de atención integral del adulto mayor, por el lapso de cinco meses entre el 2014 y 2015. Diss. PUCE, 2016
21. De la Torre Maslucan, Jeanie, et al. "Validación de la versión reducida de la escala de depresión geriátrica en el consultorio externo de geriatría del Hospital Nacional Cayetano Heredia." *Acta Médica Peruana*. 2006; 23(3): 144-147
22. Dechent, Claudia. "Depresión geriátrica y trastornos cognitivos." *Rev Hosp Clín Univ Chile*. 2008; 19: 339-46.
23. Alexopoulos G. Diagnóstico y Tratamiento de la Depresión en los Ancianos. <http://www.intramed.net/contenido.asp?contenidoID=65652> (accessed 24 noviembre 2016).
24. Wordpresscom. 1. Marina Barona Alcalde. [Online]. Available from: <https://baronaalcaldemarina2.wordpress.com/2013/11/30/seminario-7-caso-clinico/> [Accessed 24 November 2016].
25. Grupo de trabajo de la Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Guía de Práctica Clínica sobre el Manejo de la Depresión en el Adulto. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Agencia de Evaluación de Tecnologías Sanitarias de Galicia (avalia-t); 2014. Guías de Práctica Clínica en el SNS: Avalia-t 2013/06.
26. Medpuccl. 1. Medpuccl. [Online]. Available from: <http://escuela.med.puc.cl/publ/ManualGeriatría/PDF/Depresion.pdf> [Accessed 24 November 2016].

27. Chunchilla Moreno a.: La depresión y sus máscaras. Aspectos Terapéuticos. Tomo 2. Primera edición – Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana. 2011; 9:261 -338
28. Rodríguez Lidia, Sotolongo Olga, Luberta Gladys, Calvo Marina: Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra" Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(1):64-75. Recuperado de: http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol29_1_13/mgi09113.htm
29. Espinosa-Aguilar, Amilcar, et al. "Guía de práctica clínica para el diagnóstico y tratamiento de depresión en los adultos mayores." Salud Mental. 2007; 30(6): 69-80.
30. Ramos Quiroga JA, Díaz Pérez A. Tratamiento actual de la depresión en el anciano. Jano. 2001; 61:49-59. Recuperado de: <http://www.jano.es/ficheros/sumarios/1/61/1402/49/1v61n1402a13019492pdf001>
31. Grupo de Recomendaciones en Farmacoterapia de la Comunidad de Madrid. Criterios para la utilización de antidepresivos en pacientes con depresión mayor. Madrid: Consejería de Sanidad, Servicio Madrileño de Salud. 2011; 24(2). ISSN: 2174-405. Recuperado de: http://www.madrid.org/cs/Satellite?cid=1142668339980&language=es&pageName=PortalSalud%2FPage%2FPPTSA_pintarContenidoFinal&vest=1156329914024
32. Angora-Cañego Ricardo, Esquinas-Requena José L., Agüera-Ortiz Luis F.: Guía de selección de psicofármacos en el anciano con patología médica concomitante. Psicogeriatría. 2012; 4(1):1-19. Recuperado de: http://www.viguera.com/sep/pdf/revista/0401/401_0001_0019.pdf
33. Agüera-Ortiz Luis F., Losa Rosario, Goetz Luisa, Gilaberte Inmaculada: Depresión geriátrica: de la neurobiología al tratamiento farmacológico Psicogeriatría. 2011; 3(1): 1-8. Recuperado de:

