



**Universidad
Norbert Wiener**

UNIVERSIDAD PRIVADA NORBERT WIENER

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA ACADÉMICO PROFESIONAL DE TECNOLOGÍA
MÉDICA**

**PROGRAMA DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN FISIOTERAPIA EN
EL ADULTO MAYOR**

**“GRADO DE DEPRESIÓN Y FUNCIONALIDAD DEL ADULTO
MAYOR DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2017”**

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

Presentado por:

AUTORES: LIC. QUIROZ VERÁSTEGUI, PATRICIA MILAGROS
LIC. REQUENA HIDALGO, CARLA MARÍA

LIMA – PERÚ

2019

DEDICATORIA

Infinitamente a nuestros padres y docentes por la dedicación y perseverancia constante.

AGRADECIMIENTOS

A la Lic. Angie Rodríguez, lic. Rosita Rodríguez por compartir sus conocimientos y experiencias que fueron de suma importancia para poder realizar la especialidad del Adulto Mayor y logro profesional.

A todos aquellos que participaron de manera directa e indirecta en la elaboración de esta tesis.

JURADOS

Presidenta: Dra. Claudia Milagros Arispe Alburqueque

Secretario: Dra. Rosa Vicenta Rodríguez García

Vocal: Mg. Yolanda Reyes Jaramillo

RESUMEN

Objetivo: Identificar la relación que existe entre el grado de depresión, y funcionalidad del Adulto Mayor de un Hospital de Lima, 2017.

Métodos: Se realizó un estudio de tipo correlacional. El diseño se contextualizó como un estudio sin intervención, no experimental, de corte transversal, para lo cual se utilizaron como instrumentos de medición la escala de autoevaluación de Zung, índice de KATZ para la funcionalidad en 90 personas adultas mayores.

Resultados: Mediante la prueba de correlación Rho de Spearman, se encontró una correlación alta (0,79), siendo que está más cerca de $p < 0,01$ que a 0. Por otro lado, se establece una relación positiva, es decir, directa.

Al analizar la significación vemos que es 0.461 que es mayor a 0.05, lo que indica que la correlación que se ha establecido no es estadísticamente significativa.

Conclusiones: Se encontró correlación alta entre el grado de depresión y funcionalidad, por lo que a mayor depresión mayor el grado la funcionalidad.

Palabras clave: Adulto Mayor, Funcionalidad, Depresión.

SUMMARY

Objective: To identify the relationship that exists between the degree of depression, and the function of the Elderly of a Hospital in Lima, 2017.

Methods: A correlational type study was carried out. The design was contextualized as a non-intervention, non-experimental, cross-sectional study, for which it was used as instruments for measuring Zung's self-assessment scale, KATZ index for functionality in 90 older adults.

Results: by means of Spearman's Rho correlation test, a high correlation (0.79) was found, being that it is closer to $p < 0.01$ than to 0. On the other hand, a positive relationship is said, that is, direct

When analyzing the significance we see that it is 0.461 which is greater than 0.05, which indicates that the correlation that has been established is not statistically significant.

Conclusions: A high correlation has been found in the degree of depression and functionality, so that a greater depression increases the degree of functionality.

Keywords: Older Adult, Functionality, Depression

ÍNDICE

	Pág.
AGRADECIMIENTOS	iii
ÍNDICE	v
ÍNDICE DE TABLAS	3
ÍNDICE DE GRÁFICOS	5
RESUMEN	v
SUMMARY	vi
CAPITULO I: EL PROBLEMA	6
1.1. Planteamiento del Problema	6
1.2. Formulación del Problema	10
1.2.1. Problema Principal	10
1.2.2. Problemas Específicos.....	10
1.3. Justificación	10
1.4. Objetivos.....	12
1.4.1. Objetivo General	12
1.4.2. Objetivos Específicos	12
CAPITULO II: MARCO TEORICO.....	13
2.1. Antecedentes.....	13
2.1.2. Internacionales.....	13
2.1.2. Nacionales	19
2.2. Base Teórica.....	28
2.2.1. Teorías del Envejecimiento	28
2.3. Marco conceptual.....	33
2.3.1. Adulto mayor	33
2.3.2. Envejecimiento.....	33

2.3.3. Características del envejecimiento.....	33
2.3.4. Actividad de la vida (ABVD)	34
2.4. Terminología básica.....	35
2.4. Variables.....	36
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	37
3.1. Tipo y nivel de investigación	37
3.2. Población y muestra	39
3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos	41
3.4. Procesamiento y análisis de datos.....	49
3.5. Aspectos Éticos	50
CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....	52
4.1. Resultados.....	52
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	78
5.1. Conclusión	78
5.2. Recomendaciones	79
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	80
ANEXOS	86
ANEXO N°1. CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD EN ACTIVIDADES DIARIAS	87
ANEXO N° 2. INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOEVALUACION PARA LA DEPRESION DE ZUNG.....	89
ANEXO N° 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	91

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
Tabla 1. Distribución de frecuencias según edad de los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.....	52
Tabla 2. Distribución de frecuencias según género de los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.....	53
Tabla 3. Distribución de frecuencias según estado civil de los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.....	53
Tabla 4.. Evaluación de los datos obtenidos del grado de Depresión, utilizando métodos descriptivos.....	54
Tabla 5. Evaluación de los datos obtenidos del grado de Funcionalidad, utilizando métodos descriptivos.....	56
Tabla 6. Distribución de frecuencias según la depresión en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.....	58
Tabla 7. Distribución de frecuencias según la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017	59
Tabla 8. Distribución de frecuencias según la dimensión de baño de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017...	60
Tabla 9. Distribución de frecuencias según la dimensión de vestido de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017...	60
Tabla 10. Distribución de frecuencias según la dimensión de uso de W.C de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017...	61
Tabla 11. Distribución de frecuencias según la dimensión de movilidad de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017...	61
Tabla 12. Distribución de frecuencias según la dimensión de continencia de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017...	62

Tabla 13. Distribución de frecuencias según la dimensión de alimentación de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017...	62
Tabla 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov	63
Tabla 15. Correlación Depresión y Funcionalidad.....	64
Tabla 16. Correlación entre edad y depresión	66
Tabla 17. Asociación entre género y depresión	67
Tabla 18. Asociación entre estado civil y depresión.....	67
Tabla 19. Correlación entre edad y depresión	70
Tabla 20. Correlación entre género y funcionalidad	71
Tabla 21. Correlación entre estado civil y funcionalidad	72

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
Gráfico 1. Niveles de depresión	65
Gráfico 2. Niveles de depresión según edad	68
Gráfico 3. Niveles de depresión según género	69
Gráfico 4. Niveles de depresión según estado civil	69
Gráfico 5. Niveles de funcionalidad según edad	72
Gráfico 6. Niveles de funcionalidad según género	73
Gráfico 7. Niveles de funcionalidad según estado civil	74

CAPITULO I: EL PROBLEMA

1.1. Planteamiento del Problema

Las personas mayores están aumentando rápidamente en todo el mundo según se calcula entre 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicara pasando de 12 a 22% estos pueden sufrir problemas físicos y mentales que es preciso reconocer y más de un 20% de las personas que pasan de los 60 años de edad sufren algún trastorno mental o neural (sin contar los que se manifiestan por cefalea) y el 6,6% de la discapacidad en ese grupo etario se atribuye a trastornos mentales y del sistema nervioso, dichos trastornos representan en la población anciana un 17,4% de los años vividos con discapacidad. Por tal la demencia y la depresión son uno de los trastornos neuro psiquiátricos más comunes en ese grupo de edad inclusive el personal sanitario y los propios ancianos no logran reconocer los problemas de salud en su verdadera dimensión, y el estigma de las enfermedades mentales propicia que las personas sean aún más reacias a buscar ayuda. ⁽¹⁾

Existen varias entidades nacionales e internacionales que corroboran que los problemas de salud mentales más comunes pueden incluir en el aislamiento, desórdenes afectivos ,de ansiedad, depresión, entre otros, como resultado de desórdenes físicos o intervenciones quirúrgicas, muchos adultos mayores también pueden padecer problemas para dormir y desórdenes de comportamiento así como deterioro cognitivo o estados de confusión, es por ello que se sabe que en distintas

investigaciones se sugiere y observa que los adultos mayores se benefician de las conexiones sociales de apoyo y de las relaciones personales cercanas, los trabajadores de la salud, especialmente aquellos que están en la atención primaria, pueden jugar un papel central en promover la salud mental para adultos mayores, al trabajar con profesionales de la salud mental, gobiernos locales, organizaciones de la sociedad, familias y comunidades, para proveer un cuidado comprehensivo de salud mental y ambientes de respaldo, además deben ser alentados a participar activamente en sus comunidades y en toda la sociedad. ⁽²⁾

El MINSA notificó que, en abril del 2014 en la ciudad de Lima, existe alrededor de 15% de los adultos de más de 60 años en todo el mundo que sufren algún trastorno mental, incluida la demencia y la depresión, a nivel mundial es por ello que aproximadamente una cuarta parte de las muertes por suicidio corresponden a personas de este grupo de población. Se registraron en el 2014, 1665 atenciones del cual 606 fueron atendidos, de estos el 13.9% corresponde a problemas de violencia familiar, el 11.6% son trastornos depresivos. ⁽³⁾

Los diversos estudios afirman que el deterioro cognoscitivo se ha asociado al género femenino, la edad y el nivel de instrucción y con mayor frecuencia de deterioro en las mujeres, del grupo de 75 y más años y con menos de 8 años de estudios, el 17,7% de los adultos mayores que tenían menos de 8 años de instrucción y el 5,3% que tenían 8 o más años de estudios lo presentaban. En la sierra rural, se encontró que el 13,5% de los adultos mayores presentaban deterioro cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia; siendo el 14,3% de todos los adultos mayores con menos de 8 años de instrucción los que se encontraban con dicha condición, en Lima rural, el 13,4% de adultos mayores cursaban con deterioro

cognoscitivo y funcional sospechoso de demencia; mientras que el 14,9% de los que tenían menos de 8 años de estudios y el 2,9% de los de 8 o más años de estudios lo presentaban. Según la Revista Médica Herediana, notifico la proporción de pacientes con "síntomas depresivos" de 75% en adultos mayores, es mucho mayor que lo señalado en otros estudios que reportan de 16 a 34% (8), a pesar de no ser comparables los métodos utilizados. El 75% de los pacientes presentaba algún síntoma depresivo: 11 varones (24.4%) y 34 mujeres (75.6%). En lo que respecta a depresión mayor se encontró a 11 pacientes (18.3%): 1 varón (9.1%) y 10 mujeres (90.9%). La edad promedio de los pacientes con depresión mayor fue de 72.7 años y estos síntomas depresivos en orden de frecuencia fueron: Estado de ánimo depresivo, trastorno del sueño, astenia, pérdida importante del sueño. ⁽⁴⁾

Las personas adultas mayores no acaban su vida ni pierden su potencialidad cuando cumplen 60 años, existen cifras del Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), que demuestran que el 65% de la población adulta mayor puede trabajar y aportar a la economía del país, pero en la actualidad solo el 55% de esta población lo hace, en el país se realizó un estudio sobre la evaluación de la actividad funcional en el adulto mayor que arroja como resultado que el 68.53% son independientes y requieren ayuda, 24.47% y un 7% son dependientes, por lo tanto se determina que a mayor edad es mayor el deterioro de las ABVD, siendo la prevención de la discapacidad funcional a través de la evaluación de sus actividades básicas con las escalas que existen, es por ello que debemos poner más énfasis e interés en lograr que la sociedad, familia, personal sanitario, etc. logre identificar de manera oportuna el riesgo a la disfuncionalidad y prevenirla .

El estado funcional es el resultado de la interacción de elementos biológicos psicológicos y sociales, y constituye el reflejo más de la integridad del individuo durante el envejecimiento. Dentro de la evaluación integral en geriatría, cabe destacar el concepto de funcionalidad física, psíquica y la valoración integral. Durante la vida temprana se produce el crecimiento y desarrollo; en la vida adulta se mantienen, en general, todas las funciones, pero se producen algunas pérdidas y riesgos, a veces en forma inadvertida; y en la edad mayor cobra un peso importante la pérdida de independencia y el origen de la discapacidad. ⁽²⁾

“La OMS y OPS define a un adulto mayor funcionalmente sano, como aquél capaz de enfrentar este proceso de cambio, con un nivel adecuado de adaptación funcional y de satisfacción personal”. El concepto de adaptación funcional parece etéreo, pero existen elementos y parámetros para medirla. ⁽³⁾

Es por ello que es de suma importancia dar aportes sobre la relación acerca de la funcionalidad y depresión, que forman parte del proceso del envejecimiento. Es así que algunos autores refieren relación que el dolor se inhibe con engaños al SNC, como por ejemplo en el caso de actividades físicas, recreacionales podrían aumentar la tolerancia. Esto explica por qué determinadas acciones no farmacológicas pueden mejorar la tolerancia al dolor o la presencia de otros síntomas (náuseas, vómitos) aumenta la sensación de dolor o la ausencia de personas de apoyo o cuidadores puede aumentar la percepción o la falta de sueño, astenia o la depresión aumentan la percepción del dolor. ⁽⁵⁾

1.2. Formulación del Problema

1.2.1. Problema Principal

¿Cuál será la relación entre el grado de Depresión y Funcionalidad del Adulto Mayor de un Hospital de Lima, 2017?

1.2.2. Problemas Específicos

1. ¿Cuál será el grado de Depresión según su edad, genero, estado civil en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017?
2. ¿Cuál será el grado de Funcionalidad según edad, genero, estado civil en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017?

1.3. Justificación

En el Perú hay pocos estudios sobre las alteraciones mentales en el adulto mayor (en especial sobre la Depresión), aun cuando hay tasas epidemiológicas donde se demuestra su incremento.

Este estudio nos servirá para poder determinar la relación que existe entre la Depresión, funcionalidad y cómo estos pueden afectar en las actividades diarias del adulto mayor. Así como considerar dentro del tratamiento integral del adulto mayor su estado emocional y que reciba una atención integral que incluya dichos aspectos psicológicos, funcionales.

El resultado obtenido con la investigación nos ayudará a determinar la relación que existe entre depresión, funcionalidad en el adulto mayor, con lo que podremos llevar a cabo acciones o estrategias que solucionen la problemática del estancamiento o

demora en la mejoría de dicha funcionalidad debida al desorden mental, llevando a dificultades tanto económicas como institucionales en los centros de fisioterapia a nivel nacional.

El tema propuesto busca incluir dentro del tratamiento integral del adulto mayor un síndrome común en la etapa del adulto mayor como es la depresión, la disminución y/o perdida de la funcionalidad, a través del uso de técnicas y herramientas ya utilizadas internacionalmente que determinarán los objetivos y resolverán soluciones inmediatas para dichos problemas, con ello queremos conocer la relación que existe entre el grado de depresión, funcionalidad.

Queremos dar a conocer que, para detectar y /o prevenir una depresión no se requieren de instrumentos costosos sino del uso de cuestionarios de suma relevancia y que no se utilizan muy frecuentemente en la sociedad peruana.

Sabiendo que la depresión es un síndrome que genera muchas alteraciones emocionales y que se manifiesta en el aspecto físico ya que genera desanimo, desinterés en sus actividades habituales, el adulto mayor se siente triste y empieza a alejarse de la sociedad y de su entorno ya sea social o familiar, estos factores van a alterar directamente a la capacidad funcional de la persona volviéndola más sedentaria, dependiente y con mayor facilidad a las diversas complicaciones. Los adultos mayores constituyen una parte muy importante y determinante en nuestra sociedad, pero a la vez su recuperación o tratamiento en diversas afecciones es difícil de enfrentar o solucionar.

