

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



**INDICADORES SOCIOFAMILIARES Y DEPENDENCIA ASOCIADOS CON EL
NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD ALTO
SELVA ALEGRE, AREQUIPA – 2022**

Tesis presentada por el Bachiller:

García Ramos, Fernando José

Para optar el Título Profesional de:

Médico Cirujano

Asesora:

Dra. Quiñones Hermosa, Ángela

Arequipa - Perú

2022

DICTAMEN APROBATORIO

UCSM-ERP

UNIVERSIDAD CATÓLICA DE SANTA MARÍA

MEDICINA HUMANA

TITULACIÓN CON TESIS

DICTAMEN APROBACIÓN DE BORRADOR

Arequipa, 19 de Abril del 2022

Dictamen: 006367-C-EPMH-2022

Visto el borrador del expediente 006367, presentado por:

2015700141 - GARCIA RAMOS FERNANDO JOSE

Titulado:

**INDICADORES SOCIOFAMILIARES Y DEPENDENCIA ASOCIADOS CON EL NIVEL DE DEPRESIÓN
EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA ? 2022**

Nuestro dictamen es:

APROBADO

**1147 - MEDINA VASQUEZ MANUEL EDWIN
DICTAMINADOR**



**1249 - LLAZA LOAYZA ELISA GLORIA
DICTAMINADOR**



**1424 - NUÑEZ BERNAL CESAR AUGUSTO
DICTAMINADOR**





DEDICATORIA

A mis padres, José Luis y Mery, por motivarme constantemente, por su apoyo incondicional y por enseñarme a luchar por mis sueños.

A mis hermanos, por ser mi guía desde pequeño y formarme en valores y virtudes.



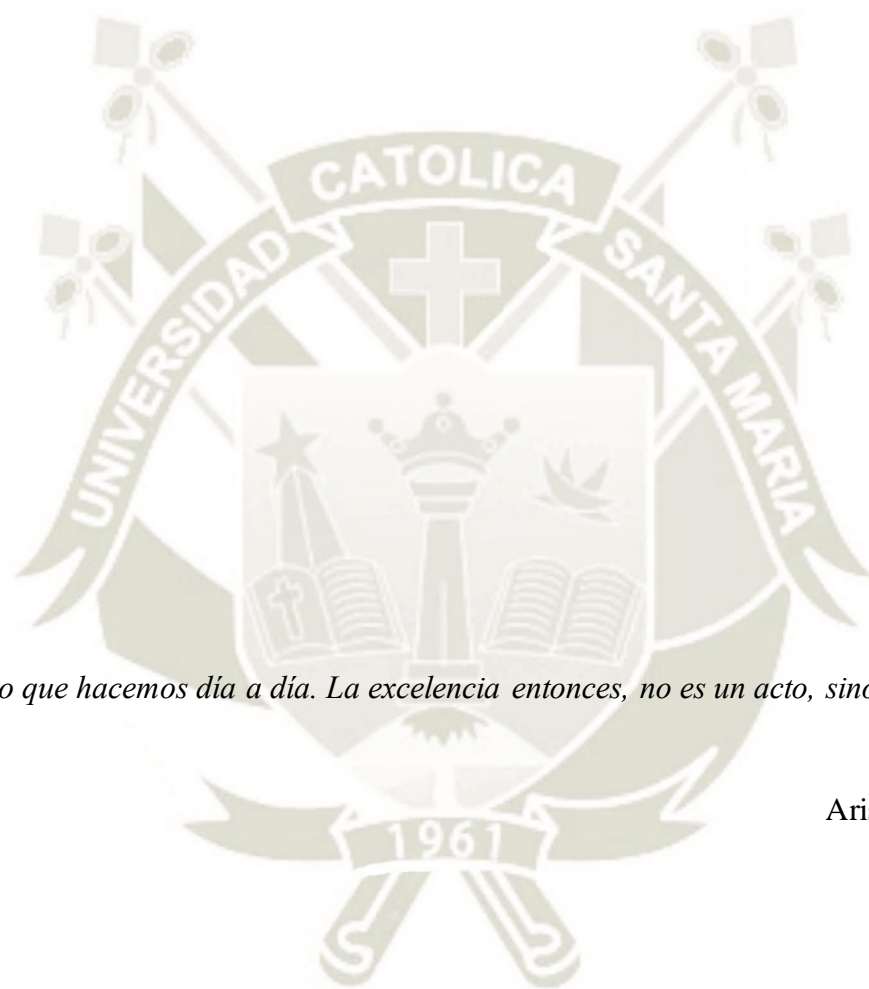
AGRADECIMIENTO

A Dios, por darme disciplina y perseverancia cada día para cumplir mis objetivos.

A mi familia, por su apoyo y comprensión diaria durante mi etapa de estudiante.

A la Universidad Católica de Santa María, mi alma mater, por brindarme la oportunidad de desarrollarme como profesional médico y formarme académica y actitudinalmente

A mis amigos, por las experiencias vividas durante mi vida universitaria.



“Somos lo que hacemos día a día. La excelencia entonces, no es un acto, sino un hábito”

Aristóteles

RESUMEN

La presente investigación busca determinar la asociación entre indicadores sociofamiliares y dependencia funcional con el nivel de depresión de los adultos mayores. El estudio fue descriptivo correlacional con diseño transversal. La población estuvo conformada por 5099 adultos mayores y la muestra por 146. La técnica aplicada en el estudio fue la encuesta y los instrumentos fueron: La Escala de Yasavage, Escala de valoración de Gijón y la Escala de valoración de actividades de la vida diaria “Índice de KATZ”. La hipótesis fue contrastada con la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson. Después del procesamiento de datos se encontraron los siguientes resultados: de 146 adultos mayores que participaron en la encuesta, el 50,7% corresponden al grupo de edad de 60,7 años y el 63,7% de sexo femenino. El 39,7% presentó síntomas depresivos leves, 52,1% con riesgo social intermedio y el 83,6% con ausencia de incapacidad. Al asociar las variables, la valoración del riesgo sociofamiliar se asocia significativamente ($p=0,000$) al nivel de depresión; así mismo la dependencia funcional ($p=0,000$). Se concluye que los indicadores sociofamiliares, y la discapacidad funcional se asocian con significancia estadística ($p<0,05$) al nivel de depresión del adulto mayor.

PALABRAS CLAVE: Depresión, discapacidad, indicadores, riesgo social, familiar.

ABSTRACT

This research seeks to determine the association between social and family indicators and functional dependency with the level of depression in older adults. The study was descriptive correlational with a cross-sectional design. The population consisted of 5,099 older adults and the sample was 146. The technique applied in the study was the survey and the instruments were: The Yasavage Scale, the Gijón Assessment Scale, and the Activity Assessment Scale of the daily life “KATZ index”. The hypothesis was contrasted with Pearson's Chi Square statistical test. After data processing, the following results were found: of 146 older adults who participated in the survey, 50.7% correspond to the age group of 60.7% years and 63.7% are female. 39.7% presented mild depressive symptoms, 52.1% with intermediate social risk and 83.6% with no disability. When associating the variables, the socio-family risk assessment is significantly associated ($p=0.000$) with the level of depression; likewise functional dependence ($p=0.000$). It is concluded that the socio-family indicators and functional disability are associated with statistical significance ($p<0.05$) at the level of depression in the elderly.

KEY WORDS: Depression, disability, indicators, social risk, family

ÍNDICE GENERAL

DICTAMEN APROBATORIO	ii
DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	iv
RESUMEN.....	vi
ABSTRACT.....	vii
INTRODUCCIÓN	1
CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO.....	2
1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	3
1.1. Determinación del problema	3
1.2. Enunciado del problema	3
1.3. Descripción del problema	3
1.3.1. Área del conocimiento	3
1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores	3
1.3.3. Interrogantes básicas	6
1.3.4. Tipo de investigación	6
1.3.5. Diseño de investigación	6
1.3.6. Nivel de investigación	6
1.4. Justificación del problema	6
1.4.1. Justificación científica:.....	6
1.4.2. Justificación social:	6
1.4.3. Factibilidad:.....	7
1.4.4. Justificación personal:	7
2. OBJETIVOS	7
2.1. Objetivo general:	7
2.2. Objetivos específicos:.....	7
3. MARCO TEÓRICO.....	8
3.1. Conceptos básicos	8
3.1.1. Adulto.....	8
3.1.2. Depresión	10

3.1.3.	DISCAPACIDAD FUNCIONAL.....	16
3.1.4.	INDICADORES SOCIOFAMILIARES.....	18
3.2.	Análisis de antecedentes investigativos:	22
3.2.1.	A nivel local:	22
3.2.2.	A nivel nacional:	22
3.2.3.	A nivel internacional:	24
4.	HIPOTESIS.....	27
CAPITULO II: PLANTEAMIENTO OPERACIONAL		28
1.	Técnica, instrumentos y materiales	29
1.1.	Técnicas:.....	29
1.2.	Instrumentos:.....	29
1.3.	Materiales	29
2.	Campo de verificación	29
2.1.	Ámbito.....	29
2.2.	Unidades de estudio.....	29
2.2.1.	Universo	29
2.2.2.	Tamaño de la Muestra	30
2.3.	Temporalidad.....	31
2.4.	Ubicación espacial	31
2.5.	Tipo de investigación	31
2.6.	Nivel de investigación	31
2.7.	Diseño de investigación.....	31
3.	Estrategia de Recolección de datos.....	31
3.1.	Organización.....	31
3.2.	Validación de instrumentos	31
3.3.	Criterios para el manejo de resultados.....	32
CAPITULO III: RESULTADOS.....		33
PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS		34
DISCUSIÓN.....		48
CONCLUSIONES		51

RECOMENDACIONES.....	52
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	53
ANEXOS.....	60
ANEXO 1: FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	61
ANEXO 2: INDICADORES SOCIOFAMILIARES.....	68
ANEXO 3: MATRIZ DE CONSISTENCIA.....	70
ANEXO 4: MATRIZ DE DATOS.....	72



ÍNDICE DE TABLAS

Tabla N° 1. Nivel de riesgo social en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	34
Tabla N° 2. Grado de discapacidad funcional en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	35
Tabla N° 3. Nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	37
Tabla N° 4. Riesgo social asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	38
Tabla N° 5. Grado de discapacidad asociado al nivel de depresión de los adultos mayores en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	40
Tabla N° 6. Edad asociada al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	42
Tabla N° 7. Sexo asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	44
Tabla N° 8. Riesgo social y dependencia funcional asociados con el nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	46

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1. Nivel de riesgo social en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa	34
Gráfico 2-. Grado de discapacidad funcional en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	35
Gráfico 3. Nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	37
Gráfico 4, Riesgo social asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	38
Gráfico 5. Grado de discapacidad asociado al nivel de depresión de los adultos mayores en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	40
Gráfico 6. Edad asociada al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.	42
Gráfico 7. Sexo asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa	44
Gráfico 8- Riesgo social y dependencia funcional asociados con el nivel de depresión	46

INTRODUCCIÓN

En el momento actual, los adultos mayores constituyen un grupo de mayor riesgo para las instituciones de salud. La vulnerabilidad que presentan los enfrenta a muchas situaciones de riesgo, por lo que están predispuestos a padecer múltiples enfermedades dentro de ellas problemas de salud psicosocial y clínica, como la depresión, problemas socio familiares y por el envejecimiento progresivo presentar discapacidad funcional.

Según la Organización Mundial de la Salud, entre los años 2020 a 2050 los adultos mayores de 60 años se triplicarán y los países deberán enfrentar a retos importantes para garantizar que sus sistemas sanitarios y sociales estén preparados para afrontar ese cambio demográfico (1).

En ese contexto, los síntomas depresivos que presentan los adultos mayores son una condición que genera mayor carga de enfermedad, más aún cuando el entorno socio familiar influyen negativamente y cuando presentan disminución en su capacidad funcional. Dentro del deterioro funcional, la discapacidad funcional en los adultos mayores está relacionada con depresión y sentimientos de inutilidad por el impacto clínico y psicosocial que ocasiona los síntomas depresivos (2), así mismo el riesgo social bajo que ostentan los adultos con bajos recursos económicos (3), y con participación reducida con su entorno social familiar (4).

Bajo estas premisas el presente estudio investigó la asociación entre los indicadores sociofamiliares y la capacidad funcional con el nivel de depresión del adulto mayor atendido en el Centro de Salud Selva Alegre de Arequipa, encontrando resultados que confirman la hipótesis planteada en la investigación.



CAPITULO I: PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1. PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1. Determinación del problema

Indicadores sociofamiliares y dependencia asociados con el nivel de depresión en el adulto mayor del centro de salud Alto Selva Alegre, Arequipa – 2022

1.2. Enunciado del problema

¿Cuál es la relación entre los Indicadores sociofamiliares y dependencia asociados con el nivel de depresión en el adulto mayor del centro de salud Alto Selva Alegre, Arequipa – 2022?

1.3. Descripción del problema

1.3.1. Área del conocimiento

- Área general: Ciencias de la Salud
- Área Específica: Medicina Humana
- Especialidad: Psiquiatría
- Línea: Discapacidad Funcional

1.3.2. Análisis u operacionalización de variables e indicadores

- **Variable Independiente:** Indicadores sociofamiliares y dependencia.
- **Variable dependiente:** Nivel de depresión.

VARIABLE	INDICADOR	UNIDAD	CATEGORÍA	ESCALA
VARIABLES INDEPENDIENTES				
Indicadores sociofamiliares (Escala de Gijón)	Situación Familiar	< 10 puntos: normal o riesgo social bajo.	Normal	Ordinal
	Situación económica		Riesgo bajo	
	Vivienda	10-16 puntos: riesgo social intermedio.	Riesgo intermedio	
	Relaciones sociales	> 17 puntos: riesgo social elevado	Riesgo social	
	Apoyo red social		Riesgo social elevado	
Discapacidad funcional	Baño	Ausencia de Incapacidad (0 - 1)	Ausencia de	
	Vestido		Incapacidad	

(Índice de Katz)	Uso de WC	Incapacidad moderada (2 - 3) Incapacidad severa (4 - 6)	Incapacidad moderada Incapacidad severa	Ordinal
	Movilidad			
	Continencia			
	Alimentación			
Edad	Años de vida	Años de vida	Cuantitativa	De razón
Sexo	Género al momento de nacer	Masculino/Femenino	Cualitativa dicotómica	Nominal
VARIABLE DEPENDIENTE				
Nivel de depresión (Escala de Yesavage)	¿Está satisfecho/a con su vida?	0 – 5: Nivel normal 6 – 9: Depresión leve >10: Depresión severa	Normal de depresión Depresión leve Depresión severa	Ordinal
	¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?			
	¿Nota que su vida está vacía?			
	¿Se encuentra a menudo aburrido?			
	¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?			
	¿Tiene miedo de que le pase algo malo?			
	¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?			
	¿Se siente a menudo abandonado/a?			
	¿Prefiere quedarse en			

	<p>¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?</p> <p>¿Cree que vivir es maravilloso?</p> <p>¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?</p> <p>¿Se encuentra lleno de energía?</p> <p>¿Cree que su situación es desesperada?</p> <p>¿Cree que su situación es desesperada?</p>			
--	--	--	--	--

1.3.3. Interrogantes básicas

- ¿Existen indicadores sociofamiliares y dependencia funcional asociados con el nivel de depresión de los adultos mayores?
- ¿Cuál es nivel de riesgo social en los adultos mayores?
- ¿Cuál es el grado de discapacidad funcional de los adultos mayores?
- ¿Cuál es el nivel de depresión de los adultos mayores?
- ¿Existe asociación entre los indicadores sociofamiliares y el nivel de depresión de los adultos mayores?
- ¿Existe asociación entre el grado de discapacidad y el nivel de depresión de los adultos mayores?

1.3.4. Tipo de investigación

Descriptivo correlacional

1.3.5. Diseño de investigación

Transversal

1.3.6. Nivel de investigación

Nivel descriptivo

1.4. Justificación del problema

1.4.1. Justificación científica:

Se pretende contribuir al conocimiento de la relación existente entre el nivel de depresión con el riesgo social y la discapacidad funcional en adultos de la tercera edad para un pronto abordaje y de esta manera brindarle a la población geriátrica una mejora calidad de vida y evitar problemas mayores.

1.4.2. Justificación social:

Al haber un cambio estructural en la pirámide poblacional del país, en la cual se evidencia un crecimiento de la población de la tercera edad (5), es importante indagar en los problemas de este grupo etario. Más concretamente el nivel de depresión, los riesgos sociales y la discapacidad funcional, ya que son situaciones de riesgo muy importantes para el desarrollo de otras patologías y además, frecuentemente infravalorados.

1.4.3. Factibilidad:

El estudio es factible en el contexto actual porque consistirá en la aplicación de escalas sencillas para obtener la información en forma directa del adulto mayor mediante preguntas estructuradas en cada instrumento. La población elegida será evaluada en el centro de Salud Alto Selva Alegre en los adultos mayores que llegan a la consulta externa, donde se tiene acceso y aceptación para realizar la presente investigación.

1.4.4. Justificación personal:

Siendo mis padres adultos de la tercera edad, con síntomas depresivos debido al contexto vivido por la pandemia del Covid 19, y basado en los resultados puedan recibir tratamiento oportuno y que puedan acompañarme en mis futuros éxitos y fracasos con una calidad de vida óptima en lo que les queda de vida.

2. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general:

Determinar la asociación entre indicadores sociofamiliares y dependencia funcional con el nivel de depresión de los adultos mayores

2.2. Objetivos específicos:

- Evaluar el nivel de depresión en los adultos mayores.
- Identificar los factores sociofamiliares que llevan a la depresión en los adultos mayores.
- Evaluar el grado de discapacidad funcional de los adultos mayores.
- Identificar la relación entre la edad y el sexo del adulto mayor con el nivel de depresión.
- Determinar la asociación entre los indicadores sociofamiliares y el nivel de depresión de los adultos mayores.
- Determinar la asociación entre el grado de discapacidad y el nivel de depresión de los adultos mayores.