- http://www.viguera.com/sepg/pdf/revista/0301/PSICO_0301_001_R_2611002_Aguera.pdf
34. Bockting CL, Schene AH, Spinhoven P, Koeter MW, Wouters LF, Huyser J, et al. Preventing relapse/recurrence in recurrent depression with cognitive therapy: a randomized controlled trial. *J Consult Clin Psychol*. 2005; 73(4):647-57. Recuperado de: <http://content.apa.org/journals/ccp/73/4/647>
 35. Pita Fernandez, S. Determinación del tamaño muestral. <https://www.fisterra.com> (accessed 01Diciembre2010). <https://www.fisterra.com/mbe/investigacion/9muestras/9muestras2.asp#tama%C3%B1o>
 36. Calenti, José Carlos Millan. Valoración Funcional. (ed). *Gerontología y Geriatria Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España: ; 2011. pp. 188-189.
 37. Calenti, José Carlos Millan. Valoración Funcional. (ed). *Gerontología y Geriatria Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España: ; 2011. pp. 191-192.
 38. Calenti, José Carlos Millan. Valoración Funcional. (ed). *Gerontología y Geriatria Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España: ; 2011. pp. 196-198.
 39. Calenti, José Carlos Millan. Depresión y Ansiedad. (ed). *Gerontología y Geriatria Valoración e Intervención*, Medica Panamericana ed. Madrid, España; 2011.
 40. Sadock, Benjamin James. Psiquiatría Geriátrica. (ed). *Kaplan&Sadock Sinopsis de Psiquiatria Ciencias del Comportamiento*, Décima primera ed. Barcelona, España: Wolters Kluwer; 2015.
 41. Robin Jacoby, Catherine Oppenheimer. Trastornos Depresivos. (ed). *Psiquiatría en el Anciano*, Tercera ed. Barcelona, España: Masson; 2005.

42. Gamarra Hanco, Eddy Jesús. Correlación entre el nivel de Dependencia Funcional y el nivel de Depresión en adultos mayores que acuden al servicio de Geriátrica y Padomi del hospital III Yanahuara, Arequipa 2017 [Tesis para optar el título de Médico-Cirujano]. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María; 2017.
43. Ancco Mamani, Liz Cristabel. Nivel de Dependencia Funcional y grado de Depresión en Adultos Mayores residentes de una casa de reposo en Arequipa – Perú 2017 [Tesis para optar el título de Médico-Cirujano]. Arequipa, Perú. Universidad Católica de Santa María; 2017.
44. Monroe Diaz, Francisco Javier; Tello Del Mar, Solania; Torres Bueno, María Fernanda. PREVALENCIA Y ASOCIACIÓN ENTRE LA DEPENDENCIA FUNCIONAL Y SÍNTOMAS DEPRESIVOS EN EL ADULTO MAYOR DE UN CENTRO PÚBLICO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL GERONTOGERIÁTRICO DE LIMA-PERÚ. 2015; 1(1): 23. http://repositorioacademico.upc.edu.pe/upc/bitstream/10757/621622/1/Monroe_DF.pdf (accessed).
45. Fernando M. Runzer-Colmenares, Guida Castro, Andrea Merino, Cristina Torres-Mallma, Gregory Diaz, Carolina Perez, José F. Parodi. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horizonte Médico* 2017; 1(1): 7. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?pid=S1727-558X2017000300009&script=sci_arttext (accessed 01 marzo 2018).
46. Ordóñez Molina, Jaime, and Jorge Julián Osorio Gómez. "Síntomas depresivos en adultos mayores institucionalizados y factores asociados." *Univ. Psychol.* Bogotá, Colombia. 2013; 12(1): 81-94
47. Melba Barrantes-Monge, Emilio José García-Mayo, Luis Miguel Gutiérrez-Robledo, Alejandro Miguel-Jaimes. Dependencia funcional y enfermedades crónicas en ancianos mexicanos. 2007; 1(1): 3.



ANEXOS DE PROYECTO DE TESIS

ANEXO 2.1

ENCUESTA PARA VALORAR DEPENDENCIA FUNCIONAL EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL III-REGIONAL HONORIO DELGADO.

- **Datos Sociodemográficos**

1. **Género:** Masculino () Femenino ()
2. **Edad:**
3. **Estado Civil:** Soltero () Casado () Viudo () Divorciado () Separado () Otro ()
4. **Grado de Instrucción:** Analfabeto () Primaria () Secundaria () Técnico-superior () Superior ()
5. **Ocupación:** Jubilado/Pensionado () Labores del Hogar () Obrero () Campesino () Comerciante () Otros ()
6. **Enfermedad crónico-degenerativa**
Hipertensión Arterial () Diabetes Mellitus NID/ID () Cardiopatía ()
Enfermedad Renal Crónica () Enfermedad Osteoarticular () EPOC () Secuela de accidente cerebrovascular () Otros () Ninguno ()