Queremos demostrar la relación de la depresión, con la funcionalidad, en el adulto mayor y estos como influyen no sólo desde el punto de vista funcional sino también mental y social ya que al ser una población frágil es una de las más propensas a

afectarse y con ello romper el eje del bienestar de nuestra comunidad y del sector sanitario.

Un adulto mayor sano física y mentalmente es fundamental para nuestra sociedad toda vez que disminuye la demanda de asistencia a los centros de salud, reduce la demanda de polifarmacia y disminuye las tasas de corbo morbilidad. Todos estos aspectos tienen una incidencia en la economía familiar y consecuentemente en nuestra sociedad, habida cuenta que ese ahorro se puede destinar a otros gastos familiares y/ o sociales.

De otro lado, mejora el bienestar de la familia toda vez que se conoce que las enfermedades mentales generan conflictos y desunión familiar además que al encontrarse los integrantes de la familia sanos la dinámica familiar es positiva.

1.4. Objetivos

1.4.1. Objetivo General

1. Identificar la relación que existe entre el grado de Depresión y Funcionalidad del Adulto Mayor de un Hospital de Lima, 2017.

1.4.2. Objetivos Específicos

1. Conocer el grado de Depresión del Adulto Mayor de un Hospital de Lima, según edad, genero, estado civil en el Periodo 2017.
2. Conocer el grado de Funcionalidad del Adulto Mayor de un Hospital de Lima según edad, genero, estado civil en el Periodo 2017.

CAPITULO II: MARCO TEORICO

2.1. Antecedentes

2.1.2. Internacionales

Depresión

Se realizó una revisión de los últimos años de Investigación, es por ello que se consideró los siguientes antecedentes.

Según los autores **Ghose B, O’Leary D, Sharmistha G, et at. (Asia del Sur - 2017)** en su investigación internacional sobre la “Inactividad Física y Depresión en una población Adulta Mayor” tiene como objetivo general examinar el patrón de actividad física en los pacientes adultos mayores y como se asocia este con una mayor prevalencia de depresión, la muestra incluyo 7,204 hombres y mujeres con edades superiores a 50 años de edad, procedentes de Bangladesh, India, Nepal y Sri Lanka, se obtuvo como conclusión que la baja frecuencia de actividad física vigorosa se asocia con mayores tasas de depresión. ⁽⁶⁾

Por otro lado, **Ferraz E, Carreira L, Silva S. (Brazil – 2014)**. En el estudio titulado “Síntomas Depresivos en Adultos Mayores: Comparación entre Habitantes de una Residencia Especifica de Adultos Mayores y en la Comunidad “. Tuvo como objetivo comparar los síntomas de depresión entre

los habitantes de la residencia específica de los adultos mayores comparados con los que viven en la comunidad. Este estudio es de tipo cuantitativo con una muestra de 210 Adultos Mayores de la Municipalidad de Maringa – PR. Los datos fueron recogidos entre noviembre - febrero 2012. El instrumento que utilizaron fue BOAS, y fueron sometidos a un análisis estadístico. Dentro de los Adultos Mayores en estudio, 23,3% evidenciaban Depresión determinando que hay mayor probabilidad en los Adultos Mayores en la Residencia. A pesar de la oferta de actividades que se les brinda dentro de las residencias, se evidencia que los adultos con depresión son justamente aquellos que por si solos no participan de las actividades. Así mismo es importante que los profesionales identifiquen precozmente a estos adultos mayores y desarrollen estrategias de fortalecimiento de vínculo, con el objetivo de impedir la evolución del cuadro clínico y contribuir para la promoción de la salud mental y calidad de vida de estos. ⁽⁷⁾

Según, **Lou M, Holm B, Rainea D, et al (Estados Unidos – 2014)**. En el estudio con título “Actividades Básicas y adaptación en la depresión tardía” cuyo objetivo es comprender las opciones de actividad de los adultos mayores cuando estaban deprimidos, para ello se utilizó el método en cada participante de la comunidad, se completó con una entrevista semiestructurada durante el estudio.

En un periodo de al menos 3 a 7 meses, los resultados fueron parámetros para poder identificar temas relevantes.

Entre los resultados surgieron seis temas que explicaron las actividades que los participantes continuaron mientras estaban deprimidos, los temas

describieron las actividades que tuvieron. Para ello se llegó a la conclusión que “los adultos mayores mantuvieron muchas actividades instrumentales de la vida diaria mientras estaban deprimidos, y algunas actividades activamente adaptadas para que puedan continuarlas. Algunas actividades detenidas intencionalmente para dirigir energía limitada a sus actividades de máxima prioridad. La intervención efectiva es importante para el trabajo profesional de la terapia para completar una evaluación cualitativa centrada en el paciente”.⁽⁸⁾

Así mismo, **Rodríguez B, Sotolongo A, et al. (Cuba - 2013)** en su estudio sobre el “Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico “Cristóbal Labra” – Cuba , tuvo como objetivo caracterizar la depresión en los adultos mayores y los tratamientos empleados, para el estudio se empleó a 112 ancianos referidos por los médicos de familia a la consulta de Psicogeriatría y Demencia del Policlínico “Cristóbal Labra”, durante el período de julio a diciembre de 2011, los resultados de la depresión se diagnosticó al 25 % de los ancianos remitidos a consulta; esta condición se incrementó con factores como la edad, el bajo nivel educacional y la presencia de enfermedades como osteoartritis y alteraciones sensoriales.⁽⁹⁾

Asimismo, **Agudelo A, Antes C, Torres de Galvis Y (Colombia – 2012)** cuyo estudio titulado “Factores Personales y Sociales asociados al trastorno de depresión mayor” 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. Dentro de los materiales y métodos, se 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. El procesamiento de la información se realizó mediante el programa SPSS versión 21.0 (Licencia Universidad CES). Se obtuvo como resultados, que la prevalencia para el trastorno de depresión mayor y 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. En el estudio se concluye, que los factores personales que se asocian al trastorno de depresión mayor son: ser mujer, tener una regular o mala percepción sobre su propia salud mental, no hacer ejercicio, presentar un grado medio de resiliencia; mientras que entre los factores sociales asociados se destacaron aspectos relacionados con la familia como no poder desahogarse y que ésta constantemente realice demandas a sus integrantes. ⁽¹⁰⁾

Para Aravena (**Chile – 20017**), en el estudio titulado “Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores”; se llegó a la conclusión que una de las repercusiones más importantes es la pérdida de la funcionalidad y reducción de la participación

en actividades de la vida diaria, asociándose a una dependencia progresiva, mayor riesgo de caídas y temor a caerse, restricción y reducción en la participación en actividades de interés, y peores resultados en procesos de rehabilitación. De esto se desprende la necesidad de entender los síntomas depresivos en conjunto con las repercusiones funcionales en el adulto mayor, comprendiendo que existe una relación recíproca entre la capacidad que tiene la persona mayor para realizar sus actividades diarias y la presencia de síntomas depresivos. ⁽¹¹⁾

Funcionalidad

Se busca en los siguientes antecedentes estudiar distintos autores a través de sus aportes teóricos en torno al tema

Según **Soberantes F, Gonzales A, Moreno Y, (Mexico- 2009)**, en el estudio de la “Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida” América Latina, España y Portugal tuvo como objetivo conocer la funcionalidad de los adultos mayores con cada escala de medición relacionada con actividades de la vida diaria y relacionarlas con la calidad de vida, se trabajó con 225 adultos mayores efectuado en la clínica de medicina familiar. Así mismo el muestreo se aplicaron cuestionarios de funcionalidad para: actividades básicas de la vida diaria (índice de Katz), actividades instrumentales de la vida diaria (Lawton – Brody) equilibrio y marcha (evaluación de tinetti), se llega a la conclusión que, para las tres escalas de funcionalidad, uno de cada tres pacientes tuvo algún grado de disminución en sus actividades, similar a lo reportado por otros autores. Se identificaron factores propios que sugieren:

a menor funcionalidad, mayor deterioro en la calidad de la vida y actividades básicas. ⁽¹²⁾

Para **Durand D, Orbegoz L, Uribe A, Urive J (Colombia-2008)**, realizo un estudio sobre la “Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores” tuvo como objetivo identificar la relación entre las variables, habilidades funcionales e integración social del adulto mayor y conocer si existen diferencias en función del sexo, la edad y el estado civil, tuvo como resultados diferencias significativas en la integración social en función del estado civil, siendo mayor en los adultos mayores solteros y viudos, en relación a la edad, se encuentran diferencias significativas en las habilidades funcionales, siendo mayor en los adultos entre los 60 y 65 años. No se encontraron diferencias significativas en función del sexo. Se llega a la conclusión que la autonomía y las habilidades funcionales del adulto mayor están estrechamente relacionadas con la frecuencia de las actividades físicas y de integración social, lo que favorece su calidad de vida y obstaculiza la aparición de cambios biopsicosociales significativos en esta etapa. ⁽¹³⁾

Asimismo, **Murillo A, Loo I. (Mexico-2007)**, cuyo estudio sobre “Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del Adulto Mayor”, tiene como objetivo poder evaluar la funcionalidad física y mental en una población de Adultos Mayores que realizan ejercicios y los que no realizan ejercicio. Así mismo emplearon en su metodología un estudio descriptivo con una muestra de 60 adultos mayores de la zona suburbana del estado de México, se agruparon dos grupos de 30 personas cada uno,

se efectuó evaluación por medio de una encuesta, y la aplicación de 6 instrumentos (escala de actividades y funcionalidad física y mental). Por lo tanto, en los resultados expuestos el total de los sujetos que realizan ejercicio, son funcionales para las actividades de la vida diaria ,100 % no presenta depresión. Entre las edades de 70 a 79 años, 70% sin deterioro mental y 30% presentaron un deterioro leve. De las personas que no realizaban ejercicio, se observó que 4% del grupo de edad entre 60 y 69 años, es dependiente en las actividades de arreglo personal y caminar en un espacio pequeño, el 83% con depresión, 50 % sin deterioro mental, 33% deterioro leve y 17% con deterioro grave. ⁽¹⁴⁾

2.1.2. Nacionales

Depresión

Según; **Jara Y. (Perú , 2018)** en el estudio sobre “ Depresión en Adultos Mayores de una Asociación de Viviendas en Chiclayo”, con una población conformada por 80 personas adultas mayores, de 60 años hacia adelante, de ambos sexos, los objetivos era determinar los niveles de depresión e identificar estos niveles según sexo y estado civil en adultos mayores de una asociación de vivienda de Chiclayo, de agosto a diciembre de 2016, para ello utilizaron como instrumento el Inventario de Depresión de Beck. Según los resultados encontrados se observa que el 20 % de los adultos mayores no presenta depresión; el 38.75 % de los evaluados presentó depresión leve; a su vez el 32.5 % obtuvo depresión moderada y 8.75 % registró depresión grave. En cuanto al sexo, se encontró que las mujeres presentaron un mayor grado de depresión, el 42.86 % de ellas presentó depresión leve y 14.29 %

depresión grave. Los varones solo las superaron en el nivel moderado con 34.62 %. Con respecto al estado civil, se halló que el mayor porcentaje correspondió a los adultos mayores solteros con 62.5 % en el nivel de depresión leve; por otra parte, el 45.83 % de las personas viudas se ubicaron en el nivel moderado; y finalmente con depresión grave, se encontró un 25 % en los convivientes. ⁽¹⁵⁾

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. ⁽¹⁶⁾

Por lo tanto, **Batista E, Farias de Souza A, Rassy S (Brasil- 2014)**, cuyo estudio titulado “Funcionalidad Global en los Adultos Mayores Hospitalizados”. El objetivo de este estudio fue identificar la funcionalidad global de los Adultos Mayores sometidos a la hospitalización, correlacionando el desempeño para las ABVDs y las AIVDs , con los principales sistemas funcionales (cognición, humor , movilidad y comunicación) , se utilizó como método de tipo observacional , transversal y analítico , con una muestra de 94 adultos mayores internados en una clínica . Los instrumentos utilizados fueron: Escala de KATZ, escala de LAWTON & BRODY, el mini examen de estado mental (MEEM), escala de depresión geriátrica 15 (GDS-15), el test TIME UP AND GO (TUG) y la evaluación funcional de las habilidades de comunicación de la asociación americana de fonoaudiología. (ASHA FACS). Dentro de los resultados fueron evaluados 94 adultos mayores en su mayoría presentaban algún grado de dependencia para las ABDV 61,71% y para las AIVD 52.13%. En los sistemas funcionales la autonomía se mostró preservada con desempeño medio de 18.14 puntos en el MEEN, y de 4,43 puntos en las GDS15 y la independencia alterada por un desempeño medio de 21.82 segundos en el TUG, clasificándolos con una movilidad regular y de 5.27 puntos en la ASHA FACS, considerándolo con la necesidad de ayuda moderada en esta función. Se evidencia moderada y significativa asociación entre el desempeño para las ABVD y AIVD con casi todos los sistemas funcionales. En conclusión, la población estudiada presento una funcionalidad global alterada, debido algún grado de dependencia para las ABVD y AIVD, con autonomía preservada e independencia perjudicada. Las correlaciones evidenciaron

que con descenso de los principales sistemas funcionales se observa un descenso en la funcionalidad global. ⁽¹⁷⁾

Odar G. (Perú - 2012) cuyo estudio titulado "Prevalencia de Trastornos Depresivos en Adultos Mayores que conforman el Centro Integral del Adulto". Chiclayo - Perú, el objetivo fue estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque, así como la relación respecto a edad, sexo, red social y frecuencia según nivel de gravedad. Se utilizó una muestra de 90 adultos mayores, la cual se obtuvo a partir del Empadronamientos, para ello se aplicó el Test de Yesavage (versión corta), con previa autorización mediante consentimiento informado, obtuvo como resultados obtenidos con respecto a la prevalencia de trastorno depresivo que el 28.9% padecen dicho trastorno (14.4% sexo masculino y 14.4% sexo femenino). Respecto a la prevalencia según edad, se obtuvo que dicho trastorno está presente en todas las edades (65 – 88 años), además se identificó que los adultos mayores con depresión establecida (3.3%) no tenían una red social consolidada, es decir vivían solos. Al concluir el estudio se llega a la conclusión de que la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor fue de 28.9%. ⁽¹⁸⁾

Funcionalidad

Por lo tanto **Varela L (Perú- 2015)**, realizó un estudio sobre el "Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad", en un distrito de Lima en el estudio tuvo como objetivo determinar el perfil clínico, funcional, para la muestra de 501 personas mayores de 60 años que viven en el distrito

de San Martín de Porres, utilizaron un cuestionario estructurado en el que se registraron variables clínicas, funcionales y sociofamiliares para ello se realizó una evaluación física para la evaluación de medidas basadas en la ejecución y se tomaron muestras séricas para estudio hematológico y bioquímico, se evaluaron un total de 501 adultos mayores, el promedio de la edad fue de 71,5 años (\pm 8,9 años), la enfermedad crónica más frecuente fue hipertensión arterial en 40,9%, seguido por las enfermedades reumatológicas con 36,9%; un 27,7% tuvo algún grado de dependencia parcial o total en las actividades de la vida diaria, 16,2% presentaron deterioro cognitivo, 8% vivían solos, 58,5% tuvieron riesgo o problema social. La autopercepción de la salud fue regular en el 61% y mala o muy mala en 16%, se llegó a la conclusión que los adultos mayores de la comunidad de San Martín de Porres en Lima presentan frecuentes problemas de dependencia funcional, riesgo o problema social, enfermedades crónicas y una alta frecuencia de síndromes y problemas geriátricos.