3. MARCO TEÓRICO

3.1. Conceptos básicos

3.1.1. Adulto

3.1.1.1. Definición

La definición de adulto mayor ha variado con el paso del tiempo. El concepto era definido en 1979 por la OMS según el país en el que se encontraba. Se consideraba como tal si era mayor de 65 años en un país desarrollado y mayor de 60 años si se encontraba en un país en vías de desarrollo (6). En el Perú, según la ley N° 30490, se considera como adulto mayor a aquella persona que tiene 60 años a más (7). Este grupo etario se caracteriza por presentar cambios fisiológicos y generales atribuidos al envejecimiento. Estos son consecuencia de un envejecimiento molecular, celular y funcional, que predisponen al adulto mayor a una serie de patologías que incrementan su discapacidad funcional (8).

Se estima que para el año 2050, uno de cada cinco peruanos será un adulto mayor y para el año 2070 la población anciana y la población joven serán equivalentes (5).

3.1.1.2. Envejecimiento

El envejecimiento es un fenómeno fisiológico presente a lo largo de todo el ciclo vital (9). Está relacionado con la acumulación de daños moleculares y celulares. Estos provocan en el hombre una disminución de las reservas fisiológicas. También aumentan el riesgo de muchas enfermedades y disminuyen la capacidad funcional del individuo (10). Se caracteriza por ser un proceso continuo, heterogéneo, universal e irreversible (9).

Hay diversas teorías que buscan explicar las causas de este proceso (8).

3.1.1.2.1. Teorías estocásticas

- a. **Teoría del error catastrófico:** Esta teoría planteaba que a medida que pasan los años las proteínas sintetizadas por el ser humano serían proteínas defectuosas. Sin embargo, dicha teoría ya fue descartada.

- b. **Teoría del entrecruzamiento:** Indica que los enlaces proteicos o entre las cadenas de ácidos nucleicos aumenta con la edad. Esta teoría también explicaría el desarrollo de otras patologías relacionadas como por ejemplo las cataratas y las complicaciones de la diabetes mellitus.
- c. **Teorías del desgaste o acumulación de productos de desecho:** Sheldrake sugiere que cada organismo está conformado por estructuras irremplazables. Por tanto, con el paso del tiempo se dañan lo que conlleva al daño y la muerte de células y tejidos, provocando el envejecimiento.
- d. **Teoría genético – estocástica:** Esta teoría hace responsable al entorno celular de los daños provocados.
- e. **Teoría de la mutación somática o mutación genética:** Menciona que son los agentes externos los que provocan alteraciones en el ADN de las células somáticas lo cual conlleva al envejecimiento.
- f. **Teoría de los radicales libres:** Indica que los responsables de los cambios producidos en el envejecimiento se deben a los radicales libres producidos tras la respiración, el ejercicio y otros factores ambientales (9).

3.1.1.2.2. Teorías No Estocásticas

- a. **Teoría de las mutaciones tardías:** Hay mutaciones que se acumulan con el paso de los años y a determinada edad producen una errónea codificación lo que conlleva al envejecimiento.
- b. **Teoría del límite de Hayflick:** Se conoce como *Teoría de la capacidad replicativa finita de las células*. Sitúa a un gen que inactiva a la telomerasa como responsable del envejecimiento.
- c. **Teoría del marcapaso:** Señala que tanto el sistema endocrino como inmune serían *marcadores intrínsecos* del envejecimiento.
- d. **Teoría neuroendocrina:** Centra los errores genéticos y sus resultados en el eje hipotálamo – hipofisio – suprarrenal. Sin embargo, este eje se ve alterado por muchos factores.

Estas teorías están relacionadas con una parte del proceso de envejecimiento. Por lo tanto, podemos decir que el envejecimiento no es fruto de un solo factor; sino más bien la suma de distintos factores tanto extrínsecos como intrínsecos (8).

A esto se suman diversos cambios en los diferentes órganos. De esta manera se produce una pérdida de función de forma progresiva y una disminución de la máxima capacidad funcional (11). Sin embargo, es importante diferenciar un envejecimiento normal a uno patológico. Este último se da cuando la incidencia de diferentes procesos, esencialmente la enfermedad, alteran los diferentes parámetros y le impiden o dificultan la adaptación correspondiente (12). El envejecimiento suele asociarse con la depresión y pérdida de otras habilidades ante otra enfermedad asociada (13).

3.1.2. Depresión

En esta sección se elabora una revisión bibliográfica de los conceptos generales de los cuales se sustenta el análisis textual de **Depresión**: Los conceptos a considerar son: Definición, cuadro clínico, clasificación, diagnóstico y por último, la evaluación de los síntomas depresivos en el adulto mayor (15).

3.1.2.1. Definición

La depresión es definida por el National Institute of Mental Health (NIH) como un trastorno del estado de ánimo causante de síntomas de angustia. Estos afectan cómo el individuo se siente, piensa y coordina las actividades diarias (trabajar, comer o dormir). Los síntomas que refiera el paciente deben estar presentes la mayor parte del día, casi todos los días, durante por lo menos dos semanas (14). El ministerio de salud del Perú indica que se caracteriza por la pérdida de interés y goce en las cosas que antes disfrutaba, fatiga o cansancio. Existe una serie de factores de riesgo asociados a esta enfermedad, como la carencia de estabilidad y/o afectividad, un ambiente familiar con problemas continuos o discusiones y también factores hereditarios (15).

3.1.2.2. Cuadro Clínico

La Guía de Práctica Clínica dada por el Ministerio de Salud relacionada a la depresión y la salud mental menciona la siguiente sintomatología:

- **Tristeza patológica:** Esta se diferencia de la “tristeza normal” porque interfiere en la vida del paciente de manera negativa. También tiene dificultades para dar afecto y amor.
- **Desgano y anhedonia:** Pierde el placer al realizar actividades que antes disfrutaba.
- **Ansiedad:** Esta caracteriza a la enfermedad. En caso de estar juntas se conoce como depresión ansiosa. Sin embargo, si predomina la inhibición se denominará depresión inhibida. Esta última es característica en personas irritables y agresivas.
- **Insomnio:** Presente en la mayoría de los casos. Aunque a veces puede presentarse como hipersomnía.
- **Alteraciones del pensamiento:** Presencia de ideas derrotistas, sentimientos de culpa, obsesiones, distracción y alteración de la memoria.
- **Alteraciones somáticas:** Pueden ser dolor crónico, sudoración nocturna, fatiga, constipación, etc.
- **Alteraciones de comportamiento:** Disminución del rendimiento e incapacidad para tomar decisiones.
- **Modificaciones del peso:** Pérdida de peso, aunque también puede haber una ganancia de peso, pero es menos frecuente.
- **Pensamiento suicida:** La depresión geriátrica y el suicidio están muy relacionados (15).

3.1.2.3. Clasificación

Según la DSM-V, los trastornos depresivos pueden presentarse de la siguiente manera:

3.1.2.3.1. Trastorno de desregulación destructiva del estado de ánimo

- Es un trastorno que se presenta entre los 6 y 18 años, que debe durar 12 meses o más, de los cuales no puede haber algún periodo sin los síntomas por más de tres meses.
- Los síntomas son accesos de cólera que pueden presentar tanto verbalmente como con el comportamiento. Además, estos accesos son desproporcionales a la provocación.
- El trastorno no puede coexistir con trastornos como el negativista desafiante, el bipolar o el explosivo inminente.
- El trastorno puede coexistir con el trastorno de depresión mayor, el trastorno de déficit de atención, el consumo de sustancias y otros trastornos de conducta (16).

3.1.2.3.2. Trastorno de depresión mayor“

- El trastorno se caracteriza por la presencia de cinco o más síntomas por un periodo de dos semanas. De estos síntomas, uno necesariamente debe ser el estado de ánimo deprimido o la pérdida de interés o de placer por cosas que antes disfrutaba.
- Los síntomas adicionales pueden ser: Pérdida o aumento de peso o disminución del apetito, alteración del sueño, retraso psicomotor o agitación observable por otros, falta de energía, sentimiento propio de culpabilidad o inutilidad, disminución en la capacidad de pensar y pensamientos de muerte recurrentes.
- Los síntomas descritos previamente deben estar presentes casi todos los días y “causar malestar clínicamente significativo” (16).

3.1.2.3.3. Trastorno depresivo persistente o distimia“

- Se refiere al estado de ánimo deprimido persistente por un periodo mínimo de dos años. Sin embargo, en niños puede tornarse a irritabilidad y el tiempo de duración se acorta a un año. Es importante mencionar que los síntomas pueden no estar presentes, pero nunca por más de dos meses seguidos.

- El estado de ánimo deprimido se acompaña de los siguientes síntomas: “alteración del apetito, alteración del sueño, poca energía, autoestima baja, disminución en la concentración, sentimientos de desesperanza”
- Estos síntomas no han estado acompañados de episodios de manías ni pueden ser explicados por un trastorno psicótico o del espectro de la esquizofrenia (16).

3.1.2.3.4. Trastorno disfórico premenstrual“

- Se refiere a un trastorno presente en casi todos los ciclos menstruales. Debe estar acompañado de al menos cinco síntomas y se presentan antes de la menstruación, mejor después del inicio de esta y seden una semana después de su finalización.
- Al menos uno de los siguientes síntomas debe estar presente: “Labilidad afectiva muy intensa, irritabilidad, estado de ánimo deprimido o desesperanza, ansiedad“.
- Otros síntomas adicionales pueden ser: Dificultad para concentrarse, fatigabilidad, alteración del apetito, alteración del sueño, sensación de estar sin control, dolores articulares, musculares o mastalgia“(16).

3.1.2.3.5. Trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos “

- Este trastorno puede presentar durante la intoxicación o durante la abstinencia y sólo se hará el diagnóstico si el cuadro clínico es lo suficientemente grave de tal manera que justifique su atención.
- El cuadro clínico se caracteriza por un estado de ánimo muy deprimido, una disminución muy marcada por el placer por todas o casi todas las actividades que antes disfrutaba (16).

3.1.2.3.6. Trastorno depresivo debido a otra afección médica“

- En este trastorno es importante incluir la otra afección médica y no debe ser explicada de una mejor manera por otro trastorno mental.

3.1.2.3.7. Otro trastorno depresivo especificado“

- Se refiere a aquellos trastornos depresivos caracterizados por sintomatología causante de malestar clínico pero que no cumplen los

otros criterios que permitan clasificarlo dentro de algún trastorno depresivo.

- Aquí se debe indicar el motivo por el cuál no cumple los criterios para ser incluida dentro de otro trastorno

3.1.2.3.8. Otro trastorno depresivo no especificado“

- Se diferencia del anterior porque no es necesario especificar la razón por la cual incumple los criterios de otro trastorno depresivo específico (16).

3.1.2.4. Diagnóstico:

La DSM-5 brinda criterios para el diagnóstico de trastorno depresivo mayor “Cinco o más de los siguientes síntomas y al menos uno de ellos debe ser estado de ánimo deprimido o pérdida de interés o placer. Los siguientes síntomas deben estar presentes casi todos los días y la mayor parte del día por dos semanas o más: “

- i. “Estado deprimido. “
 - ii. “Disminución del interés o placer por casi todas las actividades la mayor parte del día. “
 - iii. “Pérdida o aumento de peso importante o alteración de apetito. “
 - iv. “Hipersomnia o insomnio. “
 - v. “Sentimiento de inutilidad o culpabilidad. “
 - vi. “Retraso psicomotor o agitación. “
 - vii. “Pérdida de energía o fatiga. “
 - viii. “Disminución de la capacidad para concentrarse o tomar decisiones“
 - ix. “Pensamientos de muerte recurrente. “
- B. “Los síntomas causan malestar clínico o deterioro en alguna área importante del funcionamiento. “
 - C. “El episodio no se atribuye a algún fármaco u enfermedad. “

- D. “El episodio de depresión no se explica mejor por un trastorno del espectro de la esquizofrenia u otro trastorno psicótico “
- E. “El paciente nunca debe haber tenido un episodio de manía o hipomanía“ (16, 17).

3.1.2.5. Evaluación de la depresión en el adulto mayor

La evaluación de los trastornos depresivos en el adulto mayor precisa del uso de instrumentos rápidos, que hayan sido validados adecuadamente y permitan una aproximación diagnóstica efectiva, tanto para el personal especializado y no especializado en la atención primaria (18). Es importante identificar de manera precoz este cuadro clínico, ya que se relaciona a connotaciones negativas como alteraciones cardiovasculares, muerte, entre otros (19).

Existen numerosas escalas, para evaluar la depresión en el adulto mayor; pero con su edad avanzada le es muy difícil concentrarse a múltiples situaciones o interrogantes para responder de manera precisa. Por tanto, es recomendable utilizar escalas abreviadas, que de manera óptima detecten el nivel de depresión en la población adulta mayor.

3.1.2.5.1. Escala de Depresión Geriátrica (GDS-15).

Para la evaluación de la depresión en el adulto mayor la literatura nos ofrece la Escala de Yesavage. Es una escala dicotómica que explora sólo síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor. La primera versión fue una escala de 30 ítems, luego se publicó la escala de 15 ítems, útil como instrumento de tamizaje en grandes poblaciones (20).

La escala para Depresión Geriátrica, de 15 ítems (GDS-15), cuantifica síntomas depresivos en adultos mayores y presenta una consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 (21).

Según Yasavage y colaboradores, la depresión se conceptualiza a partir de toda aquella sintomatología cognitiva, afectiva y somática que presentan las personas adultas mayores. Está basada en los criterios del DSM-V. El adulto mayor puede presentar sentimientos de falta de energía, sentimientos de inutilidad, desesperación, tristeza, dificultades en las

relaciones sociales, entre otros (22), estos criterios están incluidos en la escala de 15 ítems que fue probada y utilizada extensamente en personas mayores (23).

La GDS-15 tiene un patrón de respuesta dicotómico (sí o no). Su finalidad es investigar los síntomas cognoscitivos de un episodio depresivo mayor, durante los últimos quince días. Se debe asignar un punto a cada respuesta sugestiva de un episodio depresivo (21).

De acuerdo a la valoración establecida por el autor se determina la siguiente calificación:

Sin manifestaciones depresivas: **0 a 4**

Presencia de síntomas depresivos leves: **5 – 8 puntos.**

Presencia de síntomas depresivos moderados: **9 a 10 puntos**

Presencia de síntomas depresivos grave: **12 – 15 puntos (24).**

3.1.3. DISCAPACIDAD FUNCIONAL

La discapacidad es un término que hace referencia a deficiencias, limitaciones en la actividad o restricciones de participación en la sociedad (25). Esta puede deberse a distintas patologías y condiciones, incluyendo el envejecimiento. La OMS requiere de otros términos para poder definir a la discapacidad:

- **Enfermedad:** Situación intrínseca que abarca cualquier tipo de enfermedad, accidente o trastorno. Toda enfermedad está clasificada en el CIE 10.
- **Deficiencia:** Se manifiesta directa de la enfermedad en los órganos del cuerpo y sus funciones.
- **Discapacidad:** Se refiere a la repercusión directa de la deficiencia en la capacidad del sujeto de realizar actividades en los términos considerados como normales para cualquier otro sujeto con sus mismas características.
- **Minusvalia:** Es la afectación del desempeño del rol social que cumple un individuo debido a la enfermedad (26).

Debido a las características de la población actual y al envejecimiento demográfico, la discapacidad funcional será uno de los principales motivos de consulta en el futuro (27). Esta se debe fundamentalmente a enfermedades crónicas que acompañan a la vejez como enfermedades cardiovasculares,

diabetes, obesidad, trastornos mentales, cáncer, enfermedades respiratorias, entre otras.

La discapacidad funcional puede ser causa de muchas patologías y desordenes. Kong y colaboradores (28), evidenciaron que los síntomas depresivos se asocian al inicio de discapacidad en adultos mayores. Los resultados indicaron que estos predicen alteraciones en las actividades de la vida diaria debido a muchos factores asociados, como por ejemplo la fatiga y el dolor.

Cuando se tiene depresión aparecen grandes sufrimientos y trastornos de la vida diaria. Estos son más evidentes en personas mayores, en quienes crea una gran dificultad en su desempeño diario. Este problema, sumado otros problemas de salud en el adulto mayor, aumenta la mala salud, gastos médicos y costo sanitario (29).

3.1.3.1. Evaluación de la discapacidad funcional

Dentro de la literatura se encuentran múltiples escalas destinadas a evaluar la discapacidad del adulto mayor. Esta valoración es importante ya que permite diseñar tratamientos integrales para los pacientes evaluados. Además, estas herramientas permiten conocer el estado basal del paciente y determinar el impacto de la enfermedad actual.

- Escala de valoración de las actividades diarias “índice de KATZ”

Esta escala es ampliamente utilizada para evaluar el grado de discapacidad en la población adulto mayor, es un cuestionario heteroadministrado. Consta de 6 ítems dicotómicos. Existen varias formas de valorar los resultados (30,31). Una de ellas y de forma sencilla consiste en considerar los ítems en forma individual, “con 0 puntos es calificada cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza”. Con la puntuación final, se determina el grado de discapacidad en tres niveles o grados:

Ausencia de incapacidad = 0 a 1 punto

Incapacidad moderada = 2 a 3 puntos

Incapacidad severa = 4 a 6 puntos (30).

El índice de Katz ha sido validado en distintos idiomas y países. Presenta una confiabilidad del intraevaluador de 0,95 e interevaluador de 0,93. También un grado de coherencia aceptable según el alpha de Cronbach (32).

3.1.4. INDICADORES SOCIOFAMILIARES

Los adultos mayores, considerados como población vulnerable, están expuestos a vivir en forma permanente situaciones de riesgo por las condiciones asociadas a su edad, por ejemplo: baja economía, bajos recursos personales, pobre entorno familiar y comunitario y poco acceso a los servicios de salud (33).

Los indicadores sociales se refieren a las necesidades sociales, las cuales están relacionadas con las situaciones de carencia que tienen el adulto mayor; sin embargo, son necesarias para que este pueda desarrollarse e integrarse a la sociedad en que vive (34).

- **Situación Familiar**

La familia, es una institución importante para sus integrantes, y más para el adulto mayor porque necesita de ella para su funcionamiento y supervivencia (35). La relación familiar para el adulto mayor es importante para socializar, especialmente para las mujeres, lo que genera lazos positivos o negativos (36).