7. INDICE DE KATZ
BAÑARSE <ul style="list-style-type: none"> ○ No recibe ayuda (entra y sale de la bañera por sí mismo si la bañera es el medio de limpieza habitual) ○ Recibe ayuda en la limpieza de una sola parte de su cuerpo (espalda o piernas, por ejemplo) ○ Recibe ayuda en el aseo de más de una parte de su cuerpo para entrar o salir de la bañera
VESTIDO <ul style="list-style-type: none"> ○ Toma la ropa y se viste completamente sin ayuda ○ Se viste sin ayuda excepto para atarse los zapatos ○ Recibe ayuda para coger la ropa y ponérsela o permanece parcialmente vestido
USO DE RETRETE <ul style="list-style-type: none"> ○ Va al retrete, se limpia y se ajusta la ropa sin ayuda (puede usar bastón, andador o silla de ruedas) ○ Recibe ayuda para ir al retrete, limpiarse, ajustarse la ropa o en el uso nocturno del orinal ○ No va al retrete
MOVILIZACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ○ Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta sin ayuda (puede usar bastón o andador) ○ Entra y sale de la cama, se sienta y se levanta con ayuda ○ No se levanta de la cama
CONTINENCIA <ul style="list-style-type: none"> ○ Control completo de la micción y la defecación por sí mismo ○ Incontinencia ocasional (sufre “accidentes” de vez en cuando) ○ Necesita supervisión. Usa sonda vesical o es incontinente
ALIMENTACIÓN <ul style="list-style-type: none"> ○ Se alimenta sin ayuda ○ Se alimenta solo, excepto al requerir asistencia para cortar la carne o untar el pan ○ Recibe asistencia para comer o es alimentado parcial o completamente usando sondas o fluidos intravenosos.

8. ESCALA DE LAWTON Y BRODY
<p>CAPACIDAD PARA USAR EL TELÉFONO</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Utiliza el teléfono por iniciativa propia ○ Es capaz de marcar bien algunos números familiares ○ Es capaz de contestar el teléfono, pero no de marcar ○ No utiliza el teléfono
<p>HACER COMPRAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Realiza todas las compras necesarias independientemente ○ Realiza independientemente pequeñas compras ○ Necesita ir acompañado para cualquier compra ○ Totalmente incapaz de comprar
<p>PREPARACIÓN DE LA COMIDA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Organiza, prepara y sirve la comida por sí solo adecuadamente ○ Prepara adecuadamente la comida si se le proporcionan los ingredientes ○ Prepara, calienta y sirve las comidas, pero no sigue una dieta adecuada ○ Necesita que le preparen y le sirvan la comida
<p>CUIDADO DE LA CASA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Mantiene la casa solo o con ayuda ocasional (para trabajos pesados) ○ Realiza tareas ligeras, como lavar platos o hacer las camas ○ Realiza tareas ligeras, pero no puede mantener un adecuado nivel de limpieza ○ Necesita ayuda con todas las tareas de la casa ○ No participa en ninguna labor de la casa
<p>LAVADO DE LA ROPA</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Lava por sí solo toda la ropa ○ Lava por sí solo pequeñas prendas ○ Todo el lavado de la ropa debe de ser realizado por otro
<p>USO DE MEDIOS DE TRANSPORTE</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Viaja solo en transporte público o conduce su propio carro ○ Es capaz de coger un taxi, pero no usa otro medio de transporte ○ Viaja en transporte público cuando va acompañado por otra persona ○ Utiliza el taxi o el automóvil sólo con la ayuda de otros ○ No viaja
<p>RESPONSABILIDAD RESPECTO A SU MEDICACIÓN</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Es capaz de tomar su medicación a la dosis y hora adecuada ○ Toma su medicación si la dosis es preparada previamente ○ No es capaz de administrarse su medicación
<p>MANEJO DE ASUNTOS ECONÓMICOS</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Se encarga de sus asuntos económicos por sí solo ○ Realiza las compras de cada día, pero necesita ayuda en las grandes compras ○ Incapaz de manejar dinero

ANEXO 2.2

ENCUESTA PARA VALORAR DEPRESIÓN EN ADULTOS MAYORES DEL HOSPITAL III-REGIONAL HONORIO DELGADO.