Así mismo se encontró que un 28% tuvo algún grado de dependencia funcional, y a su vez, fue más frecuente en los mayores de 80 años de forma significativa, habiéndose descrito que los factores asociados para desarrollar dependencia funcional son la edad y las condiciones de salud, económicas y sociales de la persona en la comunidad. ⁽¹⁹⁾

Según **Delgado T (Perú- 2014)**, realizó la investigación de la “Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, en el Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico “Ignacia Rodolfo vda. de Canevaro de Lima”, tuvo como objetivo principal

determinar la capacidad funcional del adulto mayor y la relación con sus características sociodemográficas, la población a estudiar son adultos mayores albergados, representados por 92 albergados correspondientes a los pabellones 1, 2 (mujeres) y 6, 7 (varones). Utilizaron como Instrumento, lista de chequeo, índice de Barthel, que es muy utilizado en la valoración funcional de este grupo de pacientes, dentro de los resultados se demostró que existe una relación inversa y medianamente significativa entre la capacidad funcional del adulto mayor y la edad, con una $r = -0.433^{**}$ y una $p = 0.013 \%$; se encontró mayor independencia en la etapa de envejecimiento gradual (60 a 70 años) con 85,7%. Por otro lado con una $r = -0.101$ y una $p = 0.677$, no se encontró relación entre la capacidad funcional y el sexo, para ello se llegó a la conclusión que existe una relación inversa y medianamente significativa entre capacidad funcional y edad, es decir que a mayor edad es menor el nivel de capacidad funcional del adulto mayor. Por otro lado, no se encontró relación entre capacidad funcional y sexo, es decir que la capacidad funcional es indiferente del sexo. ⁽²⁰⁾

También para **Zavala M, Posada S, Cantú R. et al (Peru-2010)** en su estudio sobre “Dependencia Funcional y Depresión en un grupo de ancianos de Villa hermosa” el objetivo fue medir la fuerza de asociación de la funcionalidad básica e instrumental para la vida diaria con la depresión en una muestra de adultos mayores de Villahermosa, dicho estudio utilizó como instrumento la escala de Katz, índice de Lawton y Brody, escala de Yesavaye, en sus conclusiones no se logró identificar la asociación entre dependencia y depresión, pero sí una correlación entre signos de dependencia y síntomas depresivos. Por ello se evidenció que la población

adulto mayor es más durante los últimos años y se necesita proveer que de no atenderse adecuadamente este cambio demográfico los actuales sistemas de salud colapsaran con pacientes con pluripatologías. ⁽²¹⁾

Así mismo, **Varela L, Chávez H, Gálvez M, et al. (Peru-2005)** con el estudio sobre la "Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional", tuvo como objetivo llegar a determinar las características de la funcionalidad del adulto mayor en las 2 semanas previas a su hospitalización en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos, se utilizó el método en base a la información del estudio "Valoración Geriátrica Integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional", que incluyó 400 pacientes de 60 años o más; se evaluó las características de la funcionalidad y se comparó los resultados de la funcionalidad con los principales síndromes y problemas geriátricos. Cuyo resultado se encontró autonomía funcional del 53%, el realizar actividades como bañarse y vestirse así como la relación entre funcionalidad y edad, situación socioeconómica, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión. Es por ello que se llega a la conclusión de que la frecuencia de dependencia funcional pre-hospitalización en la población adulta mayor es alta, también se encontró que a mayor edad hay mayor presencia de problemas sociales, caídas, incontinencia urinaria, mareos, desnutrición, déficit cognitivo y depresión se asocia a deterioro funcional. ⁽²²⁾

Antecedentes entre depresión y funcionalidad en adulto mayor

Según **Runzer Colmenares F, Guida C (Perú – 2017)**, en el estudio titulado “Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores” Tuvo como objetivo determinar la asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores del Centro Geriátrico Naval. Dentro del material y método que utilizó estudio retrospectivo, transversal y analítico de un análisis secundario de base de datos, con un tamaño muestral por conveniencia de 625 adultos mayores. En sus resultados se obtuvo un análisis de regresión lineal de predicción de dependencia funcional según índice de Barthel, se encontró que, por cada punto obtenido en el cuestionario de Yesavage, disminuye en $4,8 \pm 1.82$ puntos el índice de Barthel y, por 5 puntos, disminuye 29.99 ± 3.62 puntos. En relación con el Índice de Lawton, se encontraron resultados significativos respecto a la edad, sexo, grado militar, rendimiento físico, fuerza de prensión y depresión. En la conclusión se evidenció asociación entre depresión y dependencia funcional para actividades básicas e instrumentales de la vida diaria. Asimismo, que, a mayor riesgo de depresión, mayor probabilidad de presentar dependencia funcional según el índice de Barthel, independientemente de otras variables. ⁽²³⁾

Según **Bolaños M, Helo F (Costa Rica – 2015)** cuyo estudio titulado “Depresión en el adulto mayor costarricense y su relación con la auto percepción del estado de salud y desempeño funcional”, El objetivo del presente estudio es determinar la prevalencia de depresión en la población geriátrica costarricense, establecer factores asociados y su relación con la

capacidad funcional y la presencia de comorbilidades. La información utilizada fue obtenida del estudio CRELES (Costa Rica, Estudio de Longevidad y Envejecimiento Saludable) ejecutado por el Centro Centroamericano de Población (CCP) desde el año 2002, realizando una encuesta en una muestra nacional representativa de 8.000 adultos mayores. Posteriormente con una submuestra de 3.000 se aplicaron escalas y test geriátricos y se realizaron pruebas de desempeño. El presente estudio es de tipo transversal, descriptivo y analítico. Se determinó una prevalencia de 18.1% para la población en general con predominio del sexo femenino similar a los reportes de estudios internacionales. Los factores de riesgo identificados fueron bajo nivel socioeconómico y baja escolaridad. La espiritualidad evidenció ser un factor protector. No se determinó asociación entre la edad y la comorbilidad con la presencia de depresión. Existe una clara asociación entre depresión y deterioro funcional. Respecto a la autopercepción de su estado de salud fue valorada en cuatro preguntas y en todas ellas los adultos mayores deprimidos reportaron un estado más negativo. La importancia de poner en evidencia mediante estudios similares la relación que existe entre la depresión y la capacidad funcional de la población geriátrica permitirá aplicar medidas de prevención y tratamientos efectivos para un mejor pronóstico a mediano plazo. ⁽²⁴⁾

Así mismo, **Rodríguez M, Cruz F, Pérez N (España – 2014)** cuyo título es “Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas”, tuvo como objetivo evaluar el bienestar emocional de las personas mayores de 60 años en relación al grado de dependencia funcional. Como indicadores del bienestar se evalúan los niveles de

depresión (Yesavage) y ansiedad (STAI-R), la satisfacción vital (CSV) y la ansiedad ante la muerte (DAS). Este estudio es de tipo descriptivo transversal en un grupo de personas mayores de 60 años (n=103). Los datos se han recogido usando cuestionarios estandarizados. Para el análisis de los datos se han utilizado correlaciones bivariadas entre las principales medidas, análisis univariado (ANOVA) y la prueba de Bonferroni para comprobar las diferencias significativas entre los grupos ($p < .05$). Se encontró como resultados diferencias significativas entre los grupos de dependencia para la edad, deterioro cognitivo, depresión y ansiedad ante la muerte. En conclusión, se encuentra una relación directa entre el grado de dependencia funcional y el nivel de malestar emocional. ⁽²⁵⁾

2.2. Base Teórica

2.2.1. Teorías del Envejecimiento

Teoría del Desgaste

Establece que los seres vivientes envejecen porque sus sistemas vitales acumulan daños por el desgaste o estrés del transcurso de los años de vida, y erosionan las actividades bioquímicas normales que acontecen en células, tejidos y órganos. Puesto que el desgaste natural molecular, afecta directamente a las mitocondrias que son los organelos que aportan la energía para todas las actividades celulares, se llega a la conclusión que su nivel de producción de energía disminuye el funcionamiento celular también.

⁽²⁶⁾

Teoría de los radicales libres

Esta es una de las teorías más populares. Propone que en el envejecimiento sería el resultado de una inadecuada protección contra el daño producido en los tejidos por los radicales libres.

Sabemos que vivimos en una atmósfera oxigenada y por lo tanto oxidante, puesto que el oxígeno ambiental promueve el metabolismo celular, produciendo energía a través de la cadena respiratoria (enzimas mitocondriales), como la utilización y manejo del O₂ no es perfecta, se producen radicales libres, entre ellos el radical llamado superóxido.

“Los radicales libres son moléculas inestables y altamente reactivas con uno o más electrones no apareados que producen daño a su alrededor a través de reacciones oxidativas”. Se cree que este tipo de daño podría causar alteraciones en los cromosomas y en ciertas macromoléculas como colágeno, elastina, lípidos, etc. Existe una molécula llamada lipofuscina o “pigmento del envejecimiento” que corresponde a la acumulación de organelos oxidados. Se ha encontrado una buena correlación entre los niveles celulares de superóxido dismutasa (enzima de acción antioxidante) y la longevidad de diferentes primates.

Lo que sí es evidente es el importante papel que juega el daño producido por la liberación de radicales libres en ciertas patologías relacionadas con el envejecimiento, tales como las enfermedades cardiovasculares, cáncer, cataratas, enfermedad de Alzheimer y otras. Según la evidencia con la que contamos hasta el momento, si logramos disminuir estas enfermedades, entonces seríamos capaces de prevenir una muerte precoz por estas

patologías. Lo que no es claro, es si logramos disminuir el daño por radicales libres, lograremos aumentar la longevidad. ⁽²⁷⁾

Teorías Genéticas

Las teorías genéticas son de especial interés, pues relacionan al envejecimiento con la evolución. El enfoque genético confirma que el envejecimiento está relacionado por la expresión de los genes en su interacción con el entorno o medio ambiente, se basa en el hecho de que los animales procedentes de ciertos grupos familiares viven más que otro de hecho en el ser humano se ha utilizado como referencia para determinar la esperanza de vida probable de un individuo en comparación a la edad que fallecieron padres y abuelos, excluyendo muertes accidentales. Actualmente los teóricos genéticos creen que para comprender el envejecimiento hay que entender el código genético que determina nuestra longevidad.

Los científicos han descubierto que el elemento clave para reconstruir los telómeros desaparecidos en la denominada enzima “inmortalizadora” que es la telomerasa que se encuentra solamente en las células germinales embrionarias y en las células cancerosas y que tiene capacidad para alargar la longitud del telómero. Por otro lado, las teorías genéticas anteriores, propuestas por Orgel o por Strehler, también hacen hincapié en las alteraciones en la traducción o transcripción genética con la consiguiente síntesis de proteínas anómalas (teoría del error catastrófico y afectación del equilibrio celular, que llevaría a la apoptosis). ⁽²⁸⁾

Teorías De La Depresión

Teorías Biológicas

No existe mucha información acerca de las teorías que determinen la biología de la depresión y sus factores que lo determinen en su etiología, patogénesis. La mayoría de las teorías hipotetizan alteraciones en uno o más de los sistemas neuroquímicos del cerebro, la investigación se concentra fundamentalmente en el papel que juegan varios neurotransmisores del sistema nervioso central; en concreto, en las catecolaminas noradrenalina y dopamina, la indolamina serotonina y la plantean que la depresión, desde el punto de vista biológico, puede entenderse como una anormalidad en la regulación en uno o más de los siguientes sistemas neuro conductuales. ⁽²⁸⁾

Teorías De La Funcionalidad

Desde la psicología cognitiva existe una lectura particular de la actividad humana, donde al menos se pueden identificar tres enfoques diferentes para el estudio de la actividad.

De acuerdo con **Humphreys, Forde y Riddoch (Humphreys, Forde y Riddoch, 2001)**, han propuesto que las relaciones de múltiples actividades conllevan a múltiples pasos y dependen de distintos procesos cognitivos, por lo que son dos los elementos esenciales para la ejecución de actividades. En primer lugar, las representaciones almacenadas en la memoria, que son diferentes en función del grado de independencia o automaticidad para realizar las tareas, como esquemas detallados para una tarea rutinaria y como esquemas generales para tareas no rutinarias, a los que habría que

añadir el uso de estrategias y la solución de problemas para realizar una actividad de manera eficaz, en segundo lugar los procesos de recuperación de la información, considerando tanto la conducta motora como la secuencia temporal.

Aunque no existe un único modelo para determinar el enfoque de la acción humana, para Brenner, Ginsburg y Von Cranach refieren que se pueden identificar ciertos aspectos comunes a la mayor parte de los modelos de acción. En primer lugar, entienden que la acción está organizada tanto jerárquica como secuencialmente. Enfatizan la importancia del contexto, incluyendo el contexto inmediato de las acciones antecedentes en la secuencia, el contexto situacional y la base sociocultural. Los procesos de feedback y feedforward, así como otros rasgos de los sistemas abiertos, son también comunes a estos modelos, como lo es una interacción explícita entre las categorías cognitiva y conductual de acción. Además, todos los modelos consideran que la acción está dirigida a la consecución de metas.

En general, los diferentes marcos teóricos tienen en común, en primer lugar, que el ser humano es un ser activo, cuya actividad suele estar orientada hacia la consecución de un objetivo o meta, aspecto que a su vez conlleva la consideración de la intencionalidad, la elección, determinación, autonomía personal, la planificación de la acción, así como la resolución de los problemas previos, en el transcurso o terminación de la actividad. De este modo, la autonomía personal, la determinación y realización de una u otra actividad se contemplan no sólo como una necesidad, sino como una característica plenamente humana, y, en segundo lugar, entienden que toda

acción tiene lugar en un determinado entorno y contexto que van a suponer un estímulo, desafío, un elemento facilitador o limitador. ⁽³⁰⁾

2.3. Marco conceptual

2.3.1. Adulto mayor

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como el "Proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios en las características de las especies durante todo el ciclo de la vida; esos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación con el medio. Los ritmos a que estos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en distintos individuos no son iguales". ⁽³¹⁾

2.3.2. Envejecimiento

El envejecimiento humano constituye un proceso multidimensional de los seres humanos que se caracteriza por ser heterogéneo, intrínseco e irreversible; inicia con la concepción, se desarrolla durante el curso de vida y termina con la muerte. Es un proceso complejo de cambios biológicos y psicológicos de los individuos en interacción continua con la vida social, económica, cultural y ecológica de las comunidades durante el transcurso del tiempo. ⁽³¹⁾

2.3.3. Características del envejecimiento

Las características que puede desarrollar el adulto mayor es un proceso que pueda presentarse en diferentes características ya que se debe desarrolla antes de cualquier intervención fisioterapeuta:

- **Universal:** propio de todos los seres vivos.

- **Progresivo o deterioro:** Diferentes cambios que presenta el adulto mayor desde su nacimiento hasta la muerte que presenta o desarrollo en distintas etapas de su vida.
- **Irreversible:** Es una de la característica inevitable, pero puede disminuir sus respectivas consecuencias.
- **Heterogéneo o individual:** no es de un proceso uniforme, según las diferentes costumbres vividas de cada individuo del adulto mayor que presenta un proceso de desarrollo de su propio envejecimiento y la velocidad de una decadencia funcional va a varia en ellos ya que no todos son iguales.
- **Intrínseco:** no es desarrollo con los cambios de factores ambientales o modificables del adulto mayor. ⁽³²⁾

2.3.4. Actividad de la vida (ABVD)

Son tareas cotidianas que sirven para medir la calidad de vida y el estatus funcional de los Adultos Mayores. Están orientadas al cuidado del propio cuerpo como: vestido, alimentación, higiene, movilización, etc.