El Instituto Nacional de Estadística e Informática menciona que, hasta mayo del año 2021, a nivel nacional 61,4% de los adultos mayores estaban con su pareja y el 21,2% estaban solos o en estado de viudez y el 17,4% vivían con familiares. En el área rural es mayor el porcentaje de adultos mayores casados o convivientes 65,3% y 23,2% corresponde a los viudos (as) y 11,4% con familiares (37).

- **Situación económica**

La baja economía que presentan los adultos mayores tiene correspondencia con los valores expuestos por la Cámara de Comercio, donde: “El 4,04% de los adultos mayores tienen una ocupación principal que no es remunerada, frente al 11,93% de las mujeres adultas mayores que también trabaja sin recibir remuneración”. En las zonas rurales el adulto mayor se dedica a realizar actividades agrícolas, pesca, manufactura e incluso minería. Por otra parte, en la zona urbana 1 de cada 10 trabajadores laboran en un

establecimiento de mayor tamaño obteniendo ingresos económicos más abundantes, mientras que en las empresas pequeñas laboran 8 de cada 10 adultos mayores, donde los ingresos son menores (38).

- **Vivienda**

Las necesidades de vivienda se relacionan con las necesidades instrumentales y materiales de los adultos mayores que poseen bajos ingresos económicos, los que se ven reducidos para poder adquirir la vivienda o encuentran barreras para ello (35).

Una vivienda debe cumplir las siguientes condiciones: Debe ser segura, básica y confortable. También debe ser accesible para el adulto mayor, tanto en su exterior e interior, y debe estar equipada para satisfacer las necesidades del adulto mayor (39).

Según la Convención Interamericana sobre la Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores, “la vivienda del adulto mayor debe ser adecuada y digna, para que pueda vivir con un entorno saludable, accesible y adaptable para satisfacer sus necesidades” (1).

- **Relaciones sociales**

Los adultos mayores son seres humanos que requieren de relación. Este aspecto es esencial para el desarrollo del adulto, para ello debe mantener relación con amigos y familia, o personas que viven en su entorno. Esta relación se considera muy relevante, en especial si aún tiene su pareja, vínculo que es importante en el periodo de la adultez y la vejez (40).

Es importante destacar que los adultos mayores que perdieron su pareja no solo pierden amor y amistad, sino que también afecta en sus demás círculos sociales. Ya que la pérdida los lleva a apatía, tristeza e incluso agresividad lo que les impide relacionarse emocionalmente con otros individuos; por tanto, serían más propensos a desarrollar cuadros depresivos (41).

Al mantener buenas relaciones con amigos u otras personas, se mantiene activo mental y físicamente. Por consiguiente, se constituye como un factor protector para el adulto mayor (42).

- **Apoyo de la Red Social**

Los adultos mayores, por ser un grupo minoritario no son considerados en las prioridades del estado. Por tanto, es evidente que requieren redes sociales

y apoyo de su entorno, especialmente los de estratos bajos o aquellos que viven en pobreza (43).

La familia es muy importante para el adulto mayor. Al llegar a la tercera edad se enfrentan a situaciones difíciles que no les permite tener una adecuada calidad de vida debido a la pérdida de independencia por alteraciones de la visión, memoria y otras enfermedades crónicas. Estos individuos no pueden valerse por sí mismos; de ahí que algunos adultos dejan de laborar y acceden a una jubilación. Sin embargo, también hay otros que no tienen un sistema de jubilación y se encuentran en abandono, peor aun cuando no tiene una familia donde puedan integrarse. Debido a estas circunstancias necesitan una familia que los apoye y sostenga (44).

El Ministerio de Salud, señala que la familia es importante para el adulto mayor, debido a que muchos de ellos se encuentran en desamparo además de haber perdido sus facultades mentales y físicas (45).

3.1.4.1. Evaluación de los indicadores sociofamiliares:

La Escala de valoración sociofamiliar permite la detección de situaciones de riesgo social. Ha sido diseñada para su incorporación en la práctica asistencial de los profesionales que trabajan en la atención sanitaria o social.

La escala consta de 5 ítems como: situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social, con 5 posibles categorías en cada uno de ellos estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global, cuyo puntaje es distribuida en tres niveles y puede ser aplicado rápidamente (46).

Valoración del instrumento:

Normal o riesgo social bajo: <10 puntos

Riesgo social intermedio: 10-16 puntos

Riesgo social elevado: > 17 puntos (47).

La escala socio familiar de Gijón presenta un coeficiente de correlación intra-clase de 0,957 y un alfa de Cronbach de 0,4467. Esto indica que el grado de fiabilidad y la validez son adecuados (48).



3.2. Análisis de antecedentes investigativos:

3.2.1. A nivel local:

Autor: Lema Aguirre, Hugo Fernando

Título. Dependencia Funcional y Depresión en Adultos Mayores del Servicio de Geriátrica del Hospital III Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú 2018

La investigación buscaba identificar si existe asociación entre dependencia funcional y depresión en adultos mayores que llegaron a la consulta geriátrica de este hospital. Aplicaron una encuesta a 186 adultos mayores para evaluar funcionalidad para actividades básicas (Índice de Katz) y el índice de depresión con la Escala de depresión geriátrica de Yesavage. Los hallazgos mostraron que la mayoría de adultos mayores mostraron independencia para A.I.V.D. (64.5%), mientras un 52,7% presentaron un cuadro probable de depresión. Estadísticamente concluyeron que existe relación significativa entre las variables estudiadas (49).

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 Geriatria y Padomi del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017.

Resumen: Otra investigación realizada también en la ciudad de Arequipa, estuvo dirigido principalmente determinar la correlación entre el nivel de dependencia funcional y el nivel de depresión, en los adultos mayores que asistieron a la consulta externa de geriatría y PADOMI del hospital III Yanahuara, en el año 2017. Después de aplicar el Índice de Katz y escala de depresión geriátrica de Yesavage, en 274 adultos mayores, demostró que los adultos mayores que fueron atendidos en la consulta geriátrica, la mayor parte (51,5%) presentaron dependencia parcial y en el PADOMI el 92.9%, el 45.3% presentaba depresión leve; al concluir señalaron que no existe correlación significativa entre dependencia funcional y depresión (50).

3.2.2. A nivel nacional:

Autor: Alanya Chipana, Jennifer Susan

Título: Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019.

Resumen: Objetivo: Este estudio fue realizado en los Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, bajo el método empírico, descriptivo, no experimental y de corte transversal, en una muestra de 100 adultos mayores, a quienes se les aplicó la Escala de Katz y la Escala de Lawton-Brody, con ellos obtuvieron que, el 87% presentan dependencia funcional, siendo mayor en mujeres, entre 76 a 80 años, casadas y dependientes económicamente. Esta investigación llegó a la conclusión que la capacidad funcional de actividad diaria e instrumental presentan dependencia (51).

Autor: Runzer Colmenares, Fernando; Castro, Guida; Merino, Andrea; Torres Mallma, Cristina; Díaz, Gregory; Pérez, Carolina; Parodi, José

Título: Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores, año 2017. (Lima, Perú)

Resumen: Este estudio retrospectivo, transversal, analítico fue realizado para demostrar la asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico Naval, para tal fin tomaron 625 adultos mayores. Dentro de sus resultados reportó que, según índice de Barthel, se encontró que, por cada punto obtenido en el cuestionario de Yesavage, disminuye en $4,8 \pm 1.82$ puntos el índice de Barthel y, por 5 puntos, disminuye 29.99 ± 3.62 puntos. Con estos valores llegaron a la conclusión que existe asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria (52).

3.2.3. A nivel internacional:

Autor: Calderón Masón, Diego Fernando

Título: Factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de Quito en 2018 (Quito, Ecuador)

Resumen: Este estudio tuvo como objetivo identificar la asociación entre la depresión y las condiciones sociales, familiares y dependencia en adultos mayores, en una muestra de 390 pacientes que se encontraban sin tratamiento antidepressivo. Después de aplicar los instrumentos de evaluación sobre las variables obtuvieron que: la prevalencia de depresión fue de 26,4% con 15,4% de episodio depresivo leve. No se encontró asociación significativa entre depresión y sexo, nivel académico o tener pareja. La depresión demostró, en cambio, guardar relación con la pertenencia a ciertos grupos sociales ($p= 0,049$), dependencia ($p=0,006$), situación de riesgo social ($p=0,000$). En la variable socio-familiares el mayor peso cayó sobre las malas relaciones sociales. Concluyeron que existe asociación entre depresión y dependencia, riesgo social y pertenencia a grupos sociales (53).

Autor: Luna Orozco, Karen; Fernandez Niño, Julián Alfredo; Astudillo García, Claudia Iveth

Título: Asociación entre la discapacidad física y la incidencia de síntomas depresivos en adultos mayores mexicanos, 2020. (Ciudad de México, México)

Resumen: Esta investigación de tipo retrospectivo de cohorte, fue desarrollada para comprobar la asociación entre discapacidad física y la incidencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en adultos mayores mexicanos. Para ello, incluyeron 6780 adultos mayores de 50 años a más. Los síntomas fueron evaluados con la escala CESD-9 y, la discapacidad, mediante el reporte de limitaciones. Encontraron una incidencia de síntomas depresivos clínicamente significativos en el 25,75 % y en las actividades básicas de la vida diaria, fue de 1,36 para su desarrollo; por lo que concluyeron que, las limitaciones en la vida diaria son un factor de riesgo importante para el desarrollo de síntomas depresivos (54).

Autor: Zagal Cuevas, Linda Erika

Título: Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor, México 2020.

Resumen: Esta investigación de tipo descriptivo transversal, fue realizada para verificar si el nivel de depresión está relacionado a la capacidad funcional en los adultos mayores. En sus resultados demostraron que, 34.8% de adultos se mostró sin depresión e independiente, con depresión y dependencia se presentó en el 52,3%. Lo que significa que el nivel de depresión aumenta en la mayor parte de los participantes cuando existe algún tipo de dependencia que afecte su capacidad funcional, en cada una de sus actividades de la vida diaria (55).

Autor: HuiXieun B; Pei-Wen Chena; Zhao largoa; Xuan sola; Xian-Jie Jia.

Título: Relación entre las actividades de la vida diaria y depresión entre los adultos mayores y la calidad de vida de los cuidadores, año 2018. (China)

Resumen: Es un estudio descriptivo relacional, donde se exploró las asociaciones de las actividades de la vida diaria (AVD) y la depresión entre adultos mayores y calidad de vida de los cuidadores familiares, en una muestra de 395 adultos mayores y su cuidador, a quienes se les aplicó la escala la Escala de Depresión y la escala de AVD y el Cuestionario de Salud de Forma. Los resultados evidenciaron que, 69,9% de los adultos mayores tienen AVD en declive o gravemente deterioradas, y el 47,1% tenía depresión leve o moderada a severa y la calidad de vida de los cuidadores familiares fue media. Este estudio concluyó que: “Las AVD y la depresión de los adultos mayores influyeron en la calidad de vida de los cuidadores familiares” (56).

Autor: Astudillo, Claudia

Título: Depresión como predictor de discapacidad en adultos mayores, año 2017. (Ciudad de México, México)

Resumen: Esta investigación analizó las investigaciones realizadas sobre la depresión como predictor de discapacidad en adultos mayores tendidos en el ámbito comunitario; de un total de 15 artículos publicados entre 2007-2017,

hallaron que la mayor parte fueron estudios de cohorte de seguimiento entre 2 a 10 años, con participantes en edades de 55 a 90 años, llegaron a la conclusión que, “las condiciones comunes y tratables, como la depresión, deben ser reconocidas en la evaluación clínica de los AM y atendidas, tomando en cuenta que la salud mental es un componente importante de la salud pública (57).

Autor: Kong Dexia; Salomon Phyllis; Dong XinQi.

Título: Depressive Symptoms and Onset of Functional Disability Over 2 Year: A prospective Cohort Study (China)

Resumen: Es un estudio prospectivo de cohortes en el que se examina la relación entre los síntomas depresivos y la discapacidad funcional en ancianos chinos. Se utilizó el PHQ-9 para determinar la depresión en la población y el tamaño de la muestra fue de 2713 personas. El estudio reveló una asociación significativa entre los síntomas depresivos y la discapacidad funcional, Además, el tratamiento de los síntomas depresivos mejoró la capacidad funcional en los participantes (58).

Autor: Aravena José M.

Título: Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores, año 2017. (Santiago, Chile)

Resumen: En este artículo se muestra el impacto que tienen los síntomas depresivos en la funcionalidad de la persona mayor y comprender la relación existente entre la pérdida funcional y la depresión. Después de revisar 40 artículos publicados entre los años 1990 y 2016, encontraron que, la pérdida de la funcionalidad y reducción de la participación en actividades de la vida diaria, está asociado a una dependencia progresiva, y con ello se demostró que existe relación recíproca entre la capacidad que tiene la persona mayor para realizar sus actividades diarias y la presencia de síntomas depresivos (59).

Autor: Chávez Escalante, Jorge Santiago; Delgado Salazar, Pablo Andrés

Título: Asociación entre factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión de los pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del hospital de especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el período de julio y agosto de 2016 (Quito, Ecuador)

Resumen: En esta investigación se formuló conocer la correlación entre la depresión y los factores sociofamiliares en los pacientes adultos, y aplicando la encuesta GDS-15 y la escala de Gijón para la valoración sociofamiliar, obtuvieron que: “El 55.36% de la población encuestada presentó depresión y probable depresión, en la valoración sociofamiliar se encontró que el 75.89% de la población presentaba un riesgo social bajo, el 11.61% un riesgo social intermedio y el 12.50% riesgo social alto, con una prevalencia de depresión y probable depresión dentro de éstos grupos del 44.71%, 76.92% y 100% respectivamente”. Concluyeron que existe alto riesgo sociofamiliar que fue predictor de depresión en los adultos mayores (60).

4. HIPOTESIS

Debido a que los diversos factores sociofamiliares y el grado de dependencia funcional influyen en el estado de ánimo del adulto mayor, es probable que la depresión que presenta el adulto mayor esté relacionada con el riesgo social y la discapacidad funcional de este individuo.



**CAPITULO II:
PLANTEAMIENTO OPERACIONAL**

1. Técnica, instrumentos y materiales

1.1. Técnicas:

Se aplicó la técnica de la encuesta para obtener datos sobre el nivel de depresión, riesgo social familiar y la discapacidad funcional

1.2. Instrumentos:

Se aplicaron los siguientes instrumentos:

- Escala de Yasavage de 15 ítems
- Escala de valoración de Gijón
- Escala de valoración de actividades de la vida diaria “Índice de KATZ”

1.3. Materiales

- Hojas de consentimiento informado
- Hoja de la Escala de Yasavage
- Escala de valoración sociofamiliar de Gijón
- Hoja de índice de KATZ

2. Campo de verificación

2.1. Ámbito

El presente estudio se realizó en el Centro de Salud de Alto Selva Alegre que se encuentra ubicado en el distrito del mismo nombre y provincia y departamento de Arequipa. Es un establecimiento de salud I-3, del MINSA, de la Microred Alto Selva Alegre y Red Caylloma, Arequipa.

2.2. Unidades de estudio

2.2.1. Universo

Estuvo conformada por 5099 adultos de la tercera edad que corresponden como población estimada para la atención en el Centro de salud Alto Selva Alegre de Arequipa.

2.2.1.1. Criterios de Inclusión

- Paciente mayor de 60 años que acude a consulta al Centro de Salud de Alto Selva Alegre
- Paciente a que aceptó ser entrevistado.

2.2.1.2. Criterios de exclusión

- Paciente mayor de 80 años.
- Paciente que no haya llenado las encuestas correctamente.
- Paciente que sea incapaz de entender o responder las preguntas.

2.2.2. Tamaño de la Muestra

La muestra estuvo conformada por 146 personas de la tercera, atendidos en la consulta médica en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, los que fueron estimados con la fórmula para una población conocida:

$$n = \frac{N \cdot Z^2}{4N(\alpha)^2 + Z^2}$$

$$n = \frac{5099(1,96)^2}{4(5099)(0,08)^2 + (1,96)^2}$$

$$n = \frac{19,588.3184}{130,5344 + 3,8416} = \frac{19,588.3184}{134,376} = 145,77$$

n = 146 adultos mayores

Donde:

n = Muestra

N = Población

Z = Desviación normal estandarizada

α = error probable

2.3. Temporalidad

El estudio se desarrolló en el periodo comprendido entre enero a marzo del año 2022.

2.4. Ubicación espacial

El estudio se realizó de manera presencial a los adultos mayores que acudieron al centro de Salud de Alto selva alegre

2.5. Tipo de investigación

El tipo de investigación que corresponde es el descriptivo correlacional

2.6. Nivel de investigación

Descriptivo - Analítico

2.7. Diseño de investigación

Es Transversal

3. Estrategia de Recolección de datos

3.1. Organización

- Se invitó a participar en la investigación a los adultos mayores que llegan a la consulta médica en el Centro de Salud Alto Selva Alegre.
- Previa a la aplicación del instrumento se obtuvo el consentimiento informado y firmado, para lo cual se brindó una breve explicación sobre la investigación.
- Se recolectaron los datos en los formatos de cada escala
- La información recabada fue sistematizada en una base de datos, debidamente codificado
- La información fue procesada en el Software SPSS-25
- Se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson

3.2. Validación de instrumentos

Los instrumentos han sido validados internacionalmente.

3.3. Criterios para el manejo de resultados

a) Plan de recolección de datos

Los instrumentos fueron aplicados en forma prospectiva después de la planificación de la investigación.

b) Plan de procesamiento

En primer término, los instrumentos fueron codificados

Sistematizados en una hoja Excel

Procesados en el Software SPSS-25 donde se aplicó la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson

c) Plan de clasificación

La información obtenida según las variables e indicadores fue sistematizada en una hoja de cálculo electrónica Excel 2016.

d) Plan de codificación

La información obtenida en los instrumentos fue codificada en forma nominal y ordinal, para facilitar el procesamiento en el programa estadístico.

e) Plan de recuento

El recuento de datos fue procesado en el Software SPSS-25, a partir de la matriz de sistematización.

f) Plan de análisis

Para el plan se utilizó la hoja Excel 2016, el Software SPSS-25, y la prueba estadística Chi Cuadrado de Pearson, que permitió contrastar la hipótesis planteada en la investigación.