9. ESCALA DE DEPRESIÓN GERIÁTRICA DE YESAVAGE (VERSION REDUCIDA)		
¿En general está satisfecho/a con su vida?	SI	NO
¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones?	SI	NO
¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
¿Se siente con frecuencia aburrido/a?	SI	NO
¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Teme de algo malo pueda ocurrirle?	SI	NO
¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	SI	NO
¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido/a?	SI	NO
¿Prefiere quedarse en casa más que salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	SI	NO
¿En este momento, piensa que es estupendo estar vivo?	SI	NO
¿Actualmente se siente un/a inútil?	SI	NO
¿Piensa que su situación es desesperada? ¿Se siente sin esperanza en este momento?	SI	NO
¿Se siente lleno/a de energía?	SI	NO
¿Cree que la mayoría de la gente está en mejor situación que Ud?	SI	NO
TOTAL		

ANEXO 2.3

Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer las características sociodemográficas, la funcionalidad para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, establecer la presencia y el grado de depresión; así como la relación que hay entre estas 2 últimas variables, en la población de adultos mayores del Hospital III- Regional Honorio Delgado de la ciudad de Arequipa, Perú, 2017.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única que decide si desea participar en el estudio. **SU PARTICIPACIÓN ES COMPLETAMENTE VOLUNTARIA.**

Procedimientos

1. Se tomarán una encuesta con preguntas sobre Dependencia Funcional y Depresión
2. Se elegirá por sorteo (al azar)
3. Se evaluarán resultados obtenidos en la encuesta
4. Colocar y explicar cada procedimiento en palabras sencillas

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No existen riesgos en esta investigación.

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, el costo de las encuestas y el taller educativo serán asumidos por el investigador.

Beneficios

Puede ser que no haya un beneficio inmediato para usted por participar de este estudio. Sin embargo, usted estará contribuyendo con datos que nos ayudarán a poder establecer un diagnóstico, que probablemente sea común dentro de la comunidad y desempeñe más de un rol en el desarrollo de posibles patologías que pongan en riesgo a otras personas. Asimismo, con la obtención de estos resultados, estaremos en la capacidad de poder tomar las medidas necesarias para implementar actividades de promoción y prevención en salud mental, proporcionando a los adultos mayores de una mayor calidad de vida.

Confidencialidad

Como hemos referido todos sus resultados que se generen serán tratados con la más estricta confidencialidad

Contacto

Si usted tiene alguna pregunta acerca de este estudio el personal asignado a coordinar este estudio puede responder preguntas adicionales sobre la encuesta, * o cualquier procedimiento.

DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO INFORMADO/AUTORIZACION

Yo he tenido oportunidad de hacer preguntas, y siento que todas mis preguntas han sido contestadas.

He comprendido que mi participación es voluntaria y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento. Además, entiendo que estando de acuerdo de participar en este estudio estoy dando permiso para se procese la información que he respondido en los cuestionarios.

En base a la información que me han dado, estoy de acuerdo en participar en este estudio.

Nombre de participante que da su autorización	
DNI	

Firma y/o huella digital del participante que da su autorización	
--	--

Nombre del Investigador principal	Hugo Fernando Lema Aguirre
Documento de identidad	73244830

Fecha:

ANEXO 2.4

MATRIZ DE SISTEMATIZACIÓN DE DATOS

Sujetos	Genero	Edad	E. Civil	G. Instrucción	Ocupación	HTA	DM	CARDIOPATIA	ERC	ENF. OSTEOAR.	EPOC	SECUELA ACV	GASTRITIS	VARICES EN MMII	CIRROSIS HEPATICA	HBP	HIPOTIROIDISMO	NINGUNO	I. KATZ#	I.KATZ.CAT.	E. LAWTON/BRODY#	E. LAWTON/BRODY.CAT.	E. DEPRESIÓN#	E. DEPRESION.CAT
1	2	79	3	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	6	G	0	1	15	3
2	2	78	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	5	1
3	2	82	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	5	2	2	1
4	2	67	1	5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	1	1
5	2	84	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	2	1	8	2
6	1	64	1	2	4	2	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	1	1
7	2	63	3	6	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	8	3	4	1
8	2	87	3	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	4	2	0	1
9	2	83	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	5	2	9	2
10	2	93	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	3	1	6	2
11	2	71	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	15	3
12	2	80	2	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	9	2
13	2	86	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	3	D	5	2	9	2
14	2	80	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	6	3	6	2
15	2	81	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	5	2	6	2
16	2	91	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	6	G	0	1	14	3
17	1	75	2	2	4	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	8	3	6	2
18	2	67	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	2	1
19	2	74	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	B	6	3	5	1

20	2	63	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	C	3	1	14	3
21	1	83	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	10	3
22	1	74	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	3	1	
23	1	78	4	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	4	2	3	1	
24	1	81	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	C	1	1	5	1	
25	2	64	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	4	1	
26	2	83	3	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	6	2	
27	2	75	4	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	5	2	4	1	
28	1	72	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	3	1	
29	1	63	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	3	1	
30	2	59	4	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	A	6	3	7	2	
31	1	76	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	4	E	3	1	7	2	
32	2	71	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	7	3	3	1	
33	2	65	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	6	2	
34	2	77	1	1	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	5	2	2	1	
35	2	66	6	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	3	D	5	2	15	3	
36	1	65	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	4	E	0	1	6	2	
37	2	60	1	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	5	1	
38	2	79	1	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	3	1	
39	2	85	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	A	3	1	2	1	
40	2	75	3	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	4	2	4	1	
41	2	60	1	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	5	1	
42	1	60	1	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	6	3	6	2	
43	2	82	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	5	2	9	2	
44	1	68	6	2	6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	3	1	
45	2	60	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	12	3		
46	1	67	1	5	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	2	1	
47	2	77	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	5	1		
48	2	78	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	6	2	

49	1	64	2	4	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	5	2	2	1
50	1	81	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	5	2	12	3
51	2	82	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	5	1	
52	1	67	2	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	4	1	
53	2	72	2	1	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	4	2	9	2	
54	2	66	3	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	2	1	
55	2	67	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	4	1	
56	2	62	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	5	2	5	1	
57	2	79	3	2	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	4	1	
58	2	63	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	4	1	
59	2	71	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	0	A	7	3	5	1
60	2	94	3	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	F	1	1	5	1	
61	2	68	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	6	3	14	3	
62	1	81	3	1	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	6	3	7	2	
63	1	70	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	2	1	
64	1	68	3	3	6	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	A	6	3	1	1	
65	2	60	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	6	2	
66	1	79	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	4	2	7	2	
67	2	63	1	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	A	8	3	3	1	
68	2	60	6	5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	A	8	3	4	1	
69	2	63	2	3	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	2	1	
70	2	75	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	5	1	
71	1	70	6	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	A	8	3	7	2	
72	2	72	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	B	7	3	5	1	
73	1	62	5	3	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	4	2	11	3	
74	1	69	2	2	4	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	5	2	6	2	
75	2	84	3	1	6	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	4	E	1	1	12	3	
76	1	80	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	4	2	8	2	
77	2	68	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	C	3	1	5	1	

78	2	63	3	5	2	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	8	3	9	2
79	2	69	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	5	1
80	2	86	6	1	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	1	2	4	E	0	1	5	1
81	1	74	3	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	9	2
82	1	61	6	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	A	7	3	7	2
83	1	74	1	2	6	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	0	A	6	3	12	3
84	1	77	3	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	A	8	3	12	3
85	1	61	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	4	1
86	1	72	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	0	A	4	2	6	2
87	2	76	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	5	F	2	1	12	3
88	1	76	2	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	4	1
89	1	80	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	6	3	3	1
90	2	68	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	6	2
91	2	60	3	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	2	1
92	2	80	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	4	2	10	3
93	2	79	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	1	1
94	2	60	6	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	6	2
95	1	71	2	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	6	3	1	1
96	2	70	3	5	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	2	1
97	2	78	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	6	2
98	1	71	2	5	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	1	1
99	2	60	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	7	3	11	3
100	2	67	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	2	1
101	2	62	1	4	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	1	1
102	2	61	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	1	B	8	3	7	2
103	2	66	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	C	4	2	9	2
104	2	60	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	10	3
105	2	70	3	3	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	12	3
106	1	78	4	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	A	7	3	5	1

