



**Universidad  
Norbert Wiener**

**UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER**

**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD ESCUELA ACADÉMICO**

**PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA  
MÉDICA**

**“GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN YESAVAGE Y NIVEL DE  
FUNCIONALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE  
ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN HOSPITAL DE LIMA, JULIO 2017”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE ESPECIALISTA EN FISIOTERAPIA  
EN EL ADULTO MAYOR**

Presentado por:

**AUTORAS:** LIC. CORREA ARELLANO, VANESSA GINETTE

LIC. GALA PRADO, CRISTINA ISABEL

**ASESOR:** DRA. REGINA MEDINA ESPINOZA

**LIMA – PERÚ**

**2018**

## **Dedicatoria**

Dedicamos este trabajo de investigación a nuestros padres por su paciencia y por su perseverancia al estar siempre a nuestro lado alentándonos para gracias a ello lograr los mejores resultados en nuestra vida profesional.

## **AGRADECIMIENTO**

El agradecimiento especial es para toda la plana docente que conformó esta edición de la segunda especialidad en fisioterapia en el adulto mayor, a ellos, a nuestros profesores les agradecemos por cada uno de sus consejos y sus clases fueron inspiradoras para nosotros y nos permitieron comprometernos más con esta preciosa área de la fisioterapia.

El cuidado del adulto mayor exige no solamente el manejo de conocimientos teóricos sino también del compromiso que exige a todo profesional el cuidado de un paciente en condición de necesidad. Es precisamente esto último lo que recibimos en demasía en cada una de las clases que compuso esta especialidad. Nuestro eterno agradecimiento a esos profesores y también a la organización de la universidad por permitirnos participar de esa experiencia académica.

**ASESOR DE TESIS**

Dra. Regina Medina Espinoza

## **JURADO**

Presidente

Dra. Rosa Vicenta Rodriguez García

Secretaria

Dr. Javier Francisco Casimiro Urcos

Vocal

Mg. Yolanda Reyes Jaramillo

# ÍNDICE

	Pág.
<b>CAPITULO I:</b>	
<b>CAPITULO I: EL PROBLEMA.....</b>	<b>13</b>
1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	13
1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.....	15
1.3. JUSTIFICACIÓN .....	15
1.4. OBJETIVOS .....	17
1.4.1. Objetivos General.....	17
1.4.2. Objetivos Específicos. ....	17
<b>CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....</b>	<b>18</b>
2.1. ANTECEDENTES .....	18
2.2. BASE TEÓRICA.....	37
2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA .....	46
2.4. HIPÓTESIS .....	46
2.5. VARIABLES .....	47
<b>CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO .....</b>	<b>51</b>
3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN .....	51
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA .....	51
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS .....	53
3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.....	64
3.5. ASPECTOS ÉTICOS.....	64
<b>CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....</b>	<b>66</b>
4.1. RESULTADOS .....	66
4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	84
<b>CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES .....</b>	<b>87</b>
5.1. CONCLUSIONES.....	87
5.2. RECOMENDACIONES.....	88
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>89</b>
<b>ANEXO .....</b>	<b>93</b>
Geriatric Depression Scale (GDS-15 and GDS-5): A study of the internal consistency and factor structure.....	96

<a href="http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/236/1168">http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/236/1168</a> .....	96
Medifam .....	97
<i>versión impresa</i> ISSN 1131-5768.....	97
Medifam vol.12 no.10 dic. 2002 .....	97
Gaceta Sanitaria .....	103
<i>Versión impresa</i> ISSN 0213-9111 .....	103
Vol.23 no.1 Barcelona ene./fe. 2009 .....	103
Revista Española de Salud Pública.....	104
<i>versión On-line</i> ISSN 2173-9110 <i>versión impresa</i> ISSN 1135-5727 .....	104
Rev. Esp. Salud Publica vol.71 no.2 Madrid mar. 1997 .....	104

## ÍNDICE DE TABLAS

<b>Tabla 1:</b>	Operacionalización de las variables	<b>48</b>
<b>Tabla 2:</b>	Técnicas e instrumentos de recolección de datos	<b>53</b>
<b>Tabla 3:</b>	Índice de validez de contenido de los instrumentos según cada experto.	<b>56</b>
<b>Tabla 4:</b>	Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Alteraciones en la motivación	<b>57</b>
<b>Tabla 5:</b>	Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Alteraciones en la motivación	<b>58</b>
<b>Tabla 6:</b>	Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Alteraciones en la motivación	<b>58</b>
<b>Tabla 7:</b>	Índice de validez de contenido de los instrumentos según cada experto.	<b>61</b>
<b>Tabla 8:</b>	Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Autocuidado	<b>62</b>
<b>Tabla 9:</b>	Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Movilidad	<b>63</b>
<b>Tabla 10:</b>	Coeficientes y tipos de correlación	<b>67</b>
<b>Tabla 11:</b>	Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra	<b>70</b>
<b>Tabla 12:</b>	Correlaciones de variables	<b>73</b>
<b>Tabla 13:</b>	Grado de depresión según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017	<b>74</b>
<b>Tabla 14:</b>	Nivel de funcionalidad según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017	<b>76</b>
<b>Tabla 15:</b>	Correlaciones de la dimensión Alteraciones en la motivación y Funcionalidad	<b>79</b>
<b>Tabla 16:</b>	Correlaciones de la Dimensión Alteraciones cognitivas y la funcionalidad	<b>81</b>
<b>Tabla 17:</b>	Correlaciones de la dimensión Disminución de afecto y la funcionalidad.	<b>83</b>

## ÍNDICE DE FIGURAS

<b>Figura 1</b>	Factores que intervienen en la etiología de la depresión en el adulto mayor	<b>42</b>
<b>Figura 2</b>	Curva de evolución de la capacidad funcional en diversas fases de la vida	<b>43</b>

## ÍNDICE DE GRÁFICOS

<b>Gráfico 1</b>	Distribución de los resultados de la escala de depresión de Yesavage.	<b>56</b>
<b>Gráfico 2</b>	Distribución de los resultados de la escala de Funcionalidad de Barthel.	<b>57</b>
<b>Gráfico 3</b>	Diagrama de dispersión de las variables depresión según Yesavage y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.	<b>60</b>
<b>Gráfico 4</b>	Frecuencia del grado de depresión según Yesavage en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.	<b>63</b>
<b>Gráfico 5</b>	Frecuencia del nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.	<b>65</b>
<b>Gráfico 6</b>	Diagrama de dispersión de las variables: dimensión Alteraciones en la motivación y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.	<b>66</b>
<b>Gráfico 7</b>	Diagrama de dispersión de las variables: dimensión Alteraciones cognitivas y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.	<b>68</b>
<b>Gráfico 8</b>	Diagrama de dispersión de las variables: dimensión Disminución de afecto y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.	<b>70</b>

## RESUMEN

**Objetivo:** Esta investigación tuvo como objetivo la relación entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017. **Material y métodos:** Se realizó un estudio prospectivo, transversal y correlacional a 153 adultos mayores pertenecientes al servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 mediante un muestreo de tipo probabilístico según la fórmula para este tipo de estudios. Para la recolección de la información se utilizó una ficha de recolección de datos diseñada para este estudio que incluía la escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage y el índice de Barthel. **Resultados:** Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre la depresión según Yesavage y la funcionalidad, así mismo la mayor proporción de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 presenta un nivel normal de depresión, poco más de la mitad de los adultos mayores del servicio presenta un nivel de dependencia leve; existe correlación negativa estadísticamente significativa entre la dimensión Alteraciones en la motivación, la dimensión Alteraciones cognitivas, la dimensión Disminución de afecto y la Funcionalidad. **Conclusiones:** Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre la depresión según Yesavage en todas sus dimensiones y la funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

**Palabras clave:** Depresión, Funcionalidad, Adulto mayor.

## SUMMARY

**Objective:** The objective of the present investigation was the relationship between the degree of depression according to Yesavage and the level of functionality in the elderly of the home care service of a Hospital in Lima, 2017. **Material and methods:** A prospective, cross-sectional study was carried out and correlational to 153 senior citizens belonging to the home care service of a Hospital in Lima, 2017 by means of a probabilistic type sampling according to the formula for this type of studies. For the collection of information, a data collection form designed for this study was used, which included the geriatric depression scale or the Yesavage test and the Barthel index. **Results:** There is a statistically significant negative correlation between depression according to Yesavage and functionality, and the highest proportion of elderly people in the home care service of a Hospital in Lima, 2017 have a normal level of depression, just over half of the Older adults in the home care service have a slight level of dependence, there is a statistically significant negative correlation between the Alterations in motivation dimension, the Cognitive Alterations dimension, the Diminution of Affection dimension and the Functionality. **Conclusions:** There is a statistically significant negative correlation between depression according to Yesavage as well as in all its dimensions and functionality in the elderly of the home care service of a Hospital in Lima, 2017.

**Keywords:** Depression, Functionality, Elderly.

## **CAPITULO I: EL PROBLEMA**

### **1.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.**

La depresión es de las patologías mentales de mayor prevalencia en el mundo, estudios calculan que quienes la padecen suman 300 millones de personas <sup>7,8</sup>. El peligro del padecimiento de esta patología por las alteraciones concomitantes a las que se les asocia, además de su impacto negativo se mide en función también al tiempo de padecimiento.

Otra característica que aporta a su peligro es el impacto que trae en el desarrollo de diversas actividades de la vida cotidiana de quien la padece, siendo el suicidio una de las más peligrosas. Esto se comprueba con estudios que la posicionan como el segundo motivo de fallecimiento entre las personas de 15 a 29 años <sup>4,8</sup>.

Entre las tipologías que clasifican a la depresión podemos mencionar a dos, la depresión bipolar y la unipolar. La depresión bipolar se caracteriza por momentos de profunda euforia seguida de estados caracterizados por la baja en el ánimo<sup>17</sup>. Por otro lado, la depresión unipolar es la caracterizada por un estadio más o menos constante de sentimientos de decaimiento y prevalencia de ideas melancólicas. Es común que las primeras etapas de padecimiento de depresión sean pasadas por alto, lo que a su vez genera que los primeros niveles de atención de la salud poblacional no detecten las primeras etapas de padecimiento de esta patología en este grupo poblacional.

Investigaciones también han identificado a la depresión unipolar como concomitante al padecimiento de diversas patologías como las enfermedades pulmonares, el padecimiento de diabetes, etcétera<sup>35</sup>.

Existe en la actualidad, data nacional que registra a 29 669 adultos mayores que padecen de esta patología y en donde las edades con mayor presencia de esta patología se ubicaban entre los 60 a 64 años, adicionalmente se registró su prevalencia en mayor forma en el género femenino<sup>18</sup>.

Esta misma data manifiesta que a nivel de Lima se encuentran registrados 11 260 personas que padecen esta patología, como elemento adicional se señala

al distrito de San Martín de Porres como el de mayor registro, en segundo lugar, ubicamos a Lima Cercado<sup>18</sup>.

Fisiológicamente se entiende a la depresión como una externalidad consecuente a los cambios naturales en el organismo que sufre una persona en determinado momento de su vida producto naturalmente del paso del tiempo. Esta progresión de cambios fisiológicos está caracterizada por una disminución de las capacidades tanto físicas como psicológicas, otro evento que caracteriza este estadio de la vida es el proceso de jubilación y el hecho de que los hijos se aparten de los adultos mayores en la medida que pasarán también a formar sus familias.

La funcionalidad define todas las capacidades para desarrollar de manera autónoma diversas actividades de la vida diaria. En tal sentido ubicamos a actividades que implican el desplazamiento en diversos tipos de terrenos, el autocuidado en actividades como la alimentación, el aseo, el vestido, etc. Todas estas capacidades son naturalmente afectadas por el paso del tiempo, es decir por el proceso natural del envejecimiento y concommitan la aparición de estados depresivos; es precisamente esta idea la que inspira la realización del presente trabajo de investigación y en donde se busca analizar la relación entre el padecimiento de depresión y el desempeño del adulto mayor en sus actividades de la vida diaria <sup>10,11</sup>.

Ante lo anteriormente mencionado, se hace imprescindible realizar la siguiente investigación: “Grado de depresión según Yesavage y nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un hospital de Lima, Julio 2017”.

## **1.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA.**

### **1.2.1. Problema Principal**

¿Cuál es la relación entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017?

### **1.2.2. Problemas Específicos**

1. ¿Cuál es el grado de depresión según Yesavage de acuerdo al grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017?
2. ¿Cuál es el nivel de funcionalidad según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017?
3. ¿Cuál es la relación entre la dimensión Alteraciones en la motivación y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima?
4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión Alteraciones cognitivas y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima?
5. ¿Cuál es la relación entre la dimensión Disminución de afecto y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima?

## **1.3. JUSTIFICACIÓN.**

Dada la importancia del estudio se ha considerado las siguientes justificaciones:

### **1.2.3. Justificación Teórica:**

El presente estudio de investigación permitirá conocer y determinar la relación de las dos variables en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

Así mismo, el análisis y la relación de las dos variables permitirán identificar los puntos críticos del abordaje de la población en estudio, con la finalidad de tomar medidas que permitan brindar una mejor atención de los mismos.

Por otro lado, recalcar que si un adulto mayor con depresión no es tratado adecuadamente disminuirá el grado de funcionalidad llevándolo a la inactividad.

Este estudio es pertinente porque sigue lo planteado en una norma técnica para la atención integral de Salud de las personas adultas mayores (2016)<sup>33</sup> y los lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores<sup>34</sup> (2016– Lineamiento 7). Tiene magnitud porque a nivel mundial engloba a más de 300 millones de personas.

#### **1.2.4. Justificación Práctica:**

A través de los resultados obtenidos en la presente investigación de las variables depresión según Yesavage y funcionalidad, no solo servirá de utilidad para la elaboración de un plan de tratamiento de la institución, si no que el modelo a proponer servirá como guía para las futuras investigaciones del tema.

Así mismo, esta investigación representa una oportunidad importante para la institución objeto de estudio, debido a que se abordan con precisión los problemas que actualmente se presentan en la mayoría de las instituciones y en la sociedad, con la finalidad de mejorar y aplicar mecanismos que disminuyan el nivel depresión, mejorando la funcionalidad y calidad de vida de los adultos mayores.

#### **1.2.5. Justificación Metodológica:**

Se justifica metodológicamente porque en la presente investigación se han aplicado instrumentos, escalas e índices validados por expertos, los cuales serán aplicados a la población objetivo de estudio, que servirá como modelo para la implementación de nuevos casos de estudios de investigación y de proyectos a desarrollarse.

Las dimensiones utilizadas en la variable depresión según Yesavage son alteraciones en la motivación, alteraciones cognitivas y disminución de afecto; asimismo; las dimensiones utilizadas en la variable funcionalidad son autocuidado y movilidad, las cuales serán aplicadas al área médica del sector salud.

#### **1.2.6. Justificación Social:**

A nivel social el presente estudio se justifica, debido a que las recomendaciones presentadas en la presente investigación, ofrecerán alternativas para disminuir la depresión según Yesavage de los adultos mayores objeto de estudio, con la finalidad de mejorar su funcionalidad, la cual permitirá la calidad de vida del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un hospital de lima, 2017. Así mismo, se beneficiará no solo los adultos mayores sino también a los familiares y su entorno, ya que tendrán un adulto mayor motivado y más funcional, con un proceso de envejecimiento más saludable.

#### **1.4. OBJETIVOS.**

##### **1.4.1. Objetivos General.**

Determinar la relación entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

##### **1.4.2. Objetivos Específicos.**

1. Determinar el grado de depresión según Yesavage de acuerdo al grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.
2. Conocer el nivel de funcionalidad según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.
3. Valorar la relación entre la dimensión alteraciones en la motivación y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima.

4. Conocer la relación entre la dimensión alteraciones cognitivas y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima.
5. Conocer la relación entre la dimensión disminución de afecto y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima.

## **CAPITULO II: MARCO TEÓRICO**

### **2.1. ANTECEDENTES.**

#### **2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES SOBRE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES**

**Mosquera MP, Chuchuca S, Cristina L. (Ecuador, 2017)** en su estudio de investigación denominado “Niveles de depresión en adultos mayores de un centro geriátrico de la ciudad de Cuenca, tuvieron como objetivo identificar los niveles de depresión en adultos mayores que asisten a un centro geriátrico”; a través de un estudio de enfoque cuantitativo a nivel exploratorio-descriptivo en el que se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario a todos los integrantes de la muestra en una sola ocasión. Para lograrlo utilizaron la escala de depresión geriátrica de Yesavage; la muestra estuvo conformada por 21 mujeres y 11 varones del centro Geriátrico, de edades comprendidas entre 67a 90 años, como resultado se obtuvo que un 46,6% presentó depresión moderada/ grave. Dicho estudio concluyó que en la muestra los hombres manifiestan mayor depresión que las mujeres, el estudio también indica que la escolaridad es un factor que influye, ya que la mayoría de participantes con instrucción básica o ninguna presentan depresión moderada o grave<sup>1</sup>.

Así mismo, **Salazar A, Reyes M. (Colombia, 2017)** en su estudio de investigación denominado: “Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá, tuvo como objetivo estimar la prevalencia de depresión en una muestra de adultos mayores de Bogotá y describir los factores de riesgo psicosocial asociados, a través de un estudio de corte transversal observacional-descriptivo en el que se aplicó un instrumento validado en la forma

de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada, a todos los integrantes de la muestra en una sola ocasión, en 889 adultos mayores autónomos. La depresión fue evaluada con el test de depresión geriátrica Yesavage y los factores de riesgo con la sección de acontecimientos vitales del cuestionario *Predict*. Los resultados registraron que el 74% de la muestra estuvo constituida por mujeres, la media de edad fue de 72,51 (ds 9,4) años. Así mismo, se estimó una prevalencia de depresión del 18,6%, siendo mayor en mujeres (20%) y (18%) en sujetos entre 70 y 79 años, los adultos con baja escolaridad sumaron un 43%, y el 22% lo constituyeron personas dependientes económicamente. Por otra parte, se encontró relación entre la depresión y cinco de los factores de riesgo psicosocial conocidos como acontecimientos vitales adversos: insomnio, vivir solo, padecer enfermedades crónicas, haber sufrido una crisis económica y la muerte de un familiar o amigo cercano en el último año. Concluyendo que la prevalencia de depresión en un grupo de personas mayores de la comunidad en Bogotá es más alta que lo descrito previamente en Colombia y por la Organización Mundial de la Salud (OMS)<sup>2</sup>.

Por otro lado, **Calarge CA, Butcher BD, Burns TL, Coryell WH, Schlechte JA. (USA, 2014)** en su estudio de investigación denominado “Trastorno depresivo mayor y masa ósea en adolescentes y adultos jóvenes”. Donde tuvieron como objetivo determinar si existe asociación entre el padecimiento de depresión y la reducción de la masa ósea en adultos. Se examinó la densidad ósea y la estructura en 222 adolescentes y adultos jóvenes (69% de mujeres, edad media  $\pm$  SD: 19,0  $\pm$  1,5 años). El funcionamiento psiquiátrico se evaluó con instrumentos auto informados y administrados por investigadores, incluyendo la Evaluación de Seguimiento del Intervalo Longitudinal para Adolescentes (A-LIFE). Las medidas antropométricas y de laboratorio incluyeron absorciometría de rayos X de doble energía y exploraciones de tomografía computarizada cuantitativa periférica. En conclusión, la enfermedad depresiva se asocia con una masa ósea significativamente menor en los jóvenes. Las investigaciones futuras deben examinar si la recuperación ósea es posible después de la remisión de la depresión o si las intervenciones correctivas están justificadas para optimizar la masa ósea con el fin de minimizar el riesgo a largo plazo de la osteoporosis<sup>3</sup>.

Así mismo, **Crempien C, de la Parra G, Grez M, Valdés C, López MJ. (Chile, 2017)** en su estudio de investigación denominado “Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en centros comunitarios de salud mental (COSAM) de Santiago, Chile”, tuvo como objetivo describir las características sociodemográficas y clínicas en una muestra de pacientes depresivos atendidos en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) en Santiago en los que se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada, y con una muestra analizada compuesta por 88 pacientes que fueron evaluados mediante cuestionarios de auto-reporte, respecto a variables sociodemográficas, severidad de los síntomas depresivos, funcionamiento general y social y calidad de vida. Se realizaron análisis descriptivos y correlacionales para describir características sociodemográficas y clínicas para luego estudiar las asociaciones entre variables sociodemográficas y la gravedad de la sintomatología depresiva; además la asociación entre esta última y el funcionamiento general y calidad de vida. Los participantes fueron mayoritariamente mujeres con síntomas depresivos crónicos y severos, y alta frecuencia de comorbilidad médica. La pertenencia al sexo femenino y el contar con antecedentes de enfermedad física, fueron predictores significativos de gravedad de los síntomas depresivos. Estos, a su vez, mostraron correlaciones significativas con diferentes dimensiones del funcionamiento general y la calidad de vida, especialmente con la falta de vitalidad, impacto de la salud y problemas emocionales en la vida social, trabajo y actividades cotidianas, y percepción de una salud mental deteriorada. Las alteraciones depresivas fueron identificadas como altamente limitantes y fueron asociadas a una baja calidad de vida. Se concluyó que el padecimiento del estado depresivo describe principalmente mujeres, con sintomatología severa y crónica, en la que se entrelazan vulnerabilidades físicas, emocionales y de personalidad, lo que sugiere la necesidad de un enfoque articulado de la salud física y mental y recursos terapéuticos que consideren estas características<sup>4</sup>.

Por otro lado, **Navarro SC, Uriostegui LC, Delgado EG, Sahagún MN. (México, 2017)** en su estudio denominado: “Depresión y carga en los cuidadores primarios de ancianos con dependencia física de la UMF 171” que tuvo como objetivo el

determinar la prevalencia de depresión y sobrecarga en cuidadores primarios de pacientes geriátricos con dependencia física; desarrolló el método de estudio transversal descriptivo en el que se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada, este estudio utilizó un muestreo no probabilístico que incluyó a los cuidadores primarios de los pacientes geriátricos con dependencia física. Este estudio midió la funcionalidad de los pacientes geriátricos a través de la escala de Barthel, y a los cuidadores primarios se les aplicó el cuestionario de Beck para depresión y la escala de Zarit para evaluar el nivel de sobrecarga. Se obtuvo que, de los 76 cuidadores primarios, el 55.3% se encontraba sin depresión, el 32.9% presentaban depresión leve, y el 11.8% depresión moderada. De acuerdo a la escala de Zarit, el 40.8% tenían ausencia de sobrecarga, el 44.7% presentaban sobrecarga ligera, y el 14.5% sobrecarga intensa. Finalmente concluyó, que el desarrollo de las tareas propias del cuidador primario supone el padecimiento de estrés, lo que puede constituirse en un elemento que afecte la calidad de vida, lo que a su vez sugiere que toda intervención terapéutica incluya al cuidador<sup>5</sup>.

Así mismo, **Durán T, Aguilar RM, Martínez ML, Rodríguez T, Gutiérrez G, Vázquez L. (México, 2013)** en su estudio de investigación denominado “Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal” y que tuvo como objetivo identificar la asociación existente entre depresión y función cognitiva del adulto mayor, mediante un estudio de tipo descriptivo-transversal-correlacional en el que se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada, se aplicó en 252 adultos mayores de ambos sexos. Para lograrlo usó como instrumento el *Test de Yesavage* (sensibilidad del 84% y especificidad del 95%) y *Mini-mental State Examination* (sensibilidad de 82% y especificidad de 84%). En los resultados encontró que el 40.1% de evaluados no presentaron depresión, 3.9% con depresión leve y 25% con depresión establecida; así mismo el 58.3% de evaluados presentó función cognitiva íntegra y 41.7% deterioro cognitivo. El estudio halló además una correlación negativa entre depresión y función cognitiva ( $r_s=0.242$ ;  $p=0.000$ ). Se

concluyó que los valores obtenidos con la prueba de correlación de Spearman no mostraron asociación en el sentido esperado<sup>6</sup>.