CAPITULO III: RESULTADOS

PROCESAMIENTO Y ANALISIS DE LOS DATOS

Tabla N° 1.

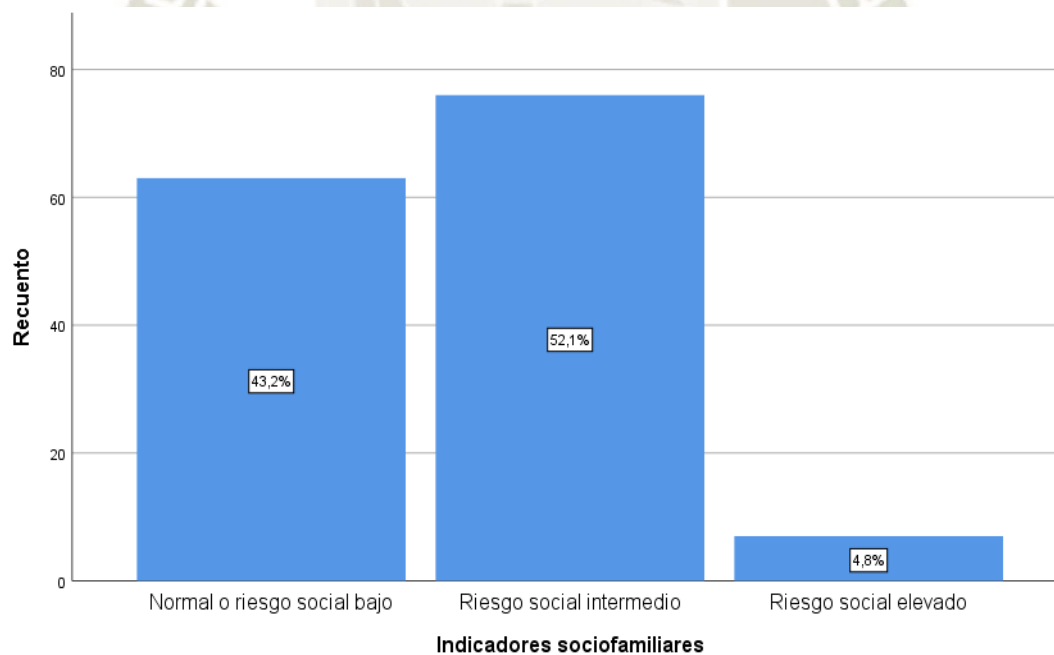
Nivel de riesgo social en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

Riesgo social	N°	%
Normal o riesgo social bajo	63	43,2
Riesgo social intermedio	76	52,1
Riesgo social elevado	7	4,8
Total	146	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 1.

Nivel de riesgo social en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa



Fuente: Elaboración propia

Al evaluar el riesgo social mediante la valoración sociofamiliar, encontramos al 43,2% de adultos mayores con riesgo social bajo, un 52,1% presenta riesgo social intermedio y el 4,8% con riesgo social elevado.

Tabla N° 2.

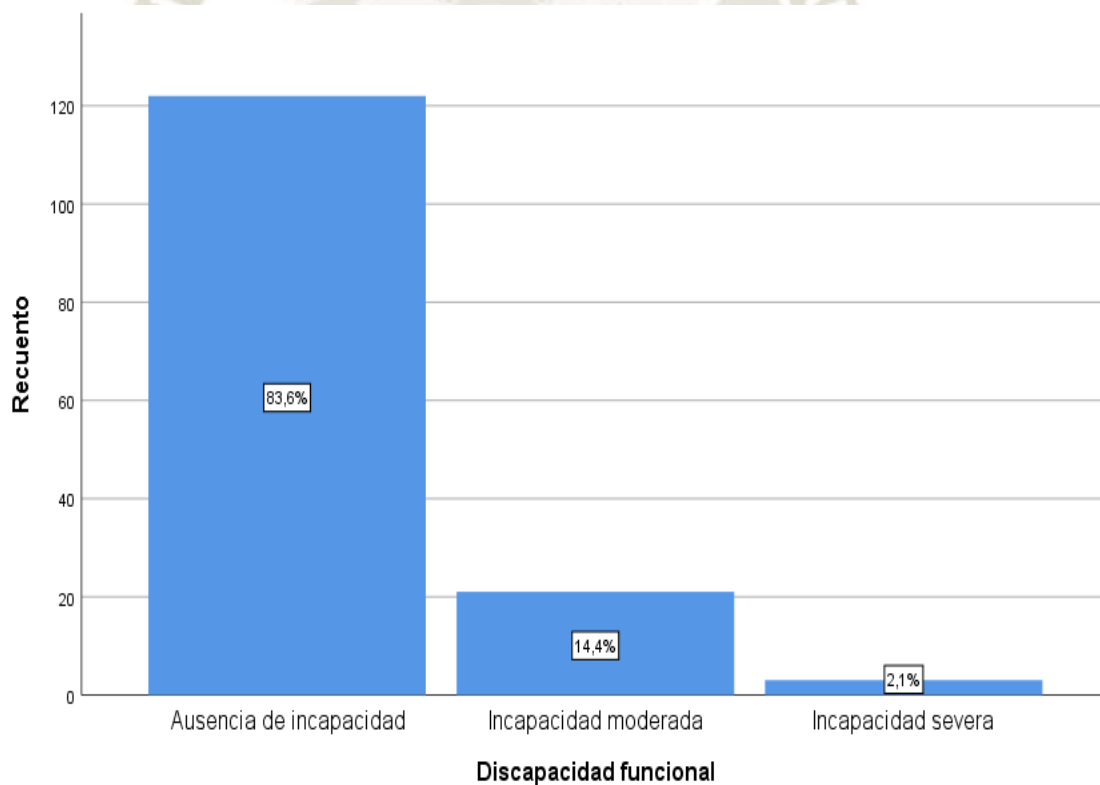
Grado de discapacidad funcional en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

Discapacidad funcional	N°	%
Ausencia de incapacidad	122	83,6
Incapacidad moderada	21	14,4
Incapacidad severa	3	2,1
Total	146	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 2-.

Grado de discapacidad funcional en el adulto mayor del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.



Fuente: Elaboración propia

Los resultados sobre el grado de discapacidad muestran que el 83,6% no presenta discapacidad, en cambio un 14,4% presenta discapacidad moderada y el 2,1% incapacidad severa.



Tabla N° 3.

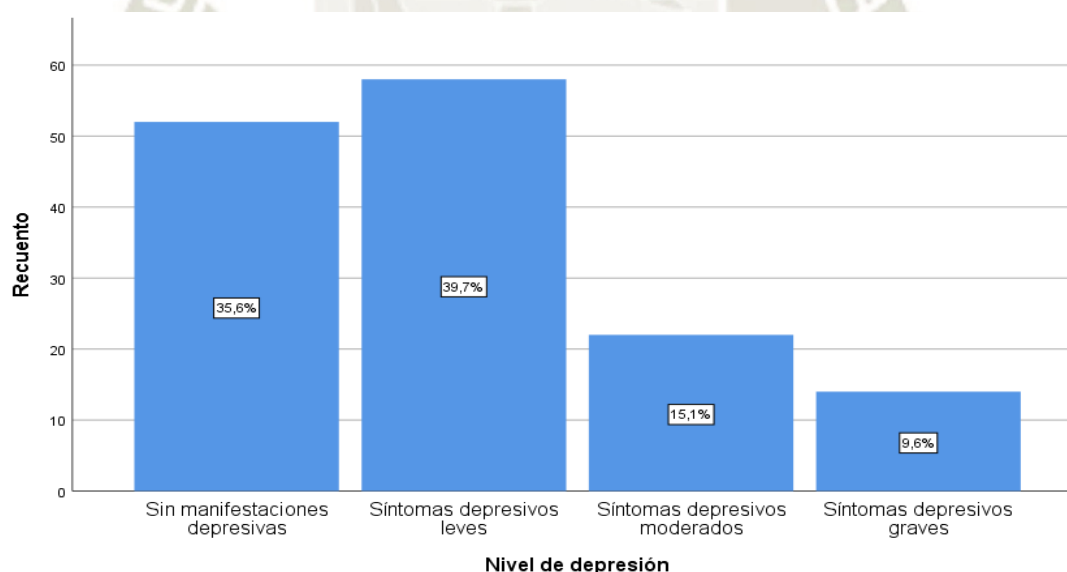
**Nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre,
Arequipa.**

Nivel de depresión	N°	%
Sin manifestaciones depresivas	52	35,6
Síntomas depresivos leves	58	39,7
Síntomas depresivos moderados	22	15,1
Síntomas depresivos graves	14	9,6
Total	146	100,0

Fuente: Elaboración propia

Gráfico 3.

**Nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre,
Arequipa.**



Fuente: Elaboración propia

Los resultados obtenidos sobre el nivel de depresión de los adultos mayores, en la presenta tabla se evidencia que el, 39,7% de los adultos mayores presentan síntomas depresivos leves, un 35,6% no presenta manifestaciones depresivas, a diferencia un 15,1% presenta síntomas depresivos moderados y un 9,6% síntomas depresivos graves.

Tabla N° 4.

Riesgo social asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

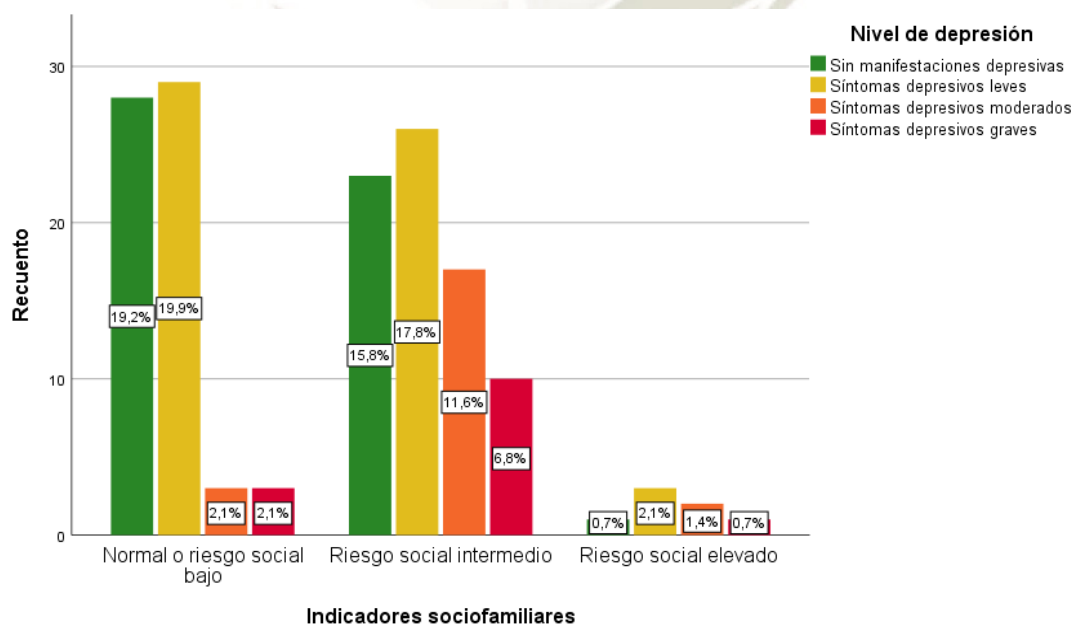
Riesgo social	Nivel de depresión									
	Sin manifestaciones depresivas		Síntomas depresivos leves		Síntomas depresivos moderados		Síntomas depresivos graves		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Normal o riesgo social bajo	28	19,2	29	19,9	3	2,1	3	2,1	63	43,2
Riesgo social intermedio	23	15,8	26	17,8	17	11,6	10	6,8	76	52,1
Riesgo social elevado	1	0,7	3	2,1	2	1,4	1	0,7	7	4,8
Total	52	35,6	58	39,7	22	15,1	14	9,6	146	100,0

Fuente: Elaboración propia

Ch 2 = 14,791p=0,022

Gráfico 4,

Riesgo social asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.



Fuente: Elaboración propia

Los resultados que se muestran en la presente tabla, evidencian que el 19,2% de adultos mayores con riesgo social bajo presenta síntomas de depresión leve, así mismo el 17,8% que tiene riesgo social intermedio y el 2,1% con riesgo social elevado.

Con los valores obtenidos en la prueba estadística Chi Cuadrado, se determina que los indicadores sociofamiliares se asocian al nivel de depresión del adulto mayor, al obtener $Ch^2_c = 14,791$ mayor que alfa 0,05; por tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que significa a menor riesgo social, disminuye o están ausentes los síntomas depresivos en el adulto mayor.



Tabla N° 5.

Grado de discapacidad asociado al nivel de depresión de los adultos mayores en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

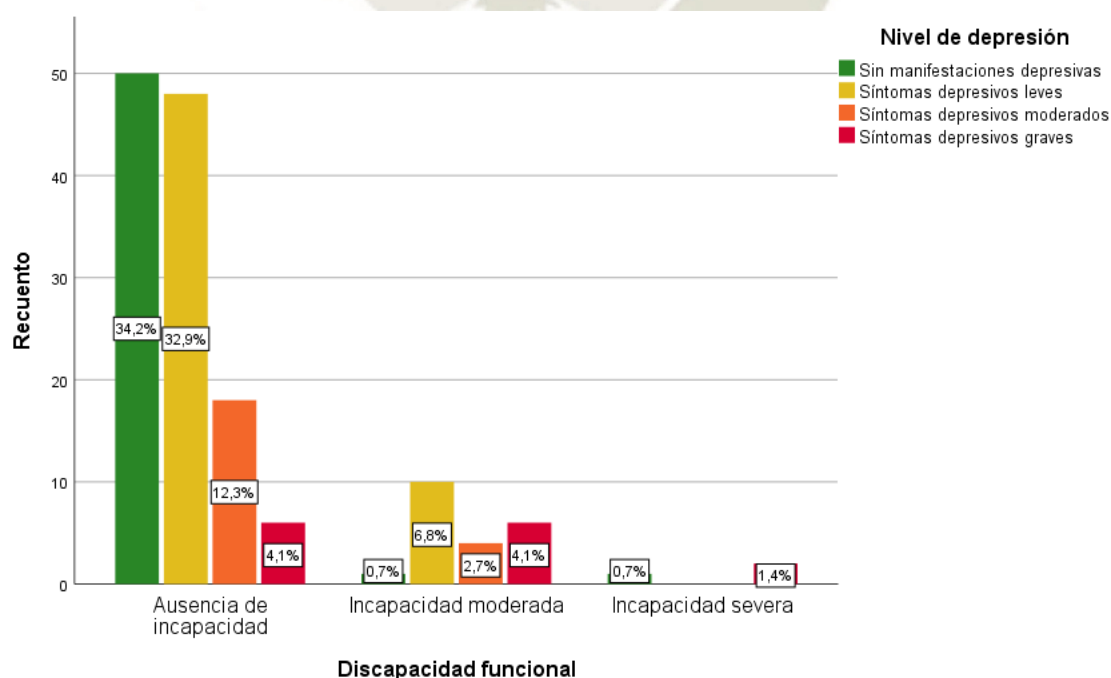
Discapacidad funcional	Nivel de depresión									
	Sin manifestaciones depresivas		Síntomas depresivos leves		Síntomas depresivos moderados		Síntomas depresivos graves		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Ausencia de incapacidad	50	34,2	48	32,9	18	12,3	6	4,1	122	83,6
Incapacidad moderada	1	0,7	10	6,8	4	2,7	6	4,1	21	14,4
Incapacidad severa	1	0,7	0	,0	0	0,0	2	1,4	3	2,1
Total	52	35,6	58	39,7	22	15,1	14	9,6	146	100,0

Fuente: Elaboración propia

Ch 2 = 29,670p= 0,000

Gráfico 5.

Grado de discapacidad asociado al nivel de depresión de los adultos mayores en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.



Fuente: Elaboración propia

Los resultados que se muestran en la presente tabla evidencian que el 34,2% de adultos mayores con ausencia de incapacidad no presentan síntomas depresivos, en cambio un 32,9% presenta síntomas depresivos leves y un 12,3% presenta síntomas depresivos moderados; mientras el 4,1% de los adultos mayores con incapacidad moderada y el 1,4% con incapacidad severa presentan síntomas depresivos graves

Con los valores obtenidos en la prueba estadística Chi Cuadrado, se determina que la discapacidad funcional se asocia al nivel de depresión del adulto mayor, al obtener $\chi^2_c = 29,670$ mayor que alfa 0,05; por tanto, se acepta la hipótesis alterna y se rechaza la hipótesis nula, lo que significa ante la ausencia de discapacidad es ausente o menor los síntomas depresivos en el adulto mayor.