107	2	68	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	B	7	3	9	2
108	1	71	4	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	5	1
109	1	84	3	2	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	5	2	9	2	
110	2	63	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	5	1	
111	2	83	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	A	4	2	6	2	
112	2	66	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	4	1	
113	1	76	2	2	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	5	1	
114	2	69	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	7	2	
115	2	60	1	3	6	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	7	3	3	1	
116	2	60	1	4	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	5	1	
117	2	71	3	3	2	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	C	3	1	11	3	
118	2	62	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	6	2	
119	1	61	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	6	2	
120	1	75	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	4	2	11	3	
121	1	69	2	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	4	2	4	1	
122	2	71	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	4	1	
123	2	64	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	3	1	
124	1	60	2	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	2	1	
125	1	80	2	2	6	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	F	0	1	13	3	
126	2	77	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	13	3	
127	2	60	6	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	1	1	
128	1	65	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	3	1	9	2	
129	1	70	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	1	1	12	3	
130	2	62	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	5	2	7	2	
131	2	74	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	5	1	
132	1	78	2	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	9	2	
133	1	60	6	2	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	6	2	
134	2	60	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	5	2	9	2	
135	2	68	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	C	3	1	15	3	

136	1	72	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	C	5	2	6	2
137	2	60	3	1	2	2	2	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	6	2
138	2	77	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	C	3	1	11	3
139	2	60	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	8	3	8	2	
140	2	71	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	5	1	
141	2	79	1	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	6	3	10	3	
142	2	78	2	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	0	A	7	3	5	1	
143	2	74	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	10	3	
144	1	79	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	C	7	3	3	1
145	2	68	1	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	A	8	3	6	2	
146	2	78	3	1	2	2	1	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	C	4	2	12	3
147	1	64	2	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	0	1
148	2	81	3	2	2	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	4	2	4	1	
149	2	84	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	3	1	
150	1	83	1	1	4	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	0	A	5	2	13	3	
151	1	79	2	2	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	C	8	3	7	2	
152	2	60	1	2	6	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	6	2	
153	2	69	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	9	2
154	2	62	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	0	A	6	3	7	2	
155	1	83	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	4	2	6	2
156	2	84	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	3	1	7	2	
157	2	63	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	5	2	10	3
158	1	60	2	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	4	1
159	1	60	6	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	0	A	8	3	7	2	
160	1	80	2	3	4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	1	B	3	1	9	2
161	2	65	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	5	1	
162	2	60	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	8	3	5	1	
163	2	85	3	1	2	1	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	6	G	1	1	11	3	
164	2	60	6	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	9	2	

165	2	70	1	2	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	8	3	2	1
166	2	68	6	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	1	B	7	3	5	1	
167	1	81	3	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	B	8	3	2	1	
168	2	71	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	7	3	3	1	
169	2	71	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	1	2	2	2	0	A	4	2	9	2	
170	2	60	1	5	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	8	3	3	1	
171	2	63	2	3	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	6	3	3	1	
172	2	67	2	3	5	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	A	7	3	3	1	
173	2	66	3	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	A	8	3	2	1	
174	2	70	2	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	5	F	4	2	13	3	
175	2	71	2	3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	7	3	14	3	
176	1	73	2	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	4	2	11	3	
177	2	75	3	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2	2	2	0	A	6	3	11	3	
178	1	80	2	2	5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	4	3	4	1	
179	2	69	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	6	3	11	3	
180	1	70	3	3	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	5	2	6	2	
181	1	69	2	3	1	1	1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	C	1	1	9	2	
182	1	65	2	2	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	4	E	1	1	6	2	
183	1	93	3	3	6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	6	G	0	1	8	2	
184	2	70	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	0	A	4	2	8	2	
185	2	69	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1	0	A	6	3	5	1	
186	2	81	2	3	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	C	4	2	5	1	