Por otro lado, **Martínez AA, Chaves CA, Galvis YT. (Colombia, 2012)** en su estudio denominado “Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín” y que tuvo como objetivo determinar los factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor en la población de 13 a 65 años de edad de la ciudad de Medellín en el periodo 2011-2012. A través de un estudio en el que se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada. Este estudio analizó la información obtenida en el primer estudio de salud mental poblacional representativo de hogares para la ciudad de Medellín recopilada a través de entrevistas, realizadas con el *World Health Organization Composite International Diagnostic Interview*. Se tomaron 4.176 registros. Se determinó que la prevalencia para el trastorno de depresión mayor anual en la ciudad de Medellín en el año 2012 fue de 4,1 %. Las mujeres presentaron 2,4 veces más el riesgo de estar afectadas por trastorno de depresión mayor en comparación a los hombres. Tener una percepción regular/mala sobre la salud mental representa un riesgo 6,0 veces mayor que tener una percepción muy buena/excelente; presentar un grado medio de resiliencia representa casi 2 veces más el riesgo de presentar trastorno de depresión mayor en comparación con los que presentan un grado alto de resiliencia, y no poder desahogarse con la familia representa un riesgo de 1,9 veces en comparación a los que sí pueden hacerlo. Se concluyó que los factores personales que se asociaron al padecimiento de depresión fueron el pertenecer al género femenino, manejar una autopercepción negativa, regular o mala sobre su propia salud mental, sedentarismo<sup>7</sup>.

### **2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES SOBRE DEPRESION EN ADULTOS MAYORES**

**Orosco C. (Perú, 2015)** en su estudio de investigación “Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima.”, tuvo como objetivo determinar el grado de relación entre la depresión y autoestima en los adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados. A través de un

estudio de tipo correlacional en el que se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada, se aplicó a una muestra conformada por 40 participantes sujetos institucionalizados y 45 no institucionalizados, los cuales fueron adultos mayores de estrato socioeconómico medio alto, con edades superiores a los 65 años a quienes se les aplicó el inventario de depresión de Beck - segunda versión (BDI-II) y el Inventario de Autoestima de Coopersmith (versión adultos). Se concluyó que existe una relación significativa e inversa entre la depresión y la autoestima en los grupos estudiados. Por otro lado, se encontró que al comparar los grupos con los niveles de depresión y autoestima estos presentaron resultados similares<sup>8</sup>.

De la misma manera, **Varela L. (Perú, 2004)** en el estudio “Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional” tuvo como objetivo determinar la frecuencia y grado de deterioro cognitivo del adulto mayor hospitalizado en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos a través de un estudio en base a la información del estudio “Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional (Perú)”, se incluyeron a 312 pacientes de 60 años o más. Se evaluó la frecuencia y severidad del deterioro cognitivo y se comparó estos resultados con los principales síndromes y problemas geriátricos. En dicha investigación registró una frecuencia de deterioro cognitivo moderado-severo de 22.11%. Se encontró asociación significativa entre deterioro cognitivo y edad, grado de instrucción (analfabeto), situación socioeconómica, confusión aguda, deprivación sensorial auditiva, inmovilidad, caídas, incontinencia urinaria y fecal, desnutrición, depresión establecida y estatus funcional. La presencia de insomnio y deprivación visual no presentó asociación significativa; debido a ello concluyó que la frecuencia de deterioro cognitivo en la población adulta mayor hospitalizada es elevada. Se encontró que el deterioro cognitivo estuvo asociado a múltiples y diversos problemas y síndromes geriátricos<sup>9</sup>.

### **2.1.3. ANTECEDENTES INTERNACIONALES SOBRE FUNCIONALIDAD**

Así mismo, **Quezada NM, Paredes CF, Arenas MR. (Cuba, 2017)** en su estudio denominado “Funcionalidad del adulto mayor de un centro de salud familiar” y que

tuvo como objetivo determinar la funcionalidad de los adultos mayores pertenecientes al sector 3 del centro de salud familiar Talcahuano Sur; mediante un estudio descriptivo de corte transversal llevado a cabo en un centro de salud familiar en el que se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada. La muestra estuvo compuesta por 72 adultos mayores a los que se les aplicó el examen médico preventivo del adulto mayor mientras asistían a su control de salud con enfermería, previa firma del consentimiento informado. Como resultado se determinó que la edad promedio de los adultos mayores fue de 72 años, con escolaridad básica en 70,9 %. El 97 % presentó alguna patología crónica, prevaleciendo la hipertensión (84,7%), y dislipidemia (72,2%). En cuanto a la funcionalidad, un 54,2% era independiente, un 44,4 % era independiente con riesgo y un 1,4 % tenía riesgo de dependencia. La totalidad de la población presentó un estado cognitivo normal con un promedio de 18,5 puntos. Un 16,9 % presentó riesgo de caídas. Finalmente, el estudio concluyó que los adultos mayores presentaron altos niveles de funcionalidad y ausencia de deterioro cognitivo, permitiéndoles desarrollar sus actividades de la vida diaria sin mayores problemas, no obstante, existen factores que amenazan constantemente su funcionalidad, siendo indispensable la detección y control oportuno<sup>10</sup>.

Por otro lado, **Segarra, JO, Serrano MÁ, Rivero GS. (Ecuador, 2016)** en su estudio de investigación denominado: "Limitación funcional y factores asociados en adultos mayores de la zona 6 de salud en Ecuador", tuvo como objetivo el de estimar la prevalencia de limitación funcional y los factores sociodemográficos, problemas de salud y enfermedades crónicas que están asociados en la población de adultos mayores en la Zona 6 de salud. A través de un estudio observacional transversal realizado en el período junio – diciembre de 2015 en las áreas de influencia de las unidades de primer nivel de la zona 6 de salud del Ecuador; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada identificaba como asociadas a la prevalencia de la variable analizada. La muestra analizada estuvo compuesta por 714 adultos mayores seleccionados de manera aleatoria entre 33 unidades de atención de salud de primer nivel. En los resultados obtenidos la edad promedio fue de  $76 \pm 8.31$  años (min: 65; máx.: 102 años), el 63.8% fueron mujeres.

La prevalencia de limitación funcional para AVD estimada fue del 17.65%. Entre los factores asociados con la limitación para ABVD estuvieron el tener una edad superior a los 75 años, presentar analfabetismo, deterioro cognitivo, depresión, problemas sociales y riesgo de caída. Concluyendo que la limitación funcional en adultos mayores está relacionada con el envejecimiento y depende de varios factores determinantes. El conocimiento de estos factores servirá para detectar tempranamente la dependencia y mejorar la cobertura y calidad de la atención<sup>11</sup>.

De la misma manera, **Espinoza EA, Espinoza MR, Hernández Martínez XC. (Nicaragua, 2016)** en su estudio denominado “Investigación Autonomía física y cognitiva en adultos mayores de la región Norte de Nicaragua” y que tuvo como objetivo evaluar el grado de autonomía física y cognitiva en actividades avanzadas de la vida diaria en adultos mayores residentes en hogares de ancianos de la región norte de Nicaragua; analizaron cinco hogares de ancianos de la región norte de Nicaragua, en el periodo comprendido entre Octubre-Noviembre del año 2016; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de la variable analizada. La muestra estuvo constituida por 52 adultos mayores; a través de un estudio de tipo prospectivo, de corte transversal, de alcance descriptivo-correlacional con enfoque cuantitativo. Para el análisis de los datos se utilizó la prueba de  $\chi^2$  para conocer la asociación entre variables, con nivel de confianza de IC 95% y con  $p \leq 0.005$ . se determinó que la mayoría de las personas corresponden al sexo masculino, en edades de 60-79 años, solteros, con más de dos hijos, iletrados en su mayoría y con profesión de obreros. Del mismo modo se determinó que dicha población presenta dependencia leve en actividades de la vida diaria, requieren asistencia en actividades instrumentales de la vida diaria y presentan sospecha patológica a nivel cognitivo. Finalmente concluyó que la autonomía física está asociada con la autonomía cognitiva del adulto mayor, pero no resulta dependiente la una de la otra<sup>12</sup>.

Así mismo, **Hernández SE, Morales L. (México, 2016)** en su estudio de investigación denominado: “Asociación entre funcionalidad familiar y deterioro cognitivo y funcional de adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 de la UMF 75 IMSS” y que tuvo como objetivo determinar la asociación entre funcionalidad familiar y deterioro cognitivo y funcional de adultos mayores con diabetes mellitus

tipo 2 de la UMF 75 IMSS; ello a través de un estudio de tipo observacional, transversal, analítico y prospectivo; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de las variables analizadas. Seleccionando a los participantes a través de un muestreo no probabilístico por conveniencia a 240 pacientes adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2 de la UMF 75 IMSS de quienes se recopilaron datos generales y aspectos sociodemográficos, el instrumento utilizado para determinar la presencia de deterioro cognitivo mediante el mini examen del estado mental modificado de Folstein, y el deterioro funcional con la aplicación del test de Barthel y Lawton. La muestra estuvo compuesta por 120 pacientes con algún tipo de deterioro cognitivo y funcional; así como 120 pacientes sin algún tipo de deterioro. El análisis inferencial utilizó estadística inferencial con pruebas no paramétricas como  $\chi^2$  para asociación de variables cualitativas. En los resultados se determinó que la media de la edad fue de  $68 \pm 3.096$  años, siendo mayormente afectado el grupo de las mujeres y los que presentaron nivel escolar básico (primaria y secundaria), así también que no contar con una pareja de vida y descontrol glucémico de la diabetes mellitus tipo 2 relacionado además con una larga evolución de la enfermedad. Se encontró prevalencia de deterioro cognitivo y funcional moderado, asociado a una funcionalidad moderadamente disfuncional, en la población de adultos mayores con diabetes mellitus tipo 2. El estudio concluyó que en los pacientes adultos mayores con Diabetes Mellitus tipo 2 existe asociación entre funcionalidad familiar moderada y un deterioro cognitivo moderado y deterioro funcional moderado<sup>13</sup>.

De la misma manera, **Mancilla E, Ramos S, Morales P. (Chile, 2016)** en su estudio de investigación denominado “Fuerza de prensión manual según edad, género y condición funcional en adultos mayores Chilenos entre 60 y 91 años”, tuvo como objetivo medir la fuerza de la mano en adultos mayores para relacionar dicho indicador con su evaluación funcional clínica. Se midió para ello la resistencia de la mano en 1047 adultos mayores de la comunidad y en edad  $71,9 \pm 7$  años (740 y 307 mujeres). Los valores obtenidos se agruparon por edad, sexo y condición funcional. La evaluación funcional se midió utilizando una puntuación validada en Chile (Evaluación funcional de adultos mayores o EFAM), que cataloga a los evaluados como: autónomos sin riesgo, autónomos en riesgo y en riesgo de convertirse en no autónomos. En sus resultados las mujeres registraron los valores

de fuerza de agarre de la mano de  $17,4 \pm 5,6$  y  $18,7 \pm 5,7$  kg para la mano izquierda y derecha; en el caso de los hombres fueron  $30,6 \pm 7,8$  y  $31,8 \pm 8,3$  kg, respectivamente. Según la evaluación funcional, las cifras de autonomía sin riesgo, autónomo con riesgo y con riesgo de convertirse en participantes no autónomos, fueron  $23,5 \pm 9,7$ ,  $21,8 \pm 9,1$  y  $19,3 \pm 8,2$  respectivamente. Finalmente concluyeron que existe una asociación entre los grados de desempeño funcional de las personas mayores y la fuerza de agarre<sup>14</sup>.

Por otro lado, **Villalobos CX, Kulzer HK, Fernández RX. (Costa Rica, 2016)** en su estudio de investigación denominado “Relación entre la funcionalidad y caídas en la población adulta mayor del proyecto CRELES Costa Rica”, realizó un estudio longitudinal que tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la funcionalidad y las caídas en la población del proyecto CRELES. Ello a través de un estudio de tipo descriptivo, retrospectivo; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de las variables analizadas. y con una muestra compuesta por 2826 personas adultas mayores de 60 años y más; en sus resultados registró que la prevalencia de caídas en la población estudiada fue del 35.6%, las personas que tienen al menos una dificultad instrumental de la vida diaria es 78 % más propensa a caerse que una que no tiene esas dificultades, la prueba de “levantarse y caminar” ajustada al sexo como predictor de caída es significativa, mientras que la de “levantarse con los brazos cruzados” no es significativa. (OR=1.4,p=0.09). En la clasificación según el género se registró que el efecto del consumo de medicamentos no es significativo para las mujeres (OR=0.91, p=0.50), mientras que para los hombres la posibilidad de sufrir caídas es 74% si consume medicamentos (OR=1.11, p < 0.0001). El déficit sensorial de tipo auditivo fue significativo para las mujeres entre 60 y 79 años con una posibilidad de caída del 85% mayor que aquellas que no tienen déficit auditivo. Finalmente, el estudio concluyó que la pérdida de la funcionalidad está relacionada a un mayor riesgo para caídas en la población adulta mayor, además que se debe dar mayor importancia a la pérdida en alguna de las actividades instrumentales de la vida diaria como el deterioro sensorial auditivo, así como al consumo de fármacos en los hombres<sup>15</sup>.

De la misma manera, **Pinillos PY, Prieto SE. (Colombia, 2012)** en su estudio de investigación denominado “Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia” y que tuvo como objetivo determinar la funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, Colombia” a través de un estudio de diseño no experimental, descriptivo de corte transversal ; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de la variable analizada. La muestra de este estudio estuvo compuesta por 469 personas mayores (214 residentes en hogares geriátricos y 255 miembros de un club/grupo geriátrico); se evaluó la funcionalidad física para la realización de actividades básicas de la vida diaria, utilizando el Índice de Barthel y las actividades instrumentales de la vida diaria por medio del Índice de Lawton. Dicho estudio registró que el 73,6% eran mujeres y el 26,4% hombres. La media de edad fue de 76 (DE=8,9 años). Existe riesgo para mayor dependencia funcional en la ejecución de las actividades básicas de la vida diaria en aquellos pacientes que tenían antecedentes [OR 3,0 (IC 2,0-4,5)], también en las que se encuentran institucionalizadas [OR 87,5 (IC 12,0-1789,9)] y en aquellas que requieren de ayuda para la deambulación [OR 19,4 (IC 19,8-35,1)]. En relación con los riesgos a la dependencia en las actividades instrumentales de la vida diaria, registraron más riesgo quienes vivían en un hogar geriátrico [OR 77,8 (IC 28,6-224,3)] y deambulan con ayuda/sopORTE [OR 7,1 (IC 3,5-14,5)]. Se concluyó que la funcionalidad de las personas mayores está relacionada con el lugar de residencia, al uso de ayudas para realizar la deambulación o desplazamiento y la presencia de antecedentes médicos<sup>16</sup>.

Así mismo, **Hernández B. (Guatemala, 2013)** en el estudio “Evaluación funcional del adulto mayor con enfermedad aguda” tuvo como objetivo caracterizar el estado de fragilidad en la población de adultos mayores atendidos en el Hospital Regional de Occidente “San Juan de Dios”, Quetzaltenango 2010, así mismo estimar la prevalencia de fragilidad en la población de adultos mayores seleccionada y finalmente identificar las características que singularizan a la población de adultos mayores frágiles; a través de un estudio descriptivo-transversal, prospectivo observacional; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de la variable analizada. y

con una población de estudio de 114 adultos mayores, con más de 60 años, que sean ingresados al departamento de medicina interna del Hospital Regional de Occidente, que es un hospital de 3er. nivel, ubicado en Labor Isidro zona 8, Quetzaltenango, Guatemala, C.A., mediante la aplicación de la escala geriátrica de evaluación funcional (EGEF) a todo adulto mayor (AM) incluidos en el estudio. Esta escala consta de 12 variables, cada una de las cuales evalúa un aspecto específico de la salud, y a la cual se le confieren valores desde 1 hasta 5, en dependencia de la situación específica de salud del AM. Consta además de una variable que se obtiene mediante el promedio de las anteriores y que expresa el estado funcional global de la persona. En dicha investigación registró que la mitad de los adultos mayores (57,0%) de esta comunidad clasifica como frágil. En esta población, los adultos mayores de género femenino tienen un riesgo relativo de ser frágil de 1,33 con respecto a uno del género masculino (AM) (RR 1,33; IC: 1,11 < RR < 1,59), tres son mujeres frágiles y al menos dos hombres tienen esta categoría. También se evaluó la expresión de variables sociodemográficas y biomédicas y se comparó con el resto de la población mayor de 60 años (Debido a ello concluyó que la fragilidad en el adulto mayor es una condición de alta prevalencia en la población adulto mayor, en cuya expresión incide de manera considerable la polifarmacia). Una de las mejores maneras de evaluar el estado de salud de los adultos mayores es mediante la evaluación funcional, la cual provee los datos objetivos que pueden indicar la futura declinación o mejoría en el estado de salud y que permite al médico o enfermera intervenir de forma apropiada. Considerando los criterios de fragilidad, la mitad de los adultos mayores (57,0%) de esta comunidad clasifica como frágil<sup>17</sup>.

Por otro lado, **Acosta C. (España, 2014)** en el estudio “Capacidad funcional en las personas mayores según el género” tuvo como objetivo valorar el nivel de la capacidad funcional de los mayores a partir de 65 años mediante las escalas de Barthel y Lawton Brody. Así mismo conocer las diferencias de las actividades básicas e instrumentales de la vida por género además de describir las variables del estudio realizado con la muestra de individuos comparando los resultados por género. Luego de ello buscó interpretar los resultados del estudio para poder elaborar planes de cuidados a través de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de la variable analizada.

Con una muestra de 60 individuos, divididos por género en dos partes iguales. Mediante la aplicación del índice de Barthel y del índice de Lawton y Brody, en dicha investigación registró que la población diana tuvo una edad media de 77.35 años; siendo la edad media de las mujeres de 77,5 años y la de los hombres de 77,2 años. El 70% de los sujetos encuestados tienen, una puntuación máxima, siendo independientes totales para las actividades básicas del día a día. El 20% tienen una dependencia leve, necesitan ayuda para alguna actividad concreta. El 3,30% tiene un grado de dependencia moderado o grave y necesita mayor nivel de ayuda a la hora de hacer actividades básicas como comer, asearse o ir al retrete. Y otro 3,30% necesitaría ayuda para todas las actividades básicas teniendo un grado de dependencia grave. Debido a ello concluyó que: no se aprecian diferencias significativas entre hombres y mujeres, en otros estudios la realización de las actividades básicas de la vida diaria presenta mayor afectación para las mujeres. Pero en este estudio no se ha podido demostrar. En cambio, con respecto a las actividades instrumentales de la vida diaria si se ve diferencias significativas entre géneros. En la capacidad de utilizar el dinero se ve como los hombres tienen mayor facilidad. En las opciones del transporte y responsabilidad para manejar la medicación hombres y mujeres están muy igualados. Pero si necesitan ayuda para estas necesidades los hombres viajan más y las mujeres son más responsables a la hora de tomar su medicación. En las tareas domésticas es donde más se nota la tradición, las mujeres que son ahora ancianas han tenido mayor responsabilidad a la hora de cocinar, lavar la ropa y hacer la compra. Y es por ello que en las respuestas más independientes de cada uno de estos ítems son las mujeres las que poseen mayor porcentaje y tiene un mayor nivel de organización para su realización. En cambio, los hombres necesitarían ayuda de otra persona o supervisión para lograr el mismo nivel de independencia<sup>18</sup>.

De la misma manera, **Calero J. (España, 2014)** en el estudio “Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas” tuvo como objetivo establecer y estudiar la evolución de las etapas de deterioro cognitivo y los niveles de dependencia en pacientes mayores de 65 años, ingresados en un hospital de agudos, así como la relación entre estos dos factores y las diferentes variables demográficas a través de un estudio de diseño cuasi-

experimental de medidas repetidas; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de las variables analizadas. con una muestra de 39 trabajadores; mediante la aplicación de una entrevista semiestructurada diseñada, el Índice de Barthel y la escala de Lawton y Brody (1969) para evaluar las actividades instrumentales de la vida diaria (AIVD). En dicha investigación registró que el nivel de dependencia experimenta una caída repentina en el momento de la admisión, que evoluciona hacia una recuperación leve en el momento del alta, continuando esta recuperación en el domicilio posteriormente al alta, pero sin llegar a los niveles independentistas antes de la admisión. Además, se encontraron diferencias significativas en cuanto a edad, estado civil y nivel educativo. Debido a ello concluyó que las personas especialmente propensas al aumento de la dependencia funcional y el deterioro cognitivo severo durante el ingreso hospitalario son los ancianos hombres, mayores de 80 años de edad, sin estudios y viudos<sup>19</sup>.

Así mismo, **Jerves M. (Colombia, 2016)** en el estudio “Factores asociados a la dependencia funcional de los adultos mayores del centro parroquial de Turi 2015” tuvo como objetivo establecer la relación que existe entre factores biológicos-sociales y la funcionalidad del adulto mayor en la parroquia Turi a través de un estudio analítico transversal; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada sugería como asociados a la variable analizada. con un universo de 121 ancianos de la Parroquia Turi, mediante la aplicación del estado funcional mediante índices de Lawton y Brody y Katz. En dicha investigación registró que de 85 adultos mayores; la media de edad se ubicó en 73.5 años, la mayoría de la población fueron mujeres, predominaron los casados, la mitad de la muestra sabían leer y escribir. La dependencia para actividades básicas fue del 6%; mientras que para las actividades instrumentales del 54%. Los factores que se asociaron con la pérdida de autonomía en los ancianos fueron: la morbilidad, la malnutrición, sobre todo bajo peso y por último la ausencia de actividad física. Debido a ello concluyó que la prevalencia de dependencia física en actividades de la vida diaria fue 54% y se asoció a factores como, la morbilidad, la malnutrición y ausencia de actividad física. En este estudio no hubo factores sociales relacionados con dependencia<sup>20</sup>.

Por otro lado, **Rubinstein, W. (México, 2009)** en el estudio “Asociación del síndrome de fragilidad con dependencia funcional en adultos mayores de 65 años” tuvo como objetivo determinar la asociación del síndrome de fragilidad con dependencia funcional en adultos mayores de 65 años a través de un estudio transversal, comparativo; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de las variables analizadas. en adultos mayores de 65 años que acudieron a la consulta externa del HGR No 1, Querétaro de julio a diciembre del 2014 y con una muestra de 283 participantes, se excluyeron pacientes con secuelas de evento vascular cerebral, enfermedad de Parkinson, depresión, insuficiencia hepática y deterioro cognoscitivo. Mediante la aplicación de la escala de KATZ para actividades básicas de la vida diaria y la escala de Lawton y Brody para actividades instrumentales. En dicha investigación registró que la prevalencia de fragilidad fue 34,3 %, el promedio de edad fue de 79.4, la fragilidad fue mayor en mujeres, las comorbilidades más asociadas fueron enfermedades cardíacas, respiratorias y enfermedad renal crónica. El 37.2% de los individuos frágiles tenían dependencia para actividades básicas vs .5% en individuos no frágiles (RM=11.05 IC=4.5-26.5 p<0.001). El 92.8% de los frágiles tuvieron dependencia para actividades instrumentales de la vida diaria vs 40.9% en no frágiles debido a ello concluyó que la fragilidad fue mayor en mujeres, adultos mayores con mayor edad, y está fuertemente asociada a comorbilidades y dependencia funcional para actividades de la vida diaria<sup>21</sup>.

#### **2.1.4. ANTECEDENTES NACIONALES SOBRE FUNCIONALIDAD**

**Torres J. Díaz M. (Perú, 2009)** en el estudio “Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico Turcios Lima, Julio - Diciembre del 2006” tuvo como objetivo evaluar el estado funcional e integral de los adultos mayores pertenecientes al consultorio médico No. 262, Grupo Básico de trabajo No.5, Consejo Popular "Capitán San Luís", Policlínico Universitario "Turcios Lima", Municipio Pinar del Río en el período comprendido de julio-diciembre de 2006, a través de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal prospectivo; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de la variable analizada. con una muestra de 110 adultos mayores. Mediante la aplicación de la Escala Geriátrica de

Evaluación Funcional(EGEF), así como en el Índice de Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD) de Katz y la Escala de Actividades Instrumentadas de la Vida Diaria de Lawton-Brody. En dicha investigación registró que el sexo femenino (63.64 %) y las edades de 60-64 años (22.73 %) fueron los que predominaron, constatándose un envejecimiento demográfico. El uso de medicamentos se detectó en el 70 % de los gerontes mientras la movilidad y el equilibrio estaban afectados en el 60.91 % y 56.36 %, respectivamente. La memoria fue el componente de la esfera psicológica más frecuentemente afectado (56.64 %). Debido a ello concluyó que las mujeres presentaron mayores dificultades que los hombres en la mayoría de las esferas, y existe en ellas también un predominio de las alteraciones del estado funcional e integral. Los ancianos independientes, activos y satisfechos con la vida que llevan, se presentaron de forma más relevante en el sexo masculino<sup>22</sup>.