Carlos d'Hyver, las define como ABVD actividades básicas de la vida diaria: bañarse, vestirse, alimentarse, trasladarse, continencia y aseo. O actividades instrumentadas de la vida diaria (AIVD) como son compras, transporte, cocinar, utilizar el teléfono, tareas de limpieza doméstica, lavar ropa y actividades de avanzada, como son las de ocio, culturales, sociales, religiosas, deportes, trabajos, transporte La observación directa de la funcionalidad es la técnica más exacta para la evaluación funcional, pero impráctica por los modelos de atención médica, por lo que el autoinforme de

las ABVD, AIVD se debe corroborar si es posible por un informante, acompañante o cuidador. ⁽³³⁾

2.4. Terminología básica

Depresión

Según la OMS, la depresión es un trastorno mental frecuente, que se caracteriza por la presencia de tristeza, pérdida de interés o placer, sentimiento de culpa o falta de autoestima, trastorno del sueño o del apetito, sensación de cansancio y falta de concentración.

La depresión puede llegar a hacerse crónica o recurrente y dificultar sensiblemente el desempeño en el trabajo o la escuela y la capacidad para afrontar la vida diaria. En su forma más grave puede conducir al suicidio. Si es leve, se puede tratar sin necesidad de medicamentos, pero cuando tiene carácter moderado o grave se pueden necesitar medicamentos o psicoterapia profesional. ⁽³⁴⁾

Depresión en el adulto mayor:

Según Calderón, el adulto mayor tiene características especiales pues las personas mayores de 65 años tienen factores propios como las enfermedades que padecen, el entorno en que viven, situación social e incluso algunos factores demográficos como trabajo, estado civil, entre otros. La soledad predispone a depresión en mujeres y hombres. ⁽³³⁾

Funcionalidad: La funcionalidad es la capacidad del sujeto para realizar las actividades de la vida diaria (AVD). Esta capacidad declina gradualmente y difiere de individuo a individuo, siendo más notoria en mayores de 65 años. El compromiso

de la funcionalidad en mayores de 65 años puede presentarse en aproximadamente el 5% de los casos; y en mayores de 80 años llega hasta el 50%.

La alteración de la funcionalidad puede ser considerada como un marcador del efecto de una enfermedad sistémica en el paciente, su reconocimiento permite establecer un diagnóstico, una intervención y un plan integral de cuidados. ⁽³⁵⁾

2.4. Variables

Dependiente: Grado de Depresión según Escala de Zung en el Adulto Mayor.

Independiente: Grado de Funcionalidad en las Actividades de Vida Diaria con Katz en el Adulto Mayor

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

3.1. Tipo y nivel de investigación

Según el tiempo de ocurrencia: Nuestro estudio es de tipo Prospectivo, ya que se tomaron los datos de una fecha específica en adelante durante el mes de Julio 2017. ⁽³⁶⁾

Según estadístico y demográfico: Nuestro estudio es de tipo Observacional, ya que no se intervino en el curso natural de los hechos (variables), ni en los resultados obtenidos. ⁽³⁶⁾

Según Análisis y Alcance de los resultados: Nuestro estudio es de tipo Descriptivo ya que creemos que será la base y determinación de otros estudios y poder ver cómo es la situación de las variables del estudio y poder dar respuesta a las interrogantes que se pudieran presentar.

Según el tipo de estudio, el nuestro de Correlacional ya que queremos medir dos variables y establecer una relación estadística entre las mismas (Depresión – Funcionalidad). ⁽³⁶⁾

Según el periodo y secuencia del estudio: Nuestro estudio de tipo transversal ya que estudiamos las variables simultáneamente en determinado momento haciendo un corte en el tiempo. ⁽³⁶⁾

Enfoque

El enfoque utilizado entre las variables es el cuantitativo, debido a que se probará si la hipótesis es alterna o nula según el problema de investigación cual es la relación entre grado de depresión y funcionalidad en el adulto mayor. El método que se empleará en la presente investigación será cuantitativo, ya que se manejarán datos numéricos estadísticos para determinar una buena conclusión.

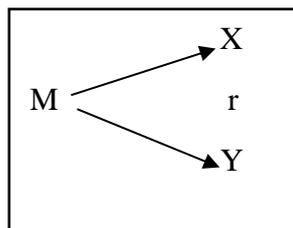
Diseño de estudio

La investigación según el propósito de estudio es no experimental resulta imposible manipular las variables o asignar aleatoriamente a los sujetos o a las condiciones. De hecho, los sujetos son observados en su ambiente natural, en su realidad hospitalario.

Tipo de estudio

Es un estudio aplicada; porque no genera nuevos conocimientos.

Donde:



M = Muestra

X = Variable 1.

Y = Variable 2.

r = Correlación entre dichas variables.

Según el número de mediciones es una investigación transversal, porque la investigación realizada será estudiada en un momento dado o momento único.

3.2. Población y muestra

Población

La población que se pretende investigar en el presente estudio está constituida por 413 pacientes adultos mayores de un Hospital de Lima en el año 2017, Perú, de ambos géneros, siendo su edad entre 60 años a más.

Por consiguiente, se conforma una población de tipo finita, ya que se posee conocimiento de la cantidad exacta de la población y de las mediciones que se van a tomar en cuenta para determinar si existe relación entre el grado de depresión y funcionalidad.

Muestra

La población de estudio está constituida por 94 personas adultos mayores, de acuerdo a los criterios de la formula finita y siguiendo los criterios de inclusión y exclusión.

CÁLCULO DEL TAMAÑO DE MUESTRA PARA UNA MEDIA POBLACIÓN FINITA

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * S^2}{d^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * S^2}$$

$$n_c = \frac{n}{1 - p_c}$$

DATOS	
Población N =	413
Desviación estándar = S =	15.81
Precisión d =	3.00
Nivel de confianza α =	0.95
Proporción de pérdidas =	0.10

VALORES CALCULADOS	
Zα =	1.96
Z unilateral =	1.64
Efecto tamaño =ET=	0.19

TAMAÑO MUESTRAL MÍNIMO:	Test Bilateral	Test unilateral
Tamaño de muestra n=	85	64
Tamaño de muestra corregida nc =	94	71

N = Población
 Z = Valor de Z para la seguridad o nivel de confianza. Generalmente 0,05 (95%) . Nivel de Confianza. Valores Z.
 S = Desviación estándar. A partir de la bibliografía o prueba piloto.
 d = Precisión depende del Investigador. Costo y tiempo

Criterios de inclusión

1. Pacientes Adultos Mayores que asisten al servicio de Afecciones Musculo Esqueléticas – Adulto Mayor.
2. Pacientes Adultos Mayores hemo dinámicamente estables.
3. Paciente Adultos Mayores con nivel cognitivo conservado.
4. Pacientes Adultos Mayores que deseen participar voluntariamente en el estudio y firmen el consentimiento informado.

Criterios de exclusión

1. Pacientes Adultos Mayores con deterioro cognitivo moderado – severo.

2. Pacientes Adultos Mayores que no deseen participar en la evaluación y/o no firmen el consentimiento informado.

3.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica de estudio fue la entrevista a través de cuestionarios, utilizando un formulario estructurado, estandarizado internacionalmente para determinar el tema de investigación y por ser el más adecuado para cumplir con los objetivos y obtener la información necesaria. ⁽³⁵⁾

Variable	Técnica	Instrumentos
Depresión	Encuesta	Cuestionario
Funcionalidad	Encuesta	Cuestionario

Fuente: Estandarizado Internacionalmente (índice de Katz – Índice de Zung)

Ficha Técnica Instrumento N°1

Escala de Zung

La escala autoaplicada de Zung (Self – Rating Depression SDS), desarrollada por Zung en 1965, es una escala de cuantificación de síntomas de base empírica y derivada en cierto modo de la escala de depresión de Hamilton, ya que al igual que ella da mayor peso al componente somático – conductual del trastorno depresivo.

Es una encuesta corta, formada por 20 frases o ítems relacionadas con la depresión, formuladas las primeras en términos positivos y la otra mitad negativos. Tienen gran peso los síntomas somáticos y los cognitivos, con 8 ítems para cada grupo, completándose la escala con dos ítems referentes al estado de ánimo y otros dos a síntomas psicomotores.

Cada pregunta se evalúa en una escala de 1 – 4 (poco tiempo, algo de tiempo, una buena parte del tiempo, la mayor parte del tiempo)

El rango de calificación es de 20 – 80

- 25 – 49 rango normal
- 50 – 59 ligeramente deprimido
- 60 – 69 moderadamente deprimido
- 70 a más, severamente deprimido

Descripción

NOMBRE INSTRUMENTO	Escala de Autoevaluación de la Depresión
AUTOR	Dr. W. Zung
N ° DIMENSIONES	4 dimensiones: afectivos, somáticos, psicomotores, psicológicos
ITEMS	Presenta 20 ítems, miden 4 características más comunes de la depresión: efecto dominante; equivalentes fisiológicos; perturbaciones; actividades psicomotoras
ESCALA DE VALORES	+70 depresión crónica; 60-69 depresión severa; 50-59 depresión moderada; 40-49 depresión leve; -40 ausencia de depresión
TIEMPO DE APLICACION	20 minutos
ESCALA DE CROMBACH	0.852
VALIDEZ	45.5825
FINALIDAD	Medir las posibles depresiones ocultas en cualquier clase de pacientes
MATERIAL	Cuestionario de Auto medición de la depresión (EAMD)

Resultados Alfa de Cronbach de Instrumento N°1
Índice de autoevaluación de Depresión Zung

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,868	20

Estadística de los Elementos

	Cronbach si se elimina el elemento
me siento triste y decaido	,878
por las mañanas mejor me siento	,863
siento ganas de llorar	,853
tengo problemas para dormir	,855
como la misma cantidad	,855
todavia disfruto el sexo	,868
he notado que estoy perdiendo peso	,858
tengo problema de estreñimiento	,863
mi corazon late mas rapido	,861
me canso sin razon alguna	,868
mi mente esta tan clara como siempre	,856
me es facil hacer lo que siempre hacia	,874
me siento agitado	,863
siento esperanza en el futuro	,857
estoy mas irritable de lo normal	,851
me es facil tomar decisiones	,861
siento que soy util	,862
mi vida es bastante plena	,869
siento que los demas estarian mejor sin mi	,867
todavia disfruto de las cosas	,864

Validez según los 5 autores

Autor	Nombre de Instrumento	Publicación	Alfa de Cronbach	Validez	Método de confiabilidad	Método de validez
Desarrollada por Zung	Escala de autoevaluación de la depresión (EAD)	1965	Índice a de Cronbach entre 0,79 y 0,92	Índices de 0,70-0,80 en la fiabilidad dos mitades	Alfa de Cronbach	Los índices de fiabilidad son buenos, así como los índices de fiabilidad también son buenos comparados con otras escalas
Jesús Sanz y Carmelo Vázquez	Escala Auto aplicada de la Depresión de Zung (Zung Self-Rating Depression Scale; Zung)	“Fiabilidad, Validez y Datos Normativos Del Inventario Para La Depresión de Beck” Psicothema, 1998. Vol. 10, Nº 2, Pp. 303-318.	Oscilan entre 0,68 y 0,89 en el alfa de Cronbach.	Valora la validez convergente.	Alfa de Cronbach	Presenta unos índices bastante elevados de fiabilidad y validez (Zung, 1986; Vázquez, 1995)
Campo-Arias A., Díaz-Martínez L., Rueda Jaimes G., Barros-Bermúdez.	La escala de Zung para depresión (EZ-D)	Validación de la escala de zung en universitarios de Bucaramanga, Colombia. 2014	La prueba de alfa de Cronbach fue 0,85	Ha sido validada en otras poblaciones y ha mostrado una sensibilidad que oscila entre el 92% y 95%, y una especificidad entre 74% y 87,5%	Alfa de Cronbach	Su consistencia interna se ha informado entre 0,58 y 0,84

Blanca M. Rivera I, Andrés E. Corrales R, Óscar Cáceres R.B, Julio A. Pina L.	Validación de la Escala de Depresión de Zung en Personas con VIH	Terapia Psicológica 2007, Vol. 25, N° 2, 135-140	Se obtuvo un Cronbach global de 0.887	Posee óptimas propiedades psicométricas de validez de constructo y confiabilidad	Alfa de Cronbach	Posee una buena validez de constructo y confiabilidad
Mercado Maya Aida, Oudhof Van Barneveld,Hans Robles Estrada.	Escala de autoevaluación para la depresión de Zung	Psicología iberoamericana. Vol 22, num 2, julio 2014	Alfa de Cronbach total de 0.852	Mercado trabajo la confiabilidad y validez , con el análisis factorial exploratorio (varimax)	Alfa de Cronbach	La varianza explicada fue 45.582%

Ficha Técnica Instrumento N°2

Escala de Katz

Es un instrumento creado en 1958 por el dr. S. Katz y formados por enfermeras médicos, trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, y fisioterapeutas.

Utilizado para valorar la independencia de una persona en cuanto a la realización de las actividades básica de la vida diaria: lavado, vestido, uso de retrete, movilización, continencia, alimentación.

Consta de 6 ítems que evalúan la capacidad para realizar cada una de las tareas, se valora con 0 mientras que la incapacidad con 1.

- A independientes en todas las funciones
- B independiente en todas salvo en una de ellas
- C independiente en todas salvo lavado y otra mas
- D independiente salvo lavado, vestido y otra mas
- E independiente salvo lavado, vestido, uso de retrete y otra mas
- F independiente en todas salvo lavado, vestido, uso de retrete, movilización y otra mas
- G dependiente en las seis funciones

Validez y reproducibilidad

Es un índice con buena consistencia interna y validez. Su concordancia con otros test de AVDs Básica es Alta. Además, es un buen predictor de mortalidad a corto y largo plazo, predice de forma correcta la necesidad de institucionalización y el tiempo de estancia en pacientes hospitalizados, así como la eficacia de los tratamientos. ⁽³⁶⁾

Por último, es un predictor eficaz de expectativa de vida activa (a mayor puntuación menor expectativa de vida activa). Sin embargo, es poco sensible ante cambios pequeños de la capacidad funcional.

Algunos autores han utilizado el índice de Katz para validar sus propias escalas.

El índice de Katz está validado en varios idiomas, países, entornos culturales y niveles socioeconómicos.

Buena reproducibilidad tanto intra observador (con coeficiente de correlación entre 0.73 y 0.98) como inter observador con una concordancia próxima al 80% siendo mayor en los pacientes menos deteriorados.

Descripción

NOMBRE INSTRUMENTO	Escala de valoración de las Actividades de la vida diaria
AUTOR	Dr. S. Katz
N ° DIMENSIONES	6 dimensiones: baño; vestido; higiene personal; movilidad; continencia; alimentación
ITEMS	Presenta 2 ítems, que miden las características de la independencia y dependencia.
ESCALA DE VALORES	A -B / 0 -1: ausencia de incapacidad o incapacidad leve C-D / 2 -3: incapacidad moderada E-G / 4-6: incapacidad severa
TIEMPO DE APLICACION	20 minutos
ESCALA DE CROMBACH VALIDEZ	Coefficiente de correlación entre 0.73 – 0.98 Buena validez intraobservador 0.73 – 0.98 Predice la necesidad de rehabilitación, nivel de funcionalidad.
FINALIDAD MATERIAL	Cuestionario de actividades de la vida diaria (ABVD)

Resultados de Alfa de Cronbach Instrumento N° 2

Índice de Katz

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	N de elementos
,813	6

	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Baño	,769
Vestido	,752
Uso del WC	,752
Movilidad	,798
Continencia	,887
Alimentacion	,752

3.4. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento y análisis de datos se realizará mediante la estadística descriptiva, utilizando el Software Estadístico IBM SPSS Statistics Versión 21.

Se empleó estadística descriptiva para la distribución de la población estudiada, se aplicaron medidas de tendencia central y de dispersión en ambas variables. Además, se elaboró la distribución de frecuencias.