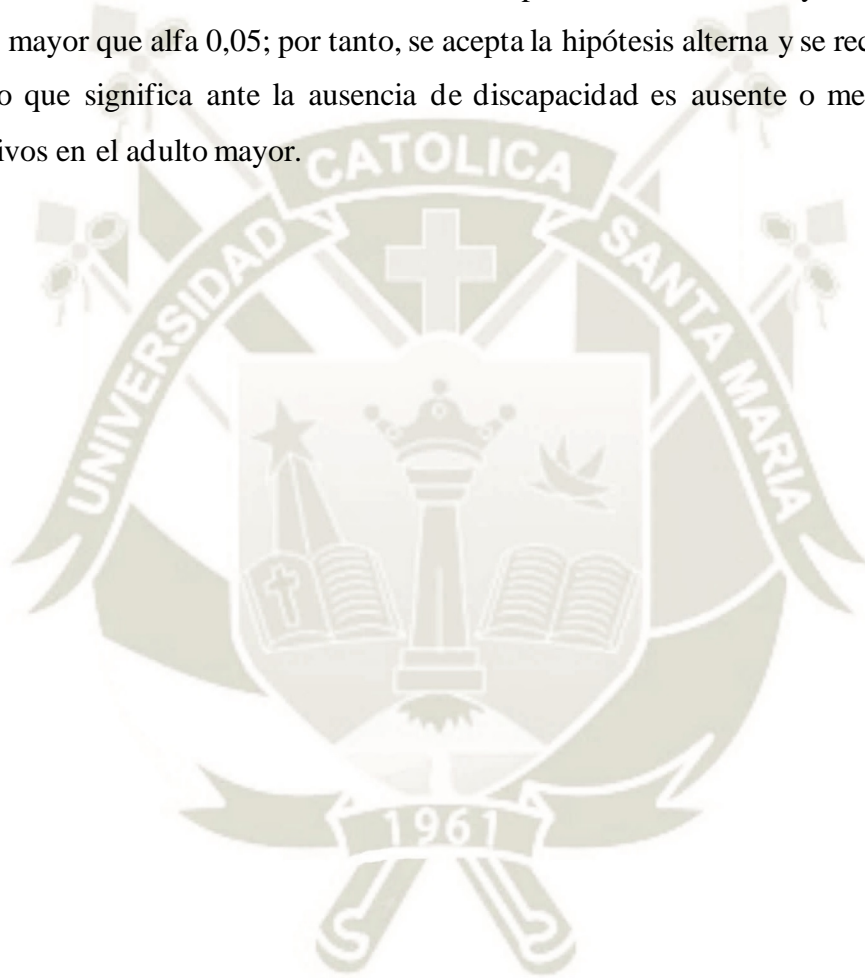


Tabla N° 6.

Edad asociada al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

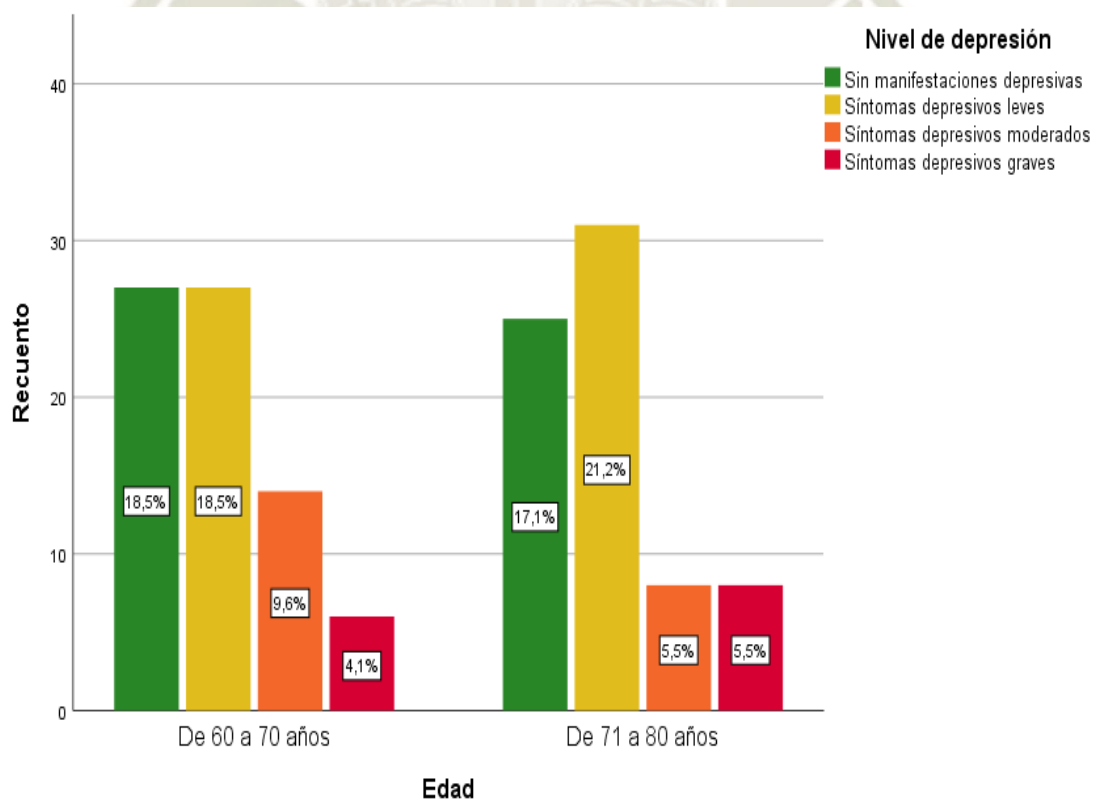
Edad	Nivel de depresión									
	Sin manifestaciones depresivas		Síntomas depresivos leves		Síntomas depresivos moderados		Síntomas depresivos graves		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
De 60 a 70 años	27	18,5	27	18,5	14	9,6	6	4,1	74	50,7
De 71 a 80 años	25	17,1	31	21,2	8	5,5	8	5,5	72	49,3
Total	52	35,6	58	39,7	22	15,1	14	9,6	146	100,0

Fuente: Elaboración propia

Ch 2= 2,248 p=0,523

Gráfico 6.

Edad asociada al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.



Fuente: Elaboración propia

La edad del adulto mayor asociado al nivel de depresión demuestra que, el 18,5% de los adultos mayores de 60-70 años no presentan síntomas depresivos pero otro 18,5% presenta síntomas de depresión leves, a diferencia el 21,2% de adultos mayores con 71 a 80 años presentan síntomas depresivos leves, aunque un 17,1% no presenta manifestaciones depresivas.

Con los valores obtenidos en la prueba estadística Chi Cuadrado, se determina que la edad no se asocia al nivel de depresión del adulto mayor, al obtener $\chi^2_c = 2,248$ menor que alfa 0,05; por tanto, se rechaza la hipótesis alterna y se acepta la hipótesis nula, lo que significa que ambos grupos de adultos mayores están predispuestos a presentar o no síntomas depresivos.

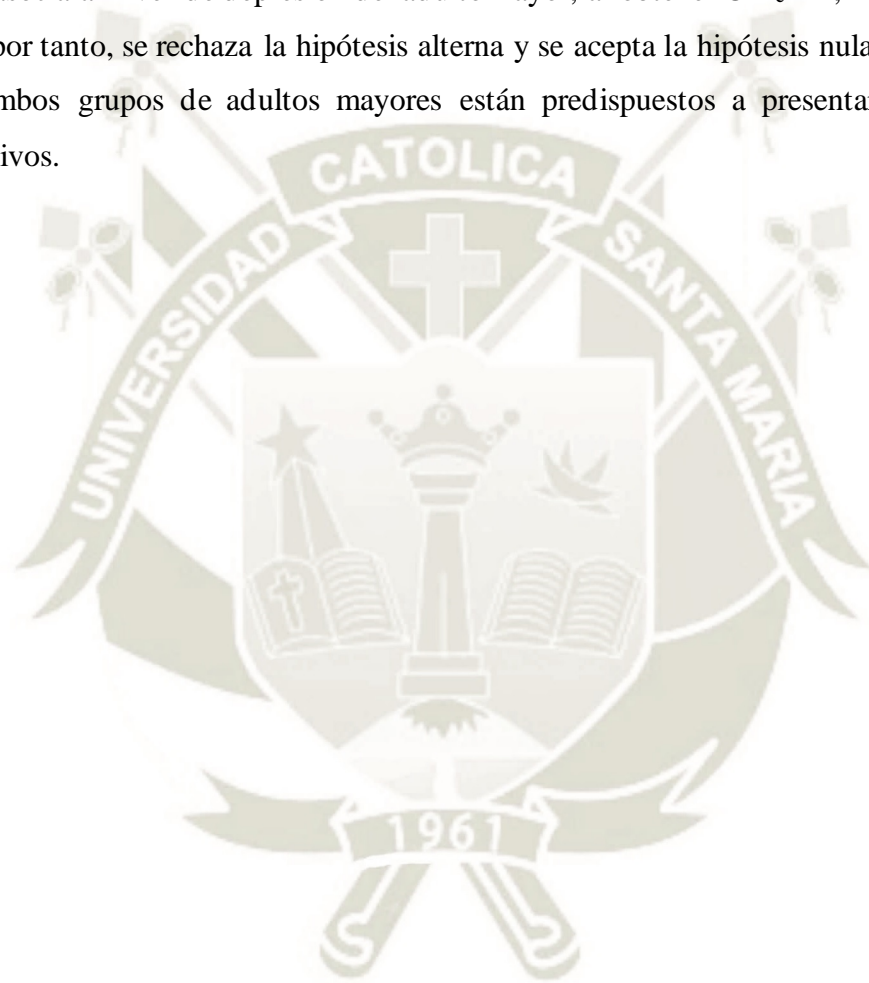


Tabla N° 7.

Sexo asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

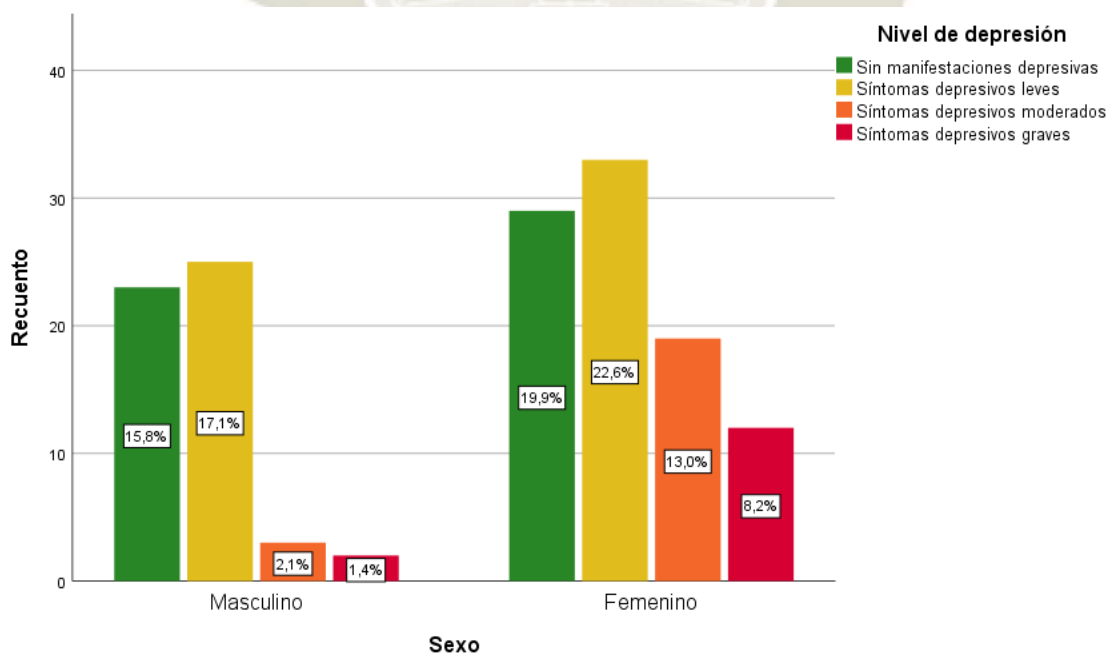
Sexo	Nivel de depresión									
	Sin manifestaciones depresivas		Síntomas depresivos leves		Síntomas depresivos moderados		Síntomas depresivos graves		Total	
	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%	N°	%
Masculino	23	15,8	25	17,1	3	2,1	2	1,4	53	36,3
Femenino	29	19,9	33	22,6	19	13,0	12	8,2	93	63,7
Total	52	35,6	58	39,7	22	15,1	14	9,6	146	100,0

Fuente: Elaboración propia

Ch²= 10,396 p=0,015

Gráfico 7.

Sexo asociado al nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa



Fuente: Elaboración propia

El sexo del adulto mayor asociado al nivel de depresión demuestra que, los adultos mayores de sexo femenino presentaron distintos niveles de depresión, un 22,6% síntomas depresivos leves, 13,0% síntomas depresivos leves, 8,2% síntomas depresivos graves; a diferencia los adultos de sexo masculino un 17,1% presentaron

síntomas de depresión leves y 15,8% no presentaron síntomas depresivos.

Con los valores obtenidos en la prueba estadística Chi Cuadrado, se determina que el sexo se asocia al nivel de depresión del adulto mayor, al obtener $Ch^2_c = 10,396$ mayor que alfa 0,05; por tanto, se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, porque existe diferencia entre los niveles de depresión de adultos mayores de sexo masculino y femenino.



Tabla N° 8.

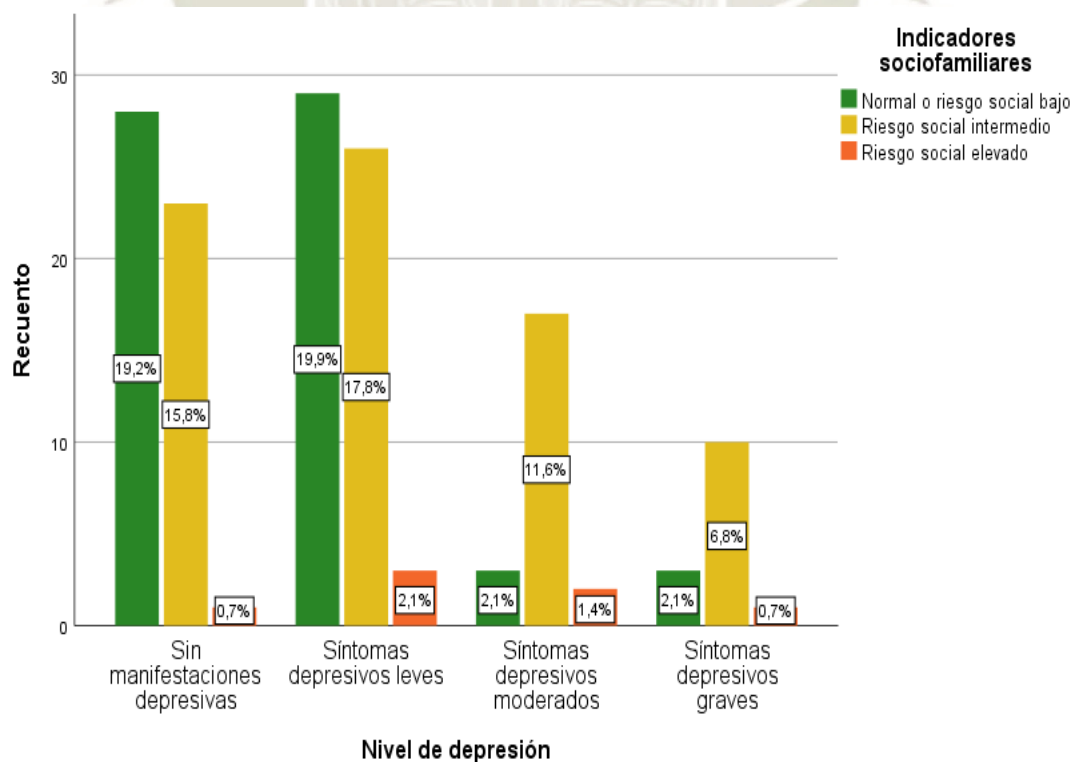
Riesgo social y dependencia funcional asociados con el nivel de depresión de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

Nivel de depresión	Riesgo social				Discapacidad funcional			
	Normal o riesgo social bajo	Riesgo social intermedio	Riesgo social elevado	Total	Ausencia de incapacidad	Incapacidad moderada	Incapacidad severa	Total
	%	%	%	%	%	%	%	%
Sin manifestaciones depresivas	19,2	15,8	0,7	35,6	34,2	0,7	0,7	35,6
Síntomas depresivos leves	19,9	17,8	2,1	39,7	32,9	6,8	0,0	39,7
Síntomas depresivos moderados	2,1	11,6	1,4	15,1	12,3	2,7	0,0	15,1
Síntomas depresivos graves	2,1	6,8	0,7	9,6	4,1	4,1	1,4	9,6
Total	43,2	52,1	4,8	100,0	83,6	14,4	2,1	100,0

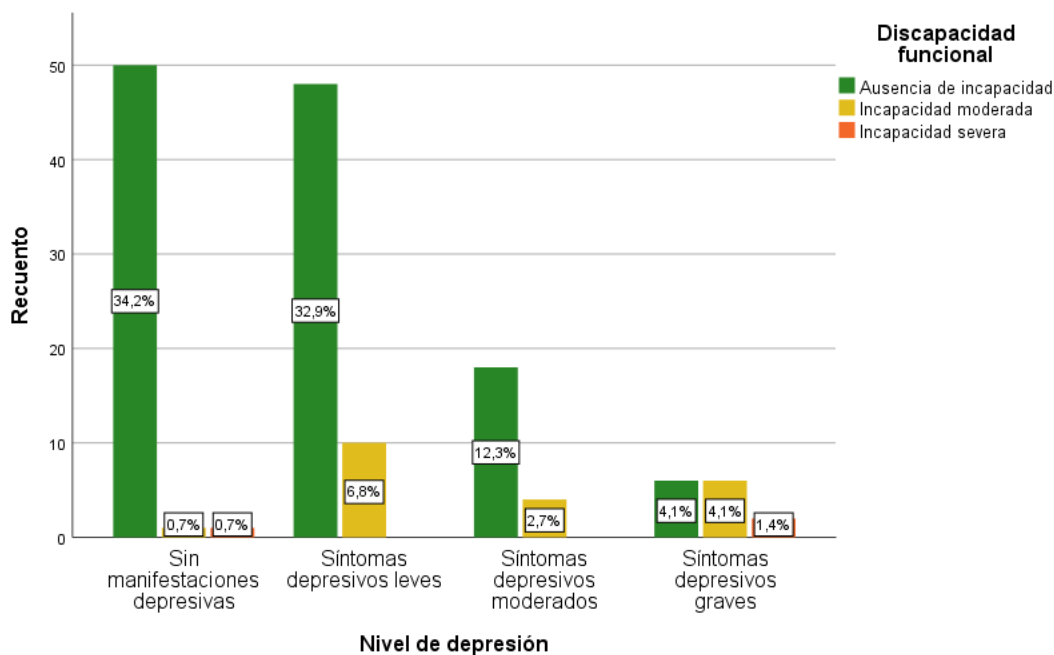
Fuente: Elaboración propia

Gráfico 8-

Riesgo social y dependencia funcional asociados con el nivel de depresión



Fuente: Elaboración propia



Fuente: Elaboración propia

Al asociar los indicadores sociofamiliares con el nivel de depresión de los adultos mayores encontramos con predominio 19,9% de adultos mayores con riesgo social bajo con síntomas depresivos leves, también al 17,8% con riesgo social intermedio y al 2,1% con riesgo social elevado.