De la misma manera, **Bocanegra L. (Perú, 2015)** en el estudio “Prevalencia y factores biopsicosociales de discapacidad en adultos mayores de los distritos Mesones Muro e Incahuasi, Perú” tuvo como objetivo determinar la prevalencia de discapacidad mental y física, así como los factores biopsicosociales relacionados a través de un estudio utilizando un diseño prospectivo, transversal y descriptivo; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversas variables que la literatura consultada sugiere que están asociados con la variable analizada. Con una muestra de 298 adultos mayores de los distritos Mesones Muro e Incahuasi. Mediante la aplicación del Examen Mínimo del Estado Mental y la Escala de Lawton y Brody modificada; para identificar los factores asociados a la discapacidad física se usó la Encuesta de Factores de Riesgo de Discapacidad. En dicha investigación registró que la prevalencia de discapacidad mental fue 61,4% y 67,4% y la de discapacidad física, de 60,3% y 98,7% en los individuos de Mesones Muro e Incahuasi. Se observó una relación significativa, en Mesones Muro, entre la discapacidad física y la presencia de secuela post-fractura de cadera / artropatía, pérdida de familiares y/o amigos, sensación de inactividad, insatisfacción con las actividades cotidianas y deterioro cognitivo; y en Incahuasi, entre la referida discapacidad y la presencia de enfermedades crónicas, presencia de secuela post-fractura de cadera / artropatía, sentimientos de soledad y deterioro cognitivo. Debido a ello concluyó que la prevalencia global de discapacidad, tanto mental como física, es alta en adultos

mayores de los distritos estudiados y que existe una relación significativa entre la discapacidad física y algunos de los factores biopsicosociales<sup>23</sup>.

### **2.1.3. ANTECEDENTES SOBRE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD EN EL ADULTO MAYOR**

**Bonilla MR, Medina GM. (Ecuador, 2016)** en su estudio de investigación denominado “Relación entre deterioro cognitivo y actividad física en adultos mayores que acuden al grupo 60 y piquito de la dirección distrital 17d09 Tumbaco, Tababela, en el período octubre 2016 a noviembre 2016”, tuvo como objetivos el analizar la asociación existente entre la presencia de deterioro cognitivo en adultos mayores del grupo “60 y Piquito” que se integran a la actividad física además de describir las características sociodemográficas de los adultos mayores estudiados de acuerdo edad, sexo, y nivel de escolaridad; también analizó la prevalencia de deterioro cognitivo presente en los adultos mayores que realizan actividad física y de determinar el nivel de actividad física realizado en los adultos mayores de su grupo de análisis. Ello a partir de un estudio de tipo no experimental de corte transversal, descriptivo; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de las variables analizadas. Manejando una muestra constituida por todos los adultos mayores que acuden al grupo “60 y Piquito” de la Dirección Distrital 17D09 Tumbaco, Tababela. Mediante el uso de los test IPAQ y de Pfeiffer para determinar niveles de actividad física y de deterioro cognitivo respectivamente. El análisis incluyó tablas de contingencia y de prevalencia. Para medir la asociación entre variables se usó el estadístico  $\chi^2$  y para medir el nivel de esta asociación se calculó el coeficiente de contingencia al tratarse de variables categóricas. Ese estudio registró en sus resultados que la relación de la actividad física con el deterioro cognitivo fue estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ). Entre sus resultados halló que, el género no tiene una relación significativa con la presencia de deterioro cognitivo ( $\chi^2 = 0.65$   $p = 0.71$ ), los adultos mayores de más edad ( $\chi^2 = 78.95$   $p < 0.05$ ) y los que no tienen estudios ( $\chi^2 = 17.59$   $p < 0.05$ ) fueron más propensos a desarrollar deterioro cognitivo. Finalmente, el estudio concluyó que realizar actividad física constituye un factor protector para el desarrollo de deterioro cognitivo leve o moderado el mismo que

está determinado por la edad del paciente y por el nivel de estudios independientemente del sexo <sup>24</sup>.

Así mismo, **Garzón Sari DC, León Sigua AG. (Ecuador, 2016)** en su estudio denominado “Relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016” y que tuvo como objetivo el determinar la relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del centro de salud Barrial Blanco, Cuenca 2016, a través de un estudio de enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo y de corte transversal; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de las variables analizadas. Manejó un universo de 915 personas de 65 años en adelante y la muestra estuvo constituida por 209 adultos mayores. El instrumento utilizado para el levantamiento de datos fueron la escala de Yesavage, la escala Katz y la escala de Lawton y Brody. Como resultado del estudio se halló al 56% de adultos mayores con depresión, 12,4% en estado de dependencia funcional, 12,4% con dependencia moderada y severa, el 17,22% presentó dependencia instrumental severa y total. El 12,44% de adultos mayores con depresión presentaron también dependencia funcional moderada y severa, el 17,23% de adultos mayores con depresión, presentaron también dependencia instrumental severa y total. Finalmente, la investigación concluyó que en el grupo analizado existe relación entre la depresión y los niveles de dependencia funcional e instrumental<sup>25</sup>.

Por otro lado, **Borda MG, González CA, David DG, González EM, Cano CA. (España, 2016)** en su estudio de investigación denominado “Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados”, tuvo como objetivo determinar el impacto del dolor en la calidad de vida y en la funcionalidad de la población anciana. Ello a través de un estudio que analizó los datos del estudio SABE-Bogotá, que incluyó 2.000 personas de 60 años o más en una muestra transversal probabilística por conglomerados (cobertura del 81,9%), se hizo un análisis que relacionó la variable “Presencia de dolor” y se relacionó con los variables sociodemográficas, la autopercepción de salud, las comorbilidades, el estado funcional, el estado cognoscitivo y la calidad de vida. Entre sus resultados se registró que 63,4% fueron mujeres, la edad promedio fue de 71,17 años (DE =

8,05), el mayor grupo estuvo comprendido entre los 60 y 69 años (48%). Al comparar los grupos según la presencia de dolor se registraron puntuaciones más bajas en los indicadores de funcionalidad y de calidad de vida EQ-VAS en el grupo con dolor ( $p < 0,001$ ). Las condiciones más asociadas a la prevalencia de dolor en el grupo evaluado fueron las enfermedades articulares (OR: 3,08 [2,24-4,23]), la depresión severa (OR:2,80 [1,63-4,79]) y el compromiso funcional de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) (OR: 2,45 [1,31-4,58]). El estudio concluye manifestando que el dolor impacta negativamente en la independencia funcional y la percepción de calidad de vida de las personas adultas mayores, predisponiéndolas a desenlaces adversos<sup>26</sup>.

Así mismo, **Licas M. (Lima, 2014)** en el estudio “Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014” tuvo como objetivo determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acuden al centro de atención integral del adulto mayor a través de un estudio observacional, descriptivo de corte transversal; en donde se aplicó un instrumento validado en la forma de un cuestionario que interrogaba sobre diversos indicadores de la variable analizada. Con una muestra de 73 adultos mayores. Mediante la aplicación de una entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. En dicha investigación registró que de los adultos mayores se aprecia que del 100 % (73) de los encuestados el 58% (42) tienen un nivel de depresión leve, seguido de un 23 % (17) con depresión normal y finalmente el 19% (14) con un nivel de depresión severo además el 100 % (73) de los adultos mayores encuestados, en el nivel de depresión normal predomina la edad comprendida entre los 60-64 años siendo este un 9.5% (7). En el nivel de depresión leve en su mayoría predomina la edad comprendida entre los 65-69 años con un 27.3 % (20). Finalmente, en el nivel de depresión severa predomina la edad comprendida entre los 70-74 años con un 6.8%. Debido a ello concluyó que la mayoría de adultos mayores atendidos en el Centro de atención integral Tayta - Wasi presentan depresión leve, existiendo un grupo menor con depresión severa. La mayoría de adultos mayores que presentan depresión leve, se encuentran entre 65 a 69 años, seguido de un grupo menor de adultos mayores de 70 a 74 años. Los adultos mayores con instrucción primaria que asisten al centro de atención integral presentan depresión leve y en menor porcentaje depresión severa<sup>27</sup>.

## **2.2. BASE TEÓRICA.**

### **2.2.1. TEORÍAS DEL ENVEJECIMIENTO**

Desde mucho tiempo atrás el proceso de envejecimiento ha sido una incógnita cuya resolución siempre ha intrigado a los hombres, prueba de ello son las explicaciones míticas religiosas que manejaban culturas como la egipcia, china, hindú entre muchas otras. Con la cultura griega aparecen teorías de tipo social y en una forma primitiva las teorías de tipo biológico, principalmente Aristóteles.

Desde el siglo XIX se profundiza en el aspecto psicológico del proceso de envejecimiento, es ahí donde se genera la idea que afirma que el deterioro cognitivo es secundario a la llegada de la madurez psicológica. El verdadero crecimiento de las teorías biológicas del envejecimiento es posterior a la revolución industrial y es en la segunda mitad del siglo XX donde se encuentran un verdadero auge. Hacia la década del 60 de este siglo ya se tenían el registro de 300 trabajos que proponían diversas teorías y hacia la década de los 90 ya se tenía el registro de más de 2000 trabajos en esa misma línea. Concretamente en la actualidad se puede manejar el conjunto de estas teorías en dos grandes grupos: las teorías estocásticas y las no estocásticas.<sup>17</sup>

En la primera clasificación se agrupa a aquellas teorías que explican el envejecimiento como la sucesión de un conjunto de alteraciones que progresivamente van afectando al individuo hasta ocasionar su deceso, tal es el caso de la teoría del entrecruzamiento, la teoría del desgaste, las teorías de los radicales libres, etc.

Las teorías no estocásticas por otra parte explican que el envejecimiento es un proceso ya determinado genéticamente y por tanto es un proceso programado y se transmite genéticamente, en este rubro encontramos las teorías genéticas y de marcapasos.

Adicionalmente se han planteado teorías que intentan integrar ambos enfoques, tal es el caso de la teoría de la hipótesis del daño mitocondrial.<sup>22</sup>

Para un mejor detalle se desarrolla las propuestas teóricas más representativas de ambos enfoques:

## **1. Teorías estocásticas:**

El envejecimiento es el padecimiento progresivo y acumulativo de alteraciones que se presentan de forma aleatoria a lo largo del tiempo.<sup>19</sup>

- a.** Teoría del error catastrófico: plantea el hecho de que en el proceso de vida progresivamente se presenta progresivas alteraciones en el proceso de síntesis proteica, dichas alteraciones conllevaran tarde o temprano al daño celular que necesariamente conllevará a la muerte del individuo.
- b.** Teoría del entrecruzamiento: plantea que el envejecimiento y la aparición de patologías es resultado por alteraciones o entrecruzamientos de proteínas y otras macromoléculas celulares.
- c.** Teoría del desgaste: refiere que para el funcionamiento de los sistemas que componen el individuo se requiere del funcionamiento óptimo de diversas estructuras u órganos, el desgaste progresivo de los mismos es lo que traería consigo el colapso del sistema y la posterior muerte del individuo.
- d.** Teoría de los radicales libres: Esta propuesta teórica propone que el proceso de envejecimiento sería consecuencia del acumulo de los llamados iones o radicales libres, lo que gradualmente produce daño a los tejidos del individuo.

## **2. Teorías no estocásticas.**

Bajo este enfoque se define al envejecimiento solo como una continuación de procesos fisiológicos definidos genéticamente, es decir este sería solo una etapa natural del desarrollo y diferenciación celular y todo estaría ya predeterminado y codificado en el genoma.<sup>19</sup>

### **a. Teoría del marcapasos:**

Por marcapasos se entiende a indicadores, en ese sentido los marcadores provenientes de los sistemas inmunológico y neuroendocrino se constituirían como elementos que marcarían la pauta del proceso sistémico del envejecimiento. La involución del funcionamiento de estos sistemas estaría genéticamente determinada.

## **b. Teoría Genética:**

Bajo esta idea se entiende a que existe un determinismo filogenético en las especies que define su periodo de longevidad, ello se basa en el hecho de la existencia de patrones de longevidad definidos para cada especie animal.<sup>19</sup>

### **2.2.2. TEORÍAS DE LA DEPRESIÓN**

La depresión se define como un trastorno que afecta el estado de ánimo. Específicamente el concepto trastornos del estado de ánimo (TEA) define una amplitud de condiciones clínicas caracterizadas por cambios profundos del estado de ánimo y afecto. Por estado de ánimo se entiende a la condición emocional subjetiva de cada persona, sus posibilidades de manifestar afecto se constituyen en el elemento objetivo u observable del estado de ánimo.<sup>7</sup>

Los trastornos del estado de ánimo se refieren a estados de ánimo signados por la depresión pudiendo sucederse por estados eufóricos. Estos cambios marcados del estado de ánimo, generado por depresión o euforia, se diferencian de estados naturales o normales no solo por su intensidad y duración sino también por su asociación con otras condiciones patológicas.<sup>35</sup>

En ese sentido se ha planteado que el cuadro depresivo de tipo unipolar es un trastorno más o menos constante en su sintomatología, pero cuyas causas tienen un origen diverso. Debido a ello muchas son las causas que pueden devenir en un cuadro depresivo, en tal sentido se han propuesto planteamientos teóricos para explicar su aparición.<sup>7</sup>

Dentro de las teorías y modelos explicativas de la depresión tenemos:

#### **1. Teorías conductuales de la depresión**

Esta propuesta teórica plantea que el cuadro depresivo constante es consecuencia al procesamiento del paciente de los estímulos externos, estos estímulos agresivos terminan por atentar con la autoestima de quien sufre ello (p.ej., relaciones sociales negativas o baja tasa de refuerzo). Plantea también que estas respuestas se ubican en interacciones que se retroalimentan, por ello estas respuestas también estimulan en el entorno una reiteración en las conductas agresivas es decir son interacciones de tipo recíprocas.<sup>8</sup>

## **2. Las teorías cognitivas de la depresión**

Esta teoría plantea que es la interpretación de las personas respecto a su realidad lo que determina los sentimientos que ello pueda generar en los mismos, esta teoría postula que cuando la percepción de uno mismo es errónea, ello se confirma. La investigación desarrolla la idea que las personas que padecen depresión evalúan negativamente sus capacidades y atributos físicos y que existe adicionalmente una conducta aprendida de indefensión ante la agresión.<sup>8</sup>

## **3. Teorías biológicas de la depresión**

Bajo este nombre agrupamos a las propuestas teóricas que atribuyen a los problemas depresivos a una alteración de los sistemas que producen neurotransmisores que regulan el estado de ánimo. Ello se fundamenta en la gran participación que tienen estos neurotransmisores en el estado de ánimo. En concreto se refiere a la acción de las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la acetilcolina. En este sentido, el padecimiento de la depresión se relaciona con la alteración del trabajo de estos neurotransmisores. Estas características pueden ser heredadas o adquiridas en el transcurso de la vida de quien padece la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anomalía en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuroconductuales: facilitación conductual; inhibición conductual; grado de respuesta al estrés; ritmos biológicos; y procesamiento ejecutivo cortical de la información.<sup>4</sup>

### **2.2.3. MARCO CONCEPTUAL.**

#### **2.2.3.1. LA DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR**

Según la OMS, 2016, define a la depresión como una patología que tiene el potencial de afectar a cualquier persona. Es causa de angustia mental y afecta la posibilidad de quien los padece de realizar diversas actividades de su vida diaria afectando con ello a su posibilidad de relacionarse positivamente con su entorno y en sus relaciones familiares y sociales. El efecto negativo mayor es la posibilidad de causar el suicidio de quien lo padece. Reconoce también que es un problema de salud que se puede prevenir y tratar.<sup>28</sup>

En el caso de los adultos mayores esta enfermedad se caracteriza por sentimiento de tristeza y pérdida de interés acompañado de sentimientos de culpa y problemas de autoestima, alteraciones en los ciclos de vigilia, sueño y de apetito, abulia y alteraciones en la concentración.<sup>35</sup>

Esta enfermedad tiene un gran potencial de desarrollarse sin ser diagnosticada, los servicios de salud regulares han demostrado ser ineficaces en el diagnóstico temprano de esta patología y por ello que es común que nunca busquen tratamiento y es precisamente ese detalle el que puede empeorar el pronóstico de su estado dado que esta patología incluso en los cuadros más graves mejora cuando reciben tratamiento.<sup>35</sup>

Otro elemento que caracteriza el padecimiento de la depresión es que puede presentarse acompañado con otras patologías como síntomas físicos sin causa orgánica aparente. Y otras sintomatologías de diversa índole como de tipo psicológico conductual y cognitivo.<sup>4</sup>

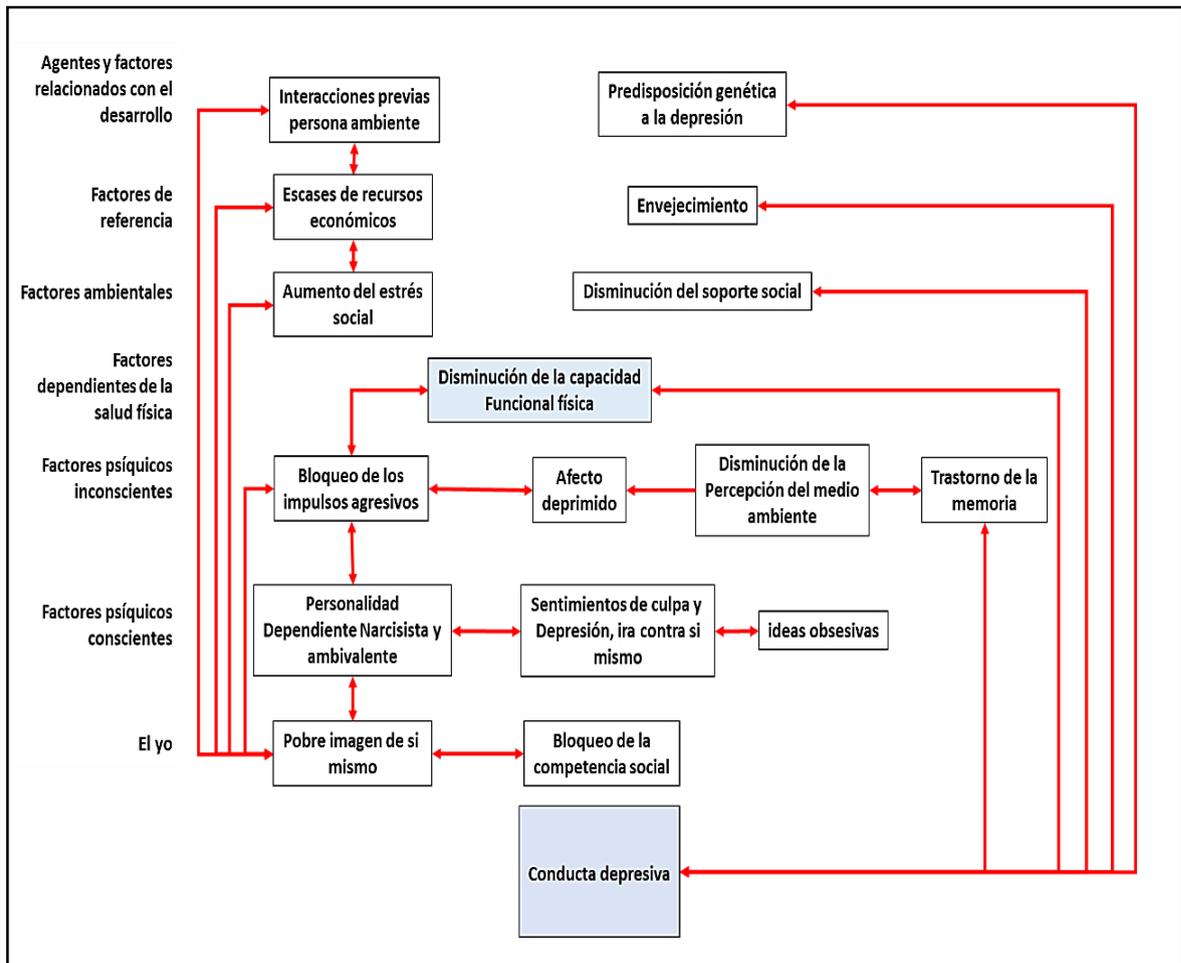
El padecimiento de depresión tiene el potencial de afectar diversas actividades de quien la padece como sus actividades académicas o rutinas diarias y en general otras en las que en condiciones normales el paciente tenía cierto agrado en su realización

La depresión se ha definido también como una alteración en el ánimo principalmente caracterizado por la pérdida de placer o el interés de quien la padece.<sup>8</sup>

Tal y como se ve en el gráfico, para explicar su padecimiento del estado depresivo, así como para elaborar estrategias terapéuticas se deben considerar diversos factores que interactúan entre sí en distintos niveles, tales como los agentes y factores relacionados con el desarrollo, factores de referencia, factores ambientales, factores dependientes de la salud física, factores psíquicos inconscientes, factores psíquicos conscientes, etc. Ello para tener un mejor entendimiento de su estado.<sup>35</sup>

Entre las características registradas de las personas que padecen depresión llama la atención su relación con el consumo del alcohol y otros psicofármacos.<sup>4</sup>

**Figura: 1** Factores que intervienen en la etiología de la depresión en el adulto mayor.



Fuente: Blazer DG.<sup>35</sup>

Aunque se evidencie como característico de la depresión los escenarios de profunda melancolía y desgano en la realización de actividades también la depresión puede tener cuadros de profunda euforia en quien la padece lo que distingue esta condición de una persona sin alteraciones en su salud mental es precisamente la duración de estos cuadros eufóricos además de su correlación con otros síntomas clínicos y el impacto en sus actividades de la vida diaria.<sup>7</sup>

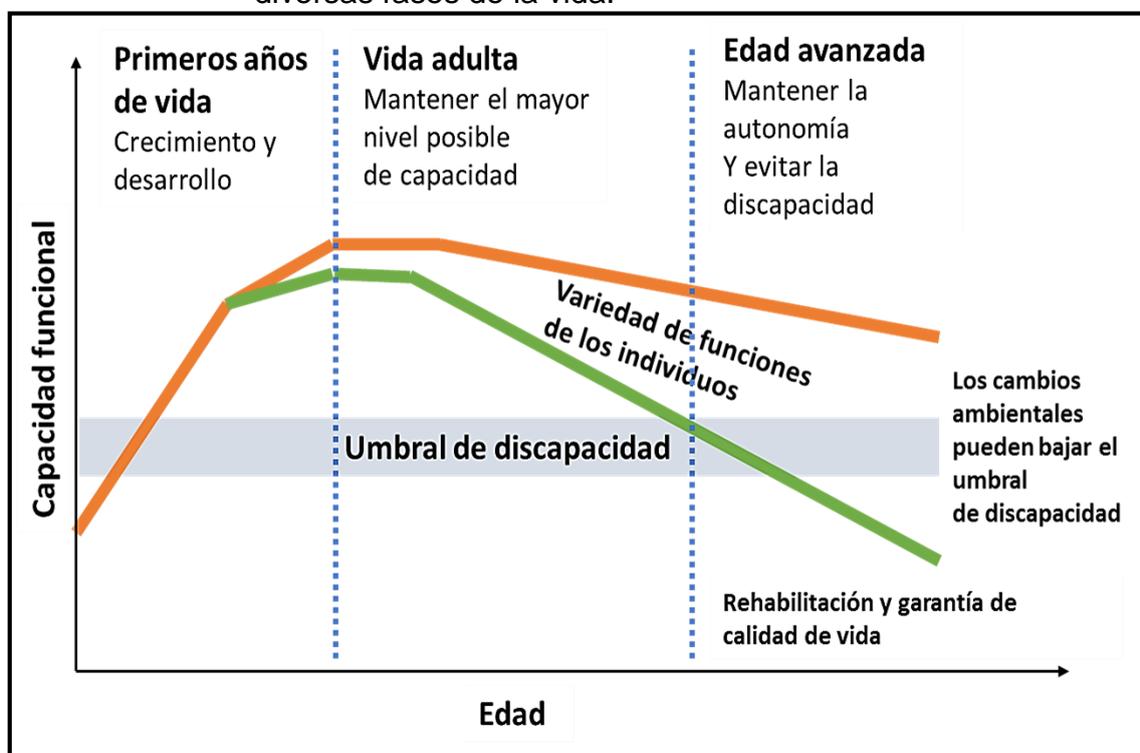
### 2.2.3.2. LA FUNCIONALIDAD

Por funcionalidad vamos a entender un espectro amplio de características que definen a un estado de salud óptimo del ser humano a entender la funcionalidad no sólo implica la integridad de las estructuras corporales sino también la capacidad

del desarrollo de actividades naturales para un ser humano y sumado a ello la posibilidad y capacidad de una participación plena en proceso de sociabilización.<sup>22</sup>

Del análisis de lo mencionado se colige que la funcionalidad no sólo tiene que ver con la potencialidad del individuo sino también de elementos ambientales que puedan obrar como facilitadores de esta funcionalidad. Es decir, el factor contextual también será determinante al momento de proponer una condición funcional o no en la medida de que el contexto puede propiciar la existencia de Barreras u obstáculos y Por ende generar discapacidad.<sup>10</sup>

**Figura N° 2:** Curva de evolución de la capacidad funcional en diversas fases de la vida.



Fuente: OMS (2016)<sup>37</sup>

Es en la línea del razonamiento arriba mencionado que existen diversas propuestas que analizan de forma más detallada los elementos tanto personales como contextuales que puedan identificarse como determinantes en el éxito funcional de un paciente.