Se aplicaron estadísticas inferenciales, como la prueba de normalidad de Kolmogorov-Smirnov, en ese sentido, en la presente investigación se quiere determinar la relación entre el grado de depresión y el grado de funcionalidad del adulto mayor y si los datos de la población son normales o no; asimismo; se requiere determinar el nivel de significancia para proceder con la aceptación o el rechazo de la hipótesis nula, concluyendo si la población es normal o no.

Para la contratación de hipótesis, El nivel de significancia que se aplicará será al 95% = 0.05

Se procedió con la elaboración de tablas de frecuencias absolutas, porcentajes y gráficos del grado de depresión y grado de funcionalidad para la presentación resumida de los datos.

3.5. Aspectos Éticos

Utilizamos el consentimiento informado siguiendo los parámetros y consideración según el protocolo de Helsinki, donde se cuida el respeto por el individuo , su derecho a la autodeterminación y a tomar decisiones informativas, se realizó previo a iniciar la toma de datos que incluyen (edad, sexo, estado civil ,nivel de educación), se le explica a los entrevistados antes de iniciar el cuestionario de manera cordial y clara del contenido y objetivo del proyecto con el fin de cuidar y guardar los derechos de las personas que forman parte.

Se utilizaron los principios bioéticos en nuestro estudio:

No maleficencia: No se realizó ningún procedimiento que pueda hacerles daño a los pacientes participantes de este estudio y se salvaguardo su identidad (anónimo).

Autonomía: Solo se incluyó a los pacientes que acepten voluntariamente brindar sus datos personales.

Confidencialidad: Los datos y los resultados obtenidos serán estrictamente confidenciales.

Asimismo, la Asociación Médica Mundial (2013) en la declaración de Helsinki, connota que la investigación servirá para promover y asegurar el respeto a todos los seres humanos y para proteger su salud y sus derechos individuales.

Aunque el objetivo principal de la investigación será generar nuevos conocimientos y tratamientos inmediatos, este objetivo nunca debe tener predominio sobre los derechos y los intereses de la persona que participa en la investigación. Anexo 3

CAPÍTULO IV: RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1. Resultados

Estadística descriptiva: Características de la muestra

Tabla 1. Distribución de frecuencias según edad de los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	60 - 70	18	20.0	20.0
	71- 79	27	30.0	50.0
	80 - 89	24	26.7	76.7
	90 a mas	21	23.3	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En tabla se observa que la población de Adultos Mayores que presenta mayor porcentaje es entre las edades 71 a 79 años con un 30%, seguido de las edades entre 80 a 89 años con un 26,7%, de 90 años a más con un 23.3%, y por último las edades 60 a 70 años con un 20%.

Tabla 2. Distribución de frecuencias según género de los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	femenino	61	67.8	67.8
	Masculino	29	32.2	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de género apreciamos que hay mayor porcentaje en los adultos mayores femeninos (67.8) comparado a los adultos mayores masculinos (32.2%).

Tabla 3. Distribución de frecuencias según estado civil de los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Soltera/o	17	18.9	18.9
	Casada/o	47	52.2	71.1
	viuda/o	26	28.9	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de Estado Civil se aprecia que hay un mayor porcentaje de adultos mayores casados (52.2%), seguido de los adultos mayores viudos (28.9%), y por último los adultos mayores solteros (18.9%).

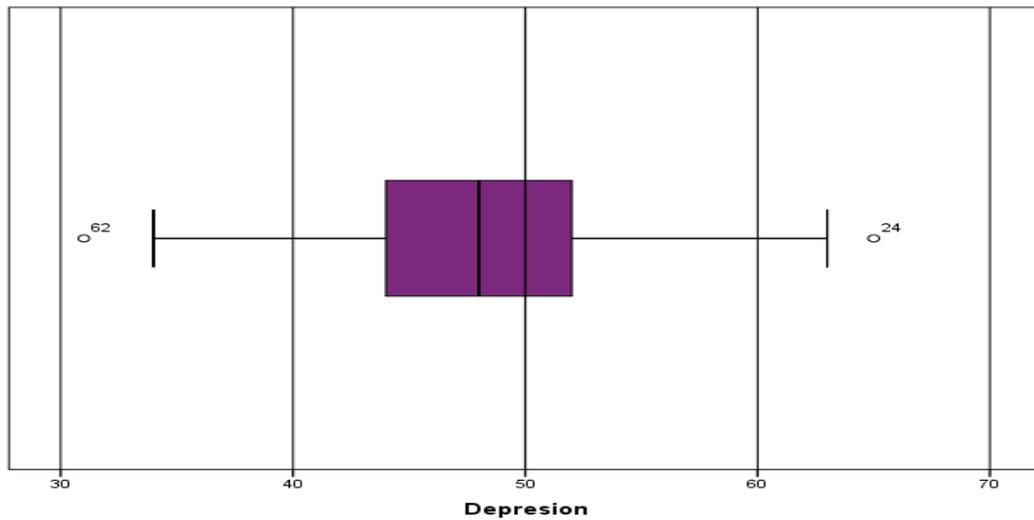
Tabla 4.. Evaluación de los datos obtenidos del grado de Depresión, utilizando métodos descriptivos

		Depresión
N	Válido	90
	Media	47.94
	Mediana	48.00
	Desviación estándar	6.392
	Varianza	40.862
	Asimetría	-.001
	Error estándar de asimetría	.254
	Curtosis	.422
	Error estándar de curtosis	.503
	Rango	34
	Mínimo	31
	Máximo	65
	Percentiles	
	25	44.00
	50	48.00
	75	52.00

Fuente: Elaboración propia

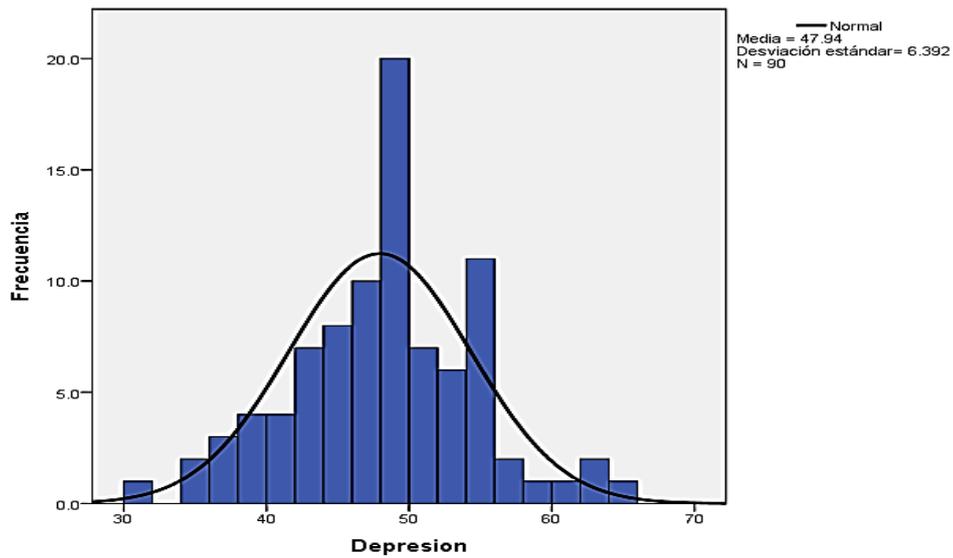
- La población fue de 90 pacientes que tienen una puntuación media de Depresión de 47.94 ± 6.4 puntos (Limites 31 - 65)
- El 25% de los pacientes tiene una puntuación menor o igual a 44
- El 50% de la población tiene una puntuación mayor o igual 48
- El 25% de la población tiene una puntuación mayor o igual a 52
- Al presentar Asimetría menor que 0(-0,001) presenta una distribución asimétrica negativa o a la izquierda

- Al tener una Curtosis mayor a 0(0,422) presenta una distribución leptocúrtica.



Fuente: Elaboración propia

- La parte izquierda de la caja es igual que la de la derecha; ello quiere decir que las puntuaciones comprendidas entre el 25% y el 50% de la población está igual de dispersas que entre el 50% y el 75%.
- El bigote de la izquierda ($X_{mím}$, Q_1) es igual que el de la derecha; por ello el 25% de las puntuaciones mínimas están igual de dispersas que el 25% de las puntuaciones mayores.
- Presenta un valor atípico en el sujeto 62 y 24 que distan de la concentración de los datos.



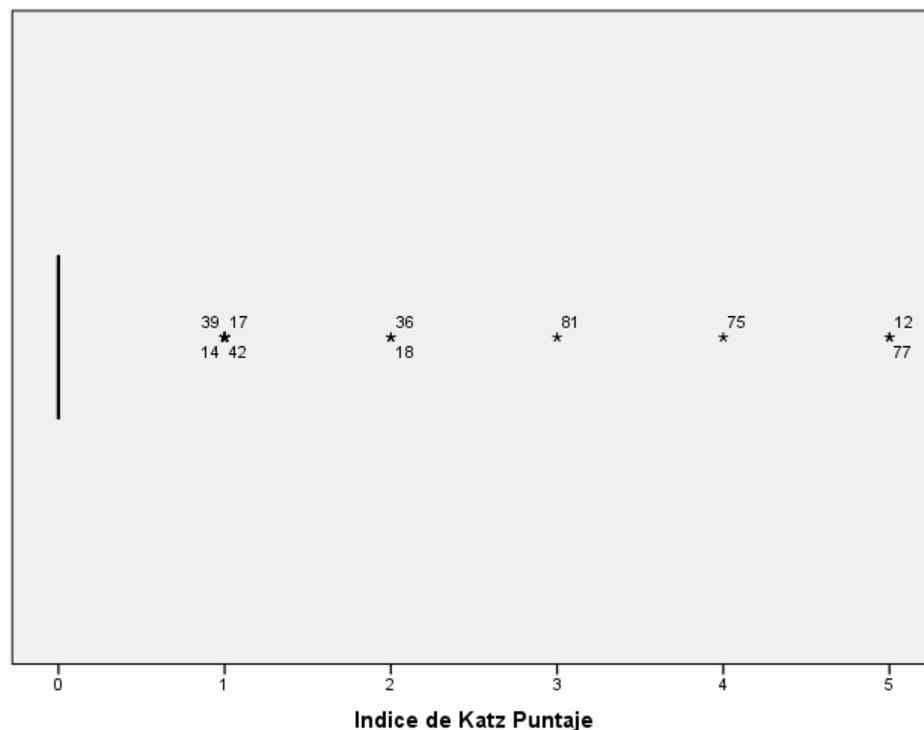
Fuente: Elaboración propia

Tabla 5. Evaluación de los datos obtenidos del grado de Funcionalidad, utilizando métodos descriptivos

		Índice de Katz
N	Válido	90
	Media	.38
	Mediana	.00
	Desviación estándar	.967
	Varianza	.934
	Asimetría	3.447
	Error estándar de asimetría	.254
	Curtosis	12.724
	Error estándar de curtosis	.503
	Rango	5
	Mínimo	0
	Máximo	5
Percentiles	25	.00
	50	.00
	75	.00

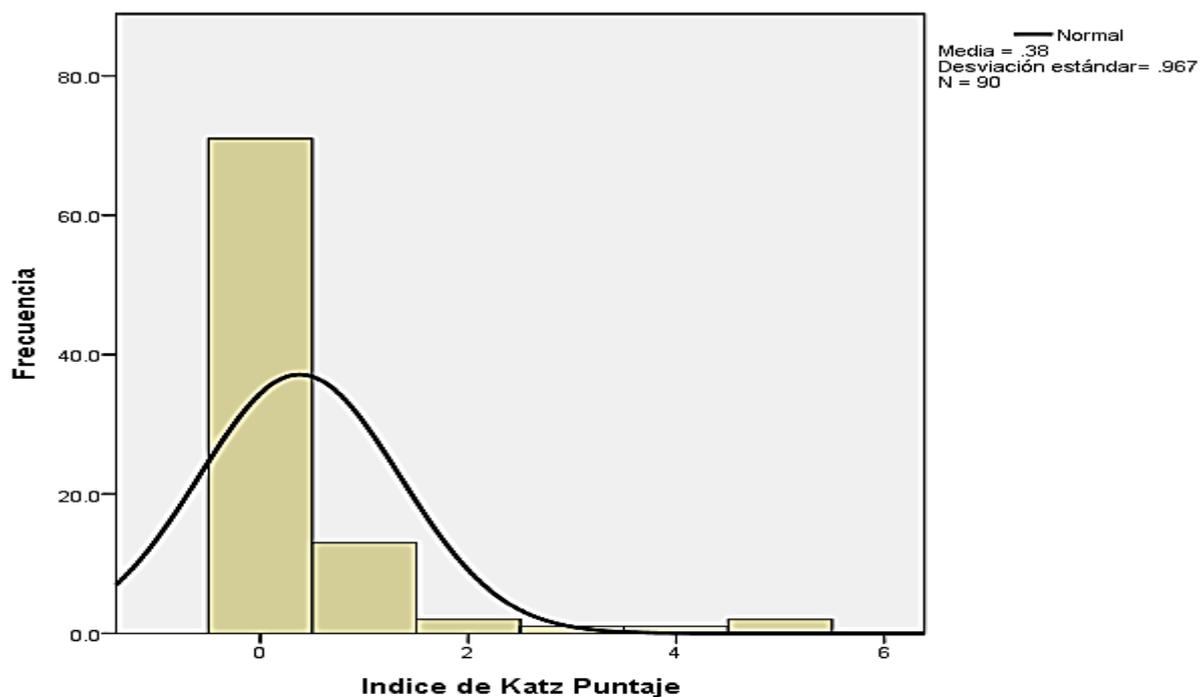
Fuente: Elaboración propia

- La población fue de 90 pacientes que tienen una puntuación media de funcionalidad de 0.38 ± 0.97 (Limites 0 - 5)
- El 25% de los pacientes tiene una puntuación menor o igual a 0.00
- El 50% de la población tiene una puntuación mayor o igual 0.00
- El 25% de la población tiene una puntuación mayor o igual a 0.00
- Al presentar Asimetría menor que 0(3.447) presenta una distribución es asimétrica positiva o a la derecha
- Al tener una Curtosis mayor a 0(12.724) presenta una distribución leptocúrtica.



Fuente: Elaboración propia

La caja de bigotes no se aprecia por tener la mayoría de los datos con valor igual a 0 teniendo valores atípicos por ser considerados por el SPSS lejos de la concentración.



Fuente: Elaboración propia

Tabla 6. Distribución de frecuencias según la depresión en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Normal	47	42.3	52.2	52.2
Ligera depresión	40	36.0	44.4	96.7
Moderada depresión	3	2.7	3.3	100.0
Total	90	81.1	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de depresión se observa que hay mayor porcentaje en los adultos mayores sin depresión (42.3%), seguido de los adultos mayores con una ligera depresión (36%), y por último los adultos mayores con una moderada depresión (2.7%).

Tabla 7. Distribución de frecuencias según la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

Índice de Katz			
	Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Ausencia de incapacidad o incapacidad leve	82	91.1	91.1
Válido Incapacidad moderada	5	5.6	96.7
Incapacidad severa	3	3.3	100.0
Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de funcionalidad se aprecia que hay un mayor porcentaje en los adultos mayores con ausencia de incapacidad o incapacidad leve (73.9%), seguido de los adultos mayores con incapacidad moderada (4.5%), terminando con los adultos mayores con incapacidad severa (3.3%).

En el gráfico de pastel se aprecia que hay un mayor porcentaje en los adultos mayores con ausencia de incapacidad o incapacidad leve (91.11%), y una menor porción en los adultos mayores con incapacidad moderada (3.33%).

Tabla 8. Distribución de frecuencias según la dimensión de baño de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	84	93.3	93.3
	dependiente	6	6.7	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de uso de baño hay un mayor porcentaje de independientes (93.3%) en comparación de los dependientes (6.7%).