En la asociación entre la discapacidad funcional y nivel de depresión encontramos al 34,2% de adultos mayores con ausencia de incapacidad presentan manifestaciones depresivas leves, así mismo el 6,9% que presenta incapacidad moderada, a diferencia el 1,4% que presenta incapacidad severa presenta síntomas depresivos graves.

DISCUSIÓN

El adulto mayor es un grupo etario que se caracteriza por presentar cambios fisiológicos y generales atribuidos al envejecimiento molecular, celular y funcional, que predisponen al adulto mayor a una serie de patologías que no solo incrementan su discapacidad funcional (8), sino están asociados a una serie de factores, como la carencia de estabilidad y/o afectividad, un ambiente familiar con problemas (61), consecuencia de estas situaciones pueden presentar sentimientos de falta de energía, sentimientos de inutilidad, desesperación, tristeza, dificultades en las relaciones sociales, entre otros (22).

Considerando esta situación, fue importante identificar el nivel de depresión asociado al nivel de riesgo social y el grado de discapacidad funcional en los adultos mayores atendidos en el Centro de Salud Selva Alegre, donde se ha encontrado a más de la tercera parte (35,6%) de adultos mayores sin manifestaciones depresivas, en tanto el 39,7% presentan síntomas depresivos leves, de ahí que los síntomas depresivos moderados y graves se presenten en menor porcentaje; asociado a los indicadores sociofamiliares se ha determinado que existe asociación significativa ($p=0,00$) porque los adultos mayores con bajo riesgo social no presentan síntomas depresivos, y a medida que aumenta este es más grave el nivel de depresión.

El nivel de depresión encontrado en el estudio nos indica que los adultos mayores presentan síntomas depresivos leves (39,7%), aunque más de la tercera parte (35,6%) no presenta manifestaciones depresivas, existen adultos mayores con manifestaciones moderadas (15,1%) y graves (9,6%), quienes están presentando sentimientos de falta de energía, sentimientos de inutilidad, desesperación, tristeza y dificultades en las relaciones sociales (22). Estos resultados se asocian significativamente a los indicadores sociofamiliares ($p=0,000$), y a la incapacidad funcional ($p=0,000$), porque los adultos mayores con incapacidad moderada presentan síntomas depresivos leves y moderados y los que tienen incapacidad severa, síntomas depresivos moderados y graves.

Sobre el nivel de depresión encontrado en este estudio, coincide con los resultados reportados por Pérez, después de evaluar el nivel de depresión con la escala de Yesavage de 15 ítems encontró a un 39,8% de adultos mayores sin depresión, 35,7% depresión leve y 24,8% depresión establecida; estos resultados demuestran que un porcentaje considerable de adultos mayores que aun asisten en forma ambulatoria a los establecimientos de salud no presentan síntomas depresivos y otro porcentaje considerable síntomas depresivos leves (62). Además, Calderón, también encontró resultados similares con respecto al nivel de

depresión. En su estudio hubo una alta prevalencia de depresión siendo el episodio depresivo leve el más frecuente. Sin embargo, él encontró que la proporción de depresión entre mujeres y hombre fue similar al contrario que en nuestro estudio donde se evidenció un mayor nivel de depresión en el sexo femenino. Esto puede deberse debido a las características de su población donde el porcentaje de mujeres y varones fue similar, además de gozar de pensión, sueldo o tener diferentes beneficios de seguridad social (53).

En el presente estudio se evidenció que los adultos con síntomas depresivos ya establecidos están condicionados con el ambiente sociofamiliar y el nivel de dependencia funcional, lo cual es coincidente con las investigaciones realizadas por Chávez y Delgado, donde encontraron a un 55,36% de adultos mayores con depresión y en el 75,89% riesgo social bajo, determinando asociación entre el riesgo social y la prevalencia de la depresión (63). Con el estudio de Zagal, también encontramos correspondencia, en su estudio demostró que 34.8% de adultos no tenían depresión y eran independientes funcionalmente; sin embargo, el 52,3% de adultos mayores con depresión eran dependientes, por lo que concluyeron que el nivel de depresión aumenta en la mayor parte de los participantes cuando existe algún tipo de dependencia que afecte su capacidad funcional, así como se demuestra en nuestro estudio, aunque en menores porcentajes, los adultos mayores con depresión moderada y graves presentan incapacidad moderada y severa (55). Runzer y colaboradores, también evidenciaron que existe asociación entre la depresión y la discapacidad funcional a pesar de haber utilizado el índice de Barthel como herramienta para la valoración de la dependencia funcional (52).

Kong, Salomón y Dong, a través de su investigación realizada con las mismas variables revelaron que existe una asociación significativa entre los síntomas depresivos y la discapacidad funcional (58). Lo contrario obtuvo Gamarra, en Arequipa, después de aplicar los mismos instrumentos utilizados en nuestra investigación, concluyó que no existe correlación entre dependencia funcional y depresión; esta diferencia se debe a la población objetivo, dado que los adultos mayores atendidos en EsSalud, en su mayoría reciben terapias de grupo, por ello presentan depresión leve y dependencia parcial, mientras en un Centro de Salud del MINSA, se adolece de programas que brinden terapias de grupo a adultos mayores con riesgo social intermedio y elevado, con síntomas depresivos moderados y graves, también con incapacidad funcional moderada y severa sobre todo en la población adulta femenina quienes son los afectados (50). En el estudio realizado por Lema, se ratifica lo anteriormente planteado, dado que en su estudio realizado en el Hospital III Regional

Honorio Delgado se evidenció la asociación entre ambas variables encontrando una relación significativa (49).



CONCLUSIONES

Primera

A mayor riesgo social e incapacidad funcional, mayor nivel de depresión.

Segunda

Existe riesgo social leve y moderado en la mayoría de adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Alto Selva Alegre

Tercera

La gran mayoría de adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Alto Selva Alegre no presenta discapacidad funcional.

Cuarta:

Más de la mitad de adultos mayores que acuden al Centro de Salud de Alto Selva Alegre presenta algún grado de depresión.

Quinta

A mayor riesgo social del adulto mayor aumenta el nivel de depresión.

Sexta

A mayor grado de discapacidad funcional aumenta el nivel de depresión del paciente.

Séptima

Los adultos mayores a partir de los 60 años pueden padecer diferentes niveles de depresión y esto no está asociado a la edad del adulto mayor. Por otra parte, las mujeres adultas mayores presentan mayor predisposición de presentar depresión.

RECOMENDACIONES

1. A las autoridades del Centro de Salud Selva Alegre se sugiere implementar un equipo interdisciplinario de salud en el manejo de pacientes con problemas de depresión, riesgo social e incapacidad funcional, con la finalidad de intervenir oportunamente una vez diagnosticada, estos problemas de salud en el adulto mayor.
2. Al equipo de salud encargado de la atención del adulto mayor, organizar actividades diseñadas para los pacientes adultos mayores que padecen síntomas depresivos leves y graves, riesgo social intermedia y severa; discapacidad moderada y severa; derivando a estos pacientes al especialista para que reciban el tratamiento respectivo y la orientación necesaria sobre los cuidados en el entorno familiar y social.
3. Diseñar estrategias de atención oportuna a los adultos mayores de 60 a 80 años de edad, para identificar oportunamente mediante el diagnóstico los problemas de depresión, riesgo social y la capacidad funcional, con la finalidad de establecer el manejo adecuado de los problemas identificados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. Envejecimiento y salud [Internet]. Centro de Prensa. 2021 [citado 16 de abril de 2022]. p. 1-4. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/ageing-and-health>
2. Calderón M. D. Epidemiología de la depresión en el adulto mayor. *Rev Medica Hered.* 16 de octubre de 2018;29(3):182.
3. Organización Mundial de la Salud (OMS). Estadísticas sanitarias mundiales 2014: una mina de información sobre salud pública mundial [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2014 [citado 16 de abril de 2022]. p. 1-12. Disponible en: <http://apps.who.int/iris/handle/10665/112817>
4. Wilkie R, Blagojevic-Bucknall M, Belcher J, Chew-Graham C, Lacey RJ, McBeth J. Widespread pain and depression are key modifiable risk factors associated with reduced social participation in older adults: A prospective cohort study in primary care. *Medicine (Baltimore)* [Internet]. 1 de agosto de 2016 [citado 16 de abril de 2022];95(31). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27495019/>
5. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Población Peruana 2020. Estado la Población Peru 2020. 2020;1-50.
6. Organización Mundial de la Salud. Planificación y Organización de los Servicios Geriátricos: Informe de un Comité de Expertos. 1974. p. 52.
7. Congreso de la República. Ley de la Persona Adulta Mayor N° 30490. El Peru. 2016;380715-9.
8. Giró Miranda J. Teorías sobre el fenómeno del envejecimiento. *Envejec Act Envejec en Posit* 2006, ISBN 84-96487-11-3, págs 37-64. 2006;(1990):37-64.
9. Mar A, Garc A, Maya S. Revision. *Arch Environ Health.* 1964;8(3):458-458.
10. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. Biblioteca OMS. 2015 [citado 23 de septiembre de 2021]. p. 1-55. Disponible en: <http://www.who>.
11. Corujo Rodríguez E, Pérez Hernández D de G. Cambios Más Relevantes Y Peculiaridades De Las Enfermedades En El Anciano. *Tratado Geriatria para Resid.* 2000;3:47-58.
12. PS T. Bases fisiológicas del envejecimiento en geriatría. Editor Masson. 1997;
13. Miguel P, Allevato A. Educación Continua Envejecimiento. 2008;154-62.
14. Instituto Nacional de Salud Mental. Depresión: Trastorno depresivo persistente y mayor. *Natl*

- Inst Ment Heal.* 2016;(19):6.
15. Guía de Práctica Clínica en salud mental y psiquiatría. Minist Salud. 2008;54.
 16. American Psychiatric Association. Suplemento del Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales - DSM-5 [Internet]. 5ta Edició. Estados Unidos; 2017 [citado 16 de abril de 2022]. 33 p. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/>.
 17. Sadock V, Sadock B. Manual de Bolsillo de Psiquiatría Clínica [Internet]. 5ta Edició. Lippincott W, Volters W, editores. Barcelona España S.A.; [citado 16 de abril de 2022]. Disponible en: https://www.buscalibre.pe/libro-kaplan-sadock-manual-de-bolsillo-de-psiquiatria-clinica-virginia-a-sadock-md-benjamin-j-sadock-md-lippincott-williams-and-wilkins-wolters-kluwer-health/9788417033989/p/50667635?gclid=Cj0KCQjw0umSBhDrARIsAH7FCocIKIqXQWW1hImRHuTP_dVq93L2hyAl9PCLWxFZV_LPSos7Ys9GfMwaAh7NEALw_wcB
 18. Fontecha B. Valoración geriátrica: visión desde el Hospital. *Rev Multidiscip Gerontol.* 2005;15(1):23-5.
 19. Allonier C, Chevalier A, Zins M, Catelinois O, Consoli SM, Goldberg M, et al. Anxiety or depressive disorders and risk of ischaemic heart disease among French power company employees. *Int J Epidemiol.* 2004;33(4):779-86.
 20. Paradela E, Laurencó R, Veras R. [Validation of geriatric depression scale in a general outpatient clinic]. *Rev Saude Publica* [Internet]. diciembre de 2005 [citado 24 de marzo de 2022];39(6):918-23. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16341401/>
 21. Gómez C, Campo A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Univ Psychol* [Internet]. 2011 [citado 13 de enero de 2022];10(3):735-43. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672011000300008&lng=en&nrm=iso&tlng=es
 22. Blanco M, Salazar M. Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage [Internet]. Comendio de instrumentos de Medicina. [citado 13 de enero de 2022]. Disponible en: [https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala de Depresion Geriátrica GDS de Yesavage.PDF?sequence=4&isAllowed=y](https://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/30350/Escala%20de%20Depresion%20Geri%C3%A1trica%20GDS%20de%20Yesavage.PDF?sequence=4&isAllowed=y)
 23. Instituto Nacional de Geriatria. Escala de depresión Geriátrica [Internet]. [citado 13 de enero de 2022]. Disponible en: http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_I/UNIDAD_3/GDS.pdf
 24. Instituto Nacional de Geriatria. Escalade depresión de geriatria [Internet]. creative Commons International. 2019 [citado 13 de enero de 2022]. p. 1-2. Disponible en:

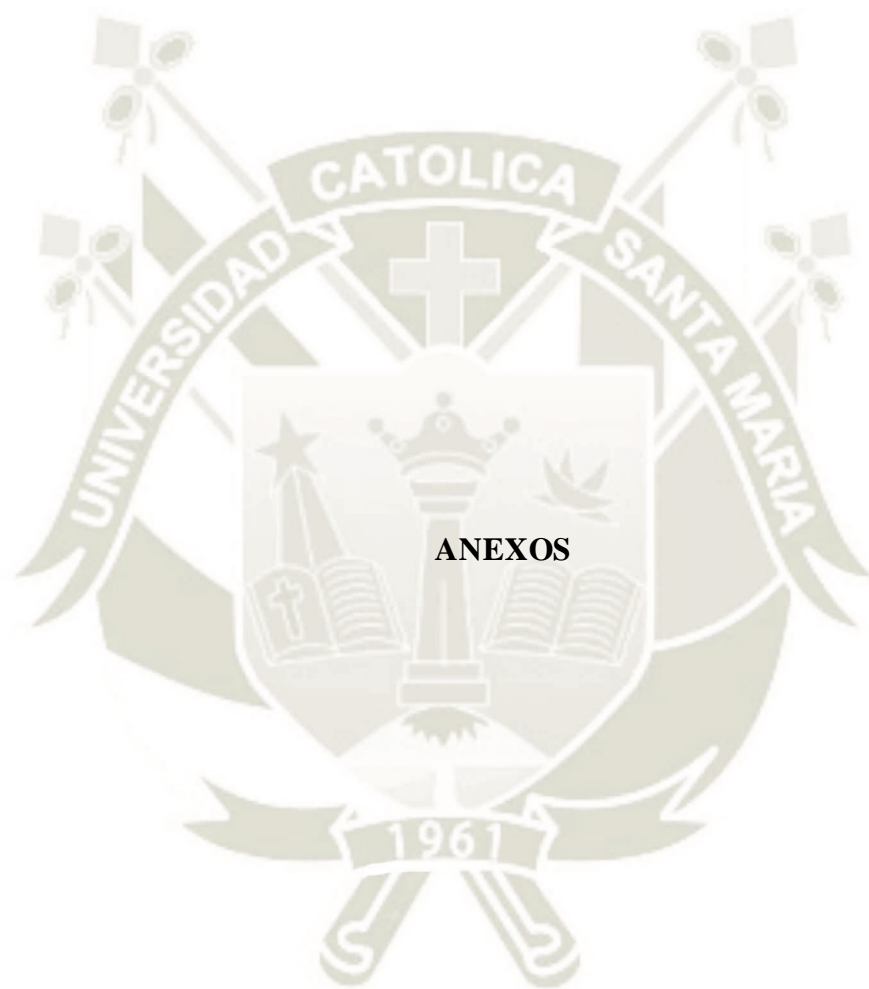
- http://inger.gob.mx/pluginfile.php/1682/mod_resource/content/19/Repositorio_Cursos/Archivos/Cuidamhe/MODULO_I/UNIDAD_3/GDS.pdf
25. Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad de la Salud CIF. IMSERSO, editor. Madrid; 2001. 20-21 p.
 26. Bickenbach JE, Chatterji S, Kostanjsek N, Bedirhan Üstün T. Ageing, Disability and the WHO's International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Geneva Pap Risk Insur Issues Pract.* 2003;28(2):294-303.
 27. Mejia M, Rivera P, Urbina M, Alger J, Maradiaga E, Flores S, et al. Discapacidad en el Adulto Mayor: Características y Factores Relevantes. *Rev Fac Cienc Med.* 2014;11(dic):27-33.
 28. Kong D, Solomon P, Dong XQ. Depressive Symptoms and Onset of Functional Disability Over 2 Years: A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc.* 2019;67:S538-44.
 29. Organización Panamericana de la Salud. La salud mental y los adultos mayores [Internet]. Centro de Prensa. 2017 [citado 29 de septiembre de 2021]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>
 30. Samiuc. Índice de Katz (Valoración actividades vida diaria) [Internet]. 2020 [citado 17 de enero de 2022]. p. 1-2. Disponible en: <https://www.samiuc.es/indice-katz-valoracion-actividades-vida-diaria/>
 31. Consejería de Salud. Índice de Katz: Valoración de las actividades de la vida diaria [Internet]. Neuropsicología clínica. 2017 [citado 17 de enero de 2022]. p. 1-2. Disponible en: <https://www.studocu.com/es/document/universidad-loyola-andalucia/neuropsicologia-clinica/indice-de-katz-neuropsicologia/19307723>
 32. Andrada MA, Gonorazky S, Roumec BS. Escala de evaluación por interrogatorio de las actividades de la vida diaria (AVD) para pacientes con trastornos mnésicos cognitivos y demencia (EIID). *Rev. HPC.* 2009; 12(1): p.5-9.
 33. Guerrero-R N, Clara Yépez-Ch M. Factores asociados a la vulnerabilidad del adulto mayor con alteraciones de salud Factors associated with the vulnerability of the elderly with health disorders. *Rev Univ Salud* [Internet]. 2014 [citado 24 de marzo de 2022];17(1):121-31. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/reus/v17n1/v17n1a11.pdf>
 34. Giménez V, Guinovart C, Rovira E. La Escala de Valoración Sociofamiliar TSO [Internet]. 1ra Edición. Universidad Alicante, editor. España; 2020 [citado 24 de marzo de 2022]. 84 p. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/110282/8/LIBRO-Escala-de-valoracion-sociofamiliar-TSO-Fundamentos-descripcion-e-instrucciones-de-uso-E-LIBRO.pdf>
 35. Placeres J, León L. La familia y el adulto mayor. *Rev Médica Electrónica* [Internet]. 27 de marzo