Tal y como lo muestra la figura 2, en el caso de los adultos mayores nos encontramos como una merma progresiva del factor personal pero adicionalmente a ello se evidencia como a través de los años el contexto, es decir, la realidad

externa en la que vive el anciano pueda ser percibido ahora como un limitante en la medida de que las potencialidades físicas del adulto mayor van reduciéndose con el tiempo y con ellas sus capacidades para superar las limitaciones del entorno.<sup>37</sup>

En tal sentido se ha propuesto entender como un indicador de la funcionalidad del adulto mayor la medida en la que él pueda desarrollar su capacidad de vivir de forma independiente.<sup>18</sup>

El aspecto económico también ha sido recogido como una variable determinante de la funcionalidad de un adulto mayor. Bajo esta idea se entiende la funcionalidad como una interacción de factores tanto físicos como cognitivos relaciones socio familiares y el acceso a recursos económicos. Adicionalmente a ellos también se suma la capacidad que pueda tener el adulto mayor de decidir sobre su realidad.<sup>26</sup>

Específicamente en el aspecto de la funcionalidad física se ha definido está como la capacidad de ejecutar las diversas tareas y actividades de la vida diaria, pero de forma Autónoma es decir independiente y también sin riesgo a la salud es decir segura. Y cuya realización no implique un gasto energético que Límite al anciano sustantivamente.<sup>11</sup>

Llevando este análisis al terreno neuro motriz podemos entender a la funcionalidad como la existencia de habilidades tanto cognitivas como psicomotrices además de conductuales que permitan la ejecución satisfactoria de praxias que impliquen el desarrollo de procesos musculares coordinados, todo en función de una intención clara de quién las ejecuta es decir una aptitud psicomotriz óptima.<sup>22</sup>

Se ha indicado que la influencia que puede tener en el óptimo desarrollo de estas capacidades psicomotrices el consumo de fármacos y la incidencia de diversas patologías que incidan en esta capacidad psicomotriz.<sup>22</sup>

Se ha sugerido también que uno de los elementos determinantes más importantes de la condición de Independencia funcional de un adulto mayor es precisamente la capacidad cognitiva. <sup>11</sup>

En tal sentido el deterioro cognitivo ha sido identificado como un predictor en el nivel o grado de discapacidad de un paciente adulto mayor dado que es el primero que impacta en actividades que impliquen el autocuidado del anciano.<sup>19</sup>

El criterio para la clasificación de la funcionalidad de un adulto mayor es la siguiente:

1. Funcional o independiente: conserva sus capacidades de autocuidado además de desarrollar relaciones sociales.
2. Inicialmente dependiente: necesita de asistencia para la realización de algunas actividades como las compras o el desplazamiento en vehículos.
3. Parcialmente dependiente: requiere de apoyo para la realización de una variedad mayor de tareas y actividades.
4. Dependiente funcional: precisa de asistencia en casi todas las tareas y actividades además de necesitar de cuidado y supervisión de otra persona.

### **2.2.3.3. ADULTO MAYOR**

En esta investigación se manejó el concepto de adulto mayor según la cual el envejecimiento es una concurrencia y prevalencia de una variedad de cambios fisiológicos que implican una afectación progresiva de las capacidades de la persona, por otro lado la vejez se identifica como el estadio final del proceso de envejecimiento y la ancianidad refiere a ese período posterior a los 60 años signado por una merma progresiva de la fuerza con la consecuente disminución de la no sólo la actividad física sino también la actividad cognitiva<sup>23</sup>.

El proceso de envejecimiento es pues una fase común en el ente del ser humano se presenta como una sucesión de hechos y experiencias diversas y muy personales está muy influenciada por la presencia de Barreras u obstáculos en el contexto próximo, pero aún las implicancias negativas de ellos se siguen estudiando e investigando<sup>21,22</sup>.

En tal sentido un factor que participa de manera decisiva al proceso de independencia de un adulto mayor es precisamente la capacidad cognitiva.

De lo anteriormente mencionado se puede colegir que las características de deterioro de la salud del adulto mayor son relativas también no sólo a la capacidad cognitiva de este si no hay espacio contexto en el que le toca vivir.

El envejecimiento puede entenderse también como una fase del proceso natural de desarrollo del individuo, pero que en el que también entran a tallar elementos

propios de las características del individuo es decir elementos endógenos y también características del contexto en el que esté anciano se desenvuelve estamos hablando de factores o elementos exógenos <sup>20</sup>.

### **2.3. TERMINOLOGÍA BÁSICA.**

- **Depresión:** En esta investigación se valoraron las alteraciones en la motivación, cognitivas y disminución de afecto mediante la técnica de entrevista, utilizando como instrumento el test de Yesavage que evaluó el grado de depresión <sup>4</sup>.
- **Funcionalidad:** Para fines de estudio se valoró las funciones de autocuidado y movilidad mediante la técnica de observación y la entrevista, utilizando como instrumento el test de Barthel, como lista de cotejo, que evaluó el grado de Funcionalidad que tienen los adultos mayores <sup>22</sup>.

### **2.4. HIPÓTESIS.**

#### **2.4.1. HIPÓTESIS PRINCIPAL**

H1: Existe relación inversa entre el padecimiento de depresión según Yesavage y la funcionalidad en los adultos mayores pertenecientes al servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

H0: No existe relación inversa entre el padecimiento de depresión según Yesavage y la funcionalidad en los adultos mayores pertenecientes al servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

#### **2.4.2. HIPÓTESIS ESPECÍFICAS**

H1: Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión Alteraciones en la motivación y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017

H0: No Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión Alteraciones en la motivación y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017

H2: Existe relación inversa estadísticamente significativa entre relación entre la dimensión Alteraciones cognitivas y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017

H0: No Existe relación inversa estadísticamente significativa entre relación entre la dimensión Alteraciones cognitivas y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017

H3: Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión Disminución de afecto y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017

H0: No Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión Disminución de afecto y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

## **2.5. VARIABLES.**

- Nivel o grado de depresión según Yesavage en el adulto mayor.
- Nivel o grado de funcionalidad diaria

**Tabla 1. Operacionalización de las variables**

VARIABLES	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	DIMENSION	INDICADOR	VALOR	ESCALA DE VALOR	ESCALA DE MEDICION	INSTRUMENTO DE MEDICIÓN
VARIABLE 1: <b>DEPRESIÓN</b>	Patología que tiene el potencial de afectar a cualquier persona. Es causa de angustia mental y afecta la posibilidad de quien los padece de realizar diversas actividades de su vida diaria afectando con ello a su posibilidad de relacionarse positivamente con su entorno y en sus relaciones familiares y sociales. (OMS, 2016) <sup>24</sup>	La depresión según Yesavage es un trastorno mental que se caracteriza por la presencia de tristeza y sentimientos de culpa, y para fines de estudio se valoraran las alteraciones en la motivación, cognitivas y disminución de afecto mediante la técnica de entrevista, utilizando como instrumento el test de Yesavage que evaluara el grado de depresión que tienen los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima	Alteraciones en la motivación	1. 4. 5. 6. 7. 11. 12. 13	1  0	NORMAL 0 - 5 puntos  DEPRESION LEVE 6 – 9 puntos  DEPRESIÓN SEVERA 10 a 15 puntos	Variable Cualitativa Ordinal Dicotómico	Cuestionario Escala De Depresión Geriátrica – Test de Yesavage
			Alteraciones cognitivas	2. 9. 10. 15				
			Disminución de afecto	3. 8. 14				

Variable 2: FUNCIONALIDAD	La Funcionalidad define la aptitud de un individuo para realizar una tarea o acción, tiene por objeto indicar el máximo nivel probable de funcionamiento que una persona puede alcanzar en un dominio y en un momento dado. (CIF 2001) <sup>36</sup>	La funcionalidad comprende la capacidad que se posee para realizar las funciones corporales y actividades de la persona, y para fines de estudio se valoraran las funciones de autocuidado y movilidad mediante la técnica de observación y la entrevista, utilizando como instrumento el test de Barthel, como lista de cotejo, que evaluó el grado de Funcionalidad que tienen los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima.	AUTOCUIDADO	1	"0-5-10	<20 puntos DEPENDENCIA TOTAL  20 - 35 puntos DEPENDENCIA SEVERA  40 - 55 DEPENDENCIA MODERADA  60 - 95 puntos DEPENDENCIA LEVE  100 puntos INDEPENDENCIA	Variable Cualitativa Ordinal Policotómico	Índice de <b>Barthel</b>
				5	0-5			
				8	0-5-10			
				3	0-5			
				10	0-5-10			
				9	0-5-10"			
			MOVILIDAD	4	"0-5-10			
				2	0-5-10-15			
				6	0-5-10-15			
				7	0-5-10"			

<p>Unidad De Análisis: <b>ADULTO MAYOR</b></p>	<p>Toda persona a partir del cumplimiento de los 60 años de vida <sup>22</sup></p>	<p>El envejecimiento es la consecuencia del acumulo de daños físicos y mentales que sufre el ser humano y para fines del estudio consideraremos los indicadores de género y el grupo etario para un mejor análisis.</p>	<p>Genero</p>	<p>-Masculino (1) -Femenino (2)</p>	<p>M F</p>	<p>Cualitativa Nominal</p>	<p>Ficha de recolección de datos</p>
			<p>Edad</p>	<p>- 60 – 69 (1) - 70-79 (2) - 80-89 (3) 90 a más (4)</p>	<p>A B C D</p>	<p>Cualitativa Ordinal</p>	

## **CAPITULO III: DISEÑO METODOLÓGICO**

La presente investigación maneja un enfoque cualicuantitativo y sigue un diseño de tipo no experimental en tanto no se manipuló ninguna de las variables de estudio, además seguirá el método Hipotético Deductivo dado que se hizo uso de hipótesis de investigación<sup>29</sup>.

### **3.1. TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.**

#### **3.1.1. Tipo de investigación**

**3.1.1. Según el tiempo de ocurrencia:** Es un estudio Prospectivo<sup>38</sup> pues se tomó los datos a partir del día cero cuando se inicia el estudio en adelante que será en el mes de Julio 2017.

**3.1.2. Según el Periodo y Secuencia de estudio:** es un estudio Transversal<sup>38</sup> de las variables simultáneamente, pues se hace un corte del tiempo en un solo momento dado en Julio del 2017

**3.1.3. Según análisis y alcance de los resultados:** nuestro estudio es correlacional<sup>38</sup> porque se busca determinar relaciones entre determinadas variables como es en el presente caso, los niveles de depresión según Yesavage y los niveles de funcionalidad de nuestra muestra y en qué condiciones se dan.

#### **3.1.2. Nivel de investigación**

La presente investigación se inscribe dentro del nivel relacional<sup>38</sup> en tanto busca analizar la relación entre dos variables al comparar los cambios que tendría la variable dependiente (Funcionalidad) tras la exposición a la variable independiente (Depresión) del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017

### **3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA**

#### **3.2.1 POBLACIÓN:**

La población de estudio estuvo constituida por los 258 adultos mayores pertenecientes al servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

Dicha cifra se obtuvo luego de realizar consultas a las autoridades encargadas de la gestión de dicho servicio.

Criterios de Selección:

Criterios de Inclusión:

- Tener una edad igual o mayor a 60 años
- Ser usuario del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, durante el periodo de levantamiento de datos de la investigación.
- Aceptar a participar de la investigación mediante firma del consentimiento informado.

Criterios de Exclusión:

- Padecer de alteraciones mentales.
- No encontrarse en las condiciones óptimas de entendimiento o disposición emocional para responder a las interrogantes debido a problemas idiomáticos.
- Padecer de alguna secuela neurológica que comprometa su comunicación.

### 3.2.2 MUESTRA

Dado que el estudio tiene un alcance correlacional, el tamaño de la muestra se calculó según la fórmula para el cálculo de tamaño de muestra para este tipo de estudios, es decir investigaciones que buscan determinar índices de correlación entre dos variables de tipo numéricas y cuya fórmula es:

$$n = \left[ \frac{z_{1-\alpha/2} + z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left( \frac{1+r}{1-r} \right)} \right]^2 + 3$$

Donde:

- $n$  = tamaño de la muestra
- $Z_{1-\alpha/2} = 1,96$  si la seguridad es del 95% (probabilidad de rechazar la hipótesis nula siendo esta verdadera o cometer el error de tipo 1).
- $Z_{1-\beta/2} = 0,84$  si se asume un poder estadístico del 80% (probabilidad de no rechazar la hipótesis nula siendo esta falsa o cometer el error de tipo 2)
- $r = 0.224$  (valor del coeficiente de correlación según prueba piloto)

Cabe destacar que el cálculo del índice de correlación necesario para esta fórmula se determinó luego de realizar una prueba piloto con 22 pacientes adultos mayores (**Anexo 2**), es decir un grupo similar al analizado en esta investigación y a quienes se les aplicó los instrumentos correspondientes para luego proceder a realizar el proceso de elección del índice de correlación correspondiente según los resultados de la prueba de la asimetría. El resultado de este cálculo fue de  $r = 0.224$ . Esta cifra fue la que se usó en la fórmula para el cálculo del número de muestra que se indicó líneas arriba.

Aplicando la formula nos da como resultado que la muestra constó de 153 pacientes adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

### 3.2.3 MUESTREO

Esta investigación realizó la selección de los participantes a través del procedimiento de muestreo de tipo probabilístico de tipo aleatorio simple, bajo este procedimiento de muestreo todos los integrantes de la población tuvieron la misma probabilidad de ser elegidos como parte de la muestra.

## 3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

### 3.3.1 TÉCNICA

Para el recojo de la información de ambas variables se hizo uso de la técnica de la encuesta de la siguiente manera:

**Tabla 2. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

<b>Variable 1</b>	<b>Técnica Utilizada</b>	<b>Instrumento</b>
Depresión	Encuesta	Test de Yesavage
<b>Variable 2</b>		
Funcionalidad	Encuesta	Índice de Barthel

La técnica de la encuesta se caracteriza por un procedimiento estandarizado de consulta a todos los participantes del estudio de modo que todos los encuestados son interrogados con las mismas preguntas.

### 3.3.2 INSTRUMENTO

Para la presente investigación se utilizaron dos instrumentos:

- **La escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage**
- **El índice de Barthel**

#### **Escala de depresión geriátrica o Test de Yesavage**

**Descripción:** Es un instrumento que consta de 15 ítems, estos ítems están clasificados en tres dimensiones, la primera dimensión es la denominada *dimensión de alteraciones en la motivación* bajo este apartado se administran 8 interrogantes que buscan valorar las alteraciones que el paciente con probable depresión refiere respecto de su motivación, la otra dimensión es la denominada *dimensión de alteraciones cognitivas* bajo esta dimensión ubicamos a 4 interrogantes que indagan sobre la merma en las capacidades cognitivas presentes en el paciente finalmente la última dimensión es la denominada *dimensión disminución de afecto* esta invención consta de tres ítems en los que se busca indagar y registrar información respecto de la autopercepción que tiene el evaluado sobre el sentimiento de afecto que percibe que el entorno le brinda

Este instrumento es de fácil administración y las preguntas son muy claras y pertinentes respecto de la temática que aborda es decir el padecimiento de depresión por parte del adulto mayor.

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Nombre del cuestionario	Escala de Depresión Geriátrica Yesavage
Dimensiones que mide	- Alteraciones en la motivación - Alteraciones cognitivas - Alteraciones afectivas
Total de ítems	15
Tipo de puntuación	Numérica: 1 y 0 puntos
Valor total del cuestionario	Máximo: 15 puntos Mínimo: 0 puntos
Tipo de administración	Directa individual / sin apoyo
Tiempo de administración	15 minutos
Autor	Jerome A. Yesavage T.L.Brink
Publicación	Rehabilitation Notes. Rehabilitation Section Baltimore City Medical Society.
Constructo evaluado	Depresión
Área de aplicación	Salud

### **Validez:**

La validez de contenido se determinó a través del sometimiento de los instrumentos al denominado "Juicio de expertos" para ello se hizo llegar un documento que contenía la información respecto de las variables de estudio, la operacionalización de las mismas, así como información sobre los objetivos de la investigación para que dichos expertos juzgaran cada ítem según los criterios de pertinencia y relevancia de cada uno de los ítems. Por pertinencia se entiende a la conclusión de que el ítem evalúe lo que pretende evaluar y la relevancia se entiende como como la importancia del ítem para la evaluación de lo que se pretende evaluar

### **Valores para cada puntaje**

- 1= 0.25
- 2= 0.50
- 3= 0.75
- 4= 1

## **Pertinencia**

- 1= No pertinente
- 2= Poco pertinente
- 3= Pertinente
- 4= Muy pertinente

## **Relevancia**

- 1= No relevante
- 2= Poco relevante
- 3= Relevante
- 4= Muy relevante

De esta manera cada experto evaluó cada uno de los 15 ítems del **Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage** según los puntajes sugeridos, es decir a través del Índice de validez de contenido (IVC) que consideran como válidos los puntajes 3 y 4 para la determinación del Índice de validez de contenido considerándose un Índice de validez de contenido de 0.80 como indicativo de una validez de contenido elevada. Los resultados se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 3.** Índice de validez de contenido de los instrumentos según cada experto.

Variable	Instrumento	Dimensión	Ítem	Experto 1		Experto 2		Experto 3	
				Pert.	Relev	Pert	Relev	Pert	Relev
Depresión	Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage	Alteraciones en la motivación	Ítem 1	4	4	4	4	4	4
			Ítem 4	4	4	4	4	4	4
			Ítem 5	4	4	4	4	4	4
			Ítem 6	4	4	4	4	4	4
			Ítem 7	4	4	4	4	4	4
			Ítem 11	4	4	4	4	4	4
			Ítem 12	4	4	4	4	4	4
		Ítem 13	4	4	4	4	4	4	
		Alteraciones cognitivas	Ítem 2	4	4	4	4	4	4
			Ítem 9	4	4	4	4	4	4
			Ítem 10	4	4	4	4	4	4
			Ítem 15	4	4	4	4	4	4
		Disminución de afecto	Ítem 3	4	4	4	4	4	4
			Ítem 8	4	4	4	4	4	4
			Ítem 14	4	4	4	4	4	4

**Fuente:** Elaboración propia.

Los indicadores de la validez de contenido para cada experto registraron valores superiores a 0.8 lo que refiere una validez de contenido elevada según la opinión de cada experto respecto de los instrumentos sometidos a su evaluación. El índice de validez de contenido general (IVCG) del instrumento fueron de 1 lo que refiere un grado de validez elevada, ello significa que el instrumento sometido a análisis de los expertos mide el constructo de depresión en adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima 2017, por tanto, se reconoce la pertinencia y relevancia en la validez de contenido total del instrumento. El índice de validez de contenido para cada dimensión y por ítem de cada dimensión en cuanto a pertinencia y relevancia se puede apreciar en las siguientes tablas:

**Tabla 4.** Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Alteraciones en la motivación

Instrumento	Dimensión	Ítem	Pertinencia	Relevancia
Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage	Alteraciones en la motivación	Ítem 1	1	1
		Ítem 4	1	1
		Ítem 5	1	1
		Ítem 6	1	1
		Ítem 7	1	1
		Ítem 11	1	1
		Ítem 12	1	1
		Ítem 13	1	1
		Total	1	1

**Fuente:** Elaboración propia.

La dimensión Alteraciones en la motivación Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage presenta un Índice de validez de contenido elevado de 1 lo cual se indica que el Índice de validez de contenido es elevado en pertinencia y relevancia para cada ítem por encima de 1 en esta dimensión.

**Tabla 5.** Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Alteraciones en la motivación

Instrumento	Dimensión	Ítem	Pertinencia	Relevancia
Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage	Alteraciones cognitivas	Ítem 2	1	1
		Ítem 9	1	1
		Ítem 10	1	1
		Ítem 15	1	1
			1	1
		Total	1	

**Fuente:** Elaboración propia.

La dimensión Alteraciones cognitivas Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage presenta un Índice de validez de contenido elevado de 1 lo cual se indica que el Índice de validez de contenido es elevado en pertinencia y relevancia para cada ítem por encima de 1 en esta dimensión.

**Tabla 6.** Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Alteraciones en la motivación

Instrumento	Dimensión	Ítem	Pertinencia	Relevancia
Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage	Disminución de afecto	Ítem 3	1	1
		Ítem 8	1	1
		Ítem 14	1	1
			1	1
		Total	1	

**Fuente:** Elaboración propia.

La dimensión Disminución de afecto del Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage presenta un Índice de validez de contenido elevado de 1 lo cual se indica que el Índice de validez de contenido es elevado en pertinencia y relevancia para cada ítem por encima de 1 para esta dimensión.

**Confiabilidad:** En la prueba piloto llevada a cabo previamente al estudio y que tuvo como objeto la determinación de este indicador se registró un índice de alfa de

Cronbach de 0,868. Lo que indica que el instrumento presenta un alto nivel de confiabilidad (**Anexo 2**)

**Sujeto de aplicación:** Adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017

El cuestionario contiene 15 ítems de respuesta dicotómica (Si o No), cada respuesta positiva significa un punto y según la puntuación final se plantean los siguientes puntos de corte:

Según el puntaje obtenido luego de la evaluación se puede determinar el nivel de rendimiento ocupacional de la siguiente manera:

- Normal (0-5 puntos)
- Depresión leve (6-9 puntos)
- Depresión severa (10-15 puntos)

### **El índice de Barthel**

**Descripción:** Es un instrumento que valora la funcionalidad del paciente que es sometido al análisis con este instrumento, consta de 10 preguntas y clasifica estas interrogantes dentro de dos dimensiones; por un lado tenemos a la *dimensión de autocuidado* que está compuesta de 6 ítems en los que se intenta valorar la capacidad de realización de actividades por parte del evaluado que tengan como fin el cuidado personal, la otra dimensión valorada es la *dimensión de la movilidad* está consta de cuatro preguntas las mismas que intentan brindar información respecto a las capacidades físicas en la realización de actividades que impliquen el desplazamiento autónomo del individuo. Este instrumento es de fácil administración y sus resultados nos permiten clasificar a los evaluados bajo cinco escenarios posibles que van desde la independencia hasta la dependencia total pasando por la dependencia leve de la dependencia moderada y la dependencia severa.