Tabla 9. Distribución de frecuencias según la dimensión de vestido de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	86	95.6	95.6
	dependiente	4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de vestido hay un mayor porcentaje de independientes (95.6%) en comparación de los dependientes (4.4%)

Tabla 10. Distribución de frecuencias según la dimensión de uso de W.C de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	86	95.6	95.6
	dependiente	4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de uso de W.C hay un mayor porcentaje de independientes (95.6%) en comparación de los dependientes (4.4%)

Tabla 11. Distribución de frecuencias según la dimensión de movilidad de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	86	95.6	95.6
	dependiente	4	4.4	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de movilidad hay un mayor porcentaje de independientes (95.6%) en comparación de los dependientes (4.4%)

Tabla 12. Distribución de frecuencias según la dimensión de continencia de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	76	84.4	84.4
	dependiente	14	15.6	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de movilidad hay un mayor porcentaje de independientes (84.4%) en comparación de los dependientes (15.6%)

Tabla 13. Distribución de frecuencias según la dimensión de alimentación de la funcionalidad en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Independiente	88	97.8	97.8
	dependiente	2	2.2	100.0
	Total	90	100.0	

Fuente: Elaboración propia

En la tabla de movilidad hay un mayor porcentaje de independientes (97.8%) en comparación de los dependientes (2.2%)

Estadística Inferencial

Se utiliza la prueba de normalidad

Tabla 14. Prueba de Kolmogorov-Smirnov

		Depresión	Índice de Katz	Baño	Vestido	Uso de Wc	Movilidad	Continencia	Alimentación	Edad	Género	Estado Civil
Parámetros normales ^{a,b}	N	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90	90
	Media	47.94	1.12	.07	.04	.04	.04	.16	.02	2.53	1.32	2.10
	Desviación estándar	6.392	.419	.251	.207	.207	.207	.364	.148	1.062	.470	.688
Máximas diferencias extremas	Absoluta	.090	.526	.538	.540	.540	.540	.510	.537	.192	.431	.269
	Positivo	.090	.526	.538	.540	.540	.540	.510	.537	.192	.431	.269
	-.086	-.284	-.385	-.395	-.415	-.415	-.415	-.335	-.440	-.170	-.248	-.253
Estadístico de prueba		.090	.526	.538	.540	.540	.540	.510	.537	.192	.431	.269
Sig. asintótica (bilateral)		.069c	.000c	.000c	.000c	.000c	.000c	.000c	.000c	.000c	.000c	.000c

a. La distribución de prueba es normal.

b. Se calcula a partir de datos.

c. Corrección de significación de Lilliefors.

Fuente: Elaboración propia

En la tabla titulada Prueba de Kolmogorov-Smirnov para una muestra puede verse el valor del estadígrafo que es Z de Kolmogorov-Smirnov para las variables de depresión cuyo valor fue de 0,69 que tienen un valor de p mayor que 0,05 la variable mencionada sigue una distribución normal. Sin embargo, la variables y dimensiones de Funcionalidad, baño, vestido, Uso de W.C, movilidad, continencia y alimentación, edad, genero, estado civil presentan una significancia p de 0,000 que es menor a 0,05 no presentan una distribución normal.

Hipótesis General

Se decide para relacionar las hipótesis Rho de Spearman por tener una distribución no normal

Ho: No existe la relación entre el grado de Depresión y Funcionalidad del Adulto Mayor de un Hospital de Lima, 2017.

H1: Si existe la relación entre el grado de Depresión y Funcionalidad del Adulto Mayor de un Hospital de Lima, 2017.

Tabla 15. Correlación Depresión y Funcionalidad

			Depresión	Índice de Katz
Rho de Spearman	Depresión	Coeficiente de correlación	1.000	.079
		Sig. (bilateral)	.	.461
		N	90	90
	Índice de Katz	Coeficiente de correlación	.079	1.000
		Sig. (bilateral)	.461	.
		N	90	90

Fuente: Elaboración propia

Discusión Estadística:

Al analizar la tabla que nos entrega el SPSS vemos que se establece una correlación alta (0,79), siendo que está más cerca de 1 que a 0. Por otro lado, se establece una relación positiva, es decir, directa, por lo que mayor depresión mejor funcionalidad. Al analizar la significación vemos que es 0.461 que es mayor a 0.05, lo que indica que la correlación que se ha establecido no es estadísticamente significativa

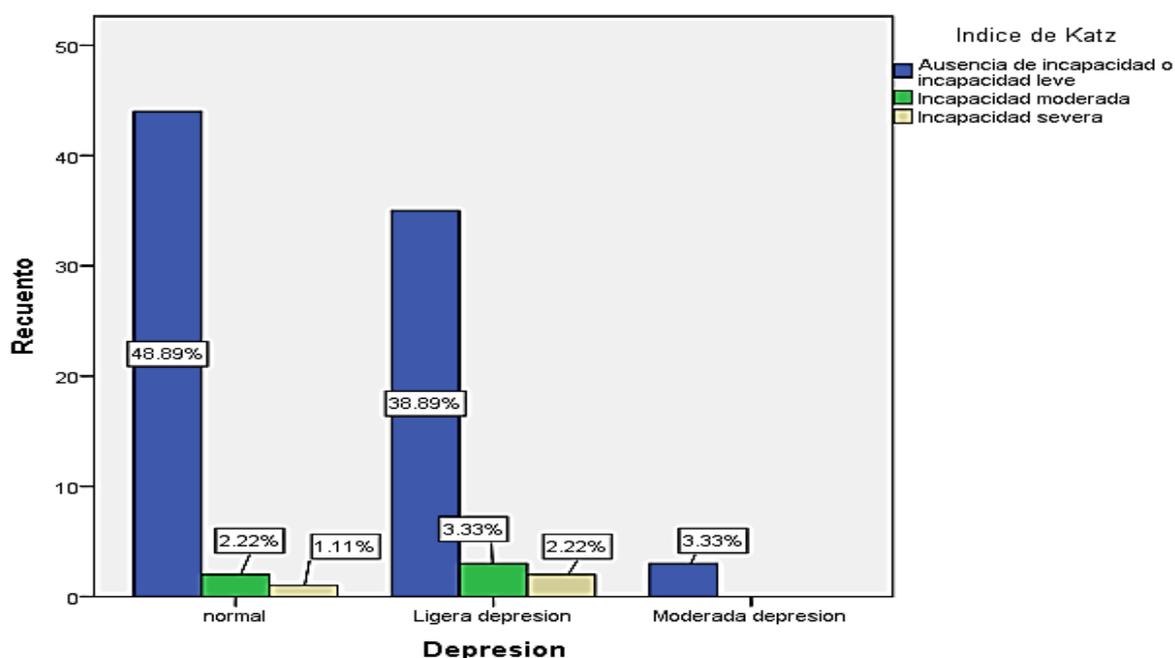


Gráfico 1. Niveles de depresión
Fuente: Elaboración propia

Del grafico se desprende que hay mayor porcentaje de ausencia de incapacidad o incapacidad leve en los en los adultos mayores que no presentan depresión (48,89) en comparación a los adultos mayores de ligera depresión (38,89%), moderada depresión (3,33%)

Hipótesis Específicas

Ho: No existe relación entre grado de Depresión y la edad, genero, estado civil en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.

Ha: Si existe relación entre grado de Depresión y la edad, genero, estado civil en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.

Se decide para relacionar las hipótesis Rho de Spearman por tener una distribución no normal.

Tabla 16. Correlación entre edad y depresión

			Edad	Depresión
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1.000	-.248*
		Sig. (bilateral)	.	.018
		N	90	90
	Depresión	Coeficiente de correlación	-.248*	1.000
		Sig. (bilateral)	.018	.
		N	90	90

*. La correlación es significativa en el nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Discusión Estadística:

Al analizar la tabla que nos entrega el SPSS vemos en la variable edad con depresión que se establece una correlación baja (- 0,248), siendo que está más cerca de 0 que a 1. Por otro lado, de establecer una relación negativa, es decir, inversa, por lo que mayor edad menor depresión. Al analizar la significación vemos que es 0.018 que es menor a 0.05, lo que indica que la correlación que se ha establecido es estadísticamente significativa

Se decide para relacionar las hipótesis, La prueba de Chi cuadrado por tener una variable nominal.

Tabla 17. Asociación entre género y depresión

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7.503 ^a	2	.023
Razón de verosimilitud	8.481	2	.014
Asociación lineal por lineal	7.397	1	.007
N de casos válidos	90		

a. 2 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .97.

Fuente: Elaboración propia

Discusión Estadística:

Al haber una significancia menor a 0,05 (0,023) Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, hay asociación entre género y la depresión.

Se decide para relacionar las hipótesis, La prueba de Chi cuadrado por tener una variable nominal

Tabla 18. Asociación entre estado civil y depresión

	Valor	Df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11.996 ^a	4	.017
Razón de verosimilitud	12.849	4	.012
Asociación lineal por lineal	1.437	1	.231
N de casos válidos	90		

a. 3 casillas (33.3%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .57.

Fuente: Elaboración propia

Discusión Estadística:

Al haber una significancia menor que 0,05 (0,017) Se rechaza la hipótesis nula y se acepta la hipótesis alterna, hay asociación entre estado civil y la depresión.

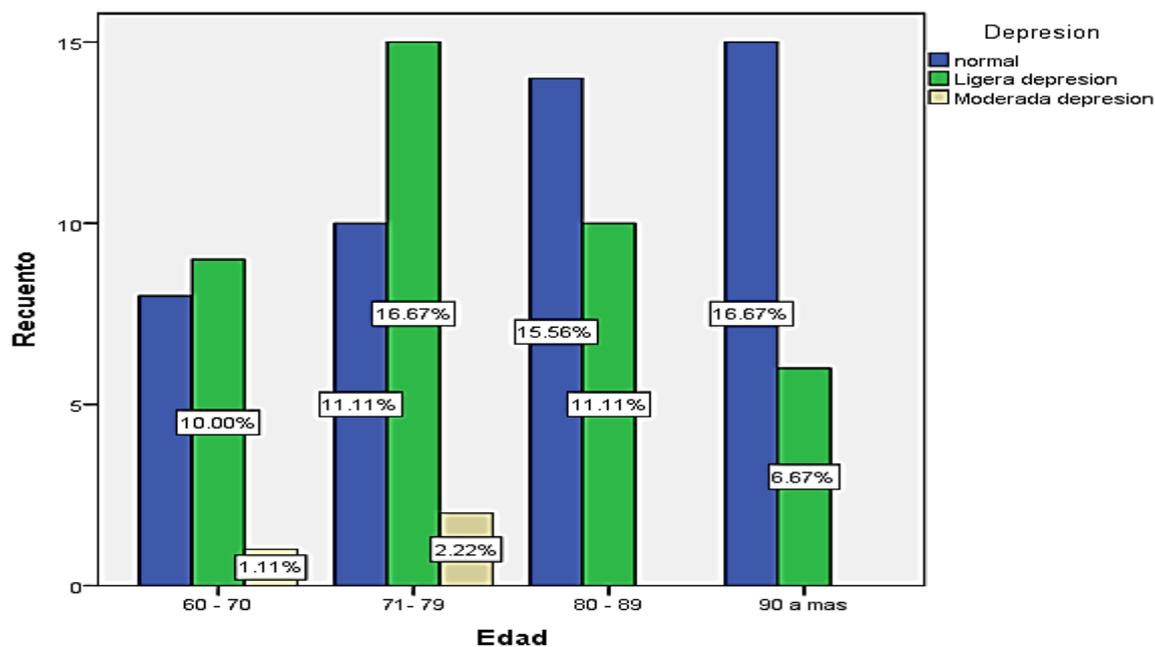


Gráfico 2. Niveles de depresión según edad
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico se observa que hay mayor porcentaje de no tener depresión en la edad de 90 años a más (16,67%) comparado a las demás edades, hay mayor porcentaje de ligera y moderada depresión en las edades de 71 a 79 años (2,22%) comparado a las demás edades.

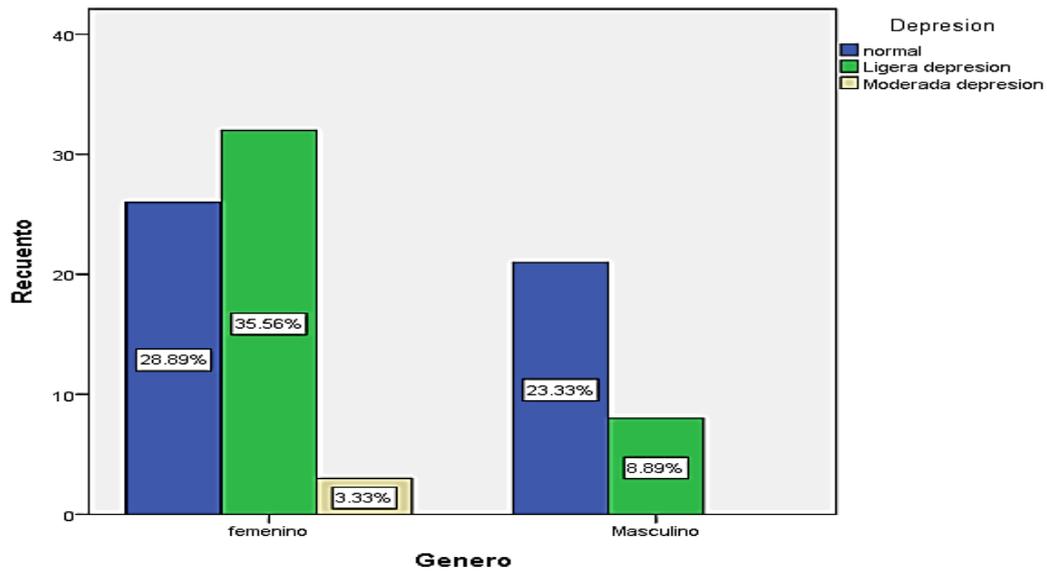


Gráfico 3. Niveles de depresión según género
Fuente: Elaboración propia

En el grafico se observa que en el género femenino hay mayor porcentaje de depresión ligera y modera (35,56% y 3,33% respectivamente) y de no depresión (28,89%).

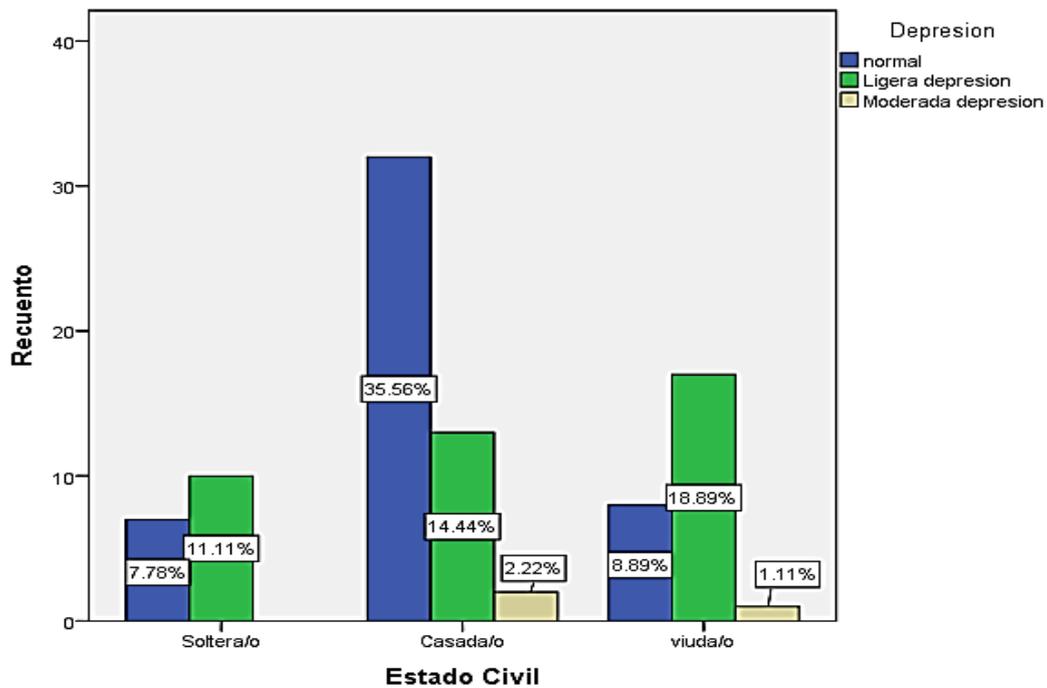


Gráfico 4. Niveles de depresión según estado civil
Fuente: Elaboración propia

En el grafico se observa que en el estado civil hay mayor porcentaje de una moderada depresión en los casados (2,22%), mayor porcentaje de ligera depresión en los viudos (14.44%) y mayor porcentaje de los que tienen depresión en los casados (35,56%).