- de 2014 [citado 10 de octubre de 2021];33(4):472-83. Disponible en: <http://www.revmedicaelectronica.sld.cu/index.php/rme/article/view/855>
36. Vicente J. Envejecimiento activo [Internet]. 1ra Edició. (IMSERSO) I de My SS, editor. España; 2011 [citado 24 de marzo de 2022]. 728 p. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/imserso-libroblancoenvejecimientoactivo-01.pdf>
 37. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Situación de la Población Adulta Mayor [Internet]. Lima-Perú; 2021 [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/boletines/04-informe-tecnico-poblacion-adulta-mayor-iii-trim-2021.pdf>
 38. La Cámara. La importancia económica de los adultos mayores en el Perú - [Internet]. [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <https://lacamara.pe/la-importancia-economica-de-los-adultos-mayores-en-el-peru/?print=print>
 39. Giménez V, Guinovart C, Rovira E. La Escala de Valoración Sociofamiliar TSO. 1ra Edició. Universidad Alicante, editor. España; 2020. 84 p.
 40. Undurraga D. Relaciones Sociales [Internet]. 1ra Edició. Diana León y Marcarena Rojas, editor. Chile; 2013 [citado 24 de marzo de 2022]. 20 p. Disponible en: http://adulthood.uc.cl/docs/relaciones_sociales.pdf
 41. Undurraga D. Relaciones Sociales. 1ra Edició. Diana León y Marcarena Rojas, editor. Chile; 2012. 20 p.
 42. Sandoval E. Tercera edad y la importancia de las relaciones interpersonales - IPSUSS [Internet]. Instituto de Políticas Públicas en Salud. 2018 [citado 24 de marzo de 2022]. p. 1-3. Disponible en: <http://www.ipsuss.cl/ipsuss/columnas-de-opinion/eduardo-sandoval/tercera-edad-y-la-importancia-de-las-relaciones-interpersonales/2018-03-06/172633.html>
 43. Herrera-Amaya G, Manrique-Abril FG. Condiciones laborales y grado de satisfacción de profesionales de enfermería Working Conditions and Job Satisfaction among Nursing Professionals [Internet]. Vol. 8, Aquichan. 2008 [citado 7 de abril de 2021]. Disponible en: <https://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/150/286>
 44. Negrete D. 6 beneficios del apoyo familiar en la salud emocional del adulto mayor [Internet]. Junta de Beneficiencia de Guayaquil. 2015 [citado 27 de diciembre de 2021]. Disponible en: <https://hogarcorazondejesus.org.ec/blog/item/20003-beneficios-apoyo-familiar-aporta-salud-emocional-adulto-mayor>
 45. Ministerio de Salud. Apoyo de la familia es fundamental para los adultos mayores - Gobierno del Perú [Internet]. Nota de prensa. 2016 [citado 24 de marzo de 2022]. p. 1-2. Disponible en:

- <https://www.gob.pe/institucion/minsa/noticias/14933-minsa-apoyo-de-la-familia-esfundamental-para-los-adultos-mayores>
46. Trujillo R. Frecuencia del síndrome de fragilidad en pacientes adultos mayores en consulta externa de medicina interna del Hospital Goyeneche de mayo a junio del 2013 [Internet]. Universidad Nacional de San Agustín; 2013 [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/4309/MDtrcrrc.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
 47. Miralles R, Esperanza A. Instrumentos y Escalas de Valoración [Internet]. Tratado de Geriatria. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2019 [citado 24 de marzo de 2022]. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatria/PDF/S35-0576_anexo1_III.pdf
 48. García J, Díaz E, Salamea A, Cabrera D, Menéndez A, Fernández A, Aceval V. Evaluación de la fiabilidad y validez de una escala de valoración social en el anciano. *Atención Primaria*. 1999; 23(7). P. 434-440.
 49. Lema Aguirre HF. Dependencia Funcional y Depresión en Adultos Mayores del Servicio de Geriatria del Hospital III Regional Honorio Delgado, Arequipa, Perú 2018 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2018 [citado 17 de enero de 2022]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_c0a7410d72ddc38b027f0b4fef766d7b
 50. Gamarra Hanco EJ. Correlacion entre el Nivel de Dependencia Funcional y el Nivel de Depresion en Adultos Mayores Que Acuden al Servicio de Geriatria y Padomi del Hospital III Yanahuara, Arequipa 2017 [Internet]. Universidad Católica de Santa María; 2017 [citado 17 de enero de 2022]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Disponible en: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UCSM_89da8ecdf7e352d74a060c8d50b5eea0
 51. Alanya J. Capacidad Funcional del Adulto Mayor que Asiste a Consultorios de Medicina General del Hospital Huaycán, Lima, Perú, 2019 [Internet]. Repositorio Institucional - URP. Escuela de Enfermería San Felipe; 2019 [citado 15 de enero de 2022]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Disponible en: <http://repositorio.urp.edu.pe/handle/URP/2707>
 52. Runzer-Colmenares FM, Castro G, Merino A, Torres-Mallma C, Diaz G, Perez C, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. *Horiz Médico* [Internet]. 30 de junio de 2017 [citado 15 de enero de 2022];17(3):50-7. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-558X2017000300009&lng=es&nrm=iso&tlng=es
 53. Calderón DF. Factores sociales, familiares y dependencia asociados con la depresión en el adulto mayor beneficiario de seguro social en la consulta externa de un hospital público de la ciudad de

- Quito en 2018 (tesis doctoral). Repositorio Institucional – UPCH. Escuela de Medicina Humana, 2019 [citado 18 de abril de 2022]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano].
54. Luna-Orozco K, Fernández-Niño JA, Astudillo-García CI. Asociación entre la discapacidad física y la incidencia de síntomas depresivos en adultos mayores mexicanos. *Biomédica* [Internet]. 2020 [citado 16 de enero de 2022];40(4):641. Disponible en: </pmc/articles/PMC7808770/>
55. Zagal E. Nivel de depresión relacionado a la capacidad funcional del adulto mayor, México 2020 [Internet]. Universidad Autónoma del estado de Morelos. Universidad Autónoma del Estado de Morelo; 2021 [citado 16 de enero de 2022]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Disponible en: <http://riaa.uaem.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.12055/1666/ZACLVN04T.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
56. Xie H, Chen PW, Zhao L, Sun X, Jia XJ. Relationship between activities of daily living and depression among older adults and the quality of life of family caregivers. *Front Nurs*. 1 de junio de 2018;5(2):97-104.
57. Astudillo C. Depresión como predictor de discapacidad en adultos mayores. *Rev la Univ Ind Santander Salud* [Internet]. 30 de septiembre de 2017 [citado 15 de enero de 2022];49(3):438-49. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-08072017000300438&lng=en&nrm=iso&tlng=es
58. Kong D, Solomon P, Dong XQ. Depressive Symptoms and Onset of Functional Disability Over 2 Years: A Prospective Cohort Study. *J Am Geriatr Soc* [Internet]. 2019 [citado 15 de enero de 2022];67(S3):S538-44. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31403199/>
59. Aravena JM, Aravena JM. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. *Rev Chil Neuropsiquiatr* [Internet]. 1 de diciembre de 2017 [citado 15 de enero de 2022];55(4):255-65. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-92272017000400255&lng=es&nrm=iso&tlng=es
60. Chávez J, Delgado P. Asociación entre factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión de los pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del hospital de especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de quito en el período de julio y agosto de 2016 [Internet]. Pontifice Universidad Católica del Ecuador; 2016 [citado 24 de marzo de 2022]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Disponible en: [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11382/Tesis%2C Chávez %26 Delgado%2C 2016 % 281%29 % 281%29.pdf?sequence=3&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/11382/Tesis%2C%20Ch%C3%A1vez%20Delgado%2C%202016%20-%202016%20-%202016.pdf?sequence=3&isAllowed=y)

61. Acledeporte. Concepto de gimnasia [Internet]. 2015 [citado 11 de enero de 2019]. Disponible en: <https://acledporteeducionfisicascg.files.wordpress.com/2015/03/guiagimnasia.pdf>
62. Pérez E. Nivel de depresión en el adulto mayor atendido en el centro de salud de Hualmay 2015 – propuesta de salud biopsicosocial [Internet]. Universidad Nacional Faustino Sánchez Carrión; 2019 [citado 16 de abril de 2022]. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Disponible en: <https://1library.co/document/ye91k0rq-nivel-depresion-adulto-atendido-centro-hualmay-propuesta-biopsicosocial.html>
63. Chávez J, Delgado P. Asociación entre factores de riesgo sociofamiliares y su prevalencia en la depresión de los pacientes adulto mayor del servicio de consulta externa del hospital de especialidades Eugenio Espejo de la ciudad de Quito en el período de julio y agosto de 2016. [Tesis para optar el título profesional de médico cirujano]. Pontificia Universidad Católica del Ecuador; 2016.
64. Katz S, Ford AB, Moskowitz RW, Jackson BA, Jaffe MW. Studies of illness in the aged. the index of adl: a standardized measure of biological and Psychosocial Function. *JAMA* [Internet]. 21 de septiembre de 1963 [citado 15 de enero de 2022];185(12):914-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14044222/>
65. Giménez V. Fundamentos, descripción, validación e instrucciones de uso – Versión 1. Español. 2015. Disponible en: <https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/110282/8/LIBRO-Escala-de-valoracion-sociofamiliar-TSO-Fundamentos-descripcion-e-instrucciones-de-uso-E-LIBRO.pdf>
66. Miralles Y, Esperanza A. Instrumentos y escalas de valoración. 2015. Disponible en: https://www.segg.es/tratadogeriatría/PDF/S35-05%2076_anexo1_III.pdf





**ANEXO 1:
FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

I. CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Mediante la presente se le invita a usted participar en un estudio de investigación, que tiene como propósito conocer La relación entre la depresión y discapacidad funcional en el adulto mayor.

Participación voluntaria

Luego de terminar de revisar este consentimiento, usted es la única persona que decide si desea participar en el estudio. Su participación es completamente voluntaria.

Procedimientos

1. Llenado de datos personales y en las escalas de evaluación
2. La información obtenida será procesada en una base de datos para analizarlos.

Riesgos y procedimientos para minimizar los riesgos

No hay riesgos

Costos

Usted no deberá asumir ningún costo económico para la participación en este estudio, los costos de las encuestas 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 decisivamente a conocer la relación existente entre depresión, obesidad y discapacidad funcional en el adulto mayor.

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.

Firma _____

II. FILIACIÓN

Apellidos y Nombres.....

Edad: Sexo M () F () Tel:.....

Ocupación:Procedencia:

Estado Civil:

III. ESCALA DE YESAVAGE PARA DEPRESIÓN GERIÁTRICA (GDF - 15)

DEPRESION	SI	NO
1. ¿Está satisfecho/a con su vida?	0	1
2. ¿Ha abandonado muchas de sus actividades e intereses?	1	0
3. ¿Nota que su vida está vacía?	1	0
4. ¿Se encuentra a menudo aburrido?	1	0
5. ¿La mayor parte del tiempo está de buen humor?	0	1
6. ¿Tiene miedo de que le pase algo malo?	1	0
7. ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo?	0	1
8. ¿Se siente a menudo abandonado/a?	1	0
9. ¿Prefiere quedarse en casa en lugar de salir y hacer cosas?	1	0
10. ¿Cree que tiene más problemas que la mayoría de la gente?	1	0
11. ¿Cree que vivir es maravilloso?	0	1
12. ¿Le es difícil poner en marcha proyectos nuevos?	1	0
13. ¿Se encuentra lleno de energía?	0	1
14. ¿Cree que su situación es desesperada?	1	0
15. ¿Cree que otros están mejor que Ud.?	1	0

Fuente: Giménez, (2015) (65)

Escala de valoración del instrumento

En la Escala de Yasavage (GDS-15) cada ítem se asigna un punto, donde el puntaje mínimo es cero y 15 puntos como máximo.

Nivel de depresión	Puntaje
Sin manifestaciones depresivas	0 – 4
Presencia de síntomas depresivos leves:	5 – 8
Presencia de síntomas depresivos moderados	9 – 10
Presencia de síntomas depresivos grave	12 - 15

IV. ESCALA DE VALORACIÓN SOCIOFAMILIAR DE GIJÓN (VERSIÓN ORIGINAL DE GARCÍA-GONZÁLEZ JV Y DÍAZ-PALACIOS E)

A continuación, se presentan 5 situaciones. Cada situación presenta cinco alternativas.

Marqué según corresponda

<p>Situación Familiar</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica. 2. Vive con cónyuge de similar edad. 3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia. 4. Vive solo y tiene hijos próximos. 5. Vive solo y carece de hijos o viven alejados.
<p>Situación económica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Más de 1,5 veces el salario mínimo. 2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente. 3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva. 4. LISMI-FAS-Pensión no contributiva*. 5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior.
<p>Vivienda</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Adecuada a las necesidades. 2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa (peldaños, puertas estrechas, baños...). 3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción).

<ol style="list-style-type: none"> 4. Ausencia de ascensor, teléfono. 5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos).
<p>Relaciones sociales</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Relaciones sociales. 2. Relación social sólo con familia y vecinos. 3. Relación social sólo con familia o vecinos. 4. No sale de su domicilio, recibe familia. 5. No sale, no recibe visitas.
<p>Apoyos red social</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Con apoyo familiar o vecinal. 2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria. 3. No tiene apoyo. 4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica. 5. Tiene cuidados permanentes.

Escala de valoración Sociofamiliar De Gijón

La escala consta de 5 ítems o variables (situación familiar, económica, vivienda, relaciones y apoyo social), con 5 posibles categorías en cada uno de ellos estableciendo un gradiente desde la situación social ideal, o ausencia de problemática a la objetivación de alguna circunstancia o problema social, obteniéndose una puntuación global.

Nivel de riesgo	Puntaje
Normal o riesgo social bajo	< 10 puntos
Riesgo social intermedio	10 – 16 puntos
Riesgo social elevado	> 17 puntos

Fuente: Miralles, Esperanza, (2015) (66)

V. ÍNDICE DE KATZ

VALORACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE LA VIDA DIARIA

A continuación, se enumeran seis actividades. Marqué en el casillero de la derecha si es independiente para realizar dicha actividad o dependiente según corresponda.

		PUNTAJE
1. Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o necesita ayuda solo para lavar una zona (como la espalda o una extremidad con minusvalía). (0 pts)	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar de la bañera o se baña solo. (1 pt)	
2. Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos. (0 pts)	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestido. (1 pt)	
3. Uso del WC	Independiente. Va al W.C. solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretores (0 pts)	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C. (1 pt)	
4. Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo (0 pts)	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos (1 pt)	
5. Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación. (0 pts)	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación. (1 pt)	

6. Alimentación.	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne (0 pts)	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere alimentación parental. (1 pt)	
	Puntaje Total	

Fuente: Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, Jaffe. 1963 (64)

Escala de valoración del instrumento. Índice de Katz

Los ítems son calificados de la siguiente manera: 0 puntos es calificada cuando la actividad es realizada de forma independiente y 1 punto si la actividad se realiza con ayuda o no se realiza”, con la puntuación final, se determina el grado de discapacidad o incapacidad en tres niveles o grados:

Grado de discapacidad	Puntaje
Ausencia de incapacidad	0-1
Incapacidad moderada	2 – 3 puntos
Incapacidad severa	4 – 6 puntos

Fuente: Katz, Ford, Moskowitz, Jackson, Jaffe. 1963 (64)

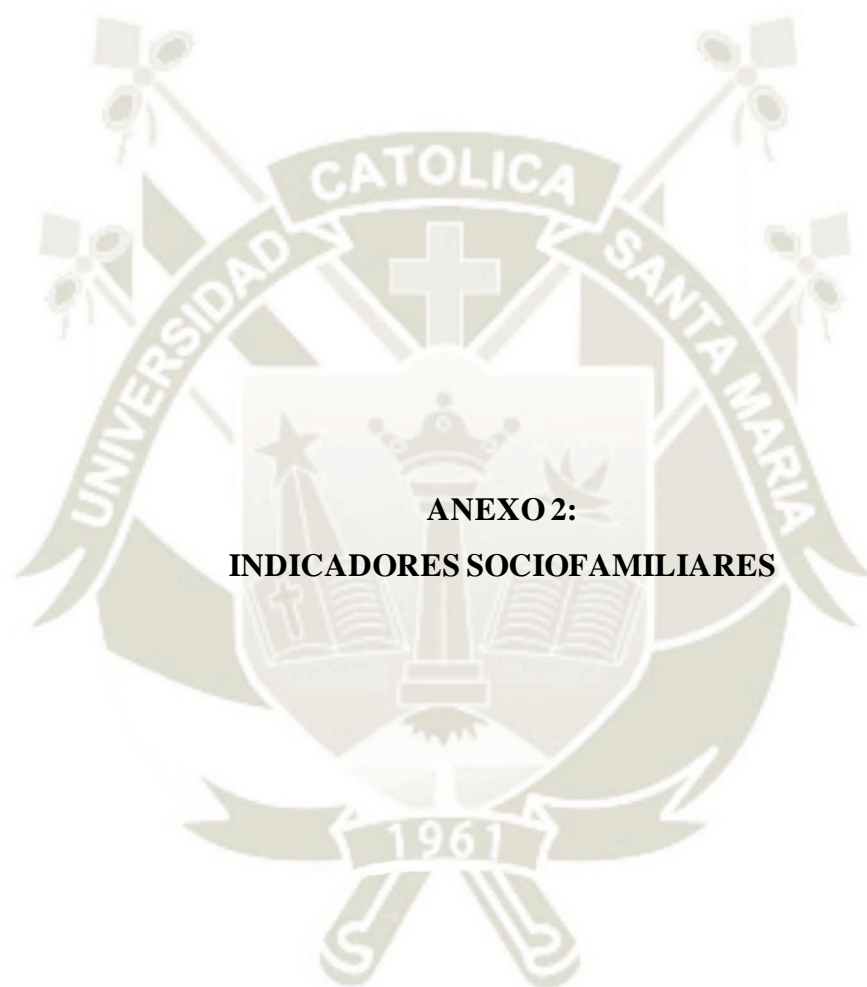


Tabla N° 8. Indicadores sociofamiliares de los adultos mayores del Centro de Salud Alto Selva Alegre, Arequipa.