<b>FICHA TÉCNICA</b>	
<b>CARACTERÍSTICAS</b>	<b>DESCRIPCIÓN</b>
Nombre del cuestionario	Índice de Barthel
Dimensiones que mide	- Autocuidado - Movilidad
Total de ítems	10
Tipo de puntuación	Numérica: 0, 5, 10, 15 puntos
Valor total del cuestionario	Máximo: 100 puntos Mínimo: 0 puntos
Tipo de administración	Directa individual / sin apoyo
Tiempo de administración	5 – 10 minutos
Autor	Florence I. Mahoney Dorothea W. Barthel
Publicación	J. psychiat. Res., Vol 17 N 1 pp 37-39, 1983. Printed Great Britain
Fecha ultima de revisión y elaboración	México, 2008
Constructo evaluado	Funcionalidad
Área de aplicación	Salud

### **Validez:**

La validez de contenido se determinó a través del sometimiento de los instrumentos al denominado “Juicio de expertos” para ello se hizo llegar un documento que contenía la información respecto de las variables de estudio, la operacionalización de las mismas, así como información sobre los objetivos de la investigación para que dichos expertos juzgaran cada ítem según los criterios de pertinencia y relevancia de cada uno de los ítems. Por pertinencia se entiende a la conclusión de que el ítem evalúe lo que pretende evaluar y la relevancia se entiende como como la importancia del ítem para la evaluación de lo que se pretende evaluar

### Valores para cada puntaje

- 1= 0.25
- 2= 0.50
- 3= 0.75
- 4= 1

### Pertinencia

- 5= No pertinente
- 6= Poco pertinente

7= Pertinente

8= Muy pertinente

### Relevancia

5= No relevante

6= Poco relevante

7= Relevante

8= Muy relevante

De esta manera cada experto evaluó cada uno de los 10 ítems del **Índice de Barthel** según los puntajes sugeridos, es decir a través del Índice de validez de contenido (IVC) que consideran como válidos los puntajes 3 y 4 para la determinación del Índice de validez de contenido considerándose un Índice de validez de contenido de 0.80 como indicativo de una validez de contenido elevada.

Los resultados se resumen en la siguiente tabla:

**Tabla 7:** Índice de validez de contenido de los instrumentos según cada experto.

				Experto 1		Experto 2		Experto 3	
Variable	Instrumento	Dimensión	Ítem	Pert.	Relev.	Pert.	Relev.	Pert	Relev
Funcionalidad	Índice de Barthel	Autocuidado	Ítem 1	4	4	4	4	4	4
			Ítem 3	4	4	4	4	4	4
			Ítem 5	4	4	4	4	4	4
			Ítem 8	4	4	4	4	4	4
			Ítem 9	4	4	4	4	4	4
		Movilidad	Ítem 10	4	4	4	4	4	4
			Ítem 2	4	4	4	4	4	4
			Ítem 4	4	4	4	4	4	4
			Ítem 6	4	4	4	4	4	4
			Ítem7	4	4	4	4	4	4

**Fuente:** Elaboración propia.

Los indicadores de la validez de contenido para cada experto registraron valores superiores a 0.8 lo que refiere una validez de contenido elevada según la opinión de cada experto respecto de los instrumentos sometidos a su evaluación. El índice de validez de contenido general (IVCG) del instrumento fue de 1 lo que refiere un grado de validez elevada, ello significa que el instrumento sometido a análisis de los expertos mide el constructo de funcionalidad en adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima 2017, por tanto, se reconoce la pertinencia y relevancia en la validez de contenido total del instrumento.

El índice de validez de contenido para cada dimensión y por ítem de cada dimensión en cuanto a pertinencia y relevancia se puede apreciar en las siguientes tablas:

**Tabla 8.** Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Autocuidado

Instrumento	Dimensión	Ítem	Pertinencia	Relevancia
Índice de Barthel	Autocuidado	Ítem 1	1	1
		Ítem 3	1	1
		Ítem 5	1	1
		Ítem 8	1	1
		Ítem 9	1	1
		Ítem 10	1	1
			1	1
		Total	1	

**Fuente:** Elaboración propia.

La dimensión Alteraciones en la motivación Autocuidado del Índice de Barthel presenta un Índice de validez de contenido elevado de 1 lo cual se indica que el Índice de validez de contenido es elevado en pertinencia y relevancia para cada ítem por encima de 1 para esta dimensión.

**Tabla 9.** Índice de validez de contenido (IVC) de la dimensión Movilidad

Instrumento	Dimensión	Ítem	Pertinencia	Relevancia
Índice de Barthel	Movilidad	Ítem 2	1	1
		Ítem 4	1	1
		Ítem 6	1	1
		Ítem7	1	1
			1	1
		Total	1	

**Fuente:** Elaboración propia.

La dimensión Movilidad del Índice de Barthel presenta un Índice de validez de contenido elevado de 1 lo cual se indica que el Índice de validez de contenido es elevado en pertinencia y relevancia para cada ítem por encima de 1 para esta dimensión.

**Confiabilidad:** En la prueba piloto llevada a cabo previamente al estudio y que tuvo como objeto la determinación de este indicador se registró un índice de alfa de Cronbach de 0,909. Lo que indica que el instrumento presenta un alto nivel de confiabilidad (**Anexo 7**)

En un estudio desarrollado resultó con buena fiabilidad Inter observador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97. En cuanto a la evaluación de la consistencia interna, se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92.<sup>27</sup>

**Sujeto de aplicación:** adultos mayores pertenecientes al servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

Según el puntaje obtenido luego de la evaluación se puede determinar el nivel de rendimiento ocupacional de la siguiente manera:

- Dependencia total (<20 puntos)
- Dependencia severa (20 – 35 puntos)
- Dependencia moderada (40 – 55 puntos)
- Dependencia leve (60 – 95 puntos)
- Independencia (100puntos).

### **3.4. PROCESAMIENTO DE DATOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICO.**

Los datos fueron ingresados en una base que previamente fue diseñada, en el entorno del paquete estadístico SPSS versión 22. El producto de ese análisis fue expresado en frecuencias relativas y absolutas, siguiendo el criterio de los objetivos específicos planteados en el presente trabajo. El análisis estadístico se realizó mediante la aplicación de técnicas estadísticas descriptivas y de correlación.

Para ello se analizó el tipo de distribución que presentaban los datos en cada variable, a través de la prueba de kolmogorov. Considerando el valor de la prueba, se determinó el uso del estadístico de correlación: si los datos presentasen distribución normal, se utilizaría el paramétrico (Pearson), caso contrario, no paramétrico (Rho de Spearman)

Aquellas variables cuya contrastación de hipótesis resultó con un  $p < 0,05$  fue consideradas como estadísticamente significativas.

### **3.5. ASPECTOS ÉTICOS.**

El desarrollo de la presente investigación estuvo regido teniendo en cuenta los principios bioéticos de la declaración de Helsinki y su actualización (principio de autonomía, principio de beneficencia, principio de no maleficencia y principio de justicia). Debido a ello previamente a la encuesta, se informó al participante acerca

del estudio y los objetivos del mismo, su participación en el estudio fue confirmada mediante la aceptación y firma del consentimiento informado el cual fue presentado previamente al cuestionario (anexo 11). Cabe destacar que los datos recopilados fueron anónimos y por ningún motivo se utilizó para otros fines que no sean los del estudio.

### **Consentimiento informado**

Para el desarrollo del presente trabajo se elaboró un documento denominado consentimiento informado, este documento fue entregado a los encuestados antes de que inicien su participación en este documento se incluye información respecto de las investigadoras, así como un resumen detallado de los objetivos y propósitos de la investigación.

Así mismo en este documento se informó al paciente evaluado sobre las características de su participación en el estudio, adicionalmente el documento informa sobre detalles como el que no van a recibir compensación por su participación además de informarles que el manejo de la información que se extraiga dentro del acto de investigación también serán de manejo confidencial.

Este documento también aclara y puntualiza la libertad que tiene el evaluado de abandonar el estudio en cualquier momento que lo considere conveniente sin que ello le genere ningún perjuicio, el documento finaliza con un apartado en donde el evaluado manifiesta haber leído y entendido cada uno de los puntos y alcances del consentimiento informado así como reitera su libertad de poder desistir e interrumpir su participación en el estudio en el momento que desee sin tener que manifestar ningún tipo de explicación a el equipo investigador y que dicho abandono de presentarse, no le genera ningún perjuicio.

En este apartado final el evaluado debe rellenar de Puño y letra sus datos y finalizar con su firma si no pudiese firmar puede registrar su huella digital

## **CAPITULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN**

### **4.1. RESULTADOS.**

#### **Estadística descriptiva**

Para el desarrollo del presente trabajo los resultados fueron planteados en términos de frecuencia absoluta y frecuencia relativa. Mediante el uso de la frecuencia absoluta se determinó el número de pacientes clasificados según su nivel de depresión, así como el número de pacientes clasificados según su nivel de funcionalidad, adicionalmente estos datos serán comparados con el total para así determinar su frecuencia relativa, ello con el objeto de tener una referencia de cuanto porcentaje significa del total de encuestados.

Adicionalmente el otro tipo de estadística descriptiva que se utilizó fue el de la asimetría, ello para analizar la distribución de los resultados extraídos de la muestra respecto de lo registrado en ambas variables. El motivo por el que se usó la asimetría fue para determinar la normalidad de la distribución de los resultados, la razón por la que se requiere determinar si la distribución de los resultados de la medición de ambas variables tiene una distribución normal es a efectos de conocer cuál será el estadístico de prueba a utilizar para determinar el nivel de correlación entre ambas variables, y se hizo uso del estadístico de prueba correlacional no paramétrica

#### **Estadística inferencial**

Para el desarrollo del presente trabajo y dado que algunos de sus objetivos es el de determinar la relación entre dos variables de tipo numéricas, se utilizaron estadísticos de prueba que implicaron la contrastación de hipótesis estadísticas, además el proceso de elección del estadístico de prueba implicó en primer término el desarrollo de pruebas de normalidad para analizar la distribución de los resultados a través de otro estadístico de prueba de análisis de normalidad, para la toma de la decisión de rechazar la hipótesis nula se consideró un valor de  $p$  de 0,05; es decir, si el nivel de significancia de los resultados calculados es menor a 0,05 se procederá a rechazar la hipótesis nula.

Luego del análisis correspondiente se determinó que el estadístico de prueba pertinente para la determinación de los índices de correlación de nuestras dos variables es el coeficiente de correlación Rho de Spearman, es un método de

asociación lineal para variables medidas por rangos y números de orden para comparar dichos rangos. Se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en una muestra con dos variables para relacionar las puntuaciones obtenidas de una variable con las puntuaciones obtenidas de la otra, con los mismos participantes o casos.

Formula Rho de Spearman:

$$r_s = 1 - \frac{6 \sum d^2}{n(n^2 - 1)}$$

El coeficiente  $r$  de Spearman puede variar de -1.0 a +1.0.

Donde:  $-1 \leq r \leq +1$

**Tabla 10**  
Coeficientes y tipos de correlación

COEFICIENTE	TIPO DE CORRELACIÓN
-1.00	Correlación negativa perfecta
-0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.75	Correlación negativa fuerte
-0.50	Correlación negativa media
-0.25	Correlación negativa débil
-0.10	Correlación negativa muy débil
0.00	No existe correlación alguna entre las variables
+0.10	Correlación positiva muy débil
+0.25	Correlación positiva débil
+0.50	Correlación positiva media
+0.75	Correlación positiva fuerte
+0.90	Correlación positiva muy fuerte
+1.00	Correlación positiva perfecta

**Fuente:** Hernández, Fernández y Baptista (2010)<sup>25</sup>

La presentación de los resultados se hará según el orden de los objetivos planteados

## Objetivo principal

### Hipótesis general

Existe relación inversa estadísticamente significativa entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, julio 2017.

### Hipótesis nula

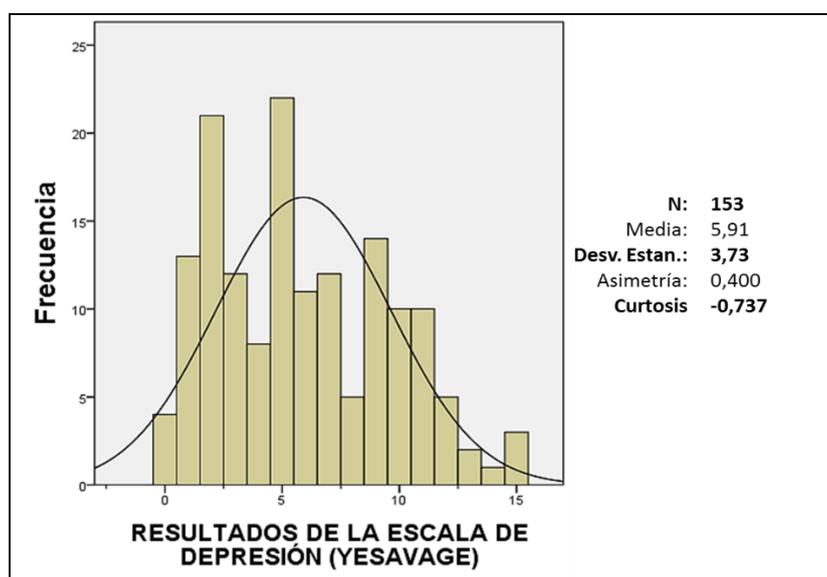
No existe relación inversa estadísticamente significativa entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, julio 2017.

Se quiere determinar la relación entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores. Previo a ello se requiere determinar si las variables en estudio presentan una distribución normal a efectos de elegir el estadístico que determine la correlación entre ambas variables.

Esto se realizó a través de dos formas, primero a través del análisis del gráfico de distribución en donde se buscó valorar si la distribución de los datos de las variables depresión según Yesavage y funcionalidad presentan o no distribución normal.

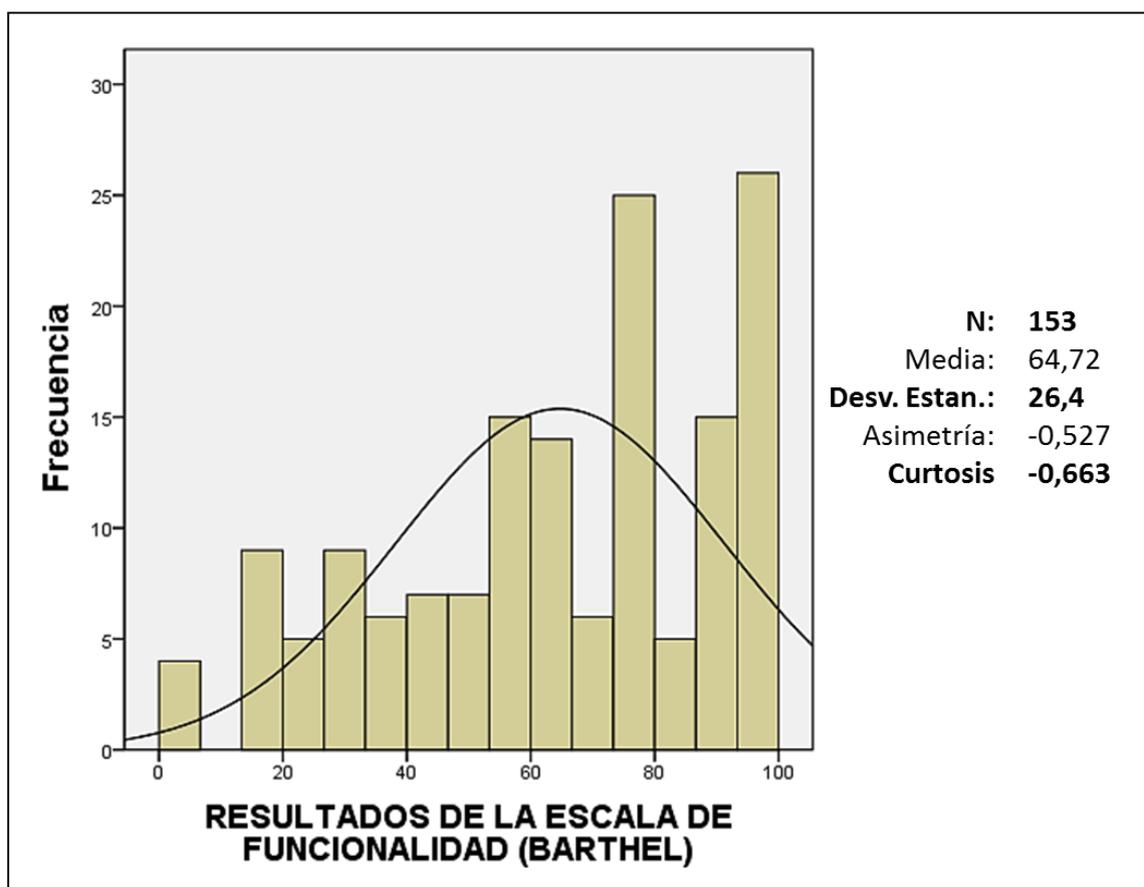
El tipo de distribución de las variables se corroboró a través de la prueba estadística de kolmogorov. Considerando el valor de la prueba, se determinó el uso del estadístico de correlación: si los datos presentan distribución normal, se utiliza el paramétrico (Pearson), caso contrario, no paramétrico (Rho de Spearman).

**Gráfico 1: Distribución de los resultados de la escala de depresión de Yesavage**



Como se puede ver en el gráfico 1, en el que se muestra la distribución de los resultados de la variable depresión según Yesavage y su comparación con la curva de normalidad, la distribución de esta variable no presenta una distribución normal ello se corrobora con los indicadores respecto de su asimetría y curtosis cuyos valores no corresponden a una distribución normal sino a una distribución asimétrica positiva leptocúrtica.

**Gráfico 2: Distribución de los resultados de la escala de Funcionalidad de Barthel**



Como puede observarse en el grafico en el que se muestra la distribución de los resultados de la variable funcionalidad y su comparación con la curva de normalidad, la distribución de esta variable no presenta una distribución normal ello se corrobora con los indicadores respecto de su asimetría y curtosis cuyos valores no corresponden a una distribución normal sino a una distribución asimétrica negativa leptocúrtica

### Prueba de normalidad: Kolmogorov

Es una prueba de bondad de ajuste, permite determinar si los datos provienen de una población con distribución normal.

- Planteamiento de hipótesis:

Ho: los datos presentan distribución normal

Ha: los datos no presentan distribución normal

- Nivel de significancia:

$$\alpha = 0.05$$

- Prueba:

Las puntuaciones de depresión según Yesavage y funcionalidad se han ingresado al programa estadístico SPSS, y se ha realizado la prueba de kolmogorow, obteniendo el siguiente resultado:

Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

**Tabla11**

#### Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra

		DEPRESIÓN	FUNCIONALIDAD
<b>N</b>		153	153
<b>Parámetros normales</b> <sup>a,b</sup>	Media	5,91	64,72
	Desviación estándar	3,733	26,465
<b>Máximas diferencias extremas</b>	Absoluta	,119	,115
	Positivo	,119	,091
	Negativo	-,090	-,115
<b>Z de Kolmogorov-Smirnov</b>		,119	,115
<b>Sig. asintótica (bilateral)</b>		,000 <sup>c</sup>	,000 <sup>c</sup>

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

- Regla de decisión:  
Si “p” (sig) < 0.05, se rechaza la Ho  
Si “p” (sig) > 0.05, se acepta la Ho
- Decisión:

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba de kolmogorow para la variable Depresión, el valor de  $p=0.00$  (sig bilateral), dicho resultado es menor a 0.05, por lo tanto, los datos no presentan distribución normal.

De acuerdo a los resultados obtenidos en la prueba de kolmogorow para variable Funcionalidad, el valor de  $p=0.00$  (sig bilateral), dicho resultado es menor a 0.05, por lo tanto, los datos no presentan distribución normal.

Las pruebas de hipótesis se han trabajado con el estadístico de correlación Rho de Spearman, puesto que los datos de las variables no cumplen el supuesto de normalidad

### Prueba de hipótesis

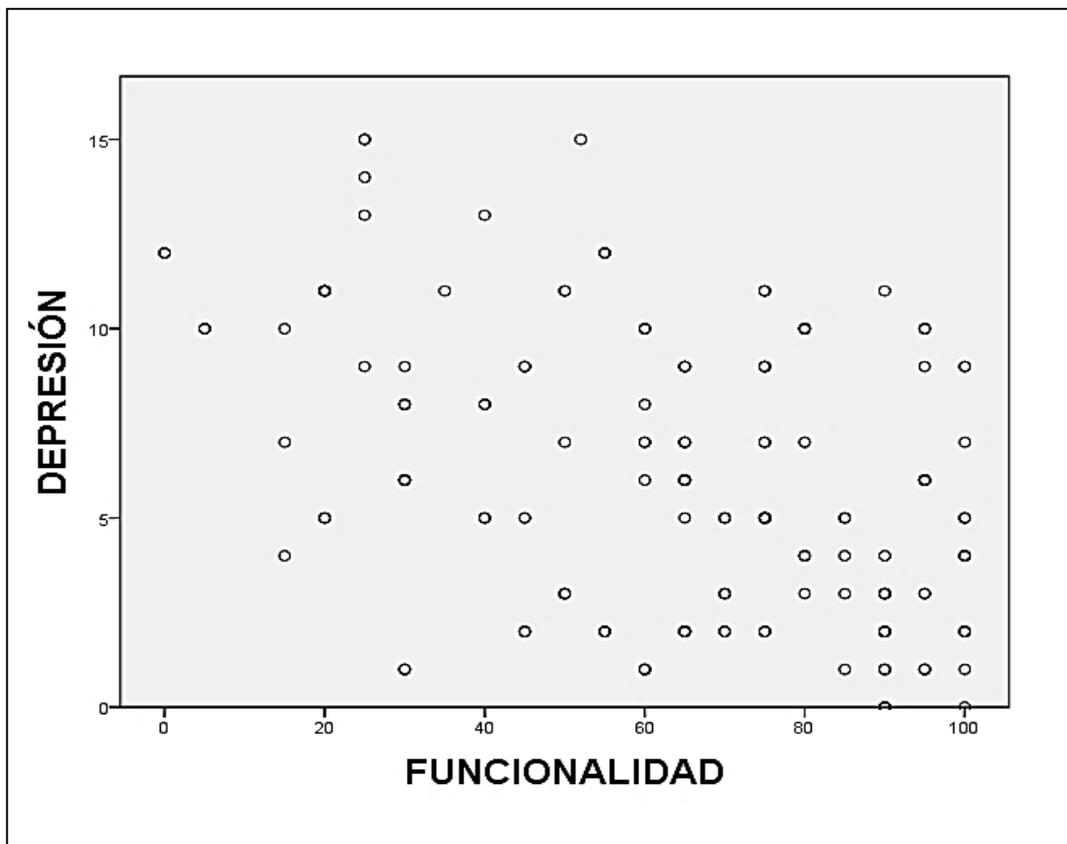
#### 1. Hipótesis estadísticas:

**Hipótesis nula (Ho):**  $\rho=0$ , No existe relación inversa estadísticamente significativa entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

**Hipótesis alterna (Ha):**  $\rho \neq 0$ , Existe relación inversa estadísticamente significativa entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

2. Nivel de Significancia:  $\alpha = 0.05$
3. Diagrama de dispersión

**Gráfico 3:** Diagrama de dispersión de las variables depresión según Yesavage y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017



Según el diagrama de dispersión de las variables: Depresión según Yesavage y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 puede evidenciarse que no existe una correlación evidente.

#### 4. Estadístico de la prueba:

Los puntajes obtenidos en cada variable han sido ingresados al programa estadístico SPSS, obteniendo el siguiente resultado:

**Tabla 12**

Correlaciones de variables

		DEPRESIÓN	FUNCIONALIDAD
<b>DEPRESIÓN</b>	Coefficiente de correlación de Spearman	1,000	-,401**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	153	153
	<hr/>		
<b>FUNCIONALIDAD</b>	Coefficiente de correlación de Spearman	-,401**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	153	153
	<hr/>		

\*\* La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

**Fuente:** Elaboración propia

#### 5. Decisión

Si "p" (sig.) < 0.05, se rechaza la Ho

Si "p" (sig.) > 0.05, se acepta la Ho

Depresión - Funcionalidad

El valor de  $p=0.000$  es menor a 0.05. Por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula.

#### 6. Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada, el coeficiente de correlación de Spearman  $r = -,401$  para la depresión según Yesavage y funcionalidad. Entonces existe una relación inversa estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre la depresión según Yesavage y la funcionalidad en los los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017. según el cuadro de Hernández, Fernández y Baptista (2010) es correlación negativa media para depresión según Yesavage y funcionalidad de acuerdo a los índices de correlación.