Hipótesis Especifica N° 2

Ho: No existe relación entre grado de funcionalidad y la edad, genero, estado civil en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.

Ha: Si existe relación entre grado de Funcionalidad y la edad, genero, estado civil en los Adultos Mayores de un Hospital de Lima, 2017.

Tabla 19. Correlación entre edad y depresión

Se utilizará la correlación de Rho de spearman por tener ambas una distribución no normal.

			Edad	Índice de Katz
Rho de Spearman	Edad	Coeficiente de correlación	1.000	.286**
		Sig. (bilateral)	.	.006
		N	90	90
	Índice de Katz	Coeficiente de correlación	.286**	1.000
		Sig. (bilateral)	.006	.
		N	90	90

** . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia

Discusión Estadística:

Al analizar la tabla que nos entrega el SPSS vemos en la variable edad con funcionalidad se establece una correlación baja (0,286), siendo que está más cerca de 0 que a 1. Por otro lado, de establecer una relación positiva, es decir, directa,

por lo que mayor edad mayor funcionalidad. Al analizar la significación vemos que es 0.006 que es menor a 0.05, lo que indica que la correlación que se ha establecido es estadísticamente significativa.

Tabla 20. Correlación entre género y funcionalidad

Se decide para relacionar las hipótesis, La prueba de Chi cuadrado por tener una variable nominal

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1.907 ^a	2	.385
Razón de verosimilitud	2.844	2	.241
Asociación lineal por lineal	1.873	1	.171
N de casos válidos	90		

a. 4 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .97.

Fuente: Elaboración propia

Discusión Estadística:

Al haber una significancia mayor a 0,05 (0,385) Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, no hay asociación entre género y la funcionalidad.

Tabla 21. Correlación entre estado civil y funcionalidad

Se decide para relacionar las hipótesis, La prueba de Chi cuadrado por tener una variable nominal.

Pruebas de chi-cuadrado			
	Valor	df	Significación asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2.489 ^a	4	.647
Razón de verosimilitud	2.697	4	.610
Asociación lineal por lineal	1.136	1	.287
N de casos válidos	90		

a. 6 casillas (66.7%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es .57.

Fuente: Elaboración propia

Discusión Estadística:

Al haber una significancia mayor a 0,05 (0,647) Se acepta la hipótesis nula y se rechaza la hipótesis alterna, no hay asociación entre estado civil y la funcionalidad.

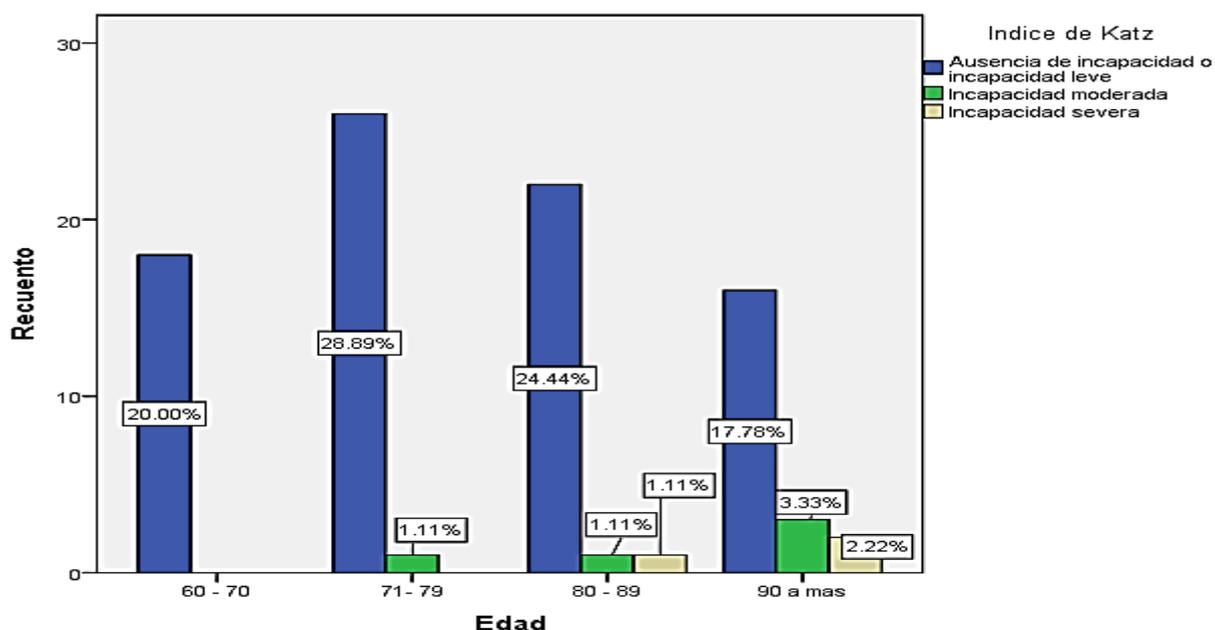


Gráfico 5. Niveles de funcionalidad según edad
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico de edad se aprecia que hay mayor porcentaje de ausencia de incapacidad o incapacidad leve en las edades de 71 a 79 (28.89%), mayor porcentaje de incapacidad moderada en la edad 90 años a más y mayor porcentaje de incapacidad severa en las edades de 90 años a más.

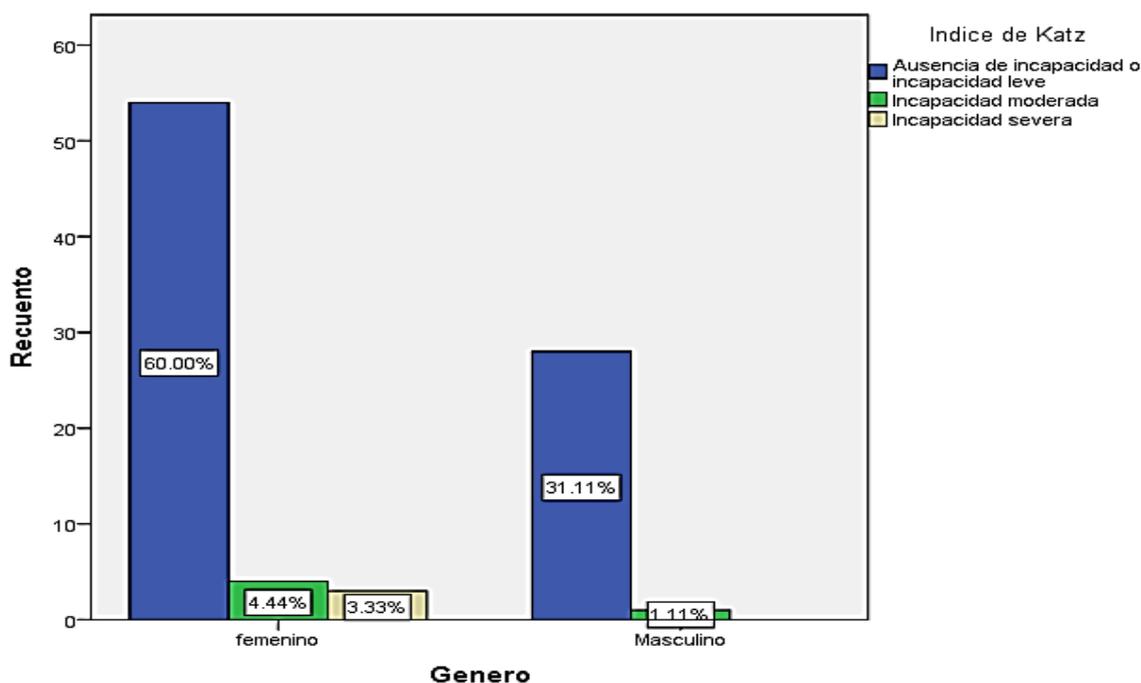


Gráfico 6. Niveles de funcionalidad según género
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico de Género hay mayor porcentaje en el género femenino de ambas incapacidades tanto moderada como severa (4.44%, 3.33% respectivamente) y la incapacidad leve o ausencia de incapacidad. (60%).

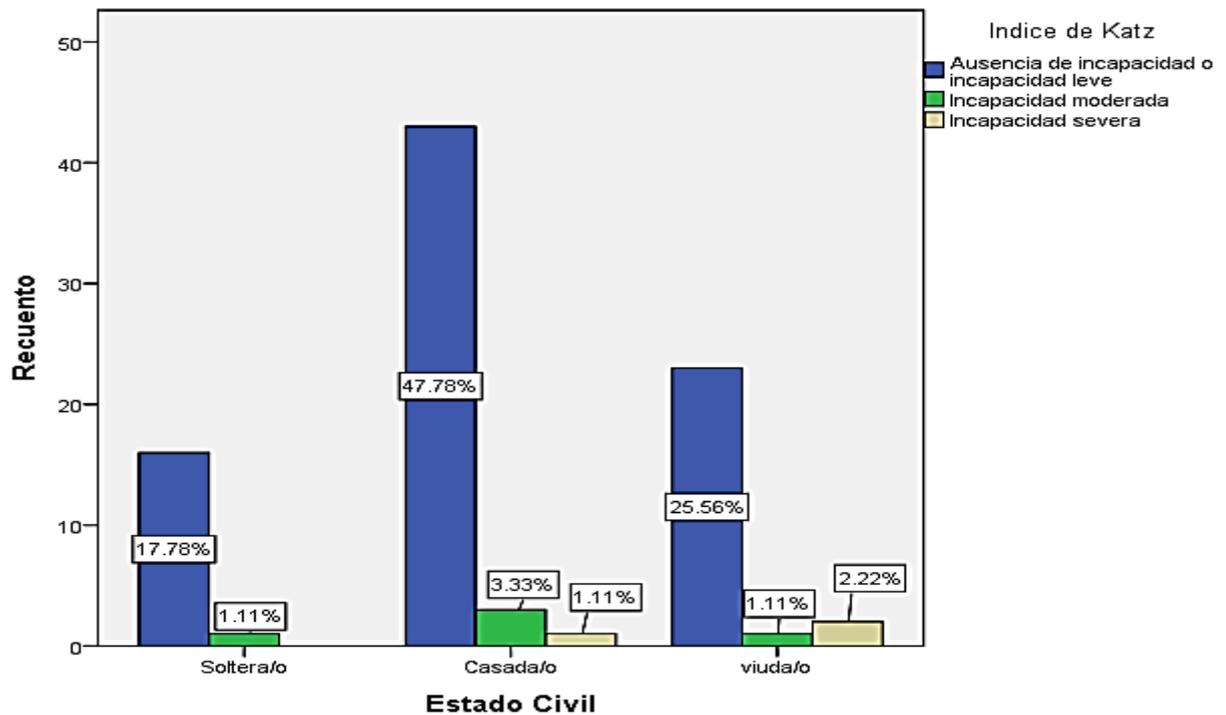


Gráfico 7. Niveles de funcionalidad según estado civil
Fuente: Elaboración propia

En el gráfico de estado civil se observa que hay mayor porcentaje de ausencia de incapacidad o incapacidad leve en los casados (47.78%) comparado a los demás estados civiles, mayor porcentaje de incapacidad moderada en los casados (3,33%) y mayor porcentaje de incapacidad moderada en los viudos. (2,22%)

4.1.2 DISCUSION DE RESULTADOS

Considerando que la sobrevivencia del ser humano está aumentando, habrá mayor cantidad de población Adulta Mayor y se calcula que entre el 2015 y 2050 dicha proporción casi se duplicará pasando de 12 a 22%. Esto conllevará a presentar problemas físicos y mentales que es preciso reconocer. Más del 20% de las personas que pasan los 60 años de edad sufren trastornos mentales o neuronales, estos representan un 17.4% de los años vividos con discapacidad (demencia - depresión), siendo la depresión uno de los trastornos neuropsiquiátricos más

comunes y llama la atención que haya pocos estudios que contribuyan a conocer el Grado de Depresión y Funcionalidad, lo cual sería óptimo para mejorar el tratamiento integral del Adulto Mayor.

En cuanto al nivel de funcionalidad en las actividades de vida diaria (ABVS) en nuestro estudio se observa que en las ABVD según Katz , en los ítems de baño y vestido , difiere significativamente del estudio de Varela , siendo mayor los independientes en el uso del baño (93,33%) y en vestido hay un mayor porcentaje de independientes (95.6%); por lo tanto en nuestro estudio el nivel de asociación entre edad y funcionalidad es de correlación baja (0,286), no es significativa.

Para **Varela L (20) (Peru-2005)** en su estudio sobre la Funcionalidad en el adulto mayor previa hospitalización , tuvo como objetivo determinar las características de la funcionalidad del adulto Mayor en el Perú, así como su asociación con otros síndromes y problemas geriátricos; evaluó las características de la funcionalidad con la escala de KATZ; en los resultados de la valoración funcional se encontró que el 46,5% tenían algún grado de dependencia para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD), también se observó que el bañarse y vestirse fueron las más comprometidas con 44,5% y 39% respectivamente. Asimismo, se encontró asociación entre el grado de dependencia y edad ($p < 0,001$), lo cual difiere significativamente con nuestro estudio, donde se aprecia un mayor porcentaje en los adultos mayores con ausencia de incapacidad o incapacidad leve (73.9%), seguido de los adultos mayores con incapacidad moderada (4.5%), terminando con los adultos mayores con incapacidad severa (3.3%),

Así mismo los resultados que obtuvimos en nuestro estudio se asemejan a los Odar , ya que trabajamos con una población adulta mayor peruana en un nosocomio en

Lima, donde consideramos ambos géneros(femenino – masculino), comprendiendo un rango de edad entre 60 -90 años, se observa que en el género femenino hay mayor porcentaje de depresión ligera y modera (35,56% y 3,33% respectivamente); se llega a la conclusión que existe asociación entre género y la depresión, según Odar G, cuyo estudio estima la Prevalencia de Trastornos Depresivos en Adultos Mayores que conforman el Centro Integral del Adulto”. Chiclayo - Perú, tuvo como objetivo estimar la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor del distrito Reque, así como la relación respecto a edad, sexo, para ello aplicaron el Test de Yesavage (versión corta), obtuvo como resultados respecto a la prevalencia de trastorno depresivo que el 28.9% padecen dicho trastorno (14.4% sexo masculino y 14.4% sexo femenino) y según la prevalencia según edad, se obtuvo que dicho trastorno está presente en todas las edades (65 – 88 años), Se llega a la conclusión de que la prevalencia de trastorno depresivo en los adultos mayores que conforman el Centro Integral del Adulto Mayor fue de 28.9%.