INDICADORES SOCIOFAMILIARES		N°	%
Situación Familiar	1. Vive con familia sin dependencia físico/psíquica	77	52,7
	2. Vive con cónyuge de similar edad	13	8,9
	3. Vive con familia y/o cónyuge y presenta algún grado de dependencia	19	13,0
	4. Vive solo y tiene hijos próximos	17	11,6
	5. Vive sólo y carece de hijos o viven alejados	20	13,7
	Total	146	100,0
Situación Económica	1. Más de 1,5 veces el salario mínimo	6	4,1
	2. Desde 1,5 veces el salario mínimo hasta el salario mínimo exclusivamente	59	40,4
	3. Desde el salario mínimo hasta pensión mínima contributiva	37	25,3
	4. LISMI-FAS-Pensión no contributiva*	12	8,2
	5. Sin ingresos o inferiores al apartado anterior	32	21,9
	Total	146	100,0
Vivienda	1. Adecuada a las necesidades	128	87,7
	2. Barreras arquitectónicas en la vivienda o portal de la casa	5	3,4
	3. Humedades, mala higiene, equipamiento inadecuado	6	4,1
	4. inadecuado (sin baño completo, agua caliente, calefacción)	4	2,7
	5. Vivienda inadecuada (chabolas, vivienda declarada en ruina, ausencia de equipamientos mínimos)	3	2,1
	Total	146	100,0
Relaciones sociales	1. Relaciones sociales	103	70,5
	2. Relación social sólo con familia y vecinos	15	10,3
	3. Relación social sólo con familia o vecinos	19	13,0
	4. No sale de su domicilio, recibe familia	5	3,4
	5. No sale, no recibe visitas	4	2,7
	Total	146	100,0
Apoyos red social	1. Con apoyo familiar o vecinal	103	70,5
	2. Voluntariado social, ayuda domiciliaria	5	3,4
	3. No tiene apoyo	38	26,0
	4. Pendiente de ingreso en residencia geriátrica	0	0
	5. Tiene cuidados permanentes	0	0
	Total	146	100,0

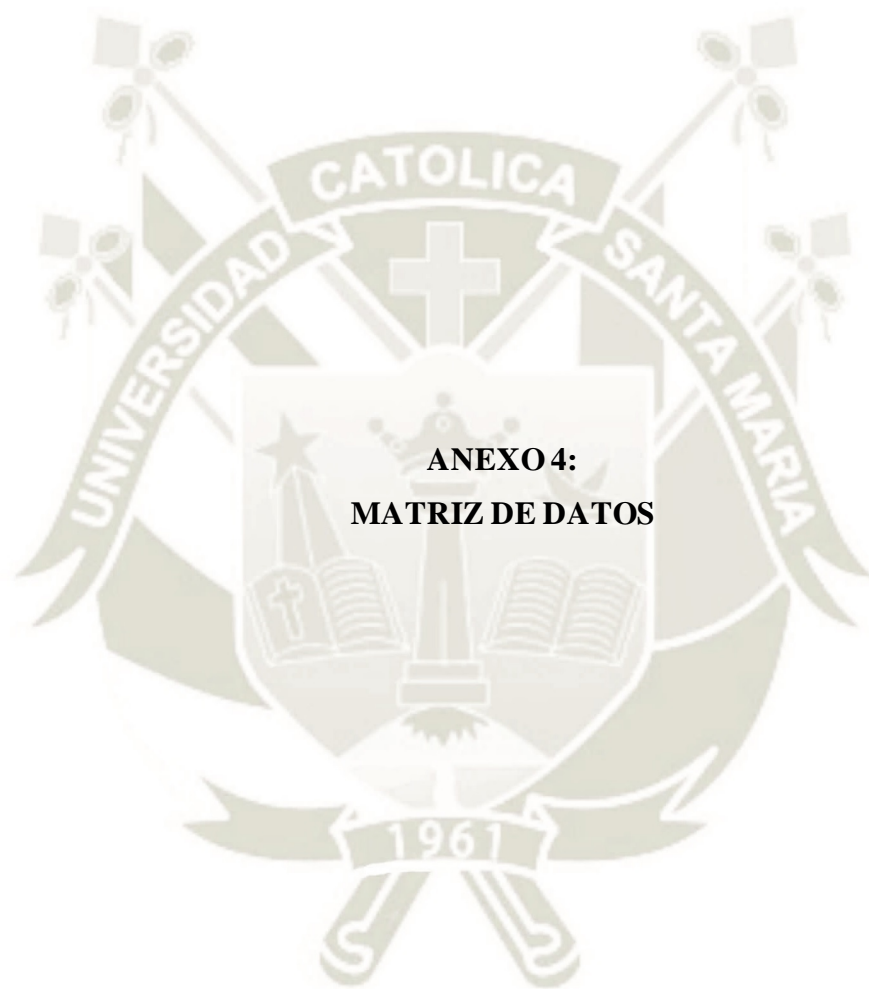
Fuente: Elaboración propia



**ANEXO 3:
MATRIZ DE CONSISTENCIA**

Título: INDICADORES SOCIOFAMILIARES Y DEPENDENCIA ASOCIADOS CON EL NIVEL DE DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR DEL CENTRO DE SALUD ALTO SELVA ALEGRE, AREQUIPA – 2022

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES E INDICADORES	MUESTRA	DISEÑO	TÉCNICAS E INSTRUMENTOS
<p>Pregunta General</p> <p>¿Cuál es la relación entre los Indicadores sociofamiliares y dependencia asociados con el nivel de depresión en el adulto mayor del centro de salud Alto Selva Alegre, Arequipa – 2022?</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la asociación entre indicadores sociofamiliares y dependencia funcional con el nivel de depresión de los adultos mayores</p>	<p>Hipótesis General</p> <p>Debido a que los diversos factores sociofamiliares y el grado de dependencia funcional influyen en el estado de ánimo del adulto mayor, es probable que la depresión que presenta el adulto mayor esté relacionada con el riesgo social y la discapacidad funcional de este individuo.</p>	<p>Variables Independientes</p> <p>Indicadores sociofamiliares, discapacidad funcional, edad, sexo</p> <p>Variables Dependientes</p> <p>Nivel de depresión</p>	<p>Universo:</p> <p>Estuvo conformada por 5099 adultos de la tercera edad que corresponden como población estimada para la atención en el Centro de salud Alto Selva Alegre de Arequipa .</p> <p>Tamaño de la Muestra:</p> <p>La muestra estuvo conformada por 146 personas de la tercera, atendidos en la consulta médica en el Centro de Salud Alto Selva Alegre, los que fueron estimados con la fórmula para una población conocida</p>	<p>3.3.1.1. Tipo de investigación Descriptivo correlacional</p> <p>3.3.1.2. Diseño de investigación Transversal</p> <p>3.3.1.3. Nivel de investigación Descriptivo-Analítico</p>	<p>TÉCNICA:</p> <p>3.3.2. Se uso la técnica de la encuesta</p> <p>INSTRUMENTOS:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ficha de recolección de datos • (ANEXO 1) • Consentimiento informado • Escala de Yesavage para depresión geriátrica • Escala de valoración sociofamiliar de Gijón • Índice de Katz <p>MATERIALES:</p> <ul style="list-style-type: none"> ○ Hojas de consentimiento informado ○ Hoja de la escala de Yesavage ○ Hoja de escala de valoración de Gijón ○ Escala de valoración de actividades de la vida diaria “índice de Katz”



PAC IEN TE	EDA D	SE XO	ESCALA DE YESAVAGE depresion														TOT AL	ESCALA DE KATZ discapacidad						TO TAL	ESCALA DE GIJON socopfam					TOT AL	
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14		15	1	2	3	4	5		6	1	2	3	4		5
1	71	2	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	1	1	0	1	0	10	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	3	3	11
2	76	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1	0	0	0	1	0	2	1	2	1	1	1	6
3	77	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	12	1	0	0	0	1	0	2	1	2	1	1	1	6
4	78	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0	2	4	1	1	1	9
5	76	1	0	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	4	2	16
6	76	2	1	0	0	1	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	7	0	0	0	1	1	0	2	1	3	1	1	1	7
7	73	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	6	0	0	0	0	0	0	0	2	4	1	1	3	11
8	75	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1	8
9	75	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	6	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	1	1	7
10	68	2	1	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	5	4	3	2	3	17
11	76	2	0	0	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	5	0	0	0	0	1	0	1	5	4	4	1	3	17
12	78	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	1	7	0	1	0	1	1	0	3	2	4	1	1	1	9
13	80	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	1	5	0	0	0	0	1	0	1	4	3	1	1	1	10
14	80	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	6	0	0	0	0	1	0	1	3	3	1	1	1	9
15	80	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	3	3	1	1	1	9
16	68	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	3	4	1	5	3	16
17	79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	13	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	1	3	14
18	70	2	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	7	0	0	0	0	1	0	1	3	4	1	1	3	12
19	67	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	8	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	2	1	8
20	63	2	0	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	1	10
21	66	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	1	10
22	72	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	6	0	1	1	0	0	0	2	1	4	1	1	1	8
23	70	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	2	1	11
24	71	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	3	1	1	9

25	83	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	1	13	1	1	1	0	1	0	4	5	6	6	3	1	21
26	73	2	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	13	1	0	1	0	1	0	3	4	6	1	2	1	14	
27	69	1	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	11	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	4	3	13	
28	65	2	0	0	0	1	0	1	0	0	1	0	1	1	1	0	1	7	1	0	1	0	1	0	3	3	4	3	1	1	12	
29	77	2	0	1	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	11	1	0	0	0	1	0	2	5	6	3	1	1	16	
30	68	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	6	1	1	3	15	
31	79	1	0	1	1	1	0	0	1	1	1	0	1	0	0	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	2	1	10	
32	66	2	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	1	9	0	0	0	0	0	0	0	3	5	1	1	1	11
33	65	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6	
34	77	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	1	0	7	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	1	2	9	
35	69	2	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	1	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	2	1	9	
36	72	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	4	1	1	3	14	
37	79	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	4	1	1	3	10	
38	69	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	5	6	1	1	1	14	
39	70	2	0	0	1	1	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	1	10	
40	61	2	0	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	9	0	0	0	0	1	0	1	4	4	1	3	3	15	
41	73	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	1	6	
42	76	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	1	1	8	
43	69	2	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	14	0	0	0	0	0	0	0	3	6	1	4	1	15	
44	69	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	1	1	9	
45	73	2	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	13	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	1	1	7	
46	62	2	0	0	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	8	0	0	0	0	1	0	1	2	1	1	3	3	10	
47	63	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	4	6	3	1	1	15	
48	60	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	1	7	
49	71	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	2	3	1	1	1	8	
50	66	1	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	1	7	
51	70	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6	
52	80	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	1	5	3	1	1	1	11	

53	80	2	0	1	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	1	1	0	7	1	0	0	0	1	0	2	1	3	1	1	1	7
54	66	2	1	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	1	1	0	7	1	1	0	0	1	0	3	1	4	1	1	1	8
55	72	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	1	4	2	1	1	1	9
56	70	2	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	11	0	0	0	0	1	0	1	4	4	1	1	1	11
57	78	2	0	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	6	0	0	0	0	1	0	1	4	3	1	1	1	10
58	78	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2	6	1	1	1	11
59	66	1	1	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6
60	79	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	1	7	0	0	0	0	1	0	1	5	6	1	5	1	18
61	80	2	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	6	6	1	1	15
62	61	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	0	9	0	0	0	0	1	0	1	2	6	2	2	3	15
63	63	2	0	1	1	0	0	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	6	0	1	0	0	0	0	1	1	5	1	1	1	9
64	65	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	1	3	11
65	74	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	3	5	1	1	1	11
66	61	2	0	1	0	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	3	5	1	1	1	11
67	72	2	0	1	1	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	0	0	8	0	1	0	0	0	0	1	1	6	1	2	3	13
68	64	2	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	1	3	11
69	75	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	1	5	1	4	3	14
70	66	2	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	12	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	1	3	9
71	79	1	0	1	1	1	0	1	1	0	1	1	0	1	0	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	5	3	2	1	1	12
72	77	2	0	1	0	0	1	1	1	0	1	1	0	1	0	0	0	7	0	1	0	0	0	0	1	3	3	3	1	1	11
73	79	2	0	1	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	0	0	0	0	1	0	1	3	4	1	1	1	10
74	70	2	0	1	1	0	1	1	0	0	1	0	0	0	1	1	1	8	0	0	0	0	1	0	1	4	5	1	1	3	14
75	67	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	1	2	5	1	1	3	12
76	67	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	1	0	1	5	5	1	1	2	14
77	63	2	1	1	0	0	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	6	0	0	0	0	1	1	2	3	6	1	2	1	13
78	66	2	0	0	1	1	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	9	0	0	0	0	1	0	1	3	6	1	1	3	14
79	64	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	4	4	1	1	1	11
80	75	2	0	1	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	5	3	1	1	1	11

81	81	1	0	1	1	0	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	1	6	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1	2	3	13
82	75	2	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	12	0	0	0	1	0	0	1	3	4	1	2	3	13
83	61	1	0	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	1	1	0	0	7	0	0	0	0	0	0	0	3	3	1	1	1	9
84	79	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	13	0	1	0	0	1	0	2	5	4	1	2	1	13
85	73	2	0	1	1	1	1	0	1	0	1	0	0	1	1	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	1	1	6
86	65	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	5	6	1	3	3	18
87	65	2	0	1	1	0	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	1	9	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	3	1	9
88	78	2	0	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	1	8
89	73	1	0	1	1	0	1	1	1	0	0	0	1	1	1	0	0	8	0	0	0	0	0	0	0	3	1	1	1	3	9
90	65	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	5	1	3	1	11
91	74	2	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	1	1	1	1	8	0	0	0	0	1	0	1	5	6	7	5	3	26
92	68	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	1	1	0	2	3	3	1	1	1	9
93	73	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	3	2	1	1	3	10
94	78	2	0	1	0	1	0	1	1	0	1	0	0	0	1	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	2	1	1	1	3	8
95	69	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	1	0	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	2	1	8
96	80	1	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	0	1	0	1	0	8	0	0	0	0	0	0	0	2	2	1	3	3	11
97	73	1	0	0	1	1	0	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	8	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	3	1	9
98	64	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	1	7
99	68	2	0	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1	5	2	15
100	66	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	9	0	1	0	0	1	0	2	5	4	4	3	3	19
101	70	2	0	1	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	1	0	1	7	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	1	1	8
102	70	2	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	1	1	6
103	66	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	1	1	6
104	63	2	1	1	1	1	1	1	0	1	0	0	0	1	1	1	1	11	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	3	1	10
105	63	1	1	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	1	7	0	0	0	0	0	0	0	5	2	1	3	1	12
106	80	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1	8
107	61	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6
108	65	1	0	1	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	1	7	0	1	0	0	1	0	2	4	4	1	1	1	11

109	61	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	1	3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	2	7
110	74	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	1	0	0	1	4	4	1	1	1	11	
111	62	1	0	1	1	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	5	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	1	1	6		
112	80	2	0	1	1	1	0	0	1	1	0	1	0	1	0	1	1	9	1	0	0	0	1	0	2	4	6	1	3	1	15	
113	80	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	0	1	11	1	0	1	0	1	0	3	4	6	1	1	1	13	
114	68	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	1	1	1	13	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3	3	11	
115	65	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	1	0	4	0	0	0	0	1	0	1	1	6	1	1	3	12	
116	70	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	1	7	
117	80	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	1	1	0	1	1	1	5	1	3	1	3	3	11	
118	61	2	0	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	1	0	0	0	5	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	3	1	9	
119	63	1	1	1	1	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	0	6	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6	
120	61	2	0	1	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	1	1	1	1	1	1	5	
121	67	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1	1	5	
122	80	1	0	1	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	0	0	1	5	0	0	0	0	1	0	1	5	4	1	1	1	12	
123	75	1	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	4	2	1	1	1	9	
124	76	1	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	4	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6	
125	76	2	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	4	3	1	1	1	10	
126	74	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1	8	
127	80	2	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	1	0	0	12	0	0	1	0	1	1	3	1	3	4	1	1	10	
128	80	2	0	1	0	1	0	1	0	1	1	0	0	0	1	0	0	6	1	0	1	1	0	0	3	1	4	4	1	1	11	
129	60	2	1	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	1	1	1	8	0	0	0	0	1	0	1	1	2	1	3	3	10	
130	76	2	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1	8	
131	63	2	0	1	1	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	1	3	1	1	1	7	
132	73	2	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0	1	1	0	0	0	4	0	0	0	0	1	0	1	1	4	1	1	1	8	
133	70	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	1	1	0	1	1	10	0	0	0	0	1	0	1	1	3	1	1	1	7	
134	79	1	0	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	0	0	0	0	7	1	0	0	0	0	0	1	2	3	1	1	1	8	
135	68	2	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	1	0	1	13	1	1	0	1	1	1	5	1	6	1	4	3	15	
136	91	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	0	3	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6	

137	62	2	0	1	0	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6
138	80	2	0	1	1	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0	1	6	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	1	1	1	6
139	76	2	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0	0	0	1	0	3	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	1	10
140	65	2	0	0	1	1	1	0	0	0	0	0	0	0	1	0	1	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	1	10
141	67	2	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	1	1	1	1	13	1	1	0	1	0	0	0	0	3	1	6	2	2	1	12
142	61	2	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	13	1	0	0	1	0	0	0	0	2	1	6	2	3	3	15
143	68	2	0	1	1	1	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	1	10	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	2	2	3	14
144	63	2	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	6	1	1	1	10
145	79	2	0	1	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0	0	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	5	3	1	3	1	13
146	65	2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4	1	1	1	8