## Objetivo específico 1

Tabla 13

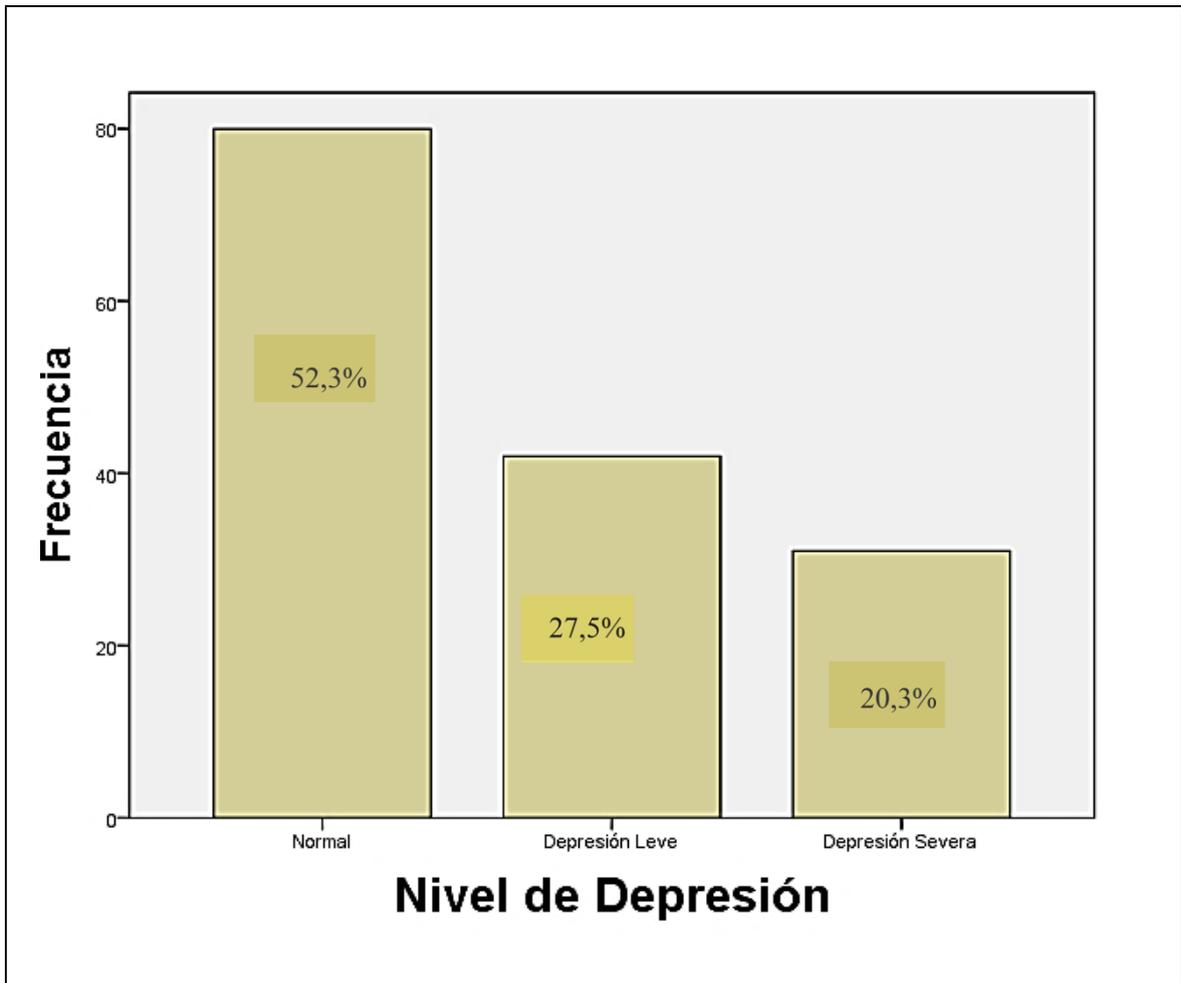
**Grado de depresión según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017**

		NIVEL DE DEPRESIÓN			Total
		Normal	Depresión Leve	Depresión Severa	
<b>GRUPO ETARIO</b>	60 a 69 años	27	8	5	40
		67,5%	20,0%	12,5%	100,0%
	70 a 79 años	33	20	12	65
		50,8%	30,8%	18,5%	100,0%
	80 a 89 años	20	14	13	47
	42,6%	29,8%	27,7%	100,0%	
	Más de 90 años	0	0	1	1
		0,0%	0,0%	100,0%	100,0%
	Total	80	42	31	153
		52,3%	27,5%	20,3%	100,0%
<b>GÉNERO</b>	Masculino	41	16	10	67
		61,2%	23,9%	14,9%	100,0%
	Femenino	39	26	21	86
		45,3%	30,2%	24,4%	100,0%
	Total	80	42	31	153
		52,3%	27,5%	20,3%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

**La proporción de adultos mayores con algún grado de depresión del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 se acrecienta a medida que avanza su edad, así mismo la mayor proporción de adultos mayores con algún grado de depresión corresponden al género femenino**

**Gráfico 4:** Frecuencia del grado de depresión según Yesavage en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017



El 52,3% de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 tiene un estado normal en tanto depresión, es decir no presenta depresión, el 27,5% presenta una depresión según Yesavage leve y un 20,3% un nivel severo de depresión.

**Inferencia:** La mayor proporción de pacientes adultos mayores evaluados presentan un grado normal de depresión.

## Objetivo específico 2

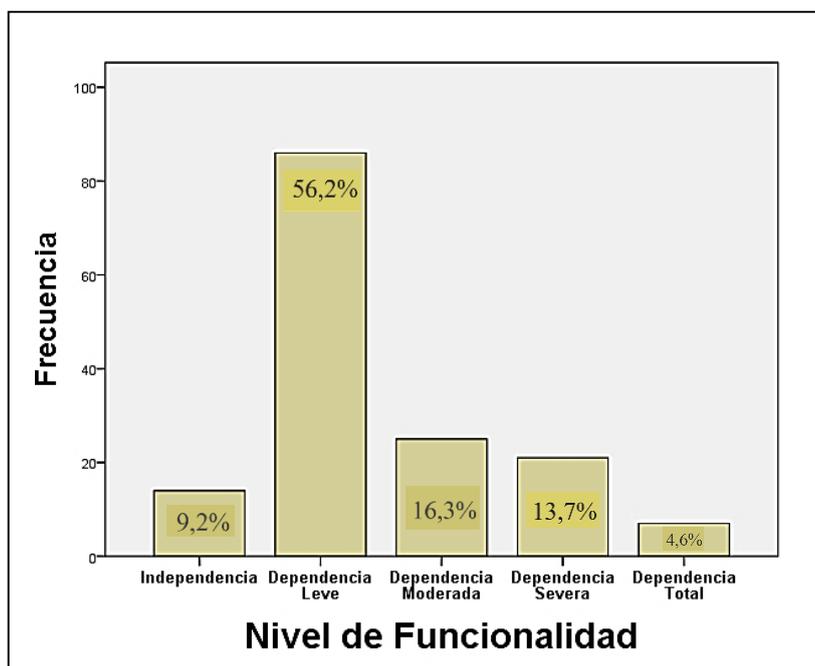
**Tabla 14**  
**Nivel de funcionalidad según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017**

		NIVEL DE FUNCIONALIDAD					Total
		Independencia	Dependencia Leve	Dependencia Moderada	Dependencia Severa	Dependencia Total	
<b>GRUPO ETARIO</b>	60 a 69 años	9	21	9	1	0	40
		22,5%	52,5%	22,5%	2,5%	0,0%	100,0%
	70 a 79 años	3	42	12	5	3	65
		4,6%	64,6%	18,5%	7,7%	4,6%	100,0%
	80 a 89 años	2	23	4	14	4	47
	4,3%	48,9%	8,5%	29,8%	8,5%	100,0%	
	más de 90 años	0	0	0	1	0	1
		0,0%	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%	100,0%
	Total	14	86	25	21	7	153
		9,2%	56,2%	16,3%	13,7%	4,6%	100,0%
<b>GÉNERO</b>	Masculino	8	41	9	8	1	67
		11,9%	61,2%	13,4%	11,9%	1,5%	100,0%
	Femenino	6	45	16	13	6	86
		7,0%	52,3%	18,6%	15,1%	7,0%	100,0%
	Total	14	86	25	21	7	153
		9,2%	56,2%	16,3%	13,7%	4,6%	100,0%

**Fuente:** Elaboración propia

La proporción de adultos mayores con algún nivel de funcionalidad dependiente del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 se encuentra en el grupo etario desde los 70 a 79 años, así mismo la mayor proporción de adultos mayores con algún grado de dependencia corresponden al género femenino

**Gráfico 5:** Frecuencia del nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017



El 9,2% de los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima presentan independencia funcional, el 56,2% presentan dependencia leve, 16,3% dependencia moderada, el 13,7% presenta dependencia severa y un 4,6% dependencia total.

**Inferencia:** Poco más de la mitad de los pacientes adultos mayores evaluados presenta un nivel de dependencia leve

### Objetivo específico 3

#### Prueba de hipótesis

1. Hipótesis estadísticas:

**Hipótesis nula (Ho):**  $\rho=0$ , No Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión **Alteraciones en la motivación** y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

**Hipótesis alterna (Ha):**  $\rho \neq 0$ , Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión **Alteraciones en la motivación** y la

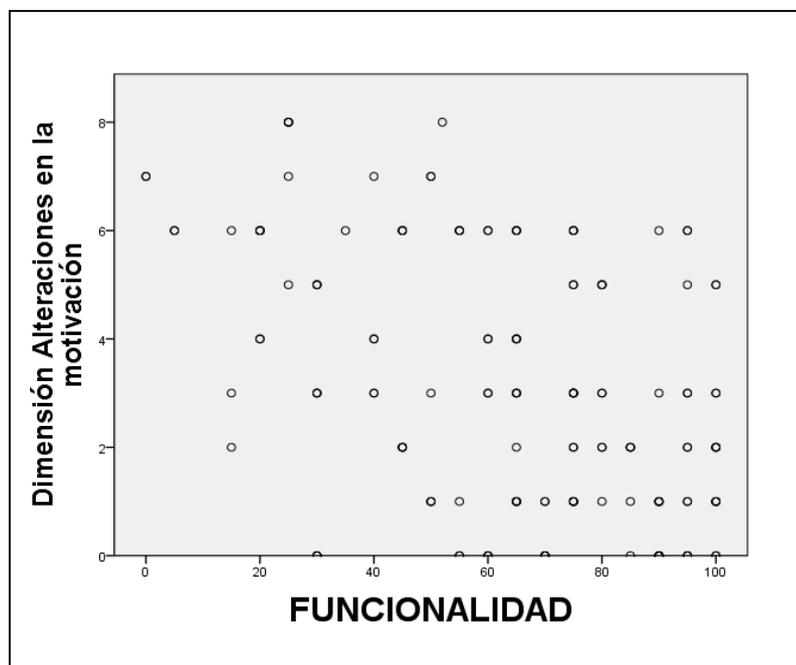
funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

2. Nivel de Significancia:

$$\alpha = 0.05$$

3. Diagrama de dispersión

**Gráfico 6:** Diagrama de dispersión de las variables: dimensión Alteraciones en la motivación y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017



Según el diagrama de dispersión de las variables: dimensión Alteraciones en la motivación y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 puede evidenciarse que no existe una correlación evidente.

4. Estadístico de la prueba:

Los puntajes obtenidos en cada variable han sido ingresados al programa estadístico SPSS, obteniendo el siguiente resultado:

**Tabla 15**

Correlaciones de la dimensión Alteraciones en la motivación y Funcionalidad

		Dimensión Alteraciones en la motivación	FUNCIONALIDAD
<b>Dimensión Alteraciones en la motivación</b>	Coefficiente de correlación de Spearman	1,000	-,433**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	153	153
	<hr/>		
<b>FUNCIONALIDAD</b>	Coefficiente de correlación de Spearman	-,433**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	153	153
	<hr/>		

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Elaboración propia

#### 5. Decisión

Si “p” (sig.) < 0.05, se rechaza la Ho

Si “p” (sig.) > 0.05, se acepta la Ho

El valor de p=0.000 es menor a 0.050. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

#### 6. Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada, el coeficiente de correlación de Pearson  $r = -0,433$ . Entonces existe relación inversa estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre la dimensión **Alteraciones en la motivación** y la Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017, según el cuadro de Hernández, Fernández y Baptista (2010) es correlación negativa media para depresión según Yesavage y funcionalidad de acuerdo a los índices de correlación.

### Objetivo específico 4

#### Prueba de hipótesis

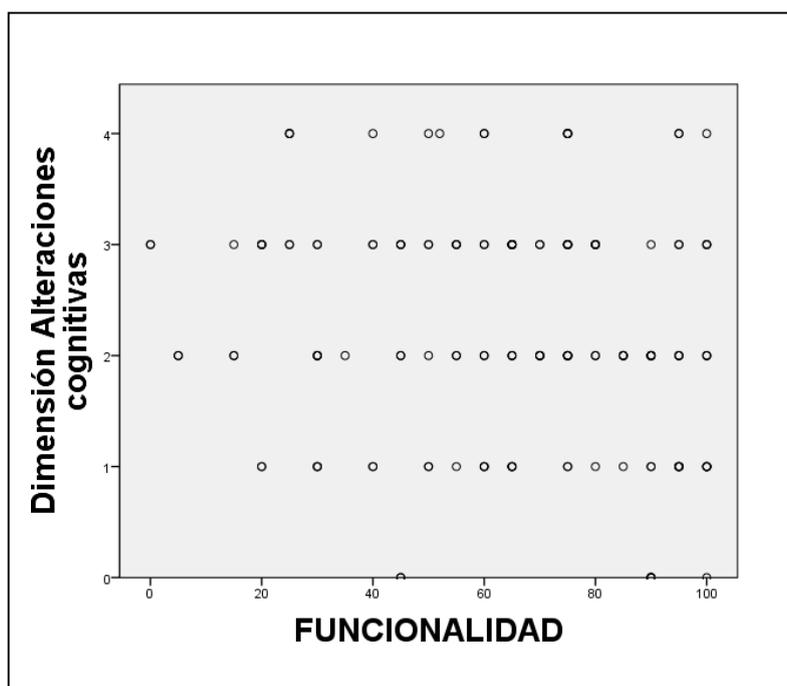
##### 1. Hipótesis estadísticas:

**Hipótesis nula (Ho):**  $\rho=0$ , No Existe relación inversa estadísticamente significativa entre relación entre la dimensión **Alteraciones cognitivas** y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

**Hipótesis alterna (Ha):**  $\rho \neq 0$ , Existe relación inversa estadísticamente significativa entre relación entre la dimensión **Alteraciones cognitivas** y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

2. Nivel de Significancia:  $\alpha = 0.05$
3. Diagrama de dispersión

**Gráfico 7:** Diagrama de dispersión de las variables: dimensión Alteraciones cognitivas y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017



Según el diagrama de dispersión de las variables: dimensión Alteraciones cognitivas y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 puede evidenciarse que no existe una correlación evidente.

#### 4. Estadístico de la prueba:

Los puntajes obtenidos en cada variable han sido ingresados al programa estadístico SPSS, obteniendo el siguiente resultado:

**Tabla 16**

Correlaciones de la Dimensión Alteraciones cognitivas y la funcionalidad.

		Dimensión Alteraciones cognitivas	
		Alteraciones cognitivas	FUNCIONALIDAD
Dimensión Alteraciones cognitivas	Coefficiente de correlación de Spearman	1,000	-,213**
	Sig. (bilateral)	.	,008
	N	153	153
	FUNCIONALIDAD	Coefficiente de correlación	-,213**
Sig. (bilateral)		,008	.
N		153	153

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Elaboración propia

#### 5. Decisión

Si "p" (sig.) < 0.05, se rechaza la Ho

Si "p" (sig.) > 0.05, se acepta la Ho

El valor de p=0.000 es menor a 0.05. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

#### 6. Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada, el coeficiente de correlación de Spearman  $r = -,213$ . Entonces existe relación inversa estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre la dimensión **Alteraciones cognitivas** y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017, según el cuadro de Hernández, Fernández y Baptista (2010) es correlación negativa débil, de acuerdo a los índices de correlación.

## Objetivo específico 5

### Prueba de hipótesis

#### 1. Hipótesis estadísticas:

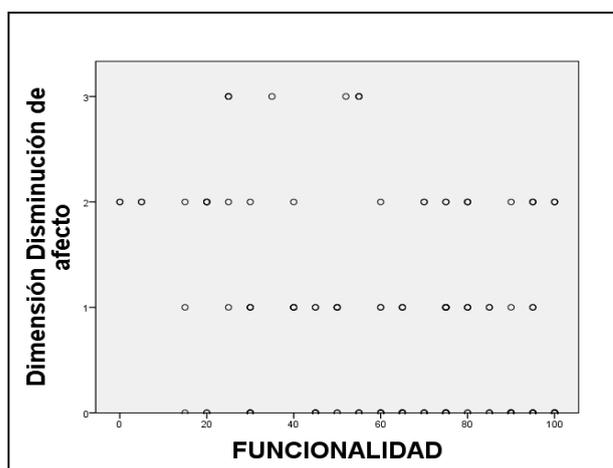
**Hipótesis nula (Ho):**  $\rho=0$ , No Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión **Disminución de afecto** y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

**Hipótesis alterna (Ha):**  $\rho \neq 0$ , Existe relación inversa estadísticamente significativa entre la dimensión **Disminución de afecto** y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

#### 2. Nivel de Significancia: $\alpha = 0.05$

#### 3. Diagrama de dispersión

**Gráfico 8:** Diagrama de dispersión de las variables: dimensión Disminución de afecto y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017



Según el diagrama de dispersión de las variables: dimensión Disminución de afecto y Funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 puede evidenciarse que no existe una correlación evidente.

4. Estadístico de la prueba:

Los puntajes obtenidos en cada variable han sido ingresados al programa estadístico SPSS, obteniendo el siguiente resultado:

**Tabla 17**

Correlaciones de la dimensión Disminución de afecto y la funcionalidad.

		Dimensión Disminución de afecto	FUNCIONALIDAD
<b>Dimensión Disminución de afecto</b>	Coeficiente de correlación de Spearman	1,000	-,310**
	Sig. (bilateral)	.	,000
	N	153	153
<b>FUNCIONALIDAD</b>	Coeficiente de correlación de Spearman	-,310**	1,000
	Sig. (bilateral)	,000	.
	N	153	153

\*\* La correlación es significativa en el nivel 0,01 (2 colas).

**Fuente:** Elaboración propia

5. Decisión

Si "p" (sig.) < 0.05, se rechaza la Ho

Si "p" (sig.) > 0.05, se acepta la Ho

El valor de  $p=0.000$  es menor a 0.05. Por lo tanto se rechaza la hipótesis nula.

6. Conclusión

De acuerdo a la tabla mostrada, el coeficiente de correlación de Spearman  $r = -,310$ . Entonces existe relación inversa estadísticamente significativa ( $p < 0.05$ ) entre la dimensión **Disminución de afecto** y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017, según el cuadro de Hernández, Fernández y Baptista (2010) es correlación negativa débil, de acuerdo a los índices de correlación.

## 4.2. DISCUSIÓN DE RESULTADOS

Respecto de la correlación entre la depresión según Yesavage y el grado de funcionalidad nuestros resultados se condicen con lo hallado por otros autores que analizaron la misma problemática, por ejemplo, Bonilla halló que ambas variables se encontraban asociadas en el grupo de adultos mayores que él analizó, lo que también fue registrado en esta investigación. De forma similar los resultados del trabajo de Garzón S. también apuntaron a esa misma línea al identificar que 12,44% de su grupo presentaba ambas condiciones y que también fue registrada en el trabajo de Borda. Este resultado entonces se encuentra dentro de los que los antecedentes y el sustento teórico señalaron, es decir que la funcionalidad o la independencia funcional es una variable que obra en sentido contrario al padecimiento de depresión. Este dato es de sumo interés para el equipo encargado del proceso de rehabilitación del paciente en tanto que buena parte de las tareas y ejercicios fisioterapéuticos que se indican al paciente buscan el entrenamiento para la conservación y mejora de su funcionalidad y el saber que el padecimiento de depresión puede ir en contra de estos objetivos fisioterapéuticos se constituye en un punto clave en el logro de dichas mejoras, si bien es cierto que la depresión es un referente clínico que escapa del abordaje fisioterapéutico, la importancia de su conocimiento radica en la posibilidad de recomendación o de derivación al paciente que la padece con un profesional que pudiese mejorar este aspecto de la psique del paciente.

Respecto del nivel de depresión hallado en esta investigación y que señala a poco menos de la mitad (47,5%) del grupo evaluado como padeciente de depresión según Yesavage, estos resultados se encuentran en la misma línea por lo hallado en investigaciones que utilizaron el mismo instrumento de medición para la determinación de este indicador en adultos mayores, para citar, Mosquera M. encontró que un 46,6% de su grupo analizado presentaba un nivel moderado y grave de depresión según Yesavage, así mismo, Navarro S. registro que un 44.7% de su grupo se encontraba con depresión según Yesavage. Es probable que la similitud de los resultados se deba a que como indica la teoría, en el adulto mayor promedio se presenta una recurrencia de ideas melancólicas lo que abonaría a su propensión a padecer de estados depresivos, esto podría traer consigo una especie de tolerancia o acostumbramiento por parte de las familias a creer que ello, al ser

común es también normal, lo que haría que no prioricen la búsqueda de apoyo o ayuda a estos adultos mayores.

Así mismo y respecto del nivel de funcionalidad hallado en nuestra investigación fue de 90.8% de adultos mayores con algún grado de dependencia desde leve hasta severa, este contundente resultado difiere con lo hallado en otros trabajos de investigación que indagaron sobre este indicador en poblaciones de adultos mayores, a citar, Quezada N. halló un 45,8%, en esa misma línea **Jerves M. (Colombia, 2016)** identificó a un 54% de su población también con algún grado de dependencia mientras que **Acosta C.** registró solo un 30% en su estudio en población española, una explicación para tan disímil resultado entre los que halló este estudio y lo registrado en otros podría ser que en el caso de esta investigación el grupo analizado lo componen adultos mayores que reciben asistencia fisioterapéutica y pasan precisamente por un proceso de evaluación que los selecciona para ello, los trabajos citados realizaron la medición de esta variable en grupos más amplios de adultos mayores y no con el direccionamiento de que reciban asistencia fisioterapéutica, lo que evidentemente los distingue de la población en general dado que la misma se brinda a personas en situación de necesidad funcional.

Esta investigación también determinó que la relación entre cada una de las dimensiones de la depresión según Yesavage y la funcionalidad se evidenciaron niveles de correlación negativa aún menor.  $r_s = -,433$  para la correlación entre la dimensión alteraciones en la motivación y la funcionalidad,  $r_s = -,213$  para la correlación entre la dimensión alteraciones cognitivas y la funcionalidad y  $r_s = -,310$  para la correlación disminución de afecto y la funcionalidad.

Dado que el estudio halló una correlación superior de una de las dimensiones de la depresión según Yesavage sobre la funcionalidad, esto es la dimensión de motivación con -0.433, en comparación de -0.401 de la depresión total según Yesavage, ello destaca la influencia del componente motivacional en un mayor o menor desempeño funcional del adulto mayor. La conclusión que se desprende de este resultado se condice con lo hallado en otros estudios como el de Torres J. que concluyó que, en su grupo de adultos mayores estudiados, aquellos que fueron catalogados como independientes funcionales fueron los que puntuaron más en

instrumentos que servían para medir la satisfacción con la vida que tenían<sup>22</sup>. También con el estudio de Bocanegra L. que registró en su grupo de adultos mayores analizados una relación estadísticamente significativa entre la funcionalidad física y algunos factores psicosociales entre los que destaca la autopercepción de soledad y precisamente el de la motivación<sup>23</sup>.

Ello a su vez plantea la necesidad de considerar esta dimensión (la de la motivación) como un tópico a abordar en toda estrategia de intervención que busque la mejora de la funcionalidad de ese grupo de pacientes, como es el caso del equipo de rehabilitación física, que plantea entre sus objetivos terapéuticos precisamente el de la optimización de los componentes determinantes de la funcionalidad.

Ello plantea la interrogante de conocer cuáles serían los otros aspectos de la vida del adulto mayor en las que la depresión según Yesavage si se estaría manifestando y produciendo un impacto negativo aún mayor. Si bien la funcionalidad es un área que interesa de manera obvia a los profesionales que participan del proceso de rehabilitación de los adultos mayores como lo son los fisioterapeutas, no es la única que determina su estado funcional. Las condiciones de sueño-vigilia, la prevalencia o padecimiento de dolor musculoesquelético o de otro tipo, así como el estado de la sensorialidad (vista, equilibrio, propiocepción, etc.) son también elementos determinantes a considerar, estos otros factores no han sido abordados por la presente investigación

Si bien los instrumentos utilizados se encuentran validados y son pertinentes para la evaluación de los constructos analizados, esto es, depresión según Yesavage en el adulto mayor y la funcionalidad en actividades de la vida diaria, sería pertinente el indagar sobre la existencia de otros instrumentos que ponderen mejor y de manera más amplia la diversidad de las condiciones en las que vive un adulto mayor de nacionalidad peruana, como el caso de quienes viven en cerros o en terrenos y contextos en donde el desarrollo de dichas actividades. Los resultados y conclusiones de la presente investigación pueden servir como línea base de futuros proyectos de investigación que indaguen sobre esta problemática en otros grupos de adultos mayores y en los que se aborden otras variables o factores que según la literatura consultada inciden no solo en la funcionalidad sino también en la calidad de vida de los adultos mayores.