Lo mismo podemos decir que los resultados obtenidos en nuestro estudio vemos que el género femenino tiene mayor porcentaje de depresión 67.8 %, en la distribución de depresión por estado conyugal muestra que las categorías de solteros, casados , viudos, presentan porcentajes muy similares con nuestro estudio, donde se encontró que el grupo de depresión en los casados (2,22%), mayor porcentaje de ligera depresión en los viudos (14.44%) y mayor porcentaje de los que tienen depresión en los casados (35,56%), se determinó asociación entre la edad y la comorbilidad con la presencia de depresión y demuestra que existe una clara asociación entre depresión y deterioro funcional., en comparación de Bolaños M, Helo F, cuyo estudio titulado Depresión en el adulto mayor

costarricense y su relación con la autopercepción del estado de salud y desempeño funcional, se determinó que la depresión está relacionada con el sexo de una forma significativa encontrándose una propensión a la depresión 80% mayor en las mujeres que los hombres.

Siendo así que en nuestro estudio encontramos resultados diferentes, contamos con una población conformada de 413 Adultos Mayores; donde se observa un mayor porcentaje (30%), entre las edades 71 a 79 años, siendo el género femenino de mayor porcentaje (67.8%); además en la tabla de funcionalidad y empleando la escala de KATZ se aprecia que hay un mayor porcentaje en los adultos mayores con ausencia de incapacidad o incapacidad leve (73.9%), en comparación de Fernando M y Guida Castro, en su estudio titulado Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores, evaluó a 574 adultos mayores, con un promedio de edad 77 a 85 años de edad, donde 58.01% fueron de sexo masculino y la mayoría personal militar subalterno (51.09%). La prevalencia de dependencia funcional para ABVD según el Índice de Barthel fue de 37.57% y para AIVD según Índice de Lawton de 49.5%.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusión

- 1 Se encontró una correlación alta de 0.461 entre grado de depresión y grado de funcionalidad; por lo tanto, se aprueba la hipótesis alterna: Existe relación entre el grado de depresión grado de funcionalidad.
- 2 Se observa que hay mayor porcentaje de ausencia de incapacidad o incapacidad leve en los adultos mayores que no presentan depresión (48.89).
- 3 Se establece una relación negativa (-0.248) entre la variable edad con depresión, se decide aprobar la hipótesis nula; no hay relación entre grado de depresión y edad.
- 4 En relación al género y grado de depresión, se observa una significancia menor de 0.05, por lo tanto, se rechaza la hipótesis nula y se aprueba la hipótesis alterna: Existe relación entre género y la depresión.
- 5 En relación al estado civil y depresión, se obtuvo valores de menores de 0.05 (0,017) por lo que se rechaza la hipótesis nula y se aprueba la alterna: hay relación entre estado civil y la depresión.

- 6 Al analizar el género y la funcionalidad se observa una significancia mayor a 0,05 (0.385), se acepta la hipótesis nula y se rechaza la alterna: No existe relación entre funcionalidad y genero
- 7 Al analizar el estado civil y funcionalidad se obtuvo una significancia mayor a 0.05 (0.647) se acepta la hipótesis nula ya se rechaza la alterna: No existe relación entre funcionalidad y estado civil

5.2. Recomendaciones

1. Instruir a la familia y/o persona del entorno del adulto mayor para reconocer e identificar a tiempo los signos de la depresión y poder evitar mayores complicaciones en su estado de salud.
2. Incluir en los procesos de diagnóstico y tratamiento las herramientas necesarias (fichas, encuestas, folletos, etc) para tratar la depresión y combatirla; no solo con apoyo farmacológico sino ampliando la batería de trabajo (trabajo multidisciplinario)
3. Incluir en los procesos rehabilitación física programas dirigidos para incentivar la recuperación y mantenimiento funcional, social, psicológico en el adulto mayor y de esa manera se brindarle calidad de vida y satisfacción personal dentro de sus limitaciones.
4. Desarrollar estudios con mayor complejidad referente a la depresión en el adulto mayor y poder determinar los grados que envuelven a dicha patología y poder abordarlo desde atención primaria en todas las entidades de salud (pública o privada).

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. La Salud Mental y los Adultos Mayores. [Online].; 2017 [cited 2019 agosto 13. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/la-salud-mental-y-los-adultos-mayores>.
2. Organización Panamericana de la Salud. Adultos Mayores y Salud Mental. [Online].; 2012 [cited 2019 agosto 13. Disponible en: <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2012/Salud-mental.pdf>.
3. Ministerio de Salud. Boletín Epidemiológico 25. [Online].; 2015 [cited 2019 agosto 13. Disponible en: <https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/boletines/2015/25.pdf>.
4. Instituto Nacional de Salud Mental "Honorio Delgado - Hideyo Noguch". Estudio Epidemiológico de Salud Mental en Lima Metropolitana y Callao. Replicación 2012. Informe General.. Anales de Salud Mental. 2013; 29(1).
5. Leibold M, HM, RK, RC, Rogers J. Activities and Adaptation in Late – Life Depression : A Qualitative Study. American Journal of Occupational Therapy. 2014; 68(5): p. 570- 577.
6. S. DS, M. S, Menezes P. Population impacto of depression on funcional disability in elderly: results from "Sao Paulo Ageing & Health Study" (SPAH). European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience. 2013; 263(2): p. 153–158.

7. Bishwajit G, O' Leary D, Ghosh S, Yaya S, Shangfeng T, Feng Z. Physical inactivity and self reported depression among middle and older aged population in South Asia: World health survey. BMC Geriatrics. 2017; 17(100).
8. Rodríguez L, Sotolongo A, Luberta G,CM. Comportamiento de la depresión en el adulto mayor del policlínico "Cristóbal Labra". Revista Cubana de Medicina General Integral. 2013; 29(1): p. 64-75.
9. Agudelo A,AC, Torres Y. Factores personales y sociales asociados al trastorno de depresión mayor, Medellín (Colombia) 2012. Revista CES Psicología. 2012; 10(1): p. 21-34.
10. Aravena J. Comprendiendo el impacto de los síntomas depresivos en la funcionalidad de las personas mayores. Revista chilena de neuro-psiquiatría. 2017; 55(4): p. 255-265.
11. Soberanes S, González A, Moreno Y. Funcionalidad en adultos mayores y su calidad de vida. Revista de Especialidades Médico–Quirúrgicas. 2009; 14(4): p. 161 – 172.
12. Duran D, Orbegoz L, Uribe A, Uribe J. Integración social y habilidades funcionales en adultos mayores. Universitas Psychologica. 2008; 7(1): p. 263-270.
13. Murillo A, Loo I. Influencia de la práctica del ejercicio en la funcionalidad física y mental del Adulto Mayor (2007). Revista de enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social. 2007; 15(1): p. 11-20.

14. Jara Y. Depresión en adultos mayores de una asociación de vivienda en Chiclayo, Agosto - Diciembre 2016. [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo, Escuela de Psicología; 2016.
15. Orosco C. Depresión y autoestima en adultos mayores institucionalizados y no institucionalizados en la ciudad de Lima. *Persona*. 2015; 18: p. 91-104.
16. Batista E, Farias A, Carneiro S, E. F. Funcionalidade Global de idosos hospitalizados. *Revista Brasileira de Geriatria y Gerontologia*. 2014; 17(1): p. 165 – 176.
17. Odar G. Prevalencia de Trastorno Depresivo en Adultos mayores que conforman en Centro Integral del Adulto Mayor. Reque. Chiclayo - Perú. [Tesis de licenciatura]. Chiclayo: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Medicina Humana; 2014.
18. Varela L, Chávez H, Tello T, Ortiz P, Gálvez M, Casas P, et al. Perfil clínico, funcional y sociofamiliar del adulto mayor de la comunidad en un distrito de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*. 2009; 32(4): p. 709-716.
19. Delgado T. Capacidad funcional del adulto mayor y su relación con sus características sociodemográficas, Centro de Atención Residencial Geronto Geriátrico "Ignacia Rodolfo Vda. de Canevaro". [Tesis de licenciatura]. Lima: Universidad San Martín de Porres, Facultad de Obstetricia y Enfermería; 2014.

20. Zavala M, Posada S, Cantú R. Dependencia funcional y depresión en un grupo de ancianos de Villahermosa, México. Archivos en Medicina Familiar. 2010; 12(4): p. 116-126.
21. Varela L, Chávez J, Gálvez M, F. M. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional. Revista Medica Herediana. 2005; 16(3): p. 165-171.
22. Runzer F, G. C, Merino A, Torres C, Díaz G, Perez C, et al. Asociación entre depresión y dependencia funcional en pacientes adultos mayores. Horizonte Médico. 2017; 17(3): p. 50-57.
23. Bolaños M, F. H. Depresion en el Adulto Mayor Costarisense y su Relacion con su autopercepción del estado de salud y desempeño Funcional. Revista Clinica de la Escuela de Medicina de la Universidad de Costa Rica. 2015; 5(4): p. 78-87.
24. Rodríguez M, Cruz F, Pérez M. Dependencia funcional y bienestar en personas mayores institucionalizadas. Index de Enfermería. 2014; 23(1-2): p. 36-40.
25. Pulido E. Envejecimiento y Longevidad. [Online].; 2002 [cited 2019 agosto 13. Available from: <https://www.uv.mx/personal/gralopez/files/2011/06/ENVEJECIMIENTO-Y-LONGEVIDAD.pdf>.
26. Monium A. Manual de La Materia de Psicogerontologia: "Teorías de los Radicales Libres". [Online].; 2013 [cited 2019 agosto 13. Available from:

<https://es.scribd.com/document/154538384/Manual-de-La-Materia-de-Psicogerontologia1>.

27. Vázquez F, Muñoz R, Becoña E. Depresión: Diagnóstico, Modelos Teóricos y Tratamiento a finales del siglo XX. *Psicología Conductual*. 2000; 8(3): p. 417-449.
28. Humphreys G, Forde E, Riddoch M. The Planing and execution of everyday actions. In Rapp B. *The handbook of cognitive Neuropsychology*. Philadelphia: Psychology Press; 2001. p. 565-589.
29. Xunta de Galicia. Congreso Internacional sobre Envejecimiento Activo “Preparando nuestro futuro”. [Online].; 2013 [cited 2019 agosto 13. Available from: http://emprego.ceei.xunta.gal/export/sites/default/Biblioteca/Documentos/Publicacions/congreso_envelhecimento/congreso_envejecimiento_activo.pdf.
30. Carrazana I, Martínez G, García M, Gómez F, Ramos E, Ledea M. Características, aspectos anamofisiológicos y algunas peculiaridades del envejecimiento. [Online].; 2010 [cited 2019 agosto 13. Available from: <https://www.monografias.com/trabajos97/caracteristicas-aspectos-anamofisiologicos-y-algunas-particularidades-del-envejecimiento/caracteristicas-aspectos-anamofisiologicos-y-algunas-particularidades-del-envejecimiento.shtml>.

31. De la Fuente T, Quevedo E, Jiménez A, Zavala M. Funcionalidad para las actividades de la vida diaria en el adulto mayor en zonas rurales. Archivos en Medicina Familiar. 2010; 12(1): p. 1-4.
32. Romero M. Actividades de la Vida Diaria. Anales de psicología. 2007; 23(2): p. 264-271.
33. Pineda E, DAE, DCF. Metodología de la Investigación. 2nd ed. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1994.

ANEXOS

ANEXO N°1. CUESTIONARIO DE FUNCIONALIDAD EN ACTIVIDADES

DIARIAS

TECNICA UTILIZADA: Encuesta

El propósito de estos cuestionarios es encontrar el grado de Funcionalidad en las personas Adultas mayores entrevistadas. Las respuestas son basadas en la experiencia del entrevistado. Para lo cual, se empezará leyendo cuidadosamente cada uno de los enunciados y se marcará con una x la respuesta que el participante refiera y se procederá luego a hacer la sumatoria del puntaje para obtener el resultado final.

SEXO: M () F ()

EDAD: 60 () 65 – 70 () 71 a más ()

Baño	Independiente. Se baña enteramente solo o Ayuda solo para lavar una zona (como la espalda o una entremedias con minusvalía)	
	Dependiente. Necesita ayuda para lavar más de una zona del cuerpo, ayuda para salir o entrar en la bañera o no se baña solo.	
Vestido	Independiente. Coge la ropa de cajones y armarios, se la pone y puede abrocharse. Se excluye el acto de atarse los zapatos.	
	Dependiente. No se viste por sí mismo o permanece parcialmente desvestidos.	
Uso del W.C	Independiente. al W.C solo, se arregla la ropa y se asea los órganos excretorios.	
	Dependiente. Precisa ayuda para ir al W.C	
Movilidad	Independiente. Se levanta y acuesta en la cama por sí mismo y puede sentarse y levantarse de una silla por sí mismo	
	Dependiente. Necesita ayuda para levantarse y acostarse en la cama y/o silla, no realiza uno o más desplazamientos Va	
Continencia	Independiente. Control completo de micción y defecación	
	Dependiente. Incontinencia parcial o total de la micción o defecación	
Alimentación	Independiente. Lleva el alimento a la boca desde el plato o equivalente. Se excluye cortar la carne	
	Dependiente. Necesita ayuda para comer, no come en absoluto o requiere de alimentación parenteral	

GRADO	PUNTAJE	EQUIVALENTE
A-B / 0 - 1	1	Ausencia de incapacidad o leve
C - D / 2 - 3	3	Incapacidad Moderada
E - G / 4 - 6	6	Incapacidad Severa

**ANEXO N° 2. INSTRUMENTO: ESCALA DE AUTOEVALUACION PARA LA
DEPRESION DE ZUNG**

Técnica de Instrumento: Cuestionario

El propósito de estos cuestionarios es encontrar el grado de Depresión en las personas Adultas mayores entrevistadas. Las respuestas son basadas en la experiencia y/o emociones del entrevistado. Para lo cual, se empezará leyendo cuidadosamente cada uno de los enunciados y se marcará con una x la respuesta que el participante refiera y se procederá luego a hacer la sumatoria del puntaje para obtener el resultado final.

SEXO: M () F ()

EDAD: 60 () 65 – 70 () 71 a más ()

Marque la columna adecuada	Poco tiempo	Algo de tiempo	Una buena parte de tiempo	La mayor parte de tiempo
Me siento decaído y triste				
Por la mañana me siento mejor				
Siento ganas de llorar o irrumpo en llanto				
Tengo problema para dormir en las noches				
Como la misma cantidad de siempre				
Todavía disfruto el sexo				
He notado que pierdo peso				
Tengo problemas de estreñimiento				
Mi corazón late más rápido de lo normal				
Me canso sin razón alguna				

Mi mente esta tan clara como siempre				
Me es fácil hacer lo que siempre hacia				
Me siento agitado y no puedo estar quieto				
Siento esperanza en el futuro				
Estoy más irritable de lo normal				
Me es fácil tomar decisiones				
Siento que soy útil y me necesitan				
Mi vida es bastante plena				
Siento que los demás estarían mejor si muriera				
Todavía disfruto de las cosas que disfrutaba antes				

INDICE	EQUIVALENTE CLINICA
70	Depresión Crónica
60 – 69	Depresión Severa
50 – 59	Depresión Moderada
40 – 49	Depresión Leve
0 -40	Ausencia de Depresión

Ítems o Reactivo: Poco tiempo (1), Algo del tiempo (2), Una buena parte del tiempo (3), La mayor parte del tiempo (4)

ANEXO N° 3. CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo con
DNI..... (Nombre y Apellido)

He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregada acerca del estudio.

He podido hacer todas las preguntas que me preocupaban.

He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.

Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.

Comprendo que puedo retirarme del estudio:

1. Cuando lo desee
2. Sin dar explicaciones
3. Sin que esto repercuta en mis cuidados médicos

Limade del 2017

Investigadores:

Lic. Patricia Quiroz Verastegui Lic. Carla Requena Hidalgo

CTM: 8239 CTM