## **CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES**

### **5.1. CONCLUSIONES**

1. Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre la depresión según Yesavage y la funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017, es decir que a un mayor grado de depresión le sobreviene una disminución en la funcionalidad de los adultos mayores evaluados.
2. La proporción de adultos mayores con algún grado de depresión del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 se acrecienta a medida que avanza su edad, así mismo la mayor proporción de adultos mayores con algún grado de depresión corresponden al género femenino.
3. La proporción de adultos mayores con algún grado de funcionalidad dependiente del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017 se encuentra en el grupo etario desde los 70 a 79 años, así mismo la mayor proporción de adultos mayores con algún grado de dependencia corresponden al género femenino.
4. Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre la dimensión Alteraciones en la motivación y la Funcionalidad. Es decir que el aumento de los problemas en la motivación se acompaña con una disminución en la funcionalidad de los adultos mayores evaluados del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.
5. Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre la dimensión Alteraciones cognitivas y la funcionalidad. Es decir que el aumento de los problemas cognitivos es correspondiente con una disminución en la funcionalidad de los adultos mayores evaluados del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.
6. Existe correlación negativa estadísticamente significativa entre la dimensión Disminución de afecto y la funcionalidad. Es decir que a una merma en la percepción de afecto por parte del adulto mayor se acompaña con una disminución en la funcionalidad en el caso de los adultos mayores evaluados del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017.

## 5.2. RECOMENDACIONES

1. Se sugiere implementar los test de valoración de depresión según Yesavage en la evaluación fisioterapéutica inicial de los adultos mayores dado el impacto negativo que tendría en la funcionalidad, lo que se constituye en un tema central del trabajo del equipo de rehabilitación.
2. Así mismo se sugiere implementar un sistema de monitoreo constante que analice diversas variables de la realidad de los pacientes adultos mayores de este programa de atención domiciliaria. Y que tenga entre sus objetivos el diseño de un instrumento de investigación válido y confiable que analice esta información y sirva no solo como indicador sino como predictor de escenarios que afecten la salud de dichos pacientes.
3. Es importante seguir trabajando con esta temática a nivel de validación de instrumentos de medición del liderazgo de la funcionalidad y la depresión según Yesavage dada la realidad y particularidades de nuestro país.
4. Sugerimos así mismo, incidir en la capacitación a los cuidadores de los adultos mayores, ya que son el principal apoyo en el tratamiento y cuidado del paciente.
5. Difundir por medios convencionales y digitales la investigación realizada con el propósito de generar en la comunidad científica nuevos problemas de investigación sobre el impacto de la depresión según Yesavage en los aspectos de su vida y la progresión de la funcionalidad con el paso del tiempo.
6. Que las universidades y específicamente la Escuela de posgrado de la Universidad Norbert Wiener promuevan líneas de investigación más específicas para la intervención en la población adulta mayor dado el escenario de inversión de la pirámide poblacional que predicen los estudios demográficos mundiales y nacionales

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Mosquera MP, PE.; Chuchuca, S. Cristina L. Niveles de depresión en adultos mayores de un Centro Geriátrico de la ciudad de Cuenca. [Tesis]. Cuenca; 2017. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/bitstream/123456789/27027/1/tesis%20CD.pdf>
2. Salazar A, Reyes M, Plata S, Galvis P, Montalvo C, Sánchez E, Ríos J. Prevalencia y factores de riesgo psicosociales de la depresión en un grupo de adultos mayores en Bogotá. *Acta Neurológica* [Internet]. 2015 [citado 9 Ago 2017]; 31(2), 176-83. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/anco/v31n2/v31n2a08.pdf>
3. Calarge CA. y et al. Major depressive disorder and bone mass in adolescents and young adults. *Journal of Bone and Mineral Research*. 2014 [citado 9 Ago 2017]; 29(10): 2230-2237. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24723424>
4. Crempien, C. y et al. Características sociodemográficas y clínicas de pacientes diagnosticados con depresión en Centros Comunitarios de Salud Mental (COSAM) de Santiago, Chile. *Revista chilena de neuro-psiquiatría*. 2017, 55(1), 26-35.
5. Navarro-Sandoval, C. y et al. Depresión y carga en los cuidadores primarios de personas mayores con dependencia física de UMF 171. *Rev med Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017; 55(1): 25.
6. Durán-Badillo, T. y et al. Depresión y función cognitiva de adultos mayores de una comunidad urbano marginal. *Rev Enf Univ*. 2013; 10(2): 36-42.
7. Martínez, A.; Chaves, C. Galvis Y. Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, *Rev Psicol*. 2012.; 10(1): 21-34.
8. Orosco C. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Redalyc* [Internet]. 2015. [citado 9 de Ago 2017]; 18(1): 91-104. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/1471/147143428004.pdf>
9. Varela P. Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Rev. Esp. Med. Int*. Disponible en: URL [http://medicinainterna.org.pe/revista/revista\\_17\\_2\\_2004/a02.pdf](http://medicinainterna.org.pe/revista/revista_17_2_2004/a02.pdf) Fecha de consulta: [03 Set 2017]
10. Quezada, N.; Paredes, F. Arenas M. Funcionalidad del adulto mayor de un Centro de Salud Familiar. *Rev cub enf* [Internet]. 2016 [citado 9 Ago 2017]; 33(1) Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/432/226>
11. Segarra, J. y et al. Limitación Funcional y Factores Asociados en Adultos Mayores de la Zona 6 de Salud en Ecuador. *Rev Med HJCA*. 2016; 8(2): 179-186.
12. Espinoza, E. y et al. Autonomía física y cognitiva en adultos mayores de la región Norte de Nicaragua. *Revista universidad nacional autónoma de Nicaragua* [Internet]. 2016 [citado 9 Ago 2017]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/3780/1/ARTICULO%20CIENTIFICO-Analyeris.pdf>
13. Hernández, E.; Morales, G. Laura A. Asociación entre funcionalidad familiar y deterioro cognitivo y funcional de adultos mayores con diabetes mellitus

- tipo 2 de la umf 75 imss. Revista universidad nacional autónoma de México [Internet]. 2016 [citado 9 Ago 2017]. Disponible en: <http://ri.uaemex.mx/handle/20.500.11799/63629>
14. Mancilla, E.; Ramos, S. Morales P. Fuerza de prensión manual según edad, género y condición funcional en adultos mayores Chilenos entre 60 y 91 años. Rev med Chi, [Internet]. 2016 [citado 9 Ago 2017]; 144(5) Disponible en: [http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-98872016000500007](http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872016000500007)
  15. Villalobos, C.; Kulzer, K. Fernández R. Relación entre funcionalidad y caídas en la población adulta mayor del proyecto costa rica, estudio longitudinal de envejecimiento saludable, [Internet]. Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud, 2016 [citado 9 Ago 2017]; 2(4): 294-301. Disponible en: <http://uhsalud.com/index.php/revhispano/article/view/214>
  16. Pinillos, P. y Prieto, E. Funcionalidad física de personas mayores institucionalizadas y no institucionalizadas en Barranquilla, [Internet]. Rev. salud pública, 2012 [citado 9 Ago 2017]; 14(3): 438-447. Disponible en: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=681026&indexSearch=ID>
  17. Hernández B. Evaluación funcional del adulto mayor con enfermedad aguda [tesis]. Guatemala: Universidad de San Carlos de Guatemala; 2013 [citada 10 sep 2014]. 48 p. Disponible en: [http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05\\_8982.pdf](http://biblioteca.usac.edu.gt/tesis/05/05_8982.pdf)
  18. Acosta C. Capacidad funcional en las personas mayores según el género [tesis doctoral en Internet]. Valladolid: Universidad de Valladolid; 2014 [citada 03 sep 2017]. 33 p. Disponible en: <https://uvadoc.uva.es/bitstream/10324/4794/4/TFG-H8.pdf>
  19. Calero J. Evolución del deterioro cognitivo y el nivel de dependencia en pacientes mayores de 65 años ingresados en un hospital de agudos: relación con las variables sociodemográficas. Rev. Esp. Investigation in Health. Disponible en: [URL https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/61/48](https://formacionasunivep.com/ejihpe/index.php/journal/article/view/61/48)  
Fecha de consulta: [03 sep 2017]
  20. Jerves M. Factores asociados a la dependencia funcional de los adultos mayores del centro parroquial de Turi 2015 [tesis doctoral en Internet]. Cuenca: Universidad del Azuay; 2016 [citada 03 sep 2017]. 27 p. Disponible en: <http://dspace.uazuay.edu.ec/bitstream/datos/6441/1/12579.pdf>
  21. Rubinstein, W. Asociación del síndrome de fragilidad con dependencia funcional en adultos mayores de 65 años [tesis doctoral en Internet]. Querétaro: Universidad Autónoma de Querétaro; 2016 [citada 03 sep 2017]. 59 p. Disponible en: <http://ri.uaq.mx/xmlui/bitstream/handle/123456789/5863/RI002951.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
  22. Torres J. Evaluación Funcional del Adulto Mayor: Consultorio Médico 262, Policlínico Turcios Lima, Julio - Diciembre del 2006. Rev. Esp. Ciencias Médicas de Pinar del Río. Disponible en: [URL http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1561-31942009000400012](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942009000400012) Fecha de consulta: [03 sep 2017]
  23. Bocanegra L. Prevalencia y factores biopsicosociales de discapacidad en adultos mayores de los distritos Mesones Muro e Incahuasi, Perú. Rev. Esp.

- Ciencias Médicas. Disponible en: URL  
[http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/284/Art\\_BocanegraGarciaLM\\_PrevalenciaFactoresBiopsicosociales\\_2009.pdf?sequence=1](http://repositoriocdpd.net:8080/bitstream/handle/123456789/284/Art_BocanegraGarciaLM_PrevalenciaFactoresBiopsicosociales_2009.pdf?sequence=1)  
Fecha de consulta: [03 sep 2017]
24. Bonilla, M. y Medina GM. Relación entre deterioro cognitivo y actividad física en adultos mayores que acuden al grupo 60 y piquito de la dirección distrital 17d09 Tumbaco, Tababela, en el período octubre 2016 a noviembre 2016, [Tesis]. Tumbaco: Pontificia Universidad Autónoma del Ecuador; 2017. Disponible en: <http://repositorio.puce.edu.ec/handle/22000/13007>
  25. Garzón Sari DC, León Sigua AG. Relación de la depresión y los niveles de dependencia del adulto mayor que acude a consulta del centro de Salud Barrial Blanco, Cuenca 2016. [Tesis]. Cuenca: Universidad de Cuenca; 2015. Disponible en: <http://dspace.ucuenca.edu.ec/handle/123456789/26008>
  26. Borda, MG. y et al. Dolor en el anciano: calidad de vida, funcionalidad y factores asociados. *Rev Esp de Geriat y Geront* [Internet]. 2016 [citado 9 Ago 2017]; 51(3): 140-145. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>
  27. Licas M. Nivel de depresión del adulto mayor en un centro de atención integral S.J.M - V.M.T 2014 [tesis doctoral en Internet]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2015 [citada 10 sep 2014]. 62 p. Disponible en: [http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas\\_tm.pdf](http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/4159/1/Licas_tm.pdf)
  28. OMS. [Internet]. Ginebra: OMS;2016 [citado 9 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/topics/depression/es/>
  29. Hernandez R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Mexico. Mc Graw Hill; 2010.
  30. Bacca AM, González A, Uribe A. Validación de la Escala de Depresión de Yesavage. *Pensamiento Psicológico*, [Internet]. 2005; Vol.1: 53-63 [citado 9 Ago 2017] Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/801/80112046006.pdf>
  31. Barrero C, García S, Ojeda A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. *Nuevos Horizontes*, [Internet]. 2016; 41(1); 81-853 [citado 9 Ago 2017]; Disponible en: [http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice\\_de\\_barthel.pdf](http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-doc/indice_de_barthel.pdf)
  32. Instituto nacional de estadística e informática. Encuesta demográfica y de salud familiar ENDES 2015- 2016
  33. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud para la Atención Integral de Salud de las Personas Adultas Mayores. Resolución Ministerial N° 529-2006/MINSA. 2006. Perú
  34. Ministerio de Salud. Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Resolución Ministerial N° 111-2005-MINSA. 2006. Perú
  35. Blazer DG. La epidemiología de la depresión en una población comunitaria mayor. *Gerontología*, [Internet]. 2013; 27(1); 281-290 [citado 9 Ago 2017]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3609795>
  36. OMS. Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud, Versión abreviada. España. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Secretaría de Estado de Servicios Sociales, Familias y Discapacidad. Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO); 2001. Disponible en:

- [http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445\\_spa.pdf;jsessionid=8A5967892F1EC9B0308A73DA67919FCF?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43360/9241545445_spa.pdf;jsessionid=8A5967892F1EC9B0308A73DA67919FCF?sequence=1)
37. OMS. [Internet]. Ginebra: OMS;2016 [citado 9 Ago 2017]. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/9/13-123075/en/>
  38. Behar Rivero Daniel S. (2008), Metodología de la Investigación, México. Mc Graw Hill; 2010 Ediciones Shalom; 2008

## **ANEXO**

**Anexo 1: INSTRUMENTO DE INVESTIGACIÓN**  
**TEST DE YESAVAGE**

Este test es anónimo y será utilizado para desarrollar una investigación, es por ello que solicito su colaboración y total sinceridad en la resolución de las preguntas.

Sexo: M\_\_\_\_\_F\_\_\_\_\_

Edad: 60 – 69\_\_\_\_\_, 70-79\_\_\_\_\_, 80-89\_\_\_\_\_, 90 a más\_\_\_\_\_

Marque con un aspa “X” la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

N	Indicador	Valor	
		SI	NO
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	NO
2	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI	NO
3	¿Siente que su vida está vacía?	SI	NO
4	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	NO
5	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	SI	NO
6	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI	NO
7	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	SI	NO
8	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI	NO
9	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	NO
10	¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI	NO
11	¿Cree que es agradable estar vivo?	SI	NO
12	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI	NO
13	¿Se siente lleno de energía?	SI	NO
14	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI	NO
15	¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI	NO

## Anexo 2: ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	22	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
<b>Total</b>		<b>22</b>	<b>100,0</b>

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,868	15

**Fuente:** Prueba piloto

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	7,09	15,801	,474	,861
Ítem 4	6,73	14,779	,614	,854
Ítem 5	6,77	14,755	,618	,854
Ítem 6	6,73	14,874	,588	,855
Ítem 7	6,82	14,442	,709	,849
Ítem 11	7,09	15,325	,636	,855
Ítem 12	6,55	16,069	,320	,868
Ítem 13	6,77	15,041	,540	,858
Ítem 2	6,32	16,799	,344	,867
Ítem 9	6,64	15,290	,497	,860
Ítem 10	6,68	15,275	,488	,861
Ítem 15	6,82	16,537	,157	,878
Ítem 3	6,95	15,188	,546	,858
Ítem 8	6,91	14,944	,594	,855
Ítem 14	6,95	14,998	,601	,855

**Fuente:** Prueba piloto

### Anexo 3: ESTUDIO DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DE LA ESCALA DE DEPRESIÓN DE YESAVAGE

N°	AUTOR	PUBLICACION	TITULO DE INVESTIGACION	ALFA DE CRONBACH	METODOLOGIA DE VALIDEZ	METODOLOGIA DE CONFIABILIDAD
1	Carine Gómez-Angulo	<p>Geriatric Depression Scale (GDS-15 and GDS-5): A study of the internal consistency and factor structure</p> <p><a href="http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/236/1168">http://revistas.javeriana.edu.co/index.php/revPsycho/article/viewFile/236/1168</a></p>	<p>Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial</p>	0,87		<p>Participaron en la investigación 105 adultos mayores colombianos y se calcularon: consistencia interna, confiabilidad de constructo y estructura factorial. La GDS-15 presentó consistencia interna de 0.78, confiabilidad de constructo de 0.87 y estructura bidimensional. La GDS-5 mostró consistencia interna de 0.73, confiabilidad de constructo de 0.83 y estructura unidimensional.</p>
2	Angela María Bacca, Angélica González y Ana Fernanda Uribe Rodríguez		<p>Validación de la Escala de Depresión de Yesavage (versión reducida) en adultos mayores colombianos</p>	0.7268	<p>Para la estandarización de la escala se utilizaron las medidas de tendencia central y los coeficientes de correlación punto biserial para cada ítem. El coeficiente de confiabilidad de la escala es del 0.7268 indicando que la escala GDS- 15 es altamente confiable; 14 de tos 15 ítems estadísticamente predicen moderadamente el constructo de depresión; sin embargo, desde el análisis psicológico los 15 ítems son pertinentes para evaluar rasgos depresivos.</p>	<p>Se conforma una muestra de 500 adultos mayores, dentro de los cuales 416 son mujeres y 84 son hombres, entre los 60 y 96 años de edad. Este tipo metodológico forma parte de la modalidad de validación de una prueba.</p>

3	J. Martínez de la Iglesia, M C. Onís Vilches, R. Dueñas Herrero*, C. Albert Colomer**, C. Aguado Taberné, R. Luque Luque**	<p><a href="#">Medifam</a></p> <p>versión impresa IS SN 1131-5768</p> <p>Medifam vol.12 no. 10 dic. 2002</p> <p><a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1131-57682002001000003">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S1131-57682002001000003</a></p>	Versión española del cuestionario de Yesavage abreviado(GD)para el despistaje de depresión en mayores de 65 años: adaptación y validación		Estudio de la validez a ciegas y de forma independiente de la puntuación obtenida con el GDS-VE, a todos los sujetos del estudio se les realizó un examen clínico y neuropsicológico protocolizado para establecer o no el diagnóstico de depresión, constituyendo este diagnóstico el <i>patrón oro</i> , con el que establecimos la validez del cuestionario que nos ocupa. Esta evaluación fue realizada por dos psiquiatras y tres médicos de familia, previamente entrenados y supervisados éstos por los dos psiquiatras. Antes del inicio del estudio se realizaron sesiones conjuntas con los médicos evaluadores, en las que se analizaron distintos pacientes con el fin de homogeneizar los criterios diagnósticos. Posteriormente, se realizaron 20 grabaciones en video de entrevistas reales para medir la concordancia interobservador de los 5 médicos evaluadores, alcanzando ésta un índice de kappa ponderado de 0,83.	Para analizar la fiabilidad interobservador, dos observadores distintos, de forma independiente y en el mismo momento, evaluaron a treinta sujetos con el GDS-VE. Para establecer la fiabilidad intraobservador, cincuenta sujetos fueron citados a los 7-10 días de la primera evaluación para volverles a aplicar el cuestionario por el mismo profesional.
4	Mónica Paola Castro David	Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina	Escala de depresión geriátrica de Yesavage: análisis de versiones cortas con datos de la Encuesta Salud Bienestar y	0.837	Este estudio cuenta con un diseño descriptivo de tipo transversal retrospectivo, utilizando la base de datos de la encuesta SABE, que cuenta con 2000 registros, analizando 1957 de ellos según criterios de exclusión. Para el análisis de	Por medio del Coeficiente Alfa de Cronbach se estimó la fiabilidad de la consistencia interna de las escalas. Esta herramienta fue utilizada en la mayoría de los estudios revisados y los iniciales propuestos por Yesavage y Brink. Se calculó para las versiones de

			Envejecimiento* (SABE) para Bogotá.		datos se utilizó el programa SPSS v21	10, 5, 4 y 2 preguntas, adicionalmente se obtuvo para las preguntas sugeridas por los artículos en la versión de 5 ítems.
5	Mauricio Blanco Molina y Monica Salazar Villanea	Compendio de Instrumentos de Medición IIP-2014	Escala de Depresión Geriátrica GDS de Yesavage	0.84	Los resultados del estudio piloto indicaron efectivamente correlaciones positivas entre las GDS con las puntuaciones del PANAS Negativo ( $R = .74$ , $p = .001$ ) y correlación negativa con la subescala PANAS Positivo ( $R = -.43$ , $p = 0,001$ ). En el caso de los datos de la muestra el principal de estudio las dos escalas se comportaron de forma similar, correlacionando positivamente para el caso de GDS y el PANAS Negativo ( $R = .546$ , $p = .001$ ), y de manera negativa con la escala PANAS Positivo ( $R = -.289$ , $p = 0,002$ ).	La escala total de un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de .87 en el estudio piloto. Las correlaciones ítem-total fueron superiores a .30. La muestra del estudio principal de comportamientos similares con un coeficiente de consistencia interna Alfa de Cronbach de .84. El comportamiento de los reactivos de acuerdo las correlaciones

## Anexo 4: FICHA TÉCNICA DEL TEST YESAVAGE

### 1. DESCRIPCIÓN.

CARACTERISITICAS	DESCRIPCIÓN
Nombre del cuestionario	Escala de Depresión Geriátrica Yesavage
Dimensiones que mide	- Alteraciones en la motivación - Alteraciones cognitivas - Alteraciones afectivas
Total de ítems	15
Tipo de puntuación	Numérica: 1 y 0 puntos
Valor total del cuestionario	Máximo: 15 puntos Mínimo: 0 puntos
Tipo de administración	Directa individual / sin apoyo
Tiempo de administración	15 minutos
Autor	Jerome A. Yesavage T.L.Brink
Publicación	Rehabilitation Notes. Rehabilitation Section Baltimore City Medical Society.
Fecha ultima de revisión y elaboración	Costa Rica, 2014
Constructo evaluado	Depresión
Area de aplicación	Salud
Soporte	Lápiz o lapicero y cuestionario impreso
Validación	F (2, 97) = 99.48 P < 0.001
Confiabilidad	Median Correlation with total score 0.56 Mean interitem correlation 0.36 Alpha coefficient 0.94 Split – half reliability 0.94

### 2. VALORACIÓN.

CUANTITATIVA	CUALITATIVA
0	SI / NO
1	SI / NO

### 3. CALIFICACIÓN POR DIMENSIONES.

DIMENSIÓN	ITEMS	TOTAL ITEMS	VALOR ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN
Motivación	1, 4, 5, 6, 7, 11, 12, 13	8	0, 1	0 – 5	NORMAL
Cognitivo	2, 9, 10, 15	4	0, 1	6 - 9	DEPRESION LEVE
Afectivo	3, 8, 14	3	0, 1	>10	DEPRESION ESTABLECIDA

### 4. CALIFICACIÓN GENERAL DE LA VARIABLE DEPRESION.

VARIABLE	ITEMS	TOTAL ITEMS	VALOR ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN
Depresion	1 al 15	15	0 - 1	0 – 5 6 – 9 >10	NORMAL DEPRESION LEVE DEPRESION ESTABLECIDA

## Anexo 5: TEST DE YESAVAGE POR DIMENSIONES

Técnica: Entrevista.

Este test es anónimo y será utilizado para desarrollar una investigación, es por ello que solicito su colaboración y total sinceridad en la resolución de las preguntas.

Sexo: M\_\_\_\_\_ F\_\_\_\_\_

Edad: 60 – 69\_\_\_\_\_, 70-79\_\_\_\_\_, 80-89\_\_\_\_\_, 90 a más\_\_\_\_\_

Marque con un aspa “X” la respuesta que mejor describa como se ha sentido la última semana

N	Indicador	Valor			
<b>Dimensión: Motivación</b>					
1	¿Está básicamente satisfecho con su vida?	SI	0	NO	1
2	¿Se encuentra a menudo aburrido?	SI	1	NO	0
3	¿Se encuentra alegre y optimista, con buen ánimo casi todo el tiempo?	SI	0	NO	1
4	¿Teme que le vaya a pasar algo malo?	SI	1	NO	0
5	¿Se siente feliz, contento la mayor parte del tiempo?	SI	0	NO	1
6	¿Cree que es agradable estar vivo?	SI	0	NO	1
7	¿Se le hace duro empezar nuevos proyectos?	SI	1	NO	0
8	¿Se siente lleno de energía?	SI	0	NO	1
<b>Dimensión: Cognitivo</b>					
9	¿Ha renunciado a muchas de sus actividades y pasatiempos?	SI	1	NO	0
10	¿Prefiere quedarse en casa que acaso salir y hacer cosas nuevas?	SI	1	NO	0
11	¿Le da la impresión de que tiene más fallos de memoria que los demás?	SI	1	NO	0
12	¿Cree que la mayoría de la gente vive económicamente mejor que usted?	SI	1	NO	0
<b>Dimensión: Afectivo</b>					
13	¿Siente que su vida está vacía?	SI	1	NO	0
14	¿Se siente a menudo desamparado, desvalido, indeciso?	SI	1	NO	0
15	¿Siente que su situación es angustiosa, desesperada?	SI	1	NO	0
Suma parcial					
Suma Total					

Resultado Global

0 – 5	NORMAL
6 – 9	DEPRESION LEVE
>10	DEPRESION ESTABLECIDA

## Anexo 6: ÍNDICE DE BARTHEL

1	Comer	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo	5
		<b>DEPENDIENTE.</b> Necesita ser alimentado por otra persona	0
2	Trasladarse sillón / cama	<b>INDEPENDIENTE.</b> Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoya pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda	15
		<b>MÍNIMA AYUDA</b> Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento	10
		<b>GRAN AYUDA</b> Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	0
3	Arreglarse	<b>INDEPENDIENTE</b> Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Necesita alguna ayuda	0
4	Ir al retrete	<b>INDEPENDIENTE</b> Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Incapaz de manejarse sin asistencia mayor	0
5	Lavarse – bañarse	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Necesita alguna ayuda o supervisión	0
6	Deambulación	<b>INDEPENDIENTE</b> Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo	15
		<b>NECESITA AYUDA</b> supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)	10
		<b>INDEPENDIENTE</b> en silla de ruedas en 50 metros debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
7	Subir y bajar escaleras	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> Supervisión física o verbal	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)	0
8	Vestirse	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo: corsé) sin ayuda	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
		<b>DEPENDIENTE</b>	0
9	Deposición	<b>CONTINENTE</b> Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo	10
		<b>ACCIDENTE OCASIONAL</b> Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios	5
		<b>INCONTINENTE</b> Incluye administración de enemas o supositorios por otro	0
10	Micción	<b>CONTINENTE</b> Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo	10
		<b>ACCIDENTE OCASIONAL</b> Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios	5
		<b>INCONTINENTE</b> Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	0

## Anexo 7: ANÁLISIS DE LA CONFIABILIDAD DEL ÍNDICE DE BARTHEL

### Resumen de procesamiento de casos

		N	%
Casos	Válido	22	100,0
	Excluido <sup>a</sup>	0	,0
	<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100,0</b>

a. La eliminación por lista se basa en todas las variables del procedimiento.

### Estadísticas de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,909	10

Fuente: Prueba piloto

### Estadísticas de total de elemento

	Media de escala si el elemento se ha suprimido	Varianza de escala si el elemento se ha suprimido	Correlación total de elementos corregida	Alfa de Cronbach si el elemento se ha suprimido
Ítem 1	53,27	815,636	,438	,912
Ítem 3	58,64	805,195	,491	,910
Ítem 5	60,55	805,117	,632	,906
Ítem 8	56,45	707,974	,852	,890
Ítem 9	53,95	766,426	,552	,907
Ítem 10	54,86	751,838	,570	,906
Ítem 2	51,68	676,037	,783	,893
Ítem 4	56,23	678,851	,835	,889
Ítem 6	53,50	596,167	,842	,893
Ítem 7	58,05	695,474	,841	,890

Fuente: Prueba piloto

**Anexo 8: ESTUDIOS DE VALIDEZ Y CONFIABILIDAD DEL TEST DE BARTHEL**

N°	AUTOR	PUBLICACION	TITULO DE INVESTIGACION	ALFA DE CRONBACH	METODOLOGIA DE VALIDEZ	METODOLOGIA DE CONFIABILIDAD
1	Claudia Lorena Barrero Solís. Servando García Arrijo Alejandro Ojeda Manzano	Plasticidad y Restauración Neurológica NUEVOS HORIZONTES Vol. 4 Núms. 1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre 2005	Indice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación	Se obtuvo un alfa de Cronbach de 0.86-0.92 para la versión original y de 0.90-0.92 para la de Shah et al.	En la validez de constructo, Granger et al (1979) encontraron la versión de 15 actividades correlacionada con el perfil de PULSES (-0.74 a -0.90). Wylie y White (1964) y Wylie (1967) encontraron que el índice de Barthel correlacionó bien con el juicio clínico y fue demostrada su utilidad para predecir mortalidad y capacidad de ser reinsertado a un ambiente menos restrictivo.	Loewen y Anderson hicieron el primer estudio en este punto. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de video de pacientes, calificaron la realización de las actividades. El IB resultó con buena fiabilidad interobservador, índices de Kappa entre 0.47 y 1.00, y con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0.84 y 0.97.
2	Pablo Martínez-Martín, Gloria Fernández-Mayoralas, Belén Frades-Payo, Fermina Rojo-Pérez, Roberto Petidier, Vicente Rodríguez-Rodríguez, María J. Forjaz, María Eugenia Prieto-Flores y Jesús de Pedro Cuesta	<a href="#">Gaceta Sanitaria</a>  <i>Versión impresa</i> ISSN 0213-9111  Vol.23 no.1 Barcelona ene./fe. 2009  <a href="http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0213-91112009000100010">http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&amp;pid=S0213-91112009000100010</a>	Validación de la Escala de Independencia Funcional	El índice alfa de Cronbach fue de 0,94	Estudio transversal de validación. Se aplicaron la EIF, el test de Pfeiffer, la subescala de depresión de la <i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i> , un indicador de comorbilidad, el Índice de Barthel y el EQ-5D, a población residente en medio comunitario (n=500) y a pacientes ambulatorios en medio hospitalario (n=100) de edad ≥65 años. Se analizaron los siguientes atributos psicométricos de la EIF: aceptabilidad, asunciones escalares, consistencia interna, validez de constructo y precisión.	Se incluyeron en el estudio 600 pacientes (500 del medio comunitario y 100 ambulatorios hospitalarios). Un sujeto de la comunidad fue descartado por datos perdidos en diversas variables, y tres hospitalarios por tener una edad inferior a 65 años. Por tanto, finalmente los datos se refieren a 596 sujetos. Su intervalo de confianza del 95%: 4,88.

3	<b>Javier Damián Moreno</b>	<a href="#">Revista Española de Salud Pública</a>  <i>versión On-line</i> ISSN 2173-9110 <i>versión impresa</i> ISSN 1135-5727  Rev. Esp. Salud Publica vol.71 n o.2 Madrid mar. 1997	VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL	Se ha observado un alpha de Cronbach de 0,86-0,92 para la versión original y de 0,90-0,92 para la versión propuesta por Shah et al	Realizaron una evaluación de la validez del IB en 572 pacientes con ACVA mediante la comparación con un índice de motricidad, obteniendo correlaciones significativas entre 0,73 y 0,77. Por otra parte, se ha observado que los pacientes de ACVA que reciben tratamiento precoz presentan una mejora más rápida del IB que los que lo reciben más tardíamente. Finalmente, se ha observado una relación consistente entre la puntuación del IB y la evaluación realizada por el clínico al alta	La fiabilidad del IB no fue determinada cuando se desarrolló originariamente. Loewen y Anderson <sup>23</sup> se atribuyen haber realizado el primer estudio de fiabilidad del IB en su versión original. Comprobaron la fiabilidad mediante pruebas de concordancia inter e intraobservador. Para ello entrenaron a catorce terapeutas que, usando grabaciones de vídeo de pacientes, puntuaron la realización de las actividades. De los resultados de este estudio se deduce una buena fiabilidad interobservador, con índices de Kappa entre 0,47 y 1,00. Con respecto a la fiabilidad intraobservador se obtuvieron índices de Kappa entre 0,84 y 0,97. Roy et al informaron de una fiabilidad interobservador muy elevada en un estudio que utilizaba tres evaluadores (un médico y dos fisioterapeutas.
4	Alexsandro Silva Coura Inacia Sátiro Xavier de França Bertha Cruz Enders Mayara Lima Barbosa Juliana Raquel Silva Souza	Rev. Latino-Am. Enfermagem 20(1):[09 pantallas] ene.-feb. 2012	Incapacidad funcional y asociaciones con aspectos socio-demográficos en adultos con lesión medular	Alfa de Cronbach de 0,807	Estudio transversal, cuantitativo y de encuesta. Fue realizado en las Unidades Básicas de Salud de la Familia (UBSF) del área urbana de la Microrregión del Agreste de Borborema. La población fue compuesta por todas las 75 personas con LM residentes en la MAB, registrados en alguna de las 99 UBSF de la zona urbana existentes en las ciudades que componen la MAB. Para participar	La confiabilidad del cuestionario denominado Índice de Barthel, a pesar de ser un instrumento ya probado y validado, fue verificada por medio de la Prueba de Cronbach. Se verificó satisfactoria la confiabilidad con Alfa de Cronbach total = 0,807, Correlación total de ítems corregidos >0,3 y Alfa de Cronbach con ítem eliminado >0,7.

					del estudio fueron determinados como criterios de elegibilidad diagnosticada por experto, con paraplejía o tetraplejía, con función cognoscitiva que posibilitaba contestar a las preguntas, con residencia en la zona urbana de la MAB y que aceptaron participar de la investigación. Fueron utilizados dos instrumentos: el Cuestionario I, destinado a la investigación de las variables sociodemográficas y el Cuestionario II, denominado Índice de Barthel (IB). Esos instrumentos fueron llenados por el investigador mediante las respuestas de los participantes.	
5	IP Hsueh, JHLin, JS Jeng, CL Hsieh	Journal of Neurology, Neurosurgery & Psychiatry. Volumen 73 Numero 2. 2002	Comparación de las características psicométricas de la medida de independencia funcional, 5 ítem de Barthel y 10 ítem de Barthel en pacientes con accidente cerebrovascular	Alfa de Cronbach de $\geq 0.84$	La validez concurrente del BI-5 fue deficiente a aceptable al momento de la admisión ( $r_s = 0,74$ , $ICC \leq 0,55$ ) pero fue buena al alta ( $r_s \geq 0,92$ , $ICC \geq 0,74$ ). Se observa que la capacidad de respuesta del BI-5 fue tan alta como la del BI y la subescala motriz FIM.	La subescala motora BI y FIM mostró una distribución aceptable, alta consistencia interna (coeficiente $\alpha \geq 0.84$ ), alta validez concurrente (coeficiente de correlación de Spearman, $r_s \geq 0.92$ , coeficiente de correlación intraclase (ICC) $\geq 0.83$ ) y alta capacidad de respuesta Media de respuesta $\geq 1,2$ , $p < 0,001$ ). El BI-5 exhibió un notable efecto de piso en el ingreso, pero esto no se encontró en el momento del alta. El BI-5 mostró consistencia interna aceptable en el ingreso y la descarga (coeficiente $\alpha \geq 0,71$ ).

## Anexo 9: FICHA TÉCNICA DEL TEST DE BARTHEL

### 1. DESCRIPCIÓN.

CARACTERÍSTICAS	DESCRIPCIÓN
Nombre del cuestionario	Índice de Barthel
Dimensiones que mide	- Autocuidado - Movilidad
Total de ítems	10
Tipo de puntuación	Numérica: 0, 5, 10, 15 puntos
Valor total del cuestionario	Máximo: 100 puntos Mínimo: 0 puntos
Tipo de administración	Directa individual / sin apoyo
Tiempo de administración	5 – 10 minutos
Autor	Florence I. Mahoney Dorothea W. Barthel
Publicación	J. psychiat. Res., Vol 17 N 1 pp 37-39, 1983. Printed Great Britain
Fecha última de revisión y elaboración	México, 2008
Constructo evaluado	Funcionalidad
Área de aplicación	Salud
Soporte	Lápiz o lapicero y cuestionario impreso
Validación	Validez correlacional 0.88 – 0.98
Confiabilidad	Alfa de Cronbach 0.90 – 0.92

### 2. VALORACIÓN.

CUANTITATIVA	CUALITATIVA
0	Incapaz / necesita ayuda
5	Necesita alguna ayuda / independiente
10	Necesita ayuda / independiente
15	Independiente

### 3. CALIFICACIÓN POR DIMENSIONES.

DIMENSIÓN	ITEMS	TOTAL ITEMS	VALOR ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN
Autocuidado	1, 3, 5, 8, 9, 10	6	0, 5, 10	< 20 20 – 35	Dependencia total Dependencia Severa
Movilidad	2, 4, 6, 7	4	0, 5, 10, 15	40 – 55 60-95 100	Dependencia moderada Dependencia leve Independencia

### 4. CALIFICACIÓN GENERAL DE LA VARIABLE FUNCIONALIDAD.

VARIABLE	ITEMS	TOTAL ITEMS	VALOR ITEMS	ESCALA	VALORACIÓN
<b>Funcionalidad</b>	1 al 10	10	0 – 5 – 10 - 15	< 20 20 – 35 40 – 55 60-95 100	Dependencia total Dependencia Severa Dependencia moderada Dependencia leve Independencia

## Anexo 10: INDICE DE BARTHEL POR DIMENSIONES

Técnica: Observación y entrevista.

Este test es anónimo y será utilizado para desarrollar una investigación, es por ello que solicito su colaboración y total sinceridad en la resolución de las preguntas.

Sexo: M \_\_\_\_\_ F \_\_\_\_\_

Edad: 60 – 69 \_\_\_\_\_, 70-79 \_\_\_\_\_, 80-89 \_\_\_\_\_, 90 a más \_\_\_\_\_

N°	INDICADOR		VALOR
<b>Dimensión: Autocuidado</b>			
1	Comer	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de utilizar cualquier instrumento necesario, capaz de desmenuzar la comida, extender la mantequilla, usar condimentos, etc, por sí solo. Come en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> para comer la carne o el pan, pero es capaz de comer por el solo	5
		<b>DEPENDIENTE.</b> Necesita ser alimentado por otra persona	0
2	Lavarse – bañarse	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de lavarse entero, puede ser usando la ducha, la bañera o permaneciendo de pie y aplicando la esponja sobre todo el cuerpo. Incluye entrar y salir del baño. Puede realizarlo todo sin estar una persona presente	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Necesita alguna ayuda o supervisión	0
3	Vestirse	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de poner y quitarse la ropa, atarse los zapatos, abrocharse los botones y colocarse otros complementos que precisa (por ejemplo braguero, corsé, etc) sin ayuda)	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> Pero realiza solo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5
		<b>DEPENDIENTE</b>	0
4	Arreglarse	<b>INDEPENDIENTE</b> Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Incluye lavarse cara y manos, peinarse, maquillarse, afeitarse y lavarse los dientes. Los complementos necesarios para ello pueden ser provistos por otra persona	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Necesita alguna ayuda	0
5	Deposición	<b>CONTINENTE</b> Ningún episodio de incontinencia. Si necesita enema o supositorios es capaz de administrárselos por sí solo	10
		<b>ACCIDENTE OCASIONAL</b> Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios	5
		<b>INCONTINENTE</b> Incluye administración de enemas o supositorios por otro	0
6	Micción	<b>CONTINENTE</b> Ningún episodio de incontinencia (seco día y noche). Capaz de usar cualquier dispositivo. En paciente sondado, incluye poder cambiar la bolsa solo	10
		<b>ACCIDENTE OCASIONAL</b> Menos de una vez por semana o necesita ayuda para enemas o supositorios	5
		<b>INCONTINENTE</b> Incluye pacientes con sonda incapaces de manejarse	0

<b>Dimensión: Movilidad</b>			
7	Ir al retrete	<b>INDEPENDIENTE</b> Entra y sale solo. Capaz de quitarse y ponerse la ropa, limpiarse, prevenir el manchado de la ropa y tirar de la cadena. Capaz de sentarse y levantarse de la taza sin ayuda (puede utilizar barras para soportarse). Si usa bacinilla (orinal, botella, etc) es capaz de utilizarla y vaciarla completamente sin ayuda y sin manchar	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> Capaz de manejarse con pequeña ayuda en el equilibrio, quitarse y ponerse la ropa, pero puede limpiarse solo. Aún es capaz de utilizar el retrete	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Incapaz de manejarse sin asistencia mayor	0
8	Trasladarse sillón / cama	<b>INDEPENDIENTE.</b> Sin ayuda en todas las fases. Si utiliza silla de ruedas se aproxima a la cama, frena, desplaza el apoyo pies, cierra la silla, se coloca en posición de sentado en un lado de la cama, se mete y tumba, y puede volver a la silla sin ayuda	15
		<b>MÍNIMA AYUDA</b> Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física, tal como la ofrecida por una persona no muy fuerte o sin entrenamiento	10
		<b>GRAN AYUDA</b> Capaz de estar sentado sin ayuda, pero necesita mucha asistencia (persona fuerte o entrenada) para salir / entrar de la cama o desplazarse	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Necesita grúa o completo alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado	0
9	Deambulación	<b>INDEPENDIENTE</b> Puede caminar al menos 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión. La velocidad no es importante. Puede usar cualquier ayuda (bastones, muletas, etc...) excepto andador. Si utiliza prótesis es capaz de ponérselo y quitársela sólo	15
		<b>NECESITA AYUDA</b> supervisión o pequeña ayuda física (persona no muy fuerte) para andar 50 metros. Incluye instrumentos o ayudas para permanecer de pie (andador)	10
		<b>INDEPENDIENTE</b> en silla de ruedas En 50metros. Debe ser capaz de desplazarse, atravesar puertas y doblar esquinas solo	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Si utiliza silla de ruedas, precisa ser empujado por otro	0
10	Subir y bajar escaleras	<b>INDEPENDIENTE</b> Capaz de subir y bajar un piso sin ayuda ni supervisión. Puede utilizar el apoyo que precisa para andar (bastón, muletas, etc) y el pasamanos	10
		<b>NECESITA AYUDA</b> Supervisión física o verbal	5
		<b>DEPENDIENTE</b> Incapaz de salvar escalones. Necesita alzamiento (ascensor)	0
<b>Suma Total</b>			

#### Resultado Global

< 20	Dependencia total
20 – 35	Dependencia Severa
40 – 55	Dependencia moderada
60-95	Dependencia leve
100	Independencia

## **Anexo 11: CONSENTIMIENTO INFORMADO.**

**PROYECTO:** “GRADO DE DEPRESIÓN SEGÚN YESAVAGE Y NIVEL DE FUNCIONALIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2017”

### **RESPONSABLE DE LA INVESTIGACIÓN:**

#### **1 CORREA VANESA,**

Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación.

Teléfono: 986607222 , email: tecnologomedico@hotmail.com

#### **2 GALA CRISTINA**

Tecnólogo Médico en Terapia Física y Rehabilitación.

Teléfono: 993034900 , email: cristi242@gmail.com

Por favor, lee (a) el texto abajo. Si no puedes leer, la investigadora lo hará por ti paso a paso.

### **PROPÓSITO DEL ESTUDIO:**

Determinar el grado de depresión y la funcionalidad cotidiana en los adultos mayores del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017

### **PARTICIPACIÓN, PROCEDIMIENTOS Y RIESGOS**

1. Está garantizada toda la información que yo solicite, antes, durante y después del estudio.
2. Los resultados del procedimiento serán codificados usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.
3. Será realizada una entrevista a todos los participantes del estudio
4. Los resultados serán entregados a cada participante del estudio en forma individual por el responsable del estudio con las recomendaciones pertinentes.

### **COMPENSACIÓN:**

Tu participación en la investigación es voluntaria y no incurrirá en costos personales, y también no recibirás ningún tipo de beneficio económico, resarcimiento o indemnización por esta participación.

### **CONFIDENCIALIDAD DE LA INFORMACIÓN:**

Estoy consciente que los resultados obtenidos durante esta investigación serán divulgados en publicaciones científicas, de forma a preservar a confidencialidad de los datos.

### **PROBLEMAS O PREGUNTAS:**

En caso haya algún problema o pregunta, o algún daño relacionado con la investigación, podré contactar al investigador responsable, \_\_\_\_\_, Licenciadas de la especialidad de tecnología médica, responsables del proyecto.

### **CONSENTIMIENTO /PARTICIPACIÓN VOLUNTARIA:**

1. Tengo a libertad de desistir o interrumpir mi participación en este estudio en el momento en que deseo, sin necesidad de cualquier explicación, bastando informar oralmente o por escrito al investigador de mí recusa.

2. El abandono no causará ningún perjuicio.

Yo. .... identificado con DNI....., concuerdo de libre y espontánea voluntad autorizar la toma de datos pertinentes para la presente investigación de mi historia clínica.

***“Declaro que obtuve toda la información necesaria y fui esclarecido(a) de todas las dudas presentadas”.***

Fecha: \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

Si no puede firmar, ponga su huella digital en el espacio abajo:

Huella digital del participante
---------------------------------

### Matriz de consistencia

Problemas	Objetivos	Hipótesis de la investigación	Variables	Metodología	Población y muestra	Técnicas e instrumentos
<p><b>1. Problema General:</b></p> <p>¿Cuál es la relación entre el grado de depresión y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017?</p> <p><b>1.1 Problemas Específicos:</b></p> <p>1. ¿Cuál es el grado de depresión según Yesavage de acuerdo al grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017?</p> <p>2. ¿Cuál es el nivel de funcionalidad según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017?</p> <p>3. ¿Cuál será la relación entre la dimensión <b>Alteraciones en la motivación</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017?</p> <p>4. ¿Cuál es la relación entre la dimensión <b>Alteraciones cognitivas</b> y la funcionalidad</p>	<p><b>2. Objetivo General</b></p> <p>Determinar la relación entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017.</p> <p><b>2.1 Objetivos Específicos</b></p> <p>1. Determinar el grado de depresión según Yesavage de acuerdo al grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017.</p> <p>2. Conocer el nivel de funcionalidad según el grupo etario y género de los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017.</p> <p>3. Valorar la relación entre la dimensión alteraciones en la motivación y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima.</p> <p>4. Conocer la relación entre la dimensión alteraciones cognitivas y la funcionalidad del</p>	<p><b>3. Hipótesis General</b></p> <p><b>H1:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017.</p> <p><b>H0:</b> No existe relación estadísticamente significativa entre el grado de depresión según Yesavage y el nivel de funcionalidad en los adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017</p> <p><b>3.1.2 Hipótesis Específicas</b></p> <p><b>Hipótesis Específica1</b></p> <p><b>H1:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión <b>Alteraciones en la motivación</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017</p> <p><b>H0:</b> No Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión <b>Alteraciones en la motivación</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017</p>	<p><b>4. Variables</b></p> <p><b>4.1</b> Depresión</p> <p><b>4.2</b> Funcionalidad</p>	<p><b>1 .Enfoque:</b> Investigación cualicuantitativo.</p> <p><b>2. Tipo:</b> Prospectivo Transversal</p> <p><b>3. Nivel</b> Relacional</p> <p><b>4. Diseño</b> No experimental</p>	<p><b>Población:</b> 258 adultos mayores del servicio de atención domiciliar de un Hospital de Lima, 2017</p> <p><b>Muestra:</b> 153 adultos mayores</p> <p><b>Tipo de muestreo:</b> Muestreo probabilístico, aleatorio simple.</p>	<p><b><u>Técnicas:</u></b> Encuesta</p> <p><b><u>Instrumentos:</u></b> - Cuestionario de depresión geriátrica de Yesavage - Índice de Barthel</p>

<p>del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017?</p> <p>5. ¿Cuál es la relación entre la dimensión <b>Disminución de afecto</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017?</p>	<p>adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima.</p> <p>5. Conocer la relación entre la dimensión disminución de afecto y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima.</p>	<p><b>Hipótesis Específica 2</b></p> <p><b>H1:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre relación entre la dimensión <b>Alteraciones cognitivas</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017</p> <p><b>H0:</b> No Existe relación estadísticamente significativa entre relación entre la dimensión <b>Alteraciones cognitivas</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017</p> <p><b>Hipótesis Específica3</b></p> <p><b>H1:</b> Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión <b>Disminución de afecto</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017</p> <p><b>H0:</b> No Existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión <b>Disminución de afecto</b> y la funcionalidad del adulto mayor del servicio de atención domiciliaria de un Hospital de Lima, 2017</p>				
--	--	--	--	--	--	